



Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal

HÉCMY LETICIA GARCÍA¹

NICOLINA CALVANESE²

hecmygarcia@usb.ve¹

ncalvane@usb.ve²

Departamento de Ciencia
y Tecnología del Comportamiento
Universidad Simón Bolívar

Resumen

El objetivo fundamental del estudio se centra en identificar y comparar la calidad de vida percibida de un grupo de sesenta pacientes sometidos a los diferentes tratamientos sustitutivos de la función renal: diálisis peritoneal ambulatoria continua, hemodiálisis y trasplante renal; además, el establecer asociaciones entre la percepción de calidad de vida en las tres modalidades de tratamiento y su relación con locus de control, en pacientes que asisten al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas. Los instrumentos utilizados fueron una adaptación y validación realizada al cuestionario "Kidney Disease Transplantation Questionnaire" KDTQ, y las escalas de locus de control

¹ Licenciada en Psicología mención Clínica, Universidad Central de Venezuela 1999. Magíster en Psicología, Universidad Simón Bolívar 2004. Docente Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias y Tecnología del Comportamiento 2004-actual. Áreas de Investigación: Psicología de la salud, calidad de vida, trastornos de sueño, inteligencia emocional.

² Licenciada en Psicología, mención Clínica. Universidad Central de Venezuela 1986. Magíster en Psicología, Universidad Simón Bolívar 1992. Curso de Especialización en Bioética, Facultad de Medicina UCV 2002. Docente Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias y Tecnología del Comportamiento 1999-actual. Áreas de Investigación: Psicología de la salud, estrés y personalidad en pacientes con tratamientos sustitutivos de la función renal, rechazo crónico del injerto.



interno y el locus de control de salud de otros con poder de la EMLCS. De los resultados obtenidos del análisis descriptivo, el grupo de los pacientes trasplantados presenta los mejores índices de calidad de vida en las dimensiones física, psicoemocional, social, mayor bienestar subjetivo y menores trastornos emocionales que los pacientes en diálisis, seguido por los pacientes en hemodiálisis, con mejores índices de calidad de vida que los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria continua, quienes son los terceros en puntaje de calidad de vida percibida. Del análisis de asociación el locus de control: interno y externo atribuidos a otros con poder, se asocia con esta variable en los trasplantados. Este estudio responde a la necesidad de información confiable sobre la calidad de vida en los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal, dada la carencia de trabajos bibliográficos en la realidad venezolana.

Palabras clave: Calidad de vida, modalidades de tratamiento para la IRCT, locus de control.

Abstract

The fundamental objective of the study is centered in identifying and comparing the perceived quality of life of a group of 60 patients under different substitute treatments of the renal function: continuous peritoneal ambulatory dialysis, hemodialysis, and renal transplant; furthermore, to establish associations among the life quality perception in the three modalities of treatment and their relation with locus of control, in patients that attend Nephrology Service of the University Hospital of Caracas. It was used an adaptation of the "Kidney Disease Transplantation Questionnaire" KDTQ, and also was used the internal locus of control scale and the health locus of control scale of the EMLCS. The results indicated the transplanted patients present better life quality indices in the physical dimensions, psycho-emotional, social, greater perceived well being, and smaller emotional inconveniences rather than the patients in dialysis, followed by the patients in hemodialysis of better life quality indices, the patients in continuous peritoneal ambulatory dialysis are the third in perceived life quality score. The association analysis of the locus of control: internal and external attributed to other with power associate with this variable in transplanted people. This study responds to the need of reliable information on the quality of life in the patients with substitute treatment of the renal function, given the lack of bibliographical works in the Venezuelan reality.

Key words: Quality of life, modalities of treatment for the IRCT, locus of control.



Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) se ha situado como un importante problema de salud pública tanto en Venezuela como en el mundo. En los países de Latinoamérica se ha mostrado un progresivo desarrollo en el ámbito de la tecnología médica durante los últimos años en relación a los tratamientos sustitutivos de la función renal. La prevalencia en las diversas modalidades de tratamiento se ha incrementado de 119 pacientes por millón de población en 1991 a 258 pacientes por millón de población para 1998. En Latinoamérica, el acceso al tratamiento sustitutivo es limitado y no cubre las necesidades de la incidencia de la insuficiencia renal crónica, y los programas de trasplante son insuficientes con respecto a su demanda, ya que no se cuenta con estrategias específicas en la obtención de recursos para el financiamiento de estos tratamientos (Mazzuchi; *et al*, 2000). En Venezuela específicamente, el último registro del Centro Nacional de Diálisis y Trasplante del MSDS data del año 2003 y en él se revela que de los 13.193 pacientes que se encontraban en tratamiento dialítico, únicamente 6.363 pacientes (90%) estaban en hemodiálisis y 665 pacientes (10%) en diálisis peritoneal. Así mismo, se reportó que 105 pacientes fueron trasplantados de riñón a nivel nacional para esa fecha.

Gracias a los avances científicos, organizativos y administrativos, la diálisis y el trasplante renal se han convertido en una práctica cotidiana, existiendo cada vez un mayor número de pacientes que pueden acceder a estas modalidades de tratamiento para la IRCT, y Venezuela no escapa de esta realidad. A pesar de que la insuficiencia renal crónica constituye un serio problema de salud pública y su práctica se ve limitada, en cuanto a diálisis se refiere, por el alto impacto socio-económico en las políticas sanitarias del Estado, con una incidencia de 693 casos para el año 2001 y limitaciones en la obtención de recursos financieros que permitan una mejor calidad del tratamiento; y en el caso del trasplante renal, porque la demanda de órganos ha alcanzado un rápido incremento que choca con su reducida obtención, debido a la poca disponibilidad de los órganos y tejidos en la población venezolana, lo que se refleja en el escaso número de donantes potenciales y reales (Calvanese, 2000). Los trasplantes renales llevados a cabo en Venezuela desde el año 1997 se han incrementado al transcurrir



los años, sin embargo, en los registros se observa un descenso entre los años 2002 y 2003, donde la cifra descendió de 208 a 105 pacientes trasplantados (Lagos; Pérez, 2003), debido a factores políticos y socioeconómicos inherentes a nuestro país.

Debido a lo anteriormente descrito, las instituciones nacionales involucradas se han abocado de una forma importante a ubicar los recursos que mejoren los tratamientos desde el punto de vista médico, pero hay muy pocas investigaciones sistemáticas que se hayan dirigido a precisar si existe realmente una correlación entre la percepción de los avances científicos en la calidad de tratamiento y la percepción de satisfacción de bienestar integral del paciente (Mazzuchi; *et al*, 2000).

Los avances tecnológicos de los tratamientos sustitutivos garantizan la supervivencia de los enfermos, sin embargo, éstos se encuentran sometidos a diferentes situaciones en la vida que suelen exceder sus recursos para lograr la adaptación a la enfermedad. Dicha enfermedad puede producir dificultades económicas, cambiar la visión que los pacientes tienen de ellos mismos y afectar gravemente las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Kimmel, 2000).

En este contexto es oportuna la creación de un enfoque que permita establecer la correlación existente entre procesos psicológicos y estados fisiológicos de la enfermedad. Existen pocos estudios en la bibliografía consultada en relación con la conveniencia del tratamiento en la enfermedad renal, sobre la base de características y expectativas de vida de cada paciente, por lo que es necesario individualizar la escogencia del tratamiento más idóneo que se les ofrecerá a ellos.

