



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Landeta Martínez, Guissela Paulina

Tutor: Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: “**LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**” de Guissela Paulina Landeta Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

EL TUTOR

Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente Trabajo de Investigación: **“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

Landeta Martínez, Guissela Paulina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

Landeta Martínez, Guissela Paulina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**, de Guissela Paulina Landeta Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2016

Para su constancia firman:

_____	_____	_____
PRESIDENTE/A	1er Vocal	2 do Vocal

DEDICATORIA

Dedico todo este trabajo de investigación a Dios por permitirme seguir con un día más de vida y por haber cumplido un objetivo tan especial e importante en mi vida.

A mis padres por el apoyo incondicional y constante en mi formación profesional, por ser aquellos pilares fundamentales para cada logro personal, por impulsarme y motivarme en cada objetivo planteado en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Principalmente quiero agradecer a Dios por todas la Bendiciones, por el gran amor que me tiene, por ayudarme a superar todos los obstáculos durante todo este trayecto.

A mi familia quienes han sido mi fortaleza en todo este proceso de formación, por su gran apoyo constante, por la comprensión y el respaldo brindado en cada ocasión.

De manera especial quisiera agradecer a mis amigas Mayrita Guerrero y Joanna Guerrero, Belén Valverde por sus consejos, su paciencia, por su motivación durante este proceso desde el primer día de clases hasta los últimos días en clases compartidos durante todo este trayecto y por el gran valor de su amistad.

A Mi tutor Flavio Bonilla por la paciencia, las sugerencias y por la experiencia compartida en cada avance del proyecto, por lo cual le expreso mi gratitud.

También de una manera muy particular al centro de Diálisis “Contigo Da Vida” de la ciudad de Ambato, Al Psicólogo Clínico Leonardo Velastegui por el gran apoyo, apertura en el centro y por la confianza otorgada.

Por último a los docentes con los cuales han compartido su conocimiento y experiencia en cada clase durante todo este transcurso de aprendizaje

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.2.1 Contexto	2
1.2.2 Formulación del Problema	6
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Estados del Arte	9
Locus de Control.....	9
Calidad de Vida.....	11
2.2 Fundamentación Teórica.....	15
Locus de control.....	15
Calidad de vida.....	17
2.3 Hipótesis.....	25
CAPÍTULO III.....	26
MARCO METODOLÓGICO	26

3.1 Nivel y Tipo de Investigación	26
3.2 Selección del área o Ámbito de estudio	26
3.3 Población.....	26
3.4 Criterios de inclusión y exclusión:	27
Criterios de inclusión	27
Criterios de exclusión:.....	27
3.5 Diseño muestral.....	27
3.6 Operacionalización de variables	28
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información.	30
3.8 Aspectos Éticos	32
CAPÍTULO IV	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	33
4.1 Análisis de los resultados	33
4.1.1 Datos Sociodemográficos	33
4.1.2 Cuadro General de Locus de Control.....	35
4.1.3 Cuadro según el sexo predominante en el Locus de Control	36
4.1.4 Cuadro General de Calidad de Vida.....	37
4.1.5 Variable Independiente: Locus de Control	38
4.1.6 Variable Dependiente: Calidad de Vida.....	43
4.2 Tablas de Contingencia	48
CAPÍTULO V	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
5.1 Conclusiones	51
5.2 Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
LINKOGRAFÍA	55
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA.....	59
ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Operacionalización V.I.	28
Tabla N° 2 Operacionalización V.D.....	29
Tabla N° 3 Edad	33
Tabla N° 4 Sexo	34
Tabla N° 5 Cuadro General de Locus de Control	35
Tabla N° 6 Cuadro prevalencia Sexo y Locus de Control	36
Tabla N° 7 Cuadro General de Calidad de Vida	37
Tabla N° 8 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter	38
Tabla N° 9 ÍTEM 2 Escala de Locus de Control de Rotter	39
Tabla N° 10 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter	40
Tabla N° 11 ÍTEM 4 Escala de Locus de Control de Rotter	41
Tabla N° 12 ÍTEM 5 Escala de Locus de Control de Rotter	42
Tabla N° 13 Movilidad Cuestionario De Salud EUROQOL-5D	43
Tabla N° 14 Cuidado Personal Cuestionario De Salud EUROQOL-5D.....	44
Tabla N° 15 Actividades Habituales Cuestionario De Salud EUROQOL-5D	45
TAabla N° 16 Dolor/Malestar Cuestionario De Salud EUROQOL-5D.....	46
Tabla N° 17 Angustia/Depresión Cuestionario De Salud EUROQOL-5D	47
Tabla N° 18 CHI 2.....	48
Tabla N° 19 CHI 2.....	48
Tabla N° 20 CHI 2.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad.....	33
Gráfico N° 2 Sexo	34
Gráfico N° 3 Gráfico General de Locus de Control.....	35
Gráfico N° 4 Cuadro prevalencia Sexo y Locus de Control	36
Gráfico N° 5 Gráfico General de Calidad de Vida	37
Gráfico N° 6 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter	38
Gráfico N° 7 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter	39
Gráfico N° 8 ÍTEM 3 Escala de Locus de Control de Rotter	40
Gráfico N° 9 ÍTEM 4 Escala de Locus de Control de Rotter	41
Gráfico N° 10 ÍTEM 5 Escala de Locus de Control de Rotter	42
Gráfico N° 11 Movilidad Cuestionario de Salud EUROQOL-5D.....	43
Gráfico N° 12 Cuidado Personal Cuestionario de Salud EUROQOL-5D.....	44
Gráfico N° 13 Actividades habituales Cuestionario de Salud EUROQOL-5D....	45
Gráfico N° 14 Dolor/ Malestar Cuestionario de Salud EUROQOL-5D	46
Gráfico N° 15 Angustia/ Depresión Cuestionario de Salud EUROQOL-5D	47
Gráfico N° 16 CHI 2	50

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.”

Autora: Guissela Landera

Tutor: Psc. Flavio Bonilla

Fecha: Agosto, 2016

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se fundamentó en estudiar el locus de control y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica, la población fue de 90 pacientes con IRC, de los que se tomó una muestra de 50 pacientes, a quienes se les evaluó mediante la aplicación de dos reactivos psicológicos. La Escala de Locus de Control de Rotter, que determina el predominio del control sea este interno o externo respectivamente y el cuestionario de Salud EuroQoL-5D el cual evaluó los niveles de calidad de vida de los pacientes con IRC.

Los resultados obtenidos muestran que si existe relación directa en las variables investigadas, concluyendo que el locus de control interno con un 58% es el de mayor predominio y el 42% pertenece locus de control externo. En relación a la calidad de vida el nivel de mayor prevalencia con un porcentaje superior al 56% fueron los problemas moderados: movilidad, actividades habituales, cuidado personal, dolor / malestar, y angustia /depresión y finalmente se concluyó que la prevalencia de edad de las personas que padecen IRC fueron a partir de los 23 a 65 años, con un porcentaje del 74% y el sexo que predomino fue el masculino con un porcentaje 62% en toda la muestra.

PALABRAS CLAVES: LOCUS_CONTROL, CALIDAD_VIDA, INSUFICIENCIA RENAL, SALUD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"LOCUS OF CONTROL AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
CHRONIC RENAL"**

Author: Guissela Landeta

Tutor: Psc. Flavio Bonilla

Date: August, 2016

SUMMARY

This research was based on studying the locus of control and quality of life in patients with chronic renal failure, the population was 90 patients with CRF, of which a sample of 50 patients was taken, who were assessed by applying two psychological reagents. Scale Rotter Locus of Control, which determines the prevalence of this control is internal or external, respectively, and the Health questionnaire EuroQoL-5D which evaluated the levels of quality of life of patients with CKD.

The results show that if there is a direct relationship in the variables investigated, concluding that the internal locus of control with 58% is the most prevalent and 42% are external locus of control. Regarding the quality of life level higher prevalence with more than 56% percent were moderate problems: mobility, usual activities, personal care, pain / discomfort, and anxiety / depression and finally concluded that the prevalence of age people with IRC were from 23 to 65 years, with a percentage of 74% and predominant sex was male with a percentage of 62% across the sample.

KEYWORDS: LOCUS_CONTROL, QUALITY_LIFE, RENAL INSUFFICIENCY, HEALTH

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como tema: **“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.”** El objetivo planteado es determinar la relación existente entre locus de control y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Al ser una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, en donde los riñones pierden la capacidad de eliminar los productos de desecho en la orina y afectan el balance químico en la sangre, para lo cual es necesario la realización de tratamientos invasivos como la hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante de riñón. (Gómez, Arias & Jiménez, 2006).

Los pacientes que presentan enfermedades crónicas se ven obligados a adaptarse a una serie de cambios que se van presentando en el transcurso del tratamiento, en donde las percepciones de control y la calidad de vida se ven afectadas al tener relación directa sobre la salud, física y psicológica en las que se presenta depresión, ansiedad, dependencia a máquinas y al personal sanitario, cambios alimenticios, alteraciones en el funcionamiento físico, en las relaciones sociales, familiares y laborales (Sánchez, 2014).

En el primer capítulo se detalla el problema de investigación con un análisis de contextualización macro meso y micro, a más de contar con su respectiva justificación y objetivos planteados. En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico donde se hace una breve reseña de las investigaciones previas o estado del arte más un componente teórico de las variables tratadas. El tercer capítulo trata sobre el marco metodológico donde se plantea la metodología realizada, las fórmulas de muestreo y descripción de la batería de test utilizados. El cuarto capítulo se centra los cuadros y gráficos respectivos de los resultados de cada variable así como la comprobación a través del Chi cuadrado. Y en el último capítulo se encuentran las conclusiones y recomendaciones respectivas de acuerdo a los objetivos planteados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contexto

En un estudio realizado a nivel mundial acerca de la Insuficiencia Renal Crónica revelo que existe una afectación alrededor del 10% en toda la población, por estar considerada como uno de los mayores problemas de salud, debido a que esta enfermedad se presenta de forma silenciosa puede ocasionar graves problemas a largo plazo, no existe una cura para la IRC, los pacientes que son diagnosticados con esta enfermedad necesitan tratamientos como: hemodiálisis, diálisis peritoneal o un trasplante renal, al no ser tratada a tiempo puede ocasionar la expiración de las personas que la padecen, por lo que su tasa de morbilidad es del 15%, por este motivo se ha incluido en varios países un sin número de cambios dentro de sus programas de salud (OMS, 2015).

La prevalencia de personas con más de 60 años con IRC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años, razón por la cual se estimó una elevación en el tratamiento, mediante el proceso de sustitución de la función renal, en aproximadamente 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para el 2019, otra de las opciones es la diálisis peritoneal domiciliaria con la cual se pretende abarcar alrededor del 12% de los pacientes (OPS, 2015).

En el informe de Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE, 2012) acerca del Consenso sobre la IRC, concluyó que aproximadamente el 10% de la población adulta padecía de algún grado de IRC, con edades comprendidas de 40-64 años en un 3,3% y de 64 años con un 21,4%. Se estimó que existen alrededor de unos 20.000 pacientes en diálisis y que un 40% de la población española presenta IRC no diagnosticada, la cual perecerá antes de entrar en un programa de diálisis, por lo que existe un temor a que esta cifra vaya en aumento, debido a que se constituye una de las principales causas de muerte.

Según Almaguer (2012), refiere que las cifras de individuos que padecen IRC se ha incrementado en un 4% de la población en España, se ha podido evidenciar un aumento alarmante, se han realizado programas de psicoeducación centrados en temas como: la detección precoz y el trabajo multidisciplinario de la enfermedad, para de esta manera trabajar exclusivamente sobre la disminución de la morbilidad.

La Revista de Enfermería Nefrológica (2011), informó que existe un incremento en Latinoamérica de personas con IRC, representado con un 95% de pacientes que habitan en Perú que refieren esta condición y realizan su tratamiento en el seguro social. El aumento de pacientes con esta enfermedad se da en un 10% por año lo que sugiere que son 500 o 600 personas las que se encuentran atravesando crisis vitales, se exigen tratamientos de hemodiálisis para su supervivencia pero se debe reconocer que la excesiva demanda de pacientes hace que el sistema de salud pública se vea en la necesidad de negar tratamientos y de derivar a pacientes a clínicas privadas.

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH, 2015), mediante campañas de prevención pretende informar a la población, acerca de del aumento considerable de la IRC, alrededor de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 al tratamiento para el reemplazo de la función que sus riñones como son: la hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante de riñón. La diálisis peritoneal a domicilio pretende realizarse en un 12% de los pacientes en América Latina, en algunos países oscila en un 30%, en otros es

aproximadamente del 6%, también se pretende aumentar al 20% para 2019 en cada país de América Latina.

Según la Organización Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos del Ecuador (ONTOT, 2011), en el Ecuador el 19% de las personas refiere algún tipo de enfermedad renal crónica, lo que sugiere que en un millón de personas 190 se encuentran atravesando este padecimiento, según las estadísticas recogidas en el 2001 1257 pacientes se encontraban a merced de la hemodiálisis, 970 en el IESS, 120 en entidades públicas y 92 en clínicas privadas.

A nivel del Ecuador, se reconocieron 5.061 casos de personas con IRC, con una prevalencia de 2.767 hombres y 2.294 mujeres. En Tungurahua se registraron 249 casos, este panorama empeoró en el 2010 en donde las estadísticas de morbilidad sugieren que 323 hombres y 242 mujeres mayores de 65 años fallecieron víctimas de IRC, en este mismo año las cifras de personas enfermas ascendieron a 6.611, la provincia del Guayas es la más afectada con 1700 pacientes con esta enfermedad, de los cuales el 90% recibieron hemodiálisis y el 10% se sometió a diálisis peritoneales. En el hospital Luis Vernaza en el 2014 se brindó un protocolo de hemodiálisis de emergencia a 102 pacientes y en febrero del mismo año esa cifra aumentó a 204 (INEC, 2014).

Según Huertas (2012), menciona que los registros de ingresos de pacientes con IRC presentaron un incremento considerable de 1110 pacientes que se encontraban recibiendo hemodiálisis, en la ciudad de Quito en el hospital Carlos Andrade Marín, también se realizaron trasplantes en el 23% de la población que se realizaba el tratamiento.

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, 2004) comunicó que brinda asistencia diaria a 416 pacientes los cuales son sometidos a hemodiálisis y 98 se someten a diálisis peritoneal. Los datos que se pudieron obtener con la población que presenta IRC muestran que en el 2001 existieron 1.257 pacientes en diálisis, 970 en el IESS, 120 en hospitales públicos, 92 en privados y 75 en semipúblicos, la mortalidad es elevada en las personas que solo se realiza dos sesiones a la semana (75%). En Guayaquil se registran aproximadamente que al

año existen 600 nuevos casos y que el 35% de pacientes no reciben un tratamiento adecuado, debido a los altos costos que oscilan entre \$ 1.000 a \$ 1.300.

En el Plan del Buen Vivir se plantea aumentar la esperanza y calidad de vida de las personas, plantea políticas orientadas al cuidado, promoción de la salud, a garantizar el acceso a servicios integrales, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el reconocimiento y la inclusión de medicinas alternativas. Además trabaja en políticas nacionales de cuidados paliativos para asegurar una mejor calidad de vida de pacientes en fase terminal, debido a las afectaciones económicas, físicas, sociales y psicológicas, también evalúa factores como vivienda, alimentación, estado laboral (MSP, 2015).

Según Manzur (2010), comunicó que las personas que padecen de IRC presentan dificultades a nivel físico, emocional y psicosocial, ocasionado por el deterioro paulatino de la función renal. Se presenta un proceso de cambios y adaptación durante el tratamiento de hemodiálisis, los mismos que afectan la independencia del individuo, la familia juega un papel fundamental en los cuidados, atención y apoyo emocional del enfermo, también surge un impacto a nivel económico y laboral, ocasionada en la primera sesión de hemodiálisis en la cual aparecen crisis en el estado de ánimo y el alto costo que al no poder ser solventado impedirá la adherencia del paciente al tratamiento y disminuirá su posibilidad de supervivencia y presentara un mala calidad de vida.

Según Linares (2011), indica que la calidad de vida de los pacientes presenta relación con el locus de control que tenga mayor predominio, sea el interno o externo, el estudio de la psicología ha centrado su interés en velar por que cada uno de los individuos diferencien cada una de las sensaciones vitales y ejerzan poder sobre las misma, para tomar las riendas de sus vidas, obtener resultados favorables y eliminar resultados negativos por lo que existen varios estudios centrados en la investigación de estos factores que rigen la vida diaria del ser humano.

Según Amaguer (2011), refiere que el tratamiento de las personas con IRC dependerá del compromiso, condición y acontecimientos de su entorno. Para que se encuentre predominante el locus de control interno el sujeto atribuye cada una de las consecuencias a su conducta o acciones propias, a diferencia del locus externo que hace referencia a situaciones externas, el factor central a evaluar dentro de la investigación radica en la relación entre la adherencia al tratamiento y el locus de control en pacientes con IRC.

Según Bastos (2015), menciona que el ser humano al enfrentarse a situaciones nuevas y desconocidas, presenta una manera diferente de percibir las noticias, esto dependerá del locus de control del cual haga uso, el locus de control interno permite la adaptación a un nuevo estilo de vida, adoptando hábitos saludables, disminuyendo niveles de ansiedad y estableciendo una adherencia adecuada al tratamiento, todo lo contrario sucede con el locus de control externo, que permiten el dominio de sus cogniciones negativas por lo que la respuesta al tratamiento no será favorable, por la atribución de factores de casualidad o suerte lo mantendrán en constante zozobra acerca de los resultados de su tratamiento.

1.2.2 Formulación del Problema

¿Existe relación entre el locus de control y calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica?

1.3 Justificación

La novedad de la presente investigación consiste en el estudio acerca del locus de control y calidad de vida en las enfermedades crónicas siendo esta un área del psicólogo clínico y de la salud, debido a la excesiva demanda de pacientes con insuficiencia renal crónica en la sociedad Ecuatoriana.

La investigación tiene un gran impacto social por ser un tema poco tratado y conocido, ya que permitirá trabajar de manera multidisciplinaria con las personas que padezcan enfermedades crónicas, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los beneficiarios directos de la investigación fueron los pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro Contigo Da Vida en Ambato, a los cuales se les informó acerca de los resultados del estudio realizado, para que puedan tener conocimiento de las situaciones en las que se encuentran.

Por otra parte fue viable realizar la investigación debido a la colaboración brindada por los pacientes, personal y directivos del centro, además se contó con un sustento bibliográfico amplio el cual permitió comparar la realidad de nuestro país con los distintos países del mundo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar si existe relación entre el locus de control y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de locus de control prevalente en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

- Evaluar el nivel de la calidad de vida con mayor prevalencia en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Identificar el sexo de mayor prevalencia en el locus de control en las pacientes con insuficiencia renal crónica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estados del Arte

Locus de Control

Brenlla (2010), en Argentina realizó un estudio acerca de las “Propiedades psicométricas de la escala de Locus de Control de Rotter” en la Universidad Católica Argentina, con el objetivo de contribuir en la adaptación y en las propiedades psicométricas de la escala al medio, se contó con una muestra de 288 personas adultas de sexo masculino como femenino con edades entre los 18 y 66 años, los resultados obtenidos fueron que a menor nivel de instrucción de los entrevistados, estos presentaron un mayor predominio del locus de control externo, también mostraron un bajo nivel de Autoeficacia al afrontar situaciones cotidianas y por último se concluyó que existe una tendencia a que las mujeres posean un locus de control más externo que los varones.

Según Azzollini & Bail (2010), en su estudio realizado en Buenos Aires acerca de “La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos”, para lo cual se contó con una muestra probabilística de 337 pacientes escogidos al azar, con un edad promedio de 58 años y con el 57% de la muestra correspondiente al sexo femenino, se concluyó que las personas en las que predomina el locus de control interno, presentan una mayor probabilidad de realizar prácticas de autocuidado adecuadas y efectivas, además de ejercer un mayor control de la dieta, medicación, la realización de ejercicios físicos y medidas preventivas.

Arquimedes & López (2015), realizó un estudio en Perú con el tema "Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer" en la cual se contó con la participación de 107 pacientes de edades comprendidas entre 36 y 72 años de ambos sexos, para la evaluación de los pacientes se utilizaron los reactivos psicológicos de la escala multidimensional de locus de control de la salud y el cuestionario de salud SF-36, los resultados obtenidos indicaron que no existe correlación entre las variables de investigación, pero se encontró una relación inversa, entre el LCS con los componentes físico y emocional de CVS.

Alfaro (2011), en su investigación en Perú con el tema "Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis", el objetivo planteado fue de relacionar las dos variables de estudio, en la que participaron 100 pacientes de cuatro centros de diálisis del país con edades desde 20 a 70 años, el 54% fueron de sexo femenino y 46% correspondía al masculino, los resultados muestran que un mayor locus de control interno presenta mejores niveles de calidad de vida y al predominar el locus de control externo los pacientes son más proclives a presentar dificultades con los requerimientos físicos en su trabajo, actividades diarias, ven su estado de salud de forma más negativa y respecto a la relación entre los locus de control y diversas variables sociodemográficas, se ha encontrado que los hombres tienen una mayor orientación interna que las mujeres.

En su investigación Acosta (2014), en el Ecuador acerca de la "Relación de locus de control y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 50 años internados en el área de Medicina Interna", en la que se contó con una población total de 36 personas, se concluyó que si existe una relación entre el locus de control y los episodios depresivos presente en los pacientes, demostrando que la mayoría de pacientes presentan un locus de control externo por lo cual tienen mayor predisposición a presentar trastornos del estado de ánimo, como los episodios depresivos y en la conclusión final se demostró que los pacientes con una prevalencia del locus de control interno tienen una predisposición menor a sufrir episodios depresivos.

Vargas (2012), ejecutó una investigación sobre la “Relación entre los niveles de estrés y la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con insuficiencia renal crónica en la Universidad Técnica de Ambato”, en donde concluyó que existe una estrecha relación entre los niveles patológicos de estrés ya sean elevados o demasiado bajos, y la mala adherencia al tratamiento dietético en pacientes con IRC. Además encontró que los grados de estrés están asociados a la adherencia al tratamiento y al tiempo de evolución de la enfermedad, debido a que al momento del diagnóstico el paciente renal experimenta un elevado grado de estrés y mientras evoluciona la enfermedad su nivel de estrés disminuye patológicamente.

Calidad de Vida

Rivera & Montero (2012), en su investigación en México acerca del “Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con IRC en diálisis peritoneal”, la evaluación se realizó con 83 pacientes: 43 femeninos y 40 masculinos, con una edad media de 53.5 años, en donde los resultados fueron, que existe un desorden psicológico al presentarse una elevación significativa en ansiedad ante el fallecimiento prematuro, la depresión que es usual en individuos que presentan IRC, la ideación suicida y la desesperanza al adquirir la enfermedad, una baja calidad de vida y no presentar un círculo social o no contar con el apoyo familiar.

Perales, Ana, & Reyes, (2012), investigaron en México la temática “Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, el objetivo de este estudio fue valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los evaluados, así como evaluar la capacidad predictiva de variables psicosociales como apoyo social, autoeficacia, optimismo, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento, el estudio conto con la participación de 39 personas con IRC. Los resultados mostraron que la depresión es el principal predictor de la CVRS, por asociarse negativamente con el grado de preocupación, estrés, desesperanza y el fatalismo, también se ven íntimamente asociadas.

En su investigación Jiménez (2013), en México en la Universidad Autónoma de Querétaro con el tema "Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis", utilizo un diseño de tipo transversal y comparativo, la población con la que se contaba era de 101 pacientes para lo cual se tomó una muestra de 40 pacientes, la edad de los evaluados oscilo desde los 15 a 85 años, se aplicó una encuesta para tener datos requeridos, las conclusiones obtenidas fueron que las dimensiones de calidad de vida más afectadas son función física con el 52.5% y el nivel de independencia 52,5%, las dimensiones menos afectadas fueron salud psicológica, creencias religiosas y relaciones sociales también se concluyó que la CV fue mejor en los pacientes con diálisis peritoneal que en los pacientes con hemodiálisis.

Según Begoña, Nekane & Prado (2010), en la investigación realizada en Chile llamada "Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo", planteo como objetivo conocer la asociación del tiempo en diálisis con el cambio de estrategias de afrontamiento, así como con la calidad de vida y los factores psicosociales", se evaluaron a 93 pacientes de hemodiálisis de edades entre los 70 años, concluyeron que mientras más tiempo trascurrían los pacientes en el tratamiento de hemodiálisis la calidad de vida se afectaba de manera negativa, otro resultado fue que la búsqueda de apoyo social y la distracción se correlacionaron negativamente con el tiempo en tratamiento.

Mera (2007), en un estudio realizado en la Universidad de Austral de Chile, acerca de la "Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis Centro Médico Dial-Sur. Osorno", en donde se planteó valorar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con IRCT y establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y el área del estado funcional. Los resultados referentes a la percepción de la calidad de vida, son que la mayoría de los pacientes el 81.7%, la considera de regular a muy buena, es decir que en ocasiones la enfermedad los limita en ciertos aspectos como la alimentación, la actividad física y social; en el área del estado funcional, la mayoría de los pacientes en un 63,7% la califica de regular a mala, el 59.1% califico la función social de regular a mala.

Acosta, Chaparo, & Rey (2010), efectuaron una investigación en Colombia acerca de la “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal”, se contó con una población de 120 pacientes tomando en cuenta que el 61% pertenecía al sexo masculino y el 39% al sexo femenino, el rango aproximadamente de edad fue de 36 a 50 años, los resultados muestran que la calidad de vida en los pacientes trasplantados es más favorable que en los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal, en relación con las estrategias de afrontamiento se encontró que los pacientes trasplantados tienden a emplear más estrategias de solución de problemas y mayor satisfacción con su vida.

Bautizta & Zambrano (2014), investigaron en Colombia sobre “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2”, el tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo y transversal, presentó una población de 390 pacientes con una muestra establecida por 287 pacientes, para la recolección de la información se utilizó un cuestionario que permitiría conocer la CV de los evaluados, las conclusiones obtenidas fueron que el 62,3 % de los participantes tenía una CV media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 37,6 % expreso poseer una CV alta y ningún paciente presento CV baja., también se determinó que no existen diferencias significativas en la calidad de vida con respecto al género.

Sánchez (2014), realizó un estudio en Perú titulado “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD”, el estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, conto con una participación de 72 pacientes de 20 años de edad en adelante, para la evaluación se empleó el Cuestionario SF-36, el objetivo planteado fue describir la calidad de vida en las diferentes dimensiones del cuestionario. Los resultados fueron que existen diferencias significativas en la CV de los pacientes masculinos y femeninos, la CV es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses, la CV en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y en general el componente físico es el más afectado en los pacientes con IRC en hemodiálisis.

Según Varela (2015), en su investigación acerca de la “Calidad de Vida del adulto con insuficiencia renal crónica”, con el objetivo de describir la calidad de vida de pacientes con disminución de la función renal, el instrumento validado y más utilizado para medir calidad de vida en individuos con enfermedades crónicas es el SF-36, en donde se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada, debido a que están sujetos a cambios en su estilo de vida, además presentan deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual.

Floril (2011), en su investigación en la Universidad de Guayaquil con el tema “Calidad de vida de pacientes con hemodiálisis en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala”, contó con un método descriptivo, correlacional y transversal, con una población de 70 pacientes, los objetivos fueron identificar el estado de salud general de los pacientes y determinar la presencia de problemas emocionales. Los resultados obtenidos con referencia al estado de salud en general de los pacientes que acuden a la unidad de hemodiálisis en su mayoría es deficiente y todos los pacientes que se realizan la hemodiálisis tienen problemas emocionales, físicos y sociales.

Pupiales (2012), realizó una investigación en el Ecuador acerca de la “Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato”, la muestra estuvo establecida de 30 pacientes, el 60% corresponden al sexo masculino y el 40% al sexo femenino, en cuanto al grupo de edad fue de 40 a 75 años, el 73% lleva menos de 2 años en tratamiento de hemodiálisis, en la aplicación de la encuesta realizada a los participantes, se obtuvo como resultado que el 57% de los pacientes perciben su CV como regular, debido a que presentan sentimientos negativos, de los cuales, el de mayor predominio es el de invalidez, otra parte de la población el 23% percibe la CV como buena, y el 20 % concluye que la CV es pésima.

2.2 Fundamentación Teórica

Locus de control

Para una mejor comprensión del locus de control es necesario hablar primero de lo que significa el control en salud, este término se puede definir como capacidad para equilibrar los resultados a través de respuestas correctas, el control que se perciba a través de las expectativas en la toma de decisiones tomando en cuenta la relación de aquellas circunstancias deseadas, estas se ven a la vez implicadas en acciones propias de cada sujeto (Morales, Nouvilas & Martínez. 2012).

Existen tres tipos de características con las cuales se pueden ejercer un mejor control:

- 1) Control conductual.
- 2) Control decisional.
- 3) Control cognitivo.

El Locus de control es un interés acerca de la estabilidad de las personas en percibir, de determinada manera, el control que tiene cada una acerca de su salud (Rotter, 1966).

Los extremos de locus de control son internos y externos, según las siguientes definiciones:

- **Locus de control interno:** percepción que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que ellas mismas controlan sus vidas. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.
- **Locus de control externo:** percepción que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. Así, el LC externo es la percepción de que los eventos no tienen relación con la propia determinación, es decir que los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación propios.

La terminología de locus se refiere al lugar o localización tanto interna como externa, en el cual se encuentra residiendo el control de estímulos, se destaca la relación entre las creencias de control y la ejecución de conductas así como la capacidad de pronosticar y emplearlo a un contexto relevante y preciso. Se obtuvo resultados de las diferencias entre los individuos con un locus control interno, y las personas con un locus control externo, en función que si creen que su salud es la consecuencia de su misma conducta o de factores externos a sus acciones. Para la obtención de resultados inmediatos se realizó un cuestionario de carácter multidimensional de Locus de Control el cual mide una dimensión interna y dos externas una que se localizaba relacionada con la suerte y otra constaba en el poder de las personas en la toma de decisiones (Wallston, 1992).

En varias áreas de salud se lleva utilizando al locus de control como un predictor en el que cada sujeto es capaz de tomar decisiones en base a la perspectiva individual propia, como a la perspectiva en la que influyen diversos factores como la familia, la pareja el trabajo o el ambiente sea cual sea esta decisión, hay que tener en cuenta que se busca que se pueda lograr tener una base a la adhesión del tratamiento terapéutico a cumplirse (Bennett, 1998).

El locus de control al ser utilizado como una variable independiente debido a que se encarga de especificar las actuaciones en base a la prevención, intervención, tratamiento y un adecuado cuidado en las áreas relacionadas con salud, cuenta con su propia visión de la realidad de lo aprendido y lo utiliza como un mecanismo que ayuda a beneficiar a una mejor adaptación y al control de una mejor manera del mismo. También se propone generar un mejor potencial para ayudar a tener un mejor comportamiento en cualquier situación que se presente, de esta manera se piensa obtener un reforzamiento ante cualquier situación acontecimiento que pueda aparecer (Pérez, 2014).

Debido a varios estudios realizados en múltiples personas al esperar los resultados, en los cuales se espera que los resultados de los sujetos en los cuales se realizaron la aplicación de los reactivos psicológicos, que presentan un predominio en el locus de control interno en donde cada sujeto se presenta más

colaborador a la hora de cumplir el tratamiento terapéutico, a diferencia de los sujetos que obtuvieron un predominio del locus de control externo.

Hay que destacar que el locus de control se encuentra muy asociado con el valor de salud debido, a que este presenta una gran importancia para la persona respecto a otros valores incluido el trabajo o el dinero, también se incluyen a otras variables como son la autoeficacia, control conductual, por lo cual se asevera que estos aspectos presentan una gran correlación con la salud y por ende una estrecha relación con el locus de control (Vizdómine & Luciano, 2006).

Auto eficacia y salud

En la actualidad se tiende a diferenciar tanto la autoeficacia y salud y a cada una se le da un valor de forma independiente una de la otra, aunque tenga una estrecha relación. La diferencia se encuentra dentro del concepto de control en el cual se puede apreciar tanto creencias generales, en las cuales se presenta acontecimientos en relación del planeta como creencias asociadas con contextos determinados aspectos individuales (Fernández & Edo, 1994).

El concepto de autoeficacia que parte de la teoría social cognitiva, la cual tiene una estrecha a relación con las habilidades que posee cada uno de los individuos en sus diversos ambientes y además presenta actividades para implementar el desarrollo para cumplir una serie de logros, metas y éxitos que se van vamos planteando a lo largo de la vida. Hay que tener en cuenta que no se trata solamente de las habilidades de los sujetos en cada acontecimiento que se presenta en relación a la percepción en cada circunstancia de cada sujeto (Wallston & Bandura, 2001).

Calidad de vida

El significado de calidad de vida que se encuentra asociado con el bienestar por encontrarse incluido en la felicidad, afecto, estrés, ansiedad, y satisfacción personal. La valoración a los individuos en su satisfacción era el resultado que se realizaba en comparación en circunstancias anteriores como actuales. A partir de

los años setenta y noventa se han ido fundamentado más estudios acerca de la calidad de vida, pero alcanzo un máximo estudio y reconocimiento en donde se fundó por primera vez en la historia una propuesta para desarrollar en diferentes áreas laborales, políticas, medicas, psicológicas entre otras, así también se han venido realizando encuentros, conferencias, debates con expertos y temáticos en el tema a nivel mundial, al poseer una mayor recibimiento en América Latina y en la Región de Asia - Pacifico. (Campbell, Converse y Rodgers, 1971).

La calidad de vida se rige no solamente en función de los avances acerca de los objetivos de los escenarios de las personas, además actúa en base a las perspectivas y anhelos de cada persona en sus diferentes ámbitos. Debido a esta situación se puede evidenciar que el bienestar material no es suficiente cuando no ha sido estabilizado por medidas subjetivas ya que puede presentarse un deterioro en el bienestar a pesar que el beneficio haya aumentado en la calidad de vida de los pacientes. Por lo cual se han ido realizando numerosos trabajos cuyo propósito es el de alcanzar medidas de beneficio en la calidad de vida de las personas. Para lo cual estos dos autores crearon herramientas de medición los cuales permitirán mejorar el nivel tanto de agrado o desagrado con las distintas áreas de sus vidas (Andrews y Withey, 1996).

Componentes internos de la calidad de vida

Para comprender los dominios de satisfacción de cada persona tiene en la calidad de vida, es importante tener en cuenta los juicios que cada persona presenta en las diferentes áreas, para lo cual es necesario que cada individuo muestre la importancia y el disfrute de la vida, de esta manera se ha tomado en cuenta las circunstancias, percepciones, sentimientos, reacciones, de las personas tanto de manera objetiva como subjetiva. Se crearon tres puestas importantes para una mejor comprensión que son:

- 1) El bienestar psicológico basado en las experiencias.
- 2) Aspectos positivos y negativos.
- 3) Satisfacción vital.

Esta última manifiesta el agrado en que una persona evalúa la calidad de vida de forma positiva, es decir cuánto le gusta o agrada la vida que lleva y el nivel de satisfacción que presenta (Veenhoven, 1996).

Una mejor definición de felicidad es al ser utilizado en varios aspectos tales como, humor positivo, satisfacción de la vida, hacer felices a las personas sin importar en el contexto que se encuentren desarrollándose, por lo cual se ha buscado un mejor termino para expresar felicidad y se lo ha cambiado a bienestar (Diener, 2006).

Cada percepción, pensamiento y sentimiento que posee cada una de las personas trae consigo un impacto tanto en las condiciones de vida como en las cosas que cada persona hace, en las cuales se podrían informar de una mejor manera describiéndolas en dos situaciones si han sido buenas o malas, de esta forma al describir si sus situaciones fueron buenas se las podría describir como un paraíso y si al contrario fueron malas se las describiría como el infierno (Michalos, 2007).

Al mencionar los dominios se menciona características tanto subjetivas como objetivas ya que son necesarias para la organización del principio teórico de la deconstrucción ya que este estar relacionado con la calidad de vida y a la vez se utilizan criterios para una mejor comprensión como son:

- 1) Aspectos que puedan ser contestados tanto de manera subjetiva como objetiva.
- 2) No se debe incluir la afectividad por el concepto de felicidad.
- 3) Debe poseer un indicador variable, es decir que no actué como mediador (Cumins, 2001).

Condicionantes externos de la calidad de vida

La calidad de vida al estar incluida en una estructura social con pautas culturales y características psicosociales de las personas, influye en los ámbitos institucionales, estatales, privados debido a que se inmiscuye en varios factores ambientes externos (Cachil, 2000).

Las condiciones de vida se manifiestan en base a la sociedad, del medio ambiente y de la estructura social por lo cual se producen dos aspectos los endógenos y exógenos. Los endógenos que son aquellos que incluyen respuestas mentales, emocionales y psicológicas que presentan las personas en relación a las circunstancias de su vida y las exógenas se basan tanto en la estructura social como en las influencias culturales. (Ferris, 2011).

Para una mejor comprensión se menciona diez estructuras que se encuentran dentro de manera exógena en la calidad de vida que son:

- 1) Edad y sexo de la comunidad.
- 2) Variaciones de la estructura social de las poblaciones.
- 3) La interacción individual dentro de la población influida por la vitalidad.
- 4) Las instituciones relacionadas con los valores.
- 5) La estructura social dinámica.
- 6) Los individuos forman parte de las organizaciones religiosas.
- 7) Los ingresos económicos no determinan la calidad de vida.
- 8) Las instituciones y el crecimiento económico.
- 9) El empoderamiento dentro del aumento de seguridad.
- 10) Las intervenciones de profesionales capacitados para una mejora en la calidad de vida.

Calidad de vida en la actualidad

La calidad de vida es la apreciación que cada persona tiene en relación al entorno contexto cultural, valores intereses y logros que va adquiriendo a lo largo de su vida, además se encuentra en relación mutua entre salud física y psicológica, en relación con el ambiente como social, el nivel de independencia. (Oros L. B., 2005)

La calidad de vida se basa en la experiencia de cada persona, tanto en situaciones positivas o negativas que vaya atravesando a lo largo de su vida, esta inmiscuida en dos ámbitos importantes que son tanto el entorno material (bienestar social) como el entorno psicosocial (bienestar psicológico) que manifiesta una situación en la vida cotidiana que se conoce como satisfacción vital, debido lo cual permite que se incluyan dos ejes importantes como son el objetivo y subjetivo cada uno de estos presenta dominios que van incluyendo en la comprensión de la calidad de vida (Cummins, 1998).

Tanto las comunidades como los sujetos se la realizan en torno a las condiciones de vida que se presten en relación de que esta comunidad o el sujeto realicen función de lo que piensan y sienten y las consecuencias que estas pueden generar (Michalos, 2007).

Varios autores mencionan que la calidad de vida presenta un enfoque multidimensional debido a que abarca una serie de dominios, mencionan que el efecto de las relaciones sociales y la relaciones con el medio están mediatizados debido a que cada sujeto interpreta su propio contexto y determina su calidad de vida, ya que cada persona pasa por experiencias y circunstancias distintas en su vida (Cummins y Gullone, 2002).

Calidad de vida y tiempo libre

La calidad de vida obedece a todo aquello que nos plantemos en un periodo aproximado de setenta años, debido a que varias circunstancias nos van afectando de distintas maneras, nos dedicamos a realizar actividades las cuales en absoluto disfrutamos es poco probable que tengamos una vida satisfactoria, cualquier actividad que realicemos puede tornarse de manera satisfactoria si dedicamos hacerla con paciencia, conciencia y dedicándole un momento específico en el cual podemos compartir tiempo familiar y personal (Rodríguez, 2005)

Otro aspecto en el cual ocurren experiencias óptimas o insatisfactorias es el trabajo en el cual se producen una serie de retos y habilidades, en el trabajo en donde nos sentimos productivos y activos lo cual ayuda presentar una mejor

calidad de vida. En varios estudios se han descubierto que las personas que tienen objetivos claros presentan una gran mejoría en su salud física y mental, debido a que la actividad nos hace olvidar aquello que no funciona en nuestras vidas manteniendo nuestra mente ocupada para lo cual es necesario realizar cada actividad con atención y concentración adecuadas para que la actividad sea satisfactoria (Flammer, 2009).

Calidad de vida en los pacientes de hemodiálisis

Las enfermedades físicas refieren dificultades emocionales a largo plazo en los pacientes ya que en caso de las enfermedades renales los pacientes ingresan a tratamientos de reemplazo renal por lo que su economía, su estado mental y su forma de vida se ven afectadas profundamente y es que los cambios en su alimentación, lo doloroso de los tratamientos y el desgaste emocional centrado en la pérdida de la esperanza vital hacen parte del día a día de los pacientes y los encaminan a adoptar una actitud negativa ante la vida y es que es importante tomar en cuenta que todo tipo de enfermedad crónica no solo afecta al enfermo sino también a su entorno es decir a cada uno de los miembros de la familia por lo que se menciona que tanto el sujeto como la familia deben aceptar y vivir con los cambios provocados por la enfermedad (Cardona & Agudelo, 2005).

En el instante en que aparece la noticia acerca de la enfermedad empieza un estilo de vida en el que todos los miembros deberán adaptarse a un nuevo escenario, por este motivo se dice que las repercusiones en el individuo se presentan en relación a su auto concepto, a la visión de sí mismo, del mundo y del futuro, para esto se debe tomar en cuenta la edad de diagnóstico, la personalidad del sujeto, sus pensamientos, su conducta que son factores determinantes que se evalúan ante el apareamiento de una depresión. (Rodríguez, 2006)

La depresión hace su aparición en el momento en el que el individuo experimenta algún cambio que le provoca crisis, al que no puede enfrentarse con sus propios medios o no siente que no tiene la estrategias adecuadas para hacerlo por lo que las actividades que antes le causaban placer empiezan a engendrar displacer y es que las situaciones críticas que se presenten en la vida son un factor central para el

aparecimiento de la depresión por lo que ante una enfermedad renal crónica el ánimo del individuo disminuirá y se podrá evidenciar una pérdida de alegría y del sentido de vivir. Se manifiesta en una muestra de tres pacientes con enfermedad renal por lo menos uno sufre de depresión y cabe mencionar que este estado puede tornar aún más crónico el estado de salud del enfermo (Oros, 2010).

Los pacientes que reciben el tratamiento a domicilio tienen menos posibilidades de desarrollar depresión debido a que pueden realizar un sin número de actividades mientras se encuentran conectados a la maquina incluso tienen acceso a recibir todo tipo de visitas durante su tratamiento por lo que su red de apoyo se fortalece y es este un ambiente totalmente diferente al que enfrentan los pacientes a la espera de un trasplante ya que la ansiedad y angustia se apodera de su mente y cuerpo y la energía acumulada mediante sus pensamientos desemboca en el aparecimiento de la depresión por lo que son muy comunes los intentos de suicidio (CENETEC, 2007).

La ansiedad es un factor central en los pacientes renales crónicos ya que esta hace su aparición en las primeras sesiones del tratamiento de hemodiálisis y ante la incertidumbre de conocer si este proceso encaminara a una cura, de esta manera el sujeto refiere una acumulación de energía que se introyecta y permite el aparecimiento de la depresión pero un tratamiento a tiempo puede entregar al sujeto nuevas ganas de vivir y hacer uso de estrategias de afrontamiento y de la psicología positiva engendrara en el sujeto fuerzas para enfrentar su estado físico de salud. (Daugirdas, 2008)

Un factor primordial que favorece para el tratamiento de la depresión es mantener sus relaciones interpersonales activas con el objetivo de mantener una mente ocupada además la dieta, ejercicios y motivaciones diarias serán importantes para la mejoría del paciente para esto es importante encontrarse a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por psicólogo, psiquiatra, haciendo uso de trabajo social, nefrólogos, enfermeras, entre otras. Para construir un plan terapéutico centrado en las necesidades de cada paciente por ejemplo:

- Psicoterapia

- Medición de los niveles de depresión en cada paciente
- Psi coeducación
- Establecer una red de apoyo conformada por familiares más cercanos
- Brindar estrategias de afrontamiento
- Prevención

Es importante conocer que en el caso de las pacientes mujeres es más fácil pedir ayuda que los paciente de género masculino debido que al introyectar sentimientos, y envolverse dentro de un caparazón de dureza debido a sus emociones intensas, son estas mismas las que lo bloquean e impiden que busque ayuda y es que un 60% de mujeres ha pedido ayuda mientras que solo el 40% de los hombres han tomado la misma decisión. (Valderrábano, 2009.)

Insuficiencia Renal Crónica

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles que presentan un cuadro de morbi-mortalidad a nivel mundial, en donde los riñones presentan una afectación por ser los encargados de filtran los desechos de la sangre y normalizar ciertas funciones del organismo como son quitarle el exceso de líquidos, productos de desecho, minerales y producir hormonas, no existe una cura para la IRC pero es necesario un tratamiento renal sustitutivo del tipo de la hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal y en el caso de no recibir un tratamiento oportuno puede ocasionar , la defunción de la persona que padece la enfermedad (Sánchez, 2014).

Las causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las glomerulopatías y las enfermedades obstructivas renales. Los síntomas son pocas veces claros algunos pacientes no muestran síntomas durante mucho tiempo, con el avance de la enfermedad se presentan una serie de sintomatología como: dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, falta del apetito, la piel seca con manchas, dificultad para respirar, insomnio y aumento de la presión arterial (Sellarés & Conde, 2002).

Las reacciones psicológicas que se presentan comúnmente son: ansiedad, frustración, cólera e ira y sintomatología depresiva, de ahí radica la importancia

de la psicología aplicada a la nefrología que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos del enfermo renal crónico, concretamente aquel que se encuentra en el tratamiento de hemodiálisis debido a que comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte de la persona al presentarse cambios significativos en el área personal, familiar, social y laboral (Lorenzo, 2012).

2.3 Hipótesis

- **Ho.** El locus de control no influye en la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia renal.
- **Hi.** El locus de control si influye en la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia renal.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de Investigación

En el presente proyecto de investigación se realizó un estudio correlacional y transversal. Por presentar una relación directa entre las dos variables, locus de control y calidad de vida, las cuales presentan una concordancia entre los conceptos, los procesos de adaptación y tratamiento de la enfermedad en pacientes con IRC.

3.2 Selección del área o Ámbito de estudio

La investigación fue realizada en el Centro Contigo Da Vida en Ambato en el período Abril - Agosto del 2016, cuenta con 90 pacientes ambulatorios con IRC, con el fin de indagar sobre la relación de cada variable planteada.

3.3 Población

La población total con la que cuenta el Centro Contigo Da Vida en Ambato es de 90 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 50 pacientes con IRC a los cuales se aplicó los reactivos psicológicos.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que deseen de forma voluntaria participar en la investigación.
- Pacientes con IRC que se encuentren en hemodiálisis en el Centro Contigo Da Vida por un tiempo mayor a 3 meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con IRC que presenten algún tipo de discapacidad intelectual, enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con un ingreso reciente o de otros centros hospitalarios.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.

3.5 Diseño muestral

Se trabajó con una muestra de 50 pacientes con IRC que asisten de manera ambulatoria al Centro Contigo Da Vida en Ambato.

3.6 Operacionalización de variables

Variable Independiente: Locus de Control

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Percepción del grado de control que posee el sujeto sobre los acontecimientos o consecuencias de éxito o fracaso recibidas del medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> Control Externo Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de factores externos entre ellas situaciones ambientales, sociales, laborales, familiares, sexuales. Percepción de las conductas propias, factores internos personales en medida que cada individuo dirige su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b 2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 	Escala de Locus de Control de Rotter

TABLA N° 1 Operacionalización V.I.

Fuente: Escala Locus de Control

Elaborado por: Landeta G.(2016)

Variable Dependiente: Calidad de vida

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La condición acerca del estado de salud, cuidado y aspecto personal, actividades de la vida diaria, malestares físicos y psicológicos,	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de problemas • Problemas moderados • Problemas graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Cuidado personal • Actividades cotidianas • Dolor/ malestar • Ansiedad/Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo problemas para caminar • Soy incapaz de lavarme o vestirme solo • Tengo algunos problemas para realizar actividades habituales • Tengo mucho dolor 	Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

TABLA N°2 Operacionalización V.D.

Fuente: Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D) Calidad de Vida

Elaborado por: Landeta G.(2016)

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- Se solicitó el permiso mediante un oficio al Director (a) del Centro Contigo Da Vida en Ambato, para la aplicación de los reactivos psicológicos a los pacientes en hemodiálisis.
- Se aplicó el consentimiento informado, que es un documento legal en donde se detallan cláusulas de permisos para la aplicación de los reactivos psicológicos en los pacientes en hemodiálisis.
- Se procedió con la aplicación del primer reactivo psicológico, el Test de Locus de Control de Rotter en la población establecida.

Variable Independiente: Locus de Control

Autor: Rotter 1966

Técnica: Encuesta

Instrumento: Escala de Locus de Control (LOC) de Rotter

Propiedades Psicométricas

Confiabilidad y Validez:

En el análisis de consistencia interna por el índice de Alpha de Cronbach. El coeficiente de fiabilidad obtenido fue de 0.652.

Para estudiar la validez de constructo se calculó la validez factorial del instrumento. Se obtuvo la medida de adecuación muestral que indicó la posibilidad de factorización, $KMO=0,67$. Se realizó un análisis factorial exploratorio que arrojó 9 factores, pero no todos ellos tenían un peso significativo ni explicaban un gran porcentaje de la varianza. Por ello, en una segunda instancia se hizo una reducción y se solicitó la extracción de

cinco factores que explicaron el 38,58% de la varianza (los valores $<.35$ no han sido incluidos). (Brenlla, 2010)

- Se procedió a la aplicación del segundo reactivo psicológico, Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D) a la población establecida.

Variable Dependiente: Calidad de vida

Autor: EuroQoL-5D Grupos

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Propiedades Psicométricas

Confiabilidad y Validez:

La validez convergente y discriminante de EQ-5D fue evaluada comparando las relaciones entre; los resultados de las dimensiones de EQ-5D con los resultados de EQ-VAS, los índices de utilidad de EQ-5D y los resultados de preguntas y/o escalas de SF-36v.2.

Dada la naturaleza ordinal de las dimensiones de EQ-5D, los coeficientes de las correlaciones de rango de Spearman (ρ) fueron usados para evaluar la relación entre las dimensiones del sistema descriptivo de EQ-5D y las escalas de SF-36v.2.

La confiabilidad fue analizada usando los coeficientes de correlación intraclases (ICC) de los resultados de las dimensiones de EQ-5D. La validez convergente de EQ-5D fue demostrada comparando las relaciones entre las dimensiones de EQ-5D y algunas escalas escogidas de SF-36 v.2. La hipótesis planteada fue que, la relación entre la dimensión angustia/depresión de EQ-5D y la escala de salud mental de SF-36 era más fuerte que la relación existente entre la dimensión angustia/depresión de EQ-5D y la escala de función física de SF-36.

Finalmente, la habilidad de EQ-5D para discriminar entre diferentes niveles del estado de salud fue determinado comparando las medias de preguntas o escalas de SF-36 de personas que se registraron “sin problemas de salud” en EQ-5D, con aquellas de personas que informaron “algún problema de salud” (moderado o severo).

La correlación entre los índices fue considerada fuerte cuando el coeficiente de correlación (ρ) fue mayor de 0,6, moderada cuando ρ estuvo entre 0,4 –0,6 y baja cuando este coeficiente fue menor de 0,4. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

- Finalmente se agradeció la colaboración tanto a los pacientes como al personal del Centro Contigo Da Vida por la apertura del proyecto de investigación.

3.8 Aspectos Éticos

1. Para la realización de la investigación, se debe contar con el consentimiento informado, en el cual la persona menciona estar de acuerdo a participar de forma voluntaria en la investigación.
2. Identificar las situaciones en las cuales se determinan, que los reactivos pueden requerir un ajuste en la aplicación, debido al género, edad, etnia, clase social, religión, escolaridad que presenten los participantes.
3. Guiar de manera correcta a los participantes en la ejecución de los reactivos psicológicos, en todos los aspectos y parámetros que estos involucran, para una adecuada evaluación.
4. La calificación e interpretación de los test deben tener datos confiables como la validez y fiabilidad.
5. Garantizar la confidencialidad de la información obtenida, en los resultados de la aplicación de los reactivos y su uso debe ser exclusivo de la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 Análisis de los resultados

4.1.1 Datos Sociodemográficos

Edad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-22	3	6%
23-65	37	74%
65-100	10	20%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 3 Edad

Fuente: Datos sociodemográficos

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a su edad, se obtuvo que los pacientes de 17 a 22 años, representan el 3%, de 23 a 65 años el 74% y por último 65 a 100 años representan el 20%.

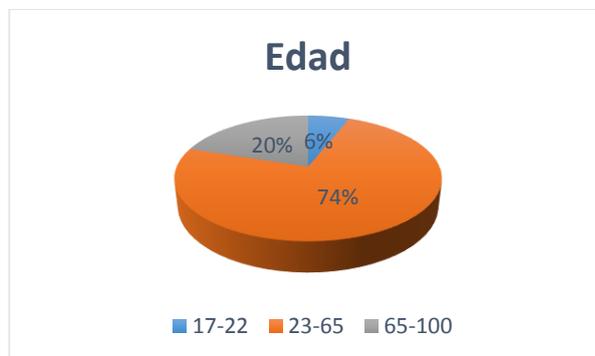


GRÁFICO N° 1 Edad

Fuente: Datos sociodemográficos

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

La edad de mayor predominio en el estudio fue de 23 a 65 años, esto indica que los mayores índices de Insuficiencia renal crónica empiezan a esta edad, sin embargo si existe un porcentaje medio las edades después de los 65 años.

Sexo

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	31	62%
Mujer	19	38%
TOTAL	50	100 %

TABLA N°4 Sexo

Fuente: Datos sociodemográficos

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a su sexo, se obtuvo como resultado, que los pacientes hombres representan el 62% y las mujeres representan el 38%.



GRÁFICO N° 2 Sexo

Fuente: Datos sociodemográficos

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

En cuanto al sexo de mayor predominio, los hombres presentan un mayor porcentaje que las mujeres en el padecimiento de de Insuficiencia Renal Crónica.

4.1.2 Cuadro General de Locus de Control

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Locus de Control Interno	29	58%
Locus de Control Externo	21	42%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 5 Cuadro General de Locus de Control

Fuente: Cuadro General de Locus de Control

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al locus de control que predomina, se obtuvo como resultado que el 58% de los pacientes posee un predominio del locus de control interno y el 42% de los pacientes posee un predominio del locus de control externo.

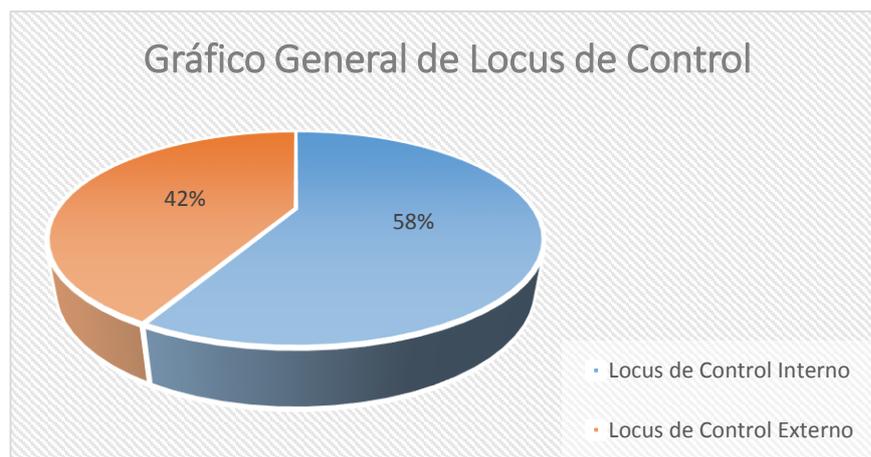


GRÁFICO N° 3 Gráfico General de Locus de Control

Fuente: Gráfico General de Locus de Control

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Con referencia al locus de control que predomina en los pacientes con IRC, el mayormente puntuado es el locus de control interno, sin embargo las estadísticas no difieren de manera significativa, es decir que las personas creen en la consecuencia de sus actos antes que en la suerte.

4.1.3 Cuadro según el sexo predominante en el Locus de Control

SEXO	LC INTERNO	LC EXTERNO	PORCENTAJE
Hombre	20	11	65%
Mujer	12	7	35%
Total	32	18	100%

TABLA N° 6 Cuadro General de Locus de Control

Fuente: Cuadro según el sexo predominante en el Locus de Control

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al sexo en el que predomina el locus de control, se obtuvo como resultado que los pacientes hombres poseen un predominio del locus de control interno que las pacientes con sexo femenino.

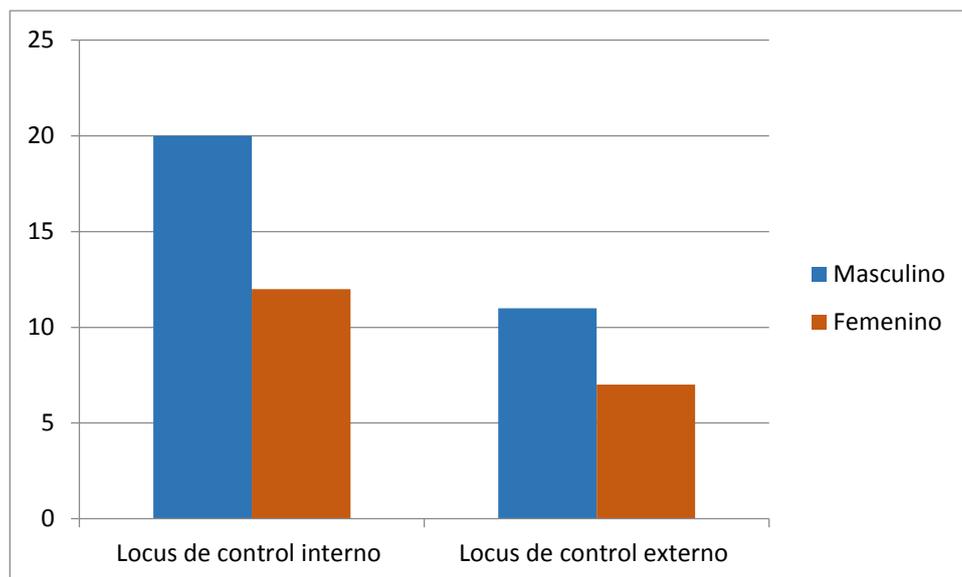


GRÁFICO N° 4 Gráfico General de Locus de Control

Fuente: Gráfico General de Locus de Control

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Con referencia al sexo que predomina en el locus de control, el mayormente puntuado fue el de los hombres con la prevalencia locus de control interno, sin embargo se puede apreciar que las mujeres también presentan un predominio en el locus de control interno.

4.1.4 Cuadro General de Calidad de Vida

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausencia de Problemas	11	22%
Problemas Moderados	28	56%
Problemas Graves	11	22%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 7 Cuadro General de Calidad de Vida

Fuente: Cuadro General de Calidad de Vida

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a la calidad de vida que poseen. Se obtuvo como resultados que los pacientes presentan un 22% en la ausencia de problemas, el 56% presentan problemas moderados y el 22% presentan problemas graves.

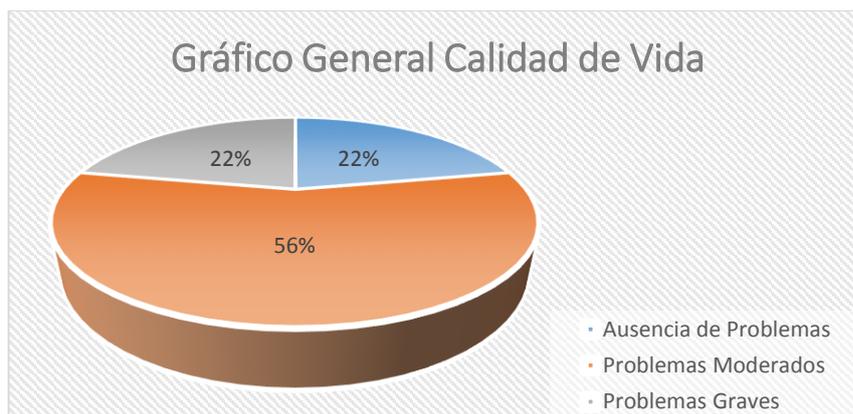


GRÁFICO N° 5 Gráfico General de Calidad de Vida

Fuente: Gráfico General de Calidad de Vida

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la calidad de vida que presentan los pacientes evaluados, existe un mayor predominio, en los problemas moderados los que presentan afectaciones en la movilidad, actividades habituales, cuidado personal, dolor/malestar y angustia/depresión.

4.1.5 Variable Independiente: Locus de Control

ÍTEM 1

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.	12	24%
Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.	38	76%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 8 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al ítem 1, se obtuvo que la mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte el 24% y las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen 76%.

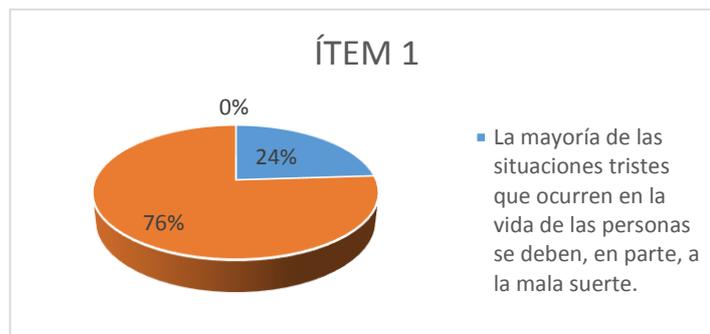


GRÁFICO N° 6 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

El locus de control interno es el de mayor predominio, debido que las respuestas apuntaron a que las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.

ÍTEM 2

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.	36	28%
Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.	14	72%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 9 ÍTEM 2 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al ítem 2, se obtuvo como resultado de mayor predominio con un 76% las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades y que el 24% sin el apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.

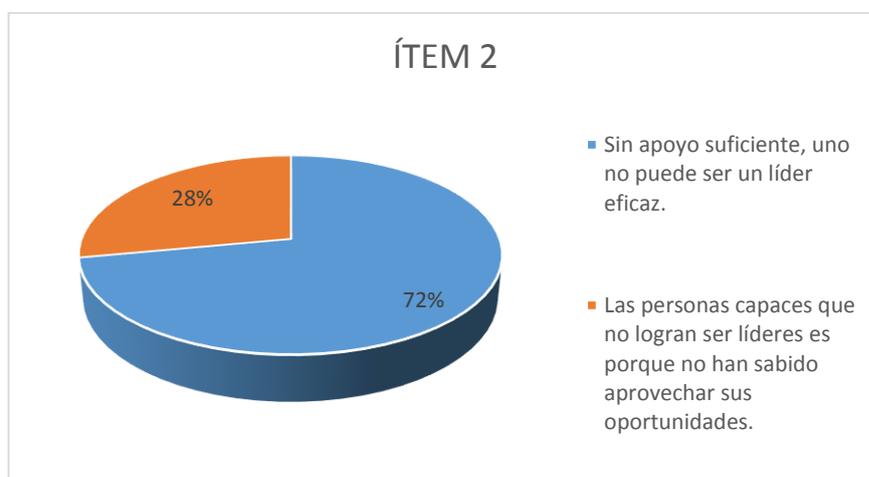


GRÁFICO N° 7 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

El hecho de que los pacientes en su mayoría opinen que sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz, se entiende que se puede lograr las metas propuestas por méritos propios.

ÍTEM 3

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La personalidad está fuertemente determinada por la herencia	18	36%
Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.	32	64%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 10 ÍTEM 1 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al ítem 3, se obtuvo como resultado que la mayoría de los pacientes está de acuerdo en un 64% son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos y en un el 36% que la personalidad está fuertemente determinada por la herencia.

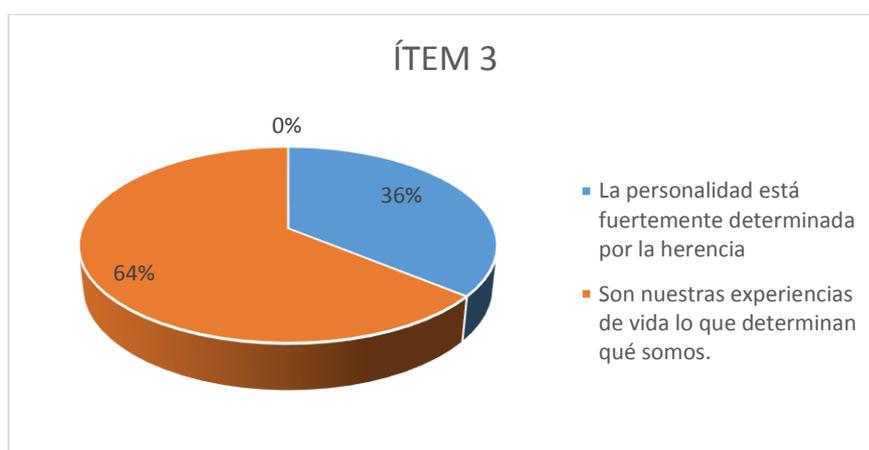


GRÁFICO N° 8 ÍTEM 3 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

En cuanto a los resultados se puede apreciar que los pacientes refieren que las experiencias de vida determinan lo que son y además se identifica el predominio del locus de control interno.

ÍTEM 4

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.	33	34%
Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.	17	66%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 11 ÍTEM 4 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al ítem 4, se obtuvo como respuesta de mayor predominio, con un 76% que conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno y un 24% que llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

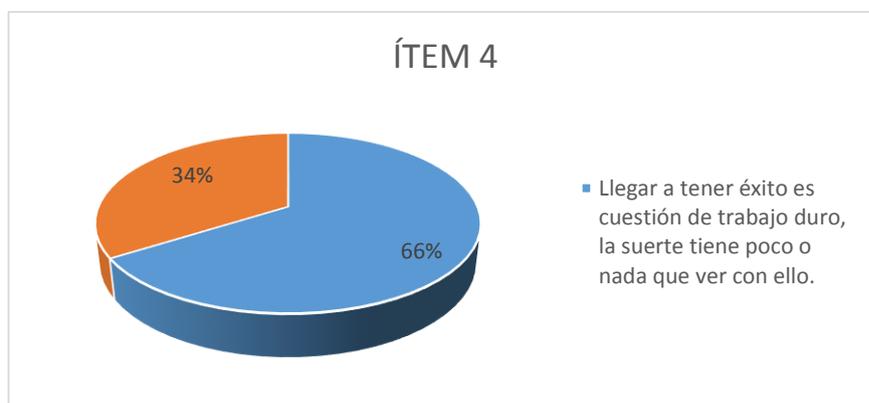


GRÁFICO N° 9 ÍTEM 4 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la concepción de llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello, debido que la mayoría de los pacientes no perciben que la suerte tiene que ver con el éxito sino con el trabajo duro que pueden aportar.

ÍTEM 5

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.	34	32%
Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda	16	68%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 12 ÍTEM 5 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al ítem 5, se obtuvo como resultado de mayor predominio en un 68% que en mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte el y en un 32% que muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda.

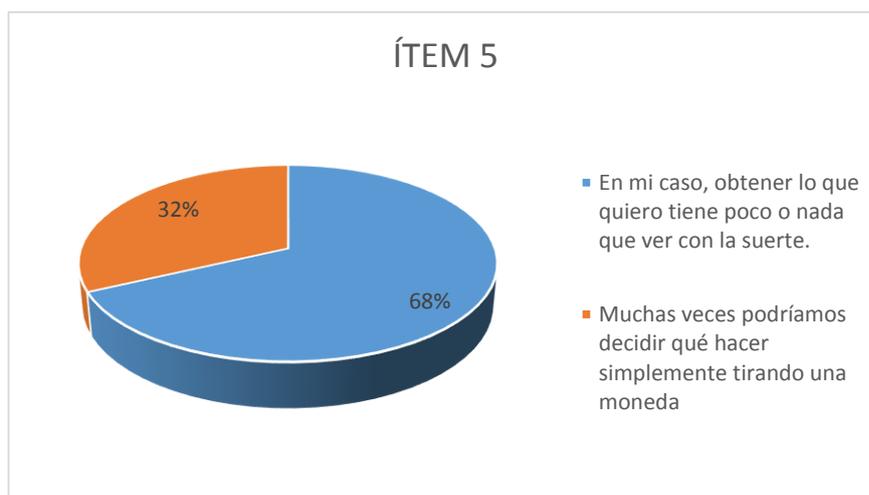


GRÁFICO N° 10 ÍTEM 5 Escala de Locus de Control de Rotter

Fuente: Escala de Locus de Locus de Control de Rotter

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Para los pacientes está bien definido que para obtener lo que quieren tienen que trabajar y lograr las cosas por su propio medio y poco o nada que ver con la suerte.

4.1.6 Variable Dependiente: Calidad de Vida

MOVILIDAD

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas para caminar	4	24%
Tengo algunos problemas para caminar	32	76%
Tengo que estar en cama	4	%
TOTAL	50	100 %

TABLA N°13 Movilidad Cuestionario De Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a la movilidad, se obtuvo como resultado que, no tengo problemas para caminar corresponde al 10%, tengo problemas para caminar al 80% y tengo que estar en cama al 10%.

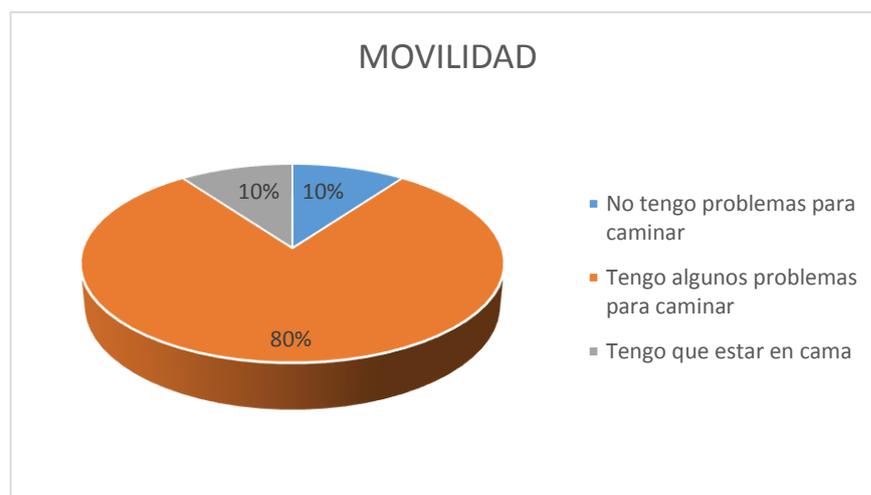


GRÁFICO N°11 Movilidad Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los pacientes manifiestan tener problemas para caminar debido a la enfermedad que padecen, por lo complicado de recibir las hemodiálisis.

CUIDADO PERSONAL

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas con mi cuidado personal	8	16%
Tengo algunos problemas al lavarme o vestirme solo	39	78%
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	3	6%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 14 Cuidado Personal Cuestionario De Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto al cuidado personal, se obtuvo como resultado que, no tengo problemas con mi cuidado personal corresponde al 16%, tengo algunos problemas al lavarme o vestirme solo al 78% y soy incapaz de lavarme o vestirme solo al 6%.

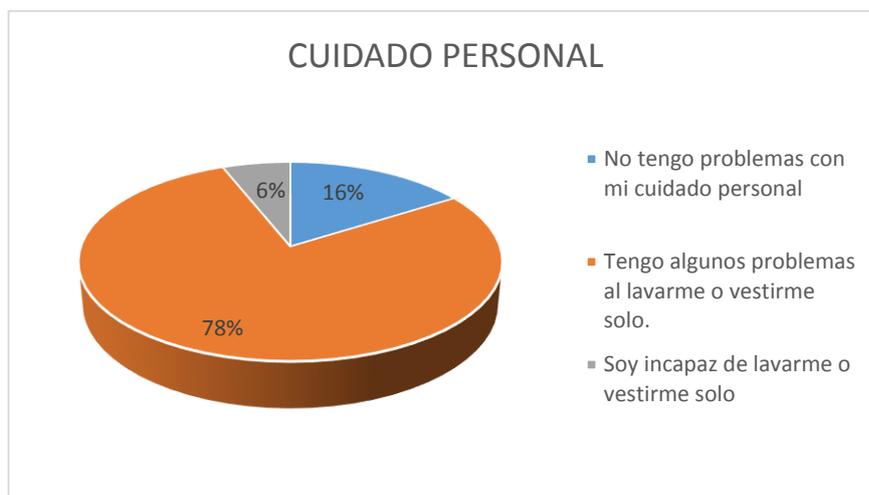


GRÁFICO N° 12 Cuidado Personal Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Los pacientes en su mayoría tienen algunos problemas realizar actividades de aseo como lavarse o vestirse debido a la falta de energía y la imposibilidad que le produce la enfermedad y el tratamiento al que se someten.

ACTIVIDADES HABITUALES

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	8	16%
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales	39	78%
Soy incapaz de realizar mis capacidades habituales	3	6%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 15 Actividades Habituales Cuestionario De Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto las actividades habituales, se obtuvo como resultado que, no tengo problemas para realizar mis actividades habituales corresponde al 16%, tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales al 78% y soy incapaz de realizar mis capacidades habituales al 6%.

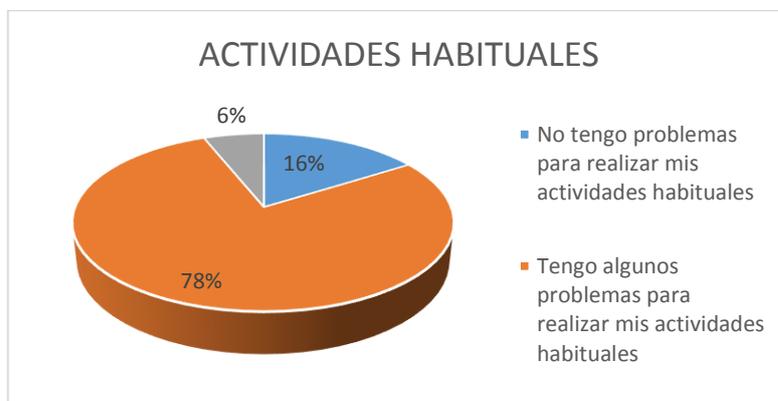


GRÁFICO N°13 Actividades habituales Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Al hacer referencia a las actividades habituales de los evaluados manifiestan que la mayoría tienen algunos problemas para realizar actividades dentro de ellas trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades de tiempo libre.

DOLOR/ MALESTAR

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo ni malestar	4	16%
Tengo un dolor o malestar moderado	32	78%
Tengo mucho dolor o malestar	4	6%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 16 Dolor/Malestar Cuestionario De Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a Dolor/Malestar, se obtuvo como resultados que, no tengo ni malestar corresponde al 16%, tengo un dolor o malestar moderado al 78% y tengo mucho dolor o malestar al 6%.

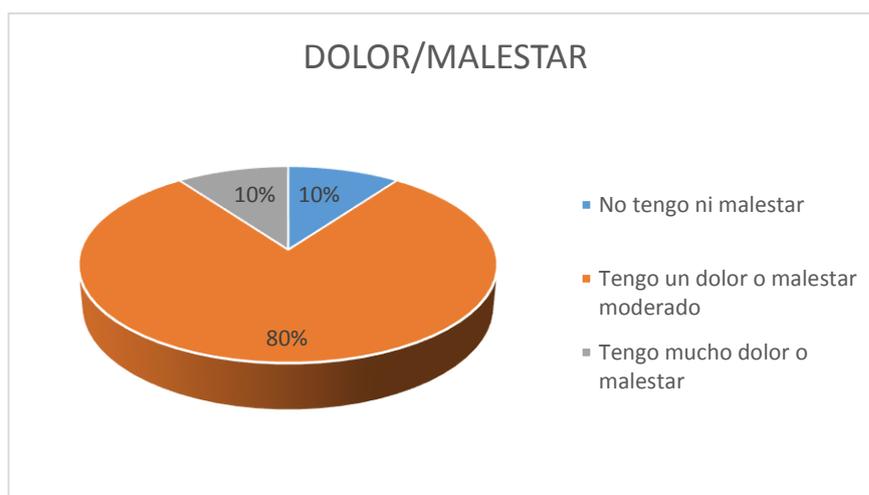


GRÁFICO N°14 Dolor/ Malestar Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Los pacientes manifiestan en su mayoría tener dolor y malestar de una manera moderada, siendo esto algo relativamente positiva para la calidad de vida de los mismos.

ANGUSTIA/ DEPRESIÓN

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy angustiado o deprimido	1	2%
Estoy moderadamente angustiado o deprimido	32	80%
Estoy muy angustiado o deprimido	7	18%
TOTAL	50	100 %

TABLA N° 17 Angustia/Depresión Cuestionario De Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (EQ-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

De los 50 pacientes encuestados en cuanto a Angustia/Depresión, se obtuvo como resultado que, no tengo ni malestar corresponde al 2%, tengo un dolor o malestar moderado al 80% y estoy muy angustiado o deprimido al 18%.

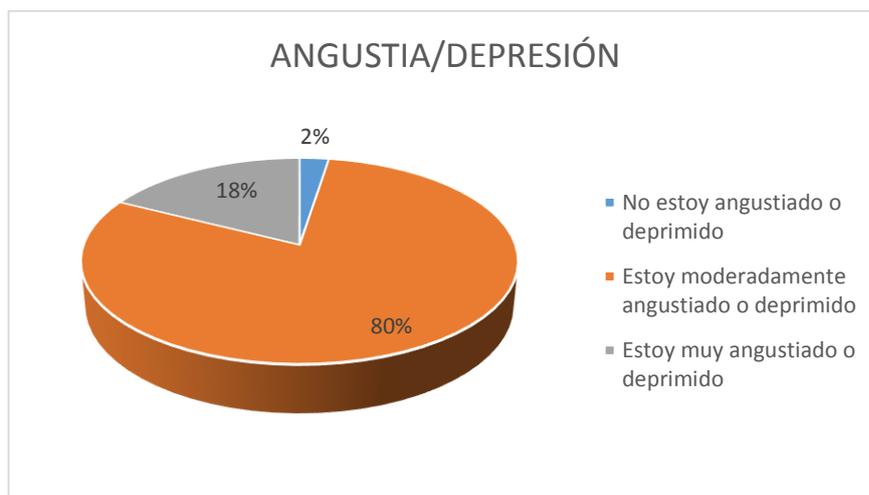


GRÁFICO N°15 Angustia/ Depresión Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Fuente: Cuestionario de Salud EUROQOL-5D (5Q-5D)

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

En cuanto al estado psicológico de los evaluados la tristeza y la depresión es puntuada en su mayoría como moderado, sin embargo si existen casos de angustia y depresión marcados producto de la enfermedad que padecen.

4.2 Tablas de Contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcenta je	N	Porcenta je	N	Porcenta je
LocusDeControl * CalidadDeVida	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%

TABLA N°18CHI 2

Fuente: CHI 2

Elaborado por: Landeta G.(2016)

Tabla de contingencia LocusDeControl * CalidadDeVida

Recuento

	CalidadDeVida			Total
	Ausencia de Problemas	Problemas Moderados	Problemas Graves	
Locus de Control Interno	2	19	8	29
Locus de Control Externo	9	9	3	21
Total	11	28	11	50

TABLA N°19CHI 2

Fuente: CHI 2

Elaborado por: Landeta G.(2016)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,256 ^a	2	,010
Razón de verosimilitudes	9,542	2	,008
Asociación lineal por lineal	6,583	1	,010
N de casos válidos	50		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,62.

TABLA N° 20 CHI 2

Fuente: CHI 2

Elaborado por: Landeta G.(2016)

ANÁLISIS

En cuanto al chi – cuadrado de Pearson la fórmula obtenida fue: $X^2(2) = 9,256^a$, $p < 0.010$, $N = 50$, debido que la frecuencia mínima esperada es 0,010 se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alterna por lo tanto se comprueba que el Locus de control se relaciona con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica Centro Contigo Da Vida.

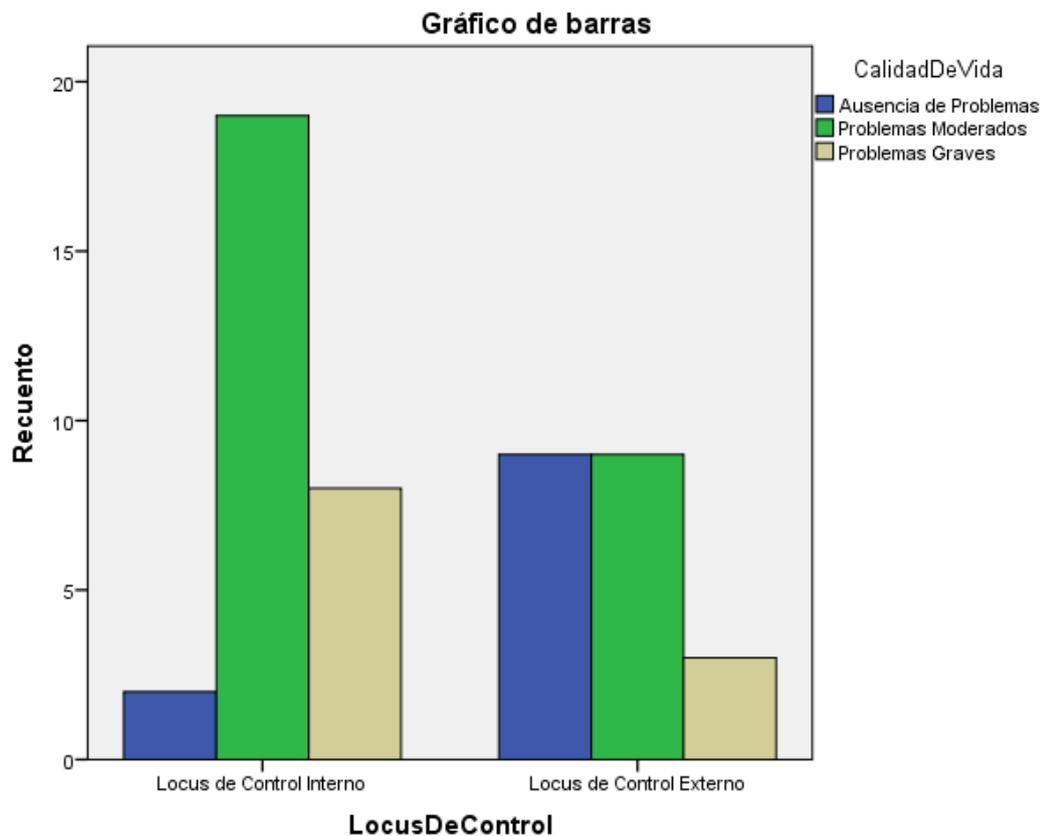


GRÁFICO N°16CHI 2

Fuente: CHI2

Elaborado por: Landeta G.(2016)

INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos a través del cruce de variables con el Chi2 de Pearson comprueban por medio de las tablas presentadas y el gráfico, que de un total de 50 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica evaluados, en el 100% de los casos el locus de control se relación con la calidad de vida que presentan. Esto quiere decir que los pacientes al manejar su locus de control están manejando su calidad de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se concluye que el locus de control se relaciona con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al Centro Contigo Da Vida Ambato, debido a la comprobación estadística del CHI 2 en donde se demostró que en el 100% de los casos existe una relación directa, debido a que el locus de control interno presenta una mayor relación con los problemas moderados en la calidad de vida.
- Al identificar el tipo de locus de control que prevalece en los pacientes con IRC, se concluye que existe un mayor predominio en un 58% en el locus de control interno y el 42% pertenece locus de control externo. Siendo el locus de control interno el dominante por los evaluados, es decir que la percepción que tienen acerca de los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones.
- En la evaluación del nivel de la calidad de vida se concluye que: los problemas moderados son los que presentan una mayor prevalencia en los pacientes con IRC del centro contigo da vida por presentar un porcentaje superior del 56% en cuanto a los resultados obtenidos, el 22% corresponde tanto a la ausencia de problemas y presenta el mismo porcentaje en los problemas graves. Lo cual significa que existen ciertos inconvenientes en cuanto a la movilidad, actividades habituales, cuidado personal, dolor / malestar, y angustia /depresión en los pacientes que se realizan las hemodiálisis.

- Con el último objetivo se concluyó que el sexo que predominó en el locus de control fue el de los hombres con la prevalencia locus de control interno, sin embargo se puede apreciar que las mujeres también presentan un predominio en el locus de control interno.

5.2 Recomendaciones

- Es recomendable que se continúe ampliando el presente proyecto de investigación, tomando en cuenta otros aspectos de gran importancia como: el nivel de escolaridad, grupos etarios.
- Se recomienda que antes de proceder a la aplicación de reactivos psicológicos a personas que padecen enfermedades crónicas, interactuar un tiempo prudente con la población para obtener mayor colaboración y predisposición en la investigación.
- Se recomienda realizar psicoeducación para las personas que padecen IRC y para sus familiares, debido a los cambios y adaptaciones que deben atravesar en las diferentes áreas como: son laboral, social, interpersonal, familiar, y actividades de la vida diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, A., Morales, J., Nouvilas, E., y Martínez, J. (2012). *Psicología Social Aplicada*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Bandura, A. (2009). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Deslée De Brouwer:.
- Campbell, E., Converse, Z., & Rodgers, J. (2002). *Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal*. RevCubMed Mil.
- Cardona, D., & Agudelo, H. (2005). *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. .
- CENETEC, S. (2007). *Guía tecnológica No. 15 Sistema de Hemodiálisis*. México.
- Cumins, G. (2001). *Calidad de vida en pacientes en Hemodiálisis*. Barcelona Sevilla: Editado Hostal S.A. Nápoles.
- Daugirdas, J. (2008). *Manual de Diálisis*. . Barcelona España: 1era Edición .
- Díaz, R. (2014). *Una esacala de locus de control*. Mexico.
- Flammer, A. (2009). *Análisis evolutivo de las creencias de control*. España.
- Kliewer, W., & Sandler, I. (2012). *Locus of control and self-esteem as moderators of stressor symptom relations in children and adolescents*
- Lorenzo, A. (2012). *Hemodiálisis*. Chile: Universitario.
- Michalos, T. (2007). *Pobreza y Locus de Control*. Revista Interamericana de Psicología.
- Oros, L. (2010). *La problemática del estrés y su relación con el neuroticismo y las creencias de control personal*. Argentina.
- Oros, L. B. (2005). *Locus de Control, evolución de su concepto y operacionalización*. Revista de Psicología, Universidad de Chile.

- Pérez, G. (2014). *Dimensionalidad del constructo «Locus of Control»*. Revista de Psicología General y Aplicada.
- Rodríguez, A. (2006). *Calidad de vida en pacientes en programa de hemodiálisis. Estudio multicéntrico en la provincia de Alicante. 1er trimestre*. Barcelona.
- Rodríguez, M. (2005). *Calidad de vida en pacientes hemodializados. Ciencia y Enfermería*.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., & Pino, V. (2011). *Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. Terapia Psicológica*.
- Valderrábano, F. (2009.). *Tratado de hemodiálisis*. Barcelona España: Medical Jims S.L. .
- Vizdómine, L., & Luciano, C. (2006). *Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental*. International Journal of Clinical and Health Psychology.

LINKOGRAFÍA

- Acosta, G. (2014). *Repositorio de la Universidad Central del Ecuador, Quito*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3667/1/T-UCE-0007-120.pdf>
- Acosta, P., Chaparo, L., & Rey, C. (2010). *Revista Comobiana de Psicología*. Obtenido de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewArticle/1233>
- Almaguer, M. (2012). *Prevención de la enfermedad renal crónica. Treviño*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/avances_en_enfermedad_renal_cronica.pdf
- Amaguer, M. (2011). Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/avances_en_enfermedad_renal_cronica.pdf
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1287>
- Arquímedes, S. & López, I. (2015). *Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo*. Obtenido de http://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_d251c3aa00c6f52f1624c5e2097ab64f
- Azzollini, S. & Bail, L. (2012). *La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100028&script=sci_arttext
- Bastos, M. (2015). *Factores de riesgo o desenvolvimiento de IRC*. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004--
- Bautizta, L. & Zambrano, G. (2014). *La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2*. Obtenido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261>
- Brenlla, M. (2010). *Repositorio Universidad Católica Argentina de Buenos Aires*. Obtenido de

http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento_de_Trabajo_Locus_de_Control1.pdf

Contreras, Espinoza, & Esguerra. (2011). *Scielo*. Obtenido de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200016&script=sci_abstract

EPIRCE. (2012) *Asamblea Mundial de la Salud*. Obtenido de

<http://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf>

Floril, M. (2011). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Obtenido de

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1169/1/\(TESIS%20MARIA%20FLORIL%20PE%C3%91A\).pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1169/1/(TESIS%20MARIA%20FLORIL%20PE%C3%91A).pdf)

Huertas, J. (2012). *Repositorio Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/648/1/T-UCE-0006-4.pdf>

Jiménez, L. (2013). *Repositorio Universidad Autónoma de Querétaro*. Obtenido

de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11181>

IESS. (2004). Obtenido de

<http://www.eluniverso.com/2004/09/13/0001/18/6B8849BF8BC542D19C67F9E1B886E722.html>

Linares, J. (2011). Obtenido de

www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-

Manzur, L. (2010). *Ministerio de la Salud de la Nación Argentina*. Obtenido de

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf

Mera, M. (2007). *Repositorio Universidad Austral de Chile*. Obtenido de

<http://cybertesis.uach.cl/sdx/uach/fiche.xsp?base=documents&id=uach.2007.fmm552c>

MSP Ecuador. (2015). Obtenido de

https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seg

uimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf

OMS. (2015). *Ecuador*. Obtenido de <http://www.who.int/countries/ecu/es/>

OPS. (2015). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

ONTOT. (2011). Obtenido de http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2013/11/ley_y_reglamento_a_la_ley_organica_de_donacion_y_trasplantes.pdf

Oros, L. (2011). *Revista de Psicología Universidad de Chile*. Obtenido de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17338>

Perales, C., Ana, G., & Reyes, G. (2012). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952012000700009&script=sci_arttext&tlng=en

Pupiales, A. (2012). *Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8528/1/FJCS-TS-165.pdf>

Revista de Enfermería Nefrológica. (2011). *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v30n6/revision2.pdf>.

Rivera, A. & Montero, M. (2012). *Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400008

Rivero, Z. (2011). *Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesa*. S. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200005&script=sci_arttext

Sánchez, J. (2014). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado*. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/SANCHEZ_JORGE_CALIDAD_VIDA_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf

SLANH. (2015). Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

INEC. (2009). Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2004/09/13/0001/18/6B8849BF8BC542D19C67F9E1B886E722.html>

Varela, Y. (2015). *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Obtenido de Universidad Magdalena: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473>

Vargas, K. (2012). *Repositorio UTA*. Obtenido de [repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7045/1/KARINA%20VARGAS%20\(FIN\).docx](http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7045/1/KARINA%20VARGAS%20(FIN).docx)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

- **Redalyc:** Vinaccia, S., & Orozco, L. (2011). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Universidad Santo Tomás Colombia. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- **Informaworld:** Gonzálea, & Pizarro. (2010). Dolor Crónico en pacientes Hemodializados: Prevalencia, Severidad y Estrategias de Afrontamiento. Obtenido de: http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/4b26906d622d6_original_gonzalez_hemodializados51.pdf
- **Science Direct:** Elsevier, M. (2013). Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial. Valencia - España: Universidad de Valencia. Obtenido de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400273X>
- **Ebrary:** Rodríguez, M. (2014). La calidad de vida y aplicación terapéutica. España. Obtenido de: <http://site.ebrary.com/bethescaliadadeviadatherapy.com/wpcontent/uploads/de-bowen-PREVIEW.pdf>
- **Ebrary:** Acosta, P., Nekane, B., & Prado, e. (2010). “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal”. Bogotá – Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de: http://site.ebrary.com/cambios_en_las_estrategias_de_afrontamiento_en_los.pdf

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Sr/Srta/Sra **Guissela Landeta** hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema **“LOCUS DE CONTROL Y CALIDA DE VIDA EN PACINTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.”** de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en _____
El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO II

ESCALA ROTTER

A continuación le presentamos pares de frases que indican diferentes actitudes u opiniones ante la vida. Por favor elija de cada par UNA opción, la que mejor refleje su parecer, con una cruz [X]. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo responda con sinceridad.

Recuerde, elija solo UNA de las opciones del par

Ítem 1

- a. Los niños se meten en problemas porque sus padres los retan mucho.
- b. Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado permisivos con ellos.

Ítem 2

- a. La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.
- b. Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.

Ítem 3

- a. Una de las principales razones de que haya guerras es el hecho de que las personas no se interesan lo suficiente en la política.
- b. Siempre existirán las guerras, no importa cuán arduamente las personas traten de evitarlas.

Ítem 4

- a. A la larga, las personas obtienen el respeto que se merecen en este mundo.
- b. Desafortunadamente, muchas veces el valor de una persona no es reconocido, a pesar de lo mucho que haga.

Ítem 5

- a. La idea de que los maestros son injustos con los estudiantes es una tontería.
- b. La mayoría de los estudiantes no se da cuenta hasta qué punto las situaciones inesperadas influyen en sus calificaciones.

Ítem 6

- a. Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.
- b. Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.

Ítem 7

- a. No importa lo que hagas, siempre habrá alguien a quien no le caés bien.
- b. Las personas que no logran agradar a los demás es porque no saben relacionarse con los otros.

Ítem 8

- a. La personalidad está fuertemente determinada por la herencia.
- b. Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.

Ítem 9

- a. A menudo he notado que lo que tiene que suceder, sucederá.
- b. Confiar en el destino nunca ha resultado para mí tan bueno como el decidirme por un determinado curso de acción.

Ítem 10

- a. Para un estudiante bien preparado raramente existen los exámenes injustos.
- b. Muchas veces las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo en el curso, que estudiar resulta realmente inútil.

Ítem 11

- a. Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
- b. Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.

Ítem 12

- a. El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.
- b. Este mundo está manejado por unas pocas personas que se encuentran en el poder, y el hombre común no puede hacer mucho respecto de ello.

Ítem 13

- a. Cuando hago planes, estoy casi seguro de poder realizarlos.

b. Hacer planes con mucha anticipación no siempre es bueno, porque muchas cosas parecen ser cuestión de buena o mala suerte.

Ítem 14

a. Hay ciertas personas que directamente no son buenas.

b. Todas las personas tienen algo bueno.

Ítem 15

a. En mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.

b. Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda.

Ítem 16

a. Frecuentemente, llegar a ser jefe depende de haber tenido la buena suerte de estar primero en el lugar correcto.

b. Lograr que las personas hagan lo correcto depende de su capacidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

Ítem 17

a. En relación a los sucesos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.

b. Participando activamente en la política y en las cuestiones sociales, las personas pueden controlar lo que sucede en el mundo.

Ítem 18

a. La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta qué punto sus vidas están controladas por hechos accidentales.

b. En realidad, no existe algo llamado "suerte".

Ítem 19

a. Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.

b. En general es mejor ocultar los propios errores.

Ítem 20

a. Es difícil saber si, realmente, le agradas o no a una persona.

b. La cantidad de amigos que tienes depende de cuán agradable eres.

Ítem 21

- a. A la larga, lo malo que nos sucede se compensa con lo bueno que nos pasa.
- b. La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, la ignorancia, la haraganería o de las tres juntas.

Ítem 22

- a. Si nos esforzamos lo suficiente, podemos eliminar la corrupción en la política.
- b. Es difícil para la gente tener demasiado control sobre lo que hacen los políticos en su cargo.

Ítem 23

- a. A veces me cuesta entender cómo los maestros llegan a las notas que ponen.
- b. Existe una relación directa entre cuán duro estudio y las notas que obtengo.

Ítem 24

- a. Un buen líder espera que las personas decidan por sí mismas lo que deben hacer.
- b. Un buen líder indica claramente a todos cuáles son sus tareas.

Ítem 25

- a. Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.
- b. Me resulta imposible creer que el azar o la suerte tienen un papel importante en mi vida.

Ítem 26

- a. Las personas que están solas es porque no intentan ser amigables.
- b. No tiene mucho sentido tratar de agradar a la gente; si les gustás, les gustás.

Ítem 27

- a. En la escuela secundaria se pone mucho énfasis en el deporte.
- b. Los deportes en equipo son una excelente manera de moldear el carácter.

Ítem 28

- a. Lo que me sucede, es el resultado de mis propias acciones.
- b. A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que está tomado mi vida.

Ítem 29

a. [] La mayoría de las veces no logro comprender por qué los políticos se comportan en la forma en que lo hacen.

b. [] A la larga, las personas son responsables de los malos gobiernos, tanto a nivel nacional como local.

Clave de corrección

Sumar 1 punto por cada una de las siguientes respuestas:

2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21.a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a.

- **Ítems distractores:** 1, 8, 14, 19, 24, 27

ANEXO III

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz como ésta las afirmaciones que describen mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades Habituales (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades habituales
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales
- Soy incapaz de realizar mis actividades habituales

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo un dolor o malestar moderado
- Tengo mucho dolor o malestar

Angustia/Depresión

- No estoy angustiado o deprimido
- Estoy moderadamente angustiado o deprimido
- Estoy muy angustiado o deprimido



13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad		<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">El mejor estado de salud imaginable</div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: left; border: 1px solid black; padding: 2px;">El peor estado de salud imaginable</div>
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo que estar en la cama	<input type="checkbox"/>	
Cuidado personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Dolor/malestar		
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad/depresión		
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: <i>(POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)</i>		SU ESTADO DE SALUD HOY
Mejor	<input type="checkbox"/>	
Igual	<input type="checkbox"/>	
Poor	<input type="checkbox"/>	

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Autores	EuroQoL Group.
Referencia	<i>EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life.</i> Health Policy 1990; 16: 199-208.
Evalúa	Calidad de vida relacionada con la salud.
Nº de ítems	7.
Descripción	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- Diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud, que permita el intercambio de datos entre los diferentes países.
- Consta de dos partes:
 - La primera evalúa las siguientes 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
 - Para cada dimensión se describen 3 estados entre los cuales el paciente ha de elegir el que mejor refleje su situación.
 - Esos 3 estados describen ausencia de problemas en esa dimensión (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos).
 - La segunda parte consiste en una escala analógico-visual representada mediante una línea vertical de 20 cm de longitud y graduada del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable).
 - El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.
- El marco de referencia temporal es el día de la entrevista.
- Es una escala autoaplicada.
- Existe una versión en castellano.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- La primera parte del instrumento (las 5 dimensiones con los 3 estados cada una) proporciona una información de tipo descriptivo, de tal modo que todas las combinaciones posibles generan un total de 243 estados de salud posibles (combinación de 3 elementos tomados de 5 en 5).
 - El grupo español del EuroQoL transforman esas posibles 243 combinaciones o estados en una puntuación que oscila entre 0 (sin problemas) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar 1 en las 5 dimensiones [11111]) y 1 (problemas graves) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar 3 en las 5 dimensiones [33333]).
- La segunda parte del EuroQoL, la línea vertical, proporciona una información cuantitativa sobre el estado de salud global percibido por el paciente que oscila entre 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable).

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQoL: A description and its applications. *European Quality of Life scale.* Med Clin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 79-85.
- Badia X, Salameo M, Alonso J, Ollé A. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. PPU: Barcelona, 1996; 108-115.
- Badia X, Schiaffino A, Alonso A, Herdman M. Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998; 7: 311-322.