

UNIVERSIDAD DON VASCO A.C.

Incorporación N°. 8727-25

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela de Psicología

**INFLUENCIA DE LA ACTITUD DE LOS PACIENTES DE DIÁLISIS
PERITONEAL HACIA SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA N° 8 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS).**

Tesis

que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta:

Ana Victoria González Cárdenas.

Asesor: Lic. Ruth Talavera Flores

Uruapan, Michoacán, 18 de Enero de 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis papás y hermanas; así como a mi cuñado y a mi sobrino, por el apoyo y esfuerzo incondicional para que cumpliera este objetivo, quienes en todos estos años confiaron en mí, en mis ideales y en todo momento me dieron amor, paciencia y ánimos para que pudiera terminar con responsabilidad esta carrera.

Siempre serán mi ejemplo y guía para ser una persona de éxito en la vida, gracias a sus experiencias y sabiduría que compartieron conmigo en el recorrido de este camino.

Los amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero que nada a Dios, por darme la oportunidad de vivir y de compartir esta etapa de crecimiento y conocimiento con mis seres queridos.

A mis tíos y primos, por apoyarme en este proceso, y por ser en algún momento mis “conejillos de indias”, gracias por darme consejos y ánimos, por ser parte de este sueño, a mi tía Paty que me ayudó a la realización de mi tesis y que me dio la oportunidad de aprender más sobre su profesión.

A mis amigas, quienes compartieron esta aventura, llena de aprendizajes, risas, tristezas, viajes, el correr riesgos y que en cada momento mostraron lealtad, comprensión, paciencia y colaboración, y que nunca dudaron en apoyarme en mis objetivos, gracias por ayudarme a crecer más como persona y a encontrar gente valiosa que ahora forman parte de mi familia y que son ustedes. Las quiero mucho.

A mi asesora agradezco sinceramente por proporcionarme sus enseñanzas y por el tiempo invertido en la realización de ésta investigación.

A mis maestros, por compartir sus conocimientos y experiencias que día a día forman parte de mi desarrollo como profesional, gracias por enseñarme que los sueños no tienen límites. Más que profesores son amigos que me ayudaron a fortalecerme como persona durante esta etapa, en especial al Lic. José de Jesús González y al Lic. Raúl Zalapa que durante este tiempo tuvieron confianza en mí y que en todo momento me ayudaron y motivaron para que terminara con éxito ésta carrera.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	3
Objetivos	5
Hipótesis	5
Justificación	6
Marco de referencia	8

Capítulo 1.- Actitudes.

1.1.- Concepto de actitud	11
1.2.- Formación de actitudes	14
1.3.- Tipos de actitudes	20
1.4.- Funciones de las actitudes	25
1.5.- Actitud y conducta	28
1.6.- Cambio de actitud	31
1.7.- Las actitudes y la enfermedad	36

Capítulo 2.- Diálisis Peritoneal como manejo de la Insuficiencia Renal.

2.1.- Enfermedad Crónica	39
2.1.1.- Diabetes	46
2.1.2.- Insuficiencia renal	50
2.2.- Diálisis Peritoneal	55
2.2.1.- Reacciones fisiológicas del tratamiento por Diálisis Peritoneal	60

2.2.2.- Influencia de la familia en el tratamiento de Diálisis Peritoneal	62
---	----

Capítulo 3.- Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.- Descripción metodológica	66
3.1.1.- Tipo de investigación	67
3.1.2.- Enfoque cuantitativo	67
3.1.3.- Diseño no experimental	69
3.1.4.- Estudio transversal	70
3.1.5.- Alcance correlacional- causal	70
3.1.6.- Técnica de recolección de datos	71
3.2.- Descripción de la población	73
3.3.- Descripción del proceso de investigación	74
3.4.- Análisis de resultados	75
3.4.1.- Actitudes hacia el tratamiento de diálisis peritoneal	75
3.4.2.- Avance en el tratamiento	77
3.4.3.- Correlación entre actitudes y avance en el tratamiento	78
Conclusiones	80
Bibliografía	82

Anexos

RESUMEN

La presente investigación se titula “influencia de la actitud de los pacientes de Diálisis Peritoneal hacia su tratamiento”, la cual se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El objetivo general fue determinar la influencia de las actitudes de los pacientes de diálisis peritoneal sobre su avance en el tratamiento. La población investigada fueron 50 pacientes derechohabientes de dicha institución y que tuvieran este tratamiento.

Es una investigación básica con un enfoque cuantitativo, el diseño es no experimental transversal con un alcance correlacional- causal. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue un escala tipo Likert que consta de 41 reactivos, la cual refleja una actitud positiva o negativa acerca del tratamiento, y para determinar el avance de dicho tratamiento se utilizó una escala establecida por el personal del IMSS.

Los resultados obtenidos indican que las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento de diálisis influyen en al menos un 48% sobre el avance en su tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

En los últimos 30 años, la diálisis peritoneal como tratamiento renal sustituto ha estado en continuo cambio y evolución debido a los continuos avances en los monitores de las máquinas, la mejora en los líquidos y el tipo de material utilizados, los cuales son cada vez más biocompatibles y seguros, así como los medicamentos. Todo este avance tecnológico y el proceso de adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, han permitido lograr la aceptación para cambiar el estilo de vida, así como recibir la ayuda de otros, para efectuar las funciones que el cuerpo ya no puede realizar.

Myers (2006) define la diálisis peritoneal como un tratamiento de reemplazo renal que implica la inoculación de una solución de composición y osmolaridad controlada en la cavidad peritoneal a través de un catéter implantado.

Para el estudio sobre la actitud de pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal es necesario identificar algunos estudios sobre el tema referente, tratando de ampliar la investigación en el campo de la psicología.

En una investigación titulada Las necesidades psicológicas de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, realizada en la Universidad Autónoma de Madrid por López Alonso (www.psisquis.com; 2000) se concluye que pueden aparecer una serie de reacciones psicológicas que puede ir desde la impulsividad a la actitud pasiva, manteniendo una actitud distante frente a los acontecimientos, incluso la aparición de

una actitud exageradamente activa buscando alternativas no reflexivas durante el proceso de hemodiálisis.

Es importante considerar otra investigación realizada en Santiago de Chile por Arechabala Mantuliz (www.enfermeria.udea.edu.co;2001) la cual fue un estudio descriptivo y transversal, y su objetivo fue conocer las características de las redes sociales y la percepción de apoyo social a una población de pacientes chilenos en diálisis peritoneal y hemodiálisis crónica. La mayoría de los pacientes del estudio tenían una actitud positiva frente a la enfermedad renal crónica. Se concluyó que la existencia de relaciones de ayuda aportadas por la red social de los individuos se relaciona con la capacidad de encontrar el lado positivo en las situaciones difíciles y la aceptación de dicho padecimiento.

Por otra parte, en el artículo publicado por la revista Nefrología, Diálisis y Trasplantes, en Junio del 2002, escrito por Vinokur y Bueno, del Instituto de Urología y Nefrología en San Salvador de Jujuy, Argentina, se menciona que en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis o hemodiálisis, a medida que transcurre el proceso manifiestan sentimientos y actitudes de desesperanza, angustia, invalidez e irritabilidad; por lo que se observó que en muchos casos el nivel cultural influye en la adaptación de la enfermedad.

Planteamiento del problema.

El ser humano a través de su evolución ha aprendido a cubrir las necesidades de una enfermedad crónica ante la cual requiere un tratamiento a lo largo de su vida. De acuerdo con Shuman (1999), se ha creado la capacidad de afrontar, reflexionar hacia diversas situaciones y, sobre todo, a desarrollar habilidades para la supervivencia. Dentro de este contexto se incluye a la familia como primera fuente de interacción, la cual se vuelve un pilar importante en el estado de salud y de ánimo de dichas personas, así mismo el personal de un hospital también forma parte fundamental en el proceso de recuperación.

Myers (2006) menciona que es necesario tomar en cuenta que existen algunos problemas respecto a la actitud que toman los pacientes con insuficiencia renal crónica hacia un tratamiento sustitutivo renal, dichas actitudes pueden significar una limitante que repercute en el avance de dicho procedimiento clínico.

Dentro de la institución del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Uruapan, Michoacán, en el área de Diálisis Peritoneal no se ha realizado ningún tipo de investigación sobre la actitud de los pacientes con dicho tratamiento y el avance que presentan.

Los pacientes hospitalizados del área de Diálisis Peritoneal, no sólo del IMSS, sino en general, han mostrado diferentes actitudes, por lo general “la mayoría presenta actitudes negativas que dan como resultado reportes de un avance mínimo en su recuperación” (Jeammet; 2003: 161). Por ello, para la presente investigación se hace necesario formular y responder la siguiente interrogante:

¿Cuál es el efecto que tiene en el tratamiento la actitud del paciente que acude a manejo por Diálisis Peritoneal en el Hospital General de Zona N° 8 del IMSS en Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Objetivo general:

Determinar la influencia de las actitudes de los pacientes de diálisis peritoneal sobre su avance en el tratamiento.

Objetivos particulares:

- 1.- Definir el concepto de actitud.
- 2.- Describir las características de una enfermedad crónica.
- 3.- Explicar teóricamente las características clínicas de la insuficiencia renal.
- 4.- Medir las actitudes de los pacientes con tratamiento de diálisis.
- 5.- Evaluar el avance en el tratamiento de diálisis de los pacientes del IMSS.
- 6.- Correlacionar las actitudes de los pacientes con el avance en su tratamiento.

Hipótesis.

Hipótesis de trabajo:

Las actitudes del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal influyen en su avance de recuperación.

Hipótesis nula:

Las actitudes del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal no influyen en su avance de recuperación.

Justificación.

Se considera importante la actitud que se manifiesta hacia una enfermedad o tratamiento clínico, ya que de acuerdo con un estudio realizado en Brasil durante los meses de agosto a octubre del 2005, por la investigadora Sueuda, puede ser positiva o negativa, dependiendo de cómo se manifieste puede contribuir a un avance o a un abandono de dicho tratamiento. Así mismo las instituciones clínicas han permitido condiciones de recuperación muy avanzadas debido a la variedad de medicamentos, aparatos y servicios especializados, las cuales han creado en el paciente una motivación o fortaleza para afrontar de manera positiva la enfermedad, contribuyendo favorablemente en su estado de ánimo y en su recuperación.

El tratamiento de diálisis peritoneal, consiste en eliminar impurezas que se encuentran en la sangre mediante un proceso relativamente sencillo. En primer lugar se somete al paciente a una cirugía menor, para colocar un catéter en la cavidad peritoneal, mismo que se utilizará para la entrada y salida de las soluciones dializantes; esto puede resultar para el paciente un proceso un poco tardado, ya que se requieren de varias horas para extraer los desechos y líquidos, además de ser necesario realizar diversos cambios en un día; sin embargo, puede ofrecer una mayor seguridad de recuperación a largo plazo hacia su enfermedad.

Las aportaciones que puede brindar esta investigación a los Psicólogos pueden ser de utilidad para una mejor identificación de las actitudes que los pacientes manifiestan hacia una enfermedad crónica, como lo es la insuficiencia renal y de esa manera obtener datos que permitan desarrollar diversas soluciones o alternativas para trabajar con las actitudes, ya que de alguna manera será decisivo para su recuperación y adaptación a la sociedad.

Los resultados que se obtengan, servirán de apoyo al Hospital General de Zona N° 8 del IMSS, en Uruapan, Mich., para que se tenga la oportunidad de detectar las actitudes que presentan los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal. Lo anterior permitirá además conocer la forma en que afectan al paciente, tanto la atención como la actitud del personal que labora en dicha institución.

Marco de referencia.

Tal como lo refiere el IMSS en la publicación “60 Años de Servir a México” (www.imss.gob.mx/;2008), el 19 de enero de 1943 nació tal institución, con una composición tripartita bajo el gobierno del Presidente de la República, Manuel Ávila Camacho, integrado de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patronos y del gobierno federal.

Una de las obras de mayor trascendencia para el IMSS fue la construcción, en 1952, del primer centro hospitalario, conocido como “La Raza”.

En 1979, el gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Posteriormente se creó el Programa denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El Programa recibió un renovado impulso a partir del año 2002 al denominársele como "IMSS-Oportunidades", el cual atiende a casi once millones de personas, el cual tiene por objeto proporcionar servicios de salud oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud en condición de marginación en zonas rurales del país.

También se crea el Seguro de Salud para la Familia, que permite a los trabajadores no asalariados, que laboran por su cuenta, disfrutar junto con su familia, de la atención médica integral del IMSS, así mismo con la nueva ley se da la creación de guarderías para los hijos de madres trabajadoras del campo.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Michoacán, se integra por 52 Unidades Médicas del Régimen Ordinario y 340 del Programa IMSS-Oportunidades, protegiendo el 52% del total de la población entre ambas.

El Hospital General de Zona N°8 IMSS Uruapan está ubicado en la Calzada Benito Juárez S/N y prolongación Francisco Villa, en la colonia Linda Vista, C.P. 60050.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se puso en marcha en Uruapan, Michoacán, para el servicio de sus derechohabientes en Marzo de 1973.

Dicha institución tiene como misión: garantizar el derecho a la salud y la protección a los medios de subsistencia, otorgando prestaciones médicas y económicas a los derechohabientes con oportunidad, realidad y trato amable a través del compromiso de los trabajadores.

Así como una visión: en el 2006 el H.G.Z N°8 debe ser una eficiente unidad hospitalaria de la delegación con los mejores estándares de calidad en los servicios, asegurando la operación de los procesos, con ahorro y racionalidad en los recursos.

El H.G.Z N°8 IMSS Uruapan está integrada por 84 Médicos Especialistas, 6 Médicos Familiares, 26 Médicos Internos, 19 Jefes de Piso (enfermeras), 16 Enfermeras Especialistas, 131 Enfermeras Generales, 53 Enfermeras Auxiliares, 36

Intendentes, 6 Vigilantes. Cuenta con 21 Consultorios, Área de Maternidad, Oficina de Jefatura de Enseñanza, Área de Diálisis Peritoneal, Biblioteca, Laboratorio (20 personas), Área de Rayos X, Área de Hospitalización, Oficina de Personal, Área de Jefatura de Enfermeras, Laboratorio Clínico, Farmacia, Comedor, Oficina de Atención a los Pacientes, Área de Finanzas, Área de Lavandería, Área de Vestidores, Oficina de Traslados, Oficina de Trabajo Social, Área de Archivo Clínico, Área de Radiodiagnóstico, Puesto de Recolección de Sangre y Servicios de Trasfusión, Dirección, Subdirección Médica, Subdirección Administrativa, Departamento de Recursos Humanos, Área de Abastecimiento (material de curación), Área de Esterilización de Equipo, 2 Estacionamientos, Departamento de Transportes (3 ambulancias), Salas de Espera (consulta general y especialidades), Departamento de Mantenimiento General.