Los procesos de tratamiento imponen numerosas restricciones y alteraciones en el estilo de vida de los pacientes, lo cual determina la aparición de conductas problema que hacen más compleja la rehabilitación y repercuten en el ajuste psicológico y en la calidad de vida de los enfermos (Castaños, 1998). La prolongación más o menos artificial de la vida está ligada a una disminución del rendimiento efectivo del ser humano, con lo cual las reacciones emocionales (depresión, ansiedad, etc.) ante un estado de gravedad o enfermedad crónica son esperados. Esto da cabida al



concepto de calidad de vida bajo una óptica médica, pues a través de ella se pretende evaluar las dificultades psicológicas que presenta el paciente a lo largo de su enfermedad (Ibáñez; Abreu, 1998). En este sentido, la calidad de vida forma parte básica del concepto de salud y además guarda estrecha relación con la morbilidad y mortalidad, que en este sentido cobra vital importancia en el estudio de esta enfermedad.

La calidad de vida se refiere a la apreciación y satisfacción del paciente con su nivel de funcionalidad. Se reconoce que la supervivencia es mayor en los pacientes con mejor calidad de vida y menor morbilidad. En un estudio (McClellan; *et al*, 1991) realizado en Londres con 294 pacientes en diálisis, observaron que los que presentaban mejor estado funcional y calidad de vida tenían menor mortalidad precoz. Diversas investigaciones han establecido que los factores psicológicos contribuyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo entre éstas la IRCT (Levenson; Glochesky, 1991 y Hunt; *et al*, 1981). Existen evidencias que apoyan la opinión de que el impacto psicoemocional que la enfermedad produce disminuye o altera la percepción de control que estos pacientes tienen sobre las diversas dimensiones de su calidad de vida (Devins; *et al*, 1993). Sin embargo, el locus de control percibido, como variable psicológica, no ha sido evaluado con suficiente sistematización en la IRC, y sus resultados tienden a ser inconclusos (Hudson, 1987 y Morris; Jones, 1989). El término de locus de control se ha usado para referirse al concepto de control interno vs. control externo desarrollado por J. Rotter, y éste se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una expectativa generalizada o una creencia en la que se vive, relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. En su adaptación al ámbito de la salud (Wallston, K.; Wallston, B.; De Vellis, 1978) propusieron las siguientes dimensiones; así, las personas con locus interno creen que con su conducta pueden influir en el mantenimiento de la salud, así como modificar el curso y resultado de la enfermedad por el contrario, las personas con locus externo creen que su salud o su enfermedad, están determinadas por agentes externos a ellas mismas, es decir, por las conductas de otras personas, como profesionales de la salud o familiares (otros poderosos) y, en otro por la acción del azar, la suerte o el destino.



En el ajuste a la enfermedad y al tratamiento es fundamental el control. Christensen (Christensen; Wiebe; Smith, 1994). ha clarificado el papel de esta variable en la enfermedad renal terminal. Los pacientes crónicos necesitan poseer un balance adecuado entre locus de control externo (“el equipo médico puede mejorar mi salud”) y locus de control interno (“yo puedo hacer cosas para mejorar mi salud”). Balance que deberá irse modificando en función del desarrollo de la enfermedad. Es desadaptativo mantener, al empeorar, un locus de control interno, aunque en etapas anteriores éste haya sido beneficioso. Es necesaria, además, una cierta congruencia entre las creencias de control y las limitaciones que la situación impone. De no ser así, cualquier complicación irá unida a un ajuste deficiente. La creencia de que la salud puede ser controlable (ya sea por nosotros o por otros), que protege de la depresión en las etapas tempranas de la enfermedad puede conllevar a índices de depresión mayores, al no confirmarse en el curso progresivo de la misma.

Aunque hay evidencias que apoyan la perspectiva que el control percibido es una variable psicológica de influencia en una variedad de patologías (Espie; *et al*, 1990) (Pattel; *et al*, 1996 y Reynaert; 1995), la variable locus de control (Rotter; 1975) no ha sido seguida con suficiente sistematización en la IRCT. Esos estudios que han sido conducidos tienden a ser inconclusos (Johansson, 2001 y Morris; Jones, 1989).

