

Revisar

M
C 146e
1996
c.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

ESTUDIO EXPLORATORIO DE ATRIBUCIONES CAUSALES
Y SU RELACIÓN CON LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD
Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE
LICENCIADO DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

CLAUDIA LORENA CALDERÓN FLÁNDEZ

PROFESOR PATROCINANTE

JAIME MELÉNDEZ VERGARA

VALPARAÍSO, CHILE

MAYO DE 1996

Cl. Lorena Calderón Flández

Dedicado a Claudina, Miguel y Marta.

Gracias a ellos aprendí el valor del Esfuerzo y el placer del

Trabajo dedicado a los demás.

Gracias a tí Guillermo, por tu inagotable Amor y Paciencia

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer el interés demostrado por los Médicos y Enfermeras de las distintas Unidades de Diálisis, quienes nos dieron parte de su tiempo y toda su experiencia para un mejor conocimiento de la situación de los pacientes.

Deseo agradecer también a todos y cada uno de los pacientes que me permitieron entrar en una parte importante de sus vidas, y compartieron conmigo sus reflexiones.

Finalmente, agradezco al profesor Ramón Bayés, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, quien generosamente nos permitió hacer uso de parte importante de la información que está contenida en este trabajo

ÍNDICE

<u>AGRADECIMIENTOS</u>	<u>iv</u>
------------------------	-----------

<u>ÍNDICE</u>	<u>v</u>
---------------	----------

<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u>	<u>xiii</u>
--------------------------	-------------

<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	<u>xvi</u>
-------------------------	------------

<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
---------------------	----------

<u>1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA FUNCIÓN RENAL, LA</u>	
<u> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA HEMODIÁLISIS</u>	<u>6</u>

1.1 ANATOMÍA DE LOS RIÑONES	6
-----------------------------	---

1.2 ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA NEFRONA	7
--	---

1.3 FISIOLOGÍA DE LOS RIÑONES	9
-------------------------------	---

1.3.1 FUNCIÓN EXCRETORA:	9
--------------------------	---

1.3.2 FUNCIÓN ENDOCRINA	10
-------------------------	----

1.4 LA INSUFICIENCIA RENAL	12
----------------------------	----

1.4.1 CONSECUENCIAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL	12
---	----

1.4.2 CUADRO CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL	13
1.5 LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC)	16
1.6 LA HEMODIALISIS	17
1.6.1 TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS	20
1.6.2 COMPLICACIONES DE LA HEMODIÁLISIS	22
<u>2. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO GLOBAL DE HEMODIÁLISIS Y ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACION DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS</u>	<u>25</u>
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS	25
2.1.1 RESTRICCIONES EN LA INGESTA DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS	26
2.1.2 RÉGIMEN DE MEDICAMENTOS	31
2.1.3 CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERO VENOSA	34
2.1.4 CONDUCTAS DEL PACIENTE DURANTE LA HEMODIÁLISIS	35
2.1.5 ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS	36
2.2 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS	37
<u>3. ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS</u>	<u>42</u>
3.1 LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD	42
3.2 LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS	48

3.2.1 ESTRESORES Y MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO (COPING) IDENTIFICADOS EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS.	51
3.2.2 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS PRESENTES EN LOS PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS.	62
3.2.2.1 Alteraciones cognitivo-intelectuales	62
3.2.2.2 Estados Ansiosos	64
3.2.2.3 Depresión	71
3.2.2.4 Problemas Familiares	77
3.2.2.5 Alteraciones en el Funcionamiento Sexual	80
3.2.2.6 Relaciones Sociales e Interpersonales	82
3.3 LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	83
<u>3.4 EL PROBLEMA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS</u>	96
<u>4. ANTECEDENTES DE LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN Y SU ESTUDIO EN EL ÁREA DE LA SALUD</u>	101
4.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN	101
4.2 DEFINICIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN EN LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN.	105
4.3 TEORÍAS DE ATRIBUCIÓN: ANTECEDENTES DE LA ATRIBUCIÓN	110
4.3.1 ANTECEDENTES DE LA ATRIBUCIÓN	110
4.3.1.1 Información	111
4.3.1.2 Creencias	114
4.3.1.3 Motivación	117

4.4 TEORÍA ATRIBUCIONAL: EL MODELO DE BERNARD WEINER	120
4.4.1 LAS CAUSAS PERCIBIDAS PARA ÉXITOS Y FRACASOS	120
4.4.2 DIMENSIONES SUBYACENTES	124
4.4.2.1 Internalidad versus Externalidad	125
4.4.2.2 Estabilidad versus Inestabilidad	126
4.4.2.3 Controlabilidad versus Incontrolabilidad	127
4.4.3 MEDICIÓN DE CAUSAS PERCIBIDAS Y DIMENSIONES SUBYACENTES	130
<u>4.4.4 CONSECUENCIAS DE LA ATRIBUCIÓN</u>	132
4.4.4.1 Consecuencias conductuales	133
4.4.4.2 Reacciones Afectivas	139
4.4.4.3 Atribución y Motivación	145
4.5 ESTUDIOS ATRIBUCIONALES EN EL ÁREA DE LA SALUD:	
HALLAZGOS Y SUGERENCIAS PARA EL ÁMBITO DE LA CLÍNICA	148
5. METODOLOGÍA	158
<hr/>	
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	158
5.2 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA	159
5.2.1 TABLAS DE DISTRIBUCIÓN MUESTRAL	162
5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES*	163
5.3.1 ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD	163
5.3.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA	164
5.3.3 ATRIBUCIÓN DE CAUSALIDAD	165
5.4 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	166

5.4.1 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD DE A. FONT (QLS).	166
5.4.2 ESCALA CONDUCTUAL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.	169
5.4.3 ESCALA DE ATRIBUCIÓN CAUSAL	172
5.5 PROCEDIMIENTO	174
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	176
<hr/>	
6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS	177
6.1.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	177
6.1.2 ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS	178
6.1.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA MUESTRA EN LAS DISTINTAS MEDICIONES	178
6.1.4 RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA MUESTRA	196
6.2 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS	198
6.2.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	198
6.2.1.1 Estadística Descriptiva	198
6.2.1.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias	199
6.2.1.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Lugar de Tratamiento	201
6.2.1.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según lugar de tratamiento.	210

6.2.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN SEXO	212
6.2.2.1 Estadística Descriptiva	212
6.2.2.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias	213
6.2.2.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Sexo.	214
6.2.2.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Sexo.	222
6.2.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN EDAD	224
6.2.3.1 Estadística Descriptiva	224
6.2.3.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias	225
6.2.3.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Edad.	226
6.2.3.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Edad.	235
6.2.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	237
6.2.4.1 Estadística Descriptiva	237
6.2.4.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias	238
6.2.4.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según tiempo en hemodiálisis.	240
6.2.4.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Tiempo en Hemodiálisis.	249

6.2.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	250
6.2.5.1 Estadística Descriptiva	251
6.2.5.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias	252
6.2.5.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Nivel Educativo.	255
6.2.5.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Nivel Educativo.	265
6.3 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES ATRIBUCIONALES Y SU RELACIÓN CON LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	268
6.3.1 SUBESCALA ATRIBUCIONAL DE LOCUS DE CAUSALIDAD	268
6.3.1.1 Estadística Descriptiva	269
6.3.2 PRUEBA T DE DIFERENCIA DE MEDIAS	270
6.3.2.1 Análisis de resultados Locus de Causalidad	270
6.3.3 SUBESCALA ATRIBUCIONAL DE CONTROLABILIDAD	272
6.3.3.1 Estadística Descriptiva	273
6.3.3.2 Prueba t de diferencia de Medias	274
6.3.3.3 Análisis de resultados Escala Controlabilidad	274
6.3.4 SUBESCALA ATRIBUCIONAL DE ESTABILIDAD	277
6.3.4.1 Estadística Descriptiva	277
6.3.4.2 Prueba t de diferencia de Medias	278
6.3.4.3 Análisis de resultados Escala Estabilidad	278

6.4 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS	
DISTINTAS MEDICIONES	280
6.4.1 CUESTIONARIO QL DE FONT	280
6.4.2 ESCALA CONDUCTUAL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	281
6.4.3 ESCALA DE ATRIBUCIÓN CAUSAL	282
<u>CONCLUSIONES</u>	286
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	300
<u>ANEXOS</u>	306

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>FIGURA N° 1</u> ANATOMÍA MACROSCÓPICA DEL RIÑÓN	6
<u>FIGURA N° 2</u> ESTRUCTURA DE LA NEFRONA.....	8
<u>FIGURA N° 3</u> MODELO GRAL. CAMPO DE INVESTIGACIÓN EN ATRIBUCIÓN	108
<u>FIGURA N° 4</u> ESQUEMA DEL MODELO ATRIBUCIONAL DE B. WEINER	130
<u>FIGURA N° 5</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS	180
<u>FIGURA N° 6</u> CALIDAD DE VIDA EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC	182
<u>FIGURA N° 7</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS	186
<u>FIGURA N° 8</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD SOBRE LAS CAUSAS EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS	190
<u>FIGURA N° 9</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD SOBRE LAS CAUSAS EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS	192
<u>FIGURA N° 10</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD SOBRE LAS CAUSAS EN LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS.....	195
<u>FIGURA N° 11</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	202
<u>FIGURA N° 12</u> CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	203
<u>FIGURA N° 13</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	204
<u>FIGURA N° 14</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	206

<u>FIGURA N° 15</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN	
LUGAR DE TRATAMIENTO	207
<u>FIGURA N° 16</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN	
LUGAR DE TRATAMIENTO	209
<u>FIGURA N° 17</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN SEXO	215
<u>FIGURA N° 18</u> CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN SEXO.....	216
<u>FIGURA N° 19</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN SEXO	217
<u>FIGURA N° 20</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN SEXO	219
<u>FIGURA N° 21</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN SEXO	220
<u>FIGURA N° 22</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN SEXO	221
<u>FIGURA N° 23</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN	
EDAD	227
<u>FIGURA N° 24</u> CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN EDAD.....	229
<u>FIGURA N° 25</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN EDAD	230
<u>FIGURA N° 26</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN EDAD	232
<u>FIGURA N° 27</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS	
SEGÚN EDAD	233
<u>FIGURA N° 28</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN EDAD	234

<u>FIGURA N° 29</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	241
<u>FIGURA N° 30</u> CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	242
<u>FIGURA N° 31</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	244
<u>FIGURA N° 32</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	246
<u>FIGURA N° 33</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	247
<u>FIGURA N° 34</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN TIEMPO EN DIÁLISIS	248
<u>FIGURA N° 35</u> ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	256
<u>FIGURA N° 36</u> CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDU- CACIONAL	257
<u>FIGURA N° 37</u> ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	259
<u>FIGURA N° 38</u> PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CAUSALIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	261
<u>FIGURA N° 39</u> PERCEPCIÓN DE CONTROLABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	263
<u>FIGURA N° 40</u> PERCEPCIÓN DE ESTABILIDAD EN GRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	264

ÍNDICE DE TABLAS

<u>TABLA N° 1</u> DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS SEGÚN EDAD	39
<u>TABLA N° 2</u> DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO EN HEMODIÁLISIS	40
<u>TABLA N° 3</u> ESTRESORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS	53
<u>TABLA N° 4</u> DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA A RECOMENDACIONES DE EXPERTOS DE LA SALUD	88
<u>TABLA N° 5</u> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LUGAR DE TRATAMIENTO	162
<u>TABLA N° 6</u> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO	162
<u>TABLA N° 7</u> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD	162
<u>TABLA N° 8</u> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO EN HEMODIÁLISIS ...	162
<u>TABLA N° 9</u> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	162
<u>TABLA N° 10</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA PUNTAJES DE LA MUESTRA ...	178
<u>TABLA N° 11</u> MATRIZ CORRELACIONAL DE LOS PUNTAJES DE LA MUESTRA	178
<u>TABLA N° 12</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR LOS PACIENTES DEL HOSP. CARLOS VAN BUREN	199
<u>TABLA N° 13</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR LOS PACIENTES DE HEMOVAL	199
<u>TABLA N° 14</u> ANOVA PUNTAJES PACIENTES VAN BUREN V/S HEMOVAL	200
<u>TABLA N° 15</u> PRUEBA "T" PUNTAJES PAC. VAN BUREN V/S HEMOVAL	200
<u>TABLA N° 16</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR PACIENTES MUJERES	212
<u>TABLA N° 17</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR PACIENTES HOMBRES	213
<u>TABLA N° 18</u> ANOVA PUNTAJES MUJERES V/S HOMBRES	213

<u>TABLA N° 19</u> PRUEBA "T" PUNTAJES MUJERES V/S HOMBRES	214
<u>TABLA N° 20</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS < DE 50 AÑOS	224
<u>TABLA N° 21</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS > ó = A 50 AÑOS	225
<u>TABLA N° 22</u> ANOVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS < 50 AÑOS V/S SUJETOS > ó = 50 AÑOS	225
<u>TABLA N° 23</u> PRUEBA "T" DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS < 50 AÑOS V/S SUJETOS > ó = A 50 AÑOS	226
<u>TABLA N° 24</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS < ó = A 1 AÑO EN DIÁLISIS	238
<u>TABLA N° 25</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS > 1 AÑO EN DIÁLISIS	238
<u>TABLA N° 26</u> ANOVA PUNTAJES SUJETOS < ó = 1 AÑO V/S SUJETOS > 1 AÑO EN DIÁLISIS	239
<u>TABLA N° 27</u> PRUEBA "T" SUJETOS < 1 AÑO V/S SUJETOS > ó = A 1 AÑO EN DIÁLISIS	240
<u>TABLA N° 28</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS DE NIVEL EDUC. BÁSICO	251
<u>TABLA N° 29</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS DE NIVEL EDUC. MEDIO	251
<u>TABLA N° 30</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS DE NIVEL EDUC. TÉCNICO PROFESIONAL	252
<u>TABLA N° 31</u> ANOVA PUNTAJES DE LOS SUBGRUPOS ESTRATIFICADOS SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL	252

<u>TABLA N° 32</u> PRUEBA "T" PUNTAJES SUJETOS NIVEL BÁSICO V/S MEDIO	253
<u>TABLA N° 33</u> PRUEBA "T" PUNTAJES SUJETOS NIVEL BÁSICO V/S TÉCNICO PROFESIONAL	254
<u>TABLA N° 34</u> PRUEBA "T" SUJETOS NIVEL MEDIO V/S TÉC. PROFESIONAL.	254
<u>TABLA N° 35</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA INTERNALIDAD	269
<u>TABLA N° 36</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA EXTERNALIDAD	269
<u>TABLA N° 37</u> PRUEBA "T" PUNTAJES SUJETOS ALTA INTERNALIDAD V/S SUJETOS ALTA EXTERNALIDAD	270
<u>TABLA N° 38</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA CONTROLABILIDAD	273
<u>TABLA N° 39</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA INCONTROLABILIDAD	273
<u>TABLA N° 40</u> PRUEBA "T" PUNTAJES SUJETOS ALTA CONTROLABILIDAD V/S SUJETOS ALTA INCONTROLABILIDAD	274
<u>TABLA N° 41</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA ESTABILIDAD	277
<u>TABLA N° 42</u> RESUMEN ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR SUJETOS CON ALTA INESTABILIDAD	277
<u>TABLA N° 43</u> PRUEBA "T" PUNTAJES SUJETOS ALTA ESTABILIDAD V/S SUJETOS ALTA INESTABILIDAD	278

INTRODUCCIÓN

Los pacientes renales crónicos son personas que han ido sufriendo en el curso del tiempo un daño estructural y funcional en su sistema renal, a causa de algún tipo de nefropatía que destruye progresivamente los nefrones o células renales. Como consecuencia de esta disminución progresiva de nefrones se presenta un compromiso global en el paciente en las funciones excretora, homeostática y endocrina. Esta situación trae como resultado una serie de complicaciones en los diferentes órganos y sistemas, las que pueden incluso llegar a comprometer la vida del paciente.

Ante esta situación, la medicina actual ofrece la posibilidad del trasplante renal, con todos los riesgos y dificultades que conlleva. Sin embargo, si por alguna razón éste no pudiera efectuarse, el paciente tiene sólo una alternativa: La Hemodiálisis.

Este recurso de sobrevida, en que la vida de una persona pasa a depender para siempre de una máquina, consiste en la depuración de la sangre de todos aquellos productos tóxicos y de desecho que los riñones del enfermo ya no son capaces de eliminar. Este proceso se lleva a cabo a través de un dializador o riñón artificial.

Al tratamiento de hemodiálisis propiamente tal, en estos pacientes se añaden una serie de cuidados dietéticos y farmacológicos. Respecto de los primeros, la dieta prescribe una drástica restricción o ajuste en el consumo de líquidos, y de alimentos ricos en proteínas, potasio y sodio. Respecto de la farmacopeia, estos pacientes deben ingerir diariamente una serie de medicamentos que tienen por función corregir las variaciones que se producen en otros sistemas, que son producto de la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) o del tratamiento de hemodiálisis mismo.

La prolongación de la vida mediante este método artificial presenta características muy especiales, ya que a la complejidad del procedimiento mismo y a las restricciones del tratamiento, se añaden una serie de estresores en el plano fisiológico, psicológico, familiar y social que el enfermo debe afrontar y sobrellevar a lo largo de su vida.

La experiencia directa de quienes están a cargo del tratamiento de estos pacientes (médicos, enfermeras y auxiliares) revela que lograr que éstos se adapten a su enfermedad (que mantengan un buen nivel de funcionamiento en el plano psicológico, familiar y social), y cumplan con las prescripciones que su enfermedad y tratamiento demandan es una ardua y no siempre exitosa tarea.

Ante esta problemática, son escasos los trabajos que se han realizado en Chile, orientados a descubrir las causas que pudieran incidir o mediar la presencia de una buena Adaptación y Adherencia en estos pacientes. Por otra parte, la aplicación de principios generales de la Psicología de la Salud en esta población de pacientes no siempre resulta eficaz, como lo demostró el proyecto de intervención psicoterapéutica desarrollado por Guendelman y Hoffmann (1991) con estos pacientes.

Dada esta situación, en que no se dispone de información que oriente las estrategias de modificación cognitiva y/o conductual específicas en esta población de pacientes, en la presente investigación, de carácter exploratorio, nos hemos planteado las siguientes interrogantes:

- (1) En primer lugar ¿Cuál es la situación de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, respecto de la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica que presentan? ¿Existen diferencias en estas variables asociadas al lugar de tratamiento, sexo, edad, tiempo en diálisis y nivel educacional de los sujetos?

- (2) En segundo lugar, ¿Existiría algún tipo de **relación** entre la **Atribución Causal** que los pacientes realizan,

respecto del desarrollo de la enfermedad y la presencia de conductas asociadas con su tratamiento, y la **Adaptación a la Enfermedad** y la **Adherencia Terapéutica** que ellos alcanzan?

Para dar cuenta de estas interrogantes se han propuesto los siguientes objetivos:

- (a) Evaluar las variables de Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica en una muestra intencional y estratificada de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.
- (b) Analizar si existen o no diferencias en los valores de estas variables en los subgrupos de la muestra estratificada.
- (c) Evaluar las Atribuciones Causales que estos sujetos realizan respecto del desarrollo de su enfermedad y la presencia de conductas asociadas con su tratamiento.
- (d) Analizar si existen o no diferencias en los perfiles atribucionales asociadas con las características estratificadoras de la muestra.

- (e) Establecer y analizar las correlaciones existentes entre la variable de Atribución Causal y la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica en la muestra de pacientes.

Es nuestra intención que los resultados de esta investigación sirvan como antecedentes para futuros lineamientos de acción psicoterapéutica, basados en la modificación de atribuciones y orientados a mejorar la Adaptación y Adherencia en estos pacientes.

CAPÍTULO 1

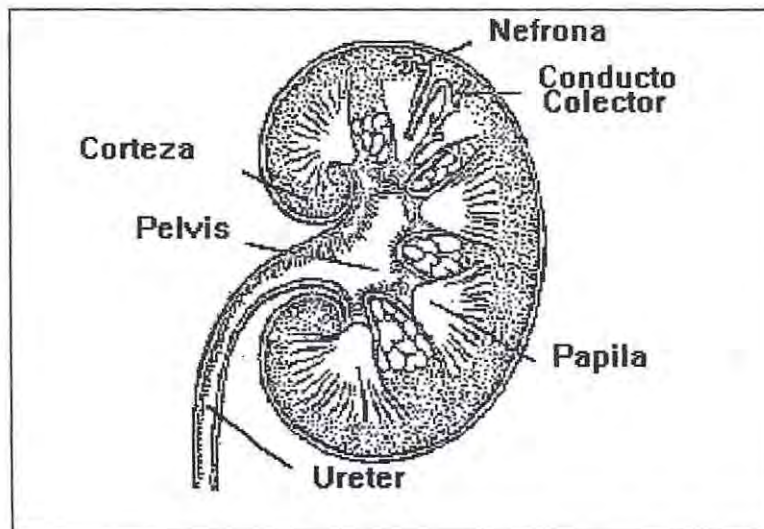
1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA FUNCIÓN RENAL, LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA HEMODIÁLISIS

1.1 ANATOMÍA DE LOS RIÑONES

Los riñones son dos, situados uno a la izquierda y otro a la derecha de la columna vertebral en posición dorso lumbar. Cada riñón tiene la forma de haba y miden aproximadamente 12 cm. de longitud, 6 cm. de anchura y 3 cm de espesor.

Estructuralmente cada riñón está recubierto por una cápsula fibrosa y está constituido por dos partes: la parte externa llamada cortical y la parte interna llamada medular. La sustancia cortical del riñón es de color rojo oscuro y envuelve la sustancia medular que se sitúa en su interior y que presenta un color más claro.

Figura N° 1 Anatomía Macroscópica del Riñón

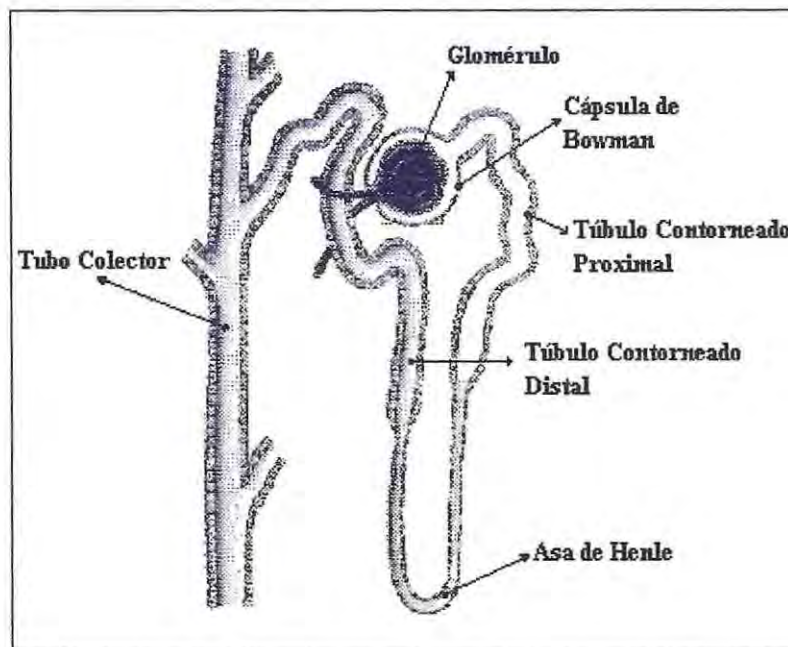


La unidad funcional del riñón es la nefrona, de las cuales cada riñón posee, aproximadamente, un millón. Cada nefrona está compuesta a su vez por un glomérulo y un túbulo. El glomérulo y las zonas proximal y distal del túbulo se alojan en la corteza renal, en tanto que el asa de Henle del túbulo se aloja en la médula renal.

1.2 ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA NEFRONA

El **Glomérulo** es un ovillo formado por una red de hasta 50 capilares provenientes de la arteriola aferente, que se aloja en la cápsula de Bowman. Esta cápsula es una membrana de doble hoja que en el espacio creado entre su pared externa e interna va reuniendo el líquido filtrado desde el ovillo capilar, el que luego sigue su curso a través de los túbulos. El glomérulo brota de la arteriola aferente, de donde recibe la sangre que será filtrada, y termina en la arteriola eferente, en donde vacía el contenido sanguíneo depurado.

Figura N° 2 Estructura de la Nefrona



El glomérulo tiene la función de filtrar la sangre, depurándola de los desechos del metabolismo celular que son vertidos por las células al torrente sanguíneo. Diariamente los riñones filtran, en una labor continua, alrededor de 180 litros de sangre que pasan una y otra vez por los glomérulos. La mayor parte de lo filtrado (aproximadamente el 80%) es reabsorbido y devuelto al torrente sanguíneo, a través del túbulo de la nefrona.

El **túbulo** se divide en tres porciones: la parte del túbulo renal más cercana al glomérulo se conoce como túbulo contorneado proximal, al que sigue un segmento en forma de U alargada llamada Asa de Henle y el túbulo contorneado distal.

La orina, que se va formando en el curso que sigue el filtrado glomerular por los túbulos, se acumula en los tubos colectores, que representan un sistema de conductos mayores en el que confluyen los túbulos contorneados distales.

La función de los túbulos es reabsorber la mayor parte del agua, electrolitos, glucosa y otras moléculas pequeñas del filtrado glomerular. Este es un proceso activo, que requiere energía metabólica y que puede ser ajustado exactamente de acuerdo con las necesidades del cuerpo, cuando los riñones funcionan normalmente.

1.3 FISIOLOGÍA DE LOS RIÑONES

Básicamente los riñones tienen dos grandes funciones, regulan la excreción de agua, sales y sustancias tóxicas de la sangre a través de la orina; y segregan hormonas y enzimas que son vitales para mantener la homeostasis y funcionamiento sistémico del organismo.

1.3.1 **Función Excretora:**

El riñón trabaja como un verdadero filtro depurador, sustrayendo de la sangre las sustancias tóxicas y aquellas cuyo exceso podría alterar su equilibrio físicoquímico.

Específicamente, se encarga de regular en la sangre: el grado de acidez relativa, el contenido hidrosalino y la eliminación de productos terminales del metabolismo (tales como urea, creatinina, ácido úrico, sulfatos y fenoles). También

se encarga de eliminar el exceso de hormonas producidas por las glándulas endocrinas, y regula la acumulación en el cuerpo de cantidades excesivas de sustancias no metabólicas, tales como, iones de sodio, potasio y cloruro, así como la acumulación de fármacos suministrados durante los tratamientos médicos y los compuestos de acción nociva introducidos accidentalmente en el cuerpo.

El mecanismo en virtud del cual la nefrona aclara en el plasma estas sustancias indeseables es el siguiente:

- (1) Filtra gran parte del plasma, generalmente la quinta parte del mismo, a través de la membrana glomerular hacia los túbulos de la nefrona.
- (2) Cuando este líquido filtrado sigue por los túbulos, la sustancia indeseable no es reabsorbida, mientras que las sustancias importantes, especialmente el agua y muchos electrolitos son reabsorbidos y vuelven a penetrar en los capilares peritubulares. En otras palabras, los túbulos separan las partes indeseables del líquido tubular de las porciones importantes para el organismo, las que son devueltas a la sangre, en tanto que las primeras se eliminan a través de la orina.

1.3.2 **Función endocrina**

El riñón produce importantes sustancias que participan en la regulación de otros sistemas del organismo. Las más importantes son:

- (1) Secreción de Renina: Esta enzima actúa sobre el plasma sanguíneo formando el complejo reninaangiotensina que produce los siguientes efectos:
 - a) Actúa sobre la corteza suprarrenal liberando aldosterona.
 - b) La aldosterona actúa sobre el mismo riñón, reduciendo la excreción de sodio; como efecto concomitante, aumenta la concentración de potasio en la sangre.A través de este sistema, los riñones participan en la regulación de la presión arterial y en la concentración de potasio.
- (2) Secreción de Eritropoyetina: A través de esta sustancia los riñones participan en el mantenimiento de la cantidad normal de glóbulos rojos en la sangre, ya que actúa sobre las cabezas de los huesos estimulando la producción de glóbulos rojos.
- (3) Metabolismo de la Vitamina D: En el riñón, la Vitamina D adopta su forma activa que influye sobre la absorción intestinal y la reabsorción ósea del calcio. La activación de esta vitamina está regulada por un mecanismo de retroalimentación entre los riñones y las glándulas suprarrenales. Al alterarse su producción sobrevienen trastornos óseos en el organismo.

1.4 LA INSUFICIENCIA RENAL

Se habla de insuficiencia renal (**IR**) ante cualquier situación en la cual la masa de nefronas ya no es capaz de mantener la normalidad de la composición del medio interno. Este término se utiliza tanto si se trata de un cuadro clínico de súbita aparición y reversible (Insuficiencia Renal Aguda), como aquel que se presenta lentamente pero que evoluciona hasta la etapa terminal en la cual ya no es reversible (Insuficiencia Renal Crónica), y se deben suplir las funciones del riñón a través de la hemodiálisis o, eventualmente, reemplazar el riñón dañado a través de un trasplante.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es consecuencia de nefropatías progresivas que van destruyendo masivamente las nefronas hasta que no existen en número suficiente que permita que los riñones puedan llevar a cabo sus funciones normales.

1.4.1 **Consecuencias de la Insuficiencia Renal**

La manifestación inmediata de la Insuficiencia renal se presenta en tres niveles:

- (1) **Función Excretora:** Con el menor número de nefronas se ve disminuida la velocidad de filtrado glomerular, lo que implica que también disminuye la cantidad de sustancias tóxicas y en exceso que debieran ser excretadas por la orina, aumentando así la concentración plasmática de estas sustancias. Cabe señalar que en la Insuficiencia

Renal Crónica los pacientes han perdido, en la mayoría de los casos, totalmente la función urinaria o bien el volumen de orina ha disminuido a niveles muy por debajo del normal (50cc de orina diario en estos pacientes, siendo lo normal 1000 a 1500cc. diarios, dependiendo de la ingesta de líquido de la persona normal).

- (2) **Función Homeostática:** Con la disminución del número de nefronas se pierde la capacidad para ahorrar pérdidas o eliminar excesos del componente sanguíneo. En el caso de los pacientes con IRC, los desechos se acumulan al no existir o estar disminuida la vía de excreción primordial que es la orina.
- (3) **Función Endocrina:** Disminuye la secreción de eritropoyetina lo que conlleva frecuentemente a la instalación de un cuadro anémico. Asimismo, al verse alterada la excreción de renina se generan cuadros recurrentes de hipertensión arterial. Por otra parte, la disminución de la masa renal funcionante, determina una alteración en la activación de la Vitamina D, lo que deriva en la presentación de enfermedades óseas, tales como la osteoporosis.

1.4.2 Cuadro Clínico de la Insuficiencia Renal

La IR se presenta con el cuadro clínico denominado "**Síndrome Urémico**" que químicamente se caracteriza por el aumento en la sangre de urea, creatinina y ácido úrico. Este

síndrome afecta a varios sistemas y aparatos del organismo produciendo una vasta sintomatología. El siguiente listado resume las alteraciones clínicas de la IR, que varían en su presentación al corto o al largo plazo, pero que son esperables si se mantiene el síndrome urémico:

- (1) **Síntomas Gastrointestinales:** náuseas, vómitos y anorexia producto del desdoblamiento bacteriano de la urea en el intestino.
- (2) **Hipertensión Arterial:** aumento de la presión arterial producto de la retención de líquido y de sodio; aparecen frecuentes dolores de cabeza y mareos.
- (3) **Osteodistrofia renal:** producto de la disminución en la absorción intestinal de calcio por carencia de Vitamina D activa se estimula la glándula paratiroides que aumenta la liberación de calcio desde los huesos. Esto se traduce en osteoporosis y retraso en el crecimiento en el caso de los niños.
- (4) **Anemia:** el descenso en el número de glóbulos rojos en la sangre (hematocrito) se inicia en los enfermos con IRC cuando la función renal disminuye a una tercera parte de lo normal; su primera manifestación es la palidez, adicional a un estado de decaimiento y fatigabilidad generalizado en el paciente.
- (5) **Retención de Agua y Sodio:** producto de la escasa o nula actividad urinaria de los pacientes, se produce una re-

tención de agua y sodio, lo que se traduce en aumento del peso corporal, aumento de la presión arterial y aparición de edemas (al no ser eliminado, el líquido extracelular se acumula en los pulmones, tobillos y otras áreas), siendo el edema pulmonar el más riesgoso de todos.

- (6) **Síntomas cardiovasculares:** resultado de la hipertensión arterial y del aumento de la volemia (volumen de líquido sanguíneo circulante) se producen complicaciones cardíacas secundarias, tales como: arritmias, aterosclerosis coronaria, pericarditis, y en casos extremos el paro cardíaco, cuando el corazón en forma prolongada se ve sometido a mayor esfuerzo.
- (7) **Acidosis metabólica:** debido a la disminución en la excreción de metabolitos de desecho, se altera la calidad del componente sanguíneo que irriga todos los órganos, lo que podría ocasionar el daño de algunas células, tales como las neuronas, que son más sensibles al ph.
- (8) **Falla en la concentración del Potasio:** La concentración de Potasio en el Líquido intracelular debe mantenerse de forma constante por sobre la concentración del Potasio en el Líquido extracelular, ya que esta diferencia posibilita el potencial de reposo de la membrana celular. En la IR la concentración de potasio extracelular se ve alterada por su exceso (Hiperkalemia) lo que altera el

- potencial de reposo y, por lo tanto, las funciones normales de los nervios y los músculos. La frecuencia cardíaca es particularmente sensible a los cambios en la concentración plasmática del potasio.
- (9) **Síntomas neuromusculares:** pueden presentarse en distintos grados: calambres, temblores, convulsiones, hormigueo, parestesias y somnolencia.
- (10) **Anormalidades endocrinas:** las principales anomalías endocrinas que han sido estudiadas tienen relación con la hormona de crecimiento, secretada por la hipófisis, que tiene su traducción clínica evidente en el caso de los niños en los cuales tras una IRC se detiene su crecimiento. No se ha estudiado que tenga algún efecto en el caso de adultos. En relación a la función gonadal, se conoce que no existe embarazo en la mujer con IRC y que no existe o está retrasado el desarrollo sexual en los niños, asimismo en el caso del hombre se ve disminuida la producción de testosterona, lo que influye en el deseo sexual del varón, además existe en ellos una disminución en el conteo de espermios y se puede encontrar también una atrofia en las células de Leydig.

1.5 LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

En la nefropatía crónica el número de nefronas funcionales disminuye y el riñón no puede excretar cargas grandes de

electrolitos o de otras sustancias. Si el 33% del número normal de nefronas se encuentran funcionales (entre ambos riñones) la función de eliminación puede ser cubierta en su totalidad por un tiempo, sin embargo el esfuerzo que se demanda a este reducido número de nefronas paulatinamente las hipertrofia hasta dejarlas inútiles, lo que provoca a la postre la sintomatología del Síndrome urémico que hemos descrito anteriormente.

Este estado fisiológico se conoce como Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en su fase terminal, puesto que los riñones ya no volverán a recuperar sus funciones debido al daño producido a su masa de nefronas.

En esta situación la medicina ofrece a los pacientes una sola opción que es el reemplazo del órgano dañado; es decir el **trasplante renal**, con todos los riesgos y dificultades que éste conlleva, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro.

De no poder efectuarse este proceso quirúrgico, o bien en espera de que se realice, el paciente tiene una sola alternativa de sobrevida: **La Hemodiálisis**.

1.6 LA HEMODIALISIS

Cuando la función renal ha descendido hasta aproximadamente el 5%, la hemodiálisis es considerada como el tratamiento primario.

La hemodiálisis implica tanto un tratamiento como una técnica, y su función es purificar la sangre de todos aquellos productos de desecho que los riñones del enfermo ya no son capaces de eliminar. Además, a través del proceso de filtración, elimina el exceso de líquido que el paciente acumula producto de su escasa o nula producción de orina.

Cabe destacar que "la hemodiálisis es un tratamiento de mantención **paleativo**, que no cura ni detiene el deterioro renal existente, ni evita otra serie de alteraciones fisiopatológicas en otros sistemas" (Bustos, Corsi, Fernández, Fuster, López, Ortarola, Pérez y Rojas; 1990).

Principios de la Hemodiálisis

La forma en que actúa el dializador no puede separarse de una serie de fenómenos físicoquímicos que se hallan implicados en el movimiento de fluidos. Básicamente se trata de dos compartimientos con líquidos que poseen distintas concentraciones de solutos, y que son separados por una membrana semipermeable (el filtro). A través del interjuego de las fuerzas de difusión y osmosis, se busca que difundan dichos solutos de uno a otro compartimiento hasta igualar sus concentraciones.

La forma en que se realiza este proceso es la siguiente:

- (1) La sangre del paciente, a la que se añade heparina para evitar su coagulación durante el proceso, pasa por gra-

- diente de concentración por una membrana semipermeable hacia el líquido de diálisis.
- (2) El líquido de diálisis contiene todos los electrolitos que son importantes para el organismo, en sus concentraciones extracelulares ideales. Asimismo, carece de aquellas sustancias de desecho que se supone el organismo debe eliminar. De este modo por **simple difusión** (principio según el cual los solutos emigran desde un lugar de mayor concentración hacia uno de menor concentración) y a través de una membrana semipermeable, se logra que emigren hacia la sangre sustancias útiles tales como el acetato y el calcio, y hacia el líquido de diálisis sustancias tóxicas como la urea, la creatinina, el ácido úrico, el fosfato y otros metabolitos.
- (3) Dada la adición al líquido de diálisis de moléculas grandes tales como la glucosa (que no atraviesa por los poros de la membrana), se logra una **presión osmótica** ideal (principio según el cual el agua contenida en un compartimiento con menor soluto emigra hacia el compartimiento con mayor soluto); que permite que se elimine el exceso de agua de la sangre.
- (4) El paso de líquido desde el compartimiento de la sangre al del líquido de diálisis además de llevarse a cabo a través de presiones osmóticas, puede hacerse siguiendo gradientes de presión. A esta fuerza de presión se la

conoce como **presión de ultrafiltración**. Por medio de ésta, el agua es forzada a pasar a través de la membrana desde el compartimiento de mayor concentración al de menor concentración. A través de esta presión de ultrafiltración es posible eliminar el exceso de agua que acumulan los pacientes entre cada diálisis.

- (5) Al finalizar este proceso de diálisis se han acumulado en el líquido de diálisis la mayor parte de los desechos tóxicos así como el exceso de agua, y se han incorporado a la sangre elementos importantes tales como el acetato (que se metaboliza en el organismo para formar bicarbonato, manteniendo el equilibrio ácido base en la sangre). Luego la sangre purificada se regresa al paciente a través de una vena.

1.6.1 Tratamiento de Hemodiálisis

Como lo hemos señalado anteriormente, la Hemodiálisis es tanto una técnica como un tratamiento; como técnica sus principios subyacentes ya han sido descritos en el punto anterior. Se incluyen además, una serie de conocimientos y destrezas en el ámbito médico y también en el área de enfermería, puesto que son las enfermeras quienes suministran habitualmente este tratamiento a los pacientes.

Existen dos tipos de técnicas de diálisis: La **Hemodiálisis** y la **Diálisis Peritoneal**. La diferencia fundamental

entre ambas es que mientras la primera consiste en un dializador inserto en una máquina, con un filtro artificial, la segunda utiliza como filtro o membrana semipermeable el peritoneo del paciente. Esta técnica es más lenta y más riesgosa para el paciente ya que puede desembocar en infecciones peritoneales o peritonitis. Sin embargo, es recomendada en aquellos casos en que los pacientes requieren de un tratamiento dialítico más prolongado y más riguroso (producto del nivel de desequilibrio humoral en que se encuentran). Lo habitual es que los pacientes con IRC, salvo complicaciones importantes, se sometan regularmente al tratamiento de hemodiálisis.

En cuanto tratamiento, la hemodiálisis supone varias condiciones:

- (1) En primer lugar, se requiere la asistencia del paciente a la unidad de hemodiálisis tres días a la semana, para ser conectado a la máquina dializadora por un tiempo que oscila entre 2 y 4 horas.
- (2) Se requiere tener un acceso adecuado a la circulación del paciente, para ello cada uno de los sujetos, antes de incorporarse al programa de hemodiálisis, debe ser sometido a una operación quirúrgica en la cual se construye una fístula artero venosa. Esta consiste en la unión de una arteria principal con una vena periférica que permite un mayor volumen en la circulación por las zonas aledañas que son utilizadas para realizar la pun-

ción, que constituye la vía de salida de la sangre hacia el dializador.

1.6.2 **Complicaciones de la Hemodiálisis**

Existen una serie de alteraciones que puede sufrir el paciente durante el proceso de hemodiálisis, la mayoría de éstas en alguna medida, directa o indirectamente, dependen del ajuste y adherencia que el paciente ha tenido con el tratamiento global de hemodiálisis (que será discutido en detalle en el próximo capítulo), con todas las restricciones y prescripciones que éste conlleva.

De estas complicaciones, las más frecuentes son:

- (1) **Descenso de la presión arterial.** Si la pérdida de líquido debido a la ultrafiltración es muy brusca, la tensión arterial también desciende rápidamente y de forma importante, lo que ocasiona en el paciente molestias tales como náuseas, vómitos, dolor abdominal o lumbar y problemas de visión, entre otros. Esta hipotensión es muy riesgosa para órganos tales como el corazón y el cerebro que en tales situaciones son irrigados deficientemente.
- (2) **Síndrome de desequilibrio osmolar.** La extracción de solutos desde el plasma sanguíneo hace disminuir su osmolaridad. Dado que este cambio no ocurre con la misma rapidez en el líquido céfalo raquídeo, habría paso de agua hacia el tejido cerebral produciéndose edemas. La

presencia de síntomas como cefalea, náusea, vómito, contractura muscular o somnolencia; en ausencia de cambios importantes de la tensión arterial, son indicios de este desequilibrio osmolar.

Adicional a lo anterior existen una serie de complicaciones que sufren los pacientes que están en tratamiento dialítico por un período prolongado de tiempo. Esto porque, aunque la hemodiálisis permite alargar la vida del paciente, no es capaz de controlar por completo los niveles de uremia ni de detener la evolución natural de la enfermedad renal subyacente. Las complicaciones más frecuentes, a largo plazo son:

- (1) **Enfermedades cardiovasculares**
- (2) **Trastornos metabólicos**
- (3) **Insuficiencia cardíaca**
- (4) **Infecciones intercurrentes:** Producto del estado inmuno deprimido de los pacientes, son más propensos a contraer la serie de enfermedades infecto contagiosas habituales en la población normal, las que a su vez son peor toleradas por estos pacientes.
- (5) **Anemia**
- (6) **Hipertensión arterial**

(7) **Osteopatías:** la más habitual es la osteoporosis, que se traduce en dolor óseo y deformidad de las extremidades, principalmente pies y manos

(8) **Ascitis Crónica**

CAPÍTULO 2

2. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO GLOBAL DE HEMODIÁLISIS Y ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACION DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Como se ha señalado anteriormente, el tratamiento primario de los pacientes con IRC es la hemodiálisis, cuyo procedimiento ya ha sido descrito en detalle en el capítulo anterior.

Básicamente la hemodiálisis se ocupa de:

- (1) Eliminar las toxinas y productos de desecho que el riñón de forma normal, a través de la orina, ya no es capaz de eliminar.
- (2) Eliminar el exceso de líquido, que el paciente acumula entre diálisis y diálisis, a través del proceso de ultrafiltración.

No obstante su utilidad, el proceso de hemodiálisis por sí solo no basta para mantener a estos pacientes en un estado de equilibrio relativo.

A continuación se expondrán en detalle los elementos, complementarios del proceso de hemodiálisis, que juntos con-

forman el tratamiento global de los pacientes con IRC. Es conveniente destacar que estos elementos constituyen el sustento para la posterior construcción del instrumento que evaluará en estos pacientes la Adherencia Terapéutica, sobre la cual se hablará más adelante.

2.1.1 Restricciones en la Ingesta de Líquidos y Alimentos

A través de un control en la dieta, en la ingesta de líquidos y alimentos, se busca ayudar al tratamiento de hemodiálisis reduciendo el monto de urea, creatinina, electrolitos (especialmente potasio, sodio y fósforo) y líquido que deben ser excretados a través de ésta.

Pese al factor corrector que significa la asistencia a hemodiálisis, el abuso en la dieta (líquido y alimentos) resulta en una acumulación de líquido, toxinas y metabolitos residuales en el torrente sanguíneo, la cual según su magnitud y frecuencia puede conducir a problemas cardiovasculares, sintomatología urémica (síndrome urémico), e incluso la muerte.

- (a) **Restricción en la ingesta de líquido:** Dado que la función excretora del riñón (producción de orina) está ausente o severamente disminuida en estos pacientes, cualquier volumen de líquido que sea ingerido será retenido en el organismo en gran medida o en su totalidad. Esta retención de líquido produce una variedad de signos, al-

gunos más graves que otros, dependiendo de la cantidad de líquido retenido. Los signos más graves son: el **edema pulmonar** (acumulación de agua en los pulmones, que reduce la capacidad respiratoria, pudiendo incluso llegar al paro respiratorio); **aumento de la presión arterial** (producto del aumento de la volemia); **cambios bruscos en la volemia** una vez que el paciente es sometido a ultrafiltración (el individuo debe perder tal cantidad de líquido en la diálisis que su organismo en general se descompensa) lo que acarrea un deterioro de las células del organismo en general. Mientras mayor sea el volumen de líquido ingerido, y por lo tanto retenido en el organismo, más severos serán los signos antes mencionados.

El tratamiento prescribe que el paciente consuma una cantidad no superior a 1000cc diarios de líquido (incluyendo no sólo el líquido que se ingiere como tal: té, café, sopas; sino también aquél que está contenido en todos los alimentos). El control del líquido ingerido por el paciente se lleva a cabo a través de las mediciones del peso que presenta el paciente antes y después de cada diálisis. En este sentido, el peso ganado entre diálisis y diálisis es un indicador directo del volumen de líquido ingerido. Se espera entonces que, consumiendo 1000cc diarios el paciente aumente aproximadamente dos kilos entre diálisis y diálisis, cantidad que, al

ser extraída a través de la diálisis, no genera trastornos severos en el equilibrio del organismo.

- (b) **Restricción en la ingesta de alimentos:** Básicamente estos pacientes pueden comer toda la amplia gama de alimentos existentes en una dieta normal, es la **cantidad** de alimentos (de acuerdo a su composición) la que debe mantenerse bajo un control estricto. Los principales elementos que son considerados para formular este régimen alimenticio son: **las proteínas, el sodio, el potasio y el fósforo.**

Proteínas: son piezas claves en la construcción y renovación de células y tejidos, por lo tanto un buen aporte de ellas es imprescindible para el buen funcionamiento del organismo. "Las proteínas están en constante cambio, se destruyen y construyen en el organismo. Para mantener un equilibrio y compensar las pérdidas que existen en cada sesión de hemodiálisis hay que respetar la cantidad aconsejable para evitar las complicaciones que llevan tanto el exceso de aporte de proteínas (síndrome urémico), como su carencia prolongada (desnutrición)" (Apuntes del Departamento de Nutrición del Hospital Carlos Van Buren).

Aún cuando los parámetros son variables en virtud de la complejidad física del individuo, lo deseable en términos de ingesta de proteínas es de 1 a 12 grs/kg. En situa-

ciones especiales (hemorragias, infecciones, etc.) se administran suplementos. Los alimentos ricos en proteínas que deben estar restringidos en cuanto a su consumo son: la leche y sus derivados, huevos, carnes de todo tipo, vísceras, leguminosas y mariscos.

Potasio: El potasio es un elemento fundamental para el buen funcionamiento del sistema nervioso y muscular. En el caso de los pacientes con IRC este elemento, naturalmente excretado por el riñón, se acumula en la sangre, y sobrepasado ciertos límites, conduce a perturbaciones de la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón, lo que en su grado extremo puede llegar a ocasionar el paro cardíaco.

Los alimentos ricos en potasio son: carnes y leguminosas; verduras: papas, rabanitos, arvejas, espinacas, repollo, choclo, berros, porotos verdes, zapallo, zanahorias, habas, palta; frutas: uva, pasas, ciruelas, damasco, melón, kiwi, plátano y tunas.

Aún cuando el potasio se encuentra presente en prácticamente todos los alimentos, existe la ventaja que, por el hecho de ser una sal hidrosoluble, al tomar contacto con el agua parte del potasio se pierde en ésta por diferencias de concentración; de modo que una solución propuesta a los pacientes es que cualquier vegetal o fruta que vayan a consumir la laven y la enjuagen tres o cuatro

veces, lo que disminuye la cantidad de potasio contenido en estos alimentos.

Sodio: Siendo un elemento necesario para el organismo, los riñones del paciente con IRC no son capaces de excretar su exceso, produciéndose un aumento en el torrente sanguíneo. Esto aumenta la retención de agua, responsable del aumento de peso, hinchazones en las extremidades (edemas) y alzas en la presión arterial.

En su forma habitual encontramos el sodio en la sal común que utilizamos para sazonar las comidas, de modo que el régimen de estos pacientes incluye una restricción total del consumo de sal; adicionalmente el sodio se encuentra en todos los alimentos enlatados y procesados (jamón, vienasas, mortadela, etc), que les son expresamente prohibidos.

Fósforo: Este elemento está contenido en casi todos los alimentos y tampoco es excretado en el caso de los pacientes con IRC. Su alta concentración en la sangre es responsable, indirectamente, de la descalcificación de los huesos (osteoporosis).

Las formas de mantener un nivel adecuado de fósforo son: eliminar de la dieta aquellos alimentos que lo contienen en gran cantidad (tales como: leche, quesos, yema de huevo, carnes, vísceras, leguminosas, fiambres y embutidos, almendras, nueces, sopas deshidratadas, alimentos

integrales, pan, fideos y pastas) y la ingesta de hidróxido de aluminio.

En virtud de las consideraciones antes expuestas, en torno a la ingesta de alimentos, lo recomendable es que los pacientes aprendan a ir balanceando su dieta, intercambiando un alimento por otro en virtud de los distintos parámetros que hemos mencionado.

2.1.2 Régimen de Medicamentos

Dado que el filtro utilizado en la diálisis, encargado de eliminar las toxinas, no es un filtro de tipo selectivo como lo es el riñón, y carece además de los mecanismos naturales de feedback que corrigen la excreción normal del riñón, al momento de filtrar durante la hemodiálisis se elimina junto con los elementos de desecho una serie de elementos que son importantísimos para el organismo, tales como vitaminas y minerales.

Por esta razón, el tratamiento de estos pacientes contempla, como parte fundamental, el suplemento farmacológico de aquellos elementos que se pierden en la diálisis.

Así también, a través de medicamentos se espera incorporar al organismo algunos elementos que el riñón ya no secreta de forma natural, por ejemplo la eritropoyetina.

Cada paciente, de acuerdo a su función renal residual y su estado general de salud, recibe un tratamiento farmacoló-

gico particular, respecto de las dosis y tipos de medicamentos.

Algunos de los medicamentos prescritos para la totalidad de los pacientes son:

- (a) **Antihipertensivos:** producto de la retención de líquido y la acumulación de sodio, la hipertensión es un síndrome que se presenta en todos los pacientes en distinta magnitud. Para prevenir su presentación o disminuir su magnitud, el consumo de antihipertensivos debe ser diario.
- (b) **Calcio:** producto de la falla en el metabolismo de la vitamina D, que influye en la absorción intestinal de calcio, la glándula paratiroide es estimulada para extraer el calcio que el organismo necesita desde los huesos, lo que produce una desmineralización ósea y osteoporosis en el corto plazo. Para aumentar la concentración de calcio en el organismo y la adhesión de éste a los huesos, los pacientes deben consumir a diario dosis suplementarias de calcio.
- (c) **Hidróxido de aluminio:** El fósforo es un elemento que tiende a acumularse en estos pacientes, causando osteodistrofia e hiperparatiroidismo. El hidróxido de aluminio ayuda a fijar el fosfato en el intestino, impidiendo que se absorba, lo que posibilita el mantenimiento de los valores normales de fósforo en la sangre. Influyen-

do indirectamente, en el balance de las concentraciones de calcio.

- (d) **Sulfato ferroso:** La mayoría de estos pacientes presentan un estado permanente de anemia en grados variables. Este cuadro se relaciona no sólo con el número de glóbulos rojos presentes en la sangre, sino también con la calidad de éstos (glóbulos rojos inmaduros). La ingesta diaria de sulfato ferroso posibilita una mejor maduración de éstas células desde la médula ósea.
- (e) **Eritropoyetina:** este medicamento también se relaciona con la corrección del estado anémico de los pacientes. Este elemento, que es adicionado al líquido de diálisis (y que por diferencias de concentración ingresa al torrente sanguíneo) estimula la producción de glóbulos rojos.
- (f) **Complejos polivitamínicos:** Las vitaminas son elementos que, por su tamaño reducido, pasan a través de los poros de la membrana de diálisis siendo eliminados posteriormente.

Por esta razón los pacientes están expuestos a sufrir cualquiera de los distintos cuadros de avitaminosis que existen. Para evitar estas patologías los pacientes deben consumir diariamente estos complejos polivitamínicos que les suministran de forma directa las vitaminas que pierden en hemodiálisis.

2.1.3 Cuidados de la Fístula Arterio Venosa

Como se ha señalado anteriormente, una de las condiciones necesarias para la hemodiálisis es disponer de una adecuada vía de acceso al torrente sanguíneo del paciente. Lo más común es que el paciente sea sometido a una intervención quirúrgica antes de su ingreso al programa de hemodiálisis. En esta intervención se crea una fístula arterovenosa interna, habitualmente en el antebrazo. En este procedimiento se une una arteria con una vena periférica, estableciéndose una abertura entre ambas llamada fístula. La unión de la sangre arterial dentro de la vena provoca que la vena comience a engrosarse y a ampliarse, lo que provee de un mayor flujo sanguíneo a través de ésta, el que es utilizado en la hemodiálisis, mediante una punción a la vena a cierta distancia (aproximadamente 10cm) del lugar en que se halla la fístula. (Para una descripción más extensa del procedimiento ver: Falvo, 1991).

Aún cuando la presencia de la fístula no debiera causar ningún tipo de incomodidad al paciente, éste debe tener mucho cuidado de ocasionar cualquier tipo de lesión a su fístula: debe evitar realizar esfuerzos físicos con ese brazo, evitar la posibilidad de golpear la zona de la fístula y evitar cargar pesos o dormir hacia el lado de la fístula. Todo esto, porque este tipo de daño mecánico puede ocasionar el colapso

de la fístula, o un bloqueo en la irrigación sanguínea que llevaría a una necrosis del tejido.

Ante un daño de la fístula, el paciente de hecho no puede, en esos momentos, ser sometido a hemodiálisis puesto que la vía de acceso está bloqueada; además una vez que la fístula ha sido dañada ésta debe ser reemplazada por una nueva en el otro brazo.

2.1.4 Conductas del Paciente durante la Hemodiálisis

En este plano, se espera que el paciente coopere en la medida de lo posible con el buen desarrollo de la sesión de hemodiálisis y con los resultados de ésta.

Como vimos en el capítulo anterior, la realización de este procedimiento no está exento de complicaciones. Una de las más frecuentes son las crisis de hipotensión, ante las cuales se requiere que el paciente de aviso al equipo tratante en cuanto comience a sentir los primeros síntomas (mareos, visión borrosa, adormecimiento), a fin de corregir el procedimiento. Suele suceder que los pacientes encubren esta sintomatología, o bien ingieren alimentos salados durante dichas crisis (lo que transitoriamente alivia los síntomas), a fin de no ser desconectados de la máquina antes de haber eliminado el exceso de líquido retenido.