Aproximadamente otorga 95 consultas al día y cuenta con 17 especialidades: Medicina Familiar, Traumatología, Anestesiología, Medicina Interna, Urología, Cardiología, Cirugía General, Oftalmología, Pediatría, Cirugía Reconstructiva, Gineco-obstetricia, Psiquiatría, Dermatología, Cirugía Pediátrica, Otorrinolaringología, Neurología, Urgencias.

CAPÍTULO 1

ACTITUDES

La forma en que responde cada ser humano ante las presiones que le exige la sociedad, y la manera en cómo afronta estos sucesos, van a determinar el proceso de comportamiento, por lo que en este capítulo, se describirá el concepto de actitud de acuerdo a varios autores, la forma en que se actúa hacia diversas circunstancias, así como la formación de las mismas a través de las experiencias.

A partir de esto se conocerán los tipos de actitudes que existen, las funciones que ejercen las mismas ante el individuo y su toma de decisiones, y se retomará el manejo de la relación entre actitud y conducta y, por consiguiente, se establecerá el cambio de actitudes y cómo pueden surgir ante una enfermedad.

1.1- Concepto de actitud.

Las interacciones que sostiene el individuo en la sociedad, determinan la presencia de experiencias que de alguna u otra forma van cambiando su perspectiva, así como su concepto hacia las personas o cosas, situaciones favorables o desfavorables. Existen varias concepciones sobre este término, como innumerables los autores que la han definido, es por ello que se parte de algunos de ellos para hacer una síntesis de la misma.

Una actitud es “una mezcla de creencia y emoción que predispone a una persona a responder ante otras personas, objetos o instituciones en una forma positiva o negativa” (Coon; 2001: 376), es decir, la experiencia previa que se tenga va a influir en las acciones futuras de las personas.

Arias (1987) establece que la actitud es como un marco de referencia específico, el cual predispone a opinar favorable o desfavorable frente a un hecho.

Cuando se analiza la actitud de una persona, es posible darse cuenta que en su formación intervienen tanto sus creencias, pensamientos, así como sus sentimientos, mismos que se relacionan con las situaciones vividas.

Otra definición es la de Rokeach, quien define la actitud como “una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo a favor de una respuesta preferida”. (Hollander; 2001: 125)

Esto puede dar como resultado un comportamiento que permanecerá por mucho tiempo, o por el contrario, se presentará un cambio en la actitud a través de las influencias externas.

De esta manera, se puede señalar que “una actitud es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento deliberado.” (Myers; 2000: 130)

Las actitudes pueden ser evaluativas, es decir, “en base a las creencias sostenidas acerca de un objeto, éstas a su vez mantienen un componente de

expectativa que es la probabilidad percibida de que el objeto posea dicho atributo y un componente de valor que se comprende de la evaluación favorable o desfavorable de dicho atributo.” (Morales; 2002: 288)

Pueden variar dependiendo de la importancia que se le atribuya, de esta manera resultan significativas o por el contrario insignificantes.

A partir de cómo se vaya almacenando la información de cada situación vivida por los individuos, de acuerdo con Myers (2000), se van incrementando vías de reacción ante el entorno, ya que el comportamiento de cada ser humano se encuentra sujeto a influencias profundas; lo suficiente como para inducir a las personas a hacer más compleja la forma de manejar y neutralizar dichas actitudes, algunas pueden predecir adecuadamente el comportamiento, otras pueden generar más confusión.

De conformidad con lo dicho por Ibáñez (2004), se considera que la manera en cómo se adquieren diversas actitudes, se van desarrollando comparaciones con las personas, esto es, conocer qué hacen, dicen y piensan, con el fin de mantener un equilibrio en las relaciones sociales.

Es así que las actitudes, como menciona Alcántara (1990), tienden a permanecer por largo tiempo en base a la influencia favorable que vaya teniendo en la vida del sujeto, y con ello generalmente adopta aquellas que le causan afinidad con los otros.

Definir una actitud es sostener que un tipo de organización de creencias relativamente perdurables ya sea sobre una situación o experiencia vivida,

predispone al individuo a responder de acuerdo a sus necesidades de alguna manera preferencial.

A partir de esto, la actitud puede verse como un proceso de percepción en la que cada individuo entrelaza sentimientos, emociones, creencias, miedos, prejuicios sobre una actividad específica de su entorno.

En otras palabras las actitudes son modos profundos de enfrentarse a sí mismo y a los demás, son líneas radicales impulsoras y motivadoras de la personalidad de cada individuo y sus formas habituales de pensar, sentir, amar y comportarse.

Ante esto, se establece que el análisis de las actitudes se pretende ayudar a cada individuo a comprenderse a sí mismo y a los demás, a vivir mejor y a lograr una actitud de madurez ante los obstáculos que se le presenten y poder dar sentido a su vida.

Tomando en cuenta lo anterior, las personas mantienen de alguna manera una actitud flexible y depositan su confianza para mejorar y establecer un incremento de la expectativa vital y una adecuada calidad de vida.

1.2- Formación de actitudes.

Las actitudes se pueden adquirir de diversas maneras, ya sea por el contacto con la familia, maestros o con el grupo de amigos, con los cuales se comparten alegrías, temores, emociones y conocimientos.

Estas pueden haberse formado desde los primeros años de vida por medio de la interacción con el medio ambiente; en tal caso se consideran aprendidas y no innatas.

Para Rodríguez (2004), a medida que el individuo se desarrolla va moldeando las actitudes previamente aprendidas, manteniendo el conocimiento adquirido sobre las mismas, o bien, incrementándolo a través de nuevas experiencias. Estas se forman a partir del proceso de socialización de cada persona mediante las etapas de desarrollo.

Este mismo autor establece que la formación de actitudes se puede dividir en 2 áreas: el aprendizaje de las actitudes y las fuentes de influencia sobre la formación de actitudes. La primera tiene que ver con el proceso que va desde no tener ninguna actitud frente a un objeto dado, hasta tener una actitud frente a dicho objeto.

La segunda se divide en 3 partes:

- 1- Experiencia directa y pasada: es el principal medio para formar actitudes hacia algo, es a través del haber podido evaluar o probar algo.
- 2- Influencia personal: a medida que se está en contacto con los demás, se adquieren actitudes que influyen sobre las vidas de los seres humanos, la principal fuente: la familia.
- 3- Exposición a medios masivos.

De acuerdo con Coon (2001), se dice que las personas en base a sus necesidades o expectativas, van respondiendo al medio en el que se desenvuelven,

esta respuesta se verá plasmada en el cambio de su sistema de adaptación, por consiguiente, a partir de esta influencia se forman las actitudes.

La experiencia directa que el individuo tiene con un objeto, situación o persona hace que se obtenga información y aprendizaje de ésta y que se desarrolle una actitud hacia la misma, la cual sea durable y razonable hacia sus actos.

Ibáñez (2004), sugiere que el efecto de esta experiencia directa será más fuerte, cuanto más larga y repetitiva sea la exposición, o más traumática. El sólo contacto que tenga una persona con un objeto, podrá crear una atracción, rechazo o una actitud favorable hacia el mismo.

También señala que el individuo puede adoptar actitudes, es por medio del proceso de aprendizaje social; esto es observable durante la infancia, etapa en la cual, se establecen castigos o refuerzos dependiendo del comportamiento manifestado por el individuo; de esto resulta una enseñanza, a través de la cual se obtiene una reacción que visiblemente quedará fija y, posteriormente, se aplicará en el contexto social.

Aunque las personas no llegan al mundo con actitudes perfectamente establecidas o definidas acerca de un objeto o situación en particular, resulta importante destacar que el desarrollo de las actitudes opera a lo largo de vida.

Según Feldman (1998) uno de los procesos básicos que determinan la formación de las actitudes es explicado con base en los principios de aprendizaje, los mismos procesos de condicionamiento clásico de Pavlov, en el que las personas

realizan asociaciones entre los diversos objetos y reacciones emocionales que los acompañan.

El mismo autor menciona que otro proceso de adquisición de actitudes es el de condicionamiento operante de Bandura, el cual se refiere a que las actitudes que se refuerzan ya sea de manera verbal o no verbal, tienden a conservarse.

A diferencia de esto, si la actitud de una persona causa ridiculización de los demás, la persona tiende a abandonar o modificar dicha actitud.

Retomando a Barón (2005), la mayoría de las apreciaciones son adquiridas en situaciones de interacción con otros, o simplemente observando su comportamiento.

En las culturas donde la figura de los padres tiene menos peso, el efecto socializador puede radicar en algunos de los miembros de la familia, como hermanos, hermanas, tíos, primos, o incluso en otras mujeres del grupo, “esto llevará a prestar atención a las diferentes culturas en las que el niño o niña adquirirán las actitudes propias del entorno cultural en el que crecen, esto implica obtener información en la que se transmiten valores y conductas”. (Ibáñez; 2004: 202)

De lo anterior, Oblitas (2006) resalta que con el paso del tiempo las creencias y actitudes permanecen iguales durante años, habitualmente los padres o tutores se encargan de educar a los hijos, siendo ellos quienes les transmiten sus propias actitudes, ya que son la primera fuente de información y tal vez la más importante, creíble y difícil de modificar.

En el ámbito escolar la formación de actitudes es más variable, pues en este medio los profesores y compañeros de escuela pueden conducir a las personas a observar las cosas desde otro punto de vista, modificando su forma de ver el mundo y a sí mismas.

El mismo Oblitas (2006), señala que en las escuelas no se transmite simplemente conocimiento, sino también formas de educar, de comportarse, formas de expresión y de ser persona; además ni siquiera el conocimiento en sí es neutro, al contrario lleva incluidos valores y creencias sobre cómo son las personas y sus relaciones y como tendría que ser la sociedad.

Otro aspecto que se debe resaltar es la presencia de los medios de comunicación, puesto que juegan un papel importante en la configuración de las actitudes debido al tipo de información, programas y publicidad que plasman, ya que transmiten diversos valores, opiniones y modelos que las personas pueden adoptar con el tiempo.

Ahora bien, lo anterior se refuerza retomando a Whittaker (2006), quien menciona que si dicha información se adquiere positivamente, será dirigida hacia un fin o meta, pero si es de forma contraria, entonces se eliminará o se tratará de modificar.

Como se ha visto, se puede señalar que las actitudes están formadas por tres componentes:

- “Cognoscitivo el cual se entiende como el conjunto de ideas o conocimientos que se tienen sobre el objeto, implica creencias y pensamientos.
- Afectivo que consiste en los sentimientos positivos o a favor, negativos o en contra hacia el objeto en cuestión.
- Conductual que trata sobre la predisposición o intención a actuar de determinada manera delante del objeto.” (Rodríguez; 2004: 87)

Así pues, este procesamiento activa la información de los individuos que tienen acerca de su conducta, creencias, valores y actitudes sobre su base.

Para esto las creencias representan la información que las personas poseen acerca de sí mismas y del entorno social; cuando las creencias asocian al objeto con aspectos favorables, se forma una actitud positiva.

Finalmente, los valores se explican como metas transituacionales que sirven como guía a una persona o grupo, como estándares de lo deseable al juzgar comportamientos, eventos, al formar y expresar actitudes, así como al seleccionar o racionalizar acciones. “Éstos se ordenan jerárquicamente según su grado de importancia y éste ordenamiento forma un sistema de valores de cada individuo relativamente duradero”. (Morales; 2002: 292).

1.3.- Tipos de actitudes.

Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según la manera en como el ser humano tiende a afrontar su realidad en cada momento de su vida y van a determinar de manera significativa los resultados que surjan de dicha situación.

“Una actitud positiva puede dar múltiples satisfacciones y promover la salud emocional, física o mental,”. (Aguilar; 1995:15). Esta actitud ayuda al individuo a tener una visión mucho más optimista de la vida.

Por otra parte, una actitud positiva es “la manifestación exterior de una mente que vive primordialmente de circunstancias positivas a través de un esfuerzo consciente”. (Chapman; 1992: 15).

Con una mentalidad positiva el sujeto puede encontrar diferentes vertientes de solución, las cuales le van a dar la pauta de mantenerlas y expresarlas hacia soluciones de conflictos negativos, que de una u otra forma bloquean su progreso; así mismo da una visión hacia los comportamientos de cada persona, los cuales si se dejan guiar por ésta mentalidad en cada reto o situación que enfrenten, responderán con valor y con una iniciativa inmediata que fomentará su seguridad en cada una de sus acciones.

De acuerdo con Carlson (1995) se dice que tener la mente abierta significa mostrar una actitud de sencillez, la cual implica el conocimiento interior profundo de cada persona.

Así, una actitud positiva, como lo refiere Rodríguez (1998), comienza con una imagen sana de sí mismo, se considera una oportunidad de desarrollo ante una dificultad mayor y, por lo tanto, un reto a las propias capacidades personales.

Aceptar abiertamente un problema, desear hacer algo o buscar apoyo de diversas personas, puede ser un seguimiento fundamental para obtener una actitud adecuada para alcanzar objetivos y metas.

Navarro (2004) indica que las personas son capaces de adoptar dicha actitud ante la vida no sólo logran una prevención de enfermedades, sino también una recuperación más rápida, por lo tanto, disfrutan la vida y obtienen mejores pronósticos.

“Esta actitud positiva es el hecho de darse cuenta de que existe otra manera de ver las cosas e insiste en la propia responsabilidad para cambiarlas. “ (García Fernández- Abascal; www.blogs.periodistadigital.com; 2007)

Lo importante es intentar de nuevo, tener una actitud de solución, de acción, ya que cada intento es un aprendizaje y un avance para la formación de un resultado favorable y exitoso.

Menciona Chapman (1992) que un punto de vista positivo proporciona el valor para manejar un problema y hacer lo que sea necesario para resolverlo antes de que no se pueda controlar.

Esto a su vez puede ayudar a vivir la problemática o la dificultad de una forma más pacíficamente, lo que ayudará a neutralizar ese impacto.

De acuerdo con Alcántara (1990), se pueden señalar las siguientes actitudes positivas:

- Confianza: confiar en sí mismo y en los otros.
- Cooperación: colaborar y compartir las actividades.
- Tolerancia: respetar la diversidad de los otros.
- Orden: ordenar cosas personales, organizar tareas y responsabilidades.
- Sinceridad: decir y obrar lo que se piensa y siente.
- Aceptación: aprobación voluntaria de actividades y situaciones.
- Seguridad: certeza de que algo va a cumplirse.
- Optimismo: confianza en cuanto al porvenir de algo.
- Esperanza: actitud de confianza en las propias creencias.

Cuando las situaciones o cosas se ven bien, la actitud positiva se vuelve autofortalecedora y es más fácil de conservar y de utilizarla en diferentes contextos.

Esto no quiere decir que pensar positivamente es señal de que se ignoren los problemas, sino que las dificultades se ven desde otra perspectiva y se sobrellevan de una mejor manera y se piensa reflexivamente, para poder actuar con tranquilidad.