En un estudio realizado con 138 pacientes en diálisis y trasplante en el Royal Newcastle Hospital en Australia, se evaluó locus de control y calidad de vida, encontrándose que los pacientes trasplantados puntuaron más alto en varios aspectos de su calidad de vida que los pacientes en hemodiálisis, mientras que los de DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria continua) puntuaron terceros en calidad de vida. Sin embargo, no se encontró una diferencia clara con relación al locus de control (Morris; Schulz, 2000). No se conocen estudios sistemáticos que hayan examinado el punto de convergencia del locus de control en relación con la conveniencia de la diálisis en la enfermedad renal en etapa terminal (IRCT), de allí que sea crucial el estudio de este fenómeno en nuestro contexto social.

Con base en la revisión de la literatura en el área y en una serie de entrevistas realizadas en el Hospital Universitario de Caracas a nefrólogos



adjuntos del Servicio de Nefrología, se determinó que el conocimiento acerca de la calidad de vida en la IRCT en nuestro país es muy limitado, por no decir escaso y confuso, de allí que surjan los objetivos de la investigación.

Objetivos generales

- Determinar y comparar cómo perciben su calidad de vida los pacientes que reciben tratamientos sustitutos de la función renal: Hemodiálisis, Diálisis peritoneal ambulatoria continua y trasplante renal, en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas.
- Evaluar y establecer asociaciones entre la percepción de calidad de vida en las tres modalidades de tratamiento (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) y su relación con locus de control.

Método

Diseño

La presente investigación es un estudio de campo, ex postfacto, basado en un diseño descriptivo y transversal-correlacional.

Muestra

Se recurrió a una muestra no probabilística e intencional, ya que la elección de los pacientes no depende de factores aleatorios sino de algunos criterios relacionados con las características de la investigación: pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 55 años, niveles de hemoglobina mayores o iguales a 11 g/dl con o sin tratamiento de Eritropoyetina, sin enfermedad mental diagnosticada, no diabéticos. La muestra convenida fue para grupo de diálisis 47 y 13 de trasplante, se seleccionaron de los pacientes de trasplante solamente los que reciben tratamiento inmunosupresor específico (uso de Myfortic) y con un tiempo de trasplante no mayor de dos años.



Instrumentos para la recolección de los datos

- Instrumento de Calidad de Vida en la Enfermedad Renal (KDTQ): Este instrumento originalmente fue desarrollado específicamente para individuos con IRCT por Hays, Kallich, Mapes, Coons y Carter en 1994, y fue adaptado y validado en nuestro contexto. La nueva versión se sometió a una consulta de expertos entre metodólogos, médicos especialistas en el área renal, profesores universitarios especialistas en el área de salud, psicólogos, a fin de determinar su validez descriptiva; se usó el método de consistencia interna, obteniendo un valor de confiabilidad de 0.9736.
- Como segundo instrumento se utilizaron las escalas de locus de control interno y el locus de control de salud de otros con poder de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (EMLCS) desarrollada por Wallston, Wallston y DeVellis en 1978, como medida de las creencias de los pacientes respecto al control sobre sus resultados en salud. En el presente estudio, todos los ítems (Rotter, 1975) tuvieron un formato tipo Likert de “cinco puntos, que iban de un rango de “totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. Las puntuaciones en cada una de las escalas oscilan desde 6 a 30 puntos, donde las puntuaciones más altas indican creencias más fuertes en el control. La versión en español de dicha escala presenta índices de confiabilidad altos que oscilan entre 0.75 y 0.84 evaluados por el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach (Puertas, 1990 y Romaguera; Uzcátegui, 2001). Asimismo, la estructura factorial de tres dimensiones de la prueba, tomada en inglés o en español, se ha verificado en varios estudios (Wallston; *et al*, 1978) (Puertas, 1990 y Johansson, 2001), presentando por tanto validez de constructo.

Resultados

A continuación se presentará un análisis descriptivo que permitirá responder al primer objetivo general, que es describir la calidad de vida percibida para cada modalidad de tratamiento (TX, DPAC, HD) en sus diferentes dimensiones (Física, Psicoemocional, Social, Ocupacional y Laboral), obteniendo en detalle cómo es el comportamiento de esta variable.



