

01921
158

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FACTORES PSICOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN LA
ADHERENCIA A LA DIALISIS PERITONEAL**

T E S I S
Q U E P R E S E N T A :
BRENDA ANGELICA MENDOZA HERNANDEZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG, DIRECTORA
MTRA. LILIA JOYA LAUREANO, REVISORA**

MÉXICO, D.F.

2003

A



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.

A MI MADRE Y HERMANOS POR SU
CARIÑO Y APOYO DE SIEMPRE.

B

AGRADECIMIENTOS

Hay demasiadas personas que han contribuido directa o indirectamente en la presente investigación para manifestarles mi agradecimiento. A los coordinadores del Proyecto para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico, donde obtuve la gran parte de la formación y experiencia que anteceden a la presente.

La Dra. Bertha Blum por el interés y la paciencia que dedicó a la preparación del presente trabajo, además de guiar la investigación. A la Mtra. Lilia Joya por su inapreciable colaboración al dedicar mucho tiempo a la revisión del método y estadística empleada.

La jefatura de Medicina Interna del Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro" del ISSSTE que proporciono el marco y las facilidades para la investigación; donde se me permitió estar en contacto con pacientes terminales y desahuciados.

Las Trabajadoras Sociales. Yolanda Sánchez y Guadalupe Hernández ayudando a encontrar pacientes en momentos que era inmensamente difícil. El Dr. Marco Tulio cuyo su interés y curiosidad ayudo a superar las dificultades iniciales.

Mi agradecimiento a los muchos pacientes y a sus familias que otorgaron sus experiencias con el afán de ayudarse y ayudar a los siguientes.

C

Existe una lista muy larga de amigos que creyeron en la finalización del presente trabajo, que me apoyaron en la realización de manera tan pequeña y al mismo tiempo tan importante para mí, que solo puedo mencionarlos: Norma, Elio, Rubén, Eduardo, Rocío, Delfino, Leonardo, Paloma, por mencionar algunos de ellos.

Y por último debería de dar las gracias a todos aquellos que han hecho a los enfermos terminales objeto de su pensamiento y de su atención.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 5

JUSTIFICACIÓN 10

CAPÍTULO I. La insuficiencia renal crónica y la diálisis

Fisiología y función de los riñones, 12; Insuficiencia renal aguda (IRA), 13; Naturaleza progresiva de las enfermedades renales, 14; Enfermedad renal en etapa terminal, 15; Tratamiento, 16; Apoyo psicológico, 19; Diálisis peritoneal continua ambulatoria, 19; Descripción de la técnica, 22; Peritonitis bacteriana, 24; Diálisis peritoneal en el adulto mayor (la edad demanda respeto) 25.

CAPÍTULO II. La personalidad

Definición, 28; Teoría psicoanalítica, 31; Sigmund Freud, 31; Teorías del rasgo y factorialistas, 34; Hans J. Eysenck, 37; Raymond B. Cattell, 39.

CAPÍTULO III. Creencias

Definición, 44; Antecedentes al estudio de las creencias, 45; Fursay-Fusswerk, J.: Teoría de un creer biológico, 46; Davis Mayers. Creencias: Estrategias del pensamiento, 49; Creencias y actitudes, 53.

CAPÍTULO IV. Actitud

Definición, 58; Tendencias o predisposiciones adquiridas, 60; Consistencia, 61; Predisposición a la conducta, 61; Componentes de las actitudes, 62; Modelos de actitudes, 63; Consistencias entre los componentes de las actitudes, 64; Funciones de las actitudes, 67; La estructura bipolar de la actitud, 70; Criterios de evaluación de los sujetos, 71.

CAPÍTULO V. Expectativas

Definición, 76; Transformación de las expectativas y objetivos, 81; Tendencias fundamentales y temas de vida, 83; Expectativas del propio sí mismo, 84.

CAPÍTULO VI. Método

Planteamiento del problema, 86; Objetivos, 86; Formulación de hipótesis, 86; Hipótesis conceptual, 86; Hipótesis de trabajo, 87; Variables, 87; Independiente, 87; Definición conceptual, 87; Definición operacional, 88; Dependiente, 88; Definición conceptual, 88; Definición operacional, 89; Sujetos, 89; Instrumentos, 90; a), Materiales 90; b) Instrumentos, 90; Tipo de estudio, 95; Diseño, 95; Procedimiento, 95.

CAPÍTULO VII. Resultados

Descripción de la población, 98; Pruebas de hipótesis, 100; Características de la personalidad, 100; Percepción, 104; Creencias, 106; Expectativas, 108; Actitud, 112.

Discusión y conclusiones, 113.

Sugerencias, 120. Anexos 122: Referencias, 125.

INTRODUCCIÓN

*"He bebido vino de hongos; llora mi corazón, soy desdichado
No hago más que sufrir en la tierra.
Pienso en que no gozo, en que no soy feliz.
No hago más que sufrir en la tierra"*

Anónimo,

Fragmento de un poema de Tenochtitlan

La vida es lo más valioso que posee el ser humano, pero, lamentablemente, ésta se encuentra en constante amenaza desde el día en que se nace. Por diferentes razones — accidentes, enfermedades o, en el mejor de los casos, por la edad— las personas van perdiendo sus fuerzas, sus esperanzas; afectando así, su calidad de vida.

Gracias a la medicina, el ser humano, que siempre ha tratado de evitar el sufrimiento que le causa el dolor, ha logrado remediar desde simples dolores de cabeza hasta, incluso (sólo en algunos países), el dolor que es ocasionado por enfermedades terminales.

Y en esta búsqueda para aminorar los sufrimientos que se padecen en las enfermedades y sus secuelas (físicas y psicológicas), encontramos a "La Insuficiencia Renal y a su Tratamiento" como un ejemplo digno de atención, ya que, a pesar de los grandes adelantos de la tecnología en los tratamientos sustitutivos que garantizan la

supervivencia de los enfermos, se ha demostrado día con día, que esa teoría se cumple cada vez menos.

Por otra parte, al revisar en general la bibliografía sobre dicha enfermedad, nos encontramos que la mayoría de los autores se interesan por la calidad de vida de los pacientes en *hemodiálisis*; dejando de lado a los enfermos que optaron por una Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), que es el tratamiento sustitutivo más usado (ya sea por la falta de donantes o por los altos costos que eso implica).

El constante incremento de enfermos y, lamentablemente, de fallecimientos que ocurren con más frecuencia, nos lleva a la urgente investigación de saber qué ocurre, qué factores están interviniendo, y contribuyendo a generar que toda acción terapéutica y de rehabilitación con los enfermos renales sea cada vez menos eficaz. Asociado esto a las actitudes de rechazo y de negación hacia los tratamientos de rehabilitación, que complican aún más la pronta y adecuada reintegración de la salud física de los aquejados.

Por eso es tan necesario, y urgente, el estudio de la personalidad del enfermo renal; de las actitudes y expectativas que tiene ante la enfermedad, para así poder determinar las directrices a seguir, a fin de implementar nuevas acciones y programas que satisfagan, en la medida de lo posible, los requerimientos de la población que padece este mal; interviniendo, básicamente, en forma preventiva para lograr una mejor integración del enfermo a su tratamiento de rehabilitación.

Los dos instrumentos utilizados en esta investigación —la prueba de 16 Factores de la Personalidad de Cattell, y una entrevista a profundidad semiestructurada— fueron seleccionados en función del tiempo, características y apertura de los pacientes. Tal muestra constó de 30 enfermos renales —hombres y mujeres— entrevistados en el Hospital Darío Fernández del ISSSTE.

Consideramos que esta investigación dará una aportación importante al campo médico de la *nefrología*. Asimismo, a través de su desarrollo, se obtendrá información acerca de las actitudes o creencias falsas que tiene el común de la población con respecto a la enfermedad; que, las más de las veces, ni el mismo equipo médico, hace el mínimo esfuerzo por disiparlas, a pesar de que son las causantes, en múltiples ocasiones, de empeorar el proceso de rehabilitación.

Para lo cual, iniciaremos con una revisión de, ¿qué es?, ¿cómo surge?, cuáles son sus cuidados, y cuáles los beneficios y riesgos de un tratamiento contra la insuficiencia renal por Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).

Procuraremos introducir al lector en los aspectos médicos, aunque sea de forma mínima.

Como la *personalidad* está entre los posibles factores que intervienen en la terapéutica del enfermo renal, indagaremos un poco en las diversas concepciones que hay de ésta, para poder centrarnos finalmente en las teorías del *rasgo* y las *factorialistas*.

Con respecto a la actitud (la que se asume en determinadas situaciones) hemos encontrado en los antecedentes, que lo que le da forma son las creencias, por ello, se introducirá al lector en los antecedentes históricos y teóricos de las creencias y actitudes, para ayudarte así a entender la afinidad con esta investigación, y la influencia que tiene en la efectividad del tratamiento.

En la revisión de los conceptos que, según nosotros, podrían influir en el proceso de rehabilitación, nos encontraremos a menudo con un par de definiciones que creemos importantes: Percepción y Expectativas; ya que todo ser humano tiene una respuesta determinada a partir de lo que percibe, y además, todos nos vemos motivados por lo que esperamos de los demás y de nosotros mismos.

Una vez finalizada la revisión teórica de nuestras variables, sometimos sus influencias a un Análisis de Varianza Unidireccional, el cual arrojó datos suficientes para poder concluir que, en efecto, hay siete factores de la personalidad que son significativos en la adherencia terapéutica. Y éstos, al mismo tiempo en que se les hace un análisis cualitativo, se ven ligados a las creencias, y éstas, a su vez, se reflejan en la actitud.

Finalmente discutiremos los resultados y a partir de éstos concluiremos con las sugerencias y limitaciones.

Esperamos que este estudio despierte la inquietud de mis compañeros de profesión, así como de médicos e investigadores en general; y que esta tesis dé pie a emprender otros

estudios, a fin de obtener una base más sólida, con la que se pueda ampliar ese campo tan importante de sobrevivientes sobre la rehabilitación y calidad de vida de los enfermos con padecimientos crónicos.

JUSTIFICACIÓN

El trabajo con personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas se hace cada vez más común, y al reparar en la atención médica que recibe cada una de ellas, no podemos dejar de pensar en cómo influye este diagnóstico, no sólo en el paciente, sino también, en sus familiares y en cada una de las personas que se relacionan con ellos.

A partir del diagnóstico se derivan las alternativas de tratamiento, pero la mayoría de las veces se especula inmediatamente en los gastos que conllevará el cuidado del enfermo, tanto en el plano económico como en el anímico de todos los involucrados.

Se dice que el área médica es responsable de procurarle al paciente el menor dolor físico posible, mientras que la familia se encarga de apoyar y ayudar en todo lo que se pueda, ya sea por obligación, o, en un ideal, porque en verdad es muy significativo para ellos hacerlo. En teoría, el conjunto de estas dos partes debería brindarle al enfermo una mejor calidad de vida, sin embargo, en la mayoría de los casos esto no se logra, y es entonces cuando el servicio médico se hace las siguientes preguntas: ¿qué falta? ¿Qué está fallando? ¿Por qué el afectado no responde al tratamiento? Y surgen, porque todas se centran en la red familiar y en la aceptación o no del paciente al tratamiento.