Por otra parte, la actitud negativa tiene un efecto rígido y hace que la persona se fastidie hacia lo que quiere lograr.

Tal como lo señala Cruchon (1980), una actitud negativa puede obstaculizar la iniciativa, generar estrés y sufrimiento en las personas que lo rodean.

Existen algunas actitudes negativas, las cuales se definen como:

- Rechazo: aprisionamiento de ideas y emociones.
- Irritabilidad: estado de ánimo caracterizado por mal humor.
- Aislamiento: soledad, desamparo.
- Frustración: incapacidad de la persona para realizar algo.
- Angustia: combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo.
- Pesimismo: debilidad a ver y a juzgar las cosas bajo un aspecto más desfavorable.

Cruchon (1980) establece que las actitudes negativas distorsionan la realidad de las cosas y solo causan estrés y evitan el crecimiento personal del ser humano. Obstruyen la manera en que la persona tiene de afrontar su realidad en cada episodio de su vida

Por otro lado, destacar lo negativo de las cosas puede responder a una distorsión de los problemas de forma exagerada. La actitud nunca está estática por lo tanto, la percepción de una actitud negativa provoca un consumo mental en dificultades en lugar de oportunidades.

De acuerdo con esto si las actitudes negativas permanecen un tiempo suficiente en la persona, repercutirá en el avance del proceso en el que se encuentre, cuando esto ocurre se puede perturbar la actitud del individuo y así transmitir un aspecto negativo tanto a las personas cercanas a él como al medio ambiente que lo rodea.

En consecuencia es posible que algunas veces ésta actitud proporcione niveles altos de irritabilidad, frustración y menos mejoría en la personalidad, tanto en la vida personal del sujeto como laboral.

Por consiguiente, las actitudes negativas van deteriorando la confianza, seguridad, motivación y obstaculizan seriamente el sentir bien de cada persona y disminuyen las posibilidades de resultados con éxito.

Se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud pasiva respecto a la situación experimentada, lo cual se ve reflejada en sus estilos de vida saludables.

1.4.- Funciones de las actitudes.

Con relación a las funciones de las actitudes, éstas sirven para ayudar a lidiar con el ambiente social. Los seres humanos procuran esparcir las recompensas y minimizar las penalidades de sus actos, por lo tanto desarrollan actitudes que los ayuden a cumplir con dicho objetivo.

Rodríguez, retomando a Kartz y Stotland (1959), destaca varias funciones:

- Protegen la autoestima y evitar ansiedad y conflictos.
- Ayudan a ordenar y asimilar informaciones complejas
- Reflejan los valores y convicciones
- Establecen la identidad social.
- Permiten obtener recompensas y evitar castigos.

En relación con lo anterior, ciertas actitudes sirven para proteger el reconocimiento de debilidades sobre la realidad de la vida. En ocasiones pueden actuar como mecanismos de defensa evitando padecer algún dolor interno.

En otro aspecto, la función de las actitudes, según la página www.psycowin.com (2008), las actitudes ayudan a alcanzar cierto grado de orden, claridad en el marco personal, buscando comprender los acontecimientos que más afectan y otorgarles sentido.

Las actitudes parecen operar como esquemas mentales que ayudan a interpretar y procesar muchos tipos de información.

Como lo menciona Barón (2005), éstas matizan fuertemente las percepciones y pensamientos acerca de personas, objetos o grupos a los cuales hacen referencia, y además pueden cumplir con funciones como:

- **Función cognitiva:** que se refiere a la utilidad de las actitudes para organizar e interpretar la información social. La función del conocimiento se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido a la experiencia e interpretar el entorno.
- **Función adaptativa:** permite desarrollar actitudes que son merecedoras de la aprobación y de la estima de los grupos sociales, a fin de maximizar las recompensas o gratificaciones y minimizar el sufrimiento y castigo.
- **Función de autoexpresión o auto identidad:** que permite expresar nuestros valores centrales o creencias fundamentales para mantener la identidad del yo, protegiendo la autoestima y el autoconcepto. Las actitudes que cumplen ésta función traducen en emociones y sentimientos los valores de la persona, ésta función se denomina autorrealizadora.
- **Función de autoestima:** ayudar a mantener los sentimientos de confianza hacia la persona misma.
- **Función de autodefensa:** ayudar a la gente a protegerse de información no deseada acerca de ellos mismos. La función de éstas actitudes impiden en

ocasiones conocer verdades indeseables, como puede ser tener conocimiento de que se padece una enfermedad.

- Función de motivación: causar buena impresión en otros.

Es así que se establece un punto de vista diferente respecto a las funciones de las actitudes, como lo menciona Morales (2002) retomando a Katz (1960), quien postuló que las actitudes pueden clasificarse en cuatro tipos de funciones:

- Conocimiento: el cual involucra la organización y simplificación de la experiencia, y en donde las actitudes servirían a modo de etiquetas que permitan agrupar estímulos que poseen una misma connotación evaluativa.
- Utilitaria: las actitudes serían instrumentales y se formarían de modo tal de colaborar con la evitación de castigos y la obtención de recompensas.
- Ego defensiva: para lidiar con conflictos emocionales que podrían socavar el auto concepto o la autoestima, se adoptarían actitudes que nieguen o minimicen esas amenazas.
- Valor defensiva o adaptativa: las actitudes estarían al servicio de la expresión de valores y de la identidad, y se sostiene que se tiende a expresar las actitudes percibidas como aceptables por los demás.

Todo lo anterior permite visualizar que las actitudes cumplen muchas funciones para los individuos y éstas a su vez pueden moldear el impacto de la influencia que ejercen sobre el procesamiento de la información adquirida a través del desarrollo del ser humano, en términos generales las actitudes poseen varias cualidades aunque están sujetas a los efectos de la experiencia y al ambiente social.

1.5.- Actitud y conducta.

Con relación a estos dos conceptos no es sorprendente que las actitudes influyan en el comportamiento, y en ocasiones de manera inversa, pues como lo refiere Feldman (1998), el comportamiento es el que le da forma a las actitudes.

Como se ha mencionado anteriormente, la actitud es una reacción favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o situación. De aquí surge la importancia de establecer una definición de conducta de tal forma que ambos conceptos sean precisos para establecer la relación entre sí.

La conducta, según la página www.psicopedagogia.com (2008), es un sistema en permanencia que normalmente involucra una modificación mutua entre el individuo y su medio social, así como una modificación en su mundo interno.

Otra definición de conducta según Feldman (1998), es el conjunto de actos, comportamientos de un ser humano como reacción a estímulos de su propia naturaleza o del medio ambiente y que por éstas características resultan visibles y plausibles de ser observadas por otros.

Con base en esto se puede entender cómo las acciones de las personas, hacia un objeto u organismo usualmente en relación con su entorno o mundo de estímulos. Además, la conducta tiene una estructura, la cual puede requerir un cambio previo de actitudes.

Las actitudes a menudo ejercen importantes efectos sobre la conducta, después de todo, las personas piensan muchas veces sus reacciones y puntos de vista ante los demás, con el fin de moldear sus acciones referentes al mundo social.

De la misma manera se piensa de manera cuidadosa e intencionada sobre las actitudes y sus implicaciones ante cualquier acción.

Abrie (1986), menciona que si se desea cambiar la conducta es necesario cambiar las actitudes. En pocas ocasiones únicamente se puede predecir el comportamiento de una persona basándonos en sus actitudes y no en otros aspectos.

La gente la mayoría de las veces no hace lo que dice, por lo que es natural que sus intentos para modificar su comportamiento fracasen y no ocurra un cambio significativo en la actitud.

Es necesario entender que las actitudes de las personas involucran lo que piensan o sienten, así como el modo en que les gustaría comportarse, teniendo en cuenta que la conducta y el comportamiento, en parte se encuentra determinada por las normas sociales.

Una de las preocupaciones centrales acerca de las actitudes reside en el hecho de determinar si las actitudes dirigen el comportamiento humano y, de ser así, hasta que punto lo hacen.

Aún, cuando en diversas ocasiones parece existir cierta incongruencia entre las actitudes manifestadas por una persona y las conductas observadas, no se puede afirmar que no existe ninguna relación entre la actitud y el comportamiento.

Al contrario, se considera que el comportamiento de los seres humanos es muy complejo para asegurar que se conforma exclusivamente por las actitudes que se poseen, más bien, la conducta es el resultado de una combinación de variables personales, contextuales y socioculturales, entre las que se encuentran las actitudes.

Como lo manifiesta Aguilar (1995), el hecho de que las actitudes sean internas y la conducta se manifieste abiertamente en acciones evidentes y observables, provoca que la conducta sea sometida con frecuencia a las circunstancias del momento y a las presiones sociales, aunque las propias opiniones y sentimientos estén en contra.

La mayoría de las ocasiones las personas se dejan llevar por la conducta que observaron que manifiesto otra persona ya sea buena o mala, ésta acción va ser juzgada por ese episodio y no por la actitud que lo tomó a realizar dicha conducta.

Según Worchel (2003), establecer los efectos que tienen las actitudes sobre la conducta no es fácil, por dicha razón, se supone que los individuos activan la información que tiene acerca de la conducta aceptable en la sociedad, forman

creencias y actitudes sobre su base, y luego actúan en modo consistente con sus consideraciones.

Por otra parte, Worchel retomando a Fishbein y Ajzen (1975), menciona que el proceso entre actitud y conducta puede ser estrictamente deliberativo, esto es, que los sujetos activan toda la información que tienen acerca del comportamiento que conducirá a ciertos resultados agradables y aceptables dentro del contexto en el que se desenvuelva.

Por lo que se puede concluir que existe una relación entre actitud y conducta y que están reguladas por situaciones favorables, normas sociales y/o interés personal sobre el objeto o situación, y la tendencia a realizar un comportamiento se encuentra determinado por la intención de la persona a realizarlo.

1.6.- Cambio de actitud.

Cuando existe un cambio en las personas se tiene la posibilidad de conocer su verdadera identidad, sus actitudes hacia ellos mismos tienden a cambiar de una manera significativa y reconfortante.

De esta manera, Whittaker (2006) considera que las acciones y las actitudes se alimentan mutuamente, esto con ayuda de la motivación y la habilidad para procesar de manera pacífica un determinado pensamiento hacia un acontecimiento. Lograrlo dependerá ante todo de la intensidad de las actitudes que se quieran cambiar y de la función que cumplan para la persona.

El ser humano no es un sistema cerrado, por lo que crea sus actitudes para entender el mundo que lo rodea y por tanto dichas actitudes, están permanentemente abiertas a la influencia del entorno; eso hace que las actitudes estén en continua transformación, por lo tanto el problema no es conseguir un cambio de actitud, sino conseguir que se cambie en la dirección deseada.

De igual forma, Mann (1990) indica que es posible que algunas actitudes que se formaron mediante la experiencia puedan ser cambiadas de la misma manera, ya que si se vuelve a pasar por el mismo proceso, hay posibilidad de que exista una reflexión sobre el resultado adquirido anteriormente.

Por lo tanto, se considera que para que se pueda establecer un cambio de actitud primero se debe indagar sobre el objeto en cuestión y al conocerlo se puede buscar una alternativa.

Summers (1978) considera que para que pueda haber un cambio de actitud primero se debe indagar sobre la opinión que se tiene de cierto objeto actitudinal, ya que ésta es la expresión de forma verbal sobre lo que la actitud manifiesta dependiendo de esto se dará el cambio.

Tratar de cambiar aspectos de la vida sin cambiar la actitud es un proceso en vano, debido a que la actitud es como una herramienta de la cual los seres humanos disponen para construir sus objetivos hacia un buen desempeño social.

Con relación a esto, cada día las personas son literalmente bombardeadas con mensajes diseñados para cambiar sus actitudes y su conducta. Como lo

menciona Barón (2005), mediante la persuasión se hace un esfuerzo para cambiar las actitudes de los otros a través del uso de diferentes tipos de mensaje.

Para esto resalta la importancia de que exista un elemento clave:

- Comunicadores que tengan credibilidad, ya que son quienes parecen conocer de lo que se está hablando, esto es, manifestar calidad y claridad en sus argumentos o mensajes persuasivos.

Por otro lado, Abrie (1986), hace un resumen de los factores del cambio de actitud, los cuales se centran en la comunicación persuasiva, en donde el cambio depende de las características de la fuente, del mensaje y del receptor.

Algunos factores parecen tener una mayor importancia en el sentido de que su efecto propio es independiente y que ellos mismos pueden influir sobre otros factores.

Este mismo autor señala que para que un mensaje persuasivo cambie la actitud, tiene que cambiar previamente los pensamientos o creencias del receptor del mensaje. Así, el proceso de persuasión es concebido como un conjunto de etapas, en las cuales hay una serie de elementos claves. La eficacia de un mensaje persuasivo depende fundamentalmente del efecto que produzcan en el receptor cuatro elementos claves:

La fuente

El contenido del mensaje

El canal comunicativo

El contexto.

Los efectos de estos cuatro elementos se ven modulados por ciertas características de los receptores, como su grado de susceptibilidad ante la persuasión. Los efectos psicológicos que los mensajes pueden producir en el receptor son cuatro: atención, comprensión, aceptación y retención.

De manera que si se logra persuadir a los demás de adoptar una actitud nueva, su comportamiento debe cambiar en consecuencia.

La teoría de la Disonancia Cognitiva, como lo infiere Myers (2000), se centraliza en lo que induce una acción deseada y no en la efectividad relativa de las recompensas o castigos. Esta teoría predice que el manejo autoritario será efectivo solamente cuando esté presente la autoridad, ya que las personas no son dadas a internalizar el comportamiento obligado.

Este mismo autor insiste en que el estímulo y la inducción deben ser suficientes para suscitar la acción deseada.

La teoría de la Disonancia Cognoscitiva de Festinger sostiene que siempre se tienen dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, que se está en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que el individuo se sienta incómodo psicológicamente y por eso hace algo para disminuir esta disonancia. También señala que el individuo procura lograr la consistencia dentro de sí mismo, en presencia de dicha disonancia el individuo intenta disminuirla o eliminarla y se comporta de tal modo que evita acontecimientos que la aumenten.

Esta teoría persigue aclarar lo que ocurre psicológicamente en el proceso de la decisión. En relación al suceso experimentado se crea una diferencia en cómo se juzgan cuán atractivas son las alternativas de resolución en la toma de decisión al cambio de actitud.

Como se mencionó anteriormente, los componentes de las actitudes influyen unos en otros, cualquier cambio que se registre en el componente afectivo, conductual o cognoscitivo es capaz de modificar a los demás, puesto que todo este sistema está entrelazado y puede sufrir una alteración, como consecuencia de una nueva información, experiencia o una nueva conducta.

Es importante que una persona reciba incentivos para que exista un cambio de actitud próspero.

Otra teoría que establece el cambio de actitud es la teoría del equilibrio de Heider retomado por Hollander (2001), pues según este autor las actitudes hacia los objetos y las personas poseen valencias positivas y negativas, que pueden o no coincidir entre sí, dando como resultado un equilibrio o desequilibrio en el sistema actitudinal. Esta teoría describe las relaciones entre dos o más entidades, son de dos tipos:

1.-Relaciones de sentimientos: basadas en actitudes favorables o desfavorables que una persona siente hacia otra. La relación estará equilibrada cuando las dos relaciones son positivas o negativas. Destaca que hay una tendencia general a preferir arreglos ordenados (equilibrados) que los desordenados.

2.-Relaciones de unidad: incluyen cosas como semejanza, proximidad, destino común, etc.

Dicho autor también señala que debemos evitar incoherencias no en nuestros pensamientos, sino en nuestras relaciones con las demás personas, teniendo así las relaciones equilibradas.

1.7.- Las actitudes y la enfermedad.

La enfermedad es un problema que en la actualidad amenaza a casi todo el género humano, dejando angustia y dolor. La mayoría de las personas se preguntan porque están enfermos.

Novel (2005) define enfermedad como una respuesta del organismo frente a alteraciones que afectan al equilibrio u homeostasis de la persona.

“El cuerpo es una máquina que se autorrepara y esto depende de cómo actúe y viva la persona el periodo de la enfermedad que a la vez establece actitudes benéficas”. (www.jokingonzález.com; 2007)

De acuerdo a lo anterior el cuerpo requiere de un equilibrio para su buen funcionamiento, esto es, que cuando el individuo se halla en un estado de malestar, dicho equilibrio se estanca o simplemente desaparece, para su recuperación esto se deberá a la habilidad que tenga la persona para enfrentar dicho padecimiento.

Según Carlson (1995) la actitud de una persona enferma y su voluntad influyen en el proceso de recuperación considerando también la acción médica.

Las actitudes sanadoras implican una responsabilidad de la salud, al mantenerlas se adquiere cierto dominio sobre aquella enfermedad previamente percibida como algo fuera de control.

De acuerdo con el mismo autor, los bloqueos más comunes de una enfermedad o tratamiento son las actitudes y emociones negativas que la mayoría de la gente lleva consigo constantemente. Por esta razón, cuando el individuo logra librarse de esos pensamientos, habrá dado un paso importante hacia su salud.

De la misma manera estos autores piensan que el desarrollo de actitudes en el paciente enfermo también puede verse facilitado en el ambiente de un grupo de apoyo.

Es importante que la persona con una enfermedad desee crear un cambio en su vida cotidiana con el fin de obtener una actitud sanadora.

Todo estado de enfermedad se expresa como una impotencia para continuar el desarrollo normal del curso vital de la persona.

Por otra parte, también se puede definir enfermedad como una “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas generalmente conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (www.ciencia.glosario.net; 2007)

De acuerdo a todo lo anterior establecido en este capítulo, se concluye que la actitud es un elemento que el individuo utiliza para determinar de una manera específica la forma de pensar y de actuar con cierta predisposición hacia un objeto

actitudinal, así también la dificultad que existe para lograr un cambio de actitud retomado la función y formación que tienen las actitudes en cada uno de los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual.

Finalizando con la relación que existe entre actitudes y enfermedad y cómo actúan ambas en un proceso de recuperación.

Otra conclusión a la que se llegó es que en el desarrollo de actitudes positivas se pueden promover procesos de avance en una enfermedad o tratamiento clínico.

CAPÍTULO 2

DIÁLISIS PERITONEAL COMO MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RENAL

En el presente capítulo se destaca lo que es una enfermedad crónica y lo que conlleva padecerla, así como también se tomará como principal enfermedad crónica la diabetes mellitus como causa de la insuficiencia renal, destacando los tipos que existen, las causas, las complicaciones, además del tratamiento que se emplea para dicho padecimiento.

Al mismo tiempo se analizará lo que es el tratamiento de diálisis peritoneal, especificando paso a paso el proceso de colocación y el material que se requiere.

Por último, se detallará la influencia que tiene la familia en dicho tratamiento clínico.

2.1.- Enfermedad crónica.

Se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades que duran mucho tiempo, usualmente más de tres meses, en ocasiones las enfermedades crónicas se pueden curar, o simplemente los síntomas de éstas enfermedades nunca desaparecen.

Anteriormente, como lo menciona Fernández (2000), la mayoría de las enfermedades graves eran relativamente de corta duración, en cuestión de semanas las personas se recuperaban o morían; sin embargo, gracias al avance de los conocimientos médicos se ha llegado a controlar cualquier tipo de enfermedad actual.

Robles (1999) define enfermedad crónica como un trastorno con una característica inquebrantable, no se cura nunca.

Para este mismo autor existen dos parámetros que influyen enormemente sobre el curso de la enfermedad crónica: la flexibilidad y la rigidez.

La primera se refiere a integrar una estabilidad y una tendencia y apertura al cambio, de tal manera que exista una continua evolución en el ciclo vital a pesar de ciertos desequilibrios que se vayan presentando, posibilita la diferenciación y permite el intercambio de opiniones.

La segunda se puede manejar como el estancamiento o la incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo.

Uno de los mayores temores de las personas, según Phares (2000), es la incertidumbre asociada a una enfermedad catalogada de ese modo, la enfermedad puede ser esporádica y durar solamente un tiempo breve, o puede ser permanente y empeorarse gradualmente con el paso del tiempo, dependiendo del tratamiento a aplicar. Ante tales procedimientos, muchos pacientes demoran sus visitas o las eliminan por completo, al igual que también las indicaciones médicas.

Sin embargo, para la mayoría de los pacientes el procedimiento es muy estresante, a pesar de la disponibilidad de las estrategias de intervención que utilizan actualmente los médicos.

“Los padecimientos crónicos son aquellos que acompañan de por vida al paciente y le obligan a cambiar su estilos de vida por lo que causan una fuerte sensación de pérdida de libertad”. (Galarza; www.saludymedicinas.com.mx; 2007), es decir, cualquiera que sea el padecimiento conllevará a una reestructuración en las actividades cotidianas de cada individuo, ya que, se requiere de un cuidado especial en la forma de manejar sus actos.

Cuando se recibe el diagnóstico de cierta enfermedad incurable las personas asimilan esto como si su vida se viera en pedazos y éstos se extendieran sin esperanza alguna. A partir de este momento la persona empieza a manifestar miedo e ira por el simple hecho de no encontrar solución alguna.

Entre una enfermedad y otra varían las consecuencias sociales y psicológicas, en muchas enfermedades crónicas, la limitación de los movimientos trae consigo muchas desventajas: desde dificultades para realizar algunas actividades domésticas como hasta la pérdida de empleo y del contacto social.

Para Fitzpatrick (1990) el esfuerzo por conservar algún nivel de actividad normal aún dentro de las limitaciones funcionales puede ser frustrante y agotador, pero no por ello menos relacionadas con la experiencia de enfermedad, son las incertidumbres y preocupaciones sobre el pronóstico de enfermedades variables.

La voluntad por conservar la realización de una actividad tiene un valor fundamental, esto ya que los individuos al conocer su padecimiento crónico pueden forzar muchos cambios de su estilo de vida que resultan estresantes, como adaptarse a nuevas limitaciones y necesidades especiales que requerirán y el pago de servicios de tratamientos costosos.

Lo anterior se complementa con el concepto que establece Shuman (1999), al referir que una enfermedad crónica puede verse como aquella en la que los síntomas de las personas se prolongan a un largo plazo, de manera que perjudican su capacidad para seguir con sus actividades significativas y rutinas normales.

Jeammet (2003) también señala que la enfermedad crónica hace un impacto en la percepción de la persona tanto de su propio cuerpo, como su orientación en el tiempo y espacio, en los acontecimientos de su vida, su autoestima, sus sentimientos de motivación y dominio personal.

En diferentes ocasiones el tratamiento médico que se maneja para tratar una enfermedad de este tipo suele tener una eficacia limitada y contribuye al malestar físico y psicológico, tanto del paciente como de sus familiares.

Las personas construyen su propio mundo de significados cuando se les diagnostica una enfermedad crónica, establecen una lucha por dar un sentido positivo a sus síntomas, al pronóstico médico establecido y los cambios de su malestar.

Algunos individuos se estancan cuando reciben el diagnóstico, otras buscan alternativas de ayuda lo que hace la diferencia entre una actitud saludable y una actitud enfermiza.

Para las personas con enfermedades crónicas, cada día es un nuevo día difícil, especialmente si su enfermedad implica algunos tipos de dolor recurrente.

Fernández (2000) dice que la enfermedad crónica requiere una importante tarea de adaptación, el enfermo debe:

- 1- Afrontar el dolor y la incapacitación.
- 2- Afrontar, si es el caso, el ambiente hospitalario, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 3- Desarrollar relaciones adecuadas con el equipo sanitario.
- 4- Aprender estrategias para afrontar los tratamientos, que se suelen prolongar durante mucho tiempo, incluso de por vida.

Asimismo ambos autores mencionan que dicha enfermedad crónica requiere tareas, tales como:

- a) Preservar el equilibrio emocional.
- b) Presentar una autoimagen satisfactoria.
- c) Conservar las relaciones con la familia, amigos y demás contextos de relación social.
- d) Prepararse para un futuro incierto.

e) Reincorporarse, en la medida de lo posible, a la actividad cotidiana: escuela, trabajo, etc.

La mayoría de los individuos que tiene un dolor o enfermedad crónica entran en una difícil lucha por actuar como si no pasara nada, se convierten en expertos en el control de la impresión y aprenden a veces de un modo cruel quiénes pueden ser ellos mismos; ejercen cambios en su manera de ver, oír y reflexionar sobre las cosas de su entorno.

Tal como lo señala Caplan (1997), con frecuencia las personas enfermas tienden a pasar por varios incidentes desagradables y esperanzas frustradas antes de reconocer, lo indisciplinado que el cuerpo humano puede haberse vuelto a raíz del padecimiento, pero esa toma de conciencia es un primer paso para mantener la calma y evitar que los contratiempos se conviertan en calamidades.

Retomando lo anterior, Fitzpatrick (1990) instaura la idea de que la enfermedad crónica irrumpe en la vida de los seres humanos no tomando en cuenta la imagen, el estatus o los planes que se hayan planteado para el futuro.

Esto quiere decir que ninguna persona está exenta de padecer algo, ya que no importa el sexo, edad y el nivel socioeconómico.

Shinoda (2006) enfatiza que la capacidad para resolver los problemas asociados al diagnóstico de una enfermedad crónica depende de una gran variedad de factores, que incluyen características personales, de edad, inteligencia, desarrollo emocional y autoestima.

Igualmente, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece, sino que también tiene efectos estresantes en mayor o menor grado, en los familiares del enfermo.

Al examinar la vivencia de la enfermedad crónica se pueden separar los hechos de la vivencia de la persona, esto es: las sensaciones, de las consecuencias de éstos sobre los demás.

Las actitudes de los demás, como se mencionó en el primer capítulo, influyen de manera y grado muy variables en la forma e intensidad con que es interpretada una molestia por la persona que lo padece.

La hospitalización aparte de la enfermedad representa para el individuo un desafío a su capacidad de adaptación a ese medio desconocido.

El diagnóstico de enfermedad crónica, tal como lo expone Novel (2005) produce una grave distorsión en la vida del sujeto, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que deberá hacer frente desde el inicio, como cambios en su autoimagen y autoconcepto, en la dinámica familiar, en su vida laboral y de relación, en la rutina cotidiana y en las capacidades físicas.

La enfermedad crónica es muy impredecible y las cosas son muy inciertas porque el tipo de experiencia que puede tener un paciente no necesariamente tiene que ser la misma en el caso de otra persona. No hay una cosa buena que puede funcionar para combatir la enfermedad, pero al mismo tiempo, cualquier cosa que ocurra puede ayudar a superar la situación actual.

2.1.1.- Diabetes.

La diabetes en la actualidad constituye un problema sanitario de primera magnitud en el mundo y puede llegar a traducirse fundamentalmente en afecciones renales, oftalmológicas y cardiovasculares. La diabetes no se puede evitar, pero sí prevenir sus derivaciones.

Wilmore (1995) establece que los pacientes con diabetes tienen un 50 por ciento de posibilidades de someterse a un procedimiento quirúrgico durante su vida, esto es, por el simple hecho de que cualquier infección durante un procedimiento de esta índole puede alterar el avance de la misma.

El aumento en la prevalencia de ésta enfermedad ha sido por la modificación en el estilo de vida del ser humano, como lo establece el autor anterior este aumento puede atribuirse a varios factores:

1. Mayor expectativa de vida.
2. Alta predisposición genética.
3. Incremento de la población urbana y disminución de la rural.
4. Cambios en la cantidad y proporción de nutrimentos.
5. Aumento del sedentarismo y la reducción de la actividad física y el ejercicio.

La diabetes se define como “una alteración del metabolismo que se debe a la deficiencia en la secreción o acción de la insulina, lo que condiciona la elevación de

la concentración de glucosa en la sangre y la propensión al desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas.” (Rodríguez; 2002: 9)

De acuerdo con Tusié (2005), la diabetes mellitus agrupa un conjunto de padecimientos caracterizados por la elevación de la glucosa en la sangre como resultado de distintos efectos como la capacidad de las células B del páncreas de sintetizar y liberar insulina y la capacidad del hígado para almacenar glucosa en distintos tejidos.

La diabetes mellitus es una enfermedad frecuente, de consecuencias devastadoras para muchos individuos y la sociedad en general. Es la principal causa de insuficiencia renal. Este padecimiento es conocido por la presencia de un nivel elevado de azúcar.

Como lo menciona Dyck (2002), la diabetes mellitus incluye:

- Hiperglucemia: esta alteración propicia la aparición de otras manifestaciones de la enfermedad.
- Daño a los vasos sanguíneos de gran calibre: existe un aumento del riesgo de aterosclerosis y calcificación de la media de las arterias de mediano y gran calibre.
- Daño microvascular: hay afección generalizada de los capilares de la retina y el riñón.

- Neuropatía: se identifican algunas alteraciones periféricas en los nervios motores y sensoriales, disfunción del sistema nervioso autónomo, pérdida de los axones.

En otras palabras, la diabetes mellitus es un síndrome clínico caracterizado por una alteración del metabolismo de los carbohidratos. El mecanismo diagnóstico de la diabetes se basa en la identificación de un nivel de glucosa.

Según Ríos (2005), básicamente la diabetes mellitus se puede clasificar en dos tipos:

Diabetes mellitus tipo 1 la cual se origina como consecuencia de la falta de insulina en el páncreas, existe una cierta predisposición genética. Se presenta comúnmente en niños y adultos jóvenes. Tiene un carácter transitorio y duración variable, permitiendo reducir de forma significativa los requerimientos de insulina y eventualmente, posponer su administración.

Los pacientes con este tipo de diabetes presentan una deficiencia absoluta de insulina, lo que permite una ingesta de grasas de manera controlada para obtener un nivel aceptable de energía siempre y cuando se mantenga una actividad física.

La insulina es una hormona encargada de facilitar la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo para transformarla en energía.

Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad evolutiva que expresa la interacción entre factores genéticos y ambientales. Se presenta mayormente en adultos mayores y ancianos.

La herencia es la base de la diabetes, sin embargo, los hábitos, las costumbres de la vida diaria, en especial la alimentación con una frecuencia mayor de sobrepeso y de obesidad, la falta de ejercicio y el estrés llegan a ser responsables en parte del problema.

Complementando lo anterior, Rodríguez (2002) retoma que este tipo de diabetes es la más frecuente aparece en edades superiores a 35 - 40 años y afecta con mayor frecuencia a individuos obesos, se presenta de forma insidiosa y lenta. Ya que la mayoría de las personas en este rango de edad van perdiendo el interés por realizar alguna actividad física, ya sea por los compromisos laborales que de alguna forma los desgasta y su energía se detiene.

Algunos síntomas, señala Ríos (2005), son la elevación de glucosa en la sangre, aparición de glucosa en la orina, lo que implica la emisión de un volumen urinario elevado, esta pérdida es detectada por el organismo que trata de recompensarla mediante el desarrollo de sed, cansancio y debilidad, pérdida de peso, molestias en los ojos, aumento en la frecuencia de orina y heridas que no sanan rápidamente.

Aunque la diabetes tipo 2 puede ser tratada con dieta y antidiabéticos orales, es frecuente que con el paso del tiempo precise la administración de insulina.

Algunas complicaciones agudas de la diabetes mellitus, refiere Dyck (2002), pueden ser de tipo infecciosas especialmente cutáneo - mucosas y urinarias que igualmente pueden encontrarse en relación con un estado crónico de descompensación.

De igual manera establece el tratamiento que se debe seguir en el padecimiento de la diabetes, el cual consta básicamente de cuatro aspectos:

- Dieta, la cual consiste en la toma de baja cantidad de azúcares y carbohidratos, esto con el fin de conseguir un nivel normal de lípidos en la sangre y mantener un peso corporal adecuado evitando la obesidad y la desnutrición.

- El ejercicio físico, ya que se requiere de hacer una actividad para mantener una buena circulación de la sangre y no padecer algún tipo de retención de líquidos los cuales producen hinchazón de pies.

- Tratamiento farmacológico, el cual consiste en mantener otros aspectos del cuerpo estables, que en ocasiones pueden alterarse por la enfermedad.

- Educación diabetológica.

Asimismo, pueden considerarse procedimientos especiales como el trasplante de páncreas.

2.1.2.- Insuficiencia renal.

La principal función de los riñones es la de actuar como una máquina de reprocesamiento para conservar el equilibrio de los líquidos del cuerpo. A diario purifican la sangre para filtrar desechos y excesos de agua en el organismo. Cuando este mecanismo deja de funcionar se presenta lo que se llama insuficiencia renal.

Según Farreras (2002) la insuficiencia renal es la afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

Algunos de los síntomas característicos de la insuficiencia renal que nombra Saklayen (1997) son: anorexia, diarrea, cefalea, calambres, fatiga, náuseas, indigestión, visión borrosa, irritabilidad, disnea, edema, somnolencia.

Las enfermedades del riñón se encuentran entre las causas más frecuentes de muerte en el mundo y se dividen principalmente en dos categorías:

- 1) Insuficiencia Renal Aguda (IRA), que puede definirse de acuerdo con Zollo (2006), como un deterioro brusco e intenso de la función renal que conduce a un compromiso de la capacidad del riñón para regular la homeostasis normal del organismo. Es la pérdida repentina de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos y concentrar la orina sin perder electrolitos.

Algunos de los síntomas que se pueden presentar en la IRA son: heces con sangre, mal aliento, cambios en el estado de ánimo, fatiga, dolor de costado (entre las costillas y las caderas), náuseas o vómitos que pueden durar días, hemorragia nasal, hipertensión arterial, hinchazón generalizada por retención de líquidos, y cambios en la orina.

En la mayoría de los casos, la IRA es un proceso potencialmente reversible, suele ser identificable y debe corregirse para evitar un mayor deterioro en el riñón u otros órganos.

Stein (1988) establece que algunas sustancias que provocan IRA son:

- Antibióticos.
- Metales pesados: plomo, mercurio.
- Anestésicos.
- Agentes diagnósticos: que son todos los medios de contraste radiológico.
- Analgésicos.
- Pigmentos: hemoglobina y mioglobina.

La IRA suele considerarse como una enfermedad de pacientes hospitalizados, aunque también puede ocurrir de manera extrahospitalaria.

Guyton (2001) señala que las causas de IRA pueden dividirse en tres clases:

- a) Insuficiencia Renal Aguda Pre-renal: la cual puede ser consecuencia de una insuficiencia cardíaca que reduce la presión arterial y cuadros asociados a una disminución del volumen sanguíneo.

Algunas causas son como una hemorragia grave, diarrea, vómitos, quemaduras, embolia, trombosis de la arteria renal e infecciones graves.

b) Insuficiencia Renal Aguda Intrarrenal: secundaria a alteraciones dentro del propio riñón, entre ellas las que afectan a sus vasos sanguíneos.

c) Insuficiencia Renal Aguda Posrenal: secundaria a una obstrucción de la vía urinaria fuera del riñón, producidos por la precipitación del calcio, urato o cistina.

2) La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) suele evolucionar en periodos de tiempo variables, por término medio, no inferiores a 15 años. A diferencia de la IRA, ésta empeora lentamente las estructuras del riñón y con mucha frecuencia resulta de cualquier enfermedad que produzca una pérdida gradual de la función renal.

En las etapas iniciales de la enfermedad puede que no se presenten síntomas, pero cuando se manifiestan los síntomas de inicio, según Guyton (2001) pueden ser: fatiga, hipo frecuente, sensación de malestar general, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, pérdida de peso involuntario; y los síntomas tardíos son: sangre en el vómito, o las heces, disminución de la lucidez mental, incluyendo somnolencia, confusión, delirio o coma, así como también disminución de la sensibilidad en manos, pies u otras áreas, tendencia a la formación de hematomas o sangrado, convulsiones, calambres y aumento o disminución del gasto urinario.

La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes de este padecimiento.

Una de las características más importantes de la IRC que señala Farreras (2002) es su tendencia a la progresión, en la mayoría de los pacientes se asiste a un progresivo deterioro de la función renal.

Igualmente en los enfermos no diabéticos con IRC se producen alteraciones del estado de nutrición, aunque una tercera parte de los enfermos con diabetes tipo 2 e IRC presenta obesidad. Los pacientes con IRC presentan un deterioro de la respuesta inmune que se refleja en una mayor susceptibilidad a padecer infecciones bacterianas.

Según se reduce la función renal, disminuye también la capacidad del enfermo para tolerar cambios en la ingesta de sodio, potasio y agua.

De la misma manera, Hernando (2004) dice que conforme avanza la enfermedad se produce una alteración progresiva de la capacidad de concentración urinaria.

Algunas repercusiones de la IRC en órganos y sistemas son “las alteraciones hematológicas como la anemia, alteraciones de la coagulación, complicaciones cardiopulmonares, hipertensión, alteraciones neurológicas y musculares, trastornos digestivos y complicaciones inmunológicas e infecciosas”. (Stein; 1988: 727)

Como lo señala Hernando (2004), el tratamiento que se emplea para los pacientes con IRC son las restricciones alimentarias, ya que son decisivas para retardar el avance de la insuficiencia renal. Se restringe el aporte alimentario de potasio, magnesio y fósforo y se establece un límite de aporte de líquidos conforme a la eliminación diaria.

El seguimiento de una dieta proteica hace más lenta significativamente la progresión de este padecimiento. La restricción de la sal es la regla para los pacientes con IRC. Algo que es muy aconsejable para este tratamiento es la administración de un complejo vitamínico B.

Retomando a Saklayen (1997), algunas complicaciones que pueden surgir a partir de poseer este padecimiento y de no acatar bien las indicaciones médicas pueden ser: anemia, disminución en el funcionamiento de los glóbulos blancos, disminución de la libido, demencia, encefalopatía, fracturas, hemorragias, inflamación del hígado, aborto espontáneo, irregularidades menstruales, esterilidad, daño neurológico, úlceras, convulsiones, piel reseca, debilitamiento de los huesos, insuficiencia cardíaca, trastornos articulares, aumento de las infecciones.

En los enfermos con IRC progresiva se debe comentar con suficiente anticipación la futura necesidad de diálisis y que el enfermo participe activamente en la elección de la técnica.

2.2.- Diálisis peritoneal.

La diálisis es el tratamiento que sustituye la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua. Se puede hacer de manera interna con la Diálisis Peritoneal (DP) o de manera externa con la Hemodiálisis.

Según Henrich (1999), el objetivo básico y la efectividad de la DP es conseguir la máxima estabilidad clínica y capacitar la recuperación del paciente con

insuficiencia renal, prolongando su supervivencia hasta alcanzar mejores objetivos como un trasplante renal y conservar la membrana peritoneal en sus aspectos funcional y vital.

La diálisis peritoneal es un “tipo de tratamiento de reemplazo renal que implica la instilación de 1 a 3 litros de líquido dializado estéril en la cavidad peritoneal a través de un catéter quirúrgicamente implantado, así mismo se vacía el líquido dializado después de un periodo de permanencia especificado”. (Myers; 2006: 316)

La diálisis peritoneal no necesita sacar la sangre del cuerpo, pues la limpia por dentro.

En otras palabras, llevar a cabo este proceso es relativamente sencillo, pues con una cirugía menor se coloca un catéter en la cavidad peritoneal, llamada peritoneo. Este catéter es como una manguerita que se utilizará para la entrada y salida de las soluciones dializantes.

Por lo común, Hernando (2004) menciona que el catéter se orienta en sentido descendente, conforme se le introduce, hacia uno de los cuadrantes inferiores del vientre. El catéter es la pieza clave para el intercambio reiterativo de líquido, sus resultados dependen en gran manera del procedimiento de colocación y los antisépticos utilizados.

También señala que el peritoneo es una membrana localizada en el abdomen que recubre sus paredes internas y los órganos que se encuentran en la cavidad abdominal, tiene numerosos vasos sanguíneos a su alrededor. Esta membrana es

semipermeable, contiene miles de orificios y su función es filtrar los productos de desecho.

Al introducir el líquido dializante se pone en contacto con los vasos sanguíneos, llevando a cabo el intercambio de agua y sustancias tóxicas. De acuerdo con Wilmore (1995) la solución permanece de 4 a 6 horas y luego se drena y se vuelve a reemplazar.

Existen dos tipos de Diálisis Peritoneal:

1.- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), la cual el paciente la realiza en su casa o lugar de trabajo, se requieren de 4 cambios en un día por lo menos y los horarios son en la mañana al levantarse, al medio día, por la tarde y al acostarse.

El tiempo que toma realizar cada cambio es aproximadamente de 20 a 30 minutos. Al hacer estos cuatro cambios al día, la sangre se está limpiando continuamente, al igual que lo hacían los riñones.

Tiene la ventaja de que al realizarse en casa, se evitan gastos e incomodidades por traslados al hospital. Es eficaz, sencilla y fácil de usar. El estilo de vida es casi normal.

La desventaja principal de la diálisis peritoneal es que corrige con relativa lentitud las perturbaciones, que a menudo complican la insuficiencia renal aguda.

Baxter (2003) comenta que algunas complicaciones de este tipo de diálisis son infecciones que normalmente se encuentran en las manos sucias y ocurren cuando

el cambio de la bolsa no se realiza correctamente, también se presentan cuando el catéter no se coloca adecuadamente, cuando la piel alrededor no se limpia o cuando se aplican sustancias que favorecen el crecimiento de microbios que infectan la zona de salida. A esto se le llama peritonitis.

2.- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) se realiza en casa del paciente durante la noche, con la ayuda de una máquina cicladora que realiza los cambios. La máquina se encarga de drenar e infundir el líquido 4 veces, dejando la solución dializante en contacto con el peritoneo aproximadamente 2 horas.

Este tipo de diálisis tiene la ventaja de ofrecer mayor disponibilidad de tiempo durante el día para otras actividades, ya que sólo algunos pacientes requerirán un cambio adicional durante el día.

A partir de las seis semanas, el cuidado del orificio de salida consiste en evitar la humedad y los agentes físicos irritantes, lavar con agua y jabón diariamente y cubrir con una gasa si no está cicatrizado. Asimismo Pisa (2000) establece:

Algunos cambios en el estilo de vida del paciente y de los cuales se verá reflejado el avance del tratamiento de diálisis peritoneal son:

- Aspectos emocionales: el cual consiste en aceptar el tratamiento y que en ocasiones tendrá que recibir la ayuda de otros para efectuar las funciones que el cuerpo ya no puede hacer. Pueden surgir sentimientos de miedo, culpa, tristeza, y actitudes de enojo, negación o incomprensión, que alteran la relación con su entorno.

- Sexualidad: es necesario tomar precauciones, en algunas ocasiones pueden hacer perder el interés o la confianza en la pareja, esto por las tensiones y sentimientos generados por todos los cambios.
- Hábitos de higiene: asearse diariamente, es importante mantener las uñas de las manos y de los pies limpias y cortas, así como lavarse los dientes después de cada comida e informar al médico sobre alguna presencia de caries en su dentadura, ya que los microbios pueden pasar a la sangre y causar una infección peritoneal.
- Alimentación: básicamente limitar el consumo de sodio, que es un componente de la sal, embutidos, alimentos enlatados, carne o pescado salados, alimentos empaquetados, ya que la diálisis no los puede eliminar totalmente, provocando que aumente la presión arterial, sed e hinchazón. Por otro lado, los alimentos que se pueden consumir son las carnes rojas siempre y cuando no contengan grasa.

El consumo de agua o líquidos es una parte importante del tratamiento, el exceso o consumo deficiente puede alterar el resultado, la cantidad de líquidos que se puede consumir dependerá directamente de la cantidad de líquidos que elimine por la diálisis y por la orina.

- Actividad física: es indispensable realizar este tipo de actividades desde el primer día, ya que mejorar la circulación de la sangre, favorece la eliminación de líquidos y desechos.

Al principio de deben realizar actividades sencillas, a medida de como resulte el avance se podrá incluso retornar a la actividad laboral.

Los resultados que se obtienen al realizar este tipo de tratamiento en el tiempo adecuado es la supervivencia, una calidad de vida estable, esto supone la posibilidad de mantener una interacción paciente /ambiente, asociada al bienestar físico, realización de actividades sociales como establecimiento de relaciones interpersonales y capacidad de desarrollo personal en los diversos ámbitos psicológico, físico, laboral y social.

2.2.1.- Reacciones fisiológicas del tratamiento por Diálisis Peritoneal.

Durante el tratamiento de diálisis peritoneal, lo pacientes experimentan diversos síntomas antes y durante el transcurso del mismo. Treviño (2001) retoma algunos de ellos:

- Presión arterial elevada, que puede ser causada por el aumento de líquido entre diálisis. Puede ser que los síntomas de presión alta estén o no presentes, pero incluyen: dolor de cabeza, náusea, mareo y visión borrosa.
- Hinchazón de párpados, pies, piernas y manos, que puede ser causada por el cambio rápido de sal y fluidos en la corriente sanguínea.
- Calambres, esto se debe a la carencia de potasio en el cuerpo o la falta de ejercicio.

- Sensación de falta de aire al caminar o estar acostado.
- Sensación de debilidad, cansancio.
- Sed excesiva.
- Pérdida del apetito.
- Pérdida de la percepción del sabor de los alimentos.
- Falta de sueño por la noche y sueño durante el día.
- Pérdida de peso.
- Palidez de la piel y mucosas.
- Dificultad para defecar.

Los síntomas que se presentan durante el mal empleo del proceso de diálisis son:

- Dolor abdominal.
- Líquido turbio.
- Sensación de tensión abdominal.
- Aumento en la temperatura corporal.
- Escalofrío y/ o fiebre

- Líquido en el abdomen
- Disminución de la diuresis.

2.2.2.- Influencia de la familia en el tratamiento de Diálisis Peritoneal.

Como se mencionó en el primer capítulo, la familia es la primera fuente para adoptar actitudes, así también es la primera que se encarga del apoyo y cuidado del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal.

La familia juega un papel importante en el éxito del tratamiento, ya que el paciente al sentir, comprensión, amor e integración, se logra que presente una motivación para afrontar y aceptar los cambios.

Asimismo Baxter (2003) menciona que es necesario que un familiar tenga la responsabilidad directa de supervisar al enfermo, ya que en la mayoría de las ocasiones la rutina del tratamiento puede producir cansancio y hacer que se omitan cuidados, lo que pondría en riesgo la salud y vida del enfermo.

En otras ocasiones, si el paciente dializado padece alguna otra complicación física que le impida valerse por sí mismo, el familiar responsable tendrá que realizar los cambios de solución.

Sin embargo, los demás integrantes de la familia tendrán que darle apoyo constante y cooperar con él, si es que existen cambios establecidos por el médico.

Inicialmente, tal como lo señala De la Fuente (1998), la familia no reconoce la gravedad del problema, en general es poderosa la tendencia a aliviar el sentimiento de culpa, haciendo algo ya sea efectivo o no. Una vez que el problema ha sido aceptado y las tensiones superadas, la familia tiende a reorganizarse, adaptándose a las nuevas circunstancias y estableciendo nuevos patrones de relación.

Cuando el enfermo ha sido el padre o la madre, la pérdida de autoridad es inevitable y se crea una situación difícil para establecer nuevas funciones en los roles de cada integrante de la familia, a la vez puede alterar el equilibrio de fuerzas y crear conflictos.

La familia u otras personas cercanas al enfermo establecen apoyo en la elección de ciertas formas en el manejo del problema, esto a través de las experiencias comunes culturales. De acuerdo con Caplan (1997), pueden también proporcionarle estrategias adecuadas para dominar los sentimientos negativos que se presentan en una crisis: el aumento de la tensión orgánica, culpa, vergüenza, ansiedad, hostilidad o depresión.

El sistema familiar puede ser tal que, para proteger su rol, y poder ayudarlo, la familia se organiza, arriesgando en el proceso las gratificaciones de algún otro miembro.

La historia y las tradiciones familiares, la resolución de problemas relativos al bienestar físico y emocional de los miembros, tienen gran significación.

En particular, es posible que las actividades de la familia no ayuden de ninguna manera a la persona en dicho tratamiento, quizás es posible que le hagan el proceso más difícil aumentando su ansiedad y culpa.

De la Fuente (1998) manifiesta que la familia influye de modo favorable o desfavorable en las actitudes del paciente hacia su enfermedad y en su adhesión al tratamiento. La falta de información entre los integrantes les puede generar angustia y desesperación.

La dinámica de la familia se perturba si los demás piensan que el integrante enfermo está usando su enfermedad para evitar obligaciones.

En la mayoría de las ocasiones la familia establece a un miembro encargado del paciente, el cual asume el rol de cuidador, esta persona está a cargo de las necesidades del enfermo.

En estos casos, Navarro (2004) determina que la familia se ve forzada a negociar no sólo el rol de cuidador, sino que también de quien se encargará de posibles periodos de recaídas.

En todos los casos, la familia descubre hasta qué punto el problema interfiere con su proyecto de vida, e incluso, con hábitos elementales de la vida cotidiana.

Por otra parte, Rolland (2000) agrega que la trascendencia en la vida de los integrantes de la familia suele ser enorme, muchos dejan de trabajar, renunciando a proyectos personales, a tiempo de pareja, dedicando energías físicas y psicológicas al cuidado de la persona enferma.

Resulta frecuente que estos cuidadores se quejen con el tiempo y propongan entre los demás miembros de la familia buscar a alguien externo que se encargue de él. Las necesidades de la familia se someten a las del enfermo, con un aumento consistente de resentimiento y frustración.

Relacionado con lo anterior, Asen (1997) considera que durante la fase de tratamiento las familias encuentran muy difícil comunicar abiertamente sus sentimientos, algunas tienden a unirse más o viceversa, separarse y no afrontar la enfermedad de su familiar.

La adaptabilidad de la familia se pone a prueba al igual que su propio equilibrio. Todas las energías de la familia se centran en asegurar la supervivencia física del paciente, lo que puede ser un periodo agotador para ellos.

Robles (1999) menciona que el apoyo del sistema familiar es importante, ya que algunos tratamientos incluyendo la diálisis peritoneal, dependiendo de la edad del paciente, pueden ser administrados por él mismo, en otros casos, se requiere la ayuda de otra u otras personas (familia), ya que en ocasiones implica alguna hospitalización.

Por lo que se concluye que la influencia de la familia en este tipo de tratamientos es importante, ya que el enfermo necesitará de la ayuda de ellos, para administrar de manera correcta el proceso o pasos de la colocación de los materiales que se requieren para un buen tratamiento. Dicho de otra manera, ayudar a que se establezca el paciente para poder continuar tanto él como sus cuidadores con sus actividades o proyectos actuales.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se desarrollará la descripción metodológica y los diferentes pasos que se siguieron en esta investigación, además de la determinación de su enfoque, el tipo de estudio y diseño, así como la descripción de la población investigada.

Otro aspecto a desarrollar es el proceso de desarrollo y aplicación de técnicas de recolección de datos para la medición de las variables.

Como último punto, se hace el análisis de los resultados obtenidos con los instrumentos de recopilación de información, así como también se establece la correlación entre las actitudes de los pacientes de diálisis peritoneal del Hospital General de Zona N°8 IMSS hacia su tratamiento y el avance real que tienen en este proceso clínico..

3.1.- Descripción metodológica.

En este apartado se realiza la descripción de las características metodológicas empleados para la recopilación de los datos de investigación; tal metodología de acuerdo con Hernández (2007) lleva implícito un proceso sistemático que permite

obtener información sobre las variables de la investigación a través de instrumentos adecuados a ellas.

3.1.1.- Tipo de investigación.

La investigación básica, según Cozby (2005), trata de responder preguntas fundamentales sobre la naturaleza del comportamiento de una manera frecuente, los estudios se diseñan para tratar aspectos teóricos sobre fenómenos como la cognición, la emoción, la motivación, el aprendizaje, la psicobiología, el desarrollo de la personalidad y la conducta social. Denominada también pura o fundamental, busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas.

En función de lo anterior, a la presente investigación se le puede considerar básica.

3.1.2.- Enfoque cuantitativo.

La presente investigación se ha desarrollado bajo el enfoque cuantitativo, el cual, de acuerdo con Hernández (2007), tiene las siguientes características:

1. Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.

2. Una vez planteado el problema de estudio, revisa lo que se ha investigado anteriormente sobre el tema a estudiar.

3. Posteriormente con el material revisado realizará un marco teórico, para que la teoría se guíe con la investigación.

4. Se somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Una vez obtenidos los datos, se presentan evidencias para corroborar dicha hipótesis. De lo contrario si se contradice con la hipótesis planteada, se buscan explicaciones y nuevas hipótesis.

5. Para obtener tales resultados se recolectan datos numéricos de los objetos, o participantes que se analizan mediante procedimientos estadísticos.

Además de las características ya mencionadas, es importante afirmar algunos aspectos adicionales de las investigaciones cuantitativas:

- La hipótesis, se puede decir, es lo que se cree o la postura que se tiene sobre el contenido de la investigación.
- La recolección de datos se complementa con las variables que se miden en la hipótesis. Para poder realizar la recolección y medición de datos se deben basar en procedimientos estandarizados, es decir que sean aceptados por una asociación científica, para que puedan ser creíbles y aceptados por otros investigadores, demostrándoles que se siguen tales procedimientos, pero siempre y cuando sean medibles.

- El objetivo de la investigación cuantitativa, es pretender explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades, para la construcción y demostración de teorías.
- Siguiendo rigurosamente el proceso, los resultados obtenidos tendrán los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimientos.

Para Olivé (2006) la investigación cuantitativa es aquella donde se trabaja con conceptos métricos, es decir, conceptos que se refieren a propiedades que se pueden medir y correlacionarse con escalas numéricas.

3.1.3.- Diseño no experimental.

Para Hernández (2007), la investigación no experimental es cuando se realiza sin manipular las variables.

La presente investigación es no experimental, ya que se observa al fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo.

Menciona este mismo autor que la investigación no experimental se observa en situaciones ya existentes, no se construye ninguna situación, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas.

La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se pueden manipular por que ya han sucedido.

Así mismo la observación que debe realizar el investigador no es participativa, de lo contrario observa desde afuera, debido a que él no interviene en los datos recabados.

3.1.4.- Estudio transversal.

Es necesario establecer que el presente estudio es de tipo transversal, el cual de acuerdo con Hernández (2007), es el que recolecta datos en un sólo momento, en un tiempo único, teniendo como propósito la descripción, para posteriormente analizar la situación en un momento dado.

Con este tipo de estudio se pueden avocar varios tipos de grupo, o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Determina la prevalencia o el nivel de un acontecimiento en particular en una población definida.

El investigador sólo hace la correlación causal de las variables establecidas tal y como se obtuvieron en un tiempo establecido y bajo su contexto natural, es decir, no existe manipulación de ningún tipo sobre dichas variables ni antes ni después de utilizar los instrumentos de investigación.

3.1.5.- Alcance correlacional- causal.

Para Hernández (2007), el diseño correlacional describe la relación que tienen dos o más variables, siempre y cuando se evalúen las relaciones en un determinado

momento ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa-efecto.

El diseño correlacional causal puede ser sumamente complejo y abarcar diversas categorías. Cuando se dan relaciones causales se establecen de una manera explicativa.

Los estudios correlacionales miden el grado de asociación entre esas dos o más variables, es decir, miden cada variable y después miden y analizan la correlación. Tales correlaciones se sustentan con hipótesis sometidas a prueba.

La utilidad principal de los estudios correlacionales según Hernández (2007) es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de las otras variables relacionadas.

La misma correlación positiva o negativa de las variables da pauta a explicar de forma general los resultados encontrados en éstas, así mismo, llevan a conclusiones de aplicación práctica a situaciones de la vida cotidiana.

En el presente estudio, las variables a considerar son: las actitudes de los pacientes con diálisis peritoneal hacia su tratamiento y el avance de mejora que han tenido.

3.1.6- Técnicas de recolección de datos.

Para poder recolectar los datos es necesario contar con una técnica ya establecida que sea adecuada para la investigación.

De acuerdo con Hernández (2007), al hacer uso de una prueba estandarizada como instrumento de medición, es conveniente que se considere una prueba desarrollada o adaptada al contexto de investigación y garantizar con ello la validez y confiabilidad de la investigación.

Son instrumentos diseñados por especialistas y su principal objetivo es medir las variables previamente establecidas.

En la presente investigación se utilizará una escala de actitudes, tipo Likert, para medir la variable independiente, que es la actitud del paciente con diálisis peritoneal hacia su tratamiento. Ávila (2006) menciona que esta técnica fue desarrollada por el sociólogo Rensis Likert. Mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada, debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta.

La escala utilizada en este estudio fue construida por la misma investigadora, con base en los indicadores específicos de la variable a evaluar. Se realizó el proceso técnico de piloteo, en el que originalmente se aplicaron 48 reactivos a una muestra de la población estudiada; a partir del análisis estadístico que se realizó de estos resultados, se llegó a la construcción de la escala definitiva de 41 reactivos. (Ver anexo 5)

La variable dependiente que es el avance del tratamiento se mide a través de la escala “Criterios de evaluación y avance en pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal” establecida por el personal de dicha área y la cual consta de 5 criterios que son evaluados con puntuaciones del 1 al 3. (Ver anexo 3)

3.2.- Descripción de la población.

La población, según Hernández (2007), es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es decir, en éste apartado específicamente se describirán las características particulares de los sujetos sobre los cuales se realiza la investigación, caso concreto los pacientes de área de Diálisis Peritoneal de Hospital General de Zona N° 8 IMSS.

El IMSS Uruapan, durante el año 2008, atendió en el área de Diálisis Peritoneal a 104 pacientes de los cuales son 41 mujeres y 63 hombres.

Estos pacientes se encuentran en una edad de entre los 12 años hasta los 80 años, esto es, un rango de edad variable, ya que dentro del área de Diálisis se atienden a personas de cualquier edad, ya sean niños, adolescentes y adultos que presenten un daño renal, que sean derechohabientes de dicha institución y que requieran de un tratamiento renal sustituto. Por ello es que son tomados como sujetos de investigación en la presente.

Dichos sujetos, presentan como características generales un nivel socioeconómico medio y bajo, la mayoría depende económicamente de algún

familiar, existen pacientes casados, solteros, divorciados y viudos. En el hospital existen pacientes que pertenecen a comunidades cercanas a la ciudad.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, porque se tomaron en cuenta las necesidades propias de la investigación. La muestra fue de 50 pacientes seleccionados de forma intencional para esta investigación.

3.3.- Descripción del proceso de investigación.

Para la presente investigación, primero se habló con el personal del hospital General de Zona N° 8 IMSS Uruapan, en particular con el doctor encargado de las visitas domiciliarias a pacientes con Diálisis Peritoneal, se le dio a conocer el objetivo de esta investigación, el instrumento a aplicar y lo que se pretendía medir con ello.

Se aplicó una prueba piloto a 10 pacientes, la cual consta de 41 ítems, de los cuales todos fueron aceptados por el personal de dicha institución encargada del área de diálisis, se aplicó de manera individual, se les dieron las instrucciones de dicha prueba a cada persona, así también, se les explicó a cada uno de los pacientes para qué iba a servir la prueba.