Este tipo de conductas obligan a las enfermeras a tener que estar sobrevigilantes sobre los pacientes, o adivinar la

presencia de estos síntomas, circunstancia que en todo caso involucra grandes márgenes de error.

Otra conducta que desvirtúa la precisión del tratamiento es la ingesta de líquidos durante el proceso de hemodiálisis. En tal caso los pacientes deben permanecer más tiempo conectados a la máquina, lo que a la larga aumenta el deterioro en el organismo global.

2.1.5 Asistencia a Controles Médicos Periódicos

Aún cuando el paciente se encuentre incorporado a un programa de hemodiálisis permanente, que mantiene un equilibrio relativo en su hemodinamia, la hemodiálisis por ser un tratamiento de tipo paliativo, no es capaz de corregir o frenar el deterioro de otros sistemas del organismo, que se ven afectados por las diversas complicaciones de la insuficiencia renal. Por esta razón, otro componente del tratamiento global de estos pacientes, es que asistan cada cierto tiempo a controles médicos: con su nefrólogo tratante, quien ajusta la medicación en virtud de los requerimientos del paciente; y con otros especialistas: neurólogos, traumatólogos, cardiólogos, etc. que controlan el deterioro en otros sistemas del organismo.

Como puede apreciarse el éxito de la hemodiálisis y la sobrevida del paciente depende en alto grado de la motivación individual del sujeto, y de su disposición a cooperar con el

tratamiento global que le ha sido prescrito. En este sentido la pobre Adaptación a la Enfermedad y la pobre Adherencia al Tratamiento, conllevan en el corto y largo plazo un serio riesgo para la vida del paciente.

Ambas dimensiones serán analizadas en detalle en el capítulo siguiente.

2.2 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS

Con el fin de contextualizar al lector dentro de lo que será nuestra muestra de estudio, y su subsiguiente estratificación, a continuación se presentan algunos datos demográficos de la población nacional de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis

En Septiembre de 1995 fueron presentados los últimos datos del censo nacional sobre la población de pacientes en hemodiálisis crónica (Poblete,1995).

A esa fecha existían un total de 4.012 pacientes sometidos a hemodiálisis crónica a lo largo del país, de los cuales 438 pertenecen a la V Región (10,9%).

Para dar cuenta del tratamiento de estos pacientes, existen en la región tres hospitales (Hospital Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke y Hospital Naval) y siete centros de atención de carácter privado.

La distribución de los pacientes, por centros de atención es la siguiente: 78 pacientes reciben atención en hospitales(17,8%), y 360 en centros privados (82,2%). La tendencia de estos datos regionales, sigue el patrón general mostrado en el balance nacional, según el cual sólo un 21,5% de los pacientes se atienden actualmente en hospitales, en tanto que el 78,5% restante lo hace en centros de atención privada.

Esta tendencia hacia la atención en centros privados constituye un cambio radical en las pautas de atención, hecho que se ha ido produciendo en forma sistemática en los últimos años; baste señalar que en 1980 el primer censo mostraba que un 77,6% de los pacientes eran tratados en hospitales, en tanto que sólo un 8,4% era tratado en centros privados y existía un 14% de pacientes que realizaban su tratamiento de hemodiálisis en sus domicilios, estos últimos en la actualidad están absolutamente ausentes.

Respecto de la distribución por sexo, los datos revelan que 2.211 pacientes son hombres (55%) en tanto que 1.801 pacientes son mujeres (45%).

Respecto de la distribución por edad, a continuación se reproducen los datos obtenidos en el último censo.

Tabla N° 1 Distribución de la Población de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis según Edad ¹

Edad (décadas)	N° Pacientes	%
0 10	6	0,1
11 20	113	3,1
21 30	332	9,2
31 40	507	14,0
41 50	607	16,7
51 60	796	22,0
61 70	834	23,0
71 80	373	10,2
81 y más	60	1,7
TOTAL	3.628	100,0

Como puede apreciarse, la mayor concentración de pacientes, se encuentra entre los 31 y los 70 años. La población más joven, menores de 20 años, es reducida ya que el daño renal masivo, que justifica la hemodiálisis, aún no se ha expresado en forma global, salvo en contadas excepciones. El grupo de pacientes entre los 51 y 80 años en tanto, constitu-

¹ Poblete H., (1995) XV Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. Pág. 27

yen una población incrementada y estable, dado que, por su edad se encuentran fuera del programa de transplante renal.

Respecto del tiempo que los pacientes llevan asistiendo a hemodiálisis, su distribución aparece en la tabla siguiente:

Tabla N° 2 Distribución según Tiempo en Hemodiálisis ²

Tiempo en HDC	N° Pacientes	%
Hasta 1 año	943	26,9
+ 1 2 años	719	20,5
+ 2 3 años	575	16,4
+ 3 4 años	449	12,8
+ 4 5 años	333	9,5
+ 5 6 años	77	2,2
+ 6 7 años	176	5,0
+ 7 8 años	61	1,7
+ 8 9 años	67	1,9
+ 9 10 años	38	1,1
+ 10 años	72	2,0
TOTAL	3.510	100,0

² Poblete H., (1995) XV Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. Pág. 28

Como puede observarse, la mayor concentración de pacientes se encuentra entre aquellos que llevan entre menos de un año y hasta cuatro años asistiendo a hemodiálisis; sucesivamente el número de pacientes va disminuyendo con el correr del tiempo. La explicación de este hecho estaría dada por dos eventos: en primer lugar, el que tras un tiempo de espera variable, algunos pacientes logran ser trasplantados, y en segundo lugar la mortalidad natural de estos pacientes, que es superior a la de la población normal.

CAPÍTULO 3

3. ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

La prolongación de la vida de los pacientes con IRC a través de la hemodiálisis presenta características muy especiales. Son pocos los casos en que una persona se encuentra tan desesperadamente dependiente de una máquina, de un procedimiento y de un equipo médico para sobrevivir. A las múltiples alteraciones orgánicas que padecen estos pacientes, se añaden severas alteraciones psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento.

En este capítulo se analizará en detalle dos aspectos relevantes en la situación de estos pacientes: la **Adaptación a la Enfermedad** y la **Adherencia Terapéutica**.

Ambas condiciones resultan de vital importancia para el paciente si se pretende que las metas del programa de diálisis trasciendan su mera sobrevivencia física e incluyan su bienestar psicológico.

3.1 LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

Diversos investigadores han intentado definir qué se entiende por **Adaptación a la Enfermedad**. Sin embargo, la multiplicidad de significado que tal concepto puede tener (desde

lo pragmático a lo existencial) ha conducido a que sea muy difícil llegar a un consenso respecto de su definición.

En nuestro pensamiento cotidiano la Adaptación a la Enfermedad se confunde con la resignación, con la aceptación pasiva de la situación de enfermedad. La actitud que se espera del enfermo "Adaptado" es que se deje conducir, por médicos y otras personas, en el cuidado de sí mismo y de su eventual recuperación. Las quejas o expresiones de insatisfacción son consideradas un reflejo de que el individuo no se ha adaptado a su enfermedad.

Tratándose de una enfermedad crónica, la vivencia de enfermedad es dramáticamente profunda, ya que ésta acompañará la vida misma del individuo hasta su muerte.

Una comprensión profunda de esta situación vital es bellamente expuesta por Karl Jaspers en su libro **"Entre el Destino y la Enfermedad"** (1967). En este libro el fenomenólogo explora lo que ha sido su vida sobrellevando una enfermedad pulmonar crónica (bronquioectasia). Para él su enfermedad era un **Destino**. Sobre su vida relata lo siguiente: "Desde que era niño de pecho no he estado nunca sano y mi salud ha sido siempre tan endeble que únicamente condiciones de vida inmejorables me han permitido rendir, y aún entonces sólo un rendimiento puramente intelectual" (p.86).

Sabiéndose enfermo, debió enfrentar también la incertidumbre de la valía personal, ya que incluso su actividad in-

telectual, se veía trunca a menudo por crisis que lo mantenían postrado por meses; no obstante su fuerza interior le mantuvo firme a lo largo de su vida. Al respecto este autor reflexiona: "Existía en mí un presentimiento que me decía que mi existencia dependería del cuidado de otros. Sentía dentro de mí una energía inmensa, me sentía alguien, sentía que tenía razón de existir, aunque con ello el mundo no consiguiera ninguna ganancia material" (p. 138).

Jaspers es tajante al reafirmar el rol activo que cada persona enferma debe asumir en el diseño de su Proyecto de Vida. Al respecto señala: "... cada enfermo tiene que pensar lo que, estando enfermo, debe hacer de sí como si estuviera sano. A cada enfermo, en su situación y como ser único, se le ha confiado la tarea de encontrar con su enfermedad y en su mundo una forma de vida, que ni puede ser trazada para todos ni puede ser repetida idénticamente" (pág. 166).

Finalmente, destaca lo esencial que resulta el aprender a discernir entre estados sanos y estados enfermos. Esto que parece una obviedad no lo es tal cuando conversamos con un paciente que permanece invariablemente apegado a sus sentimientos y emociones del estar enfermo, pese a los cambios físicos objetivos que puedan acontecer gracias al tratamiento. Jaspers afirma lo siguiente: "Importa mucho distinguir los estados, porque si no, uno se hunde en un estado, medio enfermo, medio sano, de pasividad. La esperanza de que volve-

rían días buenos daba alas a mi trabajo. Pero no sólo había días y semanas malas, sino años enteros. Tenía que aprender a esperar y a confiar en que aquello cambiaría de nuevo" (pág. 178).

El relato de Jaspers, que resulta conmovedor por la profundidad de su experiencia, y por la fuerza que despliega para adaptarse a su enfermedad, no es un caso único. La razón por la cual hemos hecho referencia a él en este trabajo es para dejar abierto el planteamiento de que la **Adaptación a la Enfermedad** es un fenómeno eminentemente humano, e individual en su expresión máxima, que trasciende las definiciones operacionales que puedan formularse para fines de investigación o de aplicaciones clínicas.

El tema de la Adaptación a la Enfermedad ha tenido su principal desarrollo a partir de la década de 1980. Durante este tiempo se han desarrollado diversos esfuerzos en investigación destinados a precisar los alcances y dimensiones que conformarían este concepto, así como a relacionarlo con distintas características de los sujetos enfermos (edad, sexo, estado civil, rasgos de personalidad, etc).

Para algunos autores, constituyen la Adaptación a la Enfermedad aquellas conductas competentes y responsables del individuo, consistentes con la sobrevivencia biológica. Bajo este concepto Karnofsky desarrolló en 1948, una escala de 11

puntos. En esta escala se intenta evaluar la habilidad o capacidad funcional global del paciente para llevar a cabo una serie de actividades. La evaluación se realiza través de la observación y el interrogatorio, llevado a cabo generalmente por el médico. Esta escala se aplicó hace dos años a la misma población de pacientes con IRC en hemodiálisis que participan en este estudio, y los resultados de dicha evaluación muestran que los pacientes, en general, presentaron puntajes altos en adaptación (entre 70 y 87 puntos con un máximo posible de 90). Aún cuando esta escala presenta una innegable utilidad clínica, presenta algunos inconvenientes, siendo el principal de ellos el hecho de que más que una escala de adaptación es, en realidad, una escala de funcionamiento físico que explora, por tanto, un aspecto muy limitado de la persona enferma.

Otros autores, enfatizan el elemento individual en la Adaptación a la Enfermedad, señalando que ésta constituye el esfuerzo físico y mental del enfermo, que usa sus **capacidades residuales** para compensar las pérdidas sufridas.

En esta línea, algunas investigaciones han evaluado el grado de adaptación a la diálisis prolongada, según el grado de rehabilitación vocacional o profesional (esto es el grado en el cual los sujetos desempeñan labores remuneradas ya sea en su trabajo previo a la enfermedad o, si esto es incompatible con su estado, en su orientación en nuevas líneas de tra-

bajo), cumplimiento de la dieta y presencia de alteraciones psicológicas en los pacientes.

En su trabajo de apoyo psicoterapéutico grupal con pacientes en diálisis, Guendelman y Hoffmann (1991) señalan: "A juicio de las enfermeras de diálisis, un paciente bien adaptado será el que comprenda los mecanismos básicos del funcionamiento renal y de la máquina de diálisis; coopere con el tratamiento; se mantenga activo; esté de buen ánimo; establezca contacto social con los demás pacientes y tenga un fuerte apoyo familiar" (pág. 30).

Esta descripción de Adaptación a la Enfermedad, que proviene de quienes están en permanente y prolongado contacto con los pacientes, no sólo hace referencia al componente individual del afrontamiento del paciente, además incorpora elementos nuevos, tales como, el nivel de información del paciente y el soporte social y familiar que éste es capaz de mantener.

Estos elementos están presentes, en la definición general de Adaptación a la Enfermedad que ofrece Bayés (Bayés 1993b, Blasco y Bayés 1992) y que será utilizada en esta investigación. Según este autor "La **Adaptación a la Enfermedad** corresponde al grado de ajuste que tiene lugar entre las demandas específicas que supone la enfermedad (síntomas clínicos, características y efectos de los tratamientos, perturbaciones que conlleva en las diferentes esferas de la vida co-

tidiana) y las respuestas emocionales y conductuales que se producen o lleva a cabo el enfermo al afrontar dicha situación". (Blasco y Bayés; 1992, pág.208)

Partiendo de este concepto general, y utilizando un instrumento desarrollado por A. Font en 1987 para la evaluación de Calidad de Vida (para una mejor descripción del instrumento de Font ver más adelante cap. 5), Blasco y Bayés, luego de varias investigaciones en que se aplicó este instrumento, desarrollaron una fórmula a partir de sus ítems, cuyos resultados revelarían el grado de Adaptación a la Enfermedad en los pacientes.

En este instrumento, que será utilizado en la presente investigación, los pacientes discriminan en una escala análogo visual (ver anexo N° 2) el grado de limitación que su enfermedad y tratamiento ha provocado en las esferas individual, social y familiar; la presencia de trastornos físicos y psicológicos (como depresión, ansiedad, miedo a la muerte); y el grado de satisfacción/insatisfacción que perciben en cuanto a la información que manejan respecto de su enfermedad y tratamiento.

3.2 LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS

En varios estudios, se ha intentado describir las fases o etapas por las cuales atraviesan estos pacientes desde el

momento del diagnóstico y hasta que el régimen terapéutico está plenamente implantado en sus vidas.

Benadretti y Escobar (1985) describen, brevemente, las etapas de ajuste a la diálisis que han sido más ampliamente aceptadas por los investigadores; estas fases se presentarían siempre, independientemente del contexto familiar, social o del nivel intelectual del paciente:

"1ª Etapa: Estado Psíquico de Uremia Terminal

Consiste en la vivencia de todos los trastornos psicológicos producto del alto nivel de uremia. Esta etapa no se presenta en pacientes de países donde la diálisis se instaura precozmente, sin esperar a que el paciente presente el síndrome urémico. En Chile, lo habitual es que los pacientes sí pasen por esta fase.

2ª Etapa: Fase Eufórica o de Luna de Miel

Esta etapa tiene lugar pasadas las primeras sesiones de diálisis. El paciente se empieza a sentir mejor física y anímicamente, producto de la disminución de la sintomatología urémica y del aflojamiento del régimen. Reacciona sintiéndose confiado, esperanzado y con alegría de vivir.

3ª Etapa: **Regreso al Mundo de los Vivos**

En esta etapa, el paciente conoce las ventajas y limitaciones de su tratamiento, se da cuenta de la realidad de su situación. Empieza a sentir presiones del entorno y del personal para que se reintegre al mundo de los vivos, y experimenta las primeras complicaciones médicas de la diálisis. Todo lo anterior provoca en el paciente sentimientos de desamparo, desesperanza y tristeza.

4ª Etapa: **Fase Crónica**

¿Qué es mejor? ¿Vivir o morir?. Se inicia cuando el paciente se ha acostumbrado al tratamiento y ha reanudado sus antiguas ocupaciones. Se pregunta, ¿vale la pena seguir viviendo con las restricciones que me imponen la diálisis, el régimen, las medicaciones y el estado general de salud?. Es un período de larga adaptación, en el cual el paciente experimenta sentimientos de relativo contento intercalados con períodos de depresión".

(Benadretti y Escobar, 1985. págs. 46 y 47)

Si bien es cierto, descripciones como la anterior tienen una gran utilidad a nivel heurístico, como una forma de evaluar el proceso por el que atraviesa el paciente, poco nos dice de los distintos factores que, de forma interdependien-

te, componen y determinan la variable compleja de la Adaptación a la Enfermedad.

A continuación describiremos algunos hallazgos que se han descrito en relación a los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, y que resultan atingentes a aquellos factores que constituirían la Adaptación a la Enfermedad en estos pacientes.

3.2.1 Estresores y Métodos de Afrontamiento (Coping) identificados en Pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis.

A través de los años, la tecnología de la hemodiálisis ha experimentado grandes avances. Sin embargo, a pesar de los mejoramientos tecnológicos los pacientes deben enfrentarse con numerosos estresores asociados al tratamiento que no son aliviados por estos nuevos avances en la tecnología.

De esta situación surge la necesidad de investigar, de modo objetivo, el tipo de estresores asociados a este tratamiento que son percibidos por los pacientes, y la forma en como ellos responden a estos estresores (estilos de afrontamiento o "Coping").

En un estudio que persigue la identificación de stress y patrones de coping en pacientes en hemodiálisis, Smith, Pelletier y Powers (1982) construyeron una escala que evalúa la incidencia y la severidad de estresores fisiológicos y psicosociales asociados con el tratamiento, y cómo estos eran percibidos por los pacientes. A partir de una revisión extensa

de la literatura existente y de entrevistas con el personal tratante, las autoras identificaron 29 estresores, que fueron posteriormente presentados a 38 pacientes en hemodiálisis para su evaluación. Los resultados de esta evaluación se presentan en la Tabla siguiente.

Tabla N° 3 Estresores asociados al tratamiento de Diálisis*³

Stressor Identificado	Clase (F: fisiológico; PS: psicosocial)
Limitación de fluidos	PS
Calambres Musculares	F
Fatiga	F
Incertidumbre respecto del futuro	PS
Limitación en los alimentos	PS
Interferencia en el Trabajo	PS
Picazón	F
Limitación en las actividades físicas	PS
Cambios en la apariencia corporal	PS
Punción arterial y venosa	F
Náuseas y vómitos	F
Duración del Tratamiento	F
Limitación en el tiempo y lugar de veraneo	PS
Dependencia de los miembros del staff	PS
Disminución en su vida social	PS
Cambios en las responsabilidades familiares	PS
Factores de costo	PS
Pérdida de funciones corporales	F
Disminución en la función sexual	PS
Rigidez de las articulaciones	F
Limitaciones en el vestir	PS
Dependencia de los médicos	PS
Problemas de transporte desde y hacia la	
Internaciones frecuentes en el hospital	PS
Disturbios en el sueño	PS
Inversión en roles familiares con la esposa	PS
Temor a quedarse solo	PS
Inversión en roles familiares con los niños	PS
Disminución de la habilidad para procrear	PS

Los resultados de este estudio comprobaron que los estresores psicosociales tienen un impacto, percibido por los pacientes, igual que los estresores fisiológicos.

³Smith, K., Pelletier, S. y Powers S (1982). Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. Nursing Research. vol 31, N° 2. Pág. 109

La limitación en la ingesta de líquidos fue el estresor psicosocial más frecuente y altamente puntuado, en tanto que los principales estresores fisiológicos fueron los calambres musculares y la fatiga.

La incertidumbre respecto del futuro, también fue puntuada alta en la escala de estresores. Esto, según las autoras, podría indicar que los pacientes reconocen, en parte, su incapacidad para controlar la situación de tratamiento o los futuros resultados de su enfermedad.

Los estresores que causaron un mínimo impacto fueron: la reversión en los roles en la familia, el decremento en la habilidad para procrear y disturbios en el sueño.

En este estudio no se hallaron correlaciones significativas entre el puntaje total de estresores percibidos y variables de edad, sexo, estado civil, nivel educacional y tiempo en diálisis. Sin embargo, las autoras señalan que pacientes que llevan en diálisis menos de 12 meses y aquellos que llevan de 37 a 48 meses reportaron menos estresores que aquellos pacientes que llevan en tratamiento entre 13 y 36 meses y por más de 48 meses. Estos hallazgos avalarían la presencia de las fases de adaptación descritas anteriormente, principalmente en lo que se refiere al primer año de tratamiento, considerándose que los problemas de ajuste a la hemodiálisis siguen un patrón cíclico y que el período comprendi-

do entre uno y tres años podría ser particularmente tormentoso.

Se destaca, sin embargo, que no existe una simple relación lineal entre la extensión del tiempo en diálisis y la percepción del estrés asociado al tratamiento.

De los 38 pacientes que participaron en este estudio, nueve de ellos listaron 10 estresores adicionales que no estaban incluidos en la escala original, y que no aparecen en la literatura habitual. Estos estresores fueron:

- (a) Actitudes del staff que los atiende (los pacientes se quejaron de la insensibilidad de algunos miembros del equipo para con sus padecimientos).
- (b) La presencia de nuevos miembros en el staff (en la prolongada y estrecha relación que el paciente establece con miembros del staff, con la experiencia ha logrado observar la competencia de algunos miembros lo que acarrea un fuerte sentimiento de confianza, que no está presente con nuevos miembros que se incorporan).
- (c) La preparación para un eventual trasplante.
- (d) Cambios en la voz.
- (e) Elevados niveles de ruido (producto de la presencia de música o televisión, y de conversaciones a viva voz entre pacientes y personal tratante) al interior de la unidad de diálisis (al respecto, algunos pacientes expresaron

miedo a que la excesiva cuota de ruido dentro de la unidad pudiera interferir con la habilidad y grado de alerta de los miembros del staff durante un momento de crisis).

- (f) Aumento en la irritabilidad seguido de un incremento en la presión sanguínea.
- (g) Cambios en la temperatura corporal durante la diálisis.
- (h) Padecimiento de calambres mientras se desplazan.
- (i) Existencia de preferencias o tratos diferenciales para algunos pacientes de parte del staff.
- (j) Sentimientos de pérdida de la pareja (expresado principalmente por hombres, y haciendo explícita referencia a la disminución en su actividad y respuesta sexual).

Respecto de los métodos de afrontamiento (coping), éstos han sido descritos como las conductas y actitudes que asume la persona para manejarse con la enfermedad y sus consecuencias.

Lazarus y Folkman (1988) definen los métodos de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales desplegados, para controlar, tolerar y reducir las demandas internas o externas y los conflictos entre ellas que se generan frente a una situación amenazante, intentando preservar la integridad corporal y psíquica, recuperar la función deteriorada y compensar cualquier deterioro irreversible.

Dentro de este marco teórico, toda conducta de afrontamiento, o método para resolver problemas, puede ser clasificado en una de las dos categorías generales propuestas por los autores. Estas son: Métodos de Coping orientados a Problemas, y Métodos de Coping orientados Afectivamente.

Respecto de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, algunos autores han establecido cuatro métodos de "coping" que contribuirían a la salud y bienestar de éstos: buscar en el exterior y en la experiencia previa antecedentes sobre la situación problema y alternativas de solución; trabajar la tensión con actividad física; buscar ayuda en familia y amigos; y establecer submetas específicas que ayuden a solucionar el problema.

Estos métodos de "coping", en la investigación de Smith et al (1982) fueron sólo moderadamente encontrados. En dicho estudio los pacientes revelaron que en la solución de problemas, utilizan más frecuentemente los siguientes métodos de coping:

- (a) Procurar mantener algún grado de control sobre la situación. (Los intentos por mantener algún grado de control sobre la situación, a juicio de las autoras de la investigación, avalan los hallazgos de otros autores que señalan que el principal problema de adaptación en estos pacientes es la dependencia).
- (b) Mantener la esperanza en que las cosas irán mejor.

- (c) Oración y confianza en Dios.
- (d) Procurar una observación objetiva de los problemas.
- (e) Preocuparse por los problemas.
- (f) Aceptación de la situación problema.
- (g) Pensar en diferentes formas de resolver el problema, acudiendo a consejos de otros y a la propia experiencia.

Entre los métodos menos usados de "coping" fueron identificados:

- (a) Culpabilizador
- (b) Descargar las tensiones sobre alguien más
- (c) Hacer uso de drogas o bebidas alcohólicas
- (d) Permitir que alguien más se haga cargo de la situación.

Considerando la distinción teórica propuesta por Lazarus (1988), respecto de los estilos de coping, las autoras concluyen que los pacientes en hemodiálisis utilizan, más frecuentemente, métodos de coping orientado a problemas que orientados afectivamente.

Años más tarde, el mismo estudio fue replicado por otras autoras, Gurklis y Menke (1988), quienes ampliaron la muestra en estudio, y revelaron nuevos hallazgos en la identificación de estresores así como la presencia de correlaciones significativas entre el tipo de estresores y el método de coping empleado por los pacientes.

Los estresores adicionales fueron: sangramiento después de la diálisis, presencia de severas jaquecas, caídas abruptas en la presión sanguínea y sentimientos de no estar bien luego del tratamiento. Como estresores crónicos de la enfermedad fueron identificados: el régimen de asistencia a diálisis, padecer de múltiples enfermedades, padecimiento de fatiga, depresión y llanto, pérdida del trabajo, posibilidad de muerte durante la diálisis, sentimientos de encadenamiento a la máquina, excesiva dependencia de otros, y la necesidad sentida de ser tratados de forma más individualizada e incrementar su participación en el tratamiento.

Los pacientes que participaron en esta investigación manifestaron, al igual que en el estudio precedente, un predominio en el uso de métodos de coping orientados a problemas por sobre los orientados afectivamente; sin embargo en este estudio se precisa la correlación existente entre tipo de estresores y métodos de coping. Se halló que los estresores fisiológicos estuvieron significativamente relacionados con métodos de coping orientados afectivamente, en tanto que, estresores psicosociales estuvieron asociados con métodos de coping orientados afectivamente y a problemas indistintamente.

Por otra parte, la extensión del tiempo en diálisis estuvo significativamente relacionada con el uso de coping orientado a problemas. Este hecho contradice lo aseverado en

otras investigaciones respecto de que el prolongado stress de la diálisis disminuiría la tendencia de los pacientes a enfrentarse activamente con los problemas, predominando en su situación un estilo de coping pasivo, dependiente y con una fuerte negación de la realidad cuando enfrentan stress psicológico en la vida diaria.

Los resultados de ambas investigaciones contradicen las afirmaciones anteriores (que constituyen las más comúnmente aceptadas) en dos sentidos:

1° En la presencia de una negación por parte de los pacientes en diálisis ante su situación. Por el contrario, los pacientes fueron extremadamente conscientes y hábiles al momento de identificar estresores que están presentes en su vida cotidiana.

2° En la presencia de un estilo de coping pasivo y dependiente. Por el contrario, al parecer los pacientes se esfuerzan por mantener un cierto grado de control sobre su situación y por actuar efectiva y constructivamente sobre sus problemas.

En el trabajo de Guendelman y Hoffmann (1991), en el que se aplicó un modelo de psicoterapia de apoyo grupal a pacientes chilenos en hemodiálisis, fueron evaluadas tanto la presencia de estresores, como el uso de estrategias de afrontamiento, para ello utilizaron los mismos instrumentos que fue-

ron utilizados en las investigaciones descritas anteriormente.

En la primera evaluación (pre tratamiento), los pacientes obtuvieron puntajes inferiores a los obtenidos por otros pacientes en investigaciones extranjeras en la escala de Estresores de Hemodiálisis, lo cual significa que los pacientes percibieron como menos estresantes las situaciones que aparecen descritas en dicha escala. Lo mismo ocurrió con los puntajes obtenidos en la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Jalowiec, que también fueron inferiores. Se mantuvo la preferencia de los pacientes por el uso de estrategias orientadas a problemas versus orientadas afectivamente.

Dos de los objetivos centrales de esta investigación fueron: propiciar, a través de la intervención psicoterapéutica, una disminución en el número de estresores percibidos, y orientar a los pacientes hacia el uso de estrategias de afrontamiento que, según la literatura, resultan más efectivas en su condición y que propenden hacia una mejor Adaptación a la Enfermedad.

En las evaluaciones post tratamiento y de seguimiento de esta intervención, no se hallaron cambios significativos en ninguna de las dos variables. Más aún, en el caso del número de estresores percibidos, éste resultó mayor para el grupo experimental respecto del grupo control sin tratamiento.

3.2.2 Problemas Psicológicos presentes en los Pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis.

La Hemodiálisis crónica cumple a cabalidad con el objetivo de prolongar la vida de los pacientes con IRC. Sin embargo, estos pacientes se ven expuestos a una serie de problemas psicológicos y psiquiátricos, comunes a todos aquellos que padecen de una enfermedad crónica discapacitante, sumados a otros problemas que son propios de la insuficiencia renal y del tratamiento prescrito.

A continuación detallaremos los problemas psicológicos (en su dimensión individual, familiar y psicosocial) que, según lo describen algunas investigaciones, suelen estar presentes en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.

La presencia o ausencia, así como la magnitud de estos problemas psicológicos, determinará en última instancia el grado de Adaptación a la Enfermedad según se entiende en el concepto que utilizaremos en nuestra investigación (ver fórmula Índice de Adaptación a la Enfermedad, cap. 5).

3.2.2.1 Alteraciones cognitivo-intelectuales

Se ha comprobado que el alto nivel de uremia, propia del estado de insuficiencia renal terminal, produce déficits en las capacidades intelectuales de los sujetos. La mayoría de estos déficits se revierten luego del inicio del tratamiento de diálisis, pero por lo general, nunca alcanzan el nivel

previo a la enfermedad. Dado que los desequilibrios en el nivel de uremia son recurrentes, el deterioro sería progresivo.

En una investigación realizada en nuestro país, se encontró que 54 de 63 pacientes evaluados (85,7%), presentaban algún índice de deterioro de la función cognitiva en la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS), en el Test de Retención Visual de Benton, o en ambos (Benadretti y Escobar, 1985).

Los resultados obtenidos por estos pacientes, en éstas y otras pruebas, apuntan a que el deterioro cognitivo afecta la solución de problemas psicomotores y la flexibilidad de pensamiento. Existen además, déficits en la atención/concentración, memoria, capacidad de abstracción, lentitud en la expresión verbal, somnolencia y apatía. Este conjunto de signos hacen aparecer a la persona como torpe y lentificada (Benadretti y Escobar, 1985; Michelson y Benadretti, 1977).

En general, los estudios realizados respecto de las capacidades intelectuales y el deterioro existente en estos pacientes son pocos y poco concluyentes, ya que en general resulta difícil discriminar si la disminución de las capacidades intelectuales son producto de alteraciones orgánicas (como resultado de los altos niveles de uremia trisemanales), de la cronicidad y progresión de la enfermedad, o si son producto de un síndrome depresivo, frecuente en este tipo de pa-

cientes (lo que conduciría a la hipótesis de un "pseudo deterioro").

Respecto de esta última interrogante, la presencia de un pseudo deterioro, el trabajo de Benadretti y Escobar (1985) resulta esclarecedor. En dicha investigación las autoras evaluaron en forma independiente el nivel de deterioro orgánico existente y la presencia de estados depresivos en los pacientes. Ambas variables no se correlacionaron de forma significativa, lo que descartaría el pseudo deterioro y apuntaría hacia la presencia de un deterioro orgánico.

Un aspecto que cabe destacar es que varias investigaciones han señalado la existencia de una relación entre el nivel de organicidad y la adherencia a las exigencias del tratamiento, no obstante estos datos no han sido lo suficientemente concluyentes al respecto.

3.2.2.2 Estados Ansiosos

La ansiedad es descrita como un estado emocional, normalmente transitorio, que se caracteriza por un aumento de la actividad del sistema nervioso autonómico y por sentimientos subjetivos de tensión, inquietud y aprehensión (Ayuso, 1988). Esta reacción, que es adaptativa ante una situación de amenaza, produce un estado de alerta y excitación que permite al individuo enfrentarse efectivamente ante el medio.

La mayoría de los pacientes con IRC en hemodiálisis, experimenta episodios de ansiedad en algún momento del tratamiento; este aumento en los niveles de ansiedad incide en un mayor número de complicaciones, dificultades, quejas e incomodidades en el procedimiento de hemodiálisis (Guendelman y Hoffmann, 1991).

En la literatura se han señalado distintos factores que, formando parte del contexto global del paciente, son fuentes permanentes de tensión, y que pueden, en algún momento, gatillar estados ansiosos, variables tanto en magnitud como en duración. Algunos de estos factores señalados son:

- (1) **Tensión por la Máquina de Diálisis:** En conversaciones sostenidas con los pacientes, la mayoría de ellos menciona el "miedo o rechazo a la máquina" que en algún momento, principalmente al inicio del tratamiento, ha sentido.

Indagando respecto de esta sensación, nos damos cuenta que se traduce en múltiples dudas que el paciente se plantea al momento que es conectado a la máquina por primera vez: ¿qué sucedería si la sangre, que es bombeada a través de tubos hacia la máquina y devuelta luego a su cuerpo, no retorna lo suficiente?, ¿qué sucedería si ocurriese algún desperfecto a la máquina, al sistema eléctrico o de agua?, ¿si hubiera un temblor o un incendio?. A pesar de las alarmas y mecanismos de seguridad,

tanto los pacientes como el personal que los atiende experimentan gran ansiedad por la posibilidad real de un accidente que puede llevar a la muerte. Esta tensión se prolonga por las 3 o 4 horas que dura el tratamiento. El lento paso del tiempo es vivido también con angustia por muchos pacientes.

- (2) **Tensión por la Incertidumbre de la Supervivencia:** El paciente que ingresa a hemodiálisis ha sido simbólicamente rescatado de la muerte, y en casos de shock urémico este rescate ha sido dramáticamente vivido por el paciente. Aún cuando este tratamiento prolonga la vida, es evidente para el paciente el deterioro físico y las complicaciones que van surgiendo con el paso del tiempo, lo que hace virtualmente imposible predecir con certeza la expectativa de vida del enfermo. Esta incertidumbre y la ansiedad asociada se ven incrementadas con la muerte ocasional de algún compañero de diálisis.
- (3) **Complicaciones surgidas durante el tratamiento de hemodiálisis:** Como se ha señalado anteriormente, es habitual que el paciente, durante el tratamiento de hemodiálisis presente múltiples complicaciones derivadas de su condición fisiológica general, tales como: hipotensiones, taquicardias, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, etc. La presencia de esta sintomatología física en oca-

siones puede gatillar un incremento en los niveles de ansiedad del sujeto, lo que a su vez aumenta la sintomatología por efectos del aumento de la actividad del sistema nervioso vegetativo.

En nuestra experiencia hemos podido comprobar la existencia de tales situaciones de crisis durante las visitas a los centros de hemodiálisis: el paciente comienza a sentir que su corazón late violentamente y que el aire que respira parece no ser suficiente; llama entonces desesperadamente a la enfermera para que lo desconecte de la máquina, y manifiesta expresamente su miedo a morir en ese mismo instante. Los esfuerzos del personal por tranquilizar al paciente, su presencia y sus comentarios respecto de lo que está ocurriendo afortunadamente surten su efecto, e incluso sin necesidad de maniobras de otra índole, poco a poco comienzan a desaparecer los síntomas físicos iniciales.

- (4) **Conflicto Dependencia Independencia:** Existe un cierto consenso en las investigaciones que han sido revisadas, al identificar el conflicto dependencia-independencia como una de las principales fuentes de tensión para el paciente en diálisis, ya que objetivamente y pese a sus deseos de independencia, éste debe someterse a un régimen de tratamiento crónico, a un aparato externo que lo mantiene con vida y a un equipo de profesionales que

controlan todo este aparataje técnico. Por otro lado, el paciente tres veces por semana debe ceder su libertad, en un sentido simbólico y real, al verse conectado a una máquina; tampoco puede ir muy lejos en sus intentos de evasión ya que debe mantenerse próximo a la unidad de diálisis para la sesión siguiente.

Otra faceta de este conflicto dependencia-independencia, lo constituyen la serie de mensajes duales y conflictivos que recibe el paciente; algunas horas a la semana es un enfermo con un tratamiento riguroso, obligado a aceptar su dependencia de la máquina y del personal tratante para sobrevivir. En otras, terminada la diálisis, se le exige llevar una vida normal, actuar independientemente como si estuviera totalmente saludable y mantener, al menos parcialmente su trabajo y relaciones sociales. Sobrellevar estos cambios bruscos de situación requerirían, sin duda, que el paciente adaptado poseyera una gran flexibilidad.

En su estudio sobre aspectos psicológicos en pacientes en hemodiálisis, Michelson y Benadretti (1977) hallaron en la entrevista personal con estos pacientes acentuadas manifestaciones de dependencia. Sin embargo estas manifestaciones no fueron corroboradas por los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Variables de Personalidad de Edwards (una de cuyas variables evalúa de-

pendencia-independencia), lo que a juicio de las autoras de la investigación conduce a la hipótesis de que no estaríamos en presencia de rasgos de personalidad dependiente propiamente tales, sino más bien ante una reacción específica, ante una situación vital particular.

Se puede hipotetizar que, la forma en que el paciente maneje estas situaciones de tensión permanente, resulta de vital importancia en términos de la Adaptación a la Enfermedad que pueda lograr.

Respecto del temor o rechazo a la máquina, a juicio de los pacientes, esta es una sensación que va desapareciendo, en la mayoría de los casos, en la medida que pasa el tiempo y el sujeto se da cuenta que sus temores no se confirman en su caso particular, la información que van recibiendo de parte del personal tratante y de otros pacientes respecto del funcionamiento de la máquina constituyen también un factor esencial en esta superación del miedo. Sin embargo, es posible encontrar también pacientes que aún después de varios años de tratamiento, manifiestan un rechazo a la máquina; sin embargo este rechazo es cualitativamente distinto del temor inicial, y se asemeja más a un **disconfort general con la enfermedad y el tratamiento** sin que el componente ansioso sea lo esencial.

Las otras fuentes de tensión, descritas anteriormente: la incertidumbre por la supervivencia, la ansiedad asociada a las complicaciones durante la hemodiálisis, y la ansiedad subyacente al manejo del conflicto dependencia-independencia, son elementos que se mantienen en el tiempo, y que varían en su magnitud en virtud de la ocurrencia de hechos específicos, tales como: la muerte de un compañero de diálisis o la propia experiencia de una diálisis con complicaciones.

En el estudio de Guendelman y Hoffman (1991) las autoras plantearon, como uno de los objetivos de su intervención, disminuir la sintomatología ansiosa de los pacientes (evaluada a través de la "Escala de Estresores para hemodiálisis"). Los resultados de la evaluación post tratamiento y de seguimiento, no revelaron una disminución significativa de la sintomatología ansiosa entre quienes participaron de la psicoterapia de apoyo grupal. Sin embargo, las autoras rescatan que, cualitativamente, hubo una disminución de las fuentes de ansiedad, aunque éstas estuvieron orientadas, principalmente, hacia los posibles focos de tensión que involucran el manejo de relaciones interpersonales de los pacientes con familiares, amigos, miembros del staff y otros compañeros de diálisis.

3.2.2.3 Depresión

Una definición extensa de la Depresión, describe esta entidad nosológica como: "Un síndrome caracterizado por una alteración del estado de ánimo, que consiste fundamentalmente, en un descenso del humor, que se expresa en la existencia de un conjunto de vivencias negativas, especialmente sentimientos de pesadumbre, abatimiento y congoja" (Benadretti y Escobar;1985, pág. 56).

Los principales síntomas clínicos que componen este síndrome se agrupan en las siguientes categorías:

- (a) **Ánimo Depresivo:** incluye, principalmente, sentimientos de insuficiencia personal, de culpabilidad e ideas auto-depreciatorias, pesimismo general, desinterés y sensación de vacío afectivo.
- (b) **Síntomas de Inhibición Psíquica:** se manifiesta en una lentificación del pensamiento y del lenguaje, con dificultad para expresarse, alteraciones de la memoria y dificultades en la concentración.
- (c) **Síntomas de Inhibición Motora:** se expresan en una fatigabilidad extrema ante tareas que requieren poco esfuerzo, el que es sentido como algo difícil y penoso.
- (d) **Síntomas fisiológicos:** alteraciones del dormir, trastornos gastrointestinales, dolores funcionales, etc.

La depresión es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, y constituye la principal causa de consulta psiquiátrica/psicológica en estos pacientes.

En su investigación, Benadretti y Escobar (1985) evaluaron la presencia de sintomatología depresiva en una población de pacientes en hemodiálisis, a través del Cuestionario de Selección de Depresión CSD20 (estandarizado en la población chilena en 1984 por R. Fluorenzano y cols.). Sus resultados muestran que, un 19% de los sujetos de la muestra presentaban una alta frecuencia de sintomatología depresiva, (este porcentaje es considerablemente superior al 3,4% obtenido por Fluorenzano en la población chilena normal), no encontrando diferencias significativas en virtud del sexo de los sujetos, ni una correlación entre el tiempo de diálisis y la presencia de sintomatología depresiva.

La investigación de Guendelman y Hoffmann (1991) también evaluó la presencia de depresión en una muestra de estos pacientes, utilizando para su medición el Inventario de Depresión de Beck, que evalúa síntomas y actitudes que cubren manifestaciones emocionales, motivacionales y cognitivas, físicas y vegetativas de la depresión.

Estas autoras hallaron que un 28% de la muestra podría clasificarse como clínicamente deprimida (con grados de depresión moderada y severa); reportando en general, altos ni-

veles de hipocondría, insomnio, irritabilidad, pesimismo, insatisfacción y disminución de la libido.

Uno de los objetivos del programa de apoyo psicoterapéutico que ellas implementaron consistió en lograr una disminución de la sintomatología depresiva en estos pacientes. Para ello focalizaron su trabajo en la entrega de información sobre la depresión y la enfermedad renal; identificación de pensamientos depresiogénicos, focalización de aspectos positivos presentes en los pacientes y restablecimiento gradual y programado de conductas previamente reforzantes que hayan sido abandonadas por ellos.

Aún cuando la evaluación, post tratamiento y de seguimiento del grupo experimental, no reveló una disminución estadísticamente significativa en los índices de depresión en los pacientes, las autoras del trabajo rescatan elementos cualitativos que no son considerados en el instrumento de evaluación que utilizaron, tales como: el reconocimiento de la marcada influencia de las cogniciones sobre la conducta, que generó en los pacientes expectativas de control sobre los pensamientos depresiogénicos desadaptativos y la posibilidad de manejar los estados afectivos displacenteros. El análisis conjunto de las investigadoras con los pacientes permitió concluir, además, que el rechazo percibido de parte de familiares, amigos y personal tratante, era en gran medida producto de errores cognitivos tales como sobregeneralización,

esquemas subyacentes, ideas irracionales y pensamientos automáticos que bloqueaban su asertividad en el contacto social con otras personas. En este sentido, la técnica de rol playing y la planificación de tareas durante la semana, resultó efectiva para ayudar a un número reducido de pacientes que se arriesgaron a implementar los cambios cognitivo-conductuales propuestos por las terapeutas.

Dada su relevancia para la Adaptación a la Enfermedad, diversos investigadores han planteado distintas hipótesis que podrían explicar la alta prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis.

Desde un punto de vista fisiológico, la depresión inicial del paciente podría explicarse a partir de la presencia del shock urémico, que se presenta con alteraciones electro-líticas, endocrinas y hormonales, siendo estas dos últimas fundamentales en una explicación fisiológica de la depresión. Adicionalmente los pacientes, para mantener estables sus niveles de presión sanguínea, deben ingerir habitualmente antihipertensivos. Esta droga, según investigaciones médicas, en muchos casos genera estados permanentes de distimia.

Desde una perspectiva conductista, se propone una relación causal entre la disminución de la tasa de refuerzo positivo y la aparición de estados depresivos. Según este razonamiento, una capacidad física y un nivel de actividad reducido, produciría la interrupción de actividades familiares,

conyugales, sociales, sexuales, laborales, etc. que fueron antes agradables y/o reforzadoras para la persona, conduciéndolo paulativamente a un estado depresivo.

Otra hipótesis explicativa de la alta prevalencia de depresión surge del modelo propuesto por Abramson y Seligman de la "Desesperanza Aprendida" como origen de la Depresión (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Alloy y Abramson, 1982). Según este modelo, las personas mantienen creencias acerca del control que ellos pueden ejercer sobre los eventos en sus vidas; bajo ciertas condiciones las personas llegan a percibir que sus resultados son independientes de sus acciones; ya sea porque estos son producto del azar o están bajo el control de otras personas. En el caso de los eventos negativos existiría además una percepción de globalidad, es decir, que la causa que origina los eventos negativos está siempre presente y actúa sobre un gran número de eventos, no sólo uno. La percepción de no controlabilidad y explicaciones globales para los eventos negativos propiciaría la emergencia de la depresión. En el caso de los pacientes en hemodiálisis, algunos autores sostienen que por la situación que les toca vivir (la cronicidad de su enfermedad, la dependencia del tratamiento y del equipo médico), existiría entre ellos la percepción de no controlabilidad sobre la evolución de la enfermedad y los resultados del tratamiento. Por otro lado, en nuestra experiencia hemos podido comprobar que muchos pa-

cientes explican, de modo global, que todos los desequilibrios que existen actualmente en su vida, son todos debidos a su enfermedad y tratamiento. De cualquier modo, los resultados de nuestra investigación quizá puedan aclarar un poco más la situación de percepción de control de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento.

Finalmente, si entendemos la depresión como un episodio reactivo a las múltiples pérdidas y daños que pueda sufrir una persona. La enfermedad y el régimen de tratamiento de estos pacientes deja una amplia posibilidad para que se desarrolle la respuesta depresiva, ya que a la pérdida de la salud física se añade una serie de pérdidas en lo psicológico y social que el paciente debe afrontar. Estas pérdidas múltiples van socabando la autoestima y expectativas de autoeficacia de la persona. En este sentido, De Nour (citado por Benadretti y Escobar, pág. 45) describe a los dializados como "encogidos psicológicamente" con muchas características depresivas y todas sus energías centradas en su enfermedad y tratamiento.

Las hipótesis planteadas no son mutuamente excluyentes, y reflejan más bien la multiplicidad de factores que inciden multicausalmente en el origen de la depresión en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.

3.2.2.4 Problemas Familiares

El sistema familiar puede desestabilizarse intensamente cuando uno de sus miembros está seriamente enfermo. La diálisis, por todas las características que se han señalado anteriormente, puede resultar tensionante no sólo para el paciente sino también para la familia, principalmente cuando sus miembros desconocen en qué consiste la enfermedad y el tratamiento y lo que pueden esperar de ambos.

Desde una perspectiva sistémica, la enfermedad puede constituirse en un factor que desequilibra el sistema. Los antiguos roles y reglas pueden resultar insuficientes para preservar su organización cuando uno de los miembros ya no puede funcionar en su forma habitual. La presencia de esta crisis exige cambios importantes a los cuales el sistema familiar debe adaptarse. Uno de estos cambios es que, en general, el paciente en diálisis aumenta su dependencia y sus demandas respecto del cónyuge u otro miembro de la familia (por ejemplo, la madre).

Si el paciente es el esposo, la relación matrimonial se altera por el cambio de rol de éste, que pasa de ser líder y proveedor, a un rol de dependencia de la esposa y espectador de las actividades familiares. Suelen producirse serios problemas económicos, al disminuir los ingresos que eran generados por él, teniendo que ser sustituidos por otros provenientes de la esposa o beneficios previsionales externos. A me-

nudo ella tiene que trabajar fuera del hogar y el paciente varón debe asumir una mayor responsabilidad dentro de éste. También es habitual hallar en los pacientes varones temores a perder el amor de la esposa, los que aumentan a medida que se deteriora el funcionamiento sexual. Cabe señalar, sin embargo, que en el estudio de Smith et. al (1982) la inversión en roles familiares con la esposa, así como la inversión en roles familiares con los hijos fueron dos estresores que puntuaron bajo en la jerarquía de preocupaciones de los pacientes enfermos. En todo caso, cómo afecta esta inversión de roles a los otros miembros involucrados es algo que no fue evaluado en dicho estudio.

Aún cuando no se hace referencia explícita en la bibliografía respecto de qué es lo que ocurre cuando la paciente es la esposa, las conversaciones con las pacientes revelan que también se producen alteraciones en el sistema familiar. Estas apuntan, principalmente, a que la paciente ya no se siente competente para realizar todas las labores hogareñas que antes realizaba, se siente inútil y, producto de su debilitamiento general, tampoco puede ejercer la autoridad sobre sus hijos con la firmeza de antaño; la disminución de la libido provoca también que en sus relaciones maritales la actividad sexual se vea notablemente disminuída y en algunos casos ésta se encuentre totalmente ausente.

En el plano psicoterapéutico, en el trabajo realizado por Gonzalez, Steinglass y Reiss (1989) ellos destacan lo siguiente: "Aún a pesar de un creciente reconocimiento del impacto de la cronicidad, de la enfermedad médicamente discapacitante, sobre la vida de la familia, y a pesar de una apreciación comparable del rol de la familia en el éxito o fracaso de la Adaptación a la Enfermedad discapacitante, han sido remarcadamente pocas las intervenciones psicosociales focalizadas sobre las temáticas familiares, necesidades, y estresores durante la fase crónica de la enfermedad. Los programas existentes han sido diseñados principalmente para proporcionar educación sobre el desarrollo de la enfermedad y terapias de apoyo al paciente individual en solitario" (pág. 70).

Señalan además, que por lo general cuando son ofrecidas intervenciones focalizadas en la familia, ello típicamente ocurre en dos puntos del proceso: en el momento del diagnóstico, cuando a miembros de la familia les son entregadas una plétora de información acerca de la enfermedad, sus requerimientos de cuidado y el curso esperado; y en el momento en que los pacientes están muriendo o han comenzado a debilitarse. No existe una instancia de apoyo grupal que ayude a las familias a vivir con el stress crónico que significa la presencia del miembro enfermo.

Estos autores han implementado, a modo experimental, durante los últimos ocho años, una modalidad terapéutica que

incluye a familias múltiples (cada una con miembros que padecen distintas enfermedades crónicas) en grupos de discusión. En estos grupos se incluye al paciente enfermo, quien típicamente ha sido excluido bajo el supuesto de que una discusión abierta y honesta podría no ser posible si el paciente está también presente. A juicio de estos terapeutas, estos grupos de "sólo familias" perpetúan o aún más amplifican la distancia psicológica y barreras que habitualmente existen entre pacientes y otros miembros de la familia, barreras que bien podrían servir como principal impedimento para el enfrentamiento exitoso de la enfermedad. La meta de estos grupos de discusión de múltiples familias, es cambiar aquellos patrones de interacción familiar que afectan negativamente el funcionamiento psicosocial de los pacientes índices.

En Chile no se tienen antecedentes de que se hayan implementado terapias de orientación familiar con pacientes crónicos en hemodiálisis.

3.2.2.5 Alteraciones en el Funcionamiento Sexual

Según estudios realizados en el área médica (citado por Guendelmann y Hoffmann, 1991) un 75% de los pacientes varones presenta una disfunción gonadal, asociada a una disminución del tamaño testicular y del conteo de espermios (lo que hace improbable su capacidad de embarazar a una mujer); existe

además; impotencia, eyaculación precoz o tardía, incapacidad eyaculatoria, y disminución de la libido o apetito sexual.

Estas dificultades sexuales se atribuyen a factores fisiológicos, metabólicos, efectos colaterales de la ingestión de medicamentos hipotensores y ciertas complicaciones propias de la enfermedad y el tratamiento. El factor generador de tensión, característico en el hombre, es la disminución de la capacidad de erección y la cesación de la función urinaria.

En conversaciones con los pacientes, han sido los hombres quienes refieren las dificultades sexuales como un punto central en su problemática de Adaptación a la Enfermedad. Se sienten frustrados y deprimidos por una situación que no pueden comentar con el equipo tratante (todas mujeres), y tampoco con sus compañeros de diálisis, por temor a que hagan burla de ellos y porque además los otros niegan padecer las mismas dificultades.

En el caso de las mujeres, la enfermedad provoca alteraciones en el ciclo menstrual (se suspende la ovulación y en algunos casos también la menstruación), disminución de la libido y de la fertilidad, lo cual incide en que sea poco probable el embarazo.

Estos fenómenos comprometen el sentido de masculinidad y femineidad en los pacientes, causando marcados efectos ansiosos, los que a su vez interfieren en el desempeño sexual. Los sujetos fracasan (sin, generalmente, haber sido adverti-

dos de que era probable que ello ocurriera) en sus intentos de llevar a cabo una vida sexual como tenían antes de enfermar. Con el tiempo, el fracaso los lleva a más fracasos producto de la ansiedad asociada.

Aún cuando la causa de la disfunción sexual, en ambos casos, sea psicológica, orgánica o una combinación de ambas, hay un efecto circular que potencia la disfunción sexual.

3.2.2.6 Relaciones Sociales e Interpersonales

En conversaciones sostenidas con los pacientes, la mayoría de ellos ha reportado que su vida social ya no es como era antes: muchos amigos y familiares se han alejado, o bien ellos se han alejado de las actividades sociales y familiares, ya sea porque no sienten el mismo entusiasmo de antes, o porque no quieren inspirar lástima ni tener que explicar a los otros, una y otra vez, la enfermedad que padecen.

Concretamente, los pacientes perciben que ya no pueden salir como antes; no pueden programar vacaciones porque deben permanecer cerca de la unidad de diálisis, y si salen a compartir con amigos, tampoco pueden comer o beber como antes; como lo refirió una paciente en entrevista: "uno no puede estar diciendo siempre que no, cuando te ofrecen algo, porque la otra persona se molesta".

En el plano de las relaciones interpersonales, un foco importante de tensión es el tipo de relaciones que el pacien-

te llega a establecer con miembros del equipo tratante (médicos y enfermeras). Según el estudio de Guendelmann y Hoffmann (1991) una proporción importante de pacientes carece de las habilidades sociales necesarias para establecer una comunicación efectiva con el personal que le atiende. Tienen dificultades, para atraer y comprometer la atención de médicos y enfermeras cuando necesitan ser atendidos. Además se sienten inhibidos, desconcertados e incapaces de intervenir para obtener una información clara o repetida cuando no comprenden u olvidan una instrucción.

En este sentido, cabe recordar que en el estudio de Smith et al. (1982) los pacientes señalaron como estresores importantes: las actitudes y el trato diferencial que los miembros del staff entregaban a algunos pacientes.

El programa psicoterapéutico implementado por Guendelmann y Hoffmann (1991) logró, a juicio de sus autoras, sus mejores resultados en el plano interpersonal, ya que logró en algunos pacientes un mejoramiento en sus relaciones interpersonales con las enfermeras de la unidad, y propició el establecimiento de nuevas relaciones, antes inexistentes, con otros pacientes de la unidad.

3.3 LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La no adherencia o incumplimiento con las recomendaciones médicas constituye, según lo plantea Taylor (1991), un

"formidable problema médico". Según este autor, dependiendo del trastorno y del tipo de tratamiento recomendado, se estima que la no adherencia varía desde un bajo 15% a un alto 93%. Así, por ejemplo, para el caso de los regímenes de ingesta de antibióticos, una de las prescripciones más comunes, se estima que al menos un tercio de los pacientes falla en adherirse adecuadamente a tales prescripciones: esto ya sea porque ingieren dosis inadecuadas y/o por tiempos inadecuados.

Respecto de la Adherencia Terapéutica, en casos de enfermedad crónica, Bayés (1993a) señala que el nivel de cumplimiento medio para distintas enfermedades crónicas oscila alrededor del 50%, respecto del conjunto de prescripciones que forman parte del tratamiento.

En este sentido una de las enfermedades crónicas más estudiada es la diabetes, en donde se ha estimado que entre el 33% y 80% de los pacientes fallan en seguir las instrucciones del médico. Se ha estimado que aproximadamente un 75% de estos pacientes fallan en el cumplimiento de sus regímenes dietéticos, un 80% cometen errores en la administración de insulina y un 45% ejecutan de forma errónea el test de azúcar en la sangre. (Surwit, Feinglos & Scovern, 1983)

Dada su relevancia para la recuperación y el cuidado de la salud, una porción importante de la práctica médica actual está dedicada a alentar y persuadir a los pacientes a seguir

las recomendaciones prescritas respecto de ingesta de medicamentos, cambios en la dieta, estilos de vida, etc.

Una definición general de lo que se entiende por **Adherencia Terapéutica** es entregada por W. Penzo (s/f). Esta autora entiende por tal: "El grado en que la conducta del paciente; en términos de toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida coincide con lo que el médico prescribe" (W. Penzo, s/f. pág.31).

En consecuencia, la no adherencia terapéutica sería el grado en el cual la conducta del paciente **difiere** de aquellas conductas que son prescritas por el médico.

En ambos casos, tanto para la adherencia como para la no adherencia terapéutica, vale considerar un elemento que esta autora enfatiza: "El hablar de **grado** implica, en primer lugar, que el cumplimiento ha de entenderse como una variable continua, cuyos valores abarcan desde un ideal 0% de coincidencia entre la prescripción y el comportamiento del paciente hasta un 100% también ideal. El **punto de corte** no es arbitrario, sino algo que hay que determinar empíricamente en cada caso. En segundo lugar, hablar de grado implica que existe un margen de tolerancia o de seguridad. Nunca se da el cumplimiento total y absoluto. El problema estriba en especificar, para cada tratamiento prescrito, a partir de qué nivel de cumplimiento empieza a estar comprometida la eficacia

del tratamiento y el incumplimiento representa un auténtico factor de riesgo" (W. Penzo, s/f. pág. 31).

En un primer momento, la investigación de este problema se orientó hacia la búsqueda de características, presentes en los pacientes, que pudieran ser predictoras del grado de Adherencia Terapéutica que estos lograrán. En este sentido, se correlacionaron variables tales como la edad, el sexo, el tipo de personalidad, el soporte social, la estabilidad familiar, etc. con la adherencia y no adherencia al tratamiento médico.

De estos estudios se ha concluido que hay una pequeña o nula relación entre adherencia y: edad, sexo o educación de los pacientes, y que la sola adquisición de conocimiento respecto de la enfermedad y su tratamiento no resulta eficaz para incrementar la adherencia (Lowe y Lutzker, 1979).

El conocimiento de estas relaciones ha resultado poco aportativo en el diseño de programas de intervención que logren revertir la situación de no adherencia terapéutica.

En su estudio sobre el rol que juega el soporte social en la Adherencia Terapéutica, Janis (1983) presenta un cuadro, que resume las conclusiones a que se ha llegado en diversas investigaciones respecto de los determinantes de la Adherencia Terapéutica

Las entradas de este cuadro, resumen si la evidencia disponible de todos los estudios pertinentes, generalmente soportan una asociación positiva **(+)**, una asociación negativa **(-)**, una asociación no definitiva **(0)**, una asociación incierta **(?)**, o si no es aplicable **(NA)** respecto de la adherencia a las recomendaciones de expertos de la salud.

Tabla N° 4 Determinantes de la Adherencia a Recomendaciones de expertos de la salud ⁴

VARIABLES	SEGUIMIENTO RÉGIMEN PRESCRITO	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO RECOMENDADO	PREVENCIÓN
(1) Características		Sociales	
a. Edad	0	+	-
b. Sexo	0	0	+
c. Educación / Ingresos	0	0	+
(2) Disposiciones		Personales	
a. Inteligencia	0	0	0
b. Ansiedad	-?	-	?
c. Control Interno	0?	0	+
d. Disturbios físicos	-	-	?
(3) Otras Disposiciones		Psicológicas	
a. Creencias de amenazas a la	+	+	+
b. Creencia eficacia de las ac-	+	+	+
c. Conoc.recomendaciones y	+	+	+
d. Actitud hacia los cuidados	0	0	0
e. Conoc. sobre la Salud y	0	0	+?
(4) Demandas Situacionales			
a. Sintomatología	+	+	NA
b. Complejidad de la acción	-	-	-
c. Duración de la acción	-	-	-
d. Interferencia con otras	-	-	-
(5) Contexto Social			
a. Soporte Social	+	+	+
b. Aislamiento Social	-	-	-
c. Estabilidad Grupo Primario	+	+	+
(6) Interacciones con		Sistemas de Cuidado de la Salud	
a. Inconveniencia	-	-	-
b. Continuidad de Cuidado	+	+	+
c. Recursos personales de	+	+	+?
d. Satisfacción General	0	0	0
e. Interacción de Soporte	+	+	?

⁴ Janis I. (1983). Página 147

Desde la perspectiva de la Medicina Conductual, autores como Zifferblatt (1975), han propuesto calificar la Adherencia Terapéutica como un problema conductual. A juicio de este autor, resulta eficaz focalizarse sobre la adherencia como una conducta, que debe ser precisada en forma detallada, en cada caso particular, en base a la pregunta ¿qué es exactamente lo que el paciente debe hacer, qué se espera de él?; y posteriormente analizar las formas en que eventos antecedentes y consecuentes podrían influir esta conducta.

Esta perspectiva no sólo permitiría identificar aquellos eventos que dificultan la adherencia en los pacientes, sino que, en base a los principios de modificación conductual existentes, posibilita el diseño de programas que podrían revertir tal situación.

Este desafío a la investigación, es expuesto por Bayés (1993a) en los siguientes términos: "No deberíamos olvidar nunca el carácter multidisciplinario de los problemas de salud. Llevar a cabo un buen diagnóstico y una buena prescripción son problemas, en gran medida, de responsabilidad médica; averiguar las condiciones que harán más probable la Adherencia Terapéutica y diseñar intervenciones que faciliten la presencia de dichas condiciones es un problema principalmente psicológico." (pág. 644)

El conocimiento acerca de los determinantes de la Adherencia Terapéutica y de la eficacia de distintos programas de

intervención sobre ésta, se ha ido acumulando paulatinamente en las últimas décadas. A continuación expondremos algunas hipótesis que se han formulado respecto de estos determinantes. Esta información complementa el cuadro desarrollado por Janis (1983) que fue expuesto anteriormente.

Desde la perspectiva conductual, se sugiere que los pacientes serán, probablemente, más adherentes cuando el régimen médico prescrito sea sólo mínimamente disruptivo con su vida diaria. Cuando la conducta de adherencia compite con, o impide fuentes originales de reforzamiento, ella será exhibida probablemente, en términos mínimos o no será exhibida en absoluto. Ante esta situación, un procedimiento de formación sucesivo y sistemático, que recomiende cambios mínimos en conductas relacionadas con la salud en un principio, y que gradualmente vaya añadiendo más recomendaciones, podría resultar más efectivo que la abrumadora cantidad de cambios que son exigidos del paciente, habitualmente de forma drástica e inmediata.

Otros autores (Bayés, 1993a; Penzo s/f.) han destacado la importancia de la duración y la complejidad del tratamiento, así como el grado de discapacidad producido por la enfermedad, como determinantes importantes de la adherencia a largo plazo. Aquellos tratamientos seguidos por largos períodos de tiempo, que son altamente complejos y que interfieren con

otras conductas deseables en la vida de la persona, todos muestran menores niveles de adherencia.

El modelo de creencias en salud, en tanto, parte del supuesto que creencias específicas respecto de la salud y la enfermedad, son los más importantes antecedentes de decisiones y actos; y que la modificación de tales creencias podría resultar en los cambios conductuales deseados hacia la promoción de la salud. Creencias en la vulnerabilidad a la enfermedad, en la eficacia del tratamiento recomendado para disminuir esta vulnerabilidad, y la creencia de que se podrá ser capaz de cumplir las recomendaciones (percepción de autoeficacia), promueven altos niveles de adherencia (Lau, 1982; Janis, 1983).

En sus estudios, Taylor (1991) destaca algunos factores en la situación del paciente que pueden contribuir a la falta de Adherencia Terapéutica, una causa principal de ésta sería la pobre comunicación que el paciente establece con el equipo tratante. Algunos elementos de esta relación, que destaca este autor son:

- (a) La decisión del paciente: Es importante determinar si el paciente ha tomado o no la decisión de adherirse. Muchos médicos simplemente asumen que el paciente puede seguir sus advertencias, sin darse cuenta de que el paciente debe decidir hacerlo primero.

- (b) La comprensión del tratamiento recomendado: Se puede esperar que la adherencia será más alta cuando un paciente recibe una explicación clara, en su lenguaje, acerca de la etiología, diagnóstico y recomendaciones de tratamiento asociadas con la enfermedad.
- (c) Satisfacción con el elemento emocional de la relación médico-paciente: Se ha investigado que algunos elementos de la relación médico-paciente son predictores de adherencia. Cuando el paciente percibe al médico tratante como cálido y cuidadoso, preocupado por sus síntomas, suele ser más adherente. Aquellos médicos que muestran ira o impaciencia hacia sus pacientes, tienen más pacientes no adherentes.
- (d) La adherencia puede ser alta cuando la recomendación es percibida como médica (ingesta de medicamentos, exámenes, etc.), en tanto que suele ser baja si la recomendación apunta hacia lo social o psicológico (por ejemplo, evitar situaciones estresantes).

Respecto de los programas de intervención, destinados a aumentar la adherencia con los regímenes terapéuticos, estos generalmente poseen una orientación educacional y conductual.

Surwit et. al (1983) identificaron un listado de estrategias conductuales que han sido exitosamente empleadas en

incrementar la adherencia del paciente en una variedad de regímenes médicos. Entre ellas están:

- (a) Diseño de tareas específicas que definen inambiguamente lo que el paciente debe realizar.
- (b) Entrenamiento de destrezas para desarrollar nuevas conductas relevantes para el tratamiento.
- (c) Señalamiento específico de conductas a través de estímulos salientes que la acompañan.
- (d) Detallar las especificaciones del régimen, realizando un programa diario en virtud de las necesidades particulares del paciente.
- (e) Realización de contratos entre el paciente, terapeuta y otros significativos para los cambios en la conducta prescrita.
- (f) Realización de aproximaciones sucesivas del régimen de tratamiento deseado (no requiriendo que el paciente siga complejos nuevos patrones de conducta en su totalidad).
- (g) Automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento.
- (h) Plan de reforzamiento de nuevas conductas deseadas.

Aunque algunas de estas estrategias están implícitas en tratamientos médicos convencionales, usualmente ellas no están sistemáticamente integradas dentro del tratamiento.

Respecto de la eficacia de distintos programas de intervención, orientados a aumentar el nivel de Adherencia Terapéutica, tenemos que: en general estos han presentado éxitos de distinta magnitud y duración dependiendo del tipo de enfermedad y tratamiento que se elige como objetivo. A continuación se describirán, brevemente, algunos de los resultados obtenidos.

Epstein y Masek (citado por Janis, 1983) investigaron los efectos del automonitoreo, píldora recubierta con aditivos, una combinación de ambos, y una condición control de no tratamiento, sobre el grado de adherencia a la medicación. Sus resultados mostraron que la condición de automonitoreo resultó ser la más efectiva, y que el procedimiento de costo de respuesta mejoró la adherencia independientemente de la historia pasada de no adherencia.

En su estudio con pacientes diabéticos, Lowe y Lutzker (1979), a través de un sistema de recordatorios y de un procedimiento de manejo de contingencias, lograron incrementar la adherencia de un paciente de 9 años en el cuidado de comidas, dieta y test de orina en cerca del 100%.

Una crítica que se ha formulado, reiteradamente, a los estudios experimentales sobre Adherencia Terapéutica es que

carecen de un seguimiento a largo plazo. Por otro lado, aquellos estudios que sí incorporan un seguimiento de sus pacientes, reportan en su mayoría, que los logros alcanzados en un inicio se desvanecen al transcurrir breves períodos de tiempo una vez concluida la intervención. Esta situación debe ser considerada al momento de trabajar con pacientes que deben sobrellevar tratamientos para enfermedades crónicas.

La interrogante que se plantea es cómo lograr que los cambios producidos, a través de los programas de manejo conductual, logren una mayor permanencia en el tiempo; se trata de una modificación más profunda, que logre crear miembros de nuestra sociedad que asuman más responsablemente su propio cuidado personal de salud. Al respecto Zifferblatt (1975) cuestiona la premisa de que un breve y concentrado período de influencia o tratamiento sería suficiente para ayudar a un paciente a un cambio permanente en sus conductas relacionadas a la salud. En lugar de ello, sugiere el uso de varios tratamientos simultáneos, por un prolongado período de tiempo. Esto significa que la presencia permanente de "problemas crónicos" de salud podría requerir de un tipo "crónico" de tratamiento, que se extienda a través de una porción significativa de la vida de la persona.

3.4 EL PROBLEMA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

En el caso de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, el seguimiento del régimen terapéutico en las múltiples dimensiones que lo componen (ver capítulo 2) facilita el tratamiento de hemodiálisis mismo evitando la presencia de complicaciones y ayuda a la calidad de vida del paciente.

A juicio de las enfermeras a cargo de las unidades de diálisis que fueron entrevistadas, el lograr que los pacientes se adhieran al tratamiento es una ardua y no siempre exitosa tarea; de hecho todos los pacientes, sin excepción, han presentado en algún momento del tratamiento algún desajuste en este sentido, siendo las más frecuentes: fallas en la adherencia a las restricciones en la ingesta de líquidos y el incumplimiento en la ingesta de medicamentos.

El estudio realizado por Bustos y cols. (1990) con pacientes en hemodiálisis del Hospital Carlos Van Buren, revela los siguientes resultados respecto de la Adherencia Terapéutica:

- (a) Más de la mitad de los pacientes encuestados, presenta rechazo (no adherencia) leve al tratamiento (58,82%).
- (b) Sólo una minoría de los pacientes encuestados presenta rechazo (no adherencia) severo al tratamiento (11,76%).
- (c) Un 70,58% del total de pacientes encuestados presenta rechazo al tratamiento en alguno de sus grados.

- (d) Sólo un tercio de los pacientes encuestados, no presenta rechazo al tratamiento (29,41%).

Varios investigadores han tratado de identificar las variables que influirían en que estos pacientes se adhieran o no al tratamiento.

En un estudio realizado con 43 pacientes, para conocer la relación entre rasgos de personalidad y seguimiento de la dieta; se encontró mayor perseverancia, apego a las normas, inhibición, timidez, locus de control interno, y autodisciplina entre quienes seguían el régimen. Respecto del funcionamiento intelectual y disfunción cognitiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que permitieran concluir que la obediencia a la dieta estuviera relacionada con el funcionamiento intelectual (De Nour, 1976; citado por Guendelmann y Hoffmann, 1991).

En otro plano, la Adherencia Terapéutica en estos pacientes estaría determinada también por variables que operan en su ambiente social habitual. Existiría una relación entre eventos ambientales que preceden la adherencia (antecedentes) y otros que la siguen (consecuentes). El grado en que los antecedentes (poco aumento en el peso entre diálisis, por ejemplo) y consecuentes (felicitación del médico o bienestar físico) sean significativos para el paciente será fundamental

para el seguimiento del régimen a largo plazo. (Gentry, 1977; citado por Guendelmann y Hoffmann, 1991).

Por la magnitud y relevancia de esta problemática, se han realizado también algunas intervenciones orientadas a incrementar la Adherencia Terapéutica en estos pacientes.

Cummings et al. (1981) diseñaron un estudio experimental que incluyó tres estrategias de intervención orientadas a incrementar el grado de adherencia (respecto de las restricciones en la ingesta de líquidos y alimentos ricos en potasio) en pacientes en hemodiálisis ambulatoria. Desde una perspectiva teórica estas intervenciones fueron destinadas a cubrir un rango de estrategias para el cambio, incluyendo persuasión, refuerzo y soporte social. Las intervenciones fueron las siguientes:

- (1) Contrato conductual
- (2) Contrato conductual con un miembro de la familia o un amigo involucrado en la escritura del contrato entre el paciente y un miembro del equipo tratante.
- (3) Contactos telefónicos semanales de las enfermeras con los pacientes.

Los dos primeros tipos de intervención fueron vistos como estrategias de modificación conductual, en tanto que la tercera fue vista como una estrategia que modificaría las

creencias en salud del paciente, esperando que a través de la modificación de éstas se incrementara la adherencia. Aún cuando las tres estrategias utilizadas produjeron algún grado de mejora en el grado de adherencia en estos pacientes, los resultados no fueron lo suficientemente concluyentes y el efecto obtenido se fue diluyendo en el tiempo a medida que se distanciaba del período de intervención propiamente tal.

El programa de psicoterapia de apoyo grupal a pacientes en hemodiálisis, implementado por Guendelman y Hoffmann (1991), al que hemos hecho referencia con anterioridad, contempla también dentro de sus objetivos el incrementar los niveles de Adherencia Terapéutica de los participantes. Su intervención contempló los siguientes tópicos:

- (a) Entregar a los pacientes la responsabilidad del control de la dieta.
- (b) Introducir en el paciente la idea que él puede hacer algo por su salud a través del autocuidado.
- (c) Revisión esquematizada de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo que puede involucrar el seguimiento y no seguimiento del régimen. Esta área fue destacada como una importante herramienta de control sobre la enfermedad.

El análisis de los resultados mostró que, si bien se obtuvo una modificación sustancial en las conductas de autocui-

dado en un número reducido de pacientes, estas conductas se fueron extinguiendo a partir del mes de finalizado el programa. Estas autoras reafirman en sus conclusiones, la necesidad del hemodializado de contar con la posibilidad de un apoyo psicológico permanente para estas situaciones de crisis.

Al finalizar este capítulo se espera haber dejado claro al lector lo **relevante** y **complejo** que resulta el análisis de los conceptos expuestos. Tanto la **Adaptación a la Enfermedad** como la **Adherencia Terapéutica**, son puntos claves en la investigación actual en el área de la Psicología de la Salud, tanto en lo teórico como en lo aplicado.

En la senda de estas investigaciones, en el próximo capítulo se analizarán los aportes que puede entregar la **Teoría de la Atribución Causal** para la comprensión y manejo de estas problemáticas.

CAPÍTULO 4

4. ANTECEDENTES DE LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN Y SU ESTUDIO EN EL ÁREA DE LA SALUD

En este capítulo se presenta una revisión de lo que ha sido en las últimas décadas el estudio en el campo de la Teoría de la Atribución. Aún cuando los temas en que se han centrado los estudiosos de la Atribución son múltiples y numerosos, en este capítulo nos centraremos en explicar más detalladamente sólo aquellos modelos y estudios en el campo de la Atribución que pueden resultar más relevantes para el tema de nuestra investigación, que es el análisis de la relación que pudiera existir entre las Atribuciones que los pacientes con IRC en hemodiálisis realizan respecto de su Enfermedad y conductas relacionadas con el Tratamiento, y la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica que ellos presentan.

4.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN.

La teoría de la Atribución Causal sustenta su desarrollo teórico y empírico sobre la evidenciada tendencia del ser humano a buscar explicaciones para lo que ocurre en su entorno. Según lo ha entendido la Psicología, realizamos atribuciones (adscribimos a una o más causas la ocurrencia de un evento)

para las diversas situaciones en las que participamos como actores u observadores. Según lo plantea Rotter (1989) a la base de esta conducta aparece una necesidad fundamental en el hombre, consistente en percibir que puede entender, predecir y controlar el ambiente.

Las atribuciones son entendidas como cogniciones acerca de la realidad, que nos permiten explicarnos lo que en ella ocurre. Se ha establecido que, tanto en su estructura como en sus contenidos, se ven influenciadas por las experiencias vividas en el entorno sociocultural, a la vez que determinan en parte el modo de percibir y enfrentar dicho entorno.

Una buena parte del trabajo de la Psicología Social contemporánea en las últimas décadas se ha dedicado a la sistematización y comprensión del proceso de Atribución y a las consecuencias psicológicas y sociales a que éste conlleva.

La Teoría de la Atribución pretende descubrir, primeramente, las leyes por las cuales imputamos causas a nuestra conducta y a la ajena. En este sentido se ha centrado en llegar a descubrir, cuándo y por qué atribuimos la conducta propia o ajena, a causas internas/disposicionales (rasgos de personalidad, motivos, intenciones, habilidades, esfuerzo, etc) o a las circunstancias espacio/temporales o al estímulo (la suerte, la imposición, el miedo al castigo, las cualidades intrínsecas del objeto de nuestra acción, etc.).

El desarrollo posterior de la investigación en atribución ha guiado los esfuerzos de los investigadores hacia el estudio de las consecuencias afectivas, motivacionales y conductuales a que las distintas atribuciones pueden conducir.

Una de las características esenciales de la Teoría de la Atribución es el hecho de que ha unido distintos niveles de análisis, desde lo intrapersonal a lo societal, en un único lineamiento teórico. Al respecto Hewstone (1992) distingue cuatro niveles de análisis dentro de los cuales se desarrolla el estudio de la atribución:

- (1) **Nivel Intrapersonal:** Se circunscribe a los procesos psicológicos o intrapersonales que versan sobre el modo en que los individuos organizan su percepción, evaluación y comportamiento en el mundo social, poniendo el énfasis en el **cómo** (es decir, los mecanismos mediante los cuales los individuos procesan la información). Un resultado de este tipo de estudio es el modelo de "Esquemas Causales" propuesto por Kelley (1957, citado por Kelley y Michela, 1980) y más recientemente el modelo de "Construcción de Escenarios Causales" propuesto por Reed (1988).
- (2) **Nivel Interpersonal:** Se centra en la dinámica de los procesos interpersonales en el marco de una situación dada. En este caso el proceso de atribución de los sujetos estaría mediado por características propias de la

situación de interacción. Un ejemplo en este nivel de análisis es el trabajo de Garrido y De la Torre (1981) respecto de la confirmación de la hipótesis que establece diferencias en atribuciones de actor-observador.

- (3) **Nivel Intergrupual:** Estudia los efectos de la categorización social sobre la atribución y, específicamente, si comportamientos o resultados idénticos son explicables diferencialmente en función de la pertenencia a distintos grupos sociales. Un ejemplo en este tipo de trabajo lo constituyen los hallazgos de Weiner (1980) respecto de diferencias atribucionales para hombres y mujeres en situaciones de éxito y fracaso.
- (4) **Nivel Societal:** Constituye el nivel más abarcativo de estudio y se centra en las creencias compartidas por grandes grupos de personas en el seno de una sociedad determinada. Es ilustrativo de este tipo de trabajo el estudio comparativo realizado por Rodrigues (1983) quien replicó estudios norteamericanos en atribución con poblaciones brasileñas, encontrando diferencias significativas en los patrones atributivos para éxito y fracaso entre ambas poblaciones.

Teniendo en mente esta distinción de los distintos niveles de análisis dentro de los cuales puede desarrollarse la

investigación en atribución, a continuación describiremos su campo de investigación según su objeto de estudio.

4.2 DEFINICIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN EN LA TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN.

A pesar de los años de investigación, y de los avances observados, según lo enfatiza Kelley y Michela (1980) en su estudio sobre Investigación en Atribución no existe una sino muchas teorías de la atribución, y el término ha sido referido a varios tipos diferentes de problemas. Sin embargo, la idea en común de todas estas teorías es que las personas interpretan las conductas en términos de sus causas, y que esta interpretación juega un importante rol en determinar las reacciones a dicha conducta (propia o ajena).

En su trabajo, Kelley y Michela (1980) escogieron un experimento de Thibaut y Riecken realizado en 1965, para ilustrar los lineamientos en el campo de la investigación en Atribución. En este experimento, un sujeto interactuó con otras dos personas, una de un status mayor que el del sujeto (de mayor edad, o con un nivel educacional más alto) y la otra de un nivel más bajo. Tal como se le planteó la situación al sujeto experimental, se le pidió probara a inducir a los otros dos para que le prestaran ayuda, y eventualmente cada uno de ellos cumplió con sus requerimientos. Luego el sujeto experimental fue preguntado acerca del **por qué** cada uno de los otros dos sujetos habría cumplido con su pedido.

Fué su conducta de ayuda motivada por razones "**internas**" (bondad del sujeto, personalidad, etc.) o por una razón "**externa**" (a causa de la presión que él ejerció sobre el otro, deseabilidad social, etc.). Los resultados mostraron que la ayuda de la persona de mayor status fue atribuida principalmente a razones internas, en tanto que el cumplimiento de la persona de bajo status fue atribuido a razones externas. Adicionalmente, la evaluación del sujeto experimental hacia la persona de mayor status, se vió considerablemente más incrementada en términos favorables después de su acción, que su evaluación respecto del sujeto de menor status (aún cuando la acción en sí misma tuvo las mismas características).

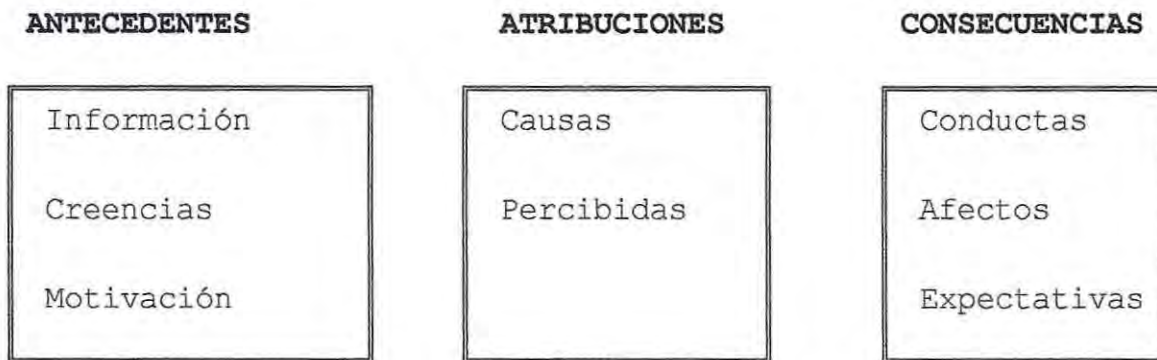
Este estudio tiene el mérito de ilustrar tanto **antecedentes** como **consecuencias** de una determinada atribución para una conducta (más adelante se explicará en detalle lo referente a ambos factores). Respecto de los antecedentes, la información que el atribuidor posee respecto de la conducta y las circunstancias en que ésta ocurre orientan la inferencia de causas.

En este estudio, siguiendo las ideas expuestas originalmente por Heider (1957, citado por Kelley y Michela, 1980), los investigadores asumen que los sujetos realizan primeramente una distinción entre causas **internas** y causas **externas** para el cumplimiento, sobre la base del poder perci-

bido del otro (antecedente). Es así como, si la otra persona es de un alto status, la causa para el cumplimiento fue vista como interna, mientras que en el caso de la persona de bajo status, la causa para el cumplimiento fue vista como externa.

Respecto de las consecuencias, los autores se ocuparon de una particular reacción a la conducta de cumplimiento del otro, a saber, la evaluación favorable o desfavorable del sujeto hacia las otras dos personas. Encontrando que la atribución del cumplimiento a causas internas, incrementó la valoración positiva de actitudes y rasgos hacia el sujeto de mayor status; mientras que no produjo una valoración tal para los sujetos de bajo status a quienes su conducta se atribuyó a causas externas.

Esta distinción de antecedentes y consecuencias en el proceso de atribución, es esencial para la definición del campo de investigación en Atribución que Kelley y Michela (1980) proponen en su artículo. Su esquema es el siguiente:

Figura N° 3 Modelo Gral. Campo Investigación en Atribución ⁵

/ Teoría de Atribución / / Teoría Atribucional /

Según lo plantean estos autores, aquellos investigadores interesados en los procesos cognitivos se han focalizado principalmente sobre la unión antecedentes/atribución (en la pregunta acerca del cómo se generan las distintas atribuciones), mientras que aquellos interesados en la dinámica de la conducta han focalizado sus estudios en la unión atribución/consecuencias (se han preguntado por los efectos de las atribuciones). De este modo, a juicio de los autores, sería posible formular una distinción gruesa aproximada entre lo que podría ser llamado **"Investigación en Atribución"** e **"Investigación Atribucional"**.

⁵ Kelley, H. y Michela, J. (1980). Attribution Theory and Research. Annual Reviews Psychology. vol 31. pág.459

La primera involucra el manejo sistemático o manipulación de antecedentes. No hay interés en las consecuencias más allá de las atribuciones mismas, y ellas son medidas generalmente en forma directa o a través del reporte verbal. La investigación atribucional en tanto, involucra las consecuencias de la atribución, procurando el manejo o manipulación de las causas percibidas y la medición de sus efectos sobre la conducta, los afectos y las expectativas. Lo que ambos tipos de investigación tienen en común es un interés por la explicación causal entregada para eventos por la gente común. En ambos casos, se asume que la atribución causal juega un rol central en la conducta humana, ya que constituye el conocimiento de la persona de la estructura causal del mundo y, de este modo, un importante determinante de su interacción con ese mundo.

Respecto de la investigación que se lleva a cabo en este trabajo, ésta se circunscribe en el campo de investigación Atribucional, razón por la cual en los siguientes apartados nos referiremos sólo brevemente a algunas teorías de atribución y nos centraremos más detalladamente en la perspectiva atribucional, específicamente en el modelo de Bernard Weiner (1974, 1980, 1985) que es utilizado como marco teórico de nuestra investigación.

4.3 TEORÍAS DE ATRIBUCIÓN: ANTECEDENTES DE LA ATRIBUCIÓN

La investigación en atribución desde la perspectiva cognitivista (que investiga el proceso mediante el cual se llega a una atribución particular) supone que la Atribución Causal no es tanto la percepción de causalidad o la identificación de causas en el entorno (directamente relacionado con las propiedades de los estímulos), sino que por el contrario es un proceso que aparece mucho más vinculado a mecanismos propios del funcionamiento cognitivo y a la disposición de información previa en la memoria. Según Hewstone (1992), "En Atribución, al igual que en otras teorías cognitivistas, el principio subyacente es el de modelización mental del entorno y la utilización de este modelo mental como referente de conducta" (pág. 14). Este modelo mental desempeña un papel fundamental en la explicación del origen, sesgos, incorrecciones y otras características del proceder atribucional.

4.3.1 **Antecedentes de la Atribución**

Según lo muestra el modelo de Kelley y Michela (1980) expuesto anteriormente, los elementos antecedentes de la Atribución son: (1) Información, (2) Creencias y (3) Motivación. Como se verá a continuación cada uno de estos elementos da origen a modelos e hipótesis explicativas de las atribuciones realizadas por los sujetos.

4.3.1.1 Información

Con un amplio sustento empírico, diversos autores han descrito algunos principios que estarían a la base del razonamiento causal, y que influirían directamente en el procesamiento de la información que da como resultante una atribución determinada. Algunos de estos principios son descritos a continuación.

- (a) **Efectos no Comunes:** Identificado por Jones y Davis (citado por Kelley y Michela, 1980 y Nicholls y cols. 1990) según este principio, la información acerca de las consecuencias de acciones alternativas es usada para inferir la intención detrás de un acto particular. En otras palabras, se atribuyen intenciones al actor cuando la acción que éste realizó posee efectos que son únicos (no comunes) a dicha conducta respecto de otras conductas alternativas que el actor pudo haber tomado en condiciones similares.
- (b) **Principio de Covariación:** Identificado por Kelley (citado por Kelley y Michela, 1980 y Nicholls y cols. 1990), según este principio, el efecto es atribuido a la condición que está presente cuando el efecto está presente y que cuando dicha condición está ausente el efecto está ausente. Para realizar esta inferencia se supone que el perceptor dispone de varias observaciones del comportamiento del actor y tiene también información del

comportamiento de otras personas; el análisis de esta información conduce a que el efecto sea atribuido al factor con el cual éste covaría. Según este principio, Kelley propuso un modelo ANOVA de covariación para las causas percibidas. La relevancia de este modelo ANOVA es que comprueba que ciertos patrones de información conducen a ciertas atribuciones.

- (c) **Esquemas causales:** Este modelo fue desarrollado posteriormente por Kelley (Citado por Kelley y Michela, 1980; Nicholls y cols. 1990) para aquellas condiciones en las cuales el perceptor solamente tiene información acerca de una única ocasión de comportamiento del actor. En este caso, el perceptor supone inicialmente que el comportamiento pudo haber sido producido por varias combinaciones o configuraciones de factores causales y debe utilizar un esquema causal particular para decidir cuál fue la combinación específica de causas que pudo haber producido el comportamiento. La situación en la cual cualquiera de una serie de factores es suficiente para causar el efecto se denomina esquema de "Múltiples Causas Suficientes". Otro tipo de esquema causal es el de "Múltiples Causas Necesarias" según el cual, si un efecto está presente, entonces dos o más causas también deben estar presentes: pero si el efecto no ocurre, una o más causas pueden estar ausentes. Según los estudios

este esquema supone causas externas e internas combinadas y se usa principalmente en la explicación de eventos extremos.

- (d) **Consensualidad:** Se refiere al consenso percibido respecto de determinadas reacciones ante una situación dada. Sugerido originalmente por Heider, y confirmado por experimentos posteriores, cuando el sujeto percibe consenso en determinados patrones de conducta, la desviación de esta consensualidad por parte del actor deriva en que su conducta es atribuida exclusivamente a características personales e intrínsecas de él.
- (e) **Consistencia :** Ligada al modelo ANOVA propuesto por Kelley, quien percibe una acción por parte del actor, centra su atención en la consistencia de su conducta en situaciones similares y disímiles, de modo que una conducta consistente con este patrón conductual será atribuida a características propias del actor. Mientras que aquella conducta inconsistente será atribuida a las circunstancias que rodean la acción.
- (f) **Similaridad y Contigüidad:** Constituyen una regla en el procesamiento de la información, semejante a la regla de covariación, aplicables en principio a casi todo tipo de causas y efectos. Según la regla de similaridad, las propiedades de la causa son asumidas en virtud de su similitud con las propiedades del efecto observado; de es-

te modo los últimos pueden ser usados para inferir las primeras. De acuerdo al principio de contigüidad espacial, existiría algún punto de contacto entre un efecto y su causa, de modo que la causa de una acción es asumida por el atribuidor como inmediatamente precedente a ella, limitando su búsqueda a un reducido espacio temporal hacia atrás.

- (g) **Saliencia:** Según este principio, un efecto o conducta es atribuido a la causa más prominente en el campo perceptivo al momento de observar la conducta. Este principio influiría la atribución al actuar sobre el procesamiento de la información en sus fases de codificación, almacenamiento y recuperación.
- (h) **Primacía:** El principio de primacía sostiene que el atribuidor examina e interpreta una secuencia de información hasta que logra una atribución de ella y luego pasa por alto la información posterior o la asimila a su primera impresión.

4.3.1.2 Creencias

Según el modelo del Procesamiento de la Información, del cual la Atribución Causal sería uno de sus productos, las creencias afectan dicho proceso en dos sentidos. Según Lindsay y Norman (1986) las creencias del sujeto actúan como un filtro selectivo de la información relevante que ingresa

al sistema (haciendo que el sujeto atienda a cierta información mientras que otras las desecha como irrelevantes); por otra parte constituyen un esquema pre existente, en virtud del cual el sujeto ajusta la información nueva que ingresa. En todo caso el interjuego entre creencias previas y nueva información involucra procesos dinámicos en los cuales, la estructura previa afecta la nueva información y a la vez es afectada o modificada por ésta.

Para el caso de la atribución causal, el atribuidor se acerca a la mayoría de los problemas atribucionales con creencias previas acerca de las causas y efectos involucrados. Ante un determinado efecto existen suposiciones acerca de sus causas, y dada una cierta causa, hay expectativas acerca de sus efectos.

A continuación expondremos algunas de las creencias que han sido investigadas como elementos determinantes de la atribución causal.

- (1) **Suposiciones acerca de éxito y fracaso:** Se han realizado numerosos estudios respecto de la atribución que un sujeto realiza respecto del éxito y fracaso de un actor conocido o desconocido. En general estos estudios sustentan el principio según el cual, en comparación con el fracaso, el éxito siempre es atribuido más a características de la persona que a elementos situacionales; ejem-

plos típicos son atribuir éxito a habilidad y esfuerzo del actor.

- (2) **Expectativas acerca de los actores:** Las expectativas en torno a los eventos asociados con un actor (probabilidad de éxito, probable actitud o conducta, etc.) reflejan las creencias acerca de la pasada consistencia del actor. En virtud de esto, conductas consistentes con lo que se espera del actor tienden a ser atribuidas a propiedades estables de él, en tanto que las conductas que se alejan de lo esperado son atribuidas a un factor causal temporal (características de la circunstancia o estados del actor). Un ejemplo de tales expectativas es ilustrado por el experimento de Deux (citado por Kelley y Michela, 1980) que en sus resultados confirmó que para un amplio rango de tareas, el éxito de los hombre y el fracaso de las mujeres (ambos resultados esperados) tendieron a ser atribuidos a la habilidad (factor estable). En contraste, el fracaso del hombre y el éxito de la mujer, que eran menos esperados, fueron atribuidos al esfuerzo insuficiente o a la buena o mala suerte (factores inestables ambos).

- (3) **Expectativas acerca de la conducta en situaciones determinadas:** Estas expectativas constituyen supuestos respecto del consenso que existe en torno a la conducta esperada en una situación determinada. Según este supues-

to la conducta consistente con lo esperado es atribuida a las constricciones de la situación, al estímulo externo, etc. en tanto que la conducta que se aleja de lo esperado revela poderosamente intenciones o características del actor (sean éstas estables o inestables).

4.3.1.3 Motivación

El estudio de las relaciones entre cogniciones y motivos ha sido de interés creciente en el campo de la Psicología Social, de la Personalidad y de la Motivación. En el dominio de la atribución, Heider argumentaba la presencia de "necesidades y deseos subjetivos" como influyentes de las atribuciones (citado por Nicholls y cols, 1990). Al respecto los resultados han sido concluyentes al afirmar que, los sujetos prefieren arribar a ciertas explicaciones en lugar de otras, siempre que su autoestima, deseabilidad social, sentido de competencia, se vean comprometidas por sus atribuciones. Estos "sesgos" en la atribución se imponen por sobre el deseo de ser exactos en la percepción de causas para un evento.

A continuación describiremos algunas de estas motivaciones que guían los resultados de atribución de los sujetos.

- (1) **Motivación por Auto Estima y Auto Protección:** Se ha fundamentado en numerosos estudios la presencia de una tendencia en los individuos a aceptar mayor responsabi-

lidad causal (causas internas) para sus resultados positivos que negativos (atribuidos a causas externas). La explicación de los investigadores sugiere que una conducta positiva o un éxito del actor, posee un efecto potencial para incrementar su autoestima si él es causalmente responsable por ésta, de ahí la presencia de auto atribuciones internas para dichos eventos. Similarmen- te, las conductas negativas podrían tener implicancias negativas para el auto aprecio, a menos que la responsabilidad causal sea depositada externamente, de este modo se auto protege la autoestima del atribuidor.

- (2) **Motivación para la presentación positiva de sí mismo ante los otros:** En términos generales este supuesto señala que los sujetos están motivados a presentarse a sí mismos de manera favorable para obtener aprobación por parte de otros. En este sentido las auto atribuciones son una parte importante de lo que las personas comunican a otros respecto de sí mismas y de sus actividades. De este modo, los sujetos tenderían a expresar juicios causales diseñados con el fin de controlar las respuestas siguientes de los otros, a fin de obtener resultados deseables. Este supuesto se sustenta en investigaciones sobre éxito y fracaso de los sujetos, en las cuales el patrón usual de atribución interna para éxitos y atribución externa para fracasos podría ser atenuado o rever-

tido, a fin de no aparecer como pedantes ante los otros, o bien el evitar la vergonzosa invalidación de su explicación causal en casos en que los resultados cambien en el futuro, o que sus atribuciones sean comparadas con la evaluación de expertos.

- (3) **Motivación por creencias en el Control Efectivo:** Puesto que atribuciones a factores controlables implican que la persona podría satisfacer sus metas a través de su propio esfuerzo, existe un sesgo atribucional que llevaría al sujeto a buscar causas predominantemente controlables para lo que le sucede, manteniendo así su percepción de que puede controlar sus resultados futuros por medio de su esfuerzo. Este sesgo podría producir una ventaja adaptativa para el mantenimiento de la lucha hacia las metas deseadas. Por otra parte refueza la expectativa del atribuidor de que eventos negativos podrían no acontecerle.

En este apartado hemos visto los principales modelos y supuestos que se han derivado en la investigación del proceso que conduce a la atribución causal. A continuación nos centraremos en las propiedades de la atribución propiamente tal y en sus consecuencias conductuales, afectivas y motivacionales.

4.4 TEORÍA ATRIBUCIONAL: EL MODELO DE BERNARD WEINER

A partir de la década del 70 Weiner y sus colegas fueron desarrollando un modelo atribucional de la Motivación de Logro. El propósito de sus investigaciones era descubrir las causas a las cuales los sujetos atribuyen éxitos y fracasos (propios y ajenos) y las consecuencias que tales atribuciones tendrían en el plano de la ejecución de tareas (performance), expectativas a futuro, reacciones conductuales y afectivas. Aún cuando la mayoría de sus investigaciones se realizaron en el área del desempeño escolar, según lo ha señalado Weiner (1974) las implicancias de sus hallazgos hacen presumir que este modelo motivacional trasciende el dominio del logro extendiéndose a otras áreas, tales como la toma de decisiones en las conductas relacionadas con la salud (Lau, 1982).

4.4.1 **Las Causas Percibidas para éxitos y fracasos**

El análisis de los resultados obtenidos en diversas investigaciones donde se les pidió a los sujetos, bajo determinadas circunstancias, que expresaran las causas para éxitos y fracasos (propios y ajenos) permitió a Weiner (1980) distinguir cuatro elementos principales que los sujetos utilizan para adscribir en ambos, postdicción y predicción, los resultados de un evento relacionado con el logro. Estos cuatro elementos causales son: habilidad, esfuerzo, dificultad de la tarea y suerte. Esto implica que para explicar los prin-

principales éxitos o fracasos en un evento relacionado con el logro, los individuos evalúan en sí mismos o en el actor el nivel de habilidad, la cuantía del esfuerzo que ha sido desplegado en la tarea, la dificultad de la tarea, y la magnitud y dirección de la suerte experimentada. En este modelo se asume que se asignan valores diferenciales a estos cuatro elementos y que en virtud de este proceso el resultado de la tarea es diferencialmente adscrito a estas cuatro fuentes causales.

Para la asignación de estos valores, el sujeto utilizaría varias fuentes de información en forma combinada. Algo de esta información se origina en la situación presente, mientras que otras evidencias son recuperadas desde la memoria de eventos pasados. A continuación describiremos algunas características de dicha información que fueron descritas por Weiner (1980).

- (1) **Antecedentes para la inferencia de Habilidad:** La inferencia de habilidad estaría determinada por la información que el sujeto posee respecto de pasadas ejecuciones propias o ajenas. Se afirma que, repetidos éxitos o fracasos, en parte, indican si un individuo "puede" o "no puede". Por lo tanto la consistencia es una importante señal para la inferencia de habilidad. La información sobre resultados, en conjunto con parámetros grupales son usados para inferir los niveles de habilidad.

Por ejemplo, el éxito en tareas en las que otros fracasaron, propicia que el actor sea percibido como una persona muy hábil.

- (2) **Antecedentes para la inferencia de Esfuerzo:** Cuando se trata de la propia conducta, el esfuerzo podría ser fácilmente inferido a partir del feedback propioceptivo y del conocimiento introspectivo respecto del esfuerzo desplegado. Sin embargo, este no suele ser el caso, ya que los sujetos a menudo utilizan la información de la ejecución (resultados obtenidos) para inferir cuánto empeño se ha puesto en la tarea. Experimentos realizados por Weiner (1980) señalan que los individuos exitosos percibieron que ellos desplegaron más esfuerzo que los sujetos no exitosos. Asimismo, los patrones de ejecución parecen ser también una señal importante para la atribución de esfuerzo. En un experimento conducido por Jones (1974, citado por Weiner, 1980) los sujetos recibieron patrones de éxitos ascendentes, descendentes y azarosos. Estos patrones influenciaron la auto percepción del esfuerzo desplegado ya que los sujetos en la condición ascendente creyeron que ellos pusieron significativamente más empeño que los sujetos en las otras condiciones. Weiner (1980) señala que es probable que indicadores externos, tales como tensión muscular, sudor y persisten-

cia de la conducta impulsen también la atribución a esfuerzo.

- (3) **Antecedentes para la inferencia de Dificultad de la tarea:** La dificultad subjetiva de la tarea es, en parte, una función del "performance" percibido de otros en esta tarea. Si muchos otros tuvieron éxito en la tarea, entonces la tarea es percibida como fácil; por el contrario, si pocos lo lograron, entonces ésta es percibida como difícil. Por lo tanto para la inferencia de dificultad de la tarea el consenso en la información sería el elemento clave. Es aparente que características objetivas de la tarea, tales como duración, complejidad y novedad, también influyen el juicio inicial respecto de la dificultad de la tarea. Sin embargo, esta información recibe relativamente poco peso en relación a los datos de los resultados obtenidos. Si cada uno ejecuta correctamente una tarea, es de poca importancia si ésta aparece inicialmente como dificultosa.
- (4) **Antecedentes para la inferencia de Suerte experienciada:** En experimentos realizados, la adscripción a la suerte es usualmente inducida por instrucciones específicas, donde los sujetos son previamente informados que los resultados de la tarea son debidos al azar. Esto sugiere que generalmente la señal más saliente para la atribución a la suerte es la estructura de la tarea; algunas

tareas son consensualmente descritas como dependientes de la suerte, tales como el lanzamiento de monedas y los juegos de azar.

4.4.2 Dimensiones Subyacentes

A partir de los estudios atribucionales realizados en el área del logro, en los que se les ha pedido a los sujetos mencionar causas explicativas para diversas situaciones de éxitos y fracasos, Weiner y sus colaboradores (1974, 1980) han señalado que aún cuando la cantidad y variedad de factores posibles identificados por los sujetos puede ser alta, un número relativamente pequeño de éstos tiende a sobresalir. Así es como Weiner (1980) llegó a identificar los cuatro factores de: habilidad, esfuerzo, dificultad de la tarea y suerte (descritos anteriormente) como factores causales identificados en condiciones de éxito y fracaso. Esto a juicio de los autores revela la presencia de una cierta economía y simplicidad evidente en el razonamiento causal referido al ámbito del rendimiento, que se aplica también en las explicaciones de otros resultados, tales como el bienestar o la pobreza (Nicholls et al, 1990).

Sin contradecir lo anterior, igualmente encontramos diversidad en las causas percibidas que la gente común emplea para explicar los eventos de la realidad. Ante esta situación las investigaciones han apuntado a la realización de un

análisis sistemático de dichas causas percibidas, buscando hallar similitudes y diferencias subyacentes en estos factores aparentemente disímiles.

Resultados positivos y consistentes en esta dirección posibilitaron el desarrollo del Modelo Atribucional de Weiner (1980, 1985), en el cual este autor plantea que cualquier causa percibida por un sujeto es susceptible de ser clasificada en una taxonomía compuesta por tres dimensiones subyacentes:

- (a) **"Internalidad/Externalidad"**
- (b) **"Estabilidad/Inestabilidad"**
- (c) **"Controlabilidad/Incontrolabilidad"**

4.4.2.1 Internalidad versus Externalidad

También denominado **"locus de causalidad"** fue primeramente enunciado en los trabajos de Heider (1957, citado por Nicholls y cols. 1990). La distinción causal fundamental hecha por este autor se enunció como sigue: "En la psicología del sentido común, el resultado de una acción es visto como dependiente de dos sets de condiciones, hablemos de factores que están dentro de la persona y factores del ambiente exterior". Así, según lo señala Hewstone (1992) ya en los años cincuenta, los psicólogos han aceptado la distinción entre causas internas y causas externas, que es equivalente a la distinción general persona/medio.

En términos conceptuales, una causa será percibida como **Interna** cuando esté intrínsecamente ligada a características propias del actor (rasgos de personalidad, actitudes, estados, etc). Y será percibida como **Externa** cuando dicha causa resida en otras personas o en las características del medio (Wong y Weiner, 1981).

En este sentido, causas tales como: habilidad, esfuerzo, humor, fatiga y enfermedad son fuentes internas de causalidad; en tanto que la dificultad de la tarea, la suerte y la influencia ejercida por otras personas son fuentes externas de causalidad. Cabe señalar que, el lugar de una causa dentro de estas dimensiones no es invariante a través del tiempo o entre las personas, dependiendo fuertemente de la historia del sujeto. Así por ejemplo, en un caso extremo, una persona puede llegar a percibir la suerte como un factor interno ("yo soy una persona de suerte").

Como se verá más adelante la distinción interna/externa para las causas percibidas tiene sus principales consecuencias en el plano de las emociones.

4.4.2.2 Estabilidad versus Inestabilidad

En 1971 Weiner y sus colaboradores (Weiner, 1985) señalaron las limitaciones de la exclusiva polaridad interno/externo hasta entonces vigente, y la necesidad de incorporar una segunda dimensión de causalidad. El razonamiento fue

que, dentro de las causas internas algunas son fluctuantes o variables en el tiempo, en tanto que otras aparecen como fijas o relativamente constantes. Por ejemplo, la aptitud en una tarea (elemento interno) es percibida como una capacidad generalmente constante, en tanto que otros factores (también internos) como el esfuerzo y la fatiga, son percibidos como más variables, cambiando de un momento a otro o de una situación a otra.

Como puede apreciarse esta dimensión está íntimamente ligada a la predicción que el atribuidor realiza respecto de la presencia o ausencia de una causa determinada en futuros eventos, en otras palabras, si un factor causal persistirá o cambiará a través del tiempo. Así, una causa será percibida como **Estable** cuando el atribuidor estima que estará siempre presente en las futuras acciones o eventos, y será percibida como **Inestable** cuando el atribuidor estima que dicha causa puede variar o no estar presente en el futuro. (Wong y Weiner, 1981).

Como se verá más adelante la distinción estable/inestable para las causas percibidas afecta principalmente las expectativas y expectativas de cambio de los sujetos.

4.4.2.3 Controlabilidad versus Incontrolabilidad

Realizadas las distinciones previas, una tercera dimensión atribucional fue elaborada por un razonamiento similar

al anterior. Rosebaum (1972, citado por Weiner, 1985) reconoció que el estado de ánimo, la fatiga y el esfuerzo desplegado son ambas causas internas e inestables; sin embargo, el esfuerzo se distingue de las otras dos causas por estar sujeto a "**control volitivo**", lo que no es normalmente así para el ánimo o la fatiga. Esta propiedad posteriormente fue retomada por Weiner (1980, 1985) denominándola "**Controlabilidad**".

Según lo había sugerido anteriormente Rotter (1975, citado por Hewstone, 1992) la percepción de control se desarrolla a partir de experiencias específicas e historia de reforzamientos pasada. En este sentido, la percepción de **controlabilidad** se origina cuando una persona ha tenido experiencias reforzadoras en sus intentos por controlar el medio y sus resultados en el pasado, lo que lo conduce a la creencia de que puede ejercer algún poder sobre la situación. Como puede verse, la dimensión de Controlabilidad está relacionada por tanto, con el grado de control o de maestría que uno percibe puede ejercer sobre uno o varios factores causales. La percepción de **Incontrolabilidad**, en tanto, se origina en historias de reforzamiento con características inversas, en las cuales el sujeto ha fracasado en sus intentos por obtener resultados deseados o en evitar situaciones aversivas, lo que lo conduce a la creencia de que el esfuerzo propio no hace diferencia alguna en los resultados que pueda obtener. En este sentido la conducta resultante del individuo puede indi-

car incontrolabilidad percibida. Ante conductas pasivas y de retraimiento, que no sirven a fines instrumentales (logro de una meta deseada, resolución de problemas, etc), los teóricos típicamente infieren un abandono de los intentos por ejercer un control efectivo sobre el medio.

Las Creencias de las personas acerca de cuánto control ellas ejercen sobre los eventos en sus vidas se ha convertido en uno de los principales tópicos en investigación psicológica en los últimos quince años. El principal exponente de estas investigaciones lo constituye el modelo de la "Desesperanza Aprendida" propuesto por Seligman, Abramson y Teasdale (1978) quienes describieron la Desesperanza como producto de una percepción de no contingencia entre conductas y resultados, que conduce a los individuos a creer que él o ella no tienen medios para escapar de situaciones aversivas y/o lograr las metas deseadas.

Con el conocimiento de las Causas Percibidas y las Dimensiones Subyacentes, Weiner fue capaz de taxonomizar sus hallazgos en un modelo Atribucional de la Motivación de logro, donde el esquema resultante es el siguiente:

Figura N° 4 Esquema del Modelo Atribucional de B. Weiner

Controlable		Incontrolable		
	Estable	Inestable		
			Estable	Inestable
Interna	Esfuerzo estable de uno mismo	Esfuerzo inestable de uno mismo	Habilidad de uno mismo	Fatiga, humor y cambios en la salud de uno
Externa	Esfuerzo estable de otros	Esfuerzo inestable de otros	Dificultad de la tarea	Suerte

4.4.3 Medición de Causas Percibidas y Dimensiones Subyacentes

Comúnmente en los estudios de atribución, la medición de las causas percibidas se ha realizado en condiciones experimentales, en las cuales los sujetos luego de experimentar éxitos o fracasos en sus tareas, son preguntados directamente respecto del "¿por qué?" de sus resultados. La acumulación de resultados en este sentido permitió a Weiner (1980) distinguir los cuatro elementos principales que se utilizan como causa explicativa de éxito y fracaso (ver fig. N° 4). Posteriormente Weiner (1980, 1985) clasificó estas causas dentro de su taxonomía tri dimensional de Dimensiones Subyacentes, quedando por así decirlo, resuelto en principio el problema de la atribución para éxitos y fracasos.

Pese a esta aparente claridad conceptual, el mismo Weiner (1980) ha señalado que la localización de una atribución causal en términos de sus dimensiones subyacentes podría variar grandemente de persona a persona, y de una situación a otra. En virtud de esto, algunos investigadores como Russell (1982, 1987) y Frieze (citado por Russell, 1982) han señalado que estos estudios previos en atribución poseen un defecto básico, cual es el de suponer que los investigadores han traducido con exactitud el significado de las atribuciones causales entregadas por los sujetos, y en virtud de esta traducción las han clasificado dentro de la taxonomía de dimensiones causales subyacentes. Este hecho ha sido denominado por Russell (1982) como el **"Error fundamental de atribución del investigador"**.

A partir de esta crítica se han desarrollado modelos de medición en los cuales resulta factible el evaluar directamente cómo el atribuidor percibe sus propias atribuciones causales en términos de dimensiones subyacentes, sin que sea el investigador quien deba codificar las declaraciones atribucionales dentro de estas dimensiones.

En su trabajo sobre medición de causas percibidas Russell (1982) presenta una Escala de Dimensión Causal que recoge en sus ítemes la definición conceptual del Modelo de Weiner para las dimensiones subyacentes de locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad. En esta escala los suje-

tos primeramente identifican las razones o causas para distintos eventos, y posteriormente ellos deben responder a un set de nueve escalas de diferencial semántico, tres por cada dimensión subyacente, donde deben cuantificar el grado de internalidad/externalidad, estabilidad/inestabilidad, y controlabilidad/incontrolabilidad de las causas percibidas.

La aplicación experimental de esta escala (Russell, 1982) permitió a su autor obtener altos índices de confiabilidad y validez para su instrumento, destacando el valor que éste puede tener al ser aplicado en settings distintos al área del Logro. Esta utilidad fue posteriormente confirmada en el estudio de Delgado (1991) acerca del sentimiento de culpa como predictor de reincidencia en un contexto legal y en el estudio de Nicholls y cols (1990) respecto de la percepción de control en jóvenes adolescentes de sectores populares. En ambas investigaciones se adaptó esta Escala de Dimensión Causal según los tópicos de estudio.

En nuestra investigación adaptaremos esta Escala de Dimensión Causal para la evaluación de las causas que los pacientes perciben como explicativas de su enfermedad y conductas relacionadas con el tratamiento

4.4.4 Consecuencias de la Atribución

En este punto, siguiendo el esquema propuesto por Kelley y Michela (1980) que fue expuesto anteriormente, se describi-

rán algunos resultados que se han obtenido en el área del logro, respecto de las consecuencias conductuales, afectivas y motivacionales (expectativas) que origina las distintas atribuciones que realizan los sujetos para sus éxitos y fracasos.

4.4.4.1 Consecuencias conductuales

Según se ha planteado en algunas investigaciones (Weiner, 1980) la **controlabilidad** percibida sobre una situación particular, tendría una influencia directa sobre la **resistencia a la extinción** del comportamiento que se concibe como instrumental en dicha situación.

Según se ha descrito, pareciera que, incluso en situaciones en las cuales el reforzamiento o los éxitos deseados no son inmediatos, el control percibido en dicha situación tiende a perpetuar el patrón conductual involucrado.

En este sentido, se ha hipotetizado también, que la resistencia a la extinción sería una función de la **estabilidad** percibida de las causas, durante el período de no reforzamiento. Más específicamente, la adscripción del no reforzamiento durante el período de extinción a la mala suerte o a la falta de esfuerzo (causas inestables), más que a la falta de habilidad o la dificultad de la tarea (causas estables), retarda la disminución de expectativas y resulta en una extinción más lenta de la conducta instrumental (Weiner, 1980). En otras palabras, el sujeto persiste durante más tiempo en su conducta a fin de obtener los resultados deseados.

Estos supuestos han sido utilizados comúnmente en el ámbito del desempeño escolar. En este sentido, como bien lo postulara Weiner (1980), y fuera posteriormente corroborado en los experimentos de Rodrigues (1983) realizados con estudiantes brasileños, la atribución de un fracaso a una causa **estable**, interna e **incontrolable** como lo es la falta de aptitud, tiene el efecto nefasto de llevar al alumno a la desesperanza, la resignación y el desaliento. La valoración del esfuerzo, por el contrario, como determinante de los resultados lo alienta a atribuir sus fracasos a su falta de esfuerzo (causa **inestable**, interna y **controlable**), lo que lo incentiva a una mayor dedicación y probable superación de sus limitaciones en el futuro.

Respecto de la **calidad del desempeño** (performance), se ha hallado una progresiva disminución en la calidad del desempeño (en términos de esfuerzo desplegado y resultados obtenidos), en aquellos sujetos que atribuyen sus fracasos, a baja habilidad (causa interna, **estable** e **incontrolable**), en contraposición con aquellos que ante condiciones de fracaso, lo atribuyen a la falta de esfuerzo (causa interna, **inestable** y **controlable**), quienes mantienen e incluso van mejorando sus niveles de desempeño en tareas sucesivas. Adicionalmente, se ha comprobado que la atribución de fracasos a causas internas, **estables** e **incontrolables** propicia la **generalización** de

la ejecución deficiente en settings distintos y en tareas disímiles (Mikulincer y Nizan, 1988).

Experiencias diseñadas para inducir percepciones de incontrolabilidad han conducido a una disminución de las tasas de aprendizaje y de la persistencia en las tareas en los niños, a la vez que aumentaron la presencia de afectos depresivos en ellos. (Rodrigues, 1983)

En esta misma dirección, en el ámbito escolar, se han desarrollado diversos estudios que manipulan la actuación del maestro en el proceso de aprendizaje de los alumnos, lo que se ha denominado "**control del aprendizaje**" (Gómez, 1992). Al respecto, existe evidencia empírica que sostiene que aquellos alumnos con baja habilidad y baja percepción de controlabilidad sobre sus resultados, logran más objetivos bajo condiciones de control externo (guía sistemática del profesor); mientras que aquellos alumnos de alta habilidad, triunfan más a menudo en tareas en que ellos poseen el control (Gómez, 1992).

Otro tipo de estudios se ha realizado en torno a las percepciones de causalidad que expresan sujetos que han sido **víctimas de accidentes o hechos desafortunados**. En su estudio, Rodrigues (1983) afirma que el tipo de atribución hecha por la víctima, para explicar su infortunio, influyó notablemente en la forma de enfrentar dicho infortunio; así, por ejemplo, ciegos y amputados que realizaron **más atribuciones**

de su situación a factores internos, inestables y controlables, adoptaron mayor cantidad de respuestas efectivas en su lucha contra su infortunio, tales como una mayor participación en procesos de rehabilitación y de aprendizaje orientados a superar sus limitaciones.

En torno a la **conducta agresiva**, se ha tratado de establecer qué tipo de atribuciones conducirían a un sujeto a comportarse agresivamente hacia otro. Aún cuando los resultados no han sido del todo concluyentes, se ha identificado que cuando un sujeto percibe que la **conducta de otro**, que le ha sido perjudicial o dañosa en algún sentido, ha estado **motivada internamente y que además pudo haber sido controlada** por el hechor, sus deseos de venganza y la consecuente conducta agresiva es mayor que cuando dicha conducta fue atribuida a causas externas e incontrolables (Weiner, 1980).

Se han realizado también numerosos estudios (ligados al modelo de la Desesperanza Aprendida) que relacionan la **incontrolabilidad percibida** y la presencia de **conductas de aislamiento social y retraimiento**. En este sentido, se ha identificado que personas con una baja percepción de controlabilidad, aquellos que ven las circunstancias, oportunidad y poder de otros como controlando los resultados en el plano de las relaciones sociales, son en general más propensos a manifes-

tar conductas tales como pasividad, retiro de actividades sociales, consentimiento, conformidad y sintomatología depresiva que aquellas personas con una alta percepción de controlabilidad, aquellas que ven sus propios esfuerzos o habilidades como controlando sus resultados. (Rothbaum, Weiz y Snyder, 1982).

En el nivel **interpersonal**, se ha investigado el efecto de las atribuciones que los sujetos realizan para las conductas de otros (**heteroatribuciones**) y las consecuencias que estas generan en las reacciones e interacciones con esos otros. En su trabajo, Rodrigues (1983) entregó a un grupo de estudiantes universitarios un set de información respecto del desempeño y características individuales de otros estudiantes. Les pidió luego que actuaran como maestros de esos alumnos y determinarían la cuantía y oportunidad en la entrega de **recompensas y castigos** por el desempeño observado. Sus resultados muestran que, los alumnos más recompensados por los buenos resultados fueron aquellos evaluados como esforzados y competentes en la tarea, los cuales también fueron menos castigados por sus malos resultados. En contrapartida los menos recompensados por buenos resultados y más castigados por sus malos resultados fueron los no esforzados, e incompetentes en la tarea.

En este mismo nivel de análisis, se ha investigado respecto de la **conducta de ayuda**, bajo el supuesto que las atribuciones que el dador de ayuda realiza respecto de la situación y características del peticionario de ayuda, influyen su conducta de ayuda (en términos de cuantía y oportunidad). En este sentido, se ha hallado que, creencias acerca de la **responsabilidad** del otro para con su situación actual influyen la reacción del atribuidor (Weiner, 1980). Problemas percibidos como internamente causados y controlables por parte del peticionario de ayuda, llevan a los potenciales dadores de ayuda a sentir más emociones negativas, tales como enojo y desinterés, y menos emociones positivas como empatía e interés. Lo que se traduce en que efectivamente proveen de menos ayuda a quien la pide (Sacco y Dunn, 1990).

Finalmente, en un plano de análisis **macrosocial**, Betancourt (1982, citado por Nicholls y cols. 1990) señala que el **control percibido** por parte de los grupos humanos es vital en determinar que se comprometan y perseveren en planes, programas o políticas que tengan como objetivo logros en el plano económico, social y de promoción humana en general. Asimismo, el que grupos marginales o de escasos recursos perciban que su condición obedece a causas incontrolables puede llevarlos a no comprometerse en acciones que les serían beneficiosas, aceptando resignadamente su situación de vida, ya que

piensan que ningún comportamiento va a alcanzar resultados positivos.

4.4.4.2 Reacciones Afectivas

En los últimos años, estudios del modelo atribucional de Weiner (1985, 1980) han dedicado un lugar central a las emociones. Aceptando que la situación determina en gran parte qué emociones van a ser experimentadas, especifica además cómo es que la interpretación de las situaciones en términos de dimensiones causales también influencia lo que sentimos.

Dentro del modelo cognitivista general, las emociones se conciben en una secuencia temporal que involucra cogniciones de complejidad creciente que van configurando la valencia y percepción de una emoción particular en el sujeto. La teoría de la atribución ha distinguido un set de diferentes emociones que son generadas por la elección causal del sujeto.

Las investigaciones de Weiner et al (1985) documentan al menos cinco emociones humanas prevaletes: la ira, la lástima, la culpa, el orgullo y la vergüenza están determinadas por las percepciones de causalidad. A continuación describiremos algunos hallazgos en este sentido.

En el área del logro, Weiner et al (1972, 1980, 1985) han encontrado que, el locus de causalidad de las causas percibidas, generan afectos distintos en situaciones de éxito y fracaso. Al respecto sostiene que, los sentimientos de orgu-

llo y **vergüenza** son **maximizados** cuando los resultados logrados son adscritos **internamente** y **minimizados** cuando son atribuidos a causas **externas**. Así por ejemplo, el éxito atribuido a la alta habilidad o al esfuerzo desplegado en el trabajo (causas internas), produce más orgullo que el éxito que es atribuido a la facilidad de la tarea o a la buena suerte (causas externas). De forma inversa, el fracaso percibido como debido a baja habilidad o a falta de esfuerzo, resulta en un sentimiento incrementado de vergüenza respecto del fracaso que es atribuido a la dificultad de la tarea o a la mala suerte.

Se puede concluir entonces, que la adscripción causal al esfuerzo, lo cual es una causa interna y bajo control volitivo, maximiza los afectos positivos y negativos para el éxito y el fracaso. Por supuesto, el fracaso adscrito a factores externos podría producir reacciones emocionales tales como ira o frustración, pero en todo caso minimiza la vergüenza experienciada.

Weiner et. al (1980) postula además que el locus de causalidad, asociado con las condiciones de éxito y fracaso, también estaría relacionado con la autoestima y percepción de autoeficacia del atribuidor. En situaciones de éxito, el atribuir el buen desempeño a causas internas, tales como la habilidad o esfuerzo, aumenta las reacciones afectivas tendientes a fortalecer una alta autoestima y autoeficacia. Por

el contrario, el señalar causas internas para situaciones de fracaso suscita reacciones tales como la vergüenza, que socaban la autoestima del sujeto y debilitan su percepción de autoeficacia para eventos futuros (Gómez, 1992).

Siempre en el plano de las emociones, un estudio realizado por Averill (1979, citado por Weiner, 1980) muestra los antecedentes atribucionales de la **rabia**. Este autor postula que la reacción principal de la gente en la calle frente a una agresión, no está determinada tanto por la naturaleza específica del evento, sino por la percepción sobre la justificación para la conducta del agresor. La rabia es dependiente de una acusación acerca de las **intenciones** de otra persona, a la cual se le atribuye poseer **control** sobre la conducta de instigación. En los estudios de Tadeschi (1974, citado por Kelley y Michela, 1980), se agrega que posterior a la atribución de intencionalidad en una conducta agresiva, que genera rabia en el atribuidor, éste también estuvo más dispuesto a catalogar como aceptables algunas conductas, también agresivas, de venganza.

En el ámbito escolar, la ira o enojo no es experimentada solamente por el hecho de no alcanzar la meta deseada, sino que más bien ocurre cuando este fracaso es atribuible a la barrera impuesta por otros de forma arbitraria intencional y controlable (Gómez, 1992). Un ejemplo de esta situación se

da cuando el alumno atribuye su fracaso en un examen a la arbitrariedad del profesor en la corrección de sus respuestas.

En contraste a la relación observada entre controlabilidad y rabia, se ha postulado que causas **incontrolables**, como explicativas de las **desgracias** o **accidentes ocurridos a otros**, son asociadas con **lástima** (Weiner, 1980). Este supuesto ha sido corroborado en estudios sobre conducta prosocial o de ayuda, en donde es central el hecho de considerar que la necesidad de ayuda de otro se debe a que éste no controla las causas que explican su dificultad para acceder a sus requerimientos (Sacco y Dunn, 1990).

En el ámbito escolar también es posible hallar esta relación. La controlabilidad percibida de una causa para un fracaso, en parte determina si el enojo o la lástima es dirigida hacia el otro. Concretamente, se siente enojo ante la flojera y se castiga la falta de esfuerzo, pero sentimos lástima de una persona incapaz y no castigamos la falta de habilidad (Gómez, 1992).

Respecto de los sentimientos de **culpabilidad**, estos estarían asociados con la **controlabilidad** percibida en las causas que originaron un evento censurable (en términos legales o éticos). En otras palabras, nos sentiríamos culpables por aquellos eventos en los cuales su ocurrencia o no ocurrencia depende de causas que estuvieron bajo nuestro control. En un

estudio realizado por Weiner, Grahman y Chadler (1982, citado por Delgado, 1991) estos pidieron a sus sujetos que recordasen emociones, y encontraron que el 94% de las causas asociadas con sentimientos de culpa se consideraban internas y controlables, es decir, el tipo de causas por las que, normativamente, uno debería asumir la responsabilidad.

En su estudio sobre el sentimiento de culpa en un contexto legal, Delgado (1991) confirma estos supuestos, hallando que el sentimiento de culpa experimentado por quienes han cometido un robo, está determinado por la controlabilidad de las causas percibidas. Por otro lado, en este mismo estudio se señala que, cuando se evalúa la conducta de robo de otra persona (heteroatribución), la estabilidad de las causas determina la predicción de reincidencia, lo que en última instancia influye en la decisión de otorgar o no la libertad condicional al ladrón. El robo producto de causas estables, genera la predicción de mayor reincidencia por parte del sujeto, razón por la cual su libertad sería denegada.

Sumada a las relaciones descritas entre locus, controlabilidad y emociones, existe también una relación entre **estabilidad causal y emociones**. Weiner et al. (1985, 1972) hallaron que los afectos de depresión, entre los cuales destacan la apatía y la resignación, son reportados principalmente cuando las atribuciones para el fracaso fueron internas y es-

tables (falta de habilidad, falta de esfuerzo, déficit de personalidad). Estas causas sugieren que los eventos podrían no cambiar en el futuro engendrando **sentimientos de desesperanza y depresión**. En otra investigación Arkin y Maruyama (citada en Weiner, 1985) evaluaron la atribución de estudiantes para sus éxitos y fracasos en clases y relacionaron éstas con ansiedad y performance escolar, hallando que entre los estudiantes exitosos, la estabilidad de sus atribuciones estuvo negativamente correlacionada con ansiedad. Esto es, cuando el éxito es adscrito a causas estables, los estudiantes reportaron relativamente menos ansiedad. Por otro lado, entre los estudiantes no exitosos, la estabilidad atribucional y la ansiedad correlacionó positivamente, esto implica que el fracaso es percibido como probable de ocurrir en el futuro.

Finalmente, a la luz de los antecedentes expuestos podemos concluir que se ha puesto en evidencia la relación que existe entre las dimensiones subyacentes de las causas percibidas y las reacciones afectivas/emocionales del atribuidor. Específicamente, los estudios señalan que cada dimensión se relaciona con un set particular de sentimientos: así por ejemplo, la dimensión de **locus de causalidad** se relaciona principalmente con sentimientos de orgullo y vergüenza; la dimensión de **controlabilidad** se relaciona con sentimientos de

ira, culpa y lástima, y la dimensión de **estabilidad** se asocia con sentimientos de desesperanza.

4.4.4.3 Atribución y Motivación

Los estudios motivacionales usando el modelo atribucional, básicamente se han centrado en dos elementos: las **expectativas** y las **expectativas de cambio** de los sujetos en virtud de las causas percibidas para éxitos y fracasos.

Los teóricos motivacionales han desarrollado el modelo denominado "**Expectativa Valor**" (Rotter, 1989; Weiner, 1974, 1980) como fuente explicativa de la conducta de logro. Dentro de este modelo, sostienen que la realización y mantenimiento de una conducta guiada hacia el logro de una meta, tiene directa relación con las expectativas que el sujeto sostiene respecto de que dicha conducta le permita alcanzar la meta deseada.

Según se ha observado en distintos experimentos, (Rotter, 1989; Weiner, 1974) en los cuales se ha manipulado la contingencia y magnitud de refuerzos luego de una conducta del sujeto, las expectativas que éstos se forman respecto de éxitos o fracasos futuros, estarían estrechamente ligadas a la percepción de locus de causalidad y controlabilidad de las causas o conductas que conducen al logro de metas. Así por ejemplo, sujetos que atribuyeron el éxito a causas internas y controlables, tales como el esfuerzo, aumentaron sus expecta-

tivas de logro a futuro en dichas tareas. Inversamente, aquellos que atribuyeron el fracaso a causas internas e incontrolables, tales como la falta de habilidad, disminuyeron sus expectativas de logro a futuro en dichas tareas.

Un estudio realizado por Weiner (1985) en que relaciona las atribuciones ante éxitos y fracasos con la Motivación de logro de los sujetos señala que: dada una situación exitosa, personas altas en motivación de logro fueron más proclives a percibir alta habilidad y alto esfuerzo (ambas causas internas) como los factores responsables del éxito, en tanto que personas bajas en motivación de logro fueron más proclives a atribuir el éxito a causas externas, tales como la facilidad de la tarea o la suerte. Por otra parte, dado un fracaso, individuos altos en necesidades de logro fueron más propensos a adscribir los resultados a falta de esfuerzo (causa interna y controlable) mientras que aquellas personas bajas en necesidades de logro fueron más proclives a adscribir el fracaso a falta de habilidad (causa interna e incontrolable).

De estos resultados, los investigadores sugieren que los individuos altos en necesidades de logro asumen más responsabilidad personal por un resultado favorable que las personas bajas en necesidades de logro. Consideran además que la controlabilidad de las causas percibidas para el fracaso difieren en ambos tipos de sujeto. Así, individuos altos en logro implicaron una causa para el fracaso (esfuerzo insuficiente)

que podría ser modificado por ellos mismos, mientras que personas bajas en logro adscribieron a factores incontrolables y relativamente estables (habilidad) el fracaso.

Respecto de las **expectativas de cambio**, Weiner (1980, 1985) señala que la adscripción causal para el éxito y el fracaso en parte determina la dirección y la magnitud de la expectativa de cambios. Al respecto afirma que es la **estabilidad** de las causas percibidas más que el locus de causalidad, lo que determina las expectativas de cambio. Así por ejemplo, el fracaso que es adscrito a baja habilidad (estable) podría disminuir la expectativa del futuro logro de metas más que el fracaso que es adscrito a mala suerte, fatiga o estado de humor (inestables). De forma similar, el éxito adscrito a buena suerte (inestable) podría resultar en un menor incremento en la expectativa subjetiva de éxitos futuros que aquel éxito adscrito a alta habilidad o a la facilidad de la tarea (estable).

En un estudio que relaciona las expectativas de cambio con auto concepto, Valle y Frieze (1976) señalan que un individuo con un alto auto concepto de habilidad, estima desde un inicio, que hay una alta probabilidad de éxito en la tarea. En consonancia con este auto concepto, el fracaso es adscrito a la suerte, de modo que no se reducen las subsiguientes expectativas de éxito y se mantiene el alto auto concepto de habilidad. Por otra parte, el éxito que es adscrito a habi-

lidad, incrementa ambos, las subsiguientes expectativas de éxito y el auto concepto. A la inversa, análisis de sujetos con un bajo auto concepto de habilidad y bajas expectativas de éxito, sugiere que estos sujetos atribuyen el éxito a la suerte y el fracaso a la baja habilidad. Estas atribuciones consistentemente resultan en el mantenimiento del bajo auto concepto inicial. Un punto esencial de este trabajo realizado por Valle y Frieze (1976) es que los autores sugieren que en programas de cambio que involucran expectativas o auto concepto, las causas percibidas de la ejecución pueden ser alteradas, y en virtud de esta modificación se gatillaría un proceso gradual de cambio en la auto percepción y las expectativas de logros futuros.

4.5 ESTUDIOS ATRIBUCIONALES EN EL ÁREA DE LA SALUD:

HALLAZGOS Y SUGERENCIAS PARA EL ÁMBITO DE LA CLÍNICA

Por sus consecuencias en el plano conductual, afectivo y motivacional, en los últimos años varios investigadores han estudiado las relaciones existentes entre atribuciones y diversos aspectos de la salud de las personas.

A continuación describiremos algunos estudios realizados en el área de la Psicología de la Salud, que han utilizado como eje teórico modelos atribucionales.

Sin duda, uno de los campos más estudiados desde el punto de vista atribucional ha sido la Depresión, y su posible explicación a partir del modelo propuesto por Seligman, Abramson y Teasdale (1978) de la "Desesperanza Aprendida" que incorpora como eje fundamental las dimensiones subyacentes de las causas percibidas por los sujetos para eventos negativos en sus vidas. Este modelo, al cual se ha hecho referencia anteriormente, señala en sus premisas (contrastadas empíricamente) que: "ciertas personas creen que sus resultados son independientes de sus acciones; esta creencia va asociada con una predisposición a explicar sucesos atribuyéndolos a causas internas, estables y globales (donde global significa que la causa actúa sobre un gran número de eventos, no sólo uno). Si las personas con este tipo de estilo atributivo experimentan un suceso negativo, entonces creerán que está causado por ellas, que la causa es duradera y que esta causa conducirá también a otros eventos negativos; esto las hace deprimirse" (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Seligman y Abramson, 1972).

En un estudio posterior, Alloy y Abramson (1982) centran su atención en un "consistente" e "intrigante" hallazgo, cual es que las personas exhiben una "**Ilusión de Control**" y actúan como si objetivamente eventos incontrolables fueran, de hecho, controlables por ellos. En este estudio, en el cual relacionan esta ilusión de control con la presencia de depre-

sión, hallaron que estudiantes de college evaluados como "no depresivos" sobreestimaron consistentemente cuánto control ellos tuvieron sobre eventos objetivamente incontrolables que ocurrieron con alta frecuencia y que fueron deseados y asociados con éxito. Inversamente, estos estudiantes no depresivos subestimaron el control que ellos ejercieron sobre eventos objetivamente controlables, pero que estuvieron asociados con fracasos. En este estudio se estableció asimismo, que las personas evaluadas como "depresivas" sucumben menos a esta ilusión de control, tanto en situaciones de éxito como de fracaso. Simplemente estas personas desarrollan la expectativa generalizada de que ellos no controlan los eventos, sean estos positivos o negativos.

Estos autores proponen que una "Terapia para la Desesperanza" debiera focalizarse en la exposición de los sujetos depresivos a situaciones controlables o problemas solucionables, a fin de revertir esta carencia de "ilusión de control".

Otras investigaciones se han focalizado en la influencia que pueden tener los "Estilos Explicativos Atribucionales" como factores de riesgo para la enfermedad. El estilo explicativo es definido como la tendencia habitual que tiene el individuo para elegir ciertos tipos de explicaciones causales para eventos negativos. Íntimamente ligados al modelo de la desesperanza, estos estudios sugieren que estados psicológi-

cos, tales como el pesimismo, desvalimiento, desesperanza y apatía, constituirían importantes factores psicológicos de riesgo para enfermar. El estudio realizado por Peterson (1988) sustenta esta hipótesis, ya que muestra que estudiantes de college quienes atribuyeron eventos negativos a factores estables y globales experimentaron más días de enfermedad en el mes siguiente, y realizaron visitas al médico más frecuentemente en el año siguiente a la investigación, que aquellos estudiantes que explicaron los eventos negativos con causas inestables y específicas. Adicionalmente, aquellos estudiantes que atribuyeron eventos negativos a factores estables y globales reportaron la presencia de más hábitos dañinos para la salud (tabaquismo, sobrepeso, consumo de alcohol), baja perspectiva de autoeficacia para cambiar estos hábitos, y más sucesos percibidos como estresantes que aquellos estudiantes que explicaron eventos negativos con causas inestables y específicas.

En este estudio se señala además, que el estilo explicativo depresivo, prefiguraría principalmente la aparición de enfermedades infecciosas tales como, resfríos, neumonías e infecciones gastrointestinales. Peterson (1988) agrega que pese a estos resultados positivos, queda por dilucidar qué liga los estilos explicativos a la enfermedad. Al respecto propone varias hipótesis:

- (a) Quizás los individuos que ofrecen explicaciones estables y globales se tornan "pasivos" en la fase de enfermedad.
- (b) Esto conlleva a que tales sujetos rechacen o no sean hábiles para procurarse los cuidados básicos de salud, como medida de primera utilidad para aliviar la enfermedad.
- (c) También es posible que estos sujetos al no ser buenos resolvedores de problemas experimenten más eventos negativos en su vida, lo cual al aumentar su nivel de stress, podría afectar directamente su sistema inmune.

En un estudio longitudinal posterior, llevado a cabo en un período de tiempo de 35 años, Peterson, Seligman y Vaillant (1988), buscaron contrastar estos hallazgos previos respecto de la relación existente entre Estilo Explicativo Pesimista y Riesgo para la Enfermedad Física. La pregunta es si nuestros hábitos de explicación para eventos negativos cuando somos jóvenes ¿predicen nuestra salud física en nuestra vida más tarde?. Los resultados de este estudio, en el cual se controló que todos los sujetos al momento de la evaluación estuvieran en buenas condiciones de salud física y mental, revelaron que los sujetos que explicaron los eventos negativos con causas estables, globales e internas (estilo pesimista ligado a la depresión) a los 25 años, fueron menos saludables más tarde en su vida que aquellos que formularon

explicaciones inestables, específicas y externas para sus resultados negativos. Los estilos explicativos inicialmente no estuvieron relacionados a la enfermedad física, pero con el paso del tiempo, la correlación hipotetizada por este estudio emerge. Esta correlación es más fuerte a los 45 años, 20 años después que el estilo explicativo fue evaluado. Después de este tiempo la correlación entre estilo explicativo y enfermedad en algunos casos comienza a decrecer.

En este estudio, al igual que en el anterior, se reitera que se desconocen los mecanismos mediante los cuales los estilos pesimistas de explicación ponen en riesgo la salud. Sin embargo, sumadas a las hipótesis planteadas en el trabajo anterior, se agrega que: quizás los individuos quienes ofrecen explicaciones estables, globales e internas se muestran pasivos en el enfrentamiento de la enfermedad, ya sea no buscando ayuda médica, o no siguiendo las advertencias médicas (**adherencia al tratamiento**), las que constituyen dos conductas desesperanzadas que podrían exacerbar la enfermedad. Similarmente, los individuos con un estilo explicativo negativo podrían mostrarse negligentes en los cuidados básicos de salud, ya que ellos no ven conexión alguna entre lo que ellos podrían hacer y los resultados de salud o enfermedad que ellos podrían obtener, simplemente ellos sienten que conductas de promoción de la salud son inútiles.

En un sentido más general, el trabajo de Strickland (1989) sobre controlabilidad, revela otros hallazgos que relacionan esta dimensión causal con salud. Esta autora señala que el control percibido tiene implicaciones significativas para la salud, especialmente en condiciones que podrían fomentar una pérdida de control. Al respecto, Janis y Langer (1975, citado por Strickland, 1989) realizaron un trabajo en el cual enseñaron a pacientes quirúrgicos pre operatorios que ellos podrían tener control sobre su dolor y "distress", a través de una focalización sobre los aspectos positivos y optimistas de su experiencia. Estos pacientes que recibieron preparación en control cognitivo, fueron reportados posteriormente por las enfermeras a su cuidado, como significativamente menos ansiosos y demandantes que aquellos pacientes que no recibieron preparación. Asimismo, ellos requirieron de menos sedantes para el dolor que los otros pacientes seguidos a la operación; y reportaron una mejoría sustancialmente mayor que aquellos después de un año.

Volviendo a los estilos explicativos, esta autora señala que individuos optimistas reportan menos síntomas físicos y mayor sentido de recuperación física que aquellas personas menos optimistas en caso de cirugías de bypass. La posesión de creencias positivas tales como el optimismo y la esperanza, así como el sentido de control estaría relacionado con la recuperación de la salud. La autora finalmente destaca que

esta "ilusión" sirve a una amplia variedad de funciones cognitivas, afectivas y sociales, aún cuando esta ilusión esperanzadora no refleje un correcto testeo de la realidad. Esta autora describe a los sujetos depresivos como tendiendo a ser más realistas y balanceados en su visión del mundo, en una situación que los lleva a aparecer, a juicio de la autora, como "tristes, pero sensatos". Destaca, además, que las personas mentalmente saludables aparecen como teniendo la envidiable capacidad de distorsionar la realidad en una dirección que incrementa su auto estima, mantiene las creencias en la autoeficacia y promueve una visión optimista del futuro. Estas expectativas cambiarían atribuciones causales para resultados personales negativos desde el self a los otros, al medio, la suerte o el destino. Aún cuando desde otras perspectivas, esto sea interpretado como negación o directamente como una tendencia a mentirse a sí mismo, la autora reflexiona en torno a que hablar de distorsiones de la realidad implica un conocimiento verdadero y privilegiado de la realidad, lo cual eventualmente nadie podría declarar.

En un estudio que incorpora las variables de locus de causalidad y control, Solomon, Mikulincer y Avitzur (1988) señalan que sujetos con un locus de causalidad interno que además perciben un alto control sobre sus resultados, presentaron mayor cantidad de conductas preventivas asociadas a la salud, tales como: mayor motivación para seguir planes de

vacunación, uso de cinturón de seguridad y exámenes dentales regulares. Adicionalmente, resultaron ser más exitosos en programas de reducción de peso, y más adherentes en cuanto a la obediencia en las órdenes médicas, persistiendo en los tratamientos médicos requeridos, por largos que estos fueran.

Coherente con estos resultados, el estudio de Shelley, Litchman y Wood (1984) sobre el ajuste de pacientes con cáncer de mama, reveló que la creencia en que tanto uno mismo como los médicos pueden controlar el avance del cáncer, estuvo medianamente correlacionada con un buen ajuste a los distintos tratamientos requeridos, expresado este ajuste como un buen nivel de adherencia y menor padecimiento de efectos secundarios a los tratamientos.

Asumiendo como suficientemente probada la relación entre Locus de Control y Conductas promotoras de la Salud, Lau (1982) realizó un estudio tendiente a esclarecer cómo se originan estas creencias acerca del control. Sus resultados señalan que esta percepción de control se ve fuertemente influenciada por experiencias previas con enfermedades propias. En esta dirección, el padecimiento de prolongadas enfermedades tiende a disminuir la percepción de control de las personas. No se produce este fenómeno cuando el sujeto experimenta enfermedades cortas, aún cuando aparezcan como graves. Finalmente, el autor señala que las personas que han tenido experiencias de recuperación, en las cuales han sido reforza-

das por sus intentos de control, adquieren una mayor internalidad y controlabilidad en sus atribuciones.

A la luz de todos los antecedentes que han sido expuestos en este capítulo, se espera haber destacado el rol que las atribuciones juegan en la conducta y afectos de los sujetos.

Considerando la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica (conceptos descritos extensamente en el cap. 3) como una conducta susceptible de ser estudiada a la luz del modelo atribucional de Weiner, en el presente estudio se pretende hallar las relaciones existentes entre Atribuciones y Adaptación y Adherencia. La utilidad de tal análisis se deriva de la posibilidad que ofrece este modelo, en términos de implementar eventuales programas de modificación atribucional en pro de un mejoramiento de la Adaptación y la Adherencia en pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, un enfoque que por lo demás, según nuestra revisión bibliográfica no ha sido estudiado ni utilizado con estos pacientes.

CAPÍTULO 5

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene el carácter de estudio **exploratorio no experimental**, y está orientada a indagar la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica que presenta una muestra de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis crónica y la relación que pudiera existir entre dichas dimensiones y las Atribuciones de causalidad que los mismos pacientes sostienen respecto de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

El diseño de la investigación incluye los siguientes elementos:

- (a) Los factores estratificadores de la muestra (lugar de tratamiento, sexo, edad, tiempo en hemodiálisis y nivel de escolaridad)
- (b) Adaptación a la Enfermedad
- (c) Adherencia Terapéutica.
- (d) Atribuciones de causalidad.

Cada uno de estos elementos serán analizados en un diseño correlacional, y de comparación de las diferencias observadas por subgrupos estratificados.

5.2 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Los sujetos de la muestra provienen de dos centros de hemodiálisis ubicados en la región.

El primero de ellos es la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren; a ella asisten regularmente a tratamiento un total de 28 pacientes. Este centro de atención se financia con aportes estatales y a él asisten pacientes que carecen de previsión o fondos de salud, que les permitan costear su tratamiento.

También asisten a él quienes perteneciendo al sistema FONASA están ubicados en los niveles A ó B, que dados sus bajos ingresos también reciben el tratamiento en forma gratuita.

El segundo de los centros se denomina HEMOVAL. Este es un centro de carácter privado dedicado exclusivamente al tratamiento de hemodiálisis, y que actualmente atiende a un total de 68 pacientes. Asisten a este centro aquellos pacientes que, en virtud de sus recursos económicos, pueden costear en forma directa su tratamiento, y aquellos que a través de ISAPRES o el sistema FONASA (ubicados en los niveles C ó D) subvencionan el costo total o parcial de éste.

La muestra a estudiar está compuesta por un total de 50 pacientes (52,08% de la población total, considerando ambos centros de atención) que han sido seleccionados de forma in-

tencial, y estratificados de forma no proporcional en virtud de las siguientes características:

- (1) Lugar de tratamiento:
 - (a) Hospital Carlos Van Buren
 - (b) Hemoval.
- (2) **Sexo**
 - (a) Mujeres
 - (b) Hombres
- (3) **Edad:** Considerando los límites superior e inferior de edad de los pacientes que actualmente se están dializando, se estructuraron dos grandes rangos de edad:
 - (a) de 17 a 49 años
 - (b) de 50 a 82 años.
- (4) **Tiempo que llevan asistiendo a tratamiento de hemodiálisis:** Considerando las características de la muestra, para una mejor distribución de los sujetos se establecieron dos grandes rangos:
 - (a) tiempo en diálisis menor o igual a un año
 - (b) tiempo en diálisis superior a un año

Cabe señalar que estos datos son válidos a Enero de 1995, fecha en que se inicia la recolección de datos para efectos del presente trabajo
- (5) **Nivel de escolaridad:** Se establecieron tres grupos:
 - (a) Nivel de escolaridad Básico; comprende a sujetos que no han tenido ningún grado de escolaridad, sujetos que

tienen una escolaridad básica o primaria incompleta, y sujetos que alcanzaron una escolaridad básica o primaria completa.

(b) Nivel de Escolaridad Medio: comprende a aquellos sujetos que alcanzaron un nivel de escolaridad secundario o de enseñanza media incompleta, escolaridad secundaria o media completa y aquellos que alcanzaron un nivel de estudios técnico profesional incompleto.

(c) Nivel de escolaridad Profesional o Técnico Profesional: comprende a aquellos sujetos que alcanzaron un nivel de educación técnico profesional completo, y aquellos que accedieron a la educación universitaria hayan o no completado sus estudios.

Los datos de edad y fecha de ingreso a hemodiálisis, se obtuvieron revisando las fichas clínicas de los pacientes.

Los datos que permitieron la estratificación según nivel de escolaridad se obtuvieron a partir de una encuesta que fue administrada a todos los pacientes que asisten a ambos centros (ver anexo n° 1).

5.2.1 Tablas de Distribución Muestral

Tabla N° 5 Distribución de la Muestra según lugar de Tratamiento

HOSP.VAN BUREN (N= 28)	HEMOVAL (N= 68)	TOTAL (N= 96)
24 (85,71%)	26 (38,24%)	50 (52,08%)

Tabla N° 6 Distribución de la Muestra según Sexo

HOMBRES (N= 57)	MUJERES (N= 39)
27 (47,37%)	23 (58,97%)

Tabla N° 7 Distribución de la Muestra según Edad

17 a 49 años (N= 62)	50 a 82 años (N= 34)
25 (40,32%)	25 (73,53%)

Tabla N° 8 Distribución de la Muestra según Tiempo en Hemodiálisis

Menor o igual a un año (N=53)	Más de un año (N= 43)
21 (39,62%)	29 (67,44%)

Tabla N° 9 Distribución de la Muestra según Nivel Educativo

Básico (N= 21)	Medio (N= 42)	Téc. Prof. (N=33)
15 (71,43%)	16 (38,1%)	19 (57,57%)

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES* ⁶

Las variables que serán evaluadas y posteriormente analizadas son:

- (a) Adaptación a la Enfermedad.
- (b) Adherencia Terapéutica.
- (c) Las Atribuciones de Causalidad que los pacientes realizan respecto de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

5.3.1 Adaptación a la Enfermedad

Es concebida como la relación de ajuste que existe entre las demandas de la enfermedad (síntomas clínicos, características del tratamiento, perturbaciones que conlleva en las diferentes esferas de la vida cotidiana, etc.) y las respuestas psicológicas (emocionales y conductuales) del paciente a dichas demandas (Bayés, 1993b; Blasco y Bayés, 1992).

⁶ Para una discusión más extensa de los conceptos de Adaptación a la Enfermedad, Adherencia Terapéutica y Atribución de Causalidad, ver caps. 3 y 4.

Bajo esta concepción se establece que habría una buena Adaptación si el "distress" o quiebre psicológico que sufre el paciente, está en concordancia o es menor al impacto que el mismo paciente percibe en otras áreas de su vida (esto es, un bajo nivel de disturbios y una baja alteración psicológica, o un alto nivel de disturbios y un igual o menor nivel de alteración psicológica). En tanto que una pobre Adaptación se reflejaría como un bajo nivel de disturbios y una alta alteración sobre el funcionamiento psicológico.

5.3.2 Adherencia Terapéutica

Se entiende como el grado en que la conducta del paciente, en términos de seguimiento de una dieta, toma de medicamentos, o cambios en su estilo de vida, coincide con lo que el tratamiento médico prescribe.

El hablar de grado implica que el cumplimiento de las prescripciones del tratamiento, varía en cada caso desde un 0 a un 100% de adherencia terapéutica. El objetivo final es determinar el punto de corte a partir del cual el incumplimiento de las prescripciones empieza a comprometer la eficacia del tratamiento o bien a poner en riesgo la vida del paciente.

Para determinar el grado de Adherencia Terapéutica es preciso conocer, en cada situación terapéutica particular, la siguiente información:

- (a) El tipo de conductas que el tratamiento prescribe.
- (b) El tipo de conductas que el tratamiento prohíbe.
- (c) Los límites (en términos de frecuencia y/o magnitud de las conductas de cumplimiento e incumplimiento) que definen los rangos de Adherencia Terapéutica como riesgosa, moderada o sin riesgos.

5.3.3 Atribución de Causalidad

Se refiere a la percepción o inferencia de causas, que las personas realizan para explicar la conducta propia y la de otros ante un evento determinado, así como la presencia de un determinado hecho.

Las causas que un sujeto establece como responsables, o como explicación de, un determinado hecho o conducta (Causas percibidas), poseen a su vez dimensiones subyacentes referidas a tres características propias de la causa establecida en cuestión (para una descripción más detallada ver cap. 4):

- (a) Locus de Causalidad (Interno/Externo): Se refiere al grado en el cual, la causa de una acción o evento, es vista como un elemento que se encuentra "**dentro**" o "**fuera**" de la persona. En otras palabras si la ejecución de la conducta, o la presencia de un hecho, es producto de las características o disposiciones propias de quien realiza la acción o dependen de las circunstancias que rodean esta acción.

- (b) Grado de Estabilidad (estable/inestable): Se refiere a la percepción del grado en el cual la causa señalada fluctúa en el tiempo, ya sea en su presencia/ausencia o en la magnitud en que dicha causa se presenta. En otras palabras, hasta qué punto la causa es percibida como duradera o efímera en el tiempo.
- (c) Controlabilidad (controlable/incontrolable): Se refiere a la percepción del grado de control que el sujeto cree poseer sobre la causa de una conducta o evento. En otras palabras, si la causa puede o no ser modificable por él mismo, si se lo propusiera.

5.4 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la evaluación de las variables, que fueron descritas anteriormente, se utilizarán los instrumentos que se describen a continuación.

5.4.1 **Escala de Calidad de Vida y Adaptación a la enfermedad de A. Font (QLS).**

Este cuestionario fue desarrollado por A. Font en 1988, para la evaluación de la Calidad de Vida en pacientes oncológicos (Quality of Life Scale).

Con los ítemes propuestos por este instrumento, Blasco y Bayés (1992) desarrollaron un índice específico de Adaptación a la Enfermedad, entendido como el grado en el cual el quie-

bre o disturbio psicológico del paciente está en concordancia con el impacto sufrido en distintas áreas de su vida cotidiana.

En opinión de estos autores, este instrumento cumple con cuatro requerimientos fundamentales:

- (a) Puede ser usado en forma reiterada, en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.
- (b) La evaluación final es inferida a partir de las afirmaciones del paciente y no desde los juicios del médico.
- (c) Como índice de adaptación a la enfermedad es utilizable en otras esferas que no sea el cáncer.
- (d) Considera la "Adaptación a la Enfermedad" como una relación entre las demandas de la enfermedad y las respuestas psicológicas del paciente a ellas. (Bayés, 1993)

La QLS es un paquete de 27 escalas análogo visuales (ver anexo N° 2), las cuales evalúan el quiebre causado por la enfermedad y el tratamiento en distintas esferas de la vida cotidiana del paciente. Las respuestas son evaluadas en un rango de valores de 0 a 100. Elevados valores en estas escalas reflejan un alto deterioro causado por la enfermedad, en cualquiera de las cuatro áreas exploradas, durante las 24 horas previas a la evaluación.

Las cuatro áreas evaluadas por esta escala son:

- (1) Síntomas Somáticos (SYMPT) relacionados con la enfermedad o con el tratamiento (ej: dolor, náuseas).
- (2) Deterioro en las actividades o hábitos diarios del paciente (HABIT) a consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, por ejemplo: capacidad de movilizarse dentro de su ciudad, actividad laboral.
- (3) Deterioro en sus relaciones familiares (FAMREL) a causa de la enfermedad o el tratamiento por ejemplo, preocupación por los hijos, satisfacción en su vida de pareja.
- (4) Perturbaciones Psicológicas (PSYCHO) experimentadas por el paciente como consecuencia de su enfermedad y tratamiento, por ejemplo: depresión, ansiedad.

A través de este instrumento se obtienen índices específicos para cada área, así como un índice global de Adaptación a la Enfermedad y una evaluación del paciente de su Calidad de Vida actual (último ítem de la escala).

A partir del concepto de Adaptación a la Enfermedad que hemos descrito previamente, se desarrolla la siguiente definición operacional: El Índice de Adaptación será evaluado como la razón entre la adición de las escalas de SYMPT, HABIT y FAMREL, y la escala PSYCHO multiplicada por una constante de tres.

La estructura de la ecuación es la siguiente:

$$\text{ÍNDICE DE ADAPTACIÓN} = \frac{\text{SYMPT} + \text{HABIT} + \text{FAMREL}}{3 \times \text{PSYCHO}}$$

A partir de esta ecuación, un valor mayor o igual a 1 indicaría una adaptación aceptable, en el sentido que la perturbación psicológica no es más alta que los quiebres percibidos en las otras áreas. Valores por debajo de 1 mostrarían una perturbación psicológica más alta que los quiebres percibidos en las otras áreas, y por consiguiente, una pobre adaptación.

5.4.2 **Escala Conductual de Adherencia Terapéutica.**

Este instrumento fue construido con el objetivo de evaluar la variable de Adherencia Terapéutica en el caso particular de los pacientes con IRC en hemodiálisis (ver Anexo N° 3).

A través de su aplicación se pretende evaluar, de forma rápida y estandarizada, el grado en el cual los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis se encuentran adheridos al tratamiento global que su enfermedad prescribe.

Para la construcción de este instrumento, se realizaron entrevistas semiestructuradas, de aproximadamente 45 minutos de duración, a siete miembros del equipo tratante de estos pacientes, pertenecientes al staff de la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren y al staff de HEMOVAL. El per-

sonal entrevistado incluye a médicos, enfermeras y nutricionista.

El análisis de contenido de estas entrevistas permitió identificar las cinco áreas principales que involucra el tratamiento global de estos pacientes (ver cap. 2). En jerarquía de importancia (definida por los mismos entrevistados) estas áreas son:

- (1) Restricciones en la ingesta de líquido y de alimentos.
- (2) Ingesta de medicamentos
- (3) Conductas que los pacientes realizan durante el tratamiento de hemodiálisis.
- (4) Cuidados de la fístula arterovenosa y cuidados post hemodiálisis.
- (5) Asistencia a las unidades de emergencia del hospital en caso de sintomatología extraña, y asistencia periódica a controles médicos con distintos especialistas según lo requiera su estado general de salud.

El instrumento final consta de 20 ítemes distribuidos en una cantidad proporcional a la jerarquía de importancia asignada: áreas 1 y 2 seis ítemes cada una, área 3 cuatro ítemes y áreas 4 y 5 dos ítemes cada una.

Cada ítem está compuesto por un enunciado que describe una conducta determinada que tiene relación con el tratamiento (definida también por el personal entrevistado). A conti-

nuación se presentan cinco alternativas de respuesta, de entre las cuales el paciente debe elegir una, aquella que se ajusta mejor a su situación actual respecto del tratamiento.

La alternativa **(a)** de estos ítemes corresponde a la situación ideal de Adherencia Terapéutica, en tanto que las alternativas restantes **(b)**, **(c)**, **(d)** y **(e)** corresponden en grado creciente, a conductas de incumplimiento o no adhesión terapéutica, considerando la frecuencia de presentación y magnitud de las conductas.

El criterio de puntuación es el siguiente:

Alternativa (a) = 4 puntos

Alternativa (b) = 3 puntos

Alternativa (c) = 2 puntos

Alternativa (d) = 1 punto

Alternativa (e) = 0 punto

De este modo, altos puntajes revelarían una Alta Adherencia Terapéutica, puntajes intermedios revelarían una Adherencia Terapéutica Moderada, en tanto que bajos puntajes revelarían una Baja Adherencia Terapéutica. Implícitamente estos grados de adherencia terapéutica conllevan distintos niveles de riesgo para la sobrevida del paciente.

Con un mínimo de 0 y un máximo de 80 puntos susceptibles de obtener en la escala total, los miembros del equipo tratante (médicos y enfermeras), en virtud del análisis de pro-

tocolos de prueba, señalaron los siguientes puntos de corte, según el grado de riesgo que involucra para el desarrollo del tratamiento y la sobrevida del paciente:

- (a) **Adherencia Terapéutica baja o riesgosa:** 0 a 40 puntos
- (b) **Adherencia Terapéutica Limítrofe o de riesgo moderado:**
41 a 60 puntos.
- (c) **Adherencia Terapéutica Alta o sin riesgos:** 61 a 80 puntos

La validez de constructo de este instrumento estará dada por la corroboración de algunos de los datos con antecedentes presentes en la ficha clínica del paciente.

5.4.3 Escala de Atribución Causal

Este instrumento fue construido con el objetivo de evaluar las causas percibidas con sus dimensiones subyacentes (ver cap.4) que los pacientes en hemodiálisis identifican como responsables o a la base de, su Enfermedad y de diversas conductas que tienen relación con su Tratamiento.

Esta Escala de Atribución Causal (ver anexo N° 4) adapta las escalas generales propuestas por D. Russell (1982) para la investigación en atribución (ver cap 4, punto 4.3.3), a la situación específica de los pacientes con IRC en hemodiálisis. Una adaptación equivalente fue realizada por Nicholls y cols (1990) en su estudio atribucional de la Pobreza, y por Delgado (1991) en su estudio atribucional dentro del contexto legal.

Este formato de administración está hecho para settings en los cuales el investigador está evaluando ambos aspectos; la explicación causal de quien responde, para un determinado evento, y cómo percibe el **atribuidor** las atribuciones que él o ella han establecido en términos de locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad.

El instrumento final consta de 14 ítemes con la siguiente estructura:

- (1) Un enunciado en el cual se describe una conducta particular, relacionada con la Adherencia Terapéutica o la Adaptación a la Enfermedad, que lleva a cabo un paciente renal.
- (2) Una pregunta directa en la cual se le pide al paciente que identifique la o las causas principales que podrían explicar dicha conducta.
- (3) Una escala de diferencial semántico con rangos de 0 a 6, para cada dimensión atribucional, en la cual el sujeto debe establecer el grado de controlabilidad/incontrolabilidad; internalidad/externalidad y estabilidad/inestabilidad; de las causas que ha establecido previamente en el punto (2).

Para la tabulación de los datos se suman los puntajes, señalados por el paciente como grados de controlabilidad, internalidad y estabilidad en cada uno de los ítemes, de modo

que altos puntajes obtenidos sobre estas escalas indican que la o las causas son percibidas como internas, estables y controlables. Inversamente, bajos puntajes en estas escalas indican que las causas son percibidas como externas, inestables e incontrolables

5.5 PROCEDIMIENTO

En virtud de las características de: edad, sexo, institución en que reciben tratamiento, tiempo en hemodiálisis y nivel de escolaridad, se escogieron un total de 50 pacientes que conforman la muestra a estudiar.

Los sujetos de la muestra serán evaluados en forma sucesiva en el siguiente orden:

- 1° Evaluación de Adaptación a la Enfermedad, a través de la QLS de Font.
- 2° Evaluación de Adherencia Terapéutica, a través de la Escala Conductual de Adherencia Terapéutica. Posteriormente se analizó la fiabilidad de los datos a través de una revisión de las historias clínicas de los pacientes.
- 3° Evaluación de las Atribuciones de Causalidad de los pacientes respecto de su enfermedad y conductas relacionadas con el tratamiento, a través de la Escala de Atribución Causal.

Estas evaluaciones se llevaron a cabo al interior de las Unidades de diálisis respectivas, y durante el tiempo en que los sujetos permanecieron conectados a la máquina de diálisis.

Realizadas las evaluaciones y tabulados los datos, primeramente se realizará un análisis estadístico descriptivo y correlacional de ellos. Posteriormente se analizarán las diferencias existentes entre subgrupos a fin de concluir respecto de las relaciones entre las variables en estudio

Dicho análisis, así como sus conclusiones se detallarán en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 6

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en nuestro estudio, respecto de la relación entre Atribución y Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica en una muestra de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.

El análisis cuantitativo de los datos se inicia, en el primer apartado, con una descripción de los resultados obtenidos por la muestra total en las distintas mediciones: Adaptación a la Enfermedad, Adherencia Terapéutica y Atribución Causal. Posteriormente se realizó un análisis porcentual de estos resultados, que graficados permiten una apreciación general de la situación de los pacientes en torno a las tres variables evaluadas. Finalmente se realiza un análisis correlacional que permite verificar el comportamiento general de las variables estudiadas.

En un segundo apartado, se analizan los resultados sobre grupos estratificados de la muestra, según: lugar de tratamiento, sexo, edad, tiempo en hemodiálisis y nivel educacional. Sobre estos grupos, se realiza primeramente un análisis estadístico descriptivo de los resultados. A continuación se muestra el análisis porcentual y gráfico de los resultados. Finalmente se utiliza el análisis de varianza y la prueba "t"

de diferencias de medias, a fin de evaluar la presencia de diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos por los distintos subgrupos estratificados.

En el tercer apartado se realiza el análisis por subes-
cala de Atribución Causal, que incorpora los pasos descritos en el párrafo anterior.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando el programa Excel 5.0 paquete Microsoft Excel Analysis ToolPak.

Finalmente, en el cuarto apartado, se realiza un análisis cualitativo de los resultados obtenidos por los pacientes en los distintos instrumentos.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA MUESTRA DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIALISIS

A continuación se presenta un desarrollo progresivo en el análisis de los resultados obtenidos por la muestra de pacientes, con un N=50 en las distintas mediciones (la tabla general de datos se presenta en el anexo N°5)

6.1.1 **Estadística Descriptiva**

Los siguientes son los valores obtenidos por la muestra en las distintas mediciones:

Tabla N° 10 Resumen estadística Descriptiva puntajes de la Muestra

	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,69	55,98	56,26	54,36	55,22	54,16	162,68
Desviación estándar	0,41	28,94	7,61	10,99	9	9,04	22,25
Moda	0,6	80	58	55	50	60	172
Mínimo	0,15	5	38	20	32	30	93
Máximo	2,02	100	73	78	77	78	214

6.1.2 Análisis Correlacional de los puntajes obtenidos

Se aplicó la correlación de Pearson, sobre los puntajes obtenidos por los sujetos de la muestra en las distintas mediciones, obteniéndose la siguiente matriz de correlaciones:

Tabla N° 11 Matriz correlacional de los puntajes de la muestra

	<i>Ind. Adap</i>	<i>Val. Gen.</i>	<i>PB Adh.T.</i>	<i>Locus</i>	<i>Control</i>	<i>Estabilidad</i>	<i>P.T Atrib</i>
Ind. Adap	1						
Val. Gen.	0,077415	1					
PB Adh.T.	0,052292	-0,32369	1				
Locus	0,21072	-0,1187	0,426873	1			
Control	0,074206	-0,31431	0,514105	0,231373	1		
Estabilidad	0,098215	-0,03593	0,211653	0,488596	0,158682	1	
P.T Atrib	0,15424	-0,25253	0,481099	0,74813	0,595442	0,712809	1

6.1.3 Discusión de los resultados obtenidos por la muestra en las distintas mediciones

A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

(a) Cuestionario QL, Índice de Adaptación a la Enfermedad

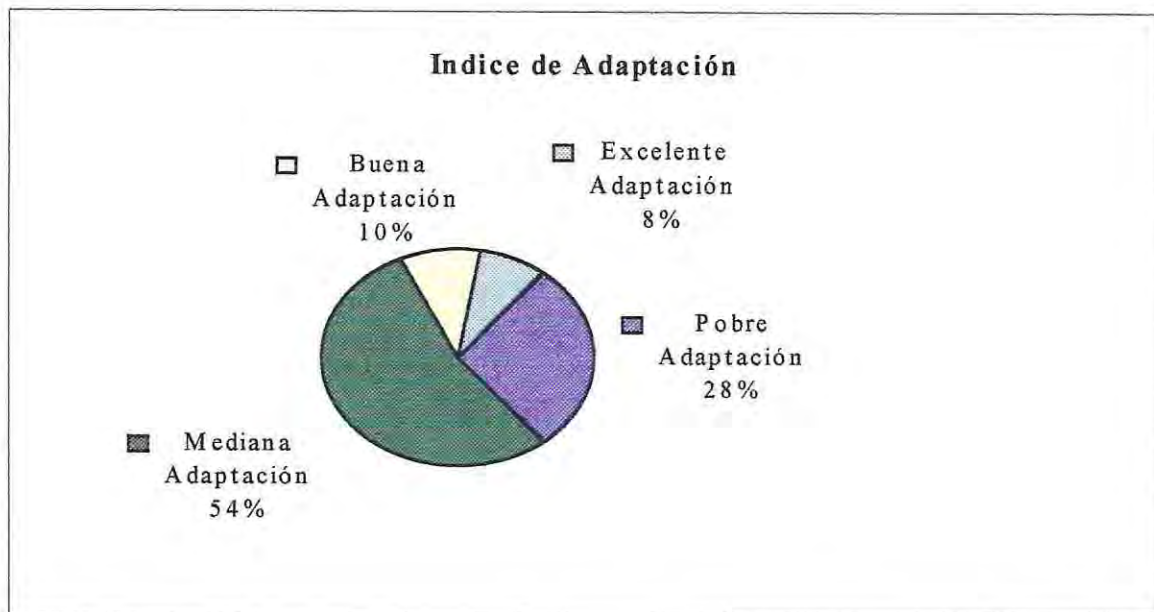
Tomando en consideración la definición de Adaptación a la Enfermedad utilizada en la Escala QL de Font (ver cap 5. descripción de instrumentos, y Anexo N° 2 Escala QL), podemos observar que el promedio obtenido por la muestra (0,69) se encuentra a casi una desviación estándar ($DS = 0,41$) por debajo del puntaje esperado de 1 que reflejaría una adaptación a la enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

En los análisis sucesivos, los valores del Índice de Adaptación a la Enfermedad serán distribuidos en los siguientes rangos:

- (a) Pobre Adaptación : valores de 0 a 0,49
- (b) Mediana Adaptación : valores de 0,50 a 0,99
- (c) Buena Adaptación : valores de 1 a 1,49
- (d) Excelente Adaptación : valores iguales o superiores a 1,5

Figura N° 5 Adaptación a la Enfermedad en la muestra de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis



Como puede observarse, en el gráfico la mayoría de los sujetos presenta sólo una mediana Adaptación a su Enfermedad, y un porcentaje importante de ellos presenta una pobre Adaptación. Lo que indicaría que, en esta muestra de pacientes, existe un importante desajuste entre el nivel de disturbios percibidos y la alteración del funcionamiento psicológico experimentada. Sólo una minoría de los sujetos (18%) se encuentra en el rango de buena o excelente Adaptación, esto es, que la alteración del funcionamiento psicológico no es mayor que el nivel de disturbios percibidos.

Respecto del análisis correlacional, como se aprecia en la matriz de correlaciones, el valor del Índice de Adaptación a la Enfermedad estuvo bajamente correlacionado con la tota-

lidad de las variables restantes. Sólo se halló una moderada correlación ($r=0,21$) entre Adaptación y Locus, lo que apunta en dirección a que una mayor internalidad percibida sobre las causas de la Enfermedad y conductas relacionadas al Tratamiento, estaría asociado con una mejor Adaptación a la Enfermedad. Esta hipótesis será contrastada en los subsiguientes análisis por subgrupos.

(b) Valores Ítem de Valoración General

La Valoración General constituye un último apartado en el cuestionario QL de Font, que en nuestro análisis será tratada de forma independiente. En este ítem los sujetos estiman el impacto que la enfermedad y el tratamiento ha producido sobre sus vidas en términos generales. Los puntajes en este ítem van de 0 a 100 (ver anexo N° 2, Escala QL de Font) donde 0 significa que el sujeto percibe su vida como normal, sin cambios debidos a su estado de salud, y 100 significa que el sujeto percibe su vida como extremadamente insatisfactoria debido a su estado de salud.

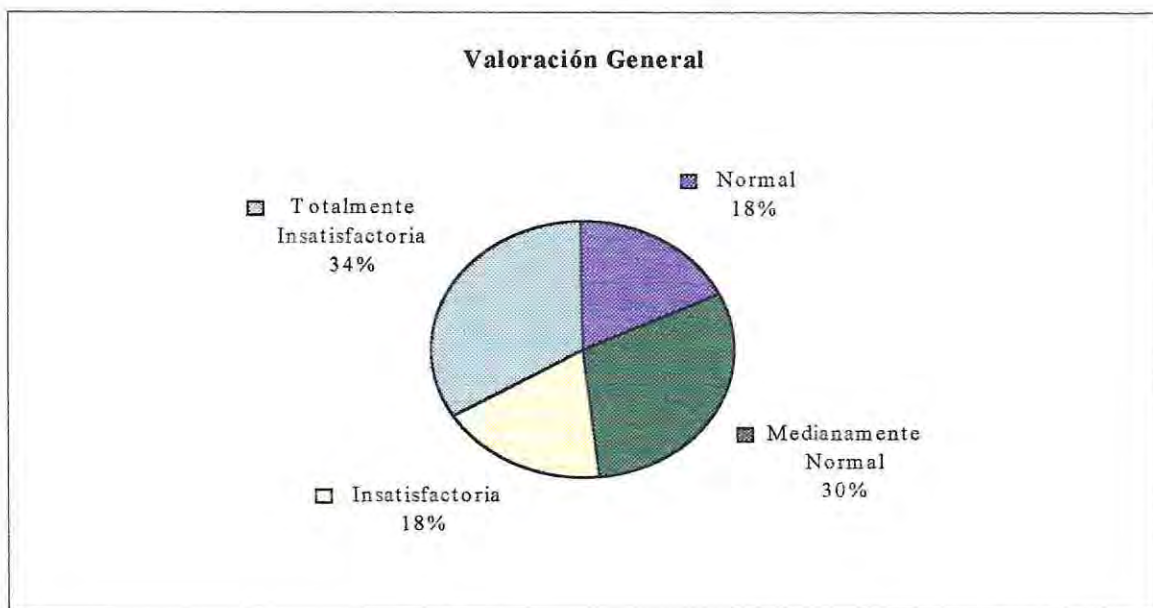
El siguiente análisis porcentual de los resultados y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes, respecto de la Valoración que ellos hacen del impacto que han sufrido en sus vidas producto de su enfermedad y tratamiento. Para realizar este análisis, en lo sucesivo los valores del ítem de Valoración General serán

distribuidos en los siguientes rangos de Calidad de Vida percibida:

- (a) Normal : valores 0 a 25
- (b) Medianamente Normal : valores de 26 a 50
- (c) Insatisfactoria : valores de 51 a 75
- (d) Totalmente Insatisfactoria : valores de 75 a 100

Figura N° 6 Calidad de Vida en la muestra de pacientes con IRC

sometidos a Hemodiálisis



Del análisis descriptivo, se desprende que el puntaje promedio obtenido por los sujetos en este ítem (55,98) se encuentra dentro del rango de Calidad de Vida Insatisfactoria, en tanto que la moda (80) se encuentra dentro del rango de

Calidad de Vida Totalmente Insatisfactoria, a casi una desviación estándar por sobre el promedio (DS = 28,94).

Como puede observarse en el gráfico, sólo una minoría de los pacientes de la muestra (18%), estimó que su vida ha seguido un curso normal, "como antes", luego que su enfermedad y tratamiento se han establecido en sus vidas. Por otro lado, un porcentaje importante (30%) estima que su vida ha sufrido un deterioro de alrededor del 50%, desde que está enfermo y en tratamiento. Más de la mitad de los pacientes de la muestra (52%) percibe un importante deterioro en su calidad de vida luego que su enfermedad y tratamiento se ha implantado, y de este porcentaje un 34% estima que este deterioro ha sido profundo.

Si observamos los resultados obtenidos por la muestra en el Índice de Adaptación, podemos ver que hay una concordancia entre el porcentaje de sujetos que presentan buena y excelente adaptación y el porcentaje de sujetos que estima su calidad de vida como normal (ambos porcentajes del 18%). Sin embargo, el porcentaje de sujetos que presentan pobre y mediana adaptación (82%), es superior al porcentaje de sujetos que estima su calidad de vida como insatisfactoria y totalmente insatisfactoria (52%). Por lo tanto, podemos inferir que la Adaptación a la Enfermedad en algunos casos es independiente de la Calidad de Vida percibida. En concreto, algunos pacientes, pese al desajuste en el funcionamiento psicológico

experimentado, producto de su enfermedad y tratamiento, no estiman que éste afecte su calidad de vida en forma dramática (tomando como referencia su calidad de vida previa a la enfermedad).

Respecto del análisis correlacional, aún cuando la cuantía de las correlaciones fueron en general bajas, resulta interesante considerar que los valores en el ítem de Valoración General estuvieron inversamente correlacionados con la totalidad de las variables restantes. Las correlaciones más altas, aunque moderadas en su valor ($r= 0,32; 0,31$), se hallaron respecto de las variables de Adherencia Terapéutica y Control. Lo que apunta en dirección a que una mayor Adherencia Terapéutica y un mayor Control percibido respecto de la enfermedad y conductas relacionadas con el tratamiento, llevaría a los sujetos a estimar como menor el impacto sufrido en su Calidad de Vida.

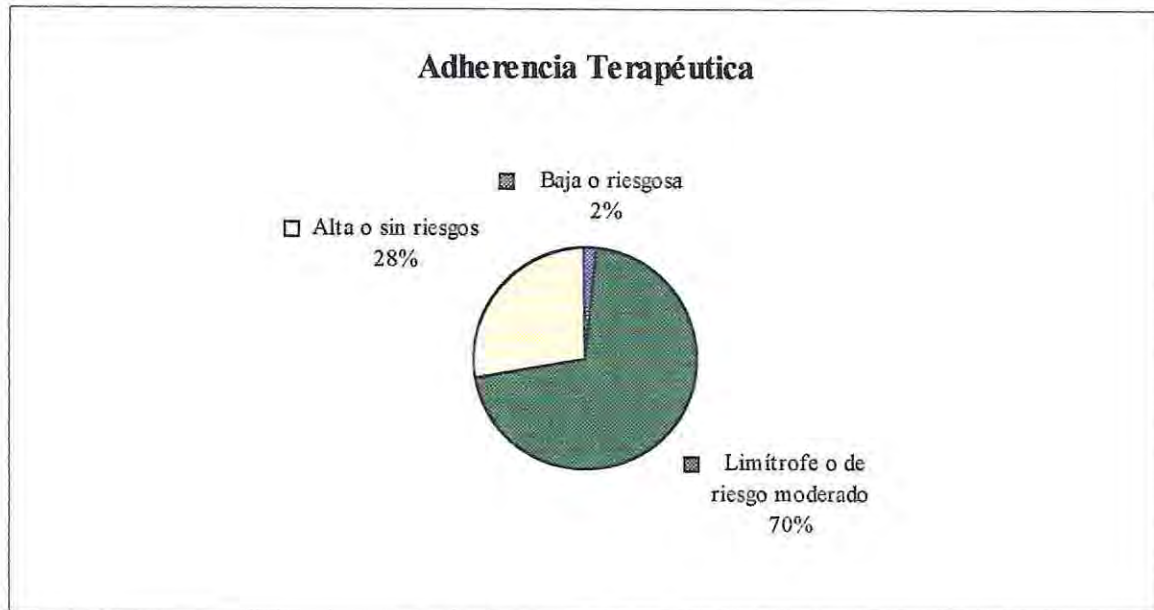
(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

Como fue planteado en la construcción de este instrumento (ver cap. 5), cuya versión final consta de 20 ítemes, repartidos en distintas áreas del tratamiento (ver cap. 2 y anexo N° 3), cada conducta fue puntuada con valores de 0 a 4. Con un mínimo de 0 puntos y un máximo de 80 en la escala total, valores ascendente reflejan mayor Adherencia Terapéutica.

El siguiente análisis porcentual de los resultados, y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes, respecto de la Adherencia Terapéutica que presentan. Para los sucesivos análisis de esta variable, los valores de la Escala Conductual de Adherencia Terapéutica han sido distribuidos en tres rangos, según los criterios que fueron entregados por los jueces expertos, en este caso, personal tratante (médicos y enfermeras) de estos pacientes. Los rangos son los siguientes:

- (a) Adherencia Terapéutica Baja o Riesgosa: 0 a 40 puntos
- (b) Adherencia Terapéutica Limítrofe o de Riesgo Moderado:
41 a 60 puntos
- (c) Adherencia Terapéutica alta o sin riesgos: 61 a 80
puntos

Figura N° 7 Adherencia Terapéutica en la muestra de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis



Como se puede apreciar del análisis descriptivo de los datos, el promedio de Adherencia Terapéutica (57,5) así como la moda (58) se hallan en el rango límite o de riesgo moderado. Según se observa en el gráfico, la mayoría de los pacientes (70%) se hallan en este rango.

El análisis cualitativo de los datos, que se realizará posteriormente, nos permitirá apreciar en cuál de las cinco áreas, definidas como partes de la Adherencia Terapéutica, los pacientes presentan mayor dificultad en la Adherencia.

Respecto del análisis de correlaciones, como se aprecia en la matriz correlacional, la variable de Adherencia Terapéutica está medianamente correlacionada con las dimensiones causales de Controlabilidad y Locus ($r=0,51$ y $0,42$, respecti-

vamente). Lo que apuntaría en dirección a que en algunos casos, una mayor percepción de Control y de Internalidad sobre las causas de la enfermedad y de las conductas asociadas al tratamiento llevaría a los sujetos a presentar mayor cantidad de conductas que se ajustan al tratamiento prescrito. La baja correlación observada entre Adherencia Terapéutica y Adaptación a la Enfermedad ($r=0,05$) en tanto, nos lleva a hipotetizar que se trataría de dos variables independientes. En otras palabras, que una mayor Adherencia Terapéutica no necesariamente conduciría a que los sujetos percibieran como menor el quiebre en su funcionamiento psicológico producto de su enfermedad y tratamiento.

(d) Escala de Atribución Causal:

Esta escala, adaptada del modelo propuesto por Russell (1982) ha sido aplicada, por primera vez según nuestros antecedentes, a la situación particular que representa la enfermedad y tratamiento de estos pacientes.

Desde el punto de vista estadístico, en virtud del análisis correlacional, es interesante destacar que las tres subescalas: locus, controlabilidad y estabilidad estuvieron bajamente correlacionadas entre sí, lo que reafirmaría los hallazgos de Russell (1982) en la validación de su escala general como compuesta por tres dimensiones independientes.

Dado que en nuestro estudio lo relevante son las dimensiones subyacentes de la atribución (evaluadas en las tres

subescalas) no nos detendremos en el análisis de los puntajes totales de la Escala de Atribución, los cuales son sólo una sumatoria de los puntajes obtenidos en las distintas subescalas, y que van desde un puntaje mínimo de 0 hasta un puntaje máximo de 252. En todo caso el lector puede remitirse a la tabla general de datos (Anexo N° 5) donde aparecen estos puntajes, para lo cual debe considerar que, en términos generales, altos puntajes revelan que las causas son percibidas como Internas, Controlables, y Estables, e inversamente, bajos puntajes revelan que las causas son percibidas como Externas, Incontrolables e Inestables.

De particular importancia para nuestro estudio resultará el posterior análisis cualitativo de las Causas Percibidas que los sujetos identifican como dando cuenta de su enfermedad y de sus conductas relacionadas con el tratamiento.

(e) Subescala Atribucional de Locus de Causalidad:

Esta subescala está orientada a medir el grado de inter-nalidad/externalidad que los sujetos perciben, en las causas identificadas como explicativas de la enfermedad y de conductas asociadas al tratamiento.

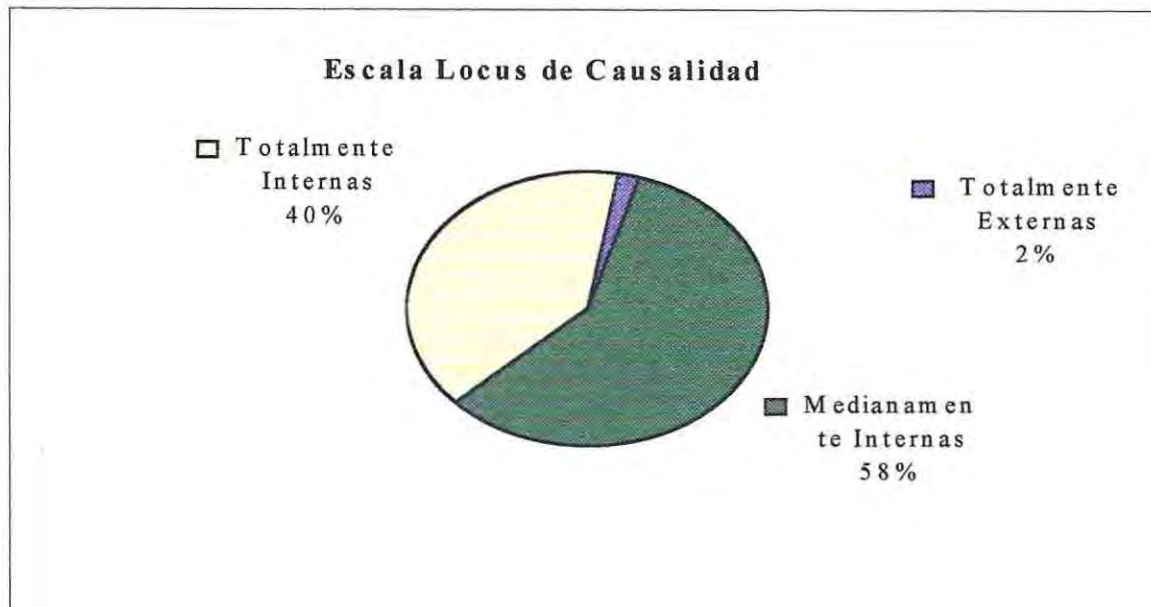
En esta subescala, en cada ítem los valores de 0 y 1 indicarían que los sujetos perciben las causas como totalmente externas, valores de 2, 3 y 4 indican que el sujeto percibe las causas como determinadas tanto interna como externamente,

y finalmente valores de 5 ó 6 revelan que el sujeto percibe las causas como totalmente internas. El puntaje total de esta subescala, considerando todos los ítemes, oscila desde un mínimo de 0 a un máximo de 84 puntos, donde puntajes ascendentes indican una tendencia de los sujetos a percibir las causas con un grado creciente de internalidad.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes, respecto de la externalidad/internalidad percibida sobre las causas explicativas de su enfermedad y de sus conductas relacionadas al tratamiento. Para los sucesivos análisis de esta variable, los valores de la Subescala de Locus han sido distribuidos en los siguientes rangos:

- (a) Totalmente Externas : puntajes de 0 a 28
- (b) Medianamente Internas : puntajes de 29 a 56
- (c) Totalmente Internas : puntajes de 57 a 84

Figura N° 8 Percepción de Locus de Causalidad sobre las causas en la muestra de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis



En el análisis de esta subescala de Locus, encontramos que sólo uno de los cincuenta sujetos de la muestra (2%) consistentemente percibe las causas de su enfermedad y de sus conductas respecto del tratamiento como totalmente externas. Cabe destacar que esta percepción puede o no estar presente en otros sujetos en algunos ítems, sin embargo, en el análisis de los puntajes totales de esta subescala dichos resultados por ítem no constituirían una tendencia general, como sería el caso de este sujeto.

En el análisis gráfico se aprecia que la mayoría de los pacientes (58%), presenta una tendencia a percibir las causas como determinadas tanto interna como externamente. Tanto el

promedio como la moda (54,36 y 55, respectivamente) se hallan dentro de este rango intermedio respecto del Locus de causalidad.

Respecto del análisis correlacional, como se aprecia en la matriz de correlaciones, aún cuando el valor obtenido ($r=0,21$) es bajo, la variable de Locus resulta ser la principal variable asociada con Adaptación a la Enfermedad. Esta correlación apunta en dirección a que: en algunos pacientes, una mayor internalidad de las causas percibidas resultaría en una mejor Adaptación a la Enfermedad.

(f) Subescala Atribucional de Controlabilidad:

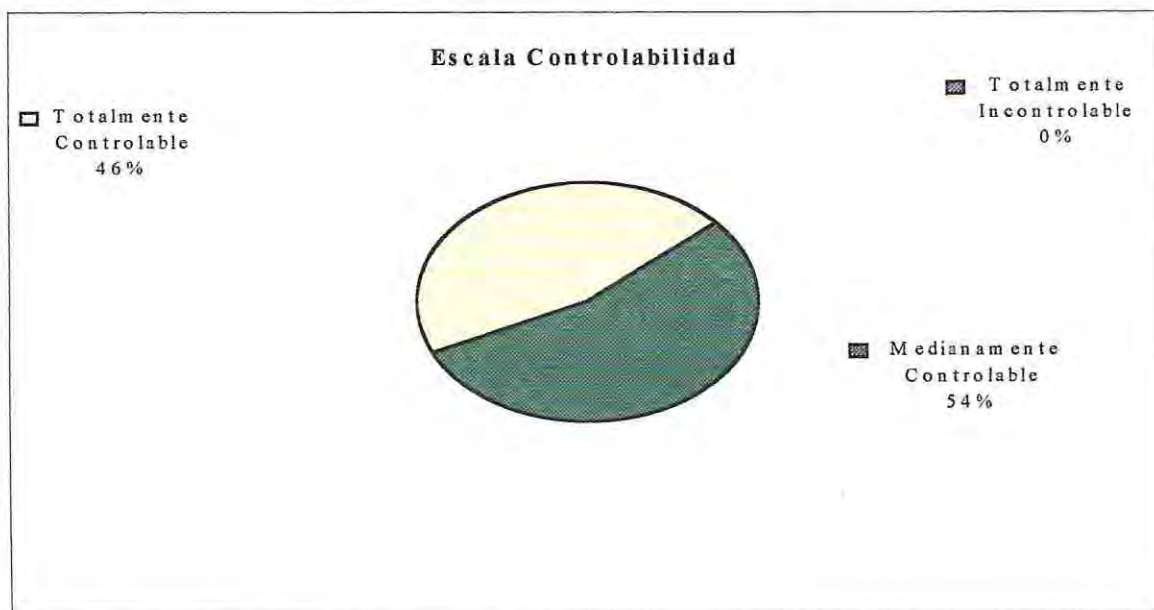
La subescala de Controlabilidad, corresponde a otra de las dimensiones subyacentes evaluadas en la Escala de Atribución Causal (ver anexo N° 4). Esta subescala está presente en cada uno de los 14 ítemes de la Escala de Atribución, donde los sujetos deben indicar el grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han indicado previamente; los valores de 0 y 1 indican que los sujetos perciben las causas como totalmente incontrolables, valores de 2, 3 y 4 indican que el sujeto percibe un moderado control sobre dichas causas; finalmente valores de 5 ó 6 revelan que el sujeto percibe las causas como totalmente controlables. En virtud de esto, el puntaje total de esta subescala va desde un mínimo de 0 a un máximo de 84 puntos, donde puntajes ascendentes indican una tendencia de los suje-

tos a percibir las causas con un grado creciente de controlabilidad.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes, respecto de la tendencia hacia el control percibido sobre las causas de su enfermedad y de sus conductas relacionadas al tratamiento. Para realizar los sucesivos análisis, los valores de la Subescala de Controlabilidad han sido distribuidos en los siguientes rangos:

- (a) Totalmente Incontrolable: puntajes de 0 a 28
- (b) Medianamente Controlable: puntajes de 29 a 56
- (c) Totalmente Controlable : puntajes de 57 a 84

Figura N° 9 Percepción de Controlabilidad sobre las causas en la muestra de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis



Cabe señalar que para la confección de este gráfico, al igual que en el caso anterior de la subescala de Locus, se han tomado como referencia los puntajes totales de la subescala, por lo tanto, la ausencia de sujetos en el rango de totalmente incontrolable no significa que no existan causas particulares (señaladas en algunos ítems) percibidas como totalmente incontrolables, sino más bien que la tendencia general de los sujetos, tomadas en consideración todas sus respuestas, indicaría que no existe una tendencia hacia la percepción de las causas como totalmente incontrolables.

En el análisis porcentual gráfico podemos ver que la tendencia general de los sujetos apunta a la percepción de moderada controlabilidad sobre las causas identificadas como explicativas de su Enfermedad y de Conductas relacionadas con el Tratamiento. Tanto el promedio como la moda obtenido por la muestra en esta subescala (55,22 y 50, respectivamente) se encuentran en dicho rango.

Respecto del análisis correlacional, como se explicitó anteriormente, esta variable está medianamente correlacionada con la Adherencia Terapéutica, e inversamente correlacionada con los valores obtenidos en el ítem de Valoración General, lo que podría significar que a mayor Control percibido sobre las causas de la Enfermedad y conductas relacionadas con el Tratamiento, los sujetos presentarían una mejor Adherencia

Terapéutica y evaluarían su Calidad de Vida como más satisfactoria.

(g) Subescala Atribucional de Estabilidad:

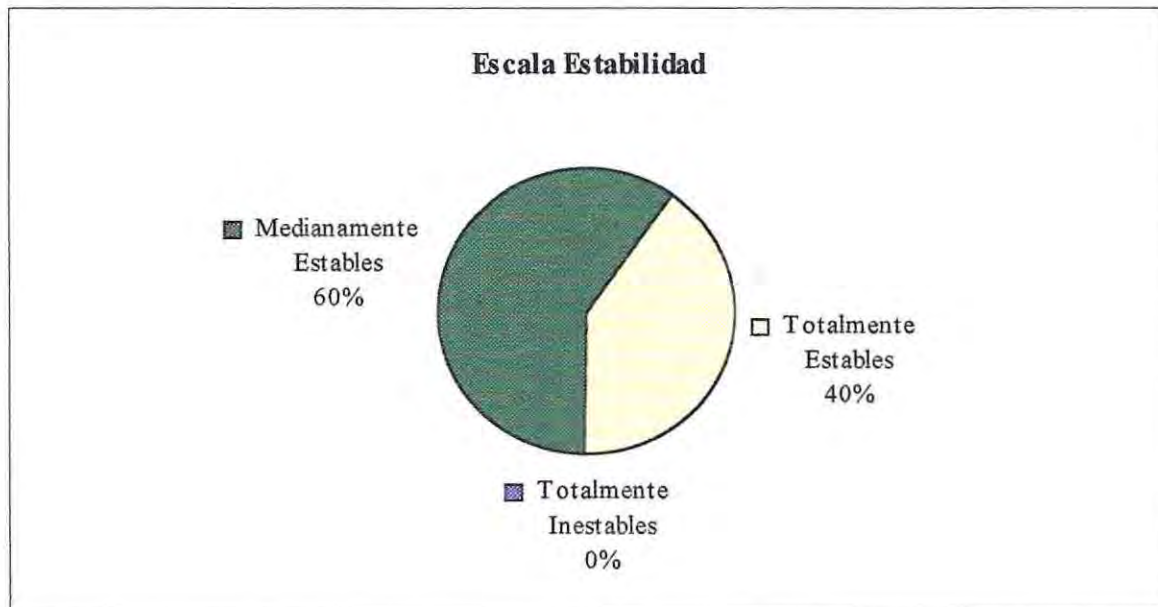
Con idénticas características a las señaladas en las otras dos subescalas, esta subescala está orientada a medir el grado de Estabilidad/Inestabilidad percibido sobre las causas que los sujetos han identificado previamente. Los valores de 0 y 1 indicarían que los sujetos perciben las causas como totalmente inestables, valores de 2, 3 y 4 indican que el sujeto percibe las causas como medianamente estables o cambiantes en el tiempo; finalmente valores de 5 ó 6 revelan que el sujeto percibe las causas como totalmente estables. El puntaje total de esta subescala va desde un mínimo de 0 a un máximo de 84 puntos, donde puntajes ascendentes indican una tendencia de los sujetos a percibir las causas con un grado creciente de estabilidad.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su posterior graficación nos permitirá apreciar la situación de estos pacientes, respecto de la inestabilidad/estabilidad percibida sobre las causas que explican su enfermedad y conductas relacionadas con el tratamiento. Para los análisis sucesivos, los valores de la Subescala de Estabilidad han sido distribuidos en los siguientes rangos:

- (a) Totalmente Inestables: puntajes de 0 a 28
- (b) Medianamente Estables: puntajes de 29 a 56

(c) Totalmente Estables : puntajes de 57 a 84

Figura N° 10 Percepción de Estabilidad sobre las causas en la muestra de pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis.



Según se aprecia en el gráfico, respecto de la estabilidad de las causas percibidas, no se halló una tendencia general en ninguno de los sujetos a percibir las causas como totalmente inestables. La mayoría de los sujetos (60%) tiende a percibir las causas como medianamente estables en el tiempo, en tanto que el porcentaje restante se inclina a la percepción de total estabilidad de las causas. El promedio de los puntajes en esta subescala (54,16) se halla dentro del rango intermedio de estabilidad.

Respecto del análisis correlacional, la dimensión de estabilidad estuvo pobremente correlacionada con la totalidad del resto de las variables.

6.1.4 Resumen de los resultados obtenidos por la muestra

Hasta aquí, hemos realizado una primera aproximación general respecto de los resultados y relaciones halladas entre las distintas mediciones que se efectuaron a la totalidad de los pacientes.

De esta primera aproximación, se puede resumir que tanto la Adaptación a la Enfermedad como la Adherencia Terapéutica constituyen un problema presente en nuestra muestra de estudio, ya que los puntajes obtenidos, en términos generales, se agrupan en los niveles bajos e intermedios del Índice de Adaptación y el grado de Adherencia. Respecto de la Valoración General del impacto sufrido en sus vidas producto de la enfermedad y el tratamiento, estos puntajes son altos en más de la mitad de los pacientes. Lo que refleja que en un porcentaje importante de pacientes la calidad de vida actual percibida es insatisfactoria o totalmente insatisfactoria.

En torno a la variable Atribución y sus respectivas dimensiones subyacentes de locus, controlabilidad y estabilidad. Resulta importante destacar que los pacientes presentaron una marcada tendencia a incluir las causas percibidas, dentro de los rangos intermedio y extremo superior, de las

tres subescalas de dimensiones subyacentes. En otras palabras, evidenciaron una tendencia a percibir las causas como medianamente controlables, medianamente internas y medianamente estables en más del 50% de los casos. El porcentaje restante se inclinó a percibir las causas como totalmente controlables, internas y estables.

Aún cuando la relación entre la variable Atribucional y la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica todavía no es lo suficientemente clara, el análisis correlacional de la totalidad de los datos revela, en primera instancia, que existiría cierta relación entre las dimensiones de Controlabilidad y Locus, y la Adherencia Terapéutica. Tanto la Adaptación a la Enfermedad como la Valoración General de la Calidad de Vida, son variables que, en este primer análisis, no se evidencian como significativamente correlacionadas con la variable Atribucional en ninguna de sus dimensiones subyacentes.

A continuación presentaremos un segundo nivel de análisis, por grupos estratificados, que eventualmente nos permitirá dilucidar nuevas relaciones entre las variables estudiadas.

6.2 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR GRUPOS ESTRATIFICADOS

Según se ha explicitado anteriormente (ver cap. 5 descripción de la muestra) la muestra de pacientes a estudiar, fue estratificada en virtud de las siguientes características: (a) Lugar de Tratamiento, (b) Sexo, (c) Edad, (d) Tiempo en diálisis y (e) Nivel Educativo.

En los siguientes apartados, cada uno de los subgrupos resultantes de esta estratificación serán analizados independientemente y en sus relaciones.

6.2.1 **Análisis de Resultados por grupos estratificados según**

Lugar de Tratamiento

La muestra total de pacientes fue estratificada en virtud del lugar al cual los sujetos asisten a tratamiento de hemodiálisis. De esta división se obtuvieron dos grupos: un grupo de pacientes que asisten a la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos Van Buren (N=24), y un grupo que asiste a tratamiento al centro de diálisis denominado HEMOVAL (N=26).

A continuación se presentan los resultados obtenidos por subgrupos y el análisis comparativo entre ellos.

6.2.1.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por los subgrupos en las distintas mediciones:

Tabla N° 12 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por los pacientes del Hosp. Carlos Van Buren

Hosp. Van Buren	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,64	64,33	54,58	49,62	55,33	53,12	155,87
Desviación estándar	0,37	25,64	7,92	9,5	10,22	10,41	27,06
Moda	0,7	50	58	55	50	60	172
Mínimo	0,15	6	40	31	32	30	93
Máximo	1,87	100	73	71	77	78	214

Tabla N° 13 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por los pacientes de Hemoval

HEMOVAL	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,73	48,26	57,8	58,73	55,11	55,11	168,96
Desviación estándar	0,44	30,13	7,11	10,61	7,92	7,64	14,53
Moda	1,55	10	60	55	55	50	180
Mínimo	0,16	5	38	20	36	43	122
Máximo	2,02	100	69	78	75	70	195

6.2.1.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias

En primer lugar, se realizó un análisis de la varianza de los puntajes de los dos subgrupos, para todas las mediciones. Para esto, se aplicó el modelo ANOVA sobre los datos obtenidos. Los resultados de esta comparación (con un $p=0,05$), son los siguientes:

Tabla N° 14 ANOVA puntajes pacientes Van Buren v/s Hemoval

F Crítico= 4,0426	F observado
Índice de Adaptación	0,5748
Ítem Valoración General	4,0863
P.T. Esc. Adherencia Terapéutica	2,2982
P.T. Escala Atribución Causal	4,6346
Puntaje Subescala Locus	10,152*
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,0072
Puntaje Subescala Estabilidad	0,5997

*** p = 0,001**

Posteriormente se aplicó la Prueba "t" de Diferencia de Medias, sobre los puntajes obtenidos por ambos grupos, obteniéndose los siguientes resultados (con un $p=0,05$ y $df= 48$):

Tabla N° 15 Prueba "t" puntajes pac. Van Buren v/s Hemoval

Valores críticos de t	
Una cola = 1,6772 Dos colas = 2,010	Valor t Observado
Índice de Adaptación	0,7581
Ítem Valoración General	2,0214
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	1,5159
Puntaje Escala Atribución Causal	2,1047
Puntaje Subescala Locus	3,2004*
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,0846
Puntaje Subescala Estabilidad	0,7744

***p = 0,01**

6.2.1.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Lugar de Tratamiento

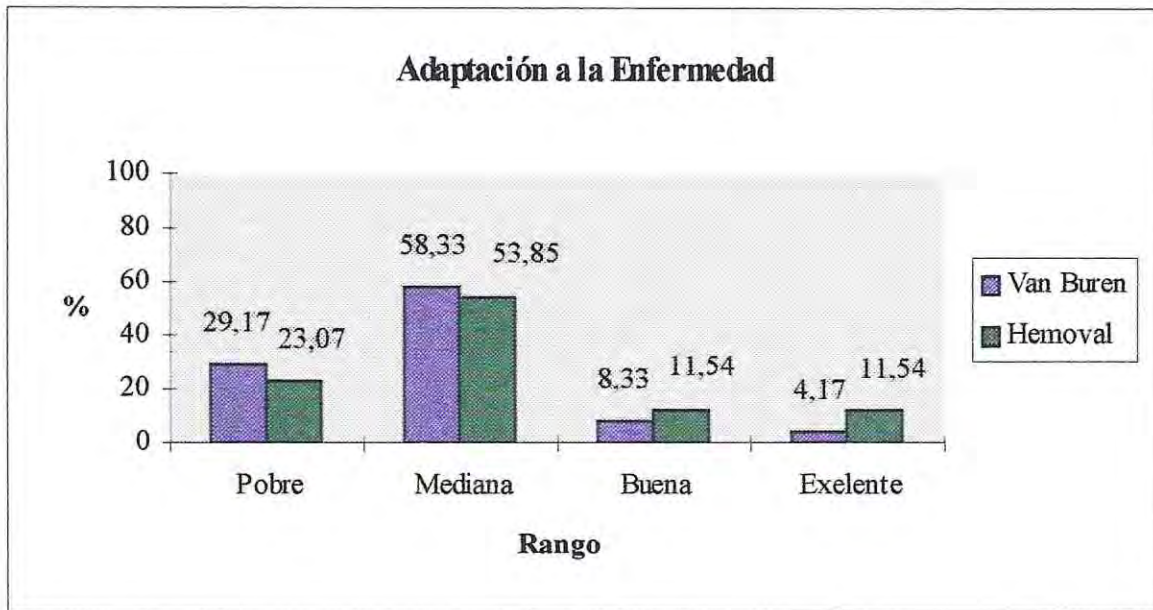
A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

(a) Cuestionario QL, Índice de Adaptación a la Enfermedad

Como puede apreciarse, los promedios obtenidos en ambos grupos, Van Buren y HEMOVAL (0,64 y 0,73 respectivamente) se encuentran a casi una desviación estándar (0,37 y 0,44, respectivamente) por debajo del puntaje esperado de 1 que reflejaría una Adaptación a la Enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual y su graficación nos permitirá apreciar la situación de estos dos grupos de pacientes respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

Figura N° 11 Adaptación a la Enfermedad en grupos estratificados según lugar de Tratamiento

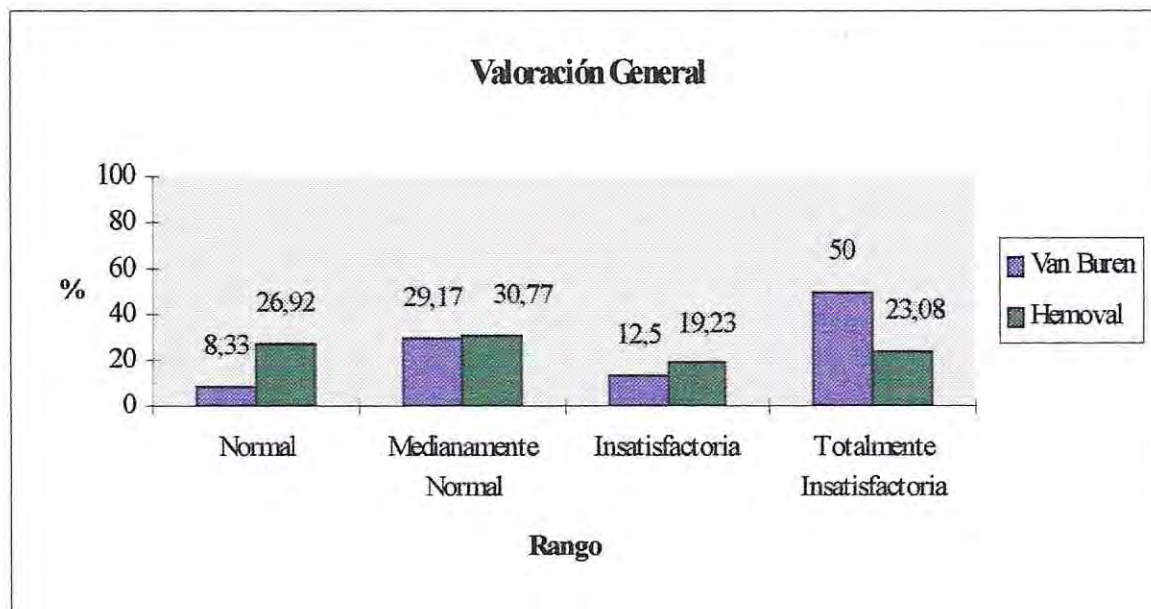


Como se aprecia en estos resultados, los pacientes de HEMOVAL se encuentran levemente mejor adaptados que los pacientes del Hospital Van Buren; sin embargo, el análisis de sus varianzas (con un F observado=0,5748) y la prueba t de diferencia de promedios (con un valor $t=0,7581$) indican que estas diferencias no son estadísticamente significativas.

(b) Ítem de Valoración General

A continuación se presenta un análisis porcentual y gráfico que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos centros de atención, respecto de la magnitud del impacto que ellos perciben su enfermedad y tratamiento ha producido en sus vidas, lo que se traduce en el nivel de Calidad de Vida percibido.

Figura N° 12 Calidad de Vida en grupos estratificados según Lugar de Tratamiento



Como puede apreciarse los pacientes de HEMOVAL se encuentran mayoritariamente distribuidos en los rangos de Calidad de Vida normal y medianamente normal (57,69%) con un promedio = 48,26 que se ubica en el rango de medianamente normal, en tanto que los pacientes del Van Buren se encuentran mayoritariamente distribuidos en los rangos de Calidad de Vida insatisfactoria y totalmente insatisfactoria (62,5%), con un promedio = 64,33 que se incluye en el rango de Calidad de Vida Insatisfactoria.

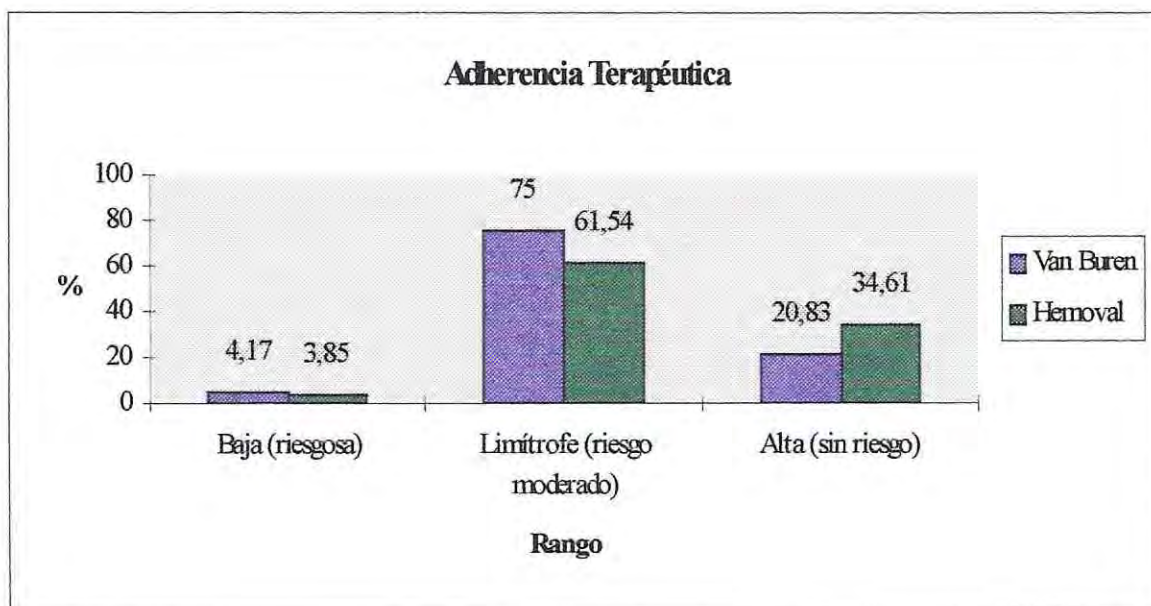
Ambas distribuciones de puntajes presentan una diferencia estadísticamente significativa respecto de sus varianzas (F observado = 4,0863) y de sus promedios (valor t = 2,0214). Esta diferencia apunta en dirección a que los pacientes de

Hemoval perciben una mejor calidad de vida que los pacientes del Hospital Van Buren.

(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

A continuación se muestra un análisis porcentual y gráfico que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos centros de atención, respecto de la Adherencia Terapéutica que presentan

Figura N° 13 Adherencia Terapéutica en grupos estratificados según Lugar de Tratamiento



Como puede apreciarse, en ambos grupos de pacientes, la mayoría de ellos se encuentra en un rango de adherencia límite o de riesgo moderado, de igual forma sus promedios (Van Buren=54,58 y Hemoval=57,80) se encuentran dentro de este rango.

Los análisis de varianza por subgrupos (con un F observado= 2,2982) y la prueba "t" de diferencia de promedios (valor t= 1,5159), indican que las diferencias que se observan no son estadísticamente significativas.

(d) Puntaje total Escala de Atribución Causal

En este punto se analizan las diferencias que se hallaron entre los grupos, respecto del puntaje total que obtuvieron en la Escala de Atribución Causal.

Con un promedio = 155,87 en pacientes del Van Buren, y un promedio = 168,96 en pacientes de Hemoval, el análisis de las varianzas (F observado = 4,6346) y la prueba de diferencia de promedios (valor t = 2,1047) indican que las diferencias observadas entre ambos grupos son estadísticamente significativas.

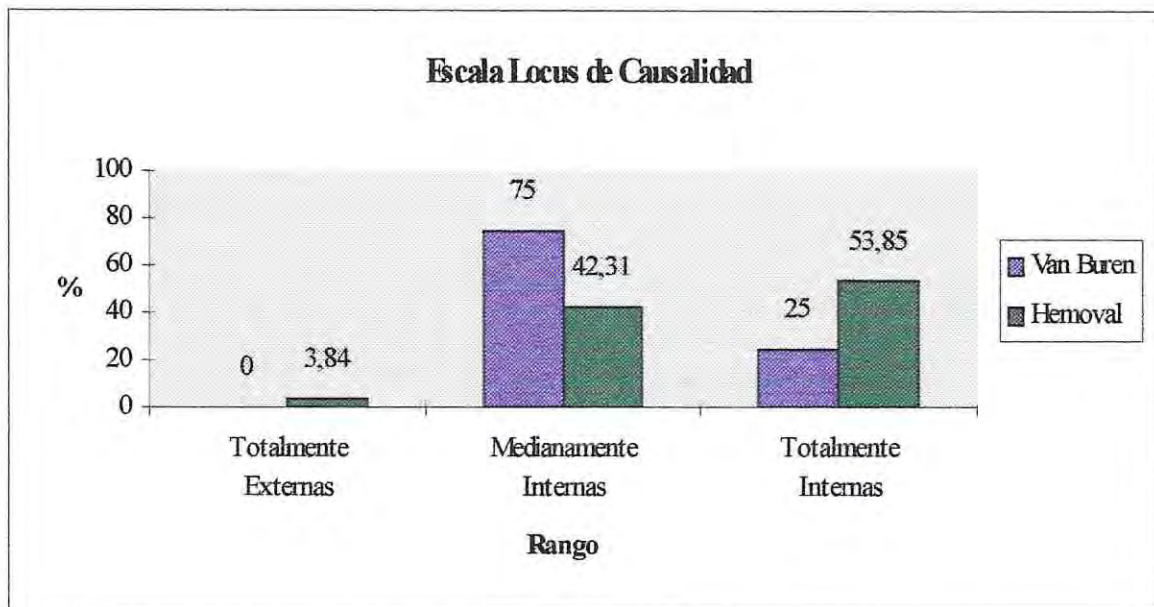
Esta diferencia apuntaría a que los pacientes de Hemoval, tienden a percibir las causas que explican su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento, como más internas, estables y controlables, que los pacientes del Van Buren. Esta primera aproximación será contrastada posteriormente cuando se realice el análisis de las diferencias obtenidas por subgrupos en las distintas subescalas de dimensiones atribucionales subyacentes.

(e) Puntaje Subescala de Locus de Causalidad

A continuación se presenta un análisis porcentual y gráfico que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes

de ambos centros de atención, respecto del grado de internalidad/externalidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento.

Figura N° 14 Percepción de Locus de Causalidad en grupos estratificados según lugar de tratamiento



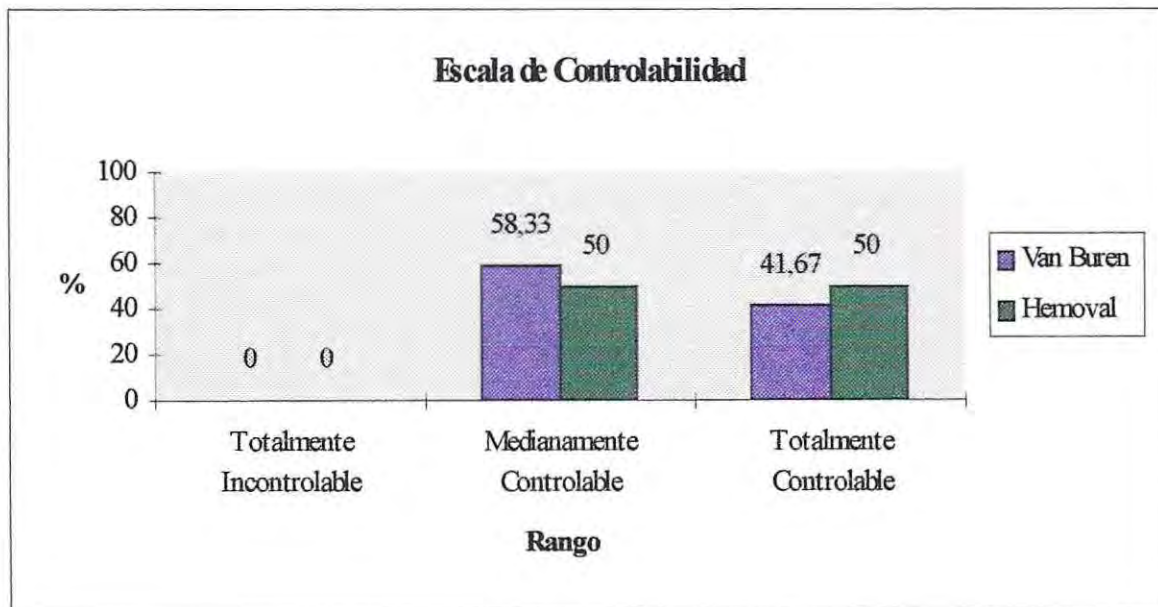
Como se aprecia en el gráfico, existiría una tendencia de los pacientes de Hemoval a percibir las causas como totalmente internas, en tanto que los pacientes del Van Buren tienden más bien a situar las causas en un nivel intermedio, esto es, perciben que sus causas son determinadas tanto interna como externamente. Esto se corresponde con los promedios de ambos grupos, donde el promedio de los pacientes del Van Buren (48,62) se sitúa en el rango de mediana internalidad, en tanto que el promedio de los pacientes de Hemoval (58,73) se sitúa en el rango de total internalidad.

El análisis de varianza por subgrupos (con un F observado= 10,152) y la prueba "t" de diferencia de promedios (valor t= 3,2004), indican que las diferencias que se observan son altamente significativas a nivel estadístico.

(f) Puntaje Subescala de Controlabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos centros, respecto del grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 15 Percepción de Controlabilidad en grupos estratificados según lugar de Tratamiento



Como se aprecia en el gráfico, existiría una tendencia de los pacientes de Hemoval a percibir las causas tanto me-

diana como totalmente controlables, en tanto que los pacientes del Van Buren tienden más bien a situar sus causas en un nivel intermedio de moderado control.

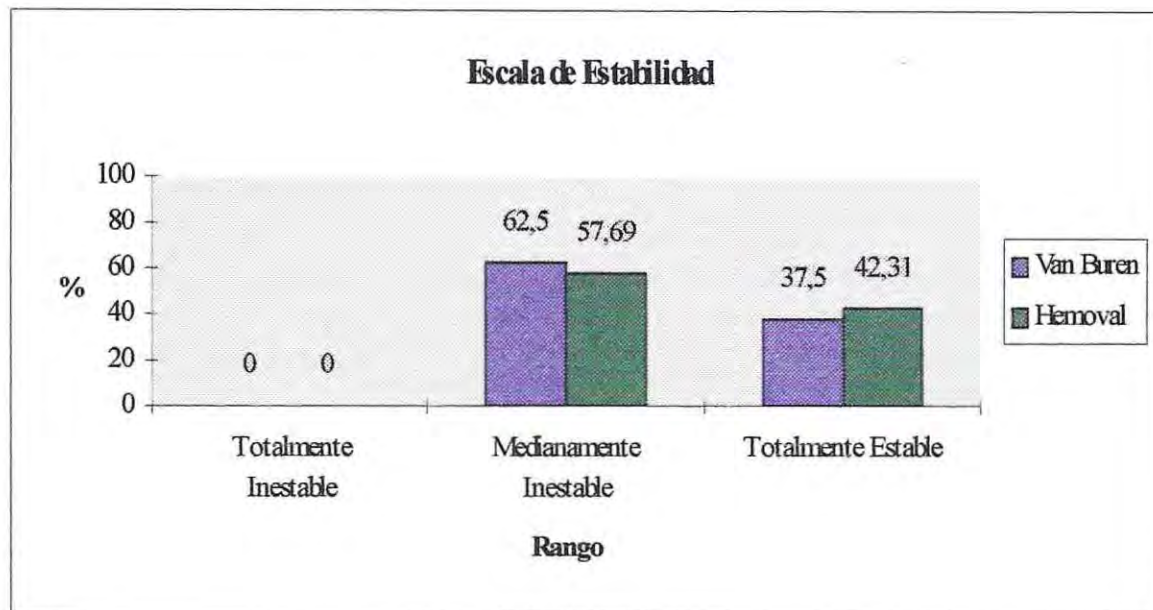
Los promedios de ambos grupos, (Van Buren=53,33; Hemoval=55) se sitúan en el rango intermedio de moderado control.

El análisis de varianza por subgrupos (F observado=0,0072) y la prueba "t" de diferencia de promedios (valor t=0,0846), indican que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

(g) Puntaje Subescala de Estabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos centros, respecto del grado de estabilidad/inestabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 16 Percepción de Estabilidad en grupos estratificados según Lugar de Tratamiento



Como se aprecia en el gráfico, existiría una tendencia tanto en los paciente de Hemoval como del Van Buren a percibir como medianamente estables en el tiempo, las causas explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con el Tratamiento.

Los promedios de ambos grupos, (Van Buren=53,12; Hemoval=55,11) se sitúan en el rango intermedio de mediana estabilidad.

El análisis de varianza por subgrupos (F observado=0,5997) y la prueba "t" de diferencia de promedios (valor $t=0,7744$), indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos por ambos grupos en esta subescala.

6.2.1.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según lugar de tratamiento.

Según se desprende de los distintos análisis que hemos realizado en este apartado (punto 6.2.1), en el cual se han considerado dos grupos de pacientes; un grupo perteneciente al Hospital Van Buren y el otro a Hemoval, podemos extraer algunas conclusiones.

En primer lugar, aún cuando los pacientes de Hemoval tienden a presentarse como levemente mejor adaptados a la enfermedad que los pacientes del Van Buren, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Una situación similar se aprecia respecto de los valores obtenidos en la Escala Conductual de Adherencia Terapéutica, en la cual ambos grupos tienden a ubicarse en un rango de Adherencia Limítrofe o de Riesgo Moderado, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Resulta interesante destacar, que se halló una importante diferencia, estadísticamente significativa, en los valores del Ítem de Valoración General. Al respecto, los pacientes de Hemoval tienden a percibir su Calidad de Vida como normal y medianamente normal, en tanto que los pacientes del Van Buren perciben mayoritariamente su calidad de vida como insatisfactoria y totalmente insatisfactoria producto de su enfermedad y tratamiento.

Respecto de la variable de Atribución Causal, la variación hallada en los puntajes de la Escala de Atribución Causal, estaría dada por la diferencia, estadísticamente significativa, que ambos grupos presentan respecto de la dimensión de Locus de Causalidad, donde los pacientes de Hemoval tienden a percibir las causas como totalmente internas, en tanto que los pacientes del Van Buren tienden a percibir las causas como determinadas tanto interna como externamente. En las dimensiones de Controlabilidad y Estabilidad no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Una primera aproximación al perfil atributivo de estos pacientes según su lugar de tratamiento, indicaría que:

(a) Los pacientes del Hospital Carlos Van Buren, tienden a percibir las causas, que explican su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento, como medianamente internas, controlables y estables.

(b) Los pacientes de Hemoval, tienden a percibir dichas causas como totalmente internas, y medianamente controlables y estables.

Estas variaciones en los perfiles atribucionales, en principio, no conllevan a diferencias significativas ni en la Adaptación a la Enfermedad ni en la Adherencia Terapéutica. Sin embargo, se debe considerar que estas diferencias en los

perfiles no son lo suficientemente amplias (en términos de valores). La eventual presencia de diferencias extremas en los perfiles en los siguientes subgrupos, nos permitirá ir configurando esta relación entre Atribuciones y Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica.

6.2.2 Análisis de Resultados por grupos estratificados según

Sexo

Estratificados según sexo, la muestra de pacientes se dividió en dos grupos, Mujeres N= 23 y Hombres N= 27.

A continuación se presentarán los distintos análisis realizados, en la comparación de ambos grupos en las distintas variables medidas.

6.2.2.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por los subgrupos en las distintas mediciones:

Tabla N° 16 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por pacientes mujeres

<i>Mujeres</i>	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,69	60,22	57,27	56,54	53,63	53,9	164,09
Desviación estándar	0,41	28,04	7,83	11,92	9,24	9,09	21,41
Moda	0,41	80	58	55	50	58	172
Mínimo	0,15	10	46	33	36	37	114
Máximo	1,87	100	73	78	73	70	203

Tabla N° 17 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por pacientes hombres

Hombres	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,66	52,27	55	52,18	56,33	54,51	161,07
Desviación estándar	0,38	30,23	7,2	9,98	8,91	9,29	23,51
Moda	0,7	50	51	55	55	60	161
Mínimo	0,16	5	38	20	32	30	93
Máximo	2,02	100	67	65	77	78	214

6.2.2.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias

En primer lugar, se realizó un análisis de la varianza de los puntajes de los dos subgrupos, para todas las mediciones. Los resultados de esta comparación (con un $p=0,05$, y $df= 1$), son los siguientes:

Tabla N° 18 ANOVA Puntajes Mujeres v/s Hombres

F Crítico= 4,0426	F observado
Índice de Adaptación	0,335
Ítem Valoración General	0,9112
P.T. Esc. Adherencia Terapéutica	1,6286
P.T. Escala Atribución Causal	0,3012
Puntaje Subescala Locus	2,3586
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,895
Puntaje Subescala Estabilidad	0,0906

Posteriormente se aplicó la Prueba "t" de Diferencia de Medias, sobre los puntajes obtenidos por los distintos subgrupos, obteniéndose los siguientes resultados (con un $p=0,05$ y $df= 48$):

Tabla N° 19 Prueba "t" puntajes Mujeres v/s Hombres

Valores críticos de t	
Una cola = 1,6772 Dos colas = 2,010	Valor t Observado
Índice de Adaptación	0,5774
Ítem Valoración General	0,9545
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	1,2761
Puntaje Escala Atribución Causal	0,5488
Puntaje Subescala Locus	1,5387
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,9460
Puntaje Subescala Estabilidad	0,3009

6.2.2.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Sexo.

A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

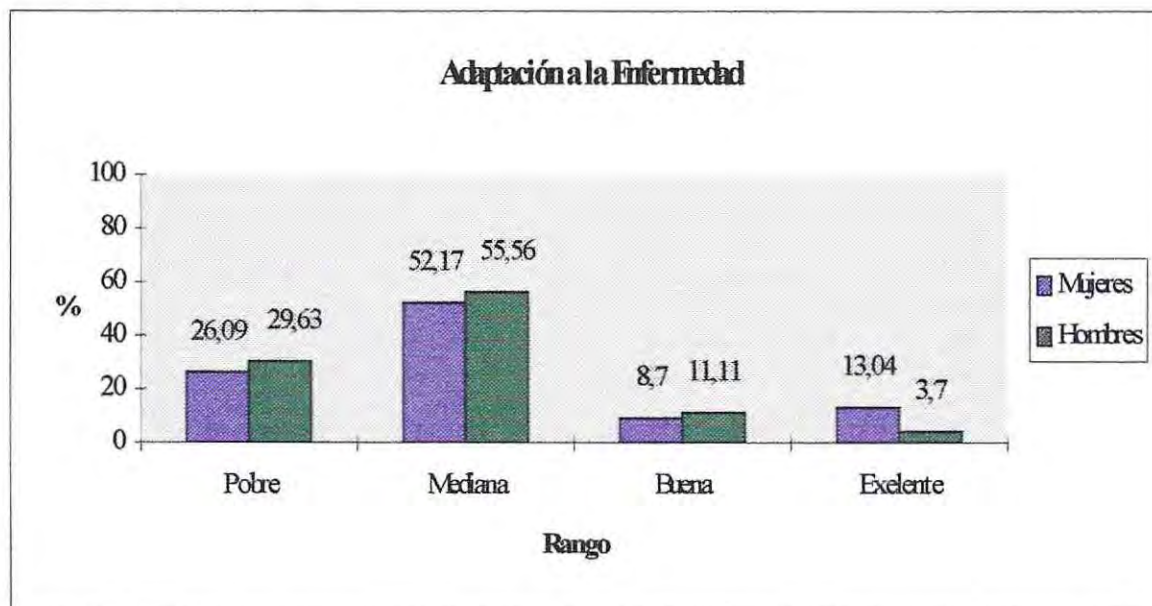
(a) Cuestionario QL, Índice de Adaptación a la Enfermedad

Como puede apreciarse, los promedios obtenidos en ambos grupos, Mujeres (0,69) y Hombres (0,66) se encuentran por de-

bajo del puntaje esperado de 1, que refleja una Adaptación a la Enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su graficación nos permitirá apreciar la situación de estos dos grupos respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

Figura N° 17 Adaptación a la Enfermedad en grupos estratificados según Sexo



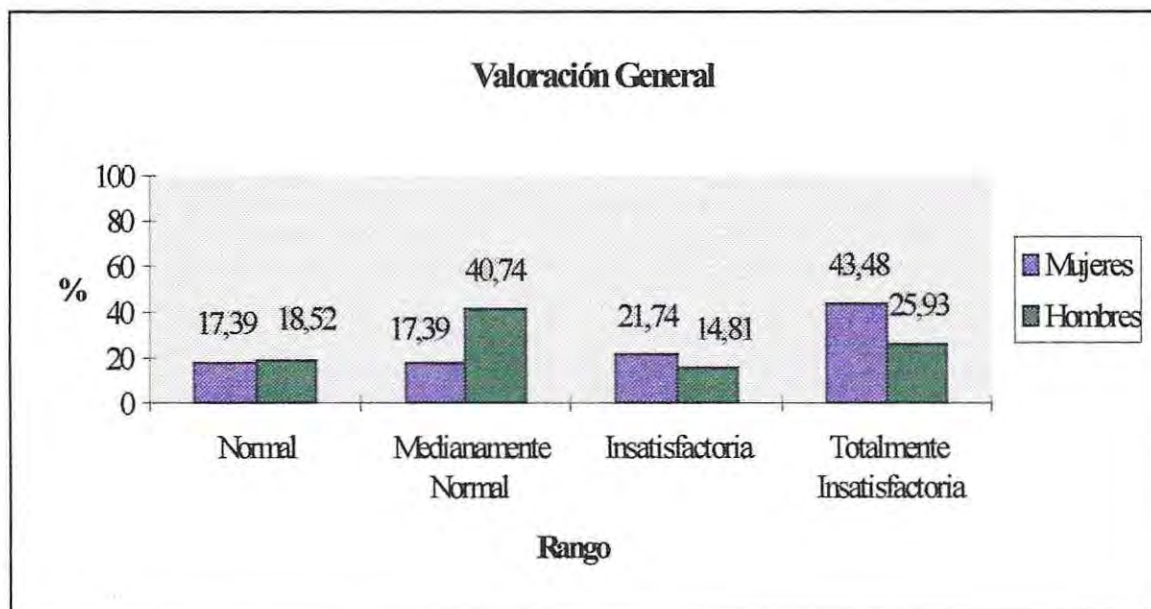
Como se aprecia en el gráfico, tanto mujeres como hombres se agrupan principalmente (sobre el 50% en ambos grupos) en el rango de mediana adaptación. Mientras que un poco más de la cuarta parte de ambos grupos (más del 25%) presenta una pobre Adaptación a la Enfermedad. El análisis de las varianzas (F observado = 0,3335) y la prueba de diferencia de promedios (valor t = 0,5774) revelan que no existen diferencias

significativas en los valores obtenidos por ambos grupos en esta variable.

(b) Ítem de Valoración General

A continuación se presenta un análisis porcentual y gráfico que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos, respecto de la Calidad de Vida percibida.

Figura N° 18 Calidad de Vida en grupos estratificados según Sexo



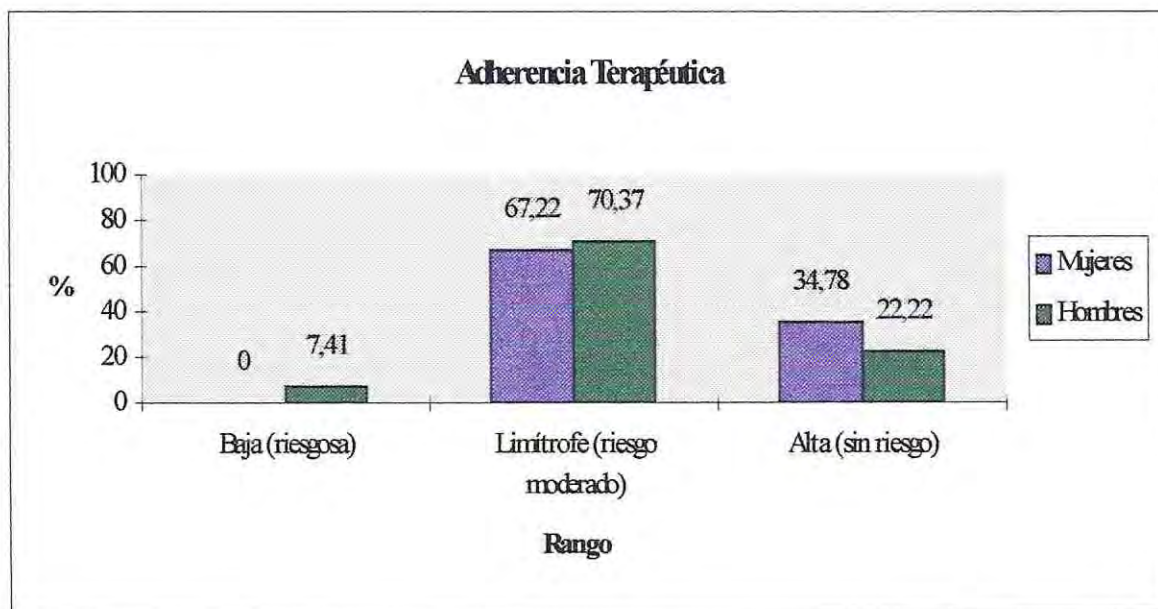
Como puede apreciarse en el gráfico, existe cierta diferencia en los porcentajes de ambos grupos, en los rangos de calidad de vida medianamente normal y totalmente insatisfactoria, en el primer rango se agrupan la mayoría de los hombres (40,74%), en tanto que en el segundo se agrupan la mayoría de las mujeres (43,48%).

El análisis de las varianzas de ambos grupos (F observado= 0,9112) y la prueba t de diferencia de promedios (valor $t= 0,9545$) revela que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos, respecto de la Adherencia Terapéutica que exhiben .

Figura N° 19 Adherencia Terapéutica en grupos estratificados según Sexo



Como puede apreciarse en el gráfico, el grueso de los pacientes de ambos sexos (más del 50%) se ubica en el rango de Adherencia Terapéutica Limitrofe o de Riesgo Moderado. En

tanto que sólo en el grupo de hombres, dos de ellos, presentan una Adherencia Terapéutica Riesgosa.

El análisis de las varianzas (F observado=1,6286) y la prueba t de diferencia de promedios (valor t =1,2761) indican que esta diferencia observada entre mujeres y hombres, respecto de la Adherencia Terapéutica, no es estadísticamente significativa.

(d) Puntaje total Escala de Atribución Causal

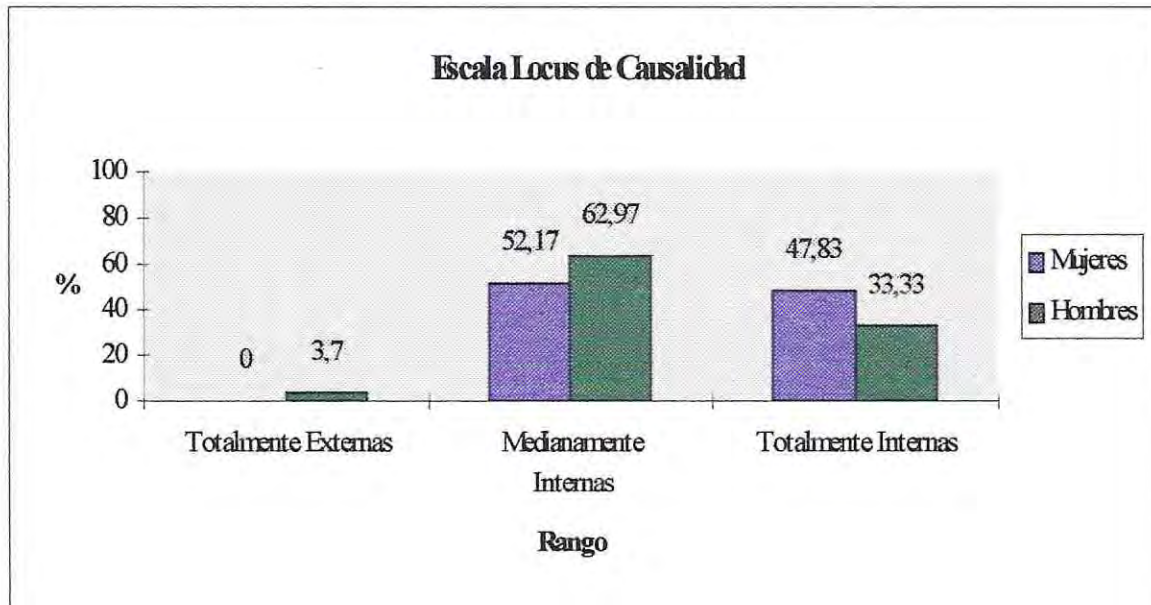
En este punto se analizan las diferencias que se hallaron entre mujeres y hombres, respecto del puntaje total que obtuvieron en la Escala de Atribución Causal. Con un promedio = 164,09 en las mujeres, y un promedio = 161,07 en los hombres, el análisis de las varianzas (F observado = 0,3012) y la prueba de diferencia de promedios (valor t = 0,5488) indican que las diferencias observadas entre ambos grupos no son estadísticamente significativas.

Los siguientes análisis por subescalas, nos permitirán dilucidar si existen diferencias en alguna de las dimensiones atribucionales subyacentes, entre mujeres y hombres.

(e) Puntaje Subescala de Locus de Causalidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos sexos, respecto del grado de internalidad/externalidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 20 Percepción de Locus de Causalidad en grupos estratificados según Sexo



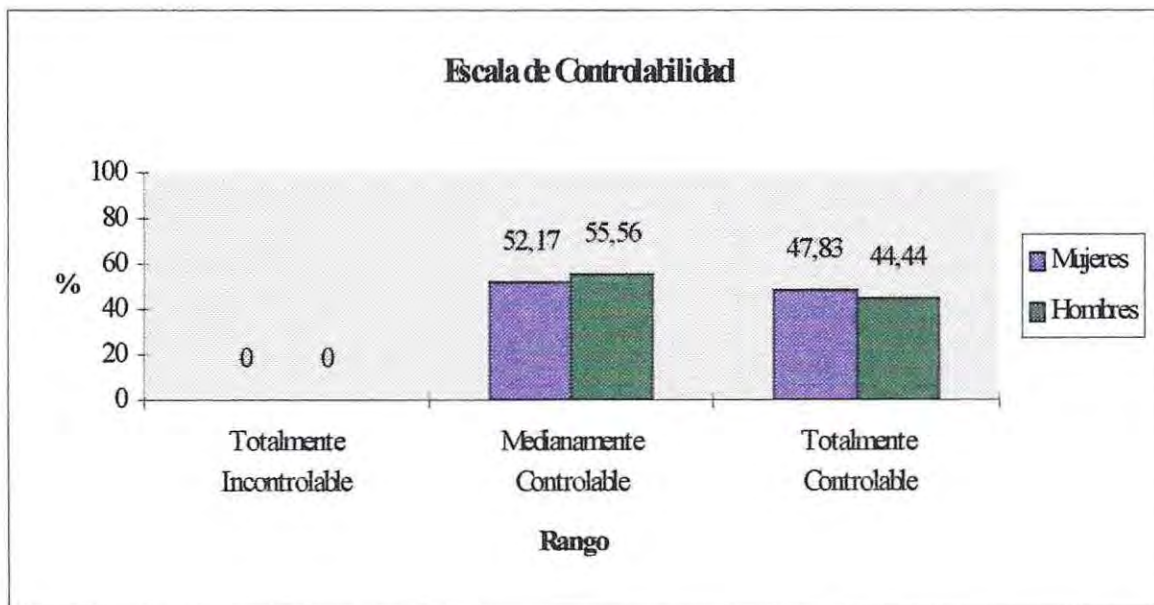
Como se aprecia en el gráfico, más del 50% de hombres y mujeres perciben las causas como determinadas tanto interna como externamente. El porcentaje restante percibe las causas como totalmente internas, encontrándose sólo un sujeto (3,7%) que evidencia una tendencia a percibir las causas como totalmente externas.

El análisis de las varianzas (F observado = 2,3586) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t=1,5357$) indican que las diferencias entre hombres y mujeres en esta subescala no son estadísticamente significativas.

(f) Puntaje Subescala de Controlabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de mujeres y hombres, respecto del grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 21 Percepción de Controlabilidad en grupos estratificados según Sexo



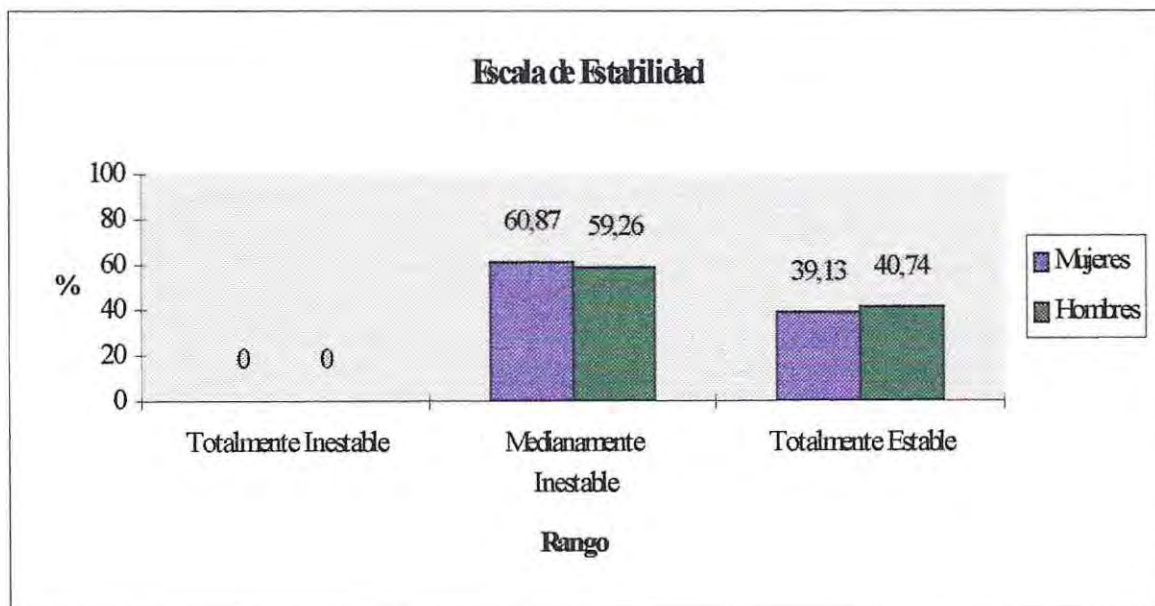
Como se aprecia en el gráfico, un poco más del 50%, tanto de mujeres como de hombres percibe las causas como medianamente controlables, en tanto que el porcentaje restante se inclina a percibir las causas como totalmente controlables. No se hallaron sujetos que perciban las causas como totalmente incontrolables.

El análisis de las varianzas (F observado=0,895) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t=0,9460$) indican que no existen diferencias, estadísticamente significativas, en los puntajes que presentan ambos grupos en esta subescala.

(g) Puntaje Subescala de Estabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de mujeres y hombres, respecto del grado de estabilidad/inestabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas, de su Enfermedad y de conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 22 Percepción de Estabilidad en grupos estratificados según Sexo



Como se aprecia en el gráfico, la mayoría de los pacientes, mujeres y hombres (sobre el 50%), tienden a percibir las

causas como medianamente estables, en tanto que el porcentaje restante se inclina a percibir las causas como totalmente estables. No se encontraron sujetos que perciban las causas como totalmente inestables.

El análisis de las varianzas (F observado=0,0906) y la prueba de diferencia de promedios (valor t =0,3009) indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en esta subescala.

6.2.2.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Sexo.

Considerando los distintos análisis que hemos llevado a cabo en este apartado, en el cual hemos considerado a la muestra estratificada según sexo, podemos aproximar algunas conclusiones.

En primer lugar, respecto de la Adaptación a la Enfermedad, tanto el grupo de mujeres como de hombres se ubican mayoritariamente (52,17% y 55,56% respectivamente) en el rango de Mediana Adaptación, estando el promedio de ambos grupos por debajo del Índice 1 esperable en casos de una Adaptación a la Enfermedad aceptable. Un porcentaje importante de ambos grupos (26,09% en mujeres y 19,63% en hombres) se encuentra en el rango de Pobre Adaptación. Los análisis de varianza y de diferencia de medias, indican que no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos por ambos grupos

en esta variable. De lo cual podemos concluir que el sexo de los sujetos parece no influir en una mejor o peor Adaptación a la Enfermedad.

Respecto de la Valoración General, aún cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos por mujeres y hombres, existiría al menos una leve tendencia de las mujeres a percibir su calidad de vida como totalmente insatisfactoria en tanto que los hombres tienden a percibir su calidad de vida como medianamente normal.

En torno a la variable de Adherencia Terapéutica, tanto mujeres como hombres se ubican mayoritariamente en el rango de Adherencia Limítrofe o de Moderado Riesgo. Los análisis de varianza y de diferencia de medias, indican que no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos por ambos grupos. Por lo tanto, el sexo de los sujetos tampoco influiría en una mejor o peor Adherencia Terapéutica.

Respecto de la variable atribución, el análisis de los puntajes totales de la Escala de Atribución Causal revelan que no existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos por ambos grupos. El posterior análisis por subescalas, indica que tanto mujeres como hombres, tienden a percibir las causas como medianamente internas, controlables y estables. Tanto los análisis de varianzas como las pruebas de diferencia de promedios, revelan que no existen diferencias

estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas, lo que nos lleva a concluir que la variable de sexo parece no influir sobre el perfil atribucional de los sujetos.

6.2.3 Análisis de Resultados por grupos estratificados según Edad

Estratificada según edad, la muestra de pacientes se dividió en dos grandes grupos: sujetos cuya edad es menor a 50 años (N=25), y sujetos cuya edad es igual o mayor a 50 años (N=25).

A continuación se presentarán los distintos análisis realizados en la comparación de ambos grupos en las distintas variables medidas.

6.2.3.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por los subgrupos en las distintas mediciones:

Tabla N° 20 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos < de 50 años

< 50 Años	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,55	50,2	55,04	51,52	55,68	52	157,08
Desviación estándar	0,3	27	8,65	12,05	10,4	9,99	26,43
Moda	0,41	50	66	53	52	52	166
Mínimo	0,15	6	38	20	32	30	93
Máximo	1,14	100	73	78	77	78	214

Tabla N° 21 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos > ó = a 50 años

> ó = 50 Años	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,8312	61,76	57,48	57,2	54,76	56,32	168,28
Desviación estándar	0,46	30,19	6,34	9,21	7,54	7,57	15,72
Moda	0,6	80	58	55	60	60	173
Mínimo	0,29	5	46	39	36	43	130
Máximo	2,02	100	69	76	67	70	203

6.2.3.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias

En primer lugar, se realizó un análisis de la varianza de los puntajes de los dos grupos de edad, para todas las mediciones. Los resultados de esta comparación (con un $p=0,05$ y $df= 1$), son los siguientes:

Tabla N° 22 ANOVA de los puntajes obtenidos por sujetos < 50 años v/s sujetos > ó = 50 años

F Crítico= 4,0426	F observado
Índice de Adaptación	6,3326*
Ítem Valoración General	2,036
P.T. Esc. Adherencia Terapéutica	1,2918
P.T. Escala Atribución Causal	3,3149
Puntaje Subescala Locus	3,5041
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,1281
Puntaje Subescala Estabilidad	2,9674

***p = 0,001**

Posteriormente se aplicó la Prueba "t" de Diferencia de Medias, sobre los puntajes obtenidos por ambos grupos de edad, obteniéndose la siguiente tabla de resultados (con un $p=0,05$ y $df= 48$):

Tabla N° 23 Prueba "t" de los puntajes obtenidos por sujetos < 50 años v/s sujetos > ó = a 50 años

Valores críticos de t	
Una cola = 1,6772 Dos colas = 2,010	Valor t Observado
Índice de Adaptación	2,5164*
Ítem Valoración General	0,0800
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	1,1365
Puntaje Escala Atribución Causal	1,8206
Puntaje Subescala Locus	1,8719
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,3579
Puntaje Subescala Estabilidad	1,7226

***p = 0,02**

6.2.3.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Edad.

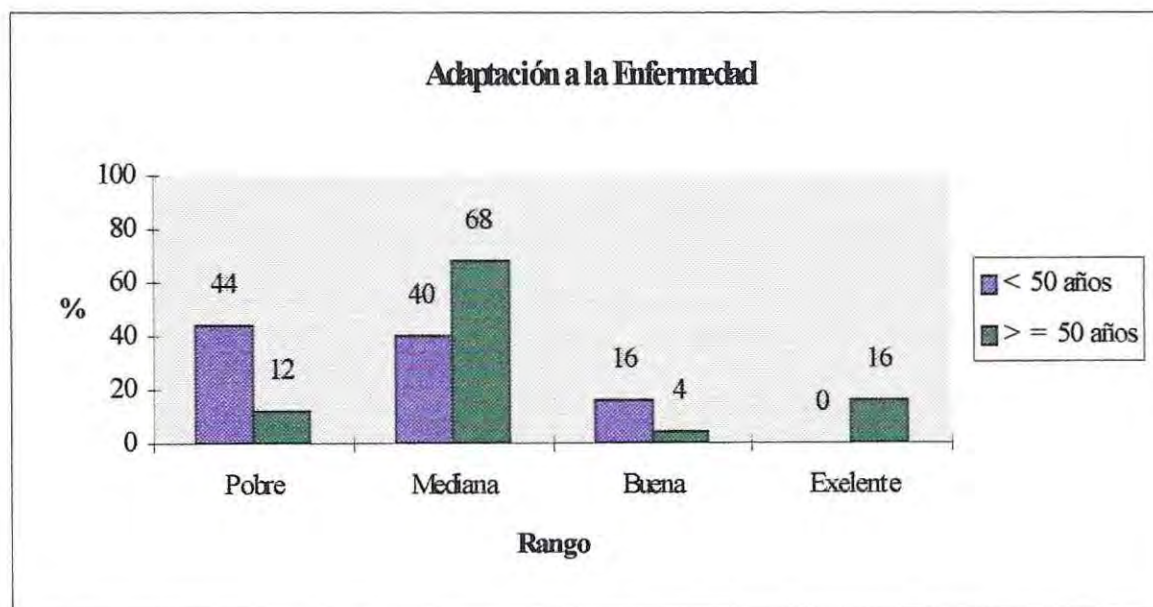
A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

(a) Cuestionario QL, Índice de Adaptación a la Enfermedad

Como puede apreciarse, los promedios obtenidos en ambos grupos de edad, <50 años (0,55) y \geq 50 años (0,83) se encuentran por debajo del puntaje esperado de 1 que reflejaría una Adaptación a la Enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de estos dos grupos de edad, respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

Figura N° 23 Adaptación a la Enfermedad en grupos estratificados según Edad



Como puede apreciarse en el gráfico, el grupo de pacientes menores de 50 años presentan un importante porcentaje (44%) de sujetos pobremente adaptados, en tanto que en el grupo de pacientes mayores de 50 años el porcentaje que se

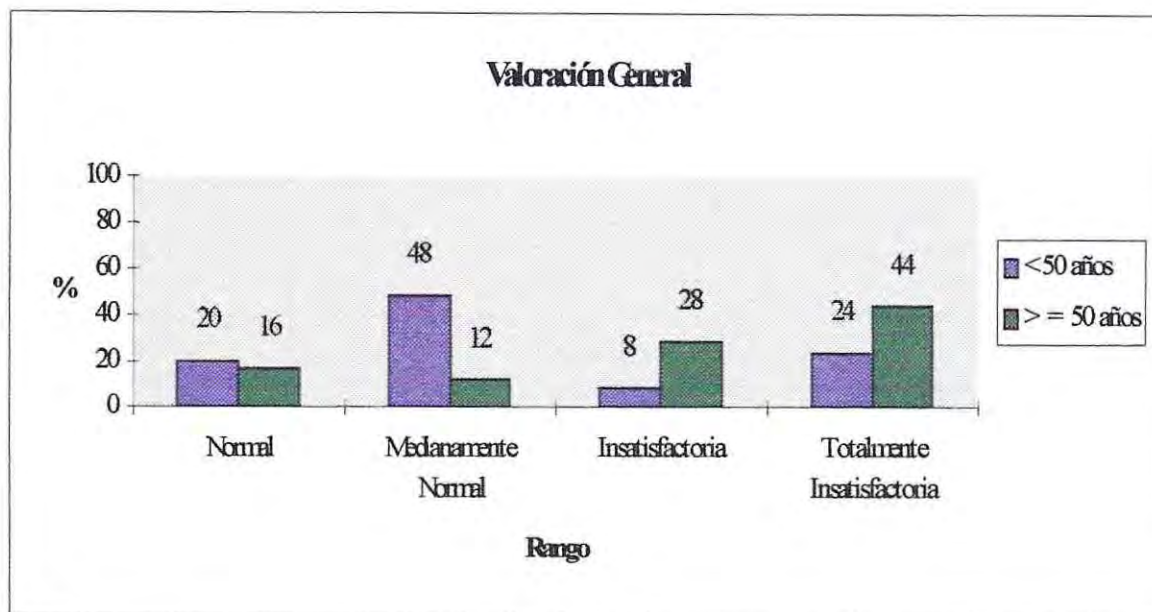
ubica en este rango es comparativamente pequeño (12%), tendiendo más bien a presentar una mediana adaptación (68%). En los rangos extremos superiores, sólo un 16% de los pacientes menores de 50 años presenta una buena Adaptación a la Enfermedad, en tanto que un 20% de los pacientes mayores de 50 años se ubica entre los rangos de buena y excelente adaptación.

El análisis de varianza (F observado= 6,3326) y la prueba "t" de diferencia de promedios (valor t = 2,5164) indican que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Ésta apunta en dirección a que los pacientes mayores de 50 años, presentarían una mejor Adaptación a la Enfermedad en comparación con los pacientes menores de 50 años.

(b) Ítem de Valoración General

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos de edad, respecto del impacto que ha sufrido su calidad de vida, producto de su enfermedad y tratamiento.

Figura N° 24 Calidad de Vida en grupos estratificados según Edad



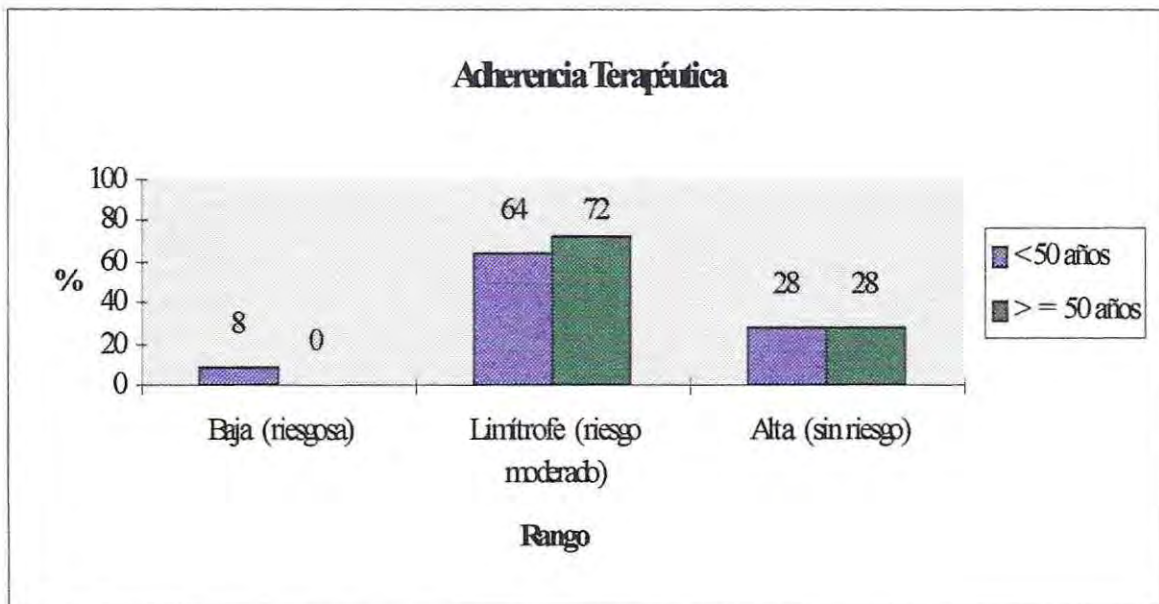
Como puede apreciarse en el gráfico, existe cierta diferencia en la distribución de los porcentajes de ambos grupos, principalmente en los rangos de calidad de vida medianamente normal, insatisfactoria y totalmente insatisfactoria. Mientras los sujetos menores de 50 años tienden a agruparse en el rango de mediana normalidad en su calidad de vida (48%), los sujetos mayores de 50 años tienden a agruparse en el rango de calidad de vida insatisfactoria y totalmente insatisfactoria.

Sin embargo, el análisis de las varianzas de ambos grupos (con un F observado= 2,036) y la prueba t de diferencia de promedios (valor t= 0,080) revelan que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos de edad, respecto del grado de Adherencia Terapéutica que exhiben.

Figura N° 25 Adherencia Terapéutica en grupos estratificados según Edad



Como puede apreciarse en el gráfico, la mayoría de los pacientes (por sobre el 60%), en ambos grupos de edad, tienden a agruparse en el rango de Adherencia Terapéutica Limitrofe o de Riesgo Moderado. Vale la pena destacar, que los sujetos que presentan una adherencia terapéutica baja o ries-

gosa pertenecen exclusivamente al rango de edad de menores de 50 años.

El análisis de las varianzas (con un F observado=1,2918) y la prueba de diferencia de promedios (con un valor $t=1,1365$) revela no obstante, que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(d) Puntaje total Escala de Atribución Causal

En este punto se analizan las diferencias que se hallaron entre sujetos menores de 50 años y sujetos con 50 o más años, respecto del puntaje total que obtuvieron en la Escala de Atribución Causal.

Con un promedio = 157,08 en sujetos menores de 50 años, y un promedio = 168,28 en sujetos con 50 o más años. El análisis de las varianzas (F observado = 3,3149) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t = 1,8206$) revelan que las diferencias observadas entre ambos grupos no son estadísticamente significativas.

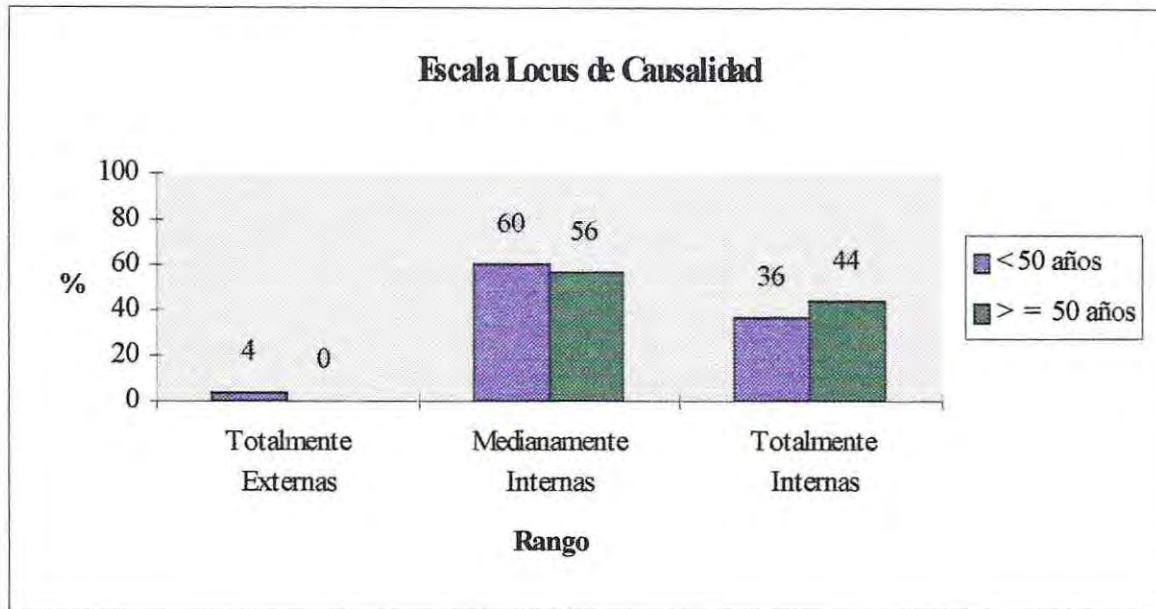
Los siguientes análisis por subescalas, nos permitirán dilucidar si existen diferencias en alguna de las dimensiones atribucionales subyacentes, entre ambos grupos.

(e) Puntaje Subescala de Locus de Causalidad

A continuación se presenta el análisis porcentual y gráfico, que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos de edad, respecto del grado de internalidad/externalidad percibido sobre las causas que han identifi-

cado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 26 Percepción de Locus de Causalidad en grupos estratificados según Edad



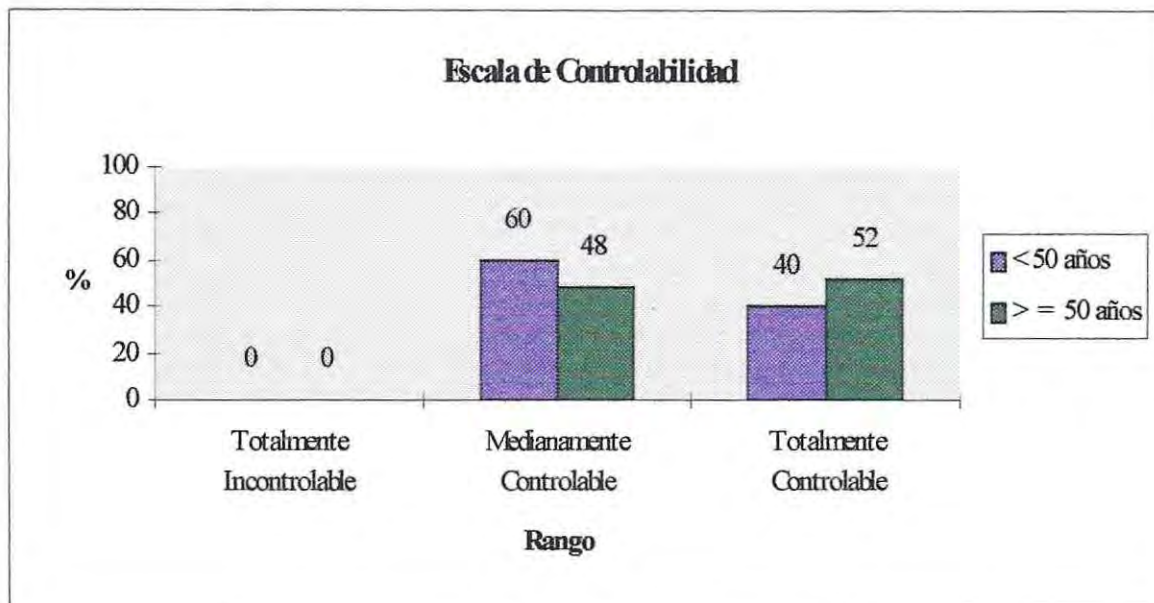
Como se aprecia en el gráfico, más del 50% de los sujetos pertenecientes a ambos grupos de edad perciben las causas como determinadas tanto interna como externamente. El porcentaje restante percibe las causas como totalmente internas; sólo uno de los sujetos, menor de 50 años, presenta una tendencia a percibir las causas como totalmente externas.

El análisis de las varianzas (F observado = 3,5041) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t=1,8719$) indican que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(f) Puntaje Subescala de Controlabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de ambos grupos de edad, respecto del grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 27 Percepción de Controlabilidad en grupos estratificados según Edad



Como se aprecia en el gráfico, los sujetos menores de 50 años tienden a percibir las causas como medianamente controlables, en tanto que los sujetos con una edad igual o superior a 50 años tienden a percibir las causas como totalmente

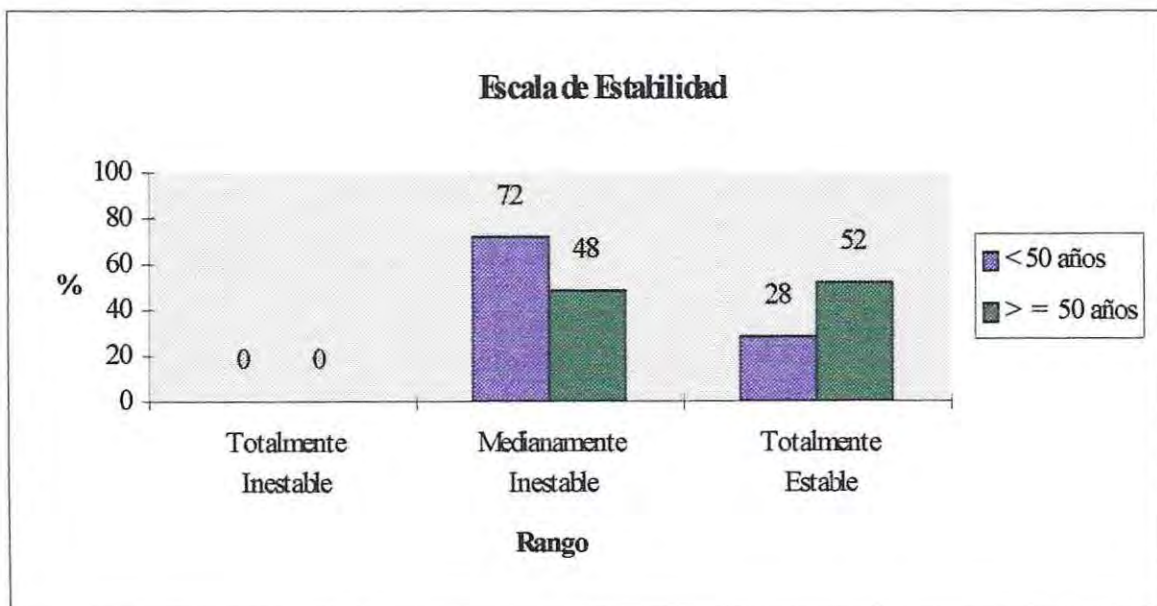
controlables. No se hallaron sujetos que perciban las causas como totalmente incontrolables.

El análisis de las varianzas (con un F observado=0,1281) y la prueba de diferencia de promedios (con un valor $t=0,3579$) indican que estas diferencias, no son estadísticamente significativas.

(g) Puntaje Subescala de Estabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de ambos grupos de edad, respecto del grado de estabilidad/inestabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas, de su Enfermedad y de conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 28 Percepción de Estabilidad en grupos estratificados según Edad



Al igual que en las otras subescalas atribucionales, no se encontraron sujetos que manifestaran una tendencia hacia el extremo inferior de la subescala, es decir, una total inestabilidad en las causas. Existe sí, una tendencia en los pacientes menores de 50 años a percibir las causas como medianamente estables, en tanto que los pacientes mayores de 50 años se inclinaron levemente hacia la percepción de las causas como totalmente estables.

Sin embargo, el análisis de las varianzas (con un F observado=2,9674) y la prueba de diferencia de promedios (con un valor $t=1,7226$) revelan que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

6.2.3.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Edad.

Considerando los distintos análisis que hemos llevado a cabo en este apartado, en el cual hemos considerado a la muestra estratificada según edad, podemos aproximar algunas conclusiones.

Respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad que presentan ambos grupos de edad, se aprecia una diferencia entre ellos, en dirección a que los pacientes menores de 50 años tienden a presentarse como pobremente adaptados, en tanto que los pacientes con 50 o más años tienden a presentar, mayoritariamente, una mediana adaptación. En los rangos su-

periores, de buena y excelente adaptación, es también mayor el porcentaje de pacientes con 50 o más años. Los análisis de varianza y de diferencia de promedios, revelan que estas diferencias observadas son estadísticamente significativas. Esto significa, que se puede concluir que los pacientes con 50 o más años se presentan como mejor adaptados a su enfermedad que los pacientes menores de 50 años.

Respecto de la Valoración General de la Calidad de Vida, se aprecia una tendencia inversa; en el sentido que los sujetos menores de 50 años tienden a ubicarse, mayoritariamente, en el rango de mediana normalidad, en tanto que los sujetos mayores de 50 años se ubican principalmente en los rangos de Calidad de Vida Insatisfactoria y Totalmente Insatisfactoria. No obstante, los análisis de varianzas y de diferencia de promedios, indican que esta diferencia observada no es estadísticamente significativa.

En la Escala Conductual de Adherencia Terapéutica, los sujetos pertenecientes a ambos grupos de edad se ubican, mayoritariamente, en el rango Límitrofe o de Riesgo Moderado. Aunque pequeño, el porcentaje de sujetos que presentan baja adherencia (4% del total de la muestra) pertenece exclusivamente al grupo de pacientes menores de 50 años. No obstante, los análisis de varianza y de diferencia de promedios indican que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

Respecto de los puntajes obtenidos por ambos grupos en las tres subescalas de dimensiones atribucionales, las pruebas de varianza y de diferencia de promedios indican que no existen diferencias significativas entre ambos grupos de edad. Los sujetos de ambos grupos presentaron una tendencia a percibir las causas como medianamente internas, controlables y estables. Se puede concluir entonces, que la variable edad parece no influir en las dimensiones atribucionales, de modo que no es posible hablar de un perfil atribucional definido por la edad.

6.2.4 Análisis de Resultados por grupos estratificados según Tiempo en Diálisis

Estratificada según el tiempo que los sujetos llevan asistiendo a tratamiento de hemodiálisis, la muestra de pacientes se dividió en dos grandes grupos: sujetos que tienen 1 año o menos en hemodiálisis (N= 21), y sujetos que asisten hace más de un año a tratamiento de hemodiálisis (N=29).

A continuación se presentarán los distintos análisis realizados en la comparación de ambos grupos en las distintas variables medidas.

6.2.4.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por los subgrupos en las distintas mediciones:

Tabla N° 24 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos $< \acute{o} = 1$ año en Diálisis

$< \acute{o} = 1$ Año	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,78	47	56,8	53,38	55,71	55,28	164,38
Desviación estándar	0,49	29,31	6,31	12,9	7,28	6,99	20,52
Moda	0,7	50	58	50	55	58	172
Mínimo	0,15	6	45	20	40	41	114
Máximo	2,02	100	67	78	75	68	195

Tabla N° 25 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos > 1 año en Diálisis

> 1 Año	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,62	62,48	55,86	55,06	54,86	53,34	161,44
Desviación estándar	0,33	27,35	8,51	9,56	10,18	10,32	23,71
Moda	0,6	80	51	55	60	43	167
Mínimo	0,17	5	38	31	32	30	93
Máximo	1,55	100	73	71	77	78	214

6.2.4.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias

En primer lugar, se realizó un análisis de la varianza de los puntajes de los dos grupos, para todas las mediciones. Los resultados de esta comparación (con un $p=0,05$ y $df= 1$), son los siguientes:

Tabla N° 26 ANOVA puntajes sujetos < ó = 1 año v/s sujetos > 1 año en Diálisis

<i>F Crítico= 4,0426</i>	<i>F observado</i>
Índice de Adaptación	1,6756
Ítem Valoración General	3,6754
P.T. Esc. Adherencia Terapéutica	0,1855
P.T. Escala Atribución Causal	0,2081
Puntaje Subescala Locus	0,2827
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,1071
Puntaje Subescala Estabilidad	0,556

Posteriormente se aplicó la Prueba "t" de Diferencia de Medias, sobre los puntajes obtenidos por ambos grupos, obteniéndose los siguientes resultados (con un $p=0,05$ y $df= 48$):

Tabla N° 27 Prueba "t" sujetos < 1 año v/s sujetos > ó = a 1 año en Diálisis

Valores críticos de t	
Una cola = 1,6772 Dos colas = 2,010	Valor t Observado
Índice de Adaptación	1,2944
Ítem Valoración General	1,9171
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	0,4307
Puntaje Escala Atribución Causal	0,4561
Puntaje Subescala Locus	0,5316
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,3272
Puntaje Subescala Estabilidad	0,7456

6.2.4.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según tiempo en hemodiálisis.

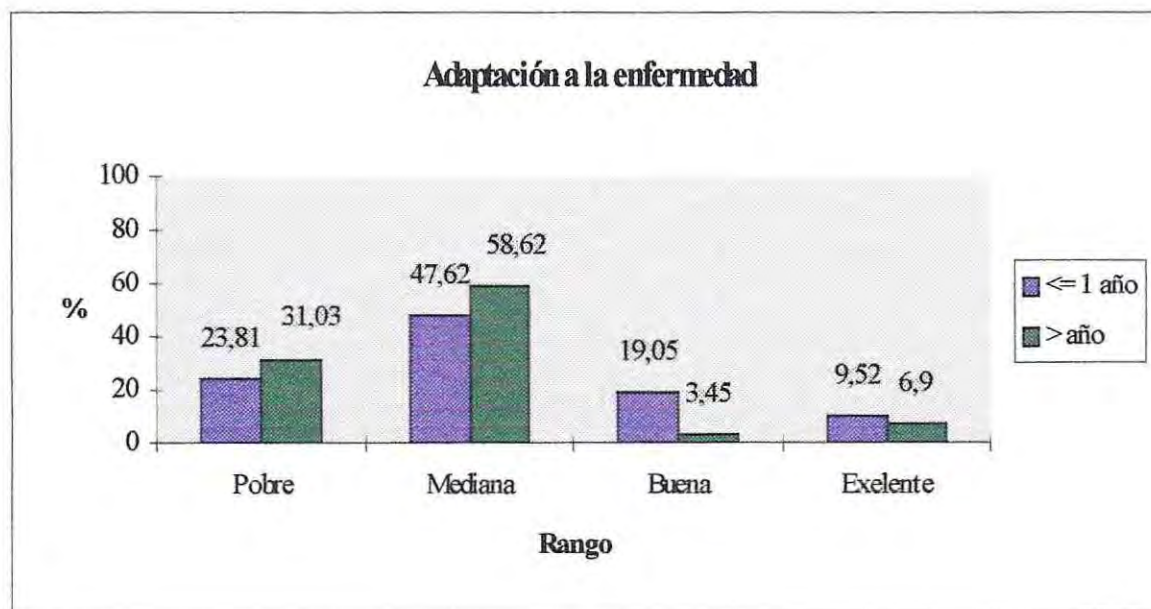
A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

(a) Índice de Adaptación a la Enfermedad

Como puede apreciarse, los promedios obtenidos en ambos grupos (0,78 en pacientes que tienen un año o menos de tratamiento, y 0,62 en pacientes que llevan más de un año de tratamiento), se encuentran por debajo del puntaje esperado de 1 que refleja una adaptación a la enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual de los resultados y su graficación nos permitirá apreciar la situación de estos dos grupos respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

Figura N° 29 Adaptación a la Enfermedad en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



Como puede apreciarse en el gráfico, ambos grupos de pacientes tienden a ubicarse, mayoritariamente, en los rangos de pobre y mediana adaptación. Existe un porcentaje relativamente mayor, de sujetos que llevan menos de un año en tratamiento, que se ubican en los rangos extremos de buena y excelente adaptación.

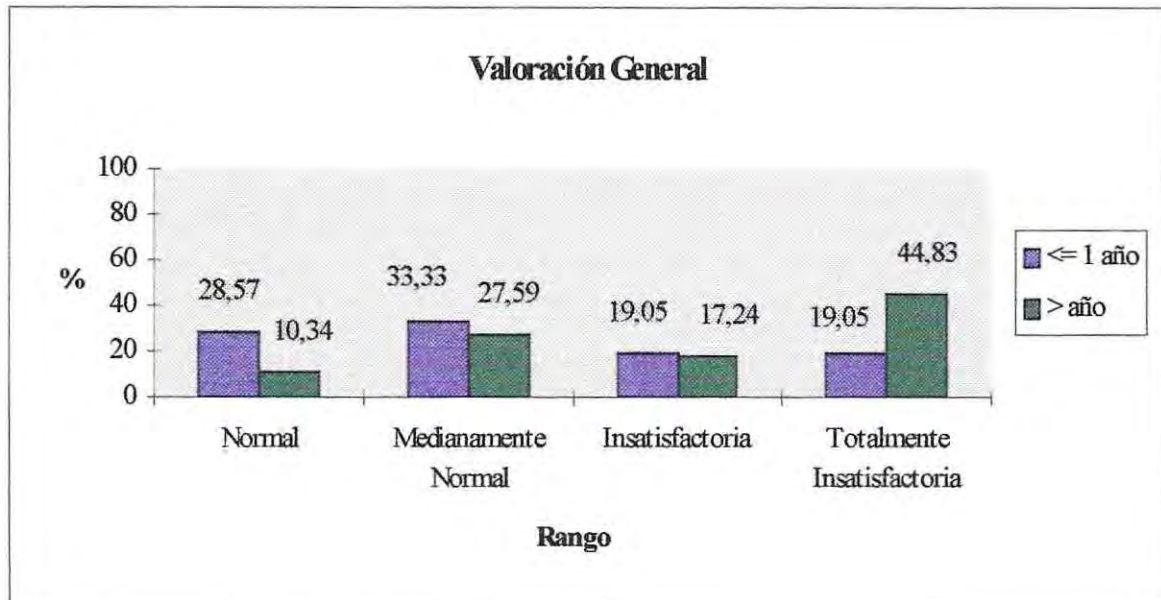
Sin embargo, el análisis de varianza (F observado = 1,6756) y la prueba "t" de diferencia de promedios (con un

valor $t= 1,2944$) revelan que esta diferencia observada no es estadísticamente significativa.

(b) Ítem de Valoración General

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos, respecto de la Calidad de Vida percibida:

Figura N° 30 Calidad de Vida en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



Como puede apreciarse en el gráfico, existe cierta diferencia en la distribución de los porcentajes de ambos grupos. Esta diferencia se halla en el rango de calidad de vida normal; donde los pacientes con un tiempo menor o igual a un año de tratamiento, doblan en cantidad y porcentaje a los pa-

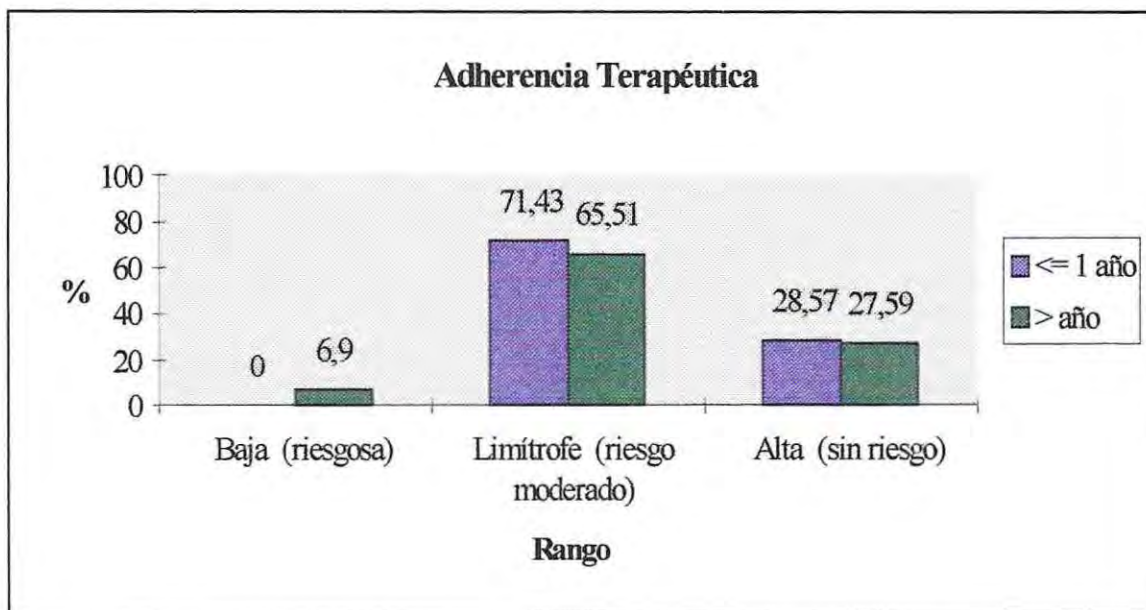
cientes con más de un año de tratamiento. En el rango de calidad de vida totalmente insatisfactoria, se da la situación inversa, en que los pacientes con más de un año en tratamiento doblan en cantidad y porcentaje a los pacientes con un tiempo menor o igual a un año de tratamiento. Esta diferencia apunta a que los pacientes con un tiempo menor o igual a un año de tratamiento, perciben una mejor calidad de vida.

El análisis de las varianzas de ambos grupos (con un F observado= 3,6754) indica que estas diferencias observadas, no son estadísticamente significativas. Sin embargo, la prueba t de diferencia de promedios (con un valor $t= 1,9171$) revela que la diferencia observada en los puntajes de Valoración General, es estadísticamente significativa, respecto del valor t crítico para una cola con un $p= 0,05$.

(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

El siguiente es un análisis porcentual y gráfico que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos, respecto de la Adherencia Terapéutica que exhiben.

Figura N° 31 Adherencia Terapéutica en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



Como puede apreciarse en el gráfico, la mayoría de los pacientes (por sobre el 60%), en ambos grupos, tienden a agruparse en el rango de Adherencia Terapéutica Limitrofe o de Riesgo Moderado. Vale la pena destacar, que los sujetos que presentan una adherencia terapéutica baja o riesgosa pertenecen exclusivamente al grupo de más de un año de tratamiento.

El análisis de varianza (con un F observado=0,1855) y la prueba de diferencia de promedios (con un valor $t=0,4307$) revela que no existe diferencias estadísticamente significativas, en los puntajes obtenidos por ambos grupos en esta medición.

(d) Puntaje total Escala de Atribución Causal

En este punto se analizan las diferencias que se hallaron entre sujetos que tienen un tiempo igual o menor a un año asistiendo a tratamiento y aquellos que llevan más de un año en tratamiento, respecto del puntaje total que obtuvieron en la Escala de Atribución Causal.

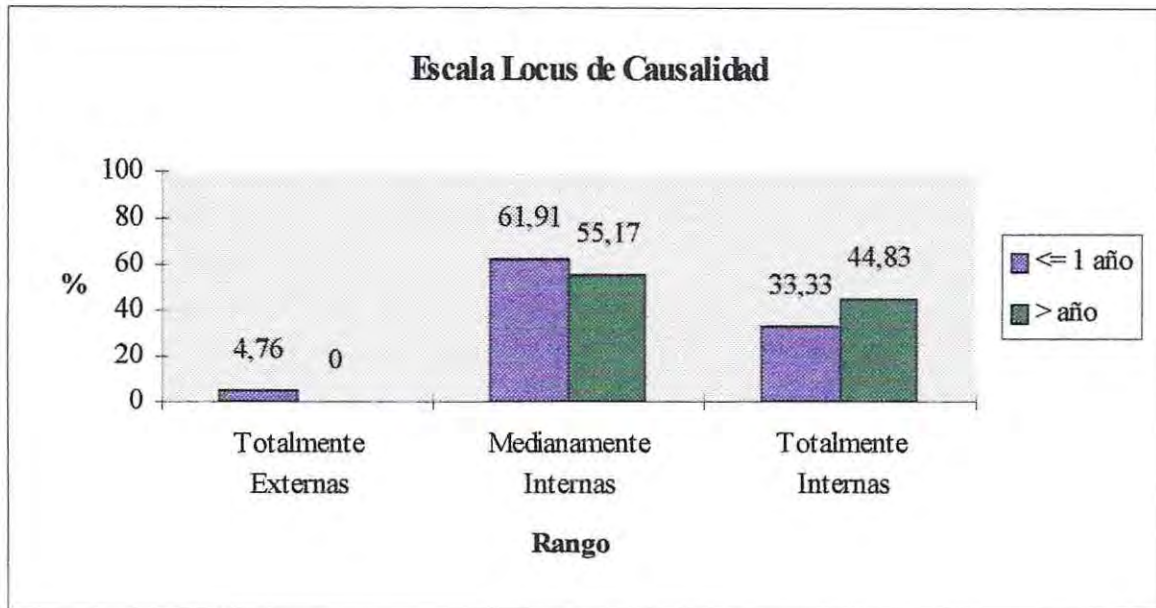
Con un promedio = 164,38 en sujetos = ó < de un año de tratamiento, y un promedio = 161,44 en sujetos con más de un año en tratamiento. El análisis de las varianzas (con un F observado = 0,2081) y la prueba de diferencia de promedios (valor t = 0,4561) revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por ambos grupos.

Los siguientes análisis por subescalas, nos permitirán dilucidar si existen diferencias en alguna de las dimensiones atribucionales subyacentes, entre ambos grupos.

(e) Puntaje Subescala de Locus de Causalidad

A continuación se presenta el análisis porcentual y gráfico, que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de ambos grupos, respecto del grado de internalidad/externalidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 32 Percepción de Locus de Causalidad en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



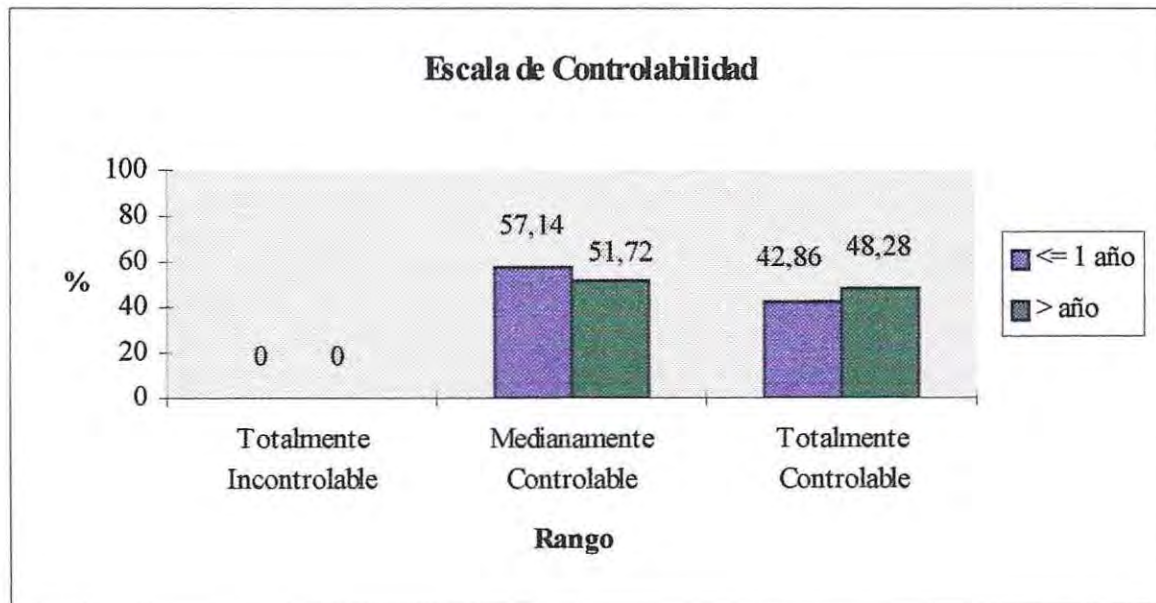
Como se aprecia en el gráfico, más del 50% de los sujetos de ambos grupos perciben las causas como determinadas tanto interna como externamente. El porcentaje restante percibe las causas como totalmente internas, sólo uno de los sujetos, que tiene menos de un año en diálisis, percibe las causas como totalmente externas.

El análisis de las varianzas (F observado = 0,2827) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t=0,5316$) indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por ambos grupos en esta subescala.

(f) Puntaje Subescala de Controlabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de ambos grupos, respecto del grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 33 Percepción de Controlabilidad en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



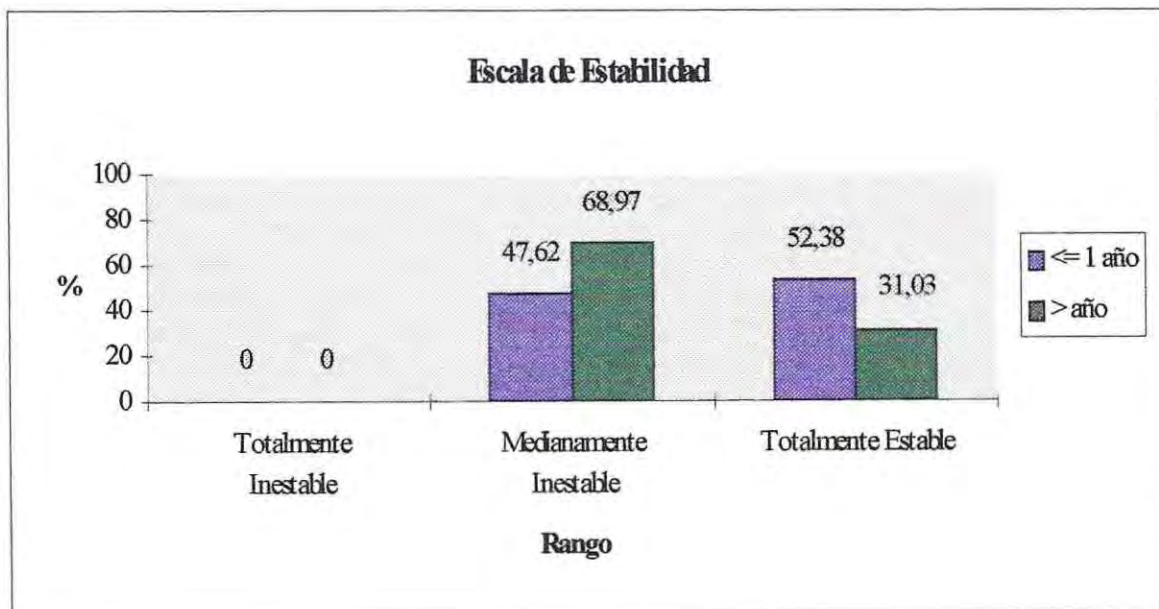
Como se aprecia en el gráfico, la mayoría de los sujetos de ambos grupos, percibe las causas como medianamente controlables, en tanto que el porcentaje restante se inclina por percibir las causas como totalmente controlables.

El análisis de las varianzas (F observado=0,1071) y la prueba de diferencia de promedios (valor $t=0,3272$) indican que no existen diferencias, estadísticamente significativas, entre ambos grupos en los puntajes obtenidos en esta subescala.

(g) Puntaje Subescala de Estabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de ambos grupos, respecto del grado de estabilidad/inestabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y de conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 34 Percepción de Estabilidad en grupos estratificados según Tiempo en Diálisis



Como puede apreciarse en el gráfico, la distribución de los porcentajes presenta una leve diferencia. Los sujetos que llevan más de un año en tratamiento presentan una tendencia a percibir las causas como medianamente estables, en tanto que los pacientes con un tiempo igual o menor a un año en tratamiento, se inclinaron hacia la percepción de las causas como totalmente estables.

El análisis de las varianzas (F observado=0,556) y la prueba de diferencia de promedios (valor t =0,7456) revelan que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

6.2.4.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Tiempo en Hemodiálisis.

Considerando los distintos análisis que hemos llevado a cabo en este apartado, en el cual hemos considerado a la muestra estratificada según el tiempo que llevan en tratamiento de hemodiálisis, podemos aproximar algunas conclusiones.

Respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad, los puntajes obtenidos por ambos grupos, revelan que existiría una leve tendencia de los pacientes con un tiempo igual o menor a un año de tratamiento a presentar mejores índices de adaptación, aún cuando esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Respecto de la Calidad de Vida percibida, reflejada en el ítem de Valoración General, se aprecia que los pacientes con un tiempo igual o menor a un año de tratamiento tienden a percibir, en más del 50% de los casos, su calidad de vida como normal y medianamente normal. En tanto que los pacientes con más años en tratamiento tienden a ubicarse en el rango de calidad de vida totalmente insatisfactoria. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa en la prueba t de diferencia de promedios.

Finalmente, respecto de los puntajes obtenidos por ambos grupos en las tres subescalas de dimensiones atribucionales, las pruebas de varianza y de diferencia de promedios indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los sujetos de ambos grupos presentaron una tendencia a percibir las causas como medianamente internas, controlables y estables. Se puede establecer entonces, que la variable Tiempo en Tratamiento parece no influir en las dimensiones atribucionales subyacentes, no hallándose un perfil atribucional que pueda ser definido a partir del tiempo que los sujetos llevan en tratamiento de diálisis.

6.2.5 Análisis de los Resultados por grupos estratificados según Nivel Educativo

Estratificada según el Nivel Educativo que presentan los sujetos, la muestra de pacientes se dividió en tres gru-

pos: sujetos con un nivel de escolaridad Básico (N= 15), sujetos con un nivel de escolaridad Medio (N= 16) y sujetos con un nivel de escolaridad Técnico/Profesional (N=19).

A continuación se presentan los distintos análisis realizados en la comparación de estos grupos en las distintas variables medidas.

6.2.5.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por los subgrupos en las distintas mediciones:

Tabla N° 28 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos de Nivel Educ. Básico

<i>Básico</i>	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,63	62,93	52,73	54,86	53	54,86	162,73
Desviación estándar	0,4	24,06	6,68	11,74	9,84	9,55	22,38
Moda	0,41	80	58	55	60	60	172
Mínimo	0,24	10	38	33	36	41	114
Máximo	1,87	90	61	76	67	70	203

Tabla N° 29 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos de Nivel Educ. Medio

<i>Medio</i>	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,7	65,37	56,37	54,56	53,25	54,93	162,75
Desviación estándar	0,34	30,79	8,27	11,23	8,17	9,19	22,01
Moda	/	100	64	55	58	60	182
Mínimo	0,22	5	40	31	32	30	93
Máximo	1,55	100	69	78	65	68	190

Tabla N° 30 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos de Nivel Educ. Técnico Profesional

<i>Téc. Profesional</i>	Ind. Adap.	Va. General	Adh. Terap.	Locus	Controlab.	Estabilidad	P.t. Atrib
Media	0,72	42,57	58,94	53,78	58,63	52,94	162,57
Desviación estándar	0,48	27,04	6,92	10,77	8,35	8,56	23,55
Moda	/	50	66	60	50	43	/
Mínimo	0,15	6	47	20	50	37	117
Máximo	2,02	98	73	65	77	78	214

6.2.5.2 Análisis de Varianza y Prueba "t" de Diferencia de Medias

Primeramente, se realizó un análisis de la varianza de los puntajes de los tres subgrupos, para todas las mediciones. Los resultados de esta comparación (con un $p=0,05$ y $df=2$), son los siguientes:

Tabla N° 31 ANOVA Puntajes de los subgrupos estratificados según Nivel Educativo

<i>F Crítico= 3,1951</i>	<i>F observado</i>
Índice de Adaptación	0,1958
Ítem Valoración General	3,6736*
P.T. Esc. Adherencia Terapéutica	3,0266
P.T. Escala Atribución Causal	0,0003
Puntaje Subescala Locus	0,0425
Puntaje Subescala Controlabilidad	2,3202
Puntaje Subescala Estabilidad	0,2675

***p = 0,001**

Posteriormente se aplicó la Prueba "t" de Diferencia de Medias por grupos emparejados (con un $p= 0.05$), sobre los puntajes obtenidos, hallándose los siguientes resultados:

Tabla N° 32 Prueba "t" puntajes sujetos Nivel Básico v/s

Medio

Valores críticos de t df=29	Básico v/s Medio
Una cola = 1,6991 Dos colas = 2,0452	Valor t Observado
Índice de Adaptación	0,4642
Ítem Valoración General	0,2468
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	1,3422
Puntaje Escala Atribución Causal	0,0020
Puntaje Subescala Locus	0,0736
Puntaje Subescala Controlabilidad	0,0770
Puntaje Subescala Estabilidad	0,0210

Tabla N° 33 Prueba "t" puntajes sujetos Nivel Básico v/s**Técnico Profesional**

Valores críticos de t df=32 Una cola = 1,6938 Dos colas = 2,0369	Básico v/s Téc. Prof. t Observado
Índice de Adaptación	0,5741
Ítem Valoración General	2,3177
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	2,6384*
Puntaje Escala Atribución Causal	0,0193
Puntaje Subescala Locus	0,2781
Puntaje Subescala Controlabilidad	1,8038
Puntaje Subescala Estabilidad	0,6057

***p= 0,02**

Tabla N° 34 Prueba "t" sujetos Nivel Medio v/s Téc. Prof.

Valores críticos de t df=33	Medio v/s Téc. Prof.
Una cola = 1,6923 Dos colas = 2,0345	Valor t Observado
Índice de Adaptación	0,1863
Ítem Valoración General	2,3054
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	1,0015
Puntaje Escala Atribución Causal	0,0220
Puntaje Subescala Locus	0,2073
Puntaje Subescala Controlabilidad	1,9167
Puntaje Subescala Estabilidad	0,6503

6.2.5.3 Discusión de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Nivel Educativo.

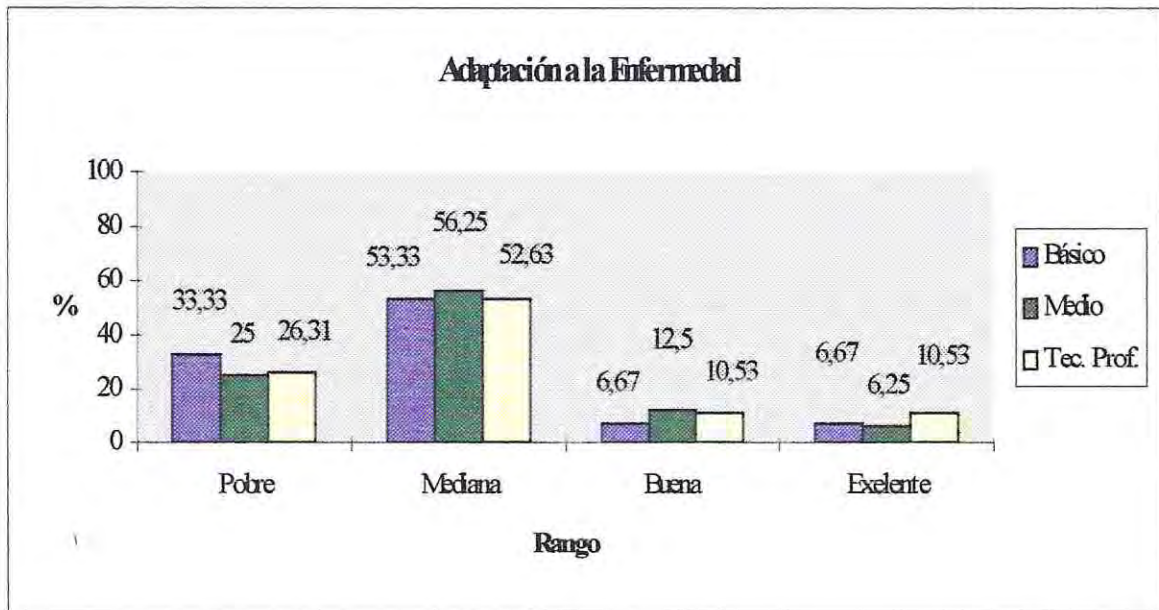
A continuación, a partir de los datos obtenidos en los puntos precedentes, se desarrollarán algunas consideraciones en torno a las distintas variables evaluadas.

(a) Cuestionario QL, Índice de Adaptación a la Enfermedad

Como puede apreciarse, los promedios obtenidos por los tres subgrupos (Básico=0,63; Medio=0,79 y Técnico Profesional=0,72), se encuentran a casi una desviación estándar (de cada grupo) por debajo del puntaje esperado de 1 que refleja una Adaptación a la Enfermedad aceptable.

El siguiente análisis porcentual y su gráfico nos permitirá apreciar la situación de estos tres niveles educativos respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad.

Figura N° 35 Adaptación a la Enfermedad en grupos estratificados según Nivel Educativo

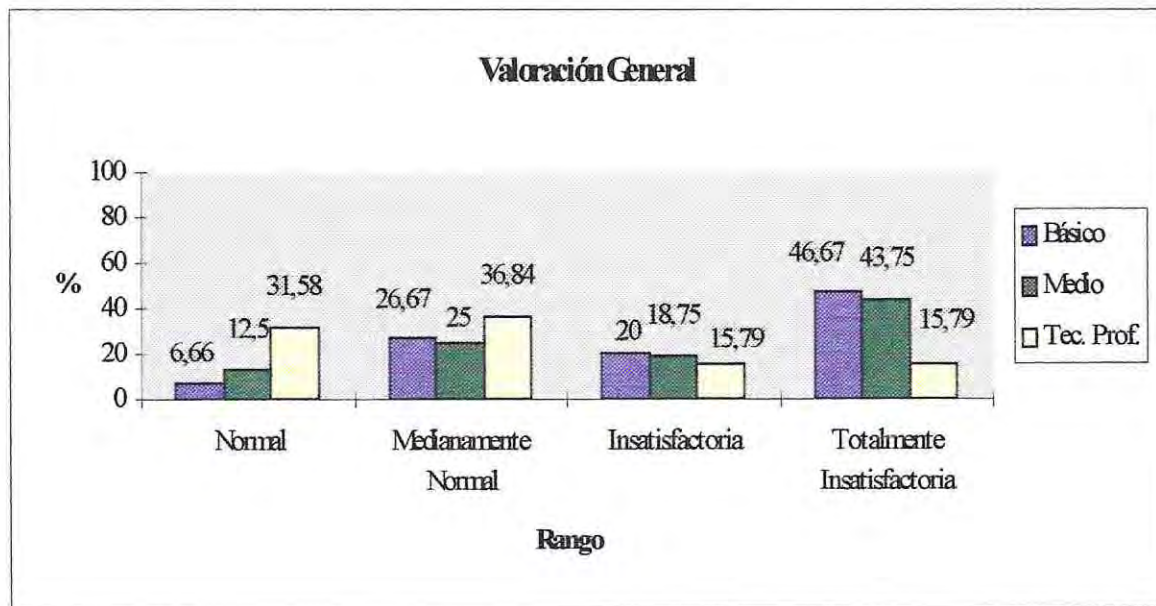


Como puede apreciarse en el gráfico, más del 50% de los sujetos pertenecientes a los tres subgrupos se ubican en el rango de Mediana Adaptación, en tanto que otro porcentaje importante se agrupa en el rango de pobre adaptación. Aún cuando se aprecia una leve tendencia en los sujetos de nivel Básico, a presentarse como peor adaptados respecto de los sujetos de los otros dos grupos, el análisis de las varianzas (con un F observado=0,1958) y la prueba t de diferencia de promedios (con valores $t=0,4642$; $0,5741$ y $0,1863$) indican que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(b) Ítem de Valoración General

El siguientes análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de los tres niveles educacionales, respecto de la calidad de vida percibida.

Figura N° 36 Calidad de Vida en grupos estratificados según Nivel Educativo



Como se aprecia en el gráfico, existen diferencias en la distribución de los sujetos pertenecientes a los distintos subgrupos. Un importante porcentaje de sujetos, pertenecientes al nivel Técnico Profesional, se ubican en el rango de calidad de vida Normal y Medianamente Normal. En tanto que la mayoría de los sujetos pertenecientes a los niveles Básico

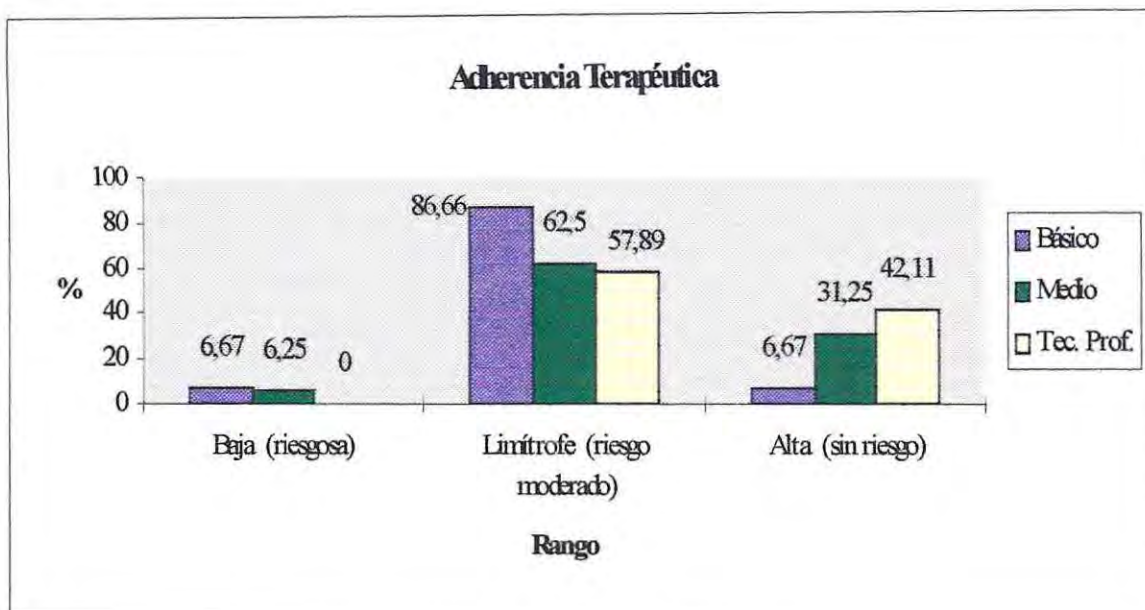
y Medio se ubican en los rangos de calidad de vida Insatisfactoria y Totalmente Insatisfactoria.

El análisis de las varianzas (con un F observado=3,6736) nos indica que existen diferencias significativas entre grupos. La prueba "t" de diferencia de promedios por grupos emparejados (con valores $t= 0,2468 ; 2,3177$ y $2,3054$), nos revela que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo de pacientes pertenecientes al nivel Técnico Profesional y los puntajes obtenidos por los pacientes pertenecientes a los dos grupos restantes. Esta diferencia apunta en dirección a que los pacientes con un nivel educacional Técnico Profesional perciben una mejor calidad de vida que aquellos pacientes pertenecientes a un nivel educacional Básico o Medio.

(c) Escala Conductual de Adherencia Terapéutica

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de los tres niveles educacionales, respecto de la Adherencia Terapéutica que exhiben.

Figura N° 37 Adherencia Terapéutica en grupos estratificados según Nivel Educativo



Como se aprecia en el gráfico, la mayoría de los pacientes pertenecientes a los tres niveles educativos se ubica en el rango de Adherencia Terapéutica Limitrofe. Existe una leve tendencia de los pacientes del nivel básico a presentarse como peor adheridos al tratamiento, en comparación con los otros dos subgrupos.

El análisis de las varianzas (con un F observado=3,0266) indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en las varianzas entre grupos. La prueba t de diferencia de promedios por grupos emparejados (con valores $t=1,3422$; $2,6384$ y $1,0015$) nos revela que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos por el nivel Medio y los puntajes obtenidos por los

grupos Básico y Técnico Profesional. Sin embargo, sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por los sujetos del nivel Básico en comparación con los puntajes obtenidos por los sujetos del nivel Técnico Profesional. Esta diferencia apunta en dirección a que los pacientes del nivel Básico se encuentran significativamente peor adheridos al tratamiento, en comparación con los pacientes del nivel Técnico Profesional.

(d) Puntaje total Escala de Atribución Causal

En este punto se analizan las diferencias que se hallaron entre sujetos que pertenecen a los distintos niveles educacionales, respecto del puntaje total que obtuvieron en la Escala de Atribución Causal.

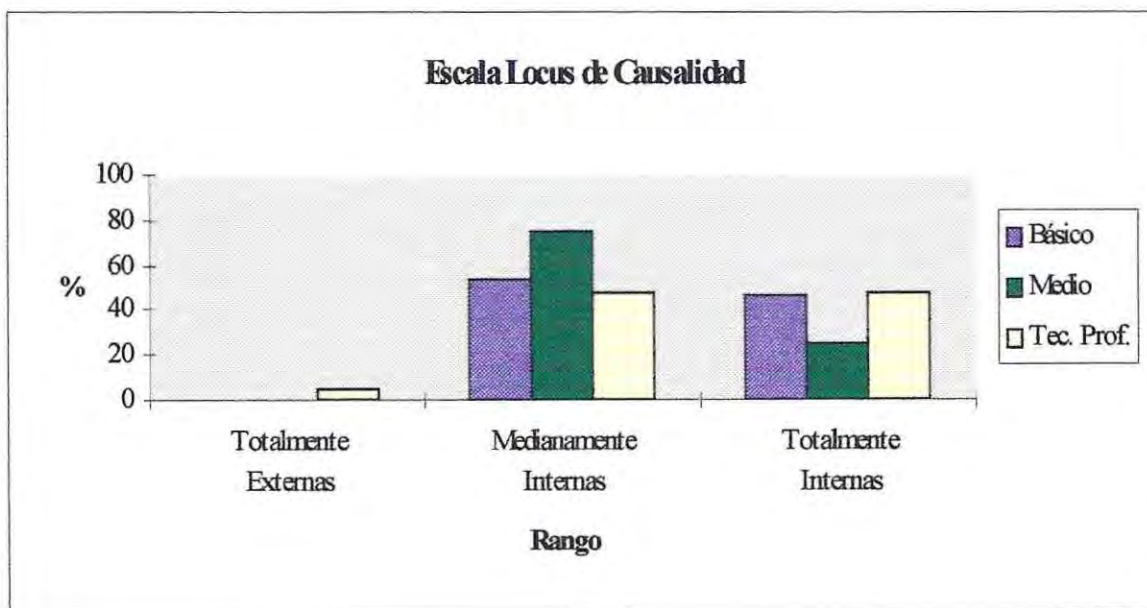
Con un promedio = 162,73 en sujetos de nivel Básico, un promedio = 162,75 en Nivel Medio, y un promedio = 162,57 en nivel Técnico Profesional. El análisis de las varianzas (con un F observado = 0,0003) y la prueba de diferencia de promedios (valores t = 0,0020 ; 0,0193 y 0,0220) revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por sujetos pertenecientes a los distintos niveles educacionales.

Los siguientes análisis por subescalas, nos permitirán dilucidar si existen diferencias en alguna de las dimensiones atribucionales subyacentes, entre estos grupos.

(e) Puntaje Subescala de Locus de Causalidad

A continuación se presenta el análisis porcentual y gráfico, que nos permitirá apreciar la situación de los pacientes pertenecientes a los tres niveles educacionales, respecto del grado de internalidad/externalidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 38 Percepción de Locus de Causalidad en grupos estratificados según Nivel Educativo



Como puede apreciarse en el gráfico, la mayoría de los pacientes del nivel Básico y Medio tienden a percibir las causas como determinadas tanto interna como externamente. Los pacientes del nivel Técnico Profesional en tanto, se dis-

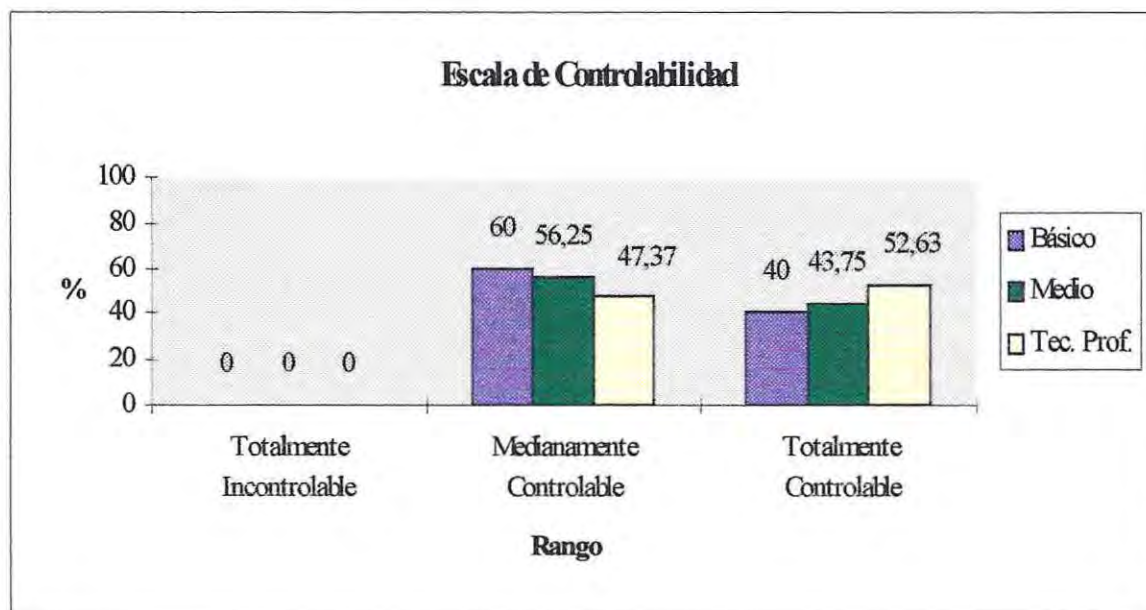
tribuyen equitativamente en los rangos intermedio, y de causas percibidas como totalmente internas.

El análisis de las varianzas (F observado= 0,2675) y la prueba t de diferencia de promedios sobre muestras emparejadas (con valores $t=0,0736$; 0,2781 y 0,2073) indican que estas diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

(f) Puntaje Subescala de Controlabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de los tres niveles educacionales, respecto del grado de controlabilidad/incontrolabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas de su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 39 Percepción de Controlabilidad en grupos estratificados según Nivel Educativo



Como puede apreciarse en el gráfico, la mayoría de los pacientes de los niveles Básico y Medio tienden a percibir las causas como medianamente controlables, en tanto que el porcentaje restante se inclina a percibir las causas como totalmente controlables. Los pacientes del grupo Técnico Profesional se inclinan más bien a percibir las causas como totalmente controlables.

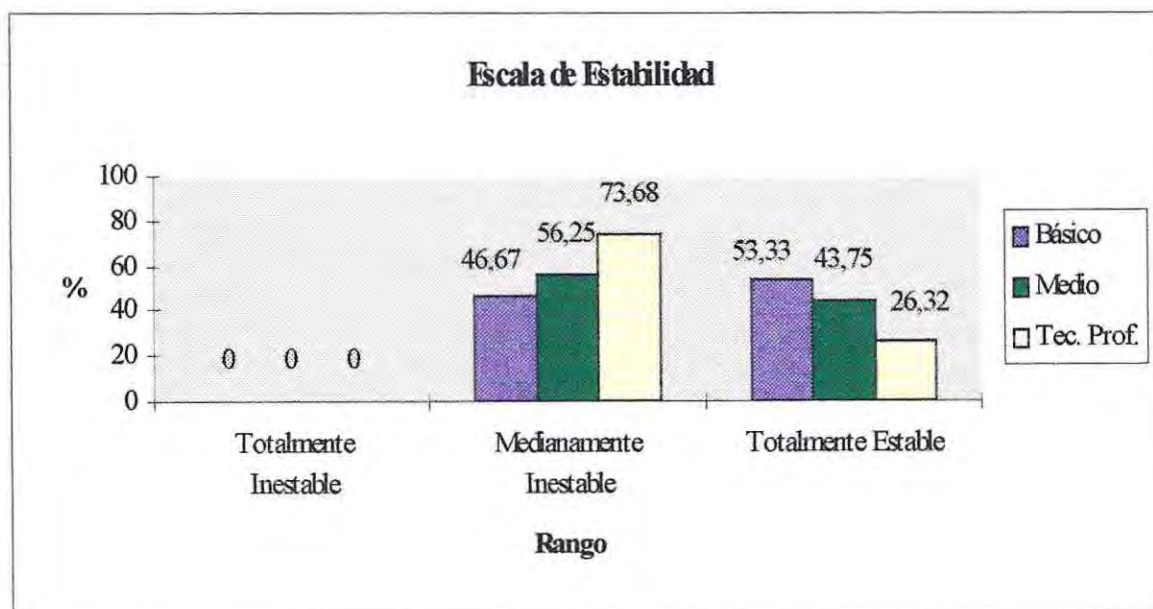
El análisis de las varianzas (F observado = 2,3202) indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Sin embargo, la prueba t de diferencia de promedios por grupos emparejados (con valores $t = 0,0770$; 1,8038 y 1,9167) nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas (con valor t crítico de una cola) entre los valores obtenidos por el Nivel Técnico Profesional y los va-

lores obtenidos por los niveles Básico y Medio. Esta diferencia apunta en dirección a que los pacientes de nivel educacional Técnico Profesional tienden a percibir las causas como más controlables en comparación con los pacientes de niveles Básico y Medio.

(g) Puntaje Subescala de Estabilidad

El siguiente análisis porcentual y gráfico nos permitirá apreciar la situación de los pacientes de los tres niveles educacionales, respecto del grado de estabilidad/inestabilidad percibido sobre las causas que han identificado como explicativas, de su Enfermedad y de conductas relacionadas con su Tratamiento.

Figura N° 40 Percepción de Estabilidad en grupos estratificados según Nivel Educativo



Como se aprecia en el gráfico, la mayoría de los pacientes de los niveles Medio y Técnico Profesional tienden a percibir las causas como medianamente estables, en tanto que el porcentaje restante se inclina por percibir las causas como totalmente estables. Los pacientes de nivel Básico, se inclinan mayoritariamente a percibir las causas como totalmente estables.

El análisis de las varianzas (F observado= 0,2675) y la prueba t de diferencia de promedios sobre grupos emparejados (con valores $t= 0,0210$; 0,6057 y 0,6503) nos indican que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

6.2.5.4 Resumen de los resultados obtenidos por grupos estratificados según Nivel Educativo.

Considerando los distintos análisis que hemos llevado a cabo en este apartado, en el cual hemos considerado a la muestra estratificada según el Nivel Educativo que presentan, podemos aproximar algunas conclusiones.

Respecto del Índice de Adaptación a la Enfermedad, el promedio de cada uno de los tres subgrupos se encuentra por debajo del puntaje esperado de 1, que refleja una Adaptación a la Enfermedad Aceptable. La mayoría de los sujetos de los tres niveles educativos, tiende a ubicarse en el rango de mediana adaptación. Si bien es cierto, se halló una leve tendencia de los pacientes del nivel Básico a presentarse co-

mo peor adaptados en comparación con los otros niveles educacionales, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Respecto de la Calidad de Vida percibida, expresada en el Ítem de Valoración General, existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos por los sujetos de los distintos niveles educacionales, estas diferencias apuntan en dirección a que los sujetos que poseen un nivel educacional Técnico Profesional tienden a percibir su calidad de vida como Normal y Medianamente Normal, en tanto que los sujetos de los niveles Básico y Medio tienden a percibir su Calidad de Vida como Insatisfactoria y Totalmente Insatisfactoria.

Respecto de la Adherencia Terapéutica, aún cuando la mayoría de los sujetos pertenecientes a los tres niveles educacionales se encuentra en el rango de Adherencia Límitrofe, las pruebas estadísticas realizadas sobre los grupos emparejados, revelan que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos extremos, esto es, niveles Básico y Técnico Profesional. Esta diferencia apunta en dirección a que los pacientes del nivel Básico se presentan como significativamente peor adheridos al tratamiento en comparación con los pacientes del nivel Técnico Profesional.

Finalmente, el análisis de las subescalas atribucionales revela que no existen diferencias, estadísticamente signifi-

cativas entre los grupos, en la internalidad/externalidad y la estabilidad/inestabilidad percibida. Sólo la dimensión de controlabilidad reveló una diferencia estadísticamente significativa, en el sentido que los sujetos pertenecientes al nivel educacional Técnico Profesional tienden a percibir las causas como más controlables, en comparación con los sujetos pertenecientes a los niveles Básico y Medio.

6.3 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES ATRIBUCIONALES Y SU RELACIÓN CON LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En este apartado analizaremos cada una de las dimensiones atribucionales subyacentes (locus, controlabilidad y estabilidad), a través del análisis independiente de cada una de las subescalas de la Escala de Atribución Causal.

Como hemos visto en los apartados anteriores, los puntajes de la muestra de pacientes en las tres subescalas, en general, tienden a agruparse en el rango intermedio (de mediana internalidad, controlabilidad y estabilidad). Esta tendencia central, eventualmente encubre las relaciones que pudieran hallarse entre estas dimensiones atribucionales y las variables de Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica.

Dado que el objetivo principal de nuestra investigación es precisamente hallar estas relaciones, en el siguiente análisis, para cada subescala atribucional extraeremos los cuartiles extremos, superior e inferior, de puntajes. Estas dos muestras de valores atribucionales extremos, serán analizadas en su estadística descriptiva, correlaciones y diferencias comparativas en los puntajes de Adaptación a la Enfermedad, Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica.

6.3.1 **Subescala Atribucional de Locus de Causalidad**

De la muestra total de pacientes, se extrajeron los cuartiles superior e inferior de los puntajes en esta subes-

cala. De este modo se conformaron dos grupos: sujetos con alta percepción de internalidad sobre las causas explicativas (N=12), y sujetos con alta percepción de externalidad sobre las causas explicativas (N=12).

6.3.1.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por ambos grupos en las mediciones de Adaptación a la Enfermedad, Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica:

Tabla N° 35 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con alta Internalidad

<i>Alta Internalidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,89	54,83	61
Desviación Estándar	0,55	32,56	5,75
Moda	/	1,55	60
Puntaje Mínimo	0,17	6	46
Puntaje Máximo	2,02	100	68

Tabla N° 36 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con alta Externalidad

<i>Alta Externalidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,53	67,33	50
Desviación Estándar	0,23	31,18	6,79
Moda	0,51	98	50
Puntaje Mínimo	0,24	6	40
Puntaje Máximo	1,11	100	64

6.3.1.2 Prueba t de diferencia de Medias

Los siguientes fueron los resultados obtenidos en la comparación de los promedios obtenidos por ambos grupos de sujetos ($p= 0,05$):

Tabla N° 37 Prueba "t" puntajes sujetos alta internalidad v/s sujetos alta externalidad

Valores críticos de t df=11	
Una cola = 1,7958 Dos colas = 2,2009	Valor t Observado
Índice de Adaptación	2,2772
Ítem Valoración General	0,9592
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	4,9494*

***p = 0,001**

6.3.1.3 Análisis de resultados Locus de Causalidad

Respecto de la variable Adaptación a la Enfermedad, se observa una importante diferencia en los promedios obtenidos por ambos grupos en esta variable (0,89 grupo alto en internalidad; y 0,53 grupo alto en externalidad). La prueba t de diferencia de promedios revela que esta diferencia es estadísticamente significativa (con un t observado=2,2772). Lo que apunta a que, una mayor Internalidad percibida en las causas que explican la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento estaría asociada con una mejor Adapta-

ción a la Enfermedad, en tanto que una mayor externalidad percibida en las causas estaría asociada, en algunos casos, con una pobre Adaptación a la Enfermedad.

Este hallazgo es corroborado en el análisis correlacional, donde la mayor internalidad tuvo una correlación $r=0,4195$ con el Índice de Adaptación. En tanto que la mayor externalidad tuvo una correlación inversa $r= -0,29$ con el Índice de Adaptación.

Respecto de la Calidad de Vida percibida, también existen diferencias en los promedios obtenidos por ambos grupos (54,83 para el grupo alto en internalidad, y 67,33 para el grupo alto en externalidad). La prueba t de diferencia de promedios (valor $t=0,9592$) indica sin embargo, que estas diferencias no son estadísticamente significativas. Se podría concluir entonces, que sólo en algunos casos, la internalidad estaría asociada con una percepción de mejor calidad de vida; en tanto que la externalidad estaría asociada con la percepción de una calidad de vida más pobre. El análisis correlacional confirma este hallazgo, donde internalidad presenta una correlación $r=0,3212$ (baja pero positiva), y la externalidad presenta una correlación $r= -0,0336$ (baja y negativa) con la variable calidad de vida.

Respecto de la variable Adherencia Terapéutica, existe una diferencia importante en los promedios obtenidos por ambos grupos (61 para sujetos altos en internalidad, y 50 para

sujetos altos en externalidad). La prueba t de diferencia de promedios, revela que esta diferencia es altamente significativa en términos estadísticos. Esta diferencia apunta en dirección a que, una mayor internalidad percibida en las causas que explican la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento, estaría asociada con una mejor Adherencia Terapéutica, en tanto que una mayor externalidad percibida en las causas estaría asociada en la mayoría de los casos con una menor Adherencia Terapéutica.

El análisis correlacional avala estas conclusiones, ya que se halló una correlación $r=0,44$ entre internalidad y adherencia; y una correlación $r= -0,2889$ entre externalidad y adherencia

Tomados en conjunto, estos resultados nos llevan a concluir que: las personas que perciben como Totalmente Internas las causas que explican su Enfermedad y conductas relacionadas con su Tratamiento, presentan una mejor Adaptación a la Enfermedad y una mejor Adherencia Terapéutica, en comparación con aquellas personas que perciben dichas causas como Totalmente Externas.

6.3.2 Subescala Atribucional de Controlabilidad

De la muestra total de pacientes, se extrajeron los cuartiles superior e inferior en los puntajes de esta subescala. De este modo se conformaron dos grupos: sujetos con

alta percepción de Control sobre las causas explicativas (N=12), y sujetos con alta percepción de Incontrolabilidad sobre las causas explicativas (N=12).

6.3.2.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por ambos grupos en las mediciones de Adaptación a la Enfermedad, Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica:

Tabla N° 38 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con alta Controlabilidad

<i>Alta Controlabilidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,66	40,75	60,75
Desviación Estándar	0,48	28,08	5,44
Moda	0,6	10	58
Puntaje Mínimo	0,16	5	54
Puntaje Máximo	1,87	88	73

Tabla N° 39 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con alta Incontrolabilidad

<i>Alta Incontrolabilidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,56	72,08	51,5
Desviación Estándar	0,36	26,05	5,3
Moda	/	80	/
Puntaje Mínimo	0,15	15	38
Puntaje Máximo	1,55	100	66

6.3.2.2 Prueba t de diferencia de Medias

Los siguientes fueron los resultados obtenidos en la comparación de los promedios obtenidos por ambos grupos de sujetos ($p = 0,05$):

Tabla N° 40 Prueba "t" puntajes sujetos alta Controlabilidad v/s sujetos alta Incontrolabilidad

Valores críticos de t df=11	
Una cola = 1,7958 Dos colas = 2,2009	Valor t Observado
Índice de Adaptación	0,54
Ítem Valoración General	4,2242**
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	3,198*

****p = 0,01 *p = 0,02**

6.3.2.3 Análisis de resultados Escala Controlabilidad

Respecto de la variable Adaptación a la Enfermedad, se observa una leve diferencia en los promedios obtenidos por ambos grupos (0,66 para el grupo alto en controlabilidad; y 0,56 en el grupo alto en incontrolabilidad). La prueba t de diferencia de promedios revela que esta diferencia no es estadísticamente significativa (con un t observado=0,54). Estos resultados revelan que: la dimensión de controlabilidad percibida, sobre las causas que explican la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento, no incidiría en una mejor o peor Adaptación a la Enfermedad.

El análisis correlacional revela que el alto control se correlacionó con un $r=0,084$. En tanto que la alta incontrolabilidad se correlacionó con un $r= -0,2593$ respecto de la variable Adaptación a la Enfermedad. Aún cuando la magnitud de las correlaciones es pequeña, cabe destacar sus valencias, donde incontrolabilidad estuvo inversamente correlacionada con Adaptación.

Respecto de la Calidad de Vida percibida, existen diferencias importantes en los promedios obtenidos por ambos grupos (40,75 para el grupo alto en controlabilidad, y 72,08 para el grupo alto en incontrolabilidad). La prueba t de diferencia de promedios (con un valor $t=4,2242$), indica que esta diferencia es altamente significativa. Lo que implica que: a mayor Control percibido sobre las causas que explican la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento, los sujetos perciben también una mejor Calidad de Vida. En contraposición, aquellos sujetos que perciben dichas causas como totalmente Incontrolables tienden a percibir su Calidad de Vida como más insatisfactoria.

El análisis correlacional confirma este hallazgo, ya que alto control se correlacionó con Valoración General con un valor $r= -0,5780$. En tanto que alta Incontrolabilidad se correlacionó con Valoración General con un $r=0,4864$.

Respecto de la variable Adherencia Terapéutica, existe una diferencia importante en los promedios obtenidos por am-

dos grupos (60,75 para sujetos altos en controlabilidad, y 51,5 para sujetos altos en incontrolabilidad). La prueba t de diferencia de promedios, revela que esta diferencia es altamente significativa en términos estadísticos (valor t observado=3,198). Esta diferencia apunta en dirección a que: una mayor Controlabilidad percibida sobre las causas que explican la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento estaría asociada una mayor Adherencia Terapéutica, en tanto que una mayor Incontrolabilidad percibida sobre dichas causas estaría asociada con una menor Adherencia Terapéutica.

El análisis correlacional confirma este hallazgo, ya que la correlación entre alta Controlabilidad y Adherencia tuvo un valor $r= 0,4625$. En tanto que alta Incontrolabilidad y Adherencia presenta un valor $r= -0,5236$.

Tomados en conjunto, estos resultados nos llevan a concluir que las personas que perciben como totalmente controlables las causas que explican su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento, presentan una percepción de mejor Calidad de Vida y una mejor Adherencia Terapéutica, en comparación con aquellas personas que perciben como totalmente incontrolables las causas que explican su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento.

6.3.3 Subescala Atribucional de Estabilidad

De la muestra total de pacientes, se extrajeron los cuartiles superior e inferior respecto de los puntajes en esta subescala. De este modo se conformaron dos grupos: sujetos con percepción de alta Estabilidad sobre las causas explicativas (N=12), y sujetos con alta percepción de Inestabilidad sobre dichas causas (N=12).

6.3.3.1 Estadística Descriptiva

Los siguientes son los valores obtenidos por ambos grupos en las mediciones de Adaptación a la Enfermedad, Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica:

Tabla N° 41 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con Alta Estabilidad

<i>Alta Estabilidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,62	60,66	56,5
Desviación Estándar	0,34	28,14	8,22
Moda	0,35	/	64
Puntaje Mínimo	0,33	5	38
Puntaje Máximo	1,55	100	64

Tabla N° 42 Resumen estadística descriptiva de los puntajes obtenidos por sujetos con Alta Inestabilidad

<i>Alta Inestabilidad</i>	Adaptación a la Enfermedad	Valoración General	Adherencia Terapéutica
Promedio	0,56	59,83	53,25
Desviación Estándar	0,23	33,31	8,82
Moda	0,24	80	47
Puntaje Mínimo	0,24	6	40
Puntaje Máximo	1,11	100	73

6.3.3.2 Prueba t de diferencia de Medias

Los siguientes fueron los resultados obtenidos en la comparación de los promedios obtenidos por ambos grupos de sujetos ($p= 0,05$):

Tabla N° 43 Prueba "t" puntajes sujetos Alta Estabilidad v/s sujetos Alta Inestabilidad

<i>Valores críticos de t</i> <i>df=11</i>	
<i>Una cola = 1,7958</i> <i>Dos colas = 2,2009</i>	<i>Valor t Observado</i>
Índice de Adaptación	0,6678
Ítem Valoración General	0,0614
Puntaje Escala Adherencia Terapéutica	09545

6.3.3.3 Análisis de resultados Escala Estabilidad

Respecto de la variable Adaptación a la Enfermedad, existe una leve diferencia en los promedios de ambos grupos, que favorece en cuantía a aquellos que perciben las causas como totalmente estables (0,62 v/s 0,56). Sin embargo, la prueba "t" de diferencia de promedios revela que esta diferencia observada no es estadísticamente significativa.

El análisis correlacional nos muestra que tanto la estabilidad como la inestabilidad percibida se encuentran bajamente correlacionadas con la variable Adaptación a la Enfermedad ($r=0,0621$ y $r=0,0043$ respectivamente).

Respecto de la variable de Calidad de Vida percibida, hay una ínfima diferencia entre los promedios de ambos grupos, que no resulta estadísticamente significativa (valor t observado=0,0614).

Tanto la estabilidad como la inestabilidad correlacionaron bajo con la variable Calidad de Vida ($r=0,1675$ y $0,2254$ respectivamente).

Respecto de la Adherencia terapéutica, también hay una pequeña diferencia en los promedios de ambos grupos, aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa (con un valor t observado= 0,9545).

Tanto estabilidad como inestabilidad presentan bajas correlaciones con la variable de Adherencia Terapéutica ($r=0,2587$ y $r=0.2841$ respectivamente).

De estos resultados se puede concluir que: la Estabilidad o Inestabilidad percibida, sobre las causas que explicarían la Enfermedad y las conductas relacionadas con el Tratamiento, no influiría en los valores de las variables de Adaptación a la Enfermedad, Calidad de Vida percibida y Adherencia Terapéutica.

6.4 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS DISTINTAS MEDICIONES

A continuación detallaremos algunos hallazgos que se desprenden del análisis de contenido que se realizó sobre los protocolos de respuesta, de los tres instrumentos de evaluación utilizados.

6.4.1 **Cuestionario QL de Font**

Este instrumento, que evalúa el Índice de Adaptación a la Enfermedad (ver anexo N° 2), contempla en sus ítemes la evaluación de disfunciones que puede estar experimentando el sujeto enfermo, en el plano físico, social, familiar e individual.

En la muestra de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, las principales molestias en el plano **Físico**, en orden de importancia, según el puntaje que asignaron en dicho ítem, son las siguientes:

- (a) Dificultad para mover el cuerpo y para desplazarse de un lugar a otro.
- (b) Dolor (principalmente en las extremidades y espalda)
- (c) Fatiga

En el plano **Social**, los ítemes puntuados más altos fueron:

- (a) Pérdida de trabajo y la necesidad de realizar actividades esporádicas y mal remuneradas.
- (b) Disminución en la actividad social en términos de visitar amigos o recibir visitas.

En el plano **Familiar**, el ítem puntuado más alto fue:

- (a) Insatisfacción en la relación de pareja; en el plano sexual, afectivo y comunicativo.

En el plano **Individual/Psicológico**, los ítemes puntuados más altos fueron:

- (a) Estado de ánimo depresivo (con una incidencia en el 84% de los protocolos).
- (b) Ansiedad y nerviosismo.
- (c) Ira, agresividad.

6.4.2 **Escala Conductual de Adherencia Terapéutica**

Este instrumento, que fue construido específicamente para los fines de esta investigación (ver Anexo N° 3), dividió en 5 áreas los distintos componentes del tratamiento.

De estas áreas aquellas que resultaron ser más difíciles para el cumplimiento de los pacientes fueron:

- (a) La ingesta de líquidos y alimentos (con una incidencia de incumplimiento riesgoso en el 38% de los protocolos)

- (b) La ingesta de medicamentos (en la mayoría de los casos con un nivel de incumplimiento de riesgo moderado).

6.4.3 Escala de Atribución Causal

En los análisis precedentes nos hemos ocupado exclusivamente de las dimensiones subyacentes a las causas percibidas. Al respecto los siguientes fueron los perfiles hallados en términos de dimensiones subyacentes (tras la revisión de los puntajes totales de la Escala de Atribución Causal):

- (a) Causas percibidas como internas, controlables y estables aparecieron en el 82% de los casos (N=41).
- (b) Causas percibidas como internas, controlables e inestables aparecieron en el 2% de los casos (N=1).
- (c) Causas percibidas como internas, incontrolables y estables aparecieron en el 2% de los casos (N=1).
- (d) Causas percibidas como externas, estables y controlables aparecieron en el 8% de los casos (N=4).
- (e) Causas percibidas como externas, inestables y controlables aparecieron en el 2% de los casos (N=1).
- (f) Causas percibidas como externas inestables e incontrolables aparecieron en el 4% de los casos (N=2).

Respecto de las causas percibidas, las siguientes son algunas de las principales causas identificadas en los distintos tópicos que contempla la Escala de Atribución Causal:

- (a) Como causas que explican la falta de Adaptación al tratamiento de hemodiálisis (planteado generalmente como "rechazo a la máquina") se encuentran las siguientes:
- nerviosismo** (percibido como interno, estable y controlable)
 - miedo** (interno, inestable y controlable)
 - Depresión** (interna, estable e incontrolable)
- (b) Como causas que explican la Adaptación al Tratamiento de Hemodiálisis se encuentran las siguientes:
- Resignación** (interna, estable y controlable)
 - Sentimiento de que gracias a la máquina se sienten bien y pueden vivir** (interno, estable y controlable)
- (c) Como causas que explican la falta de Adherencia con las prescripciones del tratamiento se encuentran las siguientes:
- Falta de "Fuerza de Voluntad"** (percibida como interna, inestable y controlable)
 - Irresponsabilidad e "inconciencia"** (interna, estable y controlable)
 - Falta de "deseos de vivir"** (interna, estable y controlable)
- (d) Como causas que explican el cumplimiento sistemático de las prescripciones del tratamiento se encuentran las siguientes:

"Fuerza de Voluntad" (interna, estable y controlable)

Apoyo familiar (externo, estable y controlable)

Responsabilidad (interna, estable y controlable)

- (e) Como causas que explican una calidad satisfactoria de las diálisis se encuentran las siguientes:

Buen estado general de salud (externo, inestable e incontrolable)

Buena atención del equipo tratante (externo, estable y controlable)

- (f) Como causas que explican una calidad insatisfactoria de las diálisis se halló una sola causa:

Malas condiciones de salud (percibida como interna, estable e incontrolable)

- (g) Como causas que explican una calidad de vida satisfactoria se encuentran las siguientes:

Resignación y Acostumbramiento (percibidos como internos, estables y controlables)

El "Poner uno de su parte" (interno, estable y controlable)

- (h) Como causas que explican una calidad de vida insatisfactoria se encuentran las siguientes:

Permanente mal estado de salud (percibido como interno, estable e incontrolable)

Falta de Apoyo Familiar (externo, estable e incontrolable)

Pérdida de la capacidad para trabajar (percibido como interno, estable e incontrolable)

(i) Finalmente, como causas que explican la aparición y evolución de la Enfermedad, se encuentran las siguientes:

Golpes y caídas (percibidos como externos, inestables e incontrolables)

Resfríos e infecciones mal cuidados (interno, estable y controlable)

Antecedentes genéticos (interno, estable e incontrolable)

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

Esta investigación se propuso como objetivo central, explorar las relaciones existentes, entre las Atribuciones Causales que realizan los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, respecto de su Enfermedad y Conductas relacionadas con su Tratamiento, y la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica que presentan.

Para medir estas tres variables, utilizamos instrumentos totalmente nuevos para esta población.

El cuestionario QL de Font originariamente destinado a la evaluación de Calidad de Vida y Adaptación a la Enfermedad en pacientes oncológicos, demostró su plena utilidad con los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis. La razón de esto es que en sus ítemes recoge la sintomatología física y problemática psicosocial que está también presente en estos pacientes.

Respecto de la Adherencia Terapéutica, la ausencia de instrumentos que midieran adherencia para este tratamiento en particular, obligó la construcción de una Escala Conductual de Adherencia Terapéutica. Este instrumento se desarrolló a partir de la revisión de la literatura y de entrevistas realizadas a miembros del equipo tratante de estos pacientes, lo

que nos permitió definir primeramente las áreas y conductas que comprende el tratamiento global. Luego se diseñaron los ítemes y sus correspondientes alternativas, las que fueron sometidas al criterio de jueces expertos (psicólogos y miembros del equipo tratante) Finalmente se definieron en conjunto con el equipo tratante los puntos de corte para los niveles de riesgo en Adherencia Terapéutica. Aún cuando en las respuestas de los pacientes no se hallaron importantes discrepancias cuando fueron contrastadas con las fichas clínicas, lo que aseguraría la validez de contenido del instrumento; la confiabilidad de esta medición puede sin duda ser puesta en tela de juicio, ya que carecemos de un estudio más acabado del instrumento en términos psicométricos. Sin embargo, justifica esta falencia el que los objetivos de la investigación no constituyen la estandarización propiamente tal de ningún instrumento; este instrumento se elaboró simplemente como una forma de recolección de datos rápida y estandarizada para los sujetos de la muestra, en aquellos tópicos que fueron definidos por los especialistas como importantes para el tratamiento.

Respecto de la medición de Atribuciones y Dimensiones Subyacentes, el protocolo que fue entregado a los pacientes replica la modalidad utilizada en otras investigaciones, con

reactivos elaborados en virtud de la situación particular de enfermedad y tratamiento que viven éstos.

En este punto es nuestro deseo destacar el hecho de que cualquier trabajo que se realice en el futuro con estos pacientes requerirá en algún momento de evaluaciones psicométricas de alguna índole. Por el momento no se cuenta con muchos instrumentos de medición que sean específicos para esta población. Y se ha demostrado en otras investigaciones (Guendelman y Hoffmann, 1991) que instrumentos comúnmente usados para la población general no resultan útiles en esta población en particular. Por ello cabe señalar, que una fuente inagotable de estudio en este sentido es la construcción de instrumentos específicos que nos permitan visualizar más claramente la situación particular de estos pacientes.

Realizadas las mediciones, sus resultados indican que tanto la Adaptación a la Enfermedad como la Adherencia Terapéutica constituyen problemas de importante magnitud en esta población de pacientes.

Según nuestras mediciones, un 82% de la muestra en estudio se encuentra pobre o medianamente adaptado. Es decir, presentan un Índice de Adaptación inferior a 1.

Estos resultados son explicados por la alta incidencia de sentimientos depresivos, ansiedad, nerviosismo, ira y agresividad; todos ellos signos de quiebre en el funciona-

miento psicológico, que exceden en proporción a la magnitud de desequilibrios percibidos en las esferas fisiológica, social y familiar.

Respecto de la Adherencia Terapéutica, los resultados indican que la mayoría de los pacientes (70%), se encuentran en un rango de Adherencia Terapéutica Limitrofe o de Riesgo Moderado, un 2% de los pacientes se hallan en un rango de Adherencia Terapéutica Riesgosa, y sólo un 28% de ellos presenta una Adherencia Terapéutica lo suficientemente Alta como para no constituir riesgos. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de otras investigaciones con esta población (Bustos y Cols, 1990). Los bajos puntajes en adherencia son explicados, en orden de importancia, por los frecuentes desajustes que los pacientes realizan respecto del consumo de líquidos y alimentos, y la irregularidad en la ingesta de los medicamentos prescritos. La baja correlación existente entre los puntajes obtenidos por los sujetos en las mediciones de Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica, nos sugiere una importante conclusión, cual es que ambas dimensiones se comportan de forma independiente. Esta afirmación desconfirma la creencia general que sostienen los miembros del equipo tratante (médicos y enfermeras), respecto de que un paciente bien adherido necesariamente es un paciente bien adaptado, donde esta creencia les ha llevado a centrarse exclusivamente en el plano de la adherencia. Según nuestros

resultados, no bastaría con lograr que el paciente siguiera las prescripciones del tratamiento como para aliviar la serie de disturbios que los pacientes experimentan en el plano psicológico. Estos últimos necesitarían un tratamiento específico, adicional al manejo que se pueda realizar en el plano de la adherencia.

En torno a las características estratificadoras de la muestra, se halló que no existen diferencias significativas en la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica, asociadas con el Lugar de Tratamiento, Sexo y Tiempo en Hemodiálisis que presentan los sujetos. Respecto de la edad, se observó que los pacientes mayores de 50 años se presentan como mejor adaptados, aunque igualmente adheridos, en comparación con los sujetos cuya edad es inferior a los 50 años. Respecto del Nivel Educativo, no se observaron diferencias en la Adaptación a la Enfermedad presentada por los tres grupos que fueron definidos como Básico, Medio y Técnico Profesional. Sin embargo, se halló una diferencia estadísticamente significativa en torno a la Adherencia Terapéutica exhibida, donde los pacientes del grupo Técnico Profesional se presentan como significativamente más adherentes al tratamiento en comparación con los pacientes del grupo de nivel educativo Básico. No se hallaron diferencias significativas entre el grupo de nivel Básico y nivel Medio. Estos hallaz-

gos avalan las conclusiones de otros trabajos que destacan el nivel educacional (intelectual) como determinante de la adherencia, en el sentido de que un mayor nivel educacional e intelectual favorecerían una mejor adherencia.

En este tipo de pacientes, dicha afirmación puede resultar particularmente cierta ya que de hecho las características del tratamiento son bastante complejas (ver capítulos 1 y 2) y demanda por lo tanto un nivel de comprensión elevado. Se requiere que el paciente comprenda todo lo relacionado con la composición de los alimentos y su relación con elementos tales como el agua, potasio, fósforo y sodio contenidos en ellos. También se le debe hacer comprender el rol que jugará el agua de aquí en adelante en sus vidas, y todo lo que puede y no puede hacer por ellos el tratamiento de hemodiálisis. Todo esto apunta al problema de la entrega y manejo de la información. En nuestra experiencia directa con estos pacientes, hemos podido comprobar que muchos de ellos no recuerdan o comprendieron mal la información que en algún momento les entregó el médico o las enfermeras respecto de la evolución de su enfermedad y del por qué la importancia de seguir todas las prescripciones que se le entregaron.

Hemos podido comprobar asimismo, que las prescripciones del tratamiento a menudo se contraponen con creencias previas que los pacientes sostienen respecto de lo que debe hacer una persona enferma. Por ejemplo, para algunos basta con asistir

a diálisis y tomarse los medicamentos para sentirse bien (conductas que pueden ser válidas para otro tipo de enfermedades), para otros "enfermo que come no muere" y por tanto les cuesta aceptar la presencia de un régimen estricto.

En este punto se sugiere que cualquier plan de apoyo psicoterapéutico con estos pacientes debe incorporar la dimensión educacional, se debe buscar la forma (la metodología) a través de la cual la complejidad de la enfermedad y del tratamiento sea bien comprendida y asimilada a las rutinas diarias de la persona. Para ello se debe considerar no sólo el tipo de información sino además, el lenguaje y nivel educacional de cada paciente.

Respecto de la medición de Atribuciones Causales, resulta útil señalar que en nuestro estudio no evaluamos "Estilos Atribucionales", concepto que se utiliza en investigaciones que trabajan con el modelo de la "Desesperanza Aprendida" y su relación con la presencia de Depresión en los sujetos. En nuestro estudio, a partir del modelo de Bernard Weiner (1980, 1985), nos centramos exclusivamente en las causas percibidas, y sus dimensiones subyacentes, que los pacientes identifican como explicaciones para su Enfermedad y Conductas relacionadas con su Tratamiento. Por lo tanto, no se pueden generalizar estos resultados, en torno a las consecuencias afectivas, conductuales y motivacionales, más allá del ámbito específico

de la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, cualquier descubrimiento en este ámbito resulta aportativo, ya que en nuestra revisión bibliográfica respecto de Atribución y Salud, no hemos encontrado hasta este momento, ningún estudio que haga referencia a esta población en particular con su problemática específica.

Tomando en consideración esta distinción, los resultados de nuestro estudio nos permiten aventurar hipótesis respecto de la relación existente entre las Dimensiones Causales y la Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica.

En primer lugar, consideraremos la dimensión de "Locus de Causalidad". Nuestro estudio revela que esta dimensión atribucional estaría asociada de forma importante con las variables de Adaptación a la Enfermedad (y su corolario Calidad de Vida percibida), y Adherencia Terapéutica. Esta relación apunta en dirección a que los pacientes que perciben una mayor Internalidad sobre las causas explicativas de su enfermedad y conductas relacionadas con su tratamiento exhiben una mejor Adaptación a la Enfermedad, perciben una mejor Calidad de Vida y presentan una mayor Adherencia Terapéutica, en comparación con aquellos que perciben un mayor grado de externalidad sobre dichas causas.

Respecto de la dimensión atribucional de "Controlabilidad", nuestros datos revelan que existe una cierta relación entre la Controlabilidad percibida sobre las causas explicativas y la Adaptación a la Enfermedad. Esta relación aparece claramente cuando nos encontramos con sujetos que perciben un alto grado de Incontrolabilidad sobre las causas, los que consistentemente presentan un bajo Índice de Adaptación a la Enfermedad. A la inversa, y de forma no tan consistente, sólo algunos sujetos que presentan alto grado de Controlabilidad presentan altos índices de Adaptación a la Enfermedad.

Según nuestros datos, esta dimensión atribucional se relaciona principalmente con la Adherencia Terapéutica, donde sujetos que perciben un mayor grado de Controlabilidad sobre las causas presentan consistentemente una mayor Adherencia Terapéutica, e inversamente aquellos que perciben un mayor grado de Incontrolabilidad sobre las causas presentan una menor Adherencia Terapéutica.

Por último, respecto de la dimensión atribucional de Estabilidad, nuestros datos revelan que ésta no se halla asociada ni con la Adaptación a la Enfermedad ni con la Adherencia Terapéutica.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho que los cuestionarios a través de los que se evaluaron adap-

tación y adherencia, hacen referencia a un tiempo presente y no contemplan en sus reactivos preguntas orientadas al futuro, a la posibilidad y expectativas de cambio, elementos que como vimos en el capítulo 4 se asocian fundamentalmente con esta dimensión atribucional.

El descubrimiento de estas relaciones entre Dimensiones Atribucionales y Adaptación a la Enfermedad y Adherencia Terapéutica resulta aportativo en la medida que orienta los objetivos que debe perseguir cualquier intervención psicoterapéutica orientada a mejorar la Adaptación y Adherencia en estos pacientes.

Es importante destacar que la validez de nuestros descubrimientos sólo puede ser confirmada en la medida que se desarrollen programas de tipo experimental que manipulen estas dimensiones atribucionales y obtengan resultados satisfactorios.

Sin embargo, un diseño experimental debe tener también en cuenta que la problemática de estos pacientes es lo suficientemente compleja como para no pretender que sólo desde un marco teórico restringido se pueda mejorar su situación. Nuestros hallazgos simplemente han de contribuir a un plan más abarcativo de intervención.

A partir de nuestros resultados y principalmente a partir de nuestra experiencia en contacto directo con estos pacientes, a continuación se sugieren algunos elementos que, a nuestro juicio, debieran incluirse en un plan psicoterapéutico orientado a mejorar la Adaptación a la Enfermedad y la Adherencia Terapéutica en estos pacientes.

- (1) En primer lugar, se debe considerar un elemento que fue señalado en el capítulo 3 que es la **discriminación entre estados de enfermedad y salud**. Como lo señalamos anteriormente, algunos pacientes se sumergen en un estado permanente de enfermedad, sin que su actitud ni su estado anímico varíe una vez que la diálisis y los medicamentos han cumplido su función de regular su fisiología corporal.

A nuestro juicio, una terapia de apoyo de estos pacientes debiera enfatizar precisamente esta distinción, y fomentar la esperanza y la confianza en que los estados enfermos son pasajeros y pueden ser reemplazados por estados de mayor bienestar. Analogados al marco teórico atribucional, se trata de enfatizar la **inestabilidad** de estos estados.

- (2) Adicionalmente, en este trabajo debiera fomentarse la percepción del control que ellos pueden ejercer a través de la Adherencia Terapéutica, sobre este cambio deseado.

En términos atribucionales reforzar la **internalidad y controlabilidad** percibida sobre estos resultados.

- (3) El logro de este cambio en las percepciones pasa a nuestro juicio por dos instancias fundamentales. En primer lugar se requiere una sólida comprensión de parte de los pacientes de lo que significa su enfermedad y de la gama de elementos que componen su tratamiento global. En este sentido rescatamos que se trata de un problema de **metodología**, del cómo lograr una mayor y mejor comprensión. La sola entrega de información verbal por parte del equipo tratante hasta ahora no ha sido suficiente para lograr este nivel de comprensión. En segundo lugar, se trata de reforzar consistente y sistemáticamente los esfuerzos que realicen los pacientes por lograr la adaptación y la adherencia en términos del control y la internalidad de estos logros. Cada logro, por pequeño que sea, debe ser concebido por el paciente como interno y controlable, en otras palabras atribuible **a su esfuerzo desplegado**, esfuerzo que debe ser concebido a su vez como susceptible de permanecer estable en el tiempo.
- (4) Dada la imposibilidad real que tienen estos pacientes de influir en la recuperación total de la salud (percibida por ellos y por el equipo tratante como sinónimo del trasplante renal). La meta terapéutica con **estos** pacientes debe orientarse hacia el **mantenimiento** de un

buen estado general de salud física y mental. En este sentido, hay que rescatar desde el fondo del pozo de la desesperanza, aquellos ámbitos afectivo relacionales que se han visto deteriorados. Se trata como lo señalan algunos autores de **"Dar un lugar a la Enfermedad, y poner la enfermedad en su lugar"** (Gonzalez et al. 1989).

- (5) Saliéndonos del plano individual del paciente, nos parece imprescindible la orientación que deben recibir miembros del personal tratante de estos pacientes. Recordemos que la cuantía y calidad de la conducta de ayuda, como lo vimos en el capítulo 4, se ve fuertemente influenciada por la percepción que tienen los prestadores de ayuda respecto de la responsabilidad y control que tienen los peticionarios de ayuda. En este sentido se requiere de personas que empaticen en mayor grado con sus pacientes, como personas distintas de ellos, que puedan establecer relaciones de mayor apoyo principalmente en momentos de crisis. En este sentido, la relación del equipo tratante con sus pacientes no es radicalmente distinta de la relación psicoterapéutica, y en este caso al igual que para el psicoterapeuta, se hace necesaria una reflexión en torno a la actitud que cada uno asume cuando se ve sobrepasado por las exigencias del paciente y la reacción natural es alejarse de ellos.

Finalmente queremos señalar la urgente necesidad, sentida por todos, de contar con más estudios que exploren las formas de mejorar la condición de vida de quienes asisten y trabajan en las Unidades de Diálisis. Como lo señalaba uno de los pacientes: "Es importante la rehabilitación física y corporal, pero hay un vacío enorme en la esfera psicológica. Si bien es cierto, hay alguna actitud en este sentido de personas que por humanidad se preocupan de que pasemos aquí un rato agradable en diálisis, es importante formar al personal de la unidad y que nosotros contemos con un apoyo especializado".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Seligman, M. & Tasdale, J. (1978). Learned Helplessness in humans; Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Ake Gullberg, C. (1980). Vivir con la diálisis. Una breve introducción al tratamiento con diálisis. Ed. Gambro AB. Suecia.
- Alloy, B. y Abramson, L. (1982). Learned Helplessness, Depression, and the Illusion of Control. Journal of Personality and Social Psychology. 42, N° 6, 1114-1126.
- Ayuso J. (1988). Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia.
- Bayés, R. (1993a). Evaluación de Aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. En R. Fernández Ballesteros (ed.) Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. pp. 619-651. Madrid: Pirámide.
- Bayés, R. (1993b). Calidad de Vida y Cáncer Infantil. Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al niño con cáncer. Libro de Ponencias y Comunicaciones. pp. 147-154. Valencia: Federación de Asociaciones de Padres de Niños Oncológicos.
- Benedetti, X. y Escobar, P. (1985). Aspectos Psicológicos de los pacientes en Hemodiálisis Crónica: Tesis para optar al título de Psicólogo. Facultad de Filosofía, Humanidades y Educación. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
- Blasco, T. y Bayés, R. (1992). Adaptation to Illness in Cancer Patients: A preliminary report. European Journal of Psychological Assessment, vol. 8, Issue 3, pp. 207-211.
- Bustos, P.; Corsi, C.; Fernández, X.; Fuster, P.; López, P.; Ortarola, C.; Pérez, M. y Rojas, C. (1990). Estudio descriptivo de las reacciones emocionales y problemas sociales y económicos de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad Metabólica del Hospital Carlos Van Buren en el segundo semestre de 1990 y el manejo que realiza el profesional de enfermería de dichas reacciones y problemas: Tesis para optar al Grado de Licenciado de enfermería y el Título profesional de Enfermero.

- Cummings, M.; Becker, M.; Kirscht, J. y Levin, W. (1981). Intervention Strategies to Improve Compliance with Medical Regimens by Ambulatory Hemodialysis Patients. Journal of Behavioral Medicine, vol. 4, N° 11, 111-127
- Delgado, A. (1991). Interpretación causal, sentimiento de culpa y predicción de reincidencia en un contexto legal. Revista de Psicología Social. vol 2, N° 6: 241-253.
- Falvo, D. (1991). Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability. Renal and Urinary Tract Disorders. Cap.4, 81-92.
- Florenzano, R. (1991). Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria (CPU)
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. Journal of Personality and Social Psychology. vol. 54, N° 3, 466-475.
- Garrido, E. y De la Torre, A. (1981). Actor Observador, una hipótesis no confirmada en la Teoría de la Atribución. Revista de Psicología General y Aplicada. vol 36 (4).
- Gómez, V. (1992). Efectos de un programa de modificación de Atribuciones sobre el Estilo Atribucional, la Autoestima y el rendimiento escolar. Tesis presentada a la Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado de Magister en Educación Especial.
- Gonzalez, S., Steinglass, P. y Reiss, D. (1989). Putting the Illness in Its Place: Discussion Groups for Families with Chronic Medical Illnesses. Family Process. vol 28, March.
- Guendelman, K. y Hoffmann, P. (1991). Diseño y evaluación de un programa de Psicoterapia de Apoyo Grupal para enfermos renales crónicos en etapa terminal en tratamiento de hemodiálisis crónica. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para optar al grado académico de Licenciado en Psicología y título profesional de Psicólogo.
- Gurklis, J. y Menke, E. (1988). Identification of Stressors and use of Coping Methods in Chronic Hemodialysis Patients. Nursing Research. vol. 37, N° 4

- Hahn, K. (1988). Los múltiples signos de la Insuficiencia Renal. Nursing, N° 12, Marzo, pp. 12-19.
- Hewstone, M. (1992). La Atribución Causal. Ed. Paidós, 1ª ed. España.
- Hewstone, M. y Antaki, C. (1990). Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva Europea. Barcelona: Ed. Ariel.
- Janis, I. (1983). The Role of Social Support in Adherence to Stressful Decisions. American Psychologist. February.
- Jaspers K. (1967). Entre el Destino y la Voluntad. Ed. Guadarrama. España.
- Lau, R. (1982). Origins of Health Locus of Control Beliefs. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 42, N° 2, 322-334.
- Lindsay, P. y Norman, D. (1986). Introducción a la Psicología Cognitiva. Ed. Tecnos, Nueva York.
- Lowe, K. y Lutzker, J. (1979). Increasing Compliance to a Medical Regimen with a Juvenile Diabetic. Behavior Therapy. vol 10, pág. 57-64.
- Michelson, V.; Benedetti, X.; Morales, J.; Gómez, R. y James, E. (1977). Descripción de aspectos psicológicos en nefrópatas sometidos a un programa de hemodiálisis crónica. Revista Médica de Chile, vol.105, 896.
- Mikulincer, M. y Nizan, B. (1988). Causal Attribution, Cognitive Interference, and the Generalization of Learned Helplessness. Journal of Personality and Social Psychology. vol 55. N° 3, 470-478.
- Nicholls, E.; Soto, M. y Vela, P. (1990). Percepción de Control en Adolescentes de sectores populares: Un estudio atribucional. Memoria para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Penzo, W. (sin año). Licenciatura Psicología Médica. Barcelona: Ed. Salvat.
- Peterson, C. (1988). Explanatory Style as a Risk Factor for Illness. Cognitive Therapy and Research, vol. 12, N° 2, pp. 119-132.

- Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic Explanatory Style Is a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty Five Year Longitudinal Study. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 55, N° 1, 23-27.
- Poblete H. (1995). XV Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile Datos presentados ante la Sociedad Chilena de Nefrología, en el XII Congreso Chileno de Nefrología.
- Reed, S (1988). Constructing Causal Scenarios: A Knowledge Structure approach to Causal Reasoning. Jornal of Personality and Social Psychology, 42, N° 6, 1132-1147.
- Rodrigues, A. (1983). Atribución de Causalidad y Locus de Control: Algunos resultados obtenidos en Brasil. Boletín de Educación Universidad del Norte-Chile. N° 20 págs. 51-62.
- Rothbaum, F., Weisz, J. y Snyder, S. (1982). Changing the World and Changing the Self: A Two Process Model of Perceived Control. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 42, N° 1, 5-37.
- Rotter, J. (1960). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80. N° 1, 1-28.
- Rotter, J. (1989). Internal Versus External Control of Reinforcement. American Psychologist, vol. 45, N°4, pp. 489-493.
- Russell, D. (1982). The Causal Dimension Scale; A measure of how individuals perceive causes. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 42, N° 6, 1137-1145.
- Russell, D.; Mc Auley, E.; Tarico, V. (1987). Measuring Causal Atributions for success and failure: A comparison of methodologies for assessing causal dimensions. Journal of Personality and social Psychology, vol. 52, N° 6, 1248-1257.
- Sacco, P. y Dunn, V. (1990). Effect of actor depression on observer attributions. Existence and impact of negative attributions toward the depressed. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 59, N° 3, pp. 517-524.
- Seligman, M. y Abramson, L. (1972). Depressive Attributonal Style. Journal of Abnormal Psychology, 88, N°3, 242-247

- Shelley, E., Lichtman, R. y Wood, J. (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 46, N° 3, 489-502.
- Smith, K., Pelletier, S. y Powers, M. (1982). Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. Nursing Research. vol. 31, N° 2.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of Control, Social Support, and Combat Related Post traumatic Stress Disorder: A Prospective Study. Journal of Personality and Social Psychology. vol. 55, N° 2, 279-285.
- Strickland, B. (1989). Internal-External Control Expectancies. American Psychologist. vol. 44, N° 1, 1-12.
- Surwit, R., Feinglos, M., Scovern, A. (1983). Diabetes and Behavior. A paradigm for Health Psychology. American Psychologist. March.
- Taylor, S. (1991). Health Psychology. (Second Ed.). Ed. Mc Graw Hill.
- Valle, V. y Frieze, I. (1976). Stability of Causal Attribution as a Mediator in Changing Expectations for Success. Journal of Personality and Social Psychology. vol. 33, N° 5, 579-587.
- Vick, R. (1986). Fisiología Médica. Ed. Mc Graw-Hill de México S.A. México.
- Weiner, B. (1972). Theories of Motivation. Chicago: Rand McNally College Publishing Co.
- Weiner, B. (1974). An Attributional Interpretation of Expectancy Value Theory. Cognitive Views of Human Motivation. Academic Press, Inc. New York.
- Weiner, B. (1980). An Attributional Theory of Behavior. Human Motivation. Holt, Rinehart and Winston. Los Angeles.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review. 92, N°5, 548-573
- Wong, P. y Weiner, B. (1981). When People Ask "Why" questions, and the heuristics of Attributional Search. Journal of Personality and Social Psychology. vol 40, N° 4, 650-663

Zifferblatt, S. (1975). Increasing patient compliance through the applied analysis of behavior. Preventive Medicine. vol 4. 173-182.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO EVALUACIÓN

NIVEL EDUCACIONAL

ENCUESTA EVALUACION

Nombre
completo:.....

Centro de hemodiálisis:.....

A continuación le serán presentadas una serie de alternativas, por favor marque claramente aquella que describe su situación respecto del Nivel de Escolaridad alcanzado.

La información que se obtenga de esta encuesta es absolutamente confidencial y sólo será utilizada para fines de investigación, por lo que le rogamos absoluta sinceridad en sus respuestas.

Nivel de Escolaridad:

- a) ___ Sin escolaridad
- b) ___ Primaria o Básica incompleta
- c) ___ Primaria o Básica completa
- d) ___ Humanidades o Media incompleta
- e) ___ Humanidades o Media completa
- f) ___ Estudios Técnico-profesional incompleto
señale la especialidad:.....
- g) ___ Estudios técnico-profesional completo
señale la especialidad:.....
- h) ___ Estudios Universitarios incompleto
señale carrera:.....
- i) ___ Estudios Universitarios completo
señale carrera:.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N° 2

ESCALA QL

DE CALIDAD DE VIDA Y

ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

Nombre:

Institución:

Fecha:

QL (1 día)

CONFIDENCIAL

A continuación encontrará usted una serie de aspectos importantes de su vida cotidiana. Le agradeceremos que valore cada uno de ellos haciendo una señal sobre una línea en la forma que se le indicará.

Nos interesa conocer en qué medida considera usted que EL ESTADO DE SU SALUD (la enfermedad o su tratamiento) ha afectado a estos aspectos durante las veinticuatro horas anteriores al momento en que usted completa este cuadernillo.

Al contestar, le rogamos que trate de valorar los efectos del ESTADO DE SU SALUD, sin tener en cuenta otros factores que pueden influir en su vida, pero que no están directa-

mente relacionados con su salud. Por ejemplo, si en las últimas 24 horas no ha podido conducir por hallarse demasiado enfermo o demasiado preocupado, esto constituye una reducción de su "movilidad" (capacidad para desplazarse) que está relacionada con su salud. Pero si usted no ha podido conducir porque no tiene carnet o porque carece de coche o porque lo tiene estropeado, etc., ello no constituye una reducción de su movilidad debido a su estado de salud y, por tanto, debe valorar este aspecto como normal.

Un aspecto debe valorarse como normal cuando no ha sufrido ningún cambio debido al estado de su salud, es decir, cuando el aspecto está igual que cuando usted no tenía o no tiene problemas de salud. Por lo tanto deberá siempre comparar el estado actual del aspecto en cuestión (últimas 24 horas) con un día normal antes de tener problemas de salud.

Náuseas (últimas 24 horas)

no he tenido ninguna sensación de náusea	_____	he tenido náuseas extremadamente te intensas y frecuentes
---	-------	---

¿Ha tenido algún vómito?

Marque con una X su respuesta:

* NO _____

* SI _____

¿Cuántos? _____

Movilidad en su casa, población, país (últimas 24 horas)

me he desplazado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	_____	no he podido moverme de la cama
--	-------	---------------------------------------

Actividad laboral fuera de casa (últimas 24 horas)

SI USTED NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE CASA INCLUSO CUANDO ESTA COMPLETAMENTE BIEN DE SALUD, ENTONCES PONGA UNA X EN LA CASILLA Y NO SEÑALE NADA EN LA LINEA

/____/

he trabajado igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	_____	no he podido trabajar en absoluto debido a mi estado de salud
---	-------	---

Señale con una X su situación laboral actual:

* actualmente trabajo _____

* no trabajo por motivos de salud _____

* no trabajo por otros motivos (jubilado, cesante, etc.) _____

Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.) últimas 24 horas.

he realizado estas tareas igual que cuando no tenía o no tengo problemas problemas de salud	_____	me ha sido totalmente imposible llevarlos a cabo sin ayuda
---	-------	---

Atractivo para el sexo opuesto (últimas 24 horas)

me he sentido igual de atractivo(a) que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	_____	me he sentido carente por completo de atractivo debido a mi estado de salud
--	-------	---

Ira (agresividad, cólera, enfado, irritación) últimas 24 horas.

no he estado irascible en absoluto	_____	he estado extremadamente irascible debido a mi estado de salud
------------------------------------	-------	--

Dolor (últimas 24 horas)

no he tenido ningún dolor	_____	he tenido un dolor insoportable
---------------------------	-------	---------------------------------

EN CASO DE QUE HAYA EXPERIMENTADO ALGUN DOLOR, INDIQUE EN QUE PARTE O PARTES DEL CUERPO LO HA SENTIDO

.....

Capacidad para mover el cuerpo, realizar actividad física (gimnasia, deporte, pasear, etc.) (últimas 24 horas)

he realizado una actividad física igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	_____	no he podido mover mi cuerpo
---	-------	------------------------------

Actividades recreativas (ocio, pasatiempos, hobbies, cine, televisión, leer, etc.) (últimas 24 horas)

me he distraído y disfrutado con mis actividades recreativas igual que cuando tenía o no tengo problemas de salud	_____	no me he distraído ni disfrutado en absoluto con mis actividades recreativas debido a mi estado de salud
---	-------	--

Ansiedad (nerviosismo) últimas 24 horas)

no he estado ansioso(a) en absoluto	_____	he estado extremadamente ansioso(a) debido a mi estado de salud
-------------------------------------	-------	---

Fatiga (últimas 24 horas)

me he sentido igual de cansado(a) que cuando no tenía o no tengo problemas de salud	_____	me he sentido extremadamente cansado(a) debido a mi estado de salud
---	-------	---

Satisfacción social (hablar con otras personas, visitar amigos, recibir visitas, etc) (últimas 24 horas)

me he sentido igual de satisfecho(a) con mi actividad social que cuando no tenía _____ o no tengo problemas de salud	me he sentido extremadamente insatisfecho(a) con mi actividad social debido a mi estado de salud
--	--

Sueño (esta noche pasada)

por la noche he dormido igual que cuando no tenía _____ o no tengo problemas de salud	no he podido dormir en toda la noche
---	--------------------------------------

Esta noche pasada he dormido horas

Tengo la sensación de que he descansado (señale con una X su respuesta)	* bien _____
	* regular _____
	* mal _____

Vigilia (últimas 24 horas)

he estado completamente despejado(a) a lo largo del día _____	he estado completamente adormilado(a) a lo largo del día _____
---	--

Aspecto físico (últimas 24 horas)

me he sentido igual de satisfecho(a) con mi aspecto físico que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____	me he sentido extremadamente insatisfecho(a) con mi aspecto físico debido a mi estado de salud _____
--	--

Actividades en casa (últimas 24 horas)

he realizado los trabajos caseros igual que cuando no tenía o no tengo problemas de salud _____	no he podido realizar ningún trabajo casero debido a mi estado de salud _____
---	---

Preocupación por los hijos (últimas 24 horas)
 CONTESTAR SOLO EN EL CASO DE TENER HIJOS

me he sentido igual de preocupado por mis hijos que _____ cuando no tenía o tengo problemas de salud	me he sentido extremadamente preocupado (a) por mis hijos debido a mi estado de salud
---	--

Estado de ánimo (depresión, tristeza) últimas 24 horas

me he sentido igual de deprimido(a) que cuando no tenía _____ o no tengo problemas de salud	me he sentido extraordinaria mente deprimido debido a mi estado de salud
---	--

Relaciones de pareja (afectivas, comunicativas, sexuales, etc.) últimas 24 horas
 CONTESTAR SOLAMENTE EN EL CASO DE TENER PAREJA

mi vida de pareja ha sido igual que cuando no tenía o no _____ tengo problemas de salud	mi vida de pareja ha sido extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud
---	---

Relaciones familiares (con los hijos, hermanos, etc. excluyendo la relación con la
 pareja. Se refiere a afecto, comunicación, discusiones, etc.) últimas 24 horas

mis relaciones familiares han sido igual que cuando no _____ tenía o no tengo problemas de salud	mis relaciones familiares han sido extremada mente insatis fatorias debido a mi estado de salud
--	--

Apetito (últimas 24 horas)

he tenido igual apetito que cuando no tenía o no tengo _____ problemas de salud	no he tenido ningún apetito debido a mi estado de salud
--	--

En estas 24 horas he comido:
 (señale con una X su respuesta)

* la misma cantidad _____	que cuando no tenía o no tengo problemas de
* menos _____	salud
* más _____	

Información (últimas 24 horas)

me he sentido
completamente
satisfecho (a) con
forma en que me han
explicado mis
problemas de salud

me he sentido
extremadamente
insatisfecho(a)
con la forma en
que me han expli-
cado mis proble-
mas de salud

Concentración (últimas 24 horas)

he podido concentrarme
igual que cuando no
tenía o no tengo
problemas de
salud

me ha sido total-
mente imposible
concentrarme
debido a mi
estado de salud

Ganas e ilusión por las cosas y actividades (trabajar, hobbies, actividades en casa, comprar, salir, visitar amigos, etc.) últimas 24 horas

he sentido por las
cosas las mismas
ganas e ilusión
que cuando no
tenía o no tengo
problemas de salud

no he sentido
ningunas ganas
ni ilusión por
las cosas debido
a mi estado de
salud

Preocupaciones económicas (últimas 24 horas)

no me he sentido
preocupado en
absoluto por mi
situación económica
debido a mi estado
de salud

me he sentido
extraordinaria-
mente preocupado
por mi situación
económica debido
a mi estado de
salud

Miedo (preocupación, angustia, etc.) últimas 24 horas

no he sentido
ningún miedo
ni preocupación
por mi estado
de salud

he sentido
muchísimo
miedo y preocu-
pación por mi
estado de salud

VALORACION GENERAL

POR FAVOR INDIQUE EN QUE MEDIDA CREE QUE EL ESTADO DE SU SALUD HA AFECTADO EN LAS ULTIMAS 24 HORAS A SU VIDA EN GENERAL.

mi vida ha sido
en estas 24 hrs.
completamente
normal, sin
cambios debido a
mi estado de salud

mi vida ha sido
en estas 24 hrs
extremadamente
insatisfactoria
debido a mi
mi estado de
salud

ANEXO N° 3

ESCALA CONDUCTUAL

DE

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

ESCALA CONDUCTUAL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

NOMBRE

Institución

Fecha

Marque con una "x" la alternativa que más se acerca a su situación actual.

(01) En su vida cotidiana, respecto del consumo de frutas (manzana, pera, naranja, etc) y verduras (tomates, betarragas, etc.) ¿cuántas **frutas** y/o **verduras** consume Ud. de forma **diaria**?:

- a) una a dos como máximo
- b) tres a cuatro
- c) cuatro a cinco
- d) más de cinco
- e) es difícil de precisar por ser una cantidad variable

(02) Respecto del consumo de líquido, que incluye el agua, té, café, sopas, etc. ¿Cuánto **líquido** ingiere Ud. **diariamente**?:

- a) medio litro aproximadamente (equivalente a dos tazas de té)
- b) más de medio litro, y hasta un litro (equivalente entre tres a cuatro tazas de té).
- c) entre un litro y un litro y medio (equivalente entre cuatro a seis tazas de té)
- d) más de litro y medio de líquido (equivalente a más de seis tazas de té).
- e) no lleva ningún cálculo respecto del líquido que ingiere.

(03) ¿Cuántas veces, durante el último **mes**, ha sentido alguno de los siguientes **síntomas**: cansancio extremo, problemas para respirar, palpitaciones y ahogos que le impiden dormir?.

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos a cuatro veces
- d) cinco o más veces
- e) a diario

(04) Respecto del consumo de sal ¿cuál de las siguientes afirmaciones se acerca más a su realidad actual en el **consumo de sal**?:

- a) En casa se preparan comidas especiales en las que se ha eliminado la sal totalmente.
- b) Las comidas preparadas en casa y que Ud. ingiere han reducido su contenido en sal
- c) Las comidas que se preparan en casa y que Ud. ingiere tienen el mismo contenido en sal que tenían antes de que Ud. estuviera enfermo.
- d) A las comidas que el resto de su familia ingiere, Ud. agrega sal adicional.
- e) No podría decir nada al respecto, pues no lleva un control de su consumo de sal

(05) ¿Cuántos **kilos** aumenta Ud. **habitualmente** entre diálisis y diálisis?:

- a) entre uno y dos kilos
- b) entre dos y tres kilos
- c) entre tres y cuatro kilos
- d) entre cuatro y cinco kilos
- e) más de cinco kilos

(06) Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido **calambres** una vez **finalizada la diálisis o durante ésta**?

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos o tres veces
- d) cuatro o más veces
- e) siempre que salgo de diálisis

(07) Respecto del conjunto de **medicamentos** que le ha sido recomendado por el médico, ¿cuál es su forma habitual de consumirlos?.

- a) ingiere todos los medicamentos diariamente.
- b) la mayoría de los medicamentos los consume todos los días, en tanto que uno o dos los consume de forma ocasional
- c) la mayoría de los medicamentos los consume de ocasionalmente y sólo uno o dos de forma diaria
- d) evita tomar cualquiera de sus medicamentos, y sólo los ingiere cuando siente que los necesita
- e) no ingiere ningún medicamento.

(08) En la **última semana**, ¿cuántos medicamentos ha dejado de consumir, cualquiera sean sus razones?

- a) ninguno
- b) uno
- c) dos
- d) tres
- e) cuatro o más

(09) ¿Cuántos medicamentos diría Ud. que le **son muy desagradables de tomar**, y que por lo tanto evita tomarlos?

- a) ninguno
- b) uno
- c) dos
- d) tres
- e) en general todos me son desagradables

(10) Si Ud. en algún momento **siente que su estado general de salud es bueno**, ¿qué hace respecto del consumo de medicamentos?

- a) continúo tomándolos, aunque me sienta bien
- b) los tomo día por medio
- c) disminuyo la dosis de medicamentos
- d) suspendo la dosis por una semana
- e) suspendo la dosis indefinidamente hasta que sienta algún malestar que el medicamento pueda aliviar

(11) En las **últimas dos semanas** ¿cuántas veces ha sentido alguno(s) de los siguientes síntomas: bochornos, dolor de cabeza y mareos?

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos veces
- d) tres veces
- e) cuatro o más veces

(12) En las **últimas dos semanas** ¿cuántos días ha sentido dolores a los huesos, principalmente manos y pies, que le hayan hecho, por ejemplo, dificultoso o doloroso el caminar:

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos veces
- d) tres veces
- e) cuatro veces o más

(13) Cuando Ud. siente: náuseas, dolor de estómago, mareos, etc. **durante la diálisis** ¿qué hace habitualmente?:

- a) avisa inmediatamente al personal que lo atiende.
- b) realiza algunos movimientos, esperando que desaparezcan.
- c) intenta dormirse, esperando que los síntomas pasen
- d) realiza alguna de las conductas anteriores y si le preguntan prefiere decir que se siente bien.
- e) no da ninguna señal de aviso y son siempre las enfermeras quienes se dan cuenta.

(14) En las **últimas dos semanas** ¿cuántas veces ha ingerido papitas fritas, ramitas o algún otro **alimento salado** durante la diálisis?:

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos veces
- d) tres veces
- e) siempre que vengo a diálisis

(15) En las últimas dos semanas ¿cuántas veces ha traído bebida o jugos desde su casa, y **los ha tomado durante la diálisis?**

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos veces
- d) tres veces
- e) cada vez que asisto a diálisis

(16) Durante **el tiempo que lleva en tratamiento de hemodiálisis**, ¿cuántas veces ha dejado de asistir a su tratamiento de hemodiálisis?

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos o tres veces
- d) cuatro o cinco veces
- e) más de seis veces

(17) Durante el tiempo que lleva en tratamiento de hemodiálisis ¿cuántas veces ha tenido **problemas con su fístula** producto de golpes, de llevar pesos, etc?:

- a) nunca
- b) una vez
- c) dos veces
- d) varias veces, lo que ha imposibilitado temporalmente la diálisis en la máquina
- e) ha debido someterse a una nueva operación para realizar otra fístula.

(18) Una vez que ha terminado su diálisis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se acerca más a **lo que Ud hace?**:

- a) Siempre permanece en reposo por precaución, y cuando se va tiene mucho cuidado de no tener ninguna caída o accidente.
- b) Sólo en caso de sentirse mareado espera un tiempo breve antes de irse. Manteniendo siempre un cuidado posterior
- c) Sólo si tiene tiempo se queda un rato más en el hospital y reinicia sus actividades habituales
- d) Está siempre deseoso de volver a sus actividades diarias y por lo tanto intenta irse siempre lo más rápido posible, salvo que el personal a cargo le obligue a quedarse.
- e) Siempre se va de inmediato una vez finalizado su tratamiento, independiente de lo que el personal a cargo le indique y de como se sienta en esos momentos esperando que sus síntomas desaparezcan en el camino.

(19) Si durante el día en que Ud. no asiste a hemodiálisis siente algún **síntoma de hipertensión o de cualquier otra dolencia**, ¿Asiste a los servicios de emergencia?:

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) de vez en cuando
- d) rara vez
- e) nunca

(20) Durante el presente año, ¿Cuántas veces ha asistido a **controles con su nefrólogo y a interconsulta con algún otro especialista que le haya sido recomendado**, cardiólogo, traumatólogo, etc.?

- a) seis o más veces
- b) cuatro a cinco veces
- c) dos a tres veces
- d) sólo he asistido a consulta con el nefrólogo
- e) no he asistido a consulta ni con el nefrólogo ni con otro especialista.

ANEXO N° 4

ESCALA DE

DE ATRIBUCIÓN CAUSAL

ESCALA DE ATRIBUCION CAUSAL**INSTRUCCIONES**

A continuación le presentaremos una serie de situaciones. Todas tienen que ver con hechos que pasan o podrían pasarle a pacientes renales como Ud. En cada caso le pedimos que piense en cuál sería la causa principal que explicaría lo que le ha pasado a dicha persona, o qué causa lo habría motivado a actuar de tal manera.

Por favor escriba en el espacio en blanco la causa más importante que a su juicio explicaría lo ocurrido.

Posteriormente le pedimos que conteste algunas preguntas respecto de la causa que Ud. ha identificado previamente.

EJEMPLO

(1) Lea atentamente la situación que se describe e imagine que lo que allí ocurre le sucede a una persona como Ud.

UNA PERSONA AVISA POR TELÉFONO QUE EL DÍA DE HOY NO VENDRÁ AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE LE CORRESPONDE

(2) Decida cuál cree Ud. sería la causa principal que explicaría este hecho.

SE PODRÍA PENSAR EN VARIAS CAUSAS, POR EJEMPLO: QUE SE ENCUENTRE MUY DEPRIMIDO Y NO QUIERA VENIR, QUE HA TENIDO ALGUN INCONVENIENTE FAMILIAR QUE LE IMPIDA VENIR, QUE NO TENGA EL DINERO SUFICIENTE PARA LA LOCOMOCIÓN, ETC.

(3) Escriba en el espacio en blanco la principal causa que Ud. ha identificado y que justificaría el hecho de no venir a hemodiálisis.

a) La causa que explica el hecho de no venir a hemodiálisis es:

(4) Ahora conteste las siguientes tres preguntas sobre la causa que Ud. ha identificado en esta situación como causa principal que da cuenta del hecho de no venir a hemodiálisis. Debe marcar con una cruz o encerrar en un círculo el número que corresponda en un rango que va desde 0 a 6.

b) La persona aludida en la situación, podría **controlar** o **manejar** esta causa si se lo propone, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa (por la cual la persona decidió no venir a hemodiálisis) es **externa o interna** a la persona, en otras palabras ¿es algo que tiene que ver con causas ajenas o externas a la persona (p.ej. la conducta de otras personas o la condición socioeconómica, etc) o con la persona misma (su personalidad, sus deseos, etc.) ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa (por la cual la persona decidió no venir a hemodiálisis) es **inestable o estable** en el tiempo, es decir es algo que podría cambiar o desaparecer en el futuro, o es algo que va estar siempre presente sin modificaciones.

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

A continuación le presentaremos las situaciones a las que Ud debe responder.

GRACIAS POR SU COLABORACION

(1) UN PACIENTE RENAL QUE INICIA SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS LLEGA SIEMPRE DE MAL HUMOR A DIALISIS Y PRESENTA UN RECHAZO MANIFIESTO A LA MAQUINA.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(2) UN PACIENTE RENAL QUE LLEVA VARIOS AÑOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS SIEMPRE LLEGA DE MAL HUMOR A DIALISIS Y PRESENTA UN RECHAZO MANIFIESTO A LA MAQUINA

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(3) UN PACIENTE RENAL QUE INICIA SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS LLEGA A DIALISIS TRANQUILO Y DE BUEN ANIMO SIN NINGUN MIEDO A LA MAQUINA O AL TRATAMIENTO.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(4) UN PACIENTE RENAL QUE LLEVA VARIOS AÑOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS LLEGA A DIÁLISIS TRANQUILO Y DE BUEN ÁNIMO, SIN NINGÚN MIEDO A LA MÁQUINA O AL TRATAMIENTO

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(5) UN PACIENTE RENAL NO LOGRA SEGUIR LAS INDICACIONES QUE SE LE HAN DADO RESPECTO DE LA CANTIDAD Y EL TIPO DE ALIMENTOS QUE PUEDE COMER

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(6) UN PACIENTE RENAL SIGUE CON CUIDADO Y SIN PROBLEMAS LAS INDICACIONES RESPECTO DE LA CANTIDAD Y EL TIPO DE ALIMENTOS QUE PUEDE COMER.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(7) UN PACIENTE RENAL INGIERE LÍQUIDOS EN GRAN CANTIDAD. Y LLEGA DIÁLISIS CON 4 O 5 KILOS DE SOBREPESO.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(8) UN PACIENTE RENAL CONSUME PEQUEÑAS CANTIDADES DE LÍQUIDO AL DÍA. Y LLEGA A DIÁLISIS CON UN SOBREPESO MENOR O IGUAL A UN KILO.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(9) UN PACIENTE RENAL PRESENTA UN BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD. Y SUS EXÁMENES REVELAN QUE SE HA TOMADO TODOS SUS MEDICAMENTOS EN LA CANTIDAD Y FRECUENCIA RECOMENDADOS POR EL MÉDICO.

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(10) UN PACIENTE RENAL PRESENTA UNA SERIE DE COMPLICACIONES: HIPERTENSIÓN, CALAMBRES, DOLORES DE HUESOS. Y EL RESULTADO DE LOS EXÁMENES REVELA QUE NO SE HA ESTADO TOMANDO SUS MEDICAMENTOS EN LA CANTIDAD Y FRECUENCIA RECOMENDADOS POR EL MÉDICO

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(11) UNA PERSONA AVISA POR TELÉFONO QUE EL DÍA DE HOY NO VENDRÁ AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE LE CORRESPONDE

a) La causa que explica este hecho es:

b) Esta causa es algo que el paciente controla, (que puede mantener o modificar si se lo propusiera) o está totalmente fuera de su posibilidad de control, ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a la persona, es decir, tiene que ver con el medio que rodea a la persona o con la persona misma. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4----5----6	ESTABLE

(12) EN SU OPINIÓN LA CALIDAD DE LAS DIÁLISIS QUE HA TENIDO DURANTE EL TIEMPO QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO ES

i) Satisfactoria ii) Insatisfactoria

a) ¿Cuál podría ser la principal causa que explica la calidad de las diálisis que Ud. ha tenido durante su tratamiento?

b) Podría Ud. manejar o controlar esta causa (que explica la calidad diálisis que ha tenido) si se lo propusiera. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa que Ud. ha identificado (que explica la calidad de sus diálisis que ha tenido) es externa o interna a Ud., es algo que tiene que ver con el medio que lo rodea o con algo propio de Ud. mismo. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4----5----6	INTERNA

d) Esta causa que Ud. ha identificado es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE

TOTALMENTE

d) Esta causa (que explica su calidad de vida que ha tenido) es inestable o estable en el tiempo, que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4-----5----6	ESTABLE

(14) RESPECTO DE SU ENFERMEDAD, ¿CUAL CREE UD ES LA CAUSA QUE PROVOCO SU ENFERMEDAD?

a) La causa de la enfermedad es:

b) Podría Ud. haber controlado o controlar en el futuro esta causa si se lo propone?.

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INCONTROLABLE	0----1----2----3----4-----5----6	CONTROLABLE

c) Esta causa es externa o interna a Ud., es algo que tiene que ver con el medio que lo rodea o con algo propio de Ud. mismo. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
EXTERNA	0----1----2----3----4-----5----6	INTERNA

d) Esta causa es inestable o estable en el tiempo, es decir, es algo que podría desaparecer o cambiar en el futuro, o es algo que estará siempre presente. ¿en qué medida?

TOTALMENTE		TOTALMENTE
INESTABLE	0----1----2----3----4-----5----6	ESTABLE

ANEXO N^o 5

TABLA GENERAL

DE DATOS

Sujeto	Lugar	Sexo	Edad	t° dialis	N. Educ.	P.B Q.L	Val. Gen	PB Adh.	Control	Locus	Estabilid	P.T Atrib
1	1	1	1	1	1	0,41	80	46	40	33	41	114
2	1	1	1	1	3	0,68	50	58	57	57	58	172
3	1	1	1	1	3	0,15	15	66	50	60	56	166
4	1	1	2	1	1	1,19	54	58	60	55	58	173
5	1	1	2	1	1	1,87	76	55	62	50	60	172
6	1	1	1	2	1	0,51	46	52	52	46	52	150
7	1	1	1	2	3	0,64	98	47	50	42	37	129
8	1	1	1	2	3	0,6	52	73	73	51	43	167
9	1	1	2	2	1	0,6	88	58	67	71	65	203
10	1	1	2	2	1	0,51	80	47	43	44	43	130
11	1	1	2	2	2	0,9	80	58	49	54	56	159
12	1	1	2	2	2	0,33	79	48	47	39	61	147
13	1	2	1	1	1	0,7	45	45	56	45	60	161
14	1	2	1	1	2	0,52	100	50	58	46	60	164
15	1	2	1	1	3	1,11	6	49	53	40	43	136
16	1	2	1	1	3	0,7	50	53	55	50	55	160
17	1	2	2	1	2	0,98	74	64	65	55	62	182
18	1	2	1	2	1	0,24	32	54	67	58	42	167
19	1	2	1	2	2	0,48	90	40	32	31	30	93
20	1	2	1	2	2	0,22	50	51	52	53	52	157
21	1	2	1	2	3	0,35	50	64	77	59	78	214
22	1	2	1	2	3	0,86	87	60	53	63	54	117
23	1	2	2	2	1	0,29	64	50	50	42	53	145
24	1	2	2	2	2	0,66	98	64	60	47	56	163
25	2	1	1	1	2	0,34	43	64	44	78	68	190
26	2	1	2	1	1	0,7	10	60	61	76	58	195
27	2	1	2	1	3	0,59	60	55	50	50	53	153
28	2	1	1	2	1	0,41	80	50	52	55	50	157
29	2	1	1	2	3	1,13	45	66	61	62	51	174
30	2	1	1	2	3	0,17	20	63	63	64	50	177
31	2	1	2	2	1	0,63	70	61	36	66	70	172
32	2	1	2	2	1	0,62	89	60	60	65	43	168
33	2	1	2	2	2	0,68	10	69	57	55	48	160
34	2	1	2	2	2	1,55	100	46	46	71	65	182
35	2	1	2	2	3	1,55	60	68	60	65	50	175
36	2	2	1	1	2	1,14	70	51	53	53	55	161
37	2	2	1	1	2	1	47	60	58	56	52	166
38	2	2	1	1	3	0,24	22	62	55	20	47	122
39	2	2	1	1	3	0,16	10	57	75	54	59	188
40	2	2	2	1	2	0,64	100	53	55	55	44	154
41	2	2	2	1	2	0,58	40	67	55	65	50	170
42	2	2	2	1	3	2,02	6	59	58	63	59	180
43	2	2	2	1	3	0,66	29	61	50	60	63	173
44	2	2	1	2	1	0,54	40	38	44	59	60	163
45	2	2	1	2	3	0,52	27	57	62	53	47	162
46	2	2	2	2	1	0,35	90	57	45	58	68	171
47	2	2	2	2	2	0,59	60	59	60	60	60	180
48	2	2	2	2	2	0,6	5	58	61	55	60	176
49	2	2	2	2	3	0,94	80	51	55	55	55	165
50	2	2	2	2	3	0,75	42	51	57	54	48	159