A pesar del restringido enfoque de las preguntas, una de ellas va bien encaminada: hay algo que está faltando, y que tiene serias repercusiones a escala médica, y, sobre todo,

económica —continuas infecciones, peritonitis y constantes hospitalizaciones—. Esto podría disminuir si logramos saber cuál es la verdadera posición del paciente ante el tratamiento de su enfermedad y su posible curación: que fantasías y esperanzas está involucrando; pues son éstas las que, en gran medida, obstaculizan el buen manejo del tratamiento, y ocasionan, por consecuencia, una calidad de vida no deseada.

CAPÍTULO I

LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA DIÁLISIS

FISIOLOGÍA Y FUNCIÓN DE LOS RIÑONES

La principal función del riñón es conservar el equilibrio homeostático de líquidos, electrolitos y solutos orgánicos. El riñón normal tiene la capacidad de llevar a cabo esta función en una amplia gama de fluctuaciones dietéticas de sodio, agua, y diversos solutos. Esta labor se lleva a cabo por la filtración continua de sangre y modificaciones regularorias (secreción y absorción) de este líquido filtrado.

Los riñones reciben 20% del gasto cardíaco diario, que les permite filtrar unos 1200 ml/min. de sangre. En una segunda filtración se producen casi 180 litros de líquido (ultra filtrado) en 24 horas; y a través de procesos activos de resorción de ciertos componentes, y secreción de otros, cambia su composición y reduce su volumen a un promedio de 1.5 litros de orina eliminada al día.

Los solutos urinarios están conformados por electrolitos, exceso de los requerimientos corporales, desechos nitrogenados, y, en gran parte, del producto final del metabolismo de las proteínas. Predominan en la orina, cantidades que dependen del contenido proteico de la dieta; el ácido úrico, la creatinina y el amoniaco se encuentran en cantidades pequeñas. Si estos productos de desecho normal no se eliminan en forma adecuada, se acumulan en la sangre, lo que origina un trastorno denominado hiperazoemia.

La facultad del riñón para eliminar de modo adecuado los productos del desecho nitrogenado, define una función renal normal; por lo tanto, la insuficiencia renal es la consecuencia de la incapacidad para eliminar la carga diaria de estos desechos, así como de los electrolitos sobrantes.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA)

La IRA se caracteriza por una reducción súbita del índice de filtración glomerular, y una alteración de la capacidad de los riñones para eliminar la producción diaria de desechos metabólicos. Y puede ocurrir con una diuresis baja (oliguria, definida estrictamente como la eliminación menor de 500 ml en 24 h), o con una diuresis normal.

Típicamente, la Insuficiencia Renal Aguda sobreviene en riñones sanos, y la evolución de ésta varía de algunos días a varias semanas, y sus causas son numerosas: un estado de choque que causa hipoperfusión e isquemia renal; o lesiones ocasionadas por

fármacos u otras sustancias nefrotóxicas. Mas, si la IRA es diagnosticada y manejada a tiempo, el proceso puede ser reversible. Sin embargo, la mortalidad relacionada con la IRA, es decir, una necrosis tubular aguda, adquirida como complicación en las unidades de cuidados intensivos, llega a ser del 70% sobre las demás causas.

El tratamiento inicial puede ser conservador, pero si se han desarrollado trastornos metabólicos como hipervolemia, acidosis e hipercalemia deben emplearse procedimientos propios para dializar (diálisis peritoneal o hemodiálisis). Si es que la recuperación ocurre, suele suceder en el transcurso de dos a tres semanas, cuando se corrigen las agresiones subyacentes.

La fase de recuperación se caracteriza, primero, por un aumento en la cantidad de orina, y posteriormente, por una recuperación en el proceso de eliminación de desechos. Durante este periodo puede requerirse todavía la diálisis, por lo que es necesario, valiéndose de las restituciones apropiadas, vigilar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

NATURALEZA PROGRESIVA DE LAS ENFERMEDADES RENALES

De la gran variedad de enfermedades renales (nefritis, glomérulo nefritis, etcétera), gran parte de ellas se caracterizan por la disminución lenta y constante de la función renal. Hoy sabemos, que en respuesta a esa disminución, el riñón sufre varias adaptaciones

compensatorias que, aunque a corto plazo, ello mejora el índice de filtración, con el tiempo origina una pérdida acelerada de nefronas e insuficiencia renal progresiva.

ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL.

La enfermedad renal en etapa terminal (ERET), puede ser originada por una gran variedad de afecciones del riñón. Por lo general, los pacientes que llegan a esta etapa tienen 1) diabetes mellitus, 2) glomérulo nefritis, y 3) hipertensión. La ERET origina múltiples problemas relacionados con la incapacidad de los riñones para producir hormonas, eliminar productos de desecho, y conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos. A medida que progresa la insuficiencia renal, se llega a un punto en el cual la concentración de productos de desecho circulantes origina síntomas de uremia.

La uremia es un síndrome clínico que se origina por un grado inaceptable de desechos nitrogenados no eliminados que causan debilidad, náuseas, vómitos, gusto metálico; calambres musculares, prurito; incluso, daño neurológico. Las manifestaciones son poco inespecíficas, y varían de un paciente a otro; no existen parámetros seguros de laboratorio que se relacionen directamente con el inicio de los síntomas, sin embargo, como regla empírica, si el nitrógeno de la urea sanguínea es mayor a los 100 mg/dl, y la creatinina pasa de los 10 mg/dl, son seguros indicadores de que la enfermedad renal está en etapa terminal.

TRATAMIENTO

En la medida en que la enfermedad renal progresa, el paciente requiere del tratamiento que vaya de acuerdo con los signos y síntomas que va presentando.

Algunas de las diligencias a seguir pueden ser:

1. **La dieta**, que en general tiende a reducir el consumo de proteínas (carnes, huevos, leche) hasta, según sea el caso, alcanzar los 0.5 g de consumo diario, para así reducir los productos azoados. Mientras, sus requerimientos energéticos se sustituirán con hidratos de carbono y grasas, que se ajustarán de acuerdo a sus índices de hipoglucemia, si es diabético, o a su medicación hipolípida si tiene colesterol elevado.
2. **La medicación antihipertensiva** que sirve, ya como bloqueador de los canales de calcio o como antagonista de la enzima *convertasa*, para evitar accidentes vasculares y el efecto nocivo sobre los riñones que tiene la hipertensión arterial. Si además, el paciente tiene edema, se pueden emplear diuréticos como la furozemida, que, además, tendrá el efecto de hipotensor.
3. **La administración de carbonato de calcio** y hormonas retensionistas, como el calcitriol, para reponer los electrolitos perdidos intestinalmente.
4. **Suministro de eritropoyetina**, en caso de anemia, para suplir la carencia de esta hormona generadora de glóbulos rojos.

5. **Antieméticos**, que los pacientes pueden necesitar para combatir el vómito.
6. **Protectores de la mucosa** estomacal, para tratar la gastritis urémica.

Por último, si los pacientes nefrópatas llegan al estado de enfermedad renal terminal, requieren de un tratamiento de reemplazo. Este tratamiento puede ser:

1. La diálisis peritoneal continua ambulatoria.
2. La hemodiálisis crónica y,
3. El trasplante renal.

Diálisis Peritoneal. Baste señalar, que es un procedimiento que consiste en la aplicación de un catéter en la cavidad abdominal, por el cual se introduce una solución dialtítica que se recambia periódicamente. La composición de esta solución es casi igual a la del plasma, por dos excepciones: la primera, que no contiene potasio, porque en la mayoría de los pacientes está elevado y conviene reducirlo; la segunda, que contiene 1.5% de dextrosa, con el objeto de que el agua de la solución no sea absorbida, y así, asegurar que la salida de líquidos sea mayor a la cantidad de los que ingresan.

Entonces, la urea y la creatinina salen de la sangre y se acumulan en la solución que se ha puesto en la cavidad abdominal, esta solución sale por la fuerza de la gravedad cuando se baja la bolsa que la contenía a un nivel inferior al del abdomen del paciente, enseguida hay que desecharla y reponerla con otra para seguir con este ciclo.

Mientras, a través de los capilares sanguíneos del peritoneo, se lleva a cabo un intercambio de solutos por simple ósmosis: los solutos van de donde hay mayor concentración a donde hay menor.

Hemodiálisis, un procedimiento que consiste en hacer circular la sangre que se extrae de una arteria (generalmente radial) mediante una bomba y a través de tubos; se realiza de la siguiente manera: primero se hace pasar a la sangre por un sistema de membranas o tubos capilares sumergidos en un baño de solución dializante donde ocurre el intercambio de solutos. Esto ocurre, como en la diálisis, por ósmosis; y para terminar, la sangre, a la salida del baño, retorna al cuerpo por una vena del mismo brazo (cubital o basilica). Este procedimiento dura de 4 a 6 horas y se aplica 2 ó 3 veces por semana.

Este procedimiento es fundamentalmente hospitalario, aunque hay unidades domiciliarias, pero el costo es elevado y requiere personal entrenado.

Transplante renal, que es el método ideal para la rehabilitación integral del enfermo, consiste —a partir de una intervención quirúrgica— en unir venas y arterias de un riñón sano a las venas y arterias que confluían en el riñón aquejado. El riñón sano se obtiene de un donador vivo o de un cadáver; en cualquiera de los dos casos, deben cumplirse con todas las normas establecidas por la Ley.

Puesto que el riñón trasplantado es un órgano extraño para el cuerpo del paciente, las defensas inmunológicas tratarán de rechazarlo, por lo tanto, el beneficiado debe tomar,

de por vida, medicamentos inmunosupresores que apoyarán la tolerancia inmunológica del organismo hacia el riñón (actualmente, con la mejora en los medicamentos se puede obtener más tiempo de vida, tanto de pacientes como de injertos en más del 90% de los casos; y en un promedio de vida de veinte años, alrededor del 65%).

APOYO PSICOLÓGICO.

Los pacientes con insuficiencia renal no sólo deben afrontar los sentimientos conflictivos que les causa su dependencia a medios artificiales de eliminación, sino también, a los cambios en su calidad de vida y a la necesidad de adaptarse a una enfermedad crónica progresiva. Un aspecto central para lograrlo es el control, ya que sin él, les resultaría terriblemente difícil, pues tienen que dedicar una gran parte de su tiempo a la diálisis, seguir limitaciones dietéticas muy rígidas y, con frecuencia, tomar varios medicamentos. Por eso, quienes trabajan con pacientes en diálisis renal deben tener ciertas consideraciones con estos enfermos, en especial, con sus sensaciones de sed, anorexia, y los cambios del gusto debidos a la uremia y a sus trastornos psicosociales en general.

DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

A comienzos de la década de 1970, la diálisis peritoneal como tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) era sólo una técnica secundaria: la escasa depuración de

solutos de pequeño peso molecular, unido a una elevada tasa de peritonitis, hacían de esta técnica una especie de tratamiento paliativo para los pacientes con IRC en espera de acceder a un programa de hemodiálisis.

Sin embargo, en la hemodiálisis periódica comenzaron a suscitarse una serie de problemas relacionados con el acceso vascular y la duración del mismo; la compatibilidad entre la sangre y los materiales usados para la hemodiálisis; la necesidad de anticoagulación, etcétera.