El instrumento que se aplicó fue para medir la variable independiente, que es la actitud hacia el tratamiento de diálisis peritoneal. Después se utilizó una escala con un valor del 1 al 3 la cual medía 5 criterios en los que se basa el personal encargado del área de Diálisis para ver el avance del tratamiento que es la variable dependiente.

3.4.- Análisis e interpretación de resultados.

En este apartado se realiza el desarrollo de varios puntos, entre ellos, la descripción teórica y estadística sobre la actitud de los pacientes de diálisis peritoneal hacia el tratamiento, de igual forma se aborda la correlación entre ambas variables.

3.4.1.- Actitudes hacia el tratamiento de diálisis peritoneal.

De acuerdo con lo anterior, se hace referencia y asociación de definiciones donde la actitud, de acuerdo con Myers (2000), es una reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo que se manifiesta en las creencias, los sentimientos y el comportamiento deliberado.

Por otra parte, los bloqueos más comunes de una enfermedad o tratamiento según Carlson (1998) son actitudes y emociones negativas que la mayoría de la gente lleva consigo constantemente.

Asimismo, Pisa (2000) establece que surgen algunos cambios en el estilo de vida del paciente con diálisis peritoneal como son los aspectos emocionales los cuales consisten en aceptar el tratamiento y en ocasiones recibir ayuda de otros, por lo que pueden surgir sentimientos de culpa, miedo, tristeza y actitudes de enojo, negación o incomprensión que alteran su entorno.

Con relación a la descripción estadística de las actitudes hacia el tratamiento de diálisis, la cual se obtiene de medidas de tendencia central, de dispersión y de índices de correlación se encontraron los siguientes resultados:

Se obtuvo una media de 134, de un puntaje máximo posible de 205 y un mínimo de 39. La media es una medida de tendencia central que representa la suma de un conjunto de medidas divididas entre el número de éstas. (Hernández, 2007)

Con respecto a la mediana el valor obtenido es 184, es otra de las medidas de tendencia central y la cual se ubica como el valor medio de un conjunto de datos ordenados. Hernández (2007)

Otra medida de tendencia central es la moda la cual representa el número que con mayor frecuencia se presenta en un conjunto de datos. Hernández (2007). En esta investigación se obtuvo una moda de 184.

Por otra parte, también se obtuvo como medida de dispersión la desviación estándar, la cual según Hernández (2007) representa el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media. El valor obtenido en ésta medida fue de 21.91.

De acuerdo a los resultados presentados anteriormente, se afirma que las actitudes hacia el tratamiento de diálisis de acuerdo al puntaje actitudinal arriba del valor 50 que es la mediana son positivas por un mínimo de diferencia entre las actitudes negativas. Los datos se muestran gráficamente en el anexo número 1.

3.4.2.- Avance en el tratamiento.

Retomado a Phares (2000), uno de los mayores temores de las personas es la incertidumbre asociada a una enfermedad catalogada, la cual puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorarse gradualmente con el paso del tiempo dependiendo del tratamiento a aplicar.

Ante tales procedimientos, muchos pacientes demoran sus visitas o las eliminan por completo, al igual que las indicaciones médicas.

Como se menciona en el capítulo 2, en diferentes ocasiones el tratamiento médico que se maneja para tratar una enfermedad de tipo crónica suele tener una eficacia limitada y contribuye al malestar físico y psicológico tanto del paciente como de sus familiares.

Señala Pisa (2000) algunos cambios en el estilo de vida del paciente, los cuales se verán reflejados en el avance del tratamiento como son aspectos emocionales, hábitos de higiene, alimentación adecuada y actividad física. (Ver anexo 3)

Los resultados que se obtengan al realizar este tipo de tratamiento con dichos cambios en el tiempo adecuado serán la supervivencia y una calidad de vida estable.

Con relación a los datos estadísticos obtenidos al calificar el avance del tratamiento de diálisis tomando en cuenta los criterios establecidos que son: alimentación adecuada, higiene, signos vitales estables, actividad física y estado de ánimo, se obtuvieron los siguientes resultados:

Un 54% de los pacientes obtuvieron un avance bueno, el 24% un avance regular y el 22% presentó un avance malo. Tales resultados se obtuvieron a través de la aplicación de la escala “Criterios de evaluación y avance en pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal” establecida por el personal del (IMSS) por lo que se establece que más de la mitad de la población cumple con las indicaciones médicas, las cuales se ven reflejas en un avance positivo en dicho tratamiento. (Ver anexo 2)

3.4.3.- Correlación entre actitudes y avance en el tratamiento.

De acuerdo con lo mencionado en los dos aspectos anteriores y uniendo ambos aspectos, se retoma que las actitudes son como lo señala Arias (1987): un marco de referencia específico, el cual predispone a opinar favorable o desfavorable frente a un hecho.

Asimismo, retomando a Carlson (1995), dentro del capítulo 2, la actitud de una persona enferma y su voluntad influyen en el proceso de recuperación, considerando también la acción médica.

Las actitudes son las que pueden hacer que un tratamiento no evolucione y el paciente empeore, por lo que la apertura y actitud positiva hacia un proceso hace que se establezca una mejor calidad de vida.

Tal como señala Gallar (2002) dependiendo de la actitud que se tenga hacia una enfermedad renal se puede retrasar o mejorar el avance del tratamiento en la vida del paciente.

En los resultados obtenidos, se determinó que existe una correlación de 0.69 entre las actitudes y el avance del tratamiento de diálisis. Esto equivale a un porcentaje de influencia del 48%, lo que significa que gran parte del avance en el tratamiento de diálisis depende de la actitud que tengan los pacientes. (Ver anexo 4)

De acuerdo con los resultados obtenidos se establece que existen más actitudes positivas que negativas, y que a partir de que se adquiere un cambio de actitud en el paciente se verá reflejado en el avance de su tratamiento.

CONCLUSIONES

Dentro de la investigación ya expuesta, se cumplió con cada uno de los objetivos particulares planteados con anterioridad en dicha investigación, por lo que los resultados de cada uno fueron los siguientes:

El primer objetivo que fue definir el concepto de actitud, se logró al mencionarlo en el capítulo 1, que es “una mezcla de creencia y emoción que predispone a una persona a responder ante otras personas, objetos o instituciones en una forma positiva o negativa”. (Coon; 2001: 376).

Para conocer el segundo objetivo que fue describir las características de una enfermedad crónica, se tomo de referencia a Robles (1999), quien define enfermedad crónica como un trastorno con una característica inquebrantable, no se cura nunca.

El tercer objetivo que fue explicar teóricamente las características clínicas de la insuficiencia renal se logró al mencionarlo en el capítulo 2, tomando de referencia a Farreras (2002), que caracteriza la insuficiencia renal como una afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

El cuarto objetivo particular fue medir las actitudes de los pacientes con tratamiento de Diálisis, de acuerdo a los resultados estadísticos, se midieron las actitudes con una escala tipo Likert y se concluyó que las actitudes en los sujetos investigados son en general ligeramente positivas, puesto que la mayoría se

encuentran por arriba del puntaje actitudinal del valor 50. Esto comparado con el capítulo 1, como menciona Navarro (2004), las personas son capaces de adoptar una actitud positiva ante la vida y logran una recuperación más rápida y, por lo tanto, obtienen mejores pronósticos.

El quinto objetivo particular fue evaluar el avance en el tratamiento de Diálisis de los pacientes del IMSS, por lo que se comprobó que hubo un avance bueno de acuerdo a los criterios que establece la institución en dichos pacientes.

El sexto objetivo fue correlacionar las actitudes de los pacientes con el avance de su tratamiento, por consiguiente con los resultados estadísticos obtenidos, se afirma que las actitudes hacia el tratamiento de Diálisis Peritoneal tienen una correlación positiva con el avance del mismo. Así, se confirma la hipótesis de trabajo que plantea: las actitudes del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal influyen en su avance de recuperación.

Por lo que se concluye que la actitud de los pacientes de diálisis hacia su tratamiento sí influye en un 48% en el avance del mismo, por lo que es importante promover en estos pacientes actividades físicas y de motivación que los ayuden a adaptarse a nuevos cambios para una mejor calidad de vida.

Con base en lo anterior, se da por cumplido el objetivo general: determinar la influencia de las actitudes de los pacientes de Diálisis Peritoneal sobre su avance en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Abrie, Jean- Claude et al. (1986)

Psicología Social I.

Edit. Paidós. España.

Aguilar Kubli, Eduardo. (1995)

Domina la actitud positiva.

Edit. Árbol. Colombia

Alcántara, José Antonio et al. (1990)

Como educar las actitudes.

Edit. CEAC. España.

Arias Galicia, Fernando. (1987)

Actitudes, opiniones y creencias.

Edit. Trillas. México.

Asen, Eía K. (1997)

Intervención familiar.

Edit. Paidós. España.

Barriga, Silverio. (1980)

Psicología General.

Edit. CEAC. España.

Barón, Robert A. et al. (2005)

Psicología Social.

Edit. Prentice Hall. España.

Baxter. (2003)

Manual de capacitación del paciente de diálisis peritoneal.

Edit. Unidad de Negocios Renal. México.

Caplan, Gerald. (1997)

Principios de psiquiatría preventiva.

Edit. Paidós. México

Carlson R. (1995)

Espíritu y Salud.

Edit. Kairós. España.

Chapman, Elwood N. (1992)

Actitud y Trabajo.

Edit. Trillas. México

Conn, Dennis. (2001)
Fundamentos de Psicología.
Edit. International Thomson. México

Cozby, Paul C. (2005)
Métodos de investigación del comportamiento.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Cruchon, Georges. (1980)
Conflictos, angustias y actitudes.
Edit. Marfil. España.

De la Fuente, Ramón. (1998)
Psicología Médica.
Edit. Fondo de Cultura Económica. México.

Dyck, Peter James. (2002)
Neuropatía Diabética.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Farreras, Valentí. (2002)
Medicina Interna.
Edit. Elsevier. España.

Feldman, Robert S. (1998)
Psicología: con aplicaciones en los países de habla hispana.
Edit. Mc Graw Hill. México

Fernández Abascal, Enrique G et al. (2000)
Emociones y Salud.
Edit. Ariel. España.

Fitzpatrick, R. (1990)
La enfermedad como experiencia.
Edit. Fondo de Cultura Económica. México.

Gallar, Manuel. (2002)
Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.
Edit. Thomson. España.

Gene F. Summers. (1978)
Medición de actitudes.
Edit. Trillas. México.

Guyton, Arthur. et al. (2001)
Tratado de fisiología médica.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Henrich, William L. (1999)
Diálisis.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Hernández, Sampieri Roberto et. al. (2007)
Metodología de la investigación.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Hernando, L. et al. (2004)
Nefrología Clínica.
Edit. Médica Panamericana. España.

Hollander, Edwin. (2001)
Principios y métodos de psicología social.
Edit. Amorrortu. Argentina.

Ibáñez García, Tomas et al. (2004)
Introducción a la Psicología Social.
Edit. UOC. España.

Jeammet, P. et al. (2003)
Psicología Médica.
Edit. Masson. España.

Mann, Lea. (1990)
Elementos de Psicología Social.
Edit. Limusa. México.

Morales, Francisco J. et al. (2002)
Psicología Social.
Edit. Prentice Hall. Argentina.

Myers, Allen R. (2006)
Medicina Interna.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Myers, David G. (2000)
Psicología Social
Edit. Mc Graw Hill. Colombia.

Navarro Góngora, José. (2004)
Enfermedad y Familia.
Edit. Paidós. España.

- Novel, Martí et al. (2005)
Enfermería Psicosocial y Salud Mental.
Edit. Masson. España.
- Oblitas, Luis A. (2006)
Psicología de la Salud y Calidad de Vida.
Edit. Thomson. México.
- Olivé, León et al. (2006)
Metodología de la Investigación.
Edit. Bachillerato Santillana. México.
- Pisa, Farmacéuticas Mexicana. (2000)
Manual del Paciente de Diálisis Peritoneal.
Edit. Unidad de Negocios Renal. México.
- Phares, Jerry E. (2000)
Psicología Clínica.
Edit. Manual Moderno. México.
- Ríos González, José J. (2005)
Diabetes: sistema de actualización médica en diabetes.
Edit. Intersistemas. México.
- Robles de Fabre, Teresa. (1999)
El enfermo crónico y su familia.
Edit. Nuevomar. México.
- Rodríguez, Aroldo. (2004)
Psicología Social.
Edit. Trillas. México.
- Rodríguez, Javier S. (2002)
La Diabetes.
Edit. Everest. España.
- Rodríguez Sutil, Carlos. (1998)
El cuerpo y la mente.
Edit. Biblioteca Nueva. España.
- Rolland, John S. (2000)
Familias, enfermedad y discapacidad.
Edit. Gedisa. España.

Saklayen, Mohammad G. (1997)
Clínicas Médicas de Norteamérica.
Edit. Mc Graw Hill. México.

Shinoda Bolen, Jean. (2006)
El sentido de la enfermedad.
Edit. Kairós. España.

Shuman, Robert. (1999)
Vivir con una enfermedad crónica.
Edit. Paidós. España.

Stein, Jay H. (1988)
Medicina Interna.
Edit. Salvat. España.

Treviño Becerra, Alejandro. (2001)
Nutrición clínica en Insuficiencia Renal Crónica y Trasplante Renal.
Edit. Prado. México.

Tusié Luna, María T. (2005)
Annual Review del Colegio de Medicina Interna de México.
Edit. Intersistemas. México.

Whittaker, James O. (2006)
La Psicología Social en el Mundo de Hoy.
Edit. Trillas. México.

Wilmore, Douglas W. (1995)
Scientific American Cirugía.
Edit. Científica Médica Latinoamericana. México.

Worchel, Stephen et al. (2003)
Psicología Social.
Edit. Thomson. México.

Zollo, Anthony J. (2006)
Medicina Interna: Secretos.
Edit. Elsevier. España.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

<http://www.medicosecuador.com/frenal/antecedentes.htm>

<http://www.renal.org.ar/revista/56/5611.htm>

<http://www.imss.gob.mx>

<http://www.psycowin.com>

<http://ciencia.glosario.net/biotecnología/enfermedad-10086.html>

http://www.psiquis.com/art/00_21_n06_A02.pdf

<http://enfermería.udea.edu.co/revista/ojs/index.php>

<http://www.aakp.org.pdf>

<http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2k.htm>

<http://www.psicopedagogia.com>

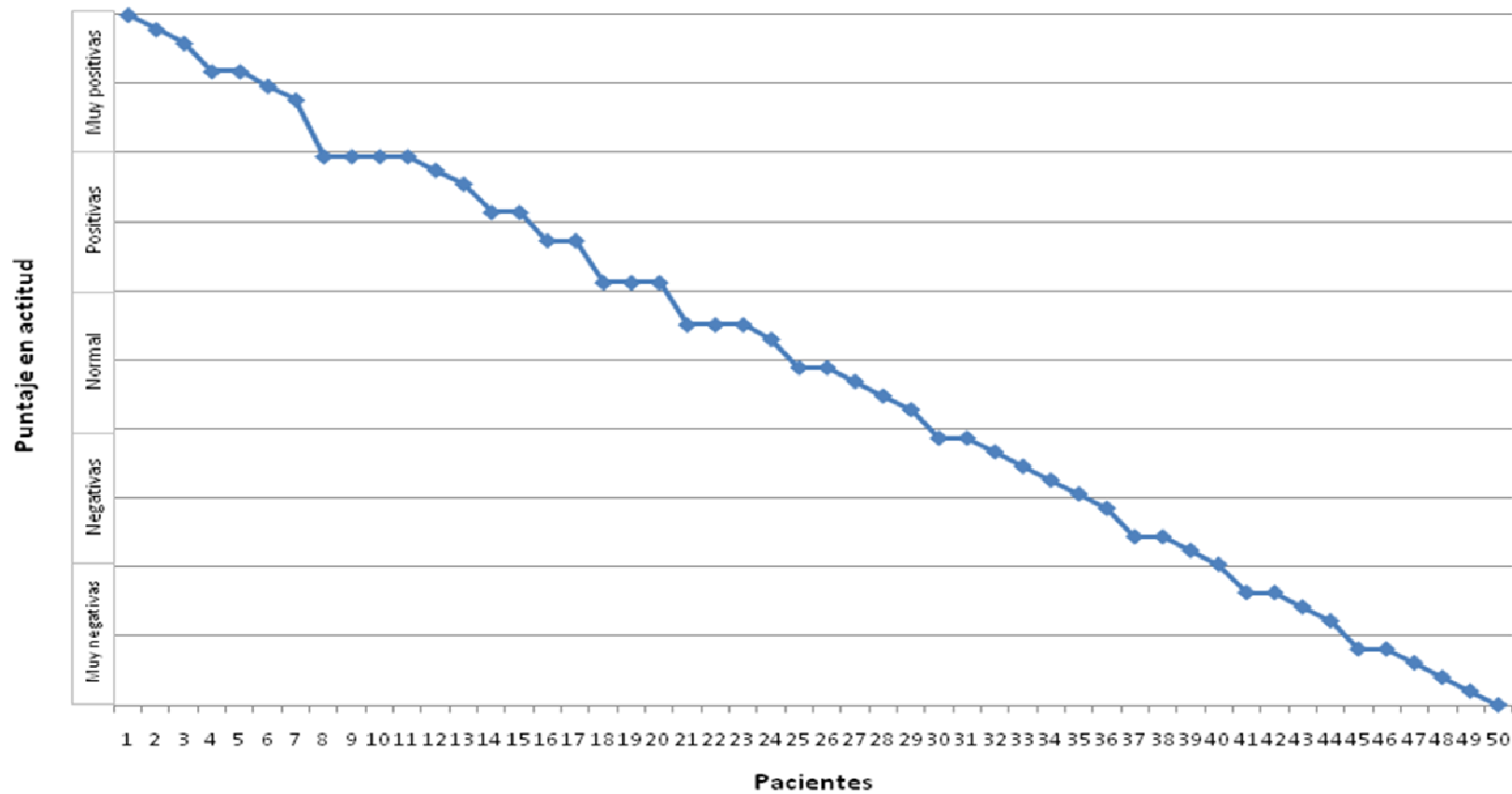
<http://www.saludymedicinas.com.mx>

<http://www.blogs.periodistadigital.com>

<http://www.jokingonzález.com>

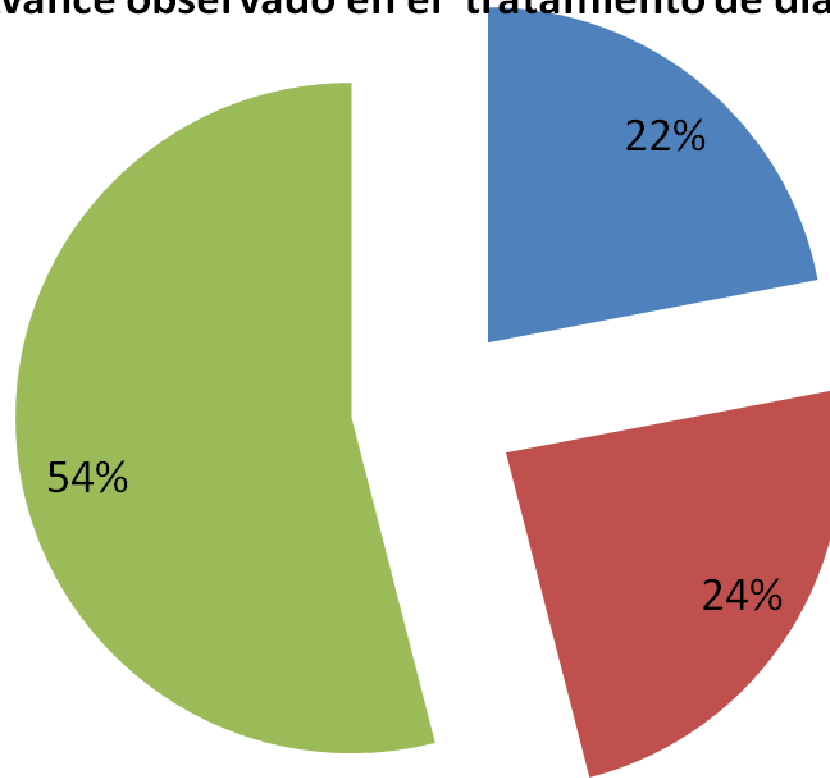
ANEXO 1

Actitudes de los pacientes hacia el tratamiento de diálisis.



ANEXO 2

Avance observado en el tratamiento de diálisis.



■ Avance malo ■ Avance regular ■ Avance bueno

ANEXO 3

“CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y AVANCE EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL”.

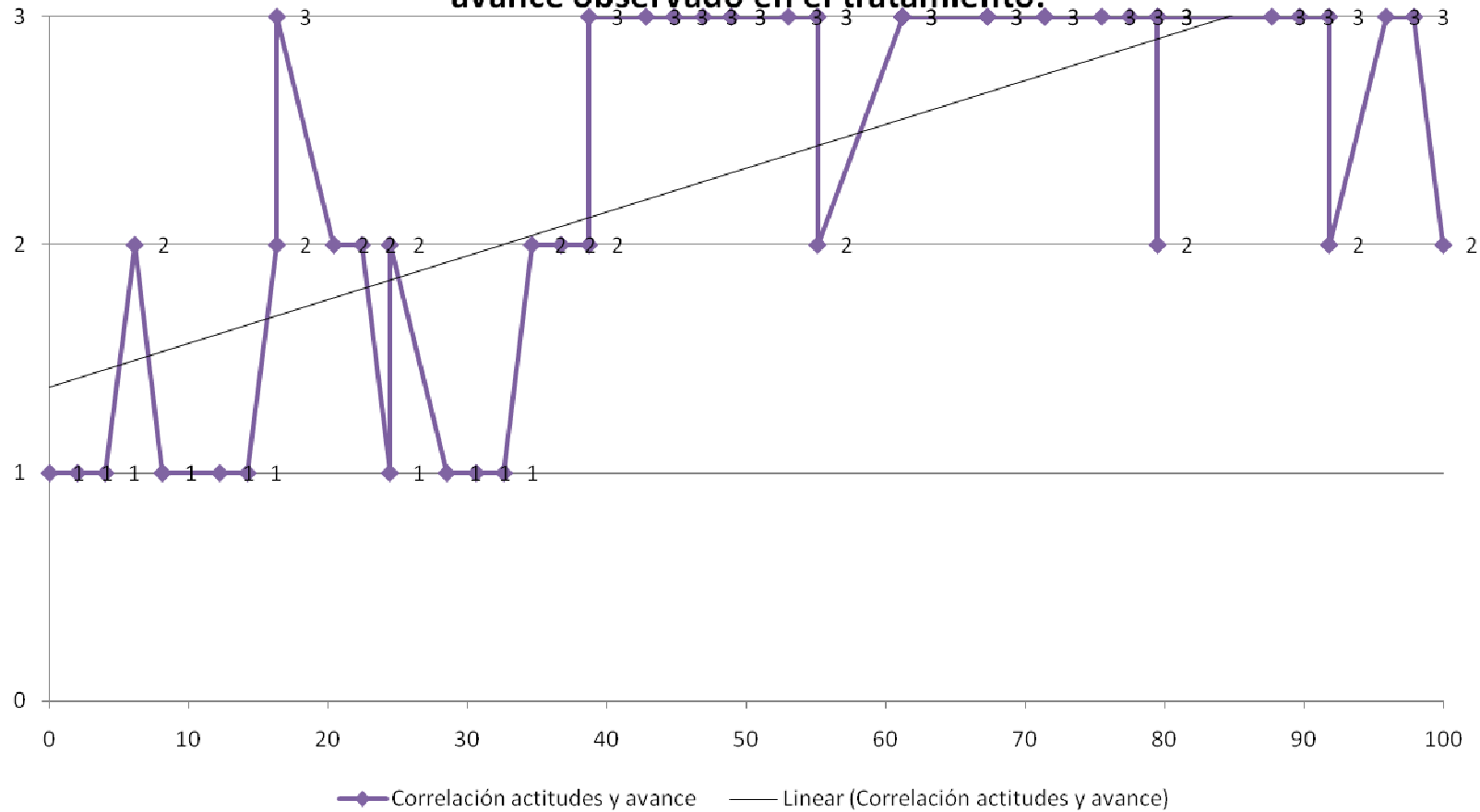
- Alimentación adecuada (dieta establecida).
- Higiene (área del catéter y espacio donde se realiza la diálisis).
- Signos vitales estables.
- Actividad física.
- Estado de ánimo.

PUNTUACIONES DE CALIFICACION DEL AVANCE DEL TRATAMIENTO.

- a. Bueno (3)
- b. Regular (2)
- c. Malo (1)

ANEXO 4

Correlación entre actitudes sobre el tratamiento para la diálisis y el avance observado en el tratamiento.



ANEXO 5

ESCALA DE ACTITUDES EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL

INSTRUCCIONES: contesta con sinceridad lo que se te indica en cada pregunta, marcando con una cruz la letra que se aproxime a tu respuesta. No hay respuestas buenas o malas. Contesta en la hoja de respuesta anexa.

1. El tratamiento de Diálisis es muy necesario para mantener una salud estable.
2. El tratamiento de Diálisis Peritoneal es muy caro.
3. Mi familia me apoya en el tratamiento.
4. Me siento enojado (a) por no realizar mis actividades cotidianas.
5. El tratamiento de Diálisis es muy cansado y prolongado.
6. A partir de la aplicación de la Diálisis he perdido el deseo sexual.
7. Sigo las indicaciones tal y como me dicen lo médicos.
8. Me siento incómodo(a) al pedir ayuda a mi familia durante el tratamiento.
9. Tengo molestias a partir de la colocación del catéter.
10. La relación con mis amistades ha cambiado a partir del tratamiento.
11. Llevo estrictamente la dieta establecida por los médicos.
12. En el aspecto sexual he tenido diferencias con mi pareja.
13. Mantengo limpio el espacio donde realizó el tratamiento.
14. La dinámica de mi familia ha cambiado a partir del tratamiento de Diálisis.
15. Me siento contento(a) de tomar el tratamiento.
16. Las instalaciones del hospital son adecuadas para tomar el tratamiento.
17. Mi familia me motiva a seguir con el tratamiento de Diálisis Peritoneal.
18. El tratamiento de Diálisis es muy lento.
19. Me siento débil durante la aplicación del tratamiento.
20. El desgaste físico a partir del tratamiento ha deteriorado la intimidad con mi pareja.

21. Últimamente me siento cansado (a).
22. El tratamiento me causa cambios de humor frecuentes.
23. Soy optimista hacia el tratamiento de Diálisis Peritoneal.
24. El personal de Diálisis Peritoneal es muy cuidadoso con la administración del tratamiento.
25. La relación con mi pareja se ha dañado, a consecuencia de la rutina del tratamiento.
26. El personal del Hospital es atento con los pacientes de Diálisis Peritoneal.
27. Los medicamentos de Diálisis Peritoneal son muy costosos.
28. Me enfermo constantemente a partir de la Diálisis Peritoneal.
29. El tratamiento de Diálisis causa muchos síntomas negativos en el cuerpo.
30. El personal del hospital revisa constantemente el avance del tratamiento de Diálisis Peritoneal.
31. El tratamiento de Diálisis es un tratamiento sustituto confiable.
32. El tratamiento de Diálisis ofrece resultados rápidos.
33. El personal de Diálisis establece de manera agradable las indicaciones que se necesitan.
34. Me siento incómodo(a) por traer el catéter delante de otras personas.
35. Con el tratamiento necesito ir con frecuencia al hospital.
36. Mi familia me ayuda a realizar los cambios del tratamiento.
37. El personal del hospital ofrece información sobre el proceso de Diálisis a la familia.
38. Requiero de una atención especial durante el procedimiento.
39. La comunicación con mi pareja se ha debilitado a partir del tratamiento.
40. Me siento inseguro(a) de tener relaciones sexuales con mi pareja durante el proceso de la Diálisis.
41. Considero que hay un avance en el tratamiento de Diálisis.

ANEXO 5

HOJA DE RESPUESTAS

Edad: _____

Sexo: F M

Tiempo de Tratamiento: _____

Causa de la insuficiencia renal: _____

Marca con una "X" la letra que corresponda a tu respuesta.

A) Muy de acuerdo (5) B) De acuerdo(4) C)Ni de acuerdo, ni en desacuerdo(3)

D) En desacuerdo (2) E) Muy en desacuerdo (1)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. ABCDE | 15. ABCDE | 29. ABCDE |
| 2. ABCDE | 16. ABCDE | 30. ABCDE |
| 3. ABCDE | 17. ABCDE | 31. ABCDE |
| 4. ABCDE | 18. ABCDE | 32. ABCDE |
| 5. ABCDE | 19. ABCDE | 33. ABCDE |
| 6. ABCDE | 20. ABCDE | 34. ABCDE |
| 7. ABCDE | 21. ABCDE | 35. ABCDE |
| 8. ABCDE | 22. ABCDE | 36. ABCDE |
| 9. ABCDE | 23. ABCDE | 37. ABCDE |
| 10. ABCDE | 24. ABCDE | 38. ABCDE |
| 11. ABCDE | 25. ABCDE | 39. ABCDE |
| 12. ABCDE | 26. ABCDE | 40. ABCDE |
| 13. ABCDE | 27. ABCDE | 41. ABCDE |
| 14. ABCDE | 28. ABCDE | |