Como se observa en la Tabla N° 1, el promedio de calidad de vida en este grupo es de ($\bar{X}=1,9365$), los promedios más elevados se presentan en la Dimensión Ocupacional ($\bar{X}=2,6655$) y la Dimensión Social ($\bar{X}=2,6350$), lo cual indica que son las dimensiones más afectadas. El Coeficiente de Variación de la Calidad de Vida ($CV=20,86$) indica una alta homogeneidad en la muestra, mostrando asimetría positiva en todas las dimensiones.

TABLA N° 1
CALIDAD DE VIDA EN EL GRUPO DE TRASPLANTADOS (TX)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA (TX**)	1,43	2,85	1,9365	,4041	,697	-,587	20,86
Dimensión Física (TX)	,67	1,20	,9000	,1750	,216	-1,172	19,44
Dimensión Psicoemocional (TX)	1,13	2,83	1,5395	,3653	2,396	8,171	23,72
Dimensión Social (TX)	2,09	3,36	2,6350	,3303	,875	,230	12,53
Dimensión Ocupacional (TX)	1,00	4,22	2,6655	1,1398	,380	-1,561	42,76

* CV: Coeficiente de Variación

** TX: Trasplante Renal

Los resultados de la Tabla N° 2 indican que el promedio de calidad de vida en el grupo de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC) es de ($\bar{X}=2,2870$), los promedios más elevados se presentan en la Dimensión Ocupacional de este grupo ($\bar{X}=3,2545$), y la Dimensión Social ($\bar{X}=2,5400$), seguidos de la Dimensión Física ($\bar{X}=1,6930$) y la Psicoemocional

($\bar{X}=1,6555$), lo cual indica que son las dimensiones más afectadas en ese orden. El Coeficiente de Variación de la Calidad de Vida ($CV=16,26$) indica una alta homogeneidad en la muestra, mostrando asimetría positiva en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión Ocupacional, ya que sus valores más extremos se encuentran por debajo de la media.

TABLA N° 2
CALIDAD DE VIDA GRUPO DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA
CONTINUA (DPAC)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA (DPAC)**	1,61	2,86	2,2870	,3719	,011	-1,115	16,26
Dimensión Física (DPAC)	1,21	2,46	1,6930	,3583	,857	-,051	21,16
Dimensión Psicoemocional (DPAC)	1,17	2,54	1,6555	,4415	,713	-,625	26,66
Dimensión Social (DPAC)	2,09	3,09	2,5400	,2579	,412	-,218	10,15
Dimensión Ocupacional (DPAC)	1,00	4,44	3,2545	1,1217	-,845	-,571	34,46

* CV: Coeficiente de Variación

** DPAC: Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua

Se puede observar en la Tabla N° 3 que el promedio de calidad de vida para el grupo en Hemodiálisis es de ($\bar{X}=2,3125$), los promedios más elevados se presentan en la Dimensión Ocupacional ($\bar{X}=3,5950$), la



Dimensión Social ($\bar{X}=2,5455$), seguido de la Dimensión Psicoemocional ($\bar{X}=1,8560$), y la Física ($\bar{X}=1,2503$), lo cual indica que son las dimensiones más afectadas en este orden. El Coeficiente de Variación de la Calidad de Vida (CV=15,67) indica una alta homogeneidad en la muestra; el índice más alto lo encontramos en la Dimensión Psicoemocional (CV=31,74), mostrando asimetría positiva la calidad de vida en todas las dimensiones, a excepción de la Dimensión Ocupacional, cuyos valores más extremos se encuentran por debajo de la media.

TABLA N° 3
CALIDAD DE VIDA EN EL GRUPO DE HEMODIÁLISIS (HD)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA (HD**)	1,68	2,82	2,3125	,3624	,110	1,303	15,67
Dimensión Física (HD)	1,00	1,65	1,2503	,1820	,648	-,170	14,55
Dimensión Psicoemocional (HD)	1,13	3,04	1,8560	,5891	,657	-,576	31,74
Dimensión Social (HD)	2,09	3,09	2,5455	,3107	,220	-1,248	12,20
Dimensión Ocupacional (HD)	1,89	4,56	3,5950	,9271	-,659	-1,278	25,78

* CV: Coeficiente de Variación

** HD: Hemodiálisis

A continuación se presentará un análisis de varianza que permitirá comparar la calidad de vida percibida en las tres modalidades de trata-



miento. Este análisis indica si existe relación o diferencias significativas entre estas tres medias, es decir, entre los grupos de tratamiento y la calidad de vida.

Se puede observar en la Tabla N° 4 el coeficiente de varianza "F" de 6,766 significativo, (0,003) al 0,05. Lo cual indica que existen diferencias significativas entre los tres grupos tratamiento: trasplante, diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis en la variable Calidad de Vida.

TABLA N° 4
ANOVA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Calidad de Vida	Inter-grupos	1,867	2	,934	6,453	,003*
	Intra-grupos	8,102	56	,145		
	Total	9,969	58			

* nivel de significación: 0,05

Una vez que se demostró la existencia de diferencias entre los grupos en relación con la variable calidad de vida, se realizó la prueba de comparaciones múltiples *post hoc*, denominada Scheffé, para precisar dónde se encuentran las diferencias detectadas. En esta prueba (Ver Tabla N° 5) se observan diferencias significativas entre el grupo de trasplante en relación con el grupo de diálisis peritoneal y hemodiálisis con la calidad de vida.

A los efectos de estudiar la asociación entre la variable calidad de vida para los diferentes grupos (TX, DPAC, HD) se realizaron correlaciones que permiten precisar si existe asociación de la calidad de vida y locus de control.



TABLA N° 5
SCHEFFÉ CALIDAD DE VIDA EN LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS

Grupos		Diferencias de medias	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite Inferior	Límite superior
Trasplante	diálisis peritoneal	-,3314*	,122	,031	-,6378	-2,50E-02
	hemodiálisis	-,4070*	,120	,005	-,7095	-,1045
Diálisis peritoneal	trasplante	,3314*	,122	,031	2,496E-02	,6378
	hemodiálisis	-7,56E-02	,122	,825	-,3820	,2308
Hemodiálisis	trasplante	,4070*	,120	,005	,1045	,7095
	diálisis peritoneal	7,561E-02	,122	,825	-,2308	,3820

* nivel de significación: 0,05

TABLA N° 6
CORRELACIONES ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LOCUS DE CONTROL.
GRUPO I: TRASPLANTADOS

		Calidad de Vida	Locus de Control
Calidad de Vida	Pearson	1,000	,523*
	Sig.	,	,018
Locus de Control	Pearson		1,000
	Sig.		,

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar en la Tabla N° 6, la variable locus de control presenta asociación con la calidad de vida para el grupo de los pacientes



en trasplante: se muestra una correlación moderada-alta ($,523$) con una significación de ($p=0,018$) al $0,05$. Para este caso la correlación es positiva.

La variable locus de control se asocia con la calidad de vida para los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria continua, presentando una correlación positiva con una tendencia moderada-alta ($0,506$), con un nivel de significación ($p=0,031$), (Ver tabla N° 7).

TABLA N° 7
CORRELACIONES ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LOCUS DE CONTROL
GRUPO II: DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA

		Calidad de Vida	Locus de Control
Calidad de Vida	Pearson	1,000	,506*
	Sig.	,	,031
Locus de Control	Pearson		1,000
	Sig.		,

* La correlación es significativa al nivel $0,05$ (bilateral).

Para el grupo de hemodiálisis, Locus de Control no se correlaciona con la Calidad de Vida, como se puede observar (Ver Tabla N° 8).

TABLA N° 8
CORRELACIONES ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LOCUS DE CONTROL
GRUPO III: HEMODIÁLISIS

		Calidad de Vida	Locus de Control
Calidad de Vida	Pearson	1,000	,063
	Sig.	,	,793
Locus de Control	Pearson		1,000
	Sig.		,

* La correlación es significativa al nivel $0,05$ (bilateral).



Discusión

En el grupo de trasplantados todas las dimensiones de funcionalidad: física, psicoemocional, social y ocupacional-laboral, fueron significativas para la medición de calidad de vida. La dimensión psicoemocional y social son indicadores significativos para la medición de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal ambulatoria continua. Estos resultados coinciden con varios estudios que han comparado la calidad de vida de distintas técnicas de diálisis y trasplante, encontrando que en general, los trasplantados presentan mejores índices físicos y psicosociales, mayor bienestar subjetivo y grado de rehabilitación, y menos alteraciones psiquiátricas (Brownbridge; Fielding, 1994).

La variable psicológica locus de control se asocia con la calidad de vida en los trasplantados y en los pacientes de DPAC, encontrando en los primeros la presencia de locus de control interno y del locus de control externo atribuidos a otros con poder (personal médico). En cambio, en los pacientes del segundo grupo resultó más frecuente la utilización del locus de control interno. Estos resultados se evidencian en la experiencia diaria, ya que los pacientes trasplantados y los de hemodiálisis manifiestan una mayor dependencia y una mayor demanda hacia el personal que los atiende, en comparación con los pacientes en DPAC. En los pacientes del grupo de hemodiálisis la calidad de vida no depende de la variable locus de control. Los pacientes en DPAC, al ser ellos mismos los responsables del mantenimiento de la técnica, sienten que cuidan de sí mismos y en este sentido pueden considerarse “menos enfermos”, y de esta forma contribuyen a sobrellevar los efectos de la enfermedad. Además, como son ellos quienes realizan todos los cuidados, estas situaciones suelen considerarlas, en gran medida, responsabilidad suya. Esto puede relacionarse con los resultados obtenidos en el presente estudio, en donde la calidad de vida se asocia con el locus de control ($p=0.028 < 0.05$), y es el caso que para estos pacientes el locus de control presente sea el interno. También esto repercute en la adherencia al tratamiento ya que implica no sólo seguir algunas recomendaciones dietéticas, el control en la ingesta de líquidos y la toma de medicación, realizar correctamente todo el proceso de intercambios, decidir qué cantidad de líquido se introduce, realizar los cuidados



sépticos adecuados y efectuar los recambios periódicamente. Por ello, a pesar de que las restricciones en los líquidos y en la alimentación son menores que en los enfermos sometidos a HD, las responsabilidades y los cambios que esta técnica implica en el desarrollo diario de la vida de estos enfermos son probablemente mayores. Sin embargo, esta responsabilidad en el tratamiento puede ser una fuente de estrés. Cuando la persona que realiza DPAC se siente segura, con dominio de la técnica y con recursos para afrontar las posibles complicaciones, la independencia del personal sanitario para realizar la diálisis puede ser una fuente importante de satisfacción; sin embargo, para pacientes inseguros, con dudas y temores, esta independencia y responsabilidad en el tratamiento puede generar preocupación y respuestas de ansiedad, variables que deben ser estudiadas.

Del presente estudio podemos concluir que es necesario evaluar el estado psicológico y las necesidades psico-sociales que deben ser parte integral de la terapia ofrecida a pacientes en DPAC, HD y TX para que ellos alcancen una óptima calidad de vida.



Referencias bibliográficas

- BROWNBIDGE, G. y FIELDING, D.M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology*, 8, 744-749.
- CALVANESE, N. (2000). Factores psicosociales asociados a la donación de órganos para trasplantes en el área metropolitana de Caracas. *Revista Argos*, 33, 85-108.
- CASTAÑOS, Magdelene (1998). *Evaluación e intervención de los repertorios conductuales con I.R.C.T.* Trabajo de grado. Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela.
- CHRISTENSEN, A.J.; WIEBE, J.S. y SMITH, T.W. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: effect of perceived family support. *Health Psychology*, 13, 521-525.
- DEVINS, G.; ARMSTRON, S.J.; MANDIN, H.; PAUL, L.C.; HONS, R.V. y BURGESS, E.D. (1993). "Recurrent pain, illness intrusiveness and quality of life in End-Stage Renal Disease". *The New England Journal of Medicine*, 312 (9), 553-559.
- ESPIE, G.; SILLIES, H. y MONTGOMERY, N. (1990). The quality of life of renal dialysis patients: Trying to find the missing measurement. *Int J Nursing Stud.* 33(4): 107-120.
- HAYS, R.; KALLICH, H.; MAPES, D.; COONS, S. y CARTER, W. (1994). Development of the kidney disease quality of life. *Quality Life Research*, 3, 329-338.
- HUDSON, J. (1987). Advance to medical regime and related factors in youngsters on dialysis. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 26 (3). 84-98.
- HUNT, S.; McKENNA, S.; McEWEN, J.; BUCHETT, E.; WILLIAMS, J. y PAPP, E. (1981). The Nottingham health profile: subjective status and medical consultation. *Soc Sci Med*: 221.
- IBÁÑEZ, E. y ABREU, Y. (1998). Calidad de vida y psicología oncológica. *Anuario de Psicología* 38 (1) 9-21.
- JOHANSSON, B. (2001). Health Locus of Control in Late Life: A study of genetic and enviromental influences in twins aged 80 years and older. *Health Psychology*, 20, 33-40.
- KIMMEL, P. (2000). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of American Social Nephrology*, 6, 1418-1426.



- LAGOS, Anzula y PÉREZ, Manuel (2003). Aspectos psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal. *Monografías de Psiquiatría*, Vol. V(6): 5-9.
- LEVENSON, J.L. y GLOCHESKY, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage disease. *Psychosomatic*, 32, 382-389.
- MAZZUCHI, Nelson; SCHWEDT, Emma; FERNÁNDEZ-CEAN, Juan y MILANÉS, Carmen Luisa (2000). Trasplante renal. *Revista Nefrología Latinoamericana*. Volumen 7, Nº 3.
- McCLELLAN, W.; ANSON, C.; BIRKELI K. y TUTTLE, E. (1991). Function status and quality of life predictors of early mortal among patients entering treatment for end stage renal disease. *J. Clin Epidemiology*. 44: 83-91.
- MORRIS, L.S. y SCHULZ, R.M. Medication Compliance: The patient's perspective. *Clin Ther* 2000; 15:593.
- MORRIS, P.L. y JONES, B. Life satisfaction across treatment methods for patients with end-stage renal failure. *Md J, Aust*, 1989. Ab. 150: 428-432.
- PATTEL, M.; MALLICK, N.P.; SHORT, C.D.; HUTCHISON, A.J.; GOKAL, R. y WILLIAMS, P.S. (1996). Quality of life on hemodialysis in relation to age and comorbidity. *Nephrol Dial Transplant* 11: 1694.
- PUERTAS, E. (1990). Locus de control, validación de la escala MHCL. Universidad de Carabobo. *Ediciones del Rectorado*. Valencia, Venezuela.
- REYNAERT, C.; JANNE, P.; DONCKIER, J.; BUYSSCHAERT, M.; ZDANOWICZ, N.; LEJEUNE, D.D. y CASSIERS, L. (1995). Locus of control and metabolic control. *Diabetic Metabolism*, 21, 180-187.
- ROMAGUERA, F. y UZCÁTEGUI, A. (2001). Análisis de ruta del efecto del locus de control de salud, apoyo social y factores sociodemográficos sobre la salud física y percibida. Trabajo de grado. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas-Venezuela.
- ROTTER, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- WALLSTON, K.; WALLSTON, B. y DE VELLIS, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.