La diálisis peritoneal comienza a vislumbrarse como una opción válida junto con la hemodiálisis periódica a partir de 1976, fecha en que Popovich y Moncrief envían un resumen a *The American Society for Artificial Internal Organs*, en el que describe una "técnica de diálisis de equilibrio peritoneal". Esta consistía en una infusión de dos litros de líquido de diálisis intraperitoneal que permanecía alrededor de cinco horas en la cavidad peritoneal, mientras el paciente podía realizar su actividad normal, y se reemplazaba al final de este periodo por otros dos litros de solución fresca. Se efectuaban así cinco intercambios diarios durante siete días a la semana.

En 1978, Popovich, Moncrief y Nolph publicaron más ampliamente sus resultados obtenidos con esta técnica, que pasó a denominarse, definitivamente, *diálisis peritoneal continua ambulatoria*.

En Canadá, en esta misma fecha, el doctor Oreopoulos introdujo al procedimiento de la diálisis peritoneal continua ambulatoria, una importante modificación que le aportó comodidad y facilidad, y sin la que hoy, nos parecería inconcebible realizarla: uso de bolsas de plástico en lugar de botellas de cristal; que además permitió disminuir la incidencia de peritonitis. Con este sistema, después de introducir el líquido de diálisis en la cavidad peritoneal, la bolsa vacía se plegaba y se llevaba sujeta al cuerpo del paciente, permitiendo mayor libertad de movimientos. En Europa, los primeros resultados del tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en la Insuficiencia Renal Crónica se presentaron en el año de 1979, durante el Congreso de EDTA celebrado en Ámsterdam, donde se popularizó.

Actualmente la DPCA es la forma de diálisis domiciliaria más difundida. El incremento en el número de pacientes que se benefician con esta forma de tratamiento sustitutivo de la función renal, ha provocado un simultáneo descenso en la hemodiálisis domiciliaria. La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es una técnica simple, de fácil aprendizaje, que no requiere instalaciones ni maquinaria compleja, y que permite al paciente un elevado grado de autonomía al no exigir, en la mayoría de los casos, de una colaboración directa de familiares, amigos o enfermeras, tal como sucede en la hemodiálisis domiciliaria. Su rápida expansión ha hecho que, hasta comienzos de la década de los 90, cerca de 50,000 pacientes que recibieron el diagnóstico de IRC, de ellos, el 85% optaron por una DPCA.

Aproximadamente el 13% de la población mundial que está en diálisis, recibe tratamiento con DPCA, y el 87% con hemodiálisis periódica, pero las encuestas muestran que la DPCA crece aproximadamente un 13% anual, mientras que la hemodiálisis domiciliaria disminuye un 7% (Nolph, 1990).

La variación de estos porcentajes es enorme entre las diversas zonas geográficas. Así, en el Reino Unido, la DPCA se ha impuesto como la principal técnica de tratamiento de la IRC, beneficiándose con ella, entre el 45 y el 50% de los pacientes con necesidad de diálisis (Brunner, 1990). Hoy día se puede afirmar que la DPCA corrige de manera adecuada la mayor parte de los síntomas y signos de la uremia, confiere una idónea calidad de vida a los enfermos, y su mortalidad es inferior a la de la hemodiálisis periódica cuando se comparan grupos similares de enfermos (Nolph, 1998; Nolph y cols 1990; Majorca, 1989; Disney, 1989; Wolfe, 1990).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

En la diálisis peritoneal se utiliza como membrana semipermeable, el peritoneo. Se implanta, quirúrgicamente, un catéter dentro de la cavidad abdominal y se instala un dializador con una concentración alta de dextrosa en el peritoneo. El procedimiento es el siguiente: los productos de desecho de la sangre pasan por difusión a través de la membrana hacia el dializado (peritoneo); a continuación se extrae este líquido, se desecha, y se añade una nueva solución.

La Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua consiste en cuatro intercambios diarios de dos litros de solución, cada uno, con un periodo de permanencia intraperitoneal de entre cuatro y seis horas durante el día, y de 8 a 12 horas por la noche, sin interrumpir el sueño, haciendo de éste un tratamiento de 24 horas. Las pérdidas de proteínas son similares a las de la diálisis peritoneal regular. Las ventajas de esta forma de tratamiento son: que evita grandes variaciones de la química sanguínea y el paciente puede tener un estilo de vida un poco más normal; ya que el mismo paciente en su domicilio lo puede realizar, así como escoger el horario de recambios que más le acomode, ya que no tienen que ser con horarios muy estrictos.

Los enfermos de insuficiencia renal que están en DPCA pueden recibir una cantidad menos restringida de sodio, potasio y líquidos, porque el tratamiento es continuo y se elimina la mayor parte de estos productos. La complicación más importante es la peritonitis, por lo que el paciente requiere de un buen entrenamiento.

Se consideran contraindicadas para la DPCA todas aquellas circunstancias que impidan la realización de dicha técnica, bien por la escasa superficie peritoneal para la transferencia; por alteraciones metabólicas que pueden empeorar la enfermedad; por causas que favorezcan una elevada incidencia de peritonitis; o por que el paciente no pueda llevar a cabo las maniobras necesarias para efectuar los recambios.

PERITONITIS BACTERIANA

La peritonitis causada por la diálisis peritoneal es, sin duda, la complicación más importante derivada de esta técnica, y permanece como uno de los problemas a solucionar. Identificaremos a la peritonitis cuando, al ejecutar una diálisis, halla la presencia de solución turbia y más de 100 leucocitos por ml en el líquido peritoneal efluente.

La distinción entre la peritonitis infecciosa y la no infecciosa, se establece por la presencia de cultivo positivo del líquido peritoneal que confirma el diagnóstico de peritonitis infecciosa. Aquellas peritonitis con cultivo negativo podrían ser infecciosas o no. Pero, en gran manera, la probabilidad apoyará el diagnóstico de peritonitis infecciosa por ser esta la más frecuente. Además, la ausencia de factores inflamatorios conocidos es otro criterio importante para el diagnóstico de peritonitis infecciosa. Lo importante es saber cómo fue adquirida.

La incidencia de peritonitis durante la década de los ochenta era superior a un episodio por paciente y año (Lindbland, 1989; Brunner, 1991; Bernardini, 1991; Maiorca, 1991; Gentil, 1982); sin embargo, dicha cifra es inferior en esta década, con notables diferencias de un país a otro, de un centro a otro, e, incluso, de un paciente a otro. Esta disminución en la incidencia de peritonitis se debe a la mejoría en el acceso peritoneal, a los sistemas de conexión, al lavado previo a la infusión, y al mejorado conocimiento de los mecanismos patogénicos. Todo ello tiene como resultado una mejor profilaxis de la

peritonitis. Por otra parte, la mejoría en el diagnóstico y manejo de las peritonitis supone una menor mortalidad y un menor cambio a hemodiálisis.

DIÁLISIS PERITONEAL EN EL ADULTO MAYOR

La edad demanda respeto

Hasta hace poco, muchos ancianos con insuficiencia renal crónica no eran dializados, argumentando posibles contraindicaciones médicas o que carecían de autonomía suficiente. La prescripción de diálisis en ellos ha sido motivo de numerosos debates (Oreopoulos, 1991; Nissenson, 1990; Meier, 1986; Viron, 1990). En la actualidad, podemos abreviar esta problemática en las siguientes conclusiones:

1. La edad, que en algunos países como Gran Bretaña se proponía como factor de exclusión, debe desecharse (Berlyne, 1982). Sería absurdo que cuando el progreso de la medicina ha conseguido que la población alcance edades superiores a los 75-80 años, se les niegue un tratamiento que, en sí, puede aportar más años de vida. Por lo tanto, el factor edad debe ser evaluado junto con la presencia de trastornos asociados, calidad de vida alcanzada por el paciente, el grado de inserción social, y posibilidades de apoyo familiar.

2. La falta de recursos en algunos países puede producir una desigualdad en la oportunidad de tratamiento en los pacientes de mayor edad. Se sabe, que cuando los recursos faltan, los primeros en verse afectados son los ancianos.
3. Si la política sanitaria de los países ha de ser liberal en cuanto a la aceptación de estos enfermos, también lo ha de ser en permitir su exclusión del tratamiento ante la aparición de ciertos condicionamientos, y siempre que exista un consenso entre médico, familia y, si es posible, con el propio paciente.

Una vez de acuerdo en que la edad no ha de ser óbice para tratar a estos pacientes, la nueva cuestión por plantear es, ¿qué tipo de diálisis se les debe prescribir?, ya que los ancianos suelen tener cierta incapacidad física, además de falta de apoyo familiar o social. Igualmente, son susceptibles a malnutrición y a tener múltiples complicaciones médicas además de la IRC. El objetivo, por lo tanto, debe ser: indicar el tipo de diálisis más adecuado para cada individuo, tomando en cuenta los factores antes mencionados para garantizarles, en lo posible, la mejor calidad de vida (Nissenson, 1990).

El envejecimiento progresivo de la población se ha visto acompañado, casi siempre, por un aumento en la aceptación de tratamiento sustitutivo renal en pacientes mayores de 65 años (Simon, 1987; Jacobs, 1984), la estabilidad de éstos en diálisis ha alcanzado niveles que hace pocos años eran impredecibles. En Europa, a finales de 1986, el 17% de los pacientes en diálisis eran mayores de 65 años: el 13% tenía entre 65 y 74 años y el 4% rebasaba esta edad. Los datos del Registro Regional de Diálisis y Trasplante de diciembre

de 1987 en Piedmont, indican que un 29.5% de los pacientes es mayor de 64 años; 18.5% mayor de 69 años y el 18% de 74 años (Piccoli y cols). Estos datos están en relación con los aportados por Eggers en 1988 en los Estados Unidos de América: 31% de pacientes mayores de 64 años.

La prevalencia de ancianos en diálisis varía considerablemente entre los países; y así, mientras que en Bélgica fue de 100 ancianos por millón y en Alemania Federal, Suecia y Suiza de 70 por millón, en la República Democrática Alemana casi ningún paciente mayor de 70 años recibió tratamiento, y en Gran Bretaña tan sólo lo reciben alrededor de 20 por millón (Nicholls, 1988).

Con respecto a la edad en que debe ser iniciada la DPCA se experimentó un notable cambio: en 1983, de todos los pacientes en esta modalidad terapéutica, sólo el 17% eran mayores de 65 años, y en 1989 alcanzaron el 27%; indicando con esto que la mayor incidencia se ubicó entre los 45 y los 65 años de edad (Geerlings, 1990).

En Estados Unidos, el promedio de edad de los sujetos tratados con diálisis ha aumentado progresivamente durante la década de los 80-90. Los datos de la Health Care Financy Administration (HFCA) muestran que el número de pacientes de edad superior a 55 años era del 48.5% en 1980 y aumentó al 56.4% en 1985 (Gentile, 1990). Es de llamar la atención que la DPCA, en teoría, una técnica útil para el anciano, no sea la que con más frecuencia se utilice en ellos, y así, mientras que en el grupo geriátrico se alcanza un porcentaje del 27%, en el de adultos jóvenes alcanza el 36.6% (Nissenson, 1990).

CAPÍTULO II

LA PERSONALIDAD

La personalidad ha sido estudiada desde muchos puntos de vista, y de ahí han partido gran cantidad de teóricos para elaborar sus hipótesis con respecto de lo que es la personalidad y la forma en que está constituida (las primeras teorías de la personalidad fueron de orientación clínica; los principales exponentes de estas teorías son Charcot, Janet, Mc. Dougall, Stern, Freud y otros que utilizaron como método la investigación clínica).

DEFINICIÓN

Existe gran desacuerdo en la definición del término "personalidad": en 1937, Allport, tras hacer un amplio estudio de la literatura psicológica, hace una clasificación de las definiciones existentes y concluye que hay significados diferentes para la palabra personalidad y los enmarca en dos grupos: a) definiciones biosociales y, b) definiciones biopsíquicas.

Según Allport, en las definiciones biosociales lo que define la personalidad es la reacción de otros sujetos ante el individuo, rechazando con esto que los procesos

individuales no determinan la personalidad del sujeto, sino la impresión que tienen otros individuos de cierta persona.

La definición biopsíquica afirma que la personalidad está basada en las características o cualidades del sujeto. En esta definición podemos notar que existe un aspecto orgánico y otro psicológico; éste último está conformado por las cualidades o características del sujeto que pueden ser medidas y descritas objetivamente.

Hay otros tipos de definiciones en la que se enlista todo lo referente a un individuo y que hace posible una descripción de éste. Entre otras, se pueden mencionar las siguientes: el ajuste del individuo, los esfuerzos variados y típicos de ajuste que se llevan a cabo por los sujetos, y los elementos que distinguen y diferencian a un individuo de otro. También encontramos definiciones que sugieren que la "personalidad" refiere el aspecto más representativo del individuo: qué lo caracteriza, qué lo distingue, y qué determina lo que es realmente (Hall and Lindsey).

Nicolas S. Dicaprio (1985), señala que la personalidad puede referirse a todo lo que se sabe de una persona, a lo que es único o típico de ella. No obstante, en el sentido popular nos referimos a la personalidad basándonos en el atractivo social, decimos que X tiene o no tiene personalidad. Pero, científicamente, todos tenemos una personalidad que es simplemente nuestra naturaleza psicológica individual: la identidad personal, la cual se expresa y se define a través de los papeles que ocupamos.

La identidad, por su parte, tiene diversos componentes que podemos denominar características centrales (fundamentales) y características periféricas (secundarias). Las primeras, son los rasgos típicos que definen a una persona y que son básicos y duraderos en la conducta; los segundos están sujetos a cambios, y pueden ser las preferencias y aversiones, desde el punto de vista de Dicaprio.

Para los teóricos de la personalidad, la motivación tiene un papel fundamental, pues en ella ven la clave para comprender la conducta humana (Freud y Mc. Dougall fueron los pioneros en darle esta importancia al proceso motivacional).

Existen, por lo tanto, diferentes teorías de la personalidad, pero podemos entender y juzgar la utilidad de una teoría por su capacidad para explicar o predecir; también pueden entenderse las teorías como modelos que describen los componentes y operaciones de una personalidad individual.

Por eso, es importante para explicar la definición de personalidad, considerar a los determinantes de la conducta genéticos, orgánicos ambientales situacionales y variables.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Uno de los supuestos básicos de la teoría psicoanalítica es, que buena parte de la conducta humana no es accidental, sino que existe una continuidad de eventos psíquicos del individuo que producirán, posteriormente, conductas normales o anormales.

El psicoanálisis postula entre sus fundamentos, que la conducta está determinada en gran parte por las experiencias que tuvo la persona en su infancia. Muchas de éstas y otras experiencias posteriores son reprimidas y plasman el inconsciente; así el investigador se vale de varias técnicas para esclarecerlas y hacerlas conscientes.

SIGMUND FREUD

Podemos estudiar la "personalidad" desde el punto de vista de su formación y desarrollo, o desde la interacción de sus componentes. Freud divide la psique según los niveles de conciencia.

La conciencia es el hecho de percatarse de lo que ocurre, esto como resultado de la estimulación externa a volver a vivir la experiencia interna. El preconscious son los recuerdos latentes, los cuales pueden irrumpir en la conciencia deliberadamente o surgir por asociación a causa de la estimulación. Freud veía al inconsciente como *la porción mayor de la psique*, la cual tiene sus propios principios de funcionamiento.

La función del inconsciente se revela a través de los sueños, los errores al hablar, los *lapsus* de la memoria y, en forma más convincente, por los trastornos de la personalidad y la conducta.

Otro de los conceptos introducidos por Freud, fue el mecanismo de la represión para explicar los síntomas psicológicos. Este puede describirse como una exclusión del material de la conciencia: una exclusión que es ejecutada inconscientemente.

Cuando se reprime un motivo consciente, permanece dinámicamente activo en el inconsciente hasta que se manifiesta y se abre paso; la conducta puede revelar la presencia de un motivo inconsciente que difiere del motivo manifiesto; las derivaciones motivacionales son disfraces de los motivos que existen en el inconsciente.

Freud planteó en su segunda conceptualización de la tónica del aparato psíquico que la personalidad está dividida en tres sistemas en lucha: *ello*, *yo*, y *super yo*.

El *ello*, es la parte más primitiva de la personalidad: la fuente de los impulsos inconscientes que presionan al *yo* para que siga el principio del placer, y los procesos primarios de pensamiento.

El *yo* es el sistema controlador, el administrador de la personalidad; su función más apropiada es seguir el principio de realidad por medio de los procesos secundarios (correctos) del pensamiento.

El superyo es la dimensión de la personalidad: está formado por la auto observación y el ideal del yo; se forma por medio de la introyección de preceptos morales y culturales; prohibiciones e ideales. El yo experimenta, con frecuencia, conflictos que incluyen placer, consideraciones de la realidad y patrones morales. El yo intenta reducir esos conflictos para producir armonía dentro de la personalidad.

En su papel de administrador, el yo, a menudo es inundado por la ansiedad. La ansiedad objetiva es el temor real; la ansiedad neurótica resulta de los impulsos que amenazan al yo; la ansiedad moral es provocada por el superyo y se experimenta como culpa, falta de mérito, y el deseo del castigo.

Al enfrentarse con la ansiedad, el yo puede utilizar sus capacidades para solucionar problemas al utilizar mecanismos de defensa. El propósito de este mecanismo de defensa es reducir la ansiedad al proteger al yo con el autoengaño y la distorsión de la realidad.

Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad era el despliegue de las pulsiones sexuales, ya que, al principio de la vida, diversas zonas del cuerpo se convierten en puntos de la estimulación placentera. Para ello, delincó cuatro etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica y genital.

Cada etapa psicosexual tiene necesidades y formas de satisfacción específicas. Los tipos de carácter particulares consistentes en un síndrome de rasgos que se forman durante cada etapa. Así, las satisfacciones o, también, las frustraciones excesivas provocan

fijaciones que se entienden como “la detención del desarrollo”, esto como resultado de la manera en que sea satisfechas o frustradas.

TEORÍAS DEL RASGO Y FACTORIALISTAS

Siguiendo este rubro de especificidad, nos abocaremos a revisar algunas teorías del rasgo y factoriales que describen a la personalidad. Cuando hablamos de rasgos de la personalidad nos remontamos hasta Hipócrates, que reconocemos como el primer observador que identificó al temperamento como *una dimensión particular de la personalidad*, y consideró que éste podía dividirse en cuatro rasgos que describió como sanguíneo, colérico, flemático y melancólico; afirmando que cualquier persona podía poseer alguno de ellos.

Allport describió más de 50 definiciones de personalidad antes de desarrollar una propia. En 1961 define: “La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos.”

En esta definición, delimitó cada uno de los elementos: la personalidad es organizada (estructurada), dinámica (con movimiento y cambiante), psicofísica (implicando la dualidad mente-cuerpo), determinada (estructurada por el pasado y predispuesta por el futuro) y característica (única para cada individuo).

Sugirió, también, que la personalidad es una teoría que algún día puede ser demostrada de manera directa como una entidad real dentro de la persona, implicando componentes neuronales o fisiológicos cerebrales.

Para 1960, hizo la distinción entre las teorías de la continuidad y discontinuidad de la personalidad. Una teoría de continuidad sugiere que el desarrollo de la personalidad es, en esencia, la acumulación de habilidades, hábitos y discriminaciones sin que en realidad aparezca algo nuevo en la estructura de la persona. A esta continuidad se le considera sistema cerrado.

Una teoría de discontinuidad sugiere que, en el transcurso del desarrollo, un organismo experimenta transformaciones o cambios de modo que alcanza niveles superiores de organización en forma sucesiva. Estas teorías consideran a la persona como abierta y activa a la consolidación e integración de la experiencia.

En 1987, Allport, en su propuesta de una concepción biofísica y neuroquímica de los rasgos, enfatizó que los rasgos son estructuras auténticas que influyen en la conducta. Esto define a los rasgos como a una tendencia determinante o predisposición a responder ante el mundo en ciertas formas. Los rasgos son consistentes y perdurables, explican las tendencias de la conducta humana. Allport sugirió que los rasgos de la personalidad pueden ser considerados como la realidad última de la organización psicológica; el rasgo, como personalidad, es observable; hizo la distinción entre rasgos individuales y rasgos comunes en 1937, y, en sus últimos escritos aclara los términos "rasgos comunes (un rasgo común es

un constructo hipotético que permite comparar a los individuos dentro de una cultura determinada, aunque no se puede decir que las personas poseen rasgos idénticos) y predisposiciones personales”.

Una disposición personal es una característica determinante general, pero es única, ya que describen de forma precisa el carácter único y particular del individuo, mientras que los rasgos comunes colocan a los individuos en categorías comparables.

Cada individuo tiene disposiciones personales que son de mayor o menor importancia. Si una de estas es tan penetrante que casi toda la conducta del individuo parece estar influida por tal disposición, es llamada disposición central.

Las disposiciones centrales se refieren a tendencias muy características de un individuo. Proporcionan adjetivos o frases que una persona podría utilizar para describir las características esenciales de un individuo. Allport mencionó que el número de disposiciones centrales para describir las características esenciales de un individuo, por lo común, varía entre cinco y diez. Las disposiciones secundarias son tendencias enfocadas más específicas, que a menudo son de carácter situacional y menos cruciales para la estructura de la personalidad.

Las teorías factorialistas se basan en el supuesto de que haya un conjunto de variantes cuidadosamente especificados, o factores que se ven fundamentalmente considerados por la más amplia complejidad de comportamiento. Estas teorías pueden

considerarse con base en una técnica estadística particular. El método del análisis factorial se desarrolla como un medio para determinar la existencia de dichos factores generales y para ayudar a su identificación: empieza con una extensa gama de factores fundamentales de dicha medida y procura construir medios más eficientes para poder determinar éstos factores.

En 1941, Burt dice que del análisis pueden derivarse unos factores generales o universales que contribuyen a la realización de todas las medidas; que además hay factores singulares o específicos que contribuyen en una sola de las medidas y que hay también factores de error o accidentales que aparecen en una sola administración de una única medida y son atribuibles a la medida defectuosa o falta de control.

El análisis factorial se ha aplicado básicamente al estudio de la personalidad y entre las contribuciones más importantes se pueden contar la teoría de Eysenck y la de Cattell.

HANS J. EYSENCK.

Eysenck estudia la personalidad a través de un método experimental estadístico que él denomina "análisis dimensional". Dice que la personalidad es la resultante de los patrones reales o potenciales del organismo determinados por la herencia y el ambiente. Según él, la personalidad emerge y se desarrolla en la interacción de los cuatro sectores principales en

que se organizan los patrones de comportamiento: inteligencia (sector cognitivo), carácter (sector conativo), temperamento (sector afectivo) y constitución (factor somático).

Por otra parte, nos dice también, que los actos y disposiciones de la personalidad están organizados conforme a una jerarquía de generalidad e importancia, y hace la siguiente jerarquización: el *Tipo* (que es el más específico y menos general), los *Rasgos*, las *Respuestas Habituales* y, en el otro extremo, las *Respuestas Específicas*. Estos cuatro factores fueron derivados del análisis factorial y los describe de la siguiente manera:

Tipo: constelación o síndrome de rasgos organizados en una estructura (factor general).

Rasgo: constelación de tendencias individuales de acción (factor de grupo).

Respuestas habituales: acto recurrente en circunstancias iguales o similares (factor específico).

Respuestas específicas: acto que ocurre en un momento dado (factor de error).

Eysenck tiene como objetivo último, la identificación de esas dimensiones primarias de la personalidad, con objeto de lograr una tipología única. En 1947 logró aislar dos factores: neuroticismo, y, en contraste bipolar, la introversión- extroversión. En 1952, amplió estas dimensiones agregando un tercer factor: el psicotismo. Finalmente, define que

hay tres dimensiones primarias que dan las bases para establecer una tipología de los seres humanos.

- a) introversión-extroversión
- b) neuroticismo
- c) psicotismo

Eysenck considera que así como la inteligencia puede considerarse como un factor general en el área cognoscitiva, y que introversión-extroversión es un factor general en el área emocional; así el neuroticismo puede ser considerado un factor en el área motivacional y de esfuerzo, y también, un defecto en la capacidad del individuo para persistir en la conducta motivada. Afirma que el "ello" domina al extrovertido, y el "super yo" domina al introvertido.

Para Eysenck, el tipo constitucional es una importante variable de la personalidad. Afirma que las diferencias individuales, con respecto de la dimensión neuroticidad, están determinadas en amplio grado por la herencia y, en un menor grado, por el ambiente.

RAYMOND B. CATTELL.

La teoría de Cattell ha sido clasificada como una teoría factorialista (ya que emplea, como método fundamental en sus investigaciones, el análisis factorial) y no como una

teoría de rasgos, pues maneja éste concepto como una estructura básica integrante de la personalidad.

Cattell está íntimamente ligado a los trabajos de Spearman y de Thurstone, y sus formulaciones teóricas parecen estar relacionadas con las de Mc Dougall, cuyo principal interés es buscar las dimensiones adyacentes de la conducta y su énfasis en el sentimiento de la conciencia del *si*.

Cattell refiere que la "personalidad es lo que permite una predicción de lo que la persona hará en una situación determinada" (1950). Y menciona que una definición completa de la personalidad debe estar sustentada con una mayor investigación de los tipos de conceptos que se incluyen en el estudio de la conducta.

Su planteamiento general puede ser expresado en la fórmula $R=F(P, E)$, la cual se lee: una respuesta (R) es función de (F) la persona (P) y los estímulos (E).

Cattell observó, que en un experimento en el cual el investigador elabore con cuidado una buena situación la respuesta, los estímulos pueden ser determinados en forma precisa.

Cattell pensó que la exploración de los rasgos ayudaría a entender la estructura y función de la personalidad, y que el conocimiento de los rasgos subyacentes permitiría hacer predicciones de la propia conducta y de las demás.

Aunque Cattell estuvo interesado en los componentes físicos y neurológicos que influyen en la conducta, a diferencia de Allport, no sostenía que los rasgos que exploró tuvieran, de manera necesaria, alguna característica física o neurológica real (ya para 1950, Cattell hace la distinción de los rasgos superficiales y los rasgos fuente).

Los rasgos fuente, refieren las variables subyacentes que parecen determinar las manifestaciones superficiales, en este caso, la fuerza del yo. Estos permiten resumir y describir a un individuo, tienen la influencia estructural genuina sobre la personalidad, y por tanto, determinan la manera como nos comportamos. Estos rasgos son las influencias unitarias reales: factores temperamentales y fisiológicos. Y por esto, son las que hay que trabajar en problemas de desarrollo psicosomático y de integración dinámica.

Los rasgos superficiales son grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen ir juntas, como la integridad, la honestidad, la autodisciplina y la seriedad. Estos rasgos se producen por la interacción de rasgos subyacentes, y generalmente se espera que sean menos estables que los fuente.

Cattell sugiere que los rasgos subyacentes sean divididos en rasgos de forma ambiental y rasgos constitucionales. Los rasgos pueden ser divididos de acuerdo con la modalidad a través de la cual se manifiestan. Así, hay rasgos dinámicos cuando éstos llevan al sujeto en dirección hacia una meta; rasgos de habilidad, si se trata de la efectividad con que cada sujeto logra un objetivo; o rasgos temperamentales, si se refieren a los aspectos constitucionales de la respuesta, tales como velocidad, energía o reactividad emocional.

Cattell emplea tres medios para la medición y observación de la personalidad: a) el registro de vida; b) los cuestionarios y c) pruebas proyectivas.

- El registro de vida o medio L, consiste en observaciones o registros de actos conductuales. Se refiere al comportamiento en las situaciones diarias, en las que pueden ser empleadas clasificaciones como medio para medir esa conducta.

- Los cuestionarios se pueden considerar como auto clasificaciones. También se les llama medio Q.

- Las pruebas objetivas o medio T, son las observaciones de respuestas que el sujeto realiza ante una situación especialmente creada: se mide la respuesta sin que el sujeto se entere.

De este modo podemos describir el conocimiento de un rasgo en particular.

Estos rasgos pueden tener su origen en la herencia o en el ambiente. La primera fuente para llegar al "Reino Total" de los rasgos de personalidad, es el lenguaje. Primordialmente, 45,000 palabras describen rasgos de personalidad (Allport, Odbert). Por medio del análisis factorial se reducen a 171 estas palabras por que unas eran sinónimas de otras. Posteriormente, se reúnen entre 36 y 42 agrupaciones o rasgos, y es a lo que Cattell llama "esfera estandarizada" reducida de la personalidad. Identificando así, a partir de su investigación de las técnicas del análisis factorial, 16 rasgos fuentes de temperamento y

capacidad básica que surgió, y representó "los bloques constructores de la personalidad" en 1966.

Cattell considera a estos rasgos como continuos y escalables, por lo que cada variable es una descripción bipolar.

Para fundamentar la prueba psicológica utilizada al hablar de personalidad, hemos elegido la teoría factorial de Cattell, debido a que esta técnica de análisis factorial sigue siendo el núcleo de los estudios de Cattell y continúa dedicada a los problemas fundamentales de clasificación o taxonomía. Además se ha esforzado seriamente por introducir congruencia en la extensa literatura de investigación sobre análisis factorial.

CAPÍTULO III**CREENCIAS****DEFINICIÓN.**

Creencias es una proposición simple, consciente e inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace, que puede ir precedida de la frase "yo creo que...". El contenido de una creencia puede describir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia, descriptivo, valorativo o recomendativo (o los tres a la vez) toda creencia es una predisposición a la acción y la actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionados entre sí y organizados en torno a un objeto o situación (Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales, 1974).

Pepitone (1991), nos dice que las creencias son conceptos normativos creados y fuertemente enraizados en grupos culturales por lo que es difícil cambiarlos por medio de estrategias planteadas tradicionalmente para el cambio de actitudes. Las creencias son conceptos acerca de la naturaleza; las causas de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.

ANTECEDENTES AL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS.

El estudio de las creencias como concepto psicosocial desligado del campo de las actitudes ha sido poco desarrollado, sin embargo, diversas investigaciones han retomado la importancia de las creencias en la comprensión de los seres humanos relacionadas con algunos problemas de salud pública.

Las creencias han sido estudiadas por Asch (1967) como propiedades compartidas por las actitudes, cuya función consiste en "orientar al individuo mediante la ordenación de los datos del medio social". Señala que las creencias dependen de la información disponible en el medio y que en consecuencia, las diferencias en las mismas pueden encontrarse en parte en las diferencias de tal información y conocimientos. Tal conocimiento, ya sea directo o inferido, constituye una base necesaria para las actitudes y el autor reconoce que a tal afirmación se le ha dado poca importancia. Sin embargo, las actitudes hacia los objetos, personas o grupos dependen de la información y creencias acerca de sus propiedades y procesos.

Asch (1967) menciona que el conocimiento es influido por el nivel de desarrollo histórico y las relaciones sociales. De esta manera, una gran cantidad de nuestras creencias dependen de una evidencia indirecta que también afecta nuestra organización cognoscitiva y funcionamiento emocional. Pero las creencias constituyen algo más que una expresión de conocimiento, pues en la elaboración de estas intervienen necesidades e intereses

responsables de las similitudes y las diferencias entre grupos. Las creencias son nuestras versiones de cómo operan las cosas en nivel social.

Los individuos y grupos interpretan de diferente forma la misma situación pues algunos de ellos sólo tienen un conocimiento parcial de los hechos, debido a que han enfrentado situaciones distintas. Cuando nuestras creencias no se relacionan congruentemente con los hechos surgen entonces las discrepancias.

Fursay-Fusswerk, J.: Teoría de un creer biológico.

Según Fursay-Fusswerk (1985), el hombre posee la capacidad biológica perteneciente al dominio de los instintos de aprehensión de un concepto, idea o sistema (ya sea real o no) que es independiente de las facultades intelectuales propias de la racionalidad. A "esta capacidad de adhesión sin reflexión se llama creer y conduce a las creencias".

A pesar de la existencia de creencias tanto racionales como irracionales no es válido juzgarlas o considerarlas como erróneas, pero sí pueden ser objeto de reflexión y de justificación racionalizadas.

En este rubro Fursay-Fusswerk (1985) toma en cuenta dos formas de aprehensión mental: el conocimiento que recurre al razonamiento lógico y la experiencia, y por otra

parte el conocimiento perpetuamente sujeto a las dudas de la racionalidad y la creencia, resultante del mecanismo instintivo que escapa a los argumentos racionales y que es por ello el motor más potente de los comportamientos humanos.

Pierre Janet (citado en Fursay-Fusswerk, 1985) subraya que las creencias son el fundamento mismo de las sociedades y de la personalidad. Para Janet la historia de las sociedades humanas equivale a la historia de las creencias filosóficas y religiosas que aún persisten, se han derivado de las antiguas creencias en la existencia de dioses, la vida después de la muerte y la necesidad de dar reglas morales. Su visión sobre las creencias, él mismo la circunscribe en la siguiente frase: "... la fuerza de una creencia no se mide ni por su valor ni por su veracidad, sino solamente por el interés del creyente por su creencia".

Este autor considera que las creencias en Dios, la inmortalidad, la supervivencia del espíritu, etc. se nutren de lo que él llama fuerza psicológica, que equivale a lo que otros autores denominarían instintos. El ser humano a veces tiende a subestimar el papel de estos instintos, tras sobresaltar su capacidad de raciocinio sobre los demás animales, por lo que todo aquello que no sea racional queda al margen de la ciencia. "El hombre es el único animal que sabe que morirá, su pensamiento y su reflexión se lo enseñan pero, felizmente, el instinto vital se las ingenia para hacérselo olvidar en un instante".

Crear y saber son dos instancias inseparables en la naturaleza del ser humano, que aunque se oponen no se destruyen una a la otra, y lo que la diferencia es "... que la creencia

se adquiere instantáneamente, sin esfuerzo, y resiste a las contradicciones racionales más evidentes”.

Las creencias se caracterizan por su universalidad, que se ha mantenido desde el principio de la humanidad hasta la época actual, por lo que se puede decir que las creencias existen porque existe la humanidad y viceversa y porque además, han sido trascendentales en el desarrollo histórico de las sociedades. En palabras de Fursay-Fusswerk (1985) los hombres sujetos a sus creencias y divididos por ellas, las consideran a veces como el símbolo mismo de su libertad, como es el caso de los antiguos pueblos del continente americano; cuyos colonizadores utilizaron “el creer por arma y las creencias por aliadas” para lograr sus objetivos”.

A lo largo de la historia, el hombre ha defendido e impuesto las creencias, porque de esta manera justifica las suyas y le proporciona más seguridad en cuanto a sus convicciones pues es incapaz de cuestionarlas.

Para Antonio Machado (citado en Fursay-Fusswerk, 1985) la coexistencia del conocimiento y la creencia se resume en la siguiente frase: “Atrás de todo lo que se piensa se encuentra lo que se cree, y hay hombres tan profundamente divididos que creen lo contrario de lo que piensan”, en este estudio se considera que efectivamente, detrás de todo comportamiento hay una creencia y que suele suceder que el hombre hace cosas contrarias a las que cree.

Del mismo modo que el rinencéfalo antecede al neocórtex, las creencias preceden al conocimiento. Aunque el hombre ha sido capaz de mostrar sus facultades de raciocinio, este mismo autor sostiene que “es más natural y más espontáneo recurrir a lo sobrenatural, que sobrepasarlo para fundar las ciencias matemáticas y físicas”; y agrega, que “lo irracional determina fundamentalmente al individuo y a las sociedades, y si se capta la potencia devastadora del contenido mental, si se admite que las terapias ligadas a la sugestión, al placebo, a las técnicas analíticas o a las prácticas mágicas están relacionadas con los mecanismos de autocuración, uno está obligado a aceptar esa función neurobiológica que es antropológicamente anterior y diferente de las que sostienen las capacidades razonantes. Es por eso que propone la teoría de un creer biológico que hunde sus raíces en el paleoencéfalo”. Dado que la neurobiología no ha dado respuesta a todas las interrogantes del autor, éste propone un enfoque del creer multidimensional: médico, terapéutico, filosófico, psicosocial, histórico, etnológico, sociológico y antropológico, lo cual llevará “al hombre a tomar conciencia de sus capacidades reales y a asumir frente a sí mismo una posición más adecuada”.

David Myers. Creencias: Estrategias del pensamiento

Myers (1988), resalta la importancia que ha tenido el florecimiento de la psicología cognoscitiva, ya que ha sido gracias a ello que los psicólogos sociales han llegado a la comprensión de múltiples aspectos de que “*las creencias sociales son el modo en el que*

nos formamos impresiones, juicios y explicaciones, aspectos que además son elementales para nuestros sentimientos, opiniones y reacciones, prejuicios y afectos”.

De tal forma, aborda la manera en que se elaboran las ideas sobre uno mismo y los demás, así mismo el momento y las circunstancias en que se puede dar la distorsión del pensamiento eficiente de la información. Hace énfasis en esta última y explora seis maneras en las que se forman y sostienen creencias falsas, a las que llama las “razones para la sin razón”.

- a) *Comúnmente no sabemos por que hacemos lo que hacemos. Algo de lo que reconocemos lo hemos llegado a saber por medio de la intuición y la experiencia personal. Explicamos nuestra conducta a través de respuestas plausibles que en muchas ocasiones son erróneas debido a que los factores trascendentales son percibidos como inofensivos, mientras que los factores que tienen efecto, en ocasiones son distinguidos como influyentes. Esto es importante en tanto que al tratar de predecir nuestra propia conducta lo hacemos deficientemente, debido a que con frecuencia identificamos erróneamente los factores que influyen en nuestros sentimientos y conducta. Además, las creencias que son obra de un conocimiento equivocado pueden tener consecuencias negativas en nuestra vida diaria, por lo que tener en cuenta que podemos equivocarnos puede ayudar a disminuir las frustraciones.*

- b) *Nuestras preconcepciones controlan nuestras interpretaciones y recuerdos.* El fenómeno al que Myers llama perseverancia de la creencia muestra que las creencias pueden cobrar vida propia, sobreviviendo a la desacreditación de la evidencia que les dio origen, ya que es muy difícil cambiar una creencia una vez que la persona está plenamente convencida acerca de ella, pues se ha elaborado una razón fundamental que la explique y porque además, entre mas conocemos y aceptamos nuestras teorías, más rechazamos la información que pudiera desafiarlas. Por lo tanto, las creencias y expectativas que se tienen influyen fuertemente en nuestra percepción e interpretación de la realidad. Del mismo modo, las creencias también controlan nuestros recuerdos, dados que estos se construyen al momento de recuperarlos con base en las creencias y conocimientos actuales.
- c) *Sobreestimamos la estimación de nuestros juicios.* Una forma más de sostener creencias falsas e el fenómeno de la confianza excesiva, en la cual se tiende a sobreestimar la precisión de nuestras creencias; fenómeno que también se relaciona con la toma de decisiones en la vida cotidiana, pues una vez más las personas tienen un amarcada inclinación por buscar información que confirme sus preconcepciones que evidencias que las contradigan, fenómeno al que se llama sesgo de confirmación.

- d) *A menudo ignoramos información útil.* Con frecuencia ignoramos información provechosa cuando se utiliza la representatividad del heurístico, que es la estrategia para juzgar la probabilidad de las cosas por que también representan, o corresponden, a prototipos particulares. Siendo así, que las propias experiencias plasmadas en nuestra memoria son fácilmente recordadas al utilizar lo que Myers llama disponibilidad del heurístico, que es la regla empírica eficiente pero falible que juzga la probabilidad de las cosas en términos de las cosas de su disponibilidad en la memoria.
- e) *Percibimos erróneamente la causalidad, la correlación y el control personal.* La influencia que está involucrada en este apartado es la correlación ilusoria, la cual consiste en percibir una relación en donde no existe ninguna, o bien, percibir una relación más fuerte de la que existe en realidad. De tal forma que, al creer que existe una correlación, se perciben y recuerdan los hechos que la confirman. De esta forma al atribuir los eventos a una causa u otra, ordenamos nuestro mundo y hacemos que las cosas parezcan más predecibles y controlables, lo cual es un fenómeno adaptativo. Esta tendencia a apreciar los sucesos aleatorios como predecibles y controlables, produce una ilusión de control, que consiste en percibir eventos incontrolables, como sujetos a nuestro control o como más controlables de lo que en realidad son.

- f) *Las creencias, pueden generar su propia realidad.* Dado que las creencias dirigen nuestras acciones, la conducta que manifestamos produce su aparente confirmación. A este fenómeno lo llama *confirmación conductual*: profecía que se cumple a sí misma donde las expectativas sociales de las personas se conducen a actuar de una manera que causa que los demás confirmen sus expectativas aunque con ciertos límites.

Para finalizar, Myers concluye al señalar que con mucha facilidad se llegan a formar y a sostener creencias falsas, lo cual es adaptativo, y que aunque la mayoría de las veces estas creencias no tengan suficiente trascendencia en nuestra vida cotidiana, en ocasiones traerán consigo consecuencias graves. Así, las interpretaciones, impresiones y creencias falsas, por muy pequeñas que sean, pueden tener efectos sociales profundos. De tal forma que los errores son resultado de las estrategias mentales que utilizamos para simplificar la información que recibimos, lo cual tiene un propósito vital, enfrentar la realidad.

CREENCIAS Y ACTITUDES

Al analizar la información nos podemos dar cuenta que la mayoría de ésta, hace mención de ellas como un elemento constitutivo en la definición y operacionalización del concepto de "actitud". Para poder hablar de las creencias a partir de este punto de vista, se

tiene que hacer de manera inevitable desde la explicación de lo que otros autores consideran por actitud.

La actitud (que se estudiará con mayor detalle en el capítulo siguiente), para la mayoría de los psicólogos sociales está constituida por tres elementos a saber: uno cognoscitivo, que consiste en las creencias de una persona hacia el objeto; dos, el elemento conductual, que consiste en el actuar de una forma particular de una persona hacia un objeto; y tres, el elemento afectivo, que tiene que ver con los sentimientos de la persona hacia el objeto.

Esta tríada tiene sus raíces en la Grecia Antigua, ya que Platón citado en Insko (1980) estableció una tricotomía similar enfocada en lo que él llamaba “ las instituciones de la mente”. Para Platón cada uno de estos elementos que conformaban la tricotomía los ubicaba en la anatomía humana: el componente afectivo lo localizaba en el abdomen; el componente cognoscitivo (las creencias) en la cabeza y finalmente el conductual en el pecho.

Con respecto a las creencias en relación a las actitudes encontramos tres puntos:

1°. Existe un modelo de actitud que incluye a las creencias en su exposición, el cual es desarrollado en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, citado en Perlman y Cozby (1988), para tratar de explicar que las creencias de una persona en relación a un objeto influyen en las actitudes que este individuo elabora hacia el objeto; que las actitudes

influyen a su vez en como una persona pretende actuar hacia el objeto. Así, aunque son conceptos separados, tienen una estrecha e íntima relación entre sí.

Dentro de este modelo, las creencias representan la información que una persona tiene acerca del objeto. Específicamente una creencia une al objeto con algún atributo, con algún nivel de probabilidad entre 0 y 1, es decir, si una persona tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, dependerá de si las creencias relevantes hacia ello son evaluadas positiva o negativamente y de la fuerza con la cual son sostenidas estas creencias.

2°. Por otro lado tenemos a los autores que hablan de las actitudes incluyendo en su descripción a las creencias son: Jones y Gerald (1967, pp. 171), ellos tratan a la actitud como “la resultante de la combinación de una creencia y un valor importante”. En este caso la importancia de valor significa que la categoría cognoscitiva funge también como componente cognoscitivo (el sujeto) del valor. La estructura que subyace a la actitud se representa como un silogismo. El silogismo que es la forma básica de la inferencia mediatizada o argumentación, consta de tres proposiciones: dos premisas (una mayor y una menor) y una conclusión.

En cada silogismo, la actitud es la conclusión y las dos premisas que la generan constituyen la estructura de dicha actitud; la premisa mayor de un silogismo actitudinal es un aserto de valor; la premisa menor es una creencia que une una categoría con otra.

Estos autores, definen a las creencias como un aserto que une dos categorías cognoscitivas, no quiere decir que las creencias sean simples o que resistan un análisis ulterior, ellas puede ser a la vez conclusión de un silogismo cuyas premisas pueden ser la conclusión de otros silogismos, y así sucesivamente.

Fishbein, citado por Jones y Gerard (1967), propuso que las actitudes son resúmenes valoratorios de las diferentes creencias que una persona tiene acerca de un objeto o concepto, que cada creencia expresa la relación que existe entre el concepto y alguna característica asociada (premisa de creencia), la característica asociada es valorada en sí, positiva o negativamente (premisas de valor). La actitud sumaria es la posición evaluativa hacia el concepto resultante, habida cuenta de la dirección evaluativa de las creencias componentes.

El análisis de Fishbein esta muy cercano al realizado por Jones y Gerard, sólo que pasa por alto la base evolutiva de las creencias y valores componentes y, por tanto, no toma en cuenta la estructura vertical de la actitud.

3°. Isko y Schopler (1972) definen la actitud involucrando las disposiciones de creencia (cognoscitivos) como las valorativas (afectivas) en relación con cierto objeto, por consiguiente la actitud de un individuo hacia un objeto incluirá tanto sentimientos como creencias respecto a éste. Es obvio que estos autores relacionan estrechamente los aspectos afectivo y cognitivo en sus definiciones de actitud.

Autores tales como, McDavid y Harrari (1974); McGuinnies (1970); Krech (1965) y Kauffman (1973), consideran a la creencia como elemento constitutivo de la actitud y su estudio es bajo la perspectiva de las actitudes como disposiciones para valorar favorable o desfavorablemente los objetos o cosas.

CAPÍTULO IV

ACTITUD

Las actitudes ocupan una posición central importante dentro de la psicología y la conducta del paciente, por lo que se estima que, a partir de su conocimiento y medición, sea posible mejorar la adhesión del paciente a su terapia. Ya que, como revisamos, las actitudes son el punto que sirve para medir la influencia que tienen las creencias en el sujeto. Pero mejor profundicemos en el tema.

DEFINICIÓN

Miguel Ángel Verdugo (1995) define a las actitudes como “conceptos descriptivos que se infieren a partir de la observación de la conducta, puesto que no son por sí mismos directamente observables o posibles de medir”. A menudo, las actitudes son definidas como constructos psicosociales inferidos o latentes, o como procesos que, se postula, residen dentro del individuo. Además estos constructos o procesos están bajo el dominio de estímulos específicos u objetos de referencia (por ejemplo: individuos, grupos sociales). Estos referentes, en virtud de su valor social percibido, son capaces de provocar una respuesta actitudinal por parte del sujeto. En este sentido, las actitudes pueden ser concebidas como mediadoras entre un estímulo del entorno y unas respuestas conductuales.

Es decir, las actitudes reflejan parte de nuestra personalidad y las expresamos de diversas maneras ante diversos estímulos, aunque difícilmente las identificamos como "actitudes ante".

En 1935, Gordon Allport considera a la actitud como un estado mental y neural de disposición a responder, el cual está organizado por medio de la experiencia y el aprendizaje que ejerce una influencia directiva sobre la respuesta del individuo hacia todos los objetos y situaciones con las cuales se relaciona, es decir, con su comportamiento.

Para Cattell (1957, 1965), una actitud es una estructura que se infiere de la aparición repetida de respuestas conductuales de cierto tipo; es la tendencia a actuar en una forma particular en una situación dada. En otros términos, una actitud es una respuesta a una situación dada que implica muchas respuestas específicas motoras a situaciones particulares.

Así, una actitud está en función de: a) la naturaleza del curso de la acción, b) la intensidad en el interés del curso de la acción y, c) el objeto involucrado en la acción. Considerando al interés como la reactividad (umbral y frecuencia) a un estímulo (simbólicamente referido como una meta).

Mientras que para Ajzen (1975) es una variable latente que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. Si la persona carece de experiencia con el

objeto de la actitud, o cuando éste no despierta su interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de una actitud, en estos casos se puede hablar de una no-actitud.

Por otro lado, Sarabia (1992) la ha definido como “tendencias o predisposiciones adquiridas y relativamente duraderas para evaluar de un modo determinado un objeto y actuar en consonancia con dicha evaluación”. En general, se concibe a la actitud como una variable latente o un constructo hipotético.

De esta definición se desprenden tres términos importantes a tratar: a) La noción de que las actitudes son *tendencias o predisposiciones adquiridas* (o aprendidas) se refiere a que el sujeto actuará distintamente dependiendo de la experiencia anterior con respecto al estímulo; b) La *consistencia* o consonancia, se refiere a que el sujeto responderá de manera evaluativa (favorable o desfavorable) al estímulo (o serie de estímulos) en distintos momentos; c) La *predisposición a la conducta* se refiere a que las actitudes son vistas como variables que influyen o guían el comportamiento.

● *Tendencias o predisposiciones adquiridas*

Las actitudes son aprendidas. “Las predisposiciones a responder consistentemente, favorable o desfavorablemente, es asumido como resultado de una experiencia pasada” (Fishbein, M. 1989, pp. 9-11). Es decir, que las predisposiciones principales a comportarse se dirigen según la experiencia previa que se haya tenido con el objeto.

- **Consistencia**

La consistencia (Fishbein, M. 1989) se puede explicar cuando una serie de respuestas estables se convierten en una serie de estímulos; esta aproximación de estímulo-respuesta, sin embargo, no distingue a la actitud de otros conceptos. Otra interpretación involucra la consistencia entre diversas respuestas ante el mismo objeto; en este sentido, dos o más respuestas ante el mismo objeto se consideran consistentes si se encuentran del mismo lado evaluativo; esta aproximación, tampoco determina a la actitud del todo. Por otro lado, la consistencia se relaciona con muchos comportamientos en diferentes puntos en el tiempo: consistencia evaluativa en el tiempo. En realidad, la consistencia determinante de la actitud es la combinación de las tres anteriores: "...la consistencia evaluativa o afectiva, es lo que distingue a la actitud de otros conceptos..." (Fishbein, M. 1989, pp. 8).

- *Predisposición a la conducta.*

La actitud es una predisposición. "La actitud es típicamente vista como una variable latente que es asumida como una guía o influencia al comportamiento" (Fishbein, M. 1989, pp. 8-9). De esta forma, el sujeto está predispuesto (de manera general, no hacia un objeto en específico, sino hacia un rango amplio) de una manera favorable o desfavorable hacia un objeto.

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Las actitudes tienen propiedades de dirección e intensidad. Estas son, de manera característica, las dimensiones que trata de medir una encuesta de opinión. La dirección nos dice si la persona está a favor o en contra de algo. La intensidad mide el grado de convicción con el que una persona sostiene una actitud.

El modelo psicológico tradicional sostiene que las actitudes están constituidas por tres elementos básicos: a) el componente cognitivo (conocimientos y creencias acerca del objeto actitudinal), b) el componente afectivo (sentimientos y preferencias), y c) el componente conativo (acciones manifiestas y declaraciones de intenciones).

Esta conceptualización de las actitudes como estructuras formadas por tres elementos es la base de la denominada "hipótesis de la jerarquía de los efectos" (Lavidge y Steiner, 1961). Dicha hipótesis se refiere a una concepción de la efectividad de la publicidad. Según esta hipótesis, las actitudes no sólo están formadas por tres elementos, también éstos tienen un orden determinado, y relacionados con los movimientos del objeto. Así el sujeto tiene el conocimiento del objeto (elemento cognoscitivo) antes de que tenga un gusto y una preferencia por él (elemento afectivo), y este gusto y preferencia ocurren antes de que el sujeto tenga la intención de experimentar con el objeto (elemento conductual).

MODELOS DE ACTITUDES.

Un punto de elevada importancia para entender el papel de las actitudes en el comportamiento del paciente renal, es la apreciación de la estructura y de la composición de una actitud. Tres amplias categorías de modelos de actitudes llaman la atención (citados en Shiffman 1987): el modelo tricomponente de actitudes, los modelos de actitudes de un solo componente y los modelos de actitudes de atributos múltiples.

El modelo tricomponente de actitudes está conformado por un componente cognoscitivo, un componente afectivo y un componente de voluntad. El componente cognoscitivo captura el conocimiento y las percepciones del sujeto (frecuentemente bajo la forma de creencias) que tiene acerca de los objetos y rendimiento de éstos. En contraste, el componente afectivo centra la atención sobre las emociones o sobre los sentimientos del individuo con respecto a un objeto o rendimiento en particular. El componente afectivo, que es por naturaleza evaluativo, se encarga de dar la evaluación general a un individuo conforme al objeto de la actitud, en términos de algún tipo de favor o habilidad. Finalmente, el componente de voluntad se ocupa de la probabilidad, o de la tendencia, en el sentido de que un consumidor actúe en una forma específica con respecto al objeto de la actitud.

Los modelos de actitudes de un solo componente representan a la actitud como aquella que consiste tan sólo en un componente afectivo general (sentimiento). En este caso los componentes cognoscitivos y el de voluntad, son ignorados o desempeñan un papel

secundario, más bien de apoyo, como extensiones populares de actitudes de un solo componente.

Los modelos de atributos múltiples han recibido mucha atención de los investigadores. Como grupo, estos modelos examinan con mayor detenimiento las creencias que el sujeto debe de tener acerca de los atributos específicos del objeto. En particular: actitudes hacia el objeto, actitud hacia el comportamiento y la teoría de la acción razonada, cada uno propuesto por Fishbein y sus asociados, tienden a representar el *estado actual* para aplicar modelos de actitudes a problemas referentes al comportamiento del sujeto.

La mayoría de los investigadores creen en la correspondencia y consistencia de las actitudes a la respuesta: actitudes positivas resultan en sentimientos; pensamientos y comportamientos positivos hacia el objeto, y viceversa. En realidad, esto es muy discutido, sin embargo existe evidencia que puede confirmarlo (Ajzen, 1998; Fishbein, 1989; Greenwald, 1975; Pratkanis, 1989)

CONSISTENCIA ENTRE LOS COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

La investigación psicológica de Block (1972) ha demostrado que existe una consistencia entre la información, los sentimientos y la tendencia a responder ante un

estímulo del modelo tricomponente, que hace que la actitud sea estable, y perdure a través del tiempo.

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, si bien lo normal es que no lo hagan los tres con la misma intensidad.

Si la persona asocia el objeto con la evaluación, por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontraremos ante un proceso cognoscitivo

Las respuestas que una persona emite frente al objeto son susceptibles a una clasificación triple, según predominen en ellas los elementos de información (creencias) afectivos o de intención de conducta. Sin embargo, a pesar de que estos elementos son diferentes entre sí, todos ellos comparten algo: la disposición evaluativa frente al objeto.

Para caracterizar el componente cognoscitivo, las respuestas se encaminan a su diferenciación y a su integración. La primera alude al número de creencias que usa una persona al pensar en un objeto actitudinal. La segunda apunta a la consistencia evaluativa de las creencias, es decir, al grado en que comparten su evaluación del objeto de la actitud.

Respecto a la consistencia *actitud-comportamiento* (Ronis, 1975) ha quedado claro que las actitudes no correlacionan mucho con el comportamiento. Esto puede tener varias implicaciones. Puede deberse, claro, a un problema metodológico, en el cual, las

mediciones no son correspondientes al objeto a observar. La accesibilidad incrementa con la experiencia personal del sujeto con el objeto actitudinal al repetir la expresión de la actitud; así, la consistencia *actitud-comportamiento* es mayor si la actitud se desarrolla de la interacción directa con el objeto, o si el sujeto ha discutido repetidamente su actitud (Ronis, 1975). Además, puede ser que una tercera variable distinta a la actitud opere y domine entre el comportamiento y la actitud. Normas, hábitos, ambiente, el locus de control, etcétera, son ejemplos de variables operantes que intervienen en la relación. La relación *actitud-comportamiento* tiende a aumentar mientras más controlada es la situación y mientras menos general es el objeto actitudinal con respecto a la conducta. Es decir, objetos actitudinales generales correlacionan bajo las conductas específicas, y viceversa (Ajzen, 1989). La especificidad de la conducta es igual a la especificidad de la predicción de la evaluación actitudinal (Morales, 1994).

Por otro lado, la experiencia directa puede incrementar la relación *actitud-comportamiento*. “Como regla general, la experiencia directa tiende a mejorar la predicción del comportamiento desde las actitudes” (Ajzen, 1989).

La relación entre el componente cognoscitivo y el afectivo se ha entendido como una consistencia afectivo-cognoscitiva. Es decir, se supone que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud, coincide con el contenido de la creencia. Si una persona cree que el objeto de la actitud facilita la obtención de objetivos importantes, tal creencia debería traducirse en un afecto positivo hacia el objeto, y viceversa.

Las actitudes no siempre presentan esa consistencia *afectivo-cognoscitiva* que se les supone. La razón es que muchos objetos son ambiguos y la persona sabe perfectamente que, si bien favorecen la consecución de ciertos objetivos, impiden igualmente la de otros.

Por otro lado, la consistencia *afectivo-conativa* es el grado en que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden. "Muchas orientaciones teóricas sugieren que las reacciones afectivas de la gente, generalmente, serán consistentes con sus comportamientos" (Ajzen, 1989).

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Dentro de las actitudes fundamentadas en la naturaleza motivacional, encontramos tres bases funcionales:

1. *La función defensora del yo*, consiste en una tendencia de las personas a evitar situaciones, personas, eventos, objetos o fuerzas incompatibles con el *yo* o con la auto imagen; del mismo modo que cualquier persona adquiere y mantiene actitudes hacia objetos que les protegen de la amenaza de reconocer sus limitaciones.
2. *La función expresiva de valores*, se refiere a la adquisición y mantenimiento de aquellas actitudes que expresan socialmente los valores que son congruentes con la auto imagen del sujeto. Las actitudes expresivas de valor tienden a fortalecer la auto imagen.

3. *La función cognoscitiva radica en proporcionar consistencia y estabilidad a lo que las personas perciben de su entorno. Cumplen la función de proporcionar un marco de referencia estable para comprender y adaptarse al mundo exterior.*

En consecuencia, la función cognoscitiva de las actitudes puede ser una especie de instrumento para obtener la información de una rutina de evaluación del objeto, o situación, y toma de decisiones. Por lo cual, se podría decir que, si se conoce qué función desempeña una actitud para una persona o grupo de personas, una forma de modificarla consistirá en conseguir que deje de cumplir esa función.

Las investigaciones de Fishbein y Ajzen (citados por Greenward, 1975) han establecido que las actitudes pueden —y lo hacen— predecir el comportamiento hacia su objeto. La actitud puede guiar el comportamiento hacia metas, o en contra de eventos aversivos (Breckleer y Wiggins, 1989; Morales, 1994). En este sentido una función sería ubicar un nivel evaluativo en el cual el sujeto se sitúa con relación al objeto. (Greenwald, 1989).

La actitud (especialmente en su componente cognitivo) sirve para fomentar la respuesta rápida por parte del individuo cada vez que el objeto sea presente. De no ser así, el sujeto se vería obligado a analizar cada cognición por el procesamiento de información. Así, el proceso cognitivo determina la estrategia que será tomada hacia el objeto (Pratkanis, 1989).

Otra función importante de la actitud es la evaluación de objetos del mundo social. Una evaluación del objeto permite orientar la acción del individuo (Morales, 1994; Breckler y Wiggins, 1989). La actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal manera que se recuerda mejor la información basada en la experiencia-historia personal del individuo. Esa selectividad en el aprendizaje se basa en procesos básicos como la percepción y la memoria; por otro lado, basándonos en la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1975), el sujeto busca información que concuerde con su actitud, y desecha la discordante; además, se recuerda mejor la información agradable y concordante que la desagradable y discordante. De esta forma, la actitud funge como elemento explicativo e interpretativo del mundo social. Esa selectividad crea un marco organizativo, en el cual, los eventos positivos son recordados mayormente y los negativos menos; aunque estudios como los de Judd y Kulik (citados por Pratkanis, 1989) afirman que, lo que se recuerda con mayor facilidad, son los polos, es decir, la actitud más positiva y la más negativa.

Las actitudes pueden concebirse como una reflexión individual de un medio social común, por lo tanto, no nos dicen mucho acerca de individuos que viven en el mismo medio, pero pueden ser informativas de sujetos pertenecientes a grupos sociales distintos (Jaspars & Fraser, 1984). Es decir, dado el carácter aprendido de la actitud. Ésta es reflejo de una tendencia actitudinal compartida por el grupo social, y no es reflejo *per se* de la actitud individual como respuestas individuales basadas en representaciones colectivas. Incluso, funcionan como medios para comunicar características personales o valores de los sujetos, además de que, en cierto sentido, las actitudes protegen al individuo de pensamientos e impulsos dañinos (Beckler y Wiggins, 1989) o socialmente inaceptados.

También Pratkanis (1989) menciona otras funciones cognitivas de la actitud:

- La actitud determina la validez de un silogismo.
- La actitud responde positiva o negativamente hacia la persuasión.
- Atracción interpersonal (Byrne, 1971; citado por Pratkanis, 1989), en la cual los sujetos que comparten actitudes sienten atracción interpersonal entre ellos.
- La actitud puede llevarnos a la reconstrucción de eventos pasados.
- Consistencia entre actitud y comportamiento.
- La actitud puede ayudar a predecir eventos futuros.

LA ESTRUCTURA BIPOLAR DE LA ACTITUD

La estructura bipolar de la actitud se refiere a un modelo bajo el cual la actitud puede caer en un continuo positivo-negativo, donde se encuentra la evaluación actitudinal del objeto. Argumentos, creencias, conductas, etcétera, apoyan a esta o a aquella posición. Esto implica que una actitud positiva debe implicar los estatutos negativos de los objetos, y viceversa. La conclusión a la que llegaron Judd y Kulik (citados por Pratkanis, 1989) es, que la actitud contiene los elementos en uno de los polos, o puede estar en la propia posición, y también, puede estar en la opuesta. Esto genera un poco de ambigüedad, ya que la formación de una actitud implica el conocimiento acerca del polo opuesto, lo cual tiene razón de ser, ya que la actitud se genera a partir de la experiencia, y esa experiencia otorga

las herramientas necesarias al sujeto para establecer un juicio evaluativo a favor o en contra.

Un efecto de no-actitud, es decir, en la que el sujeto no tiene una tendencia, puede suceder, pero esto significa que existe una inexperiencia o indiferencia hacia el objeto actitudinal.

La actitud es un concepto bastante consistente y compacto, de manera que puede ser tratado como una unidad. Pero, dentro del campo de la investigación se han tenido diversos problemas para acercarse a las actitudes. Por un lado, en la vida real es difícil separar una actitud de otra en una situación dada: "Esperando que las actitudes predigan el comportamiento hacia sus objetos, los investigadores frecuentemente han asumido que una sola actitud puede ser operativa en la situación en la que la investigación se centra" (Greenwald, 1975). Esto obviamente significa que puede ser poco puntual en la definición del objeto actitudinal, y, por otro lado, que se obvie la existencia de varias actitudes que influyen la acción.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS SUJETOS

Los criterios de evaluación (Shiffman, 1987) son una serie de consideraciones que funcionan como antecedentes de las actitudes que los individuos utilizan para comparar y considerar los objetos, situaciones y servicios. Estas consideraciones están constituidas, a

su vez, por las características de los objetos, situaciones y servicios tales como su beneficio, duración, utilidad, etcétera. Son un antecedente de las actitudes los criterios de evaluación que conducen a la toma de decisiones y a la motivación del sujeto por el objeto, y los beneficios que le llevan a formarse una actitud ante aquéllos.

Es necesario determinar cómo dichas características del objeto, o beneficio, son percibidas por el sujeto y actúan como criterios de evaluación. La realidad del sujeto es su percepción o interpretación de los objetos y de las circunstancias que lo rodean. Esta realidad incluye las características que lo rodean, las características percibidas de todo lo que existe, y también, de todo en lo que el sujeto se interesa o busque.

Los criterios de evaluación utilizados por una persona, y la importancia relativa de sus especificaciones, pueden cambiar según las circunstancias que pueden asumir dos formas: las situaciones ambientales y las diferencias que se generan en las experiencias propias y las de otros.

El modo de adquirir estos criterios es el aprendizaje dispuesto por otras personas de su medio social. El aprendizaje de comportamientos específicos es dispuesto por una persona o por diversos agregados sociales en la forma de información, asociación entre estímulos que realiza la persona que enseña a otra, la personalidad del aprendiz es una importante variable moderadora del aprendizaje.

Asimismo, el nivel de participación del sujeto sobre el grado de procesamiento de información puede, por lo tanto, afectar la dirección de la relación actitud-comportamiento, es decir, las actitudes preceden o siguen al comportamiento.

CAPÍTULO V

EXPECTATIVAS

En todas las épocas, los humanos se han entregado a la búsqueda de esperanzas. Vivir sin esperanzas es casi insoportable, y la orientación "expectante" se forma tanto en nosotros como en los demás seres vivientes.

Todos los hombres viven sólo una vez, y todos pasan por la vida con determinadas esperanzas. Es común en todos estar inseguros y no saber jamás, exactamente, qué se puede esperar. Algunos tienen motivos para dudar o, incluso, para desesperarse, como los casos donde se experimenta algún fracaso en el cumplimiento de sus más importantes esperanzas o expectativas; o cuando la perspectiva de futuro aparecen, de antemano, sin esperanza.

¿Qué aguardamos? ¿Qué esperamos? Expectativas y esperanzas adoptan las más disímiles formas y pueden dirigirse hacia las metas más diversas.

En los años en que la vida comienza a organizarse, cada vez más esperanzas reemplazan las expectativas que prevalecían en la niñez. Es decir, la certeza que anticipa lo futuro disminuye cuando el cumplimiento de objetivos está condicionado por un gran número de circunstancias externas.

No pocas veces, con el curso de los años, las expectativas y esperanzas primitivas se transforman en dudas, y bajo ciertas circunstancias, esas dudas desembocan en desesperación pasajera o permanente.

Esa duda y esa desesperación pueden ser de los más diversos tipos. Pueden afectar la capacidad de vida o de rendimiento; pueden depender de las condiciones materiales de vida o, también, quebrantar las convicciones a ciertos valores en los que siempre se ha creído.

Con mucha frecuencia son dudas sobre el propio cuerpo, la propia perseverancia o el propio valor. A menudo, los hombres advierten que ciertas expectativas, en las que estaban de por medio sus propias capacidades, se manifiestan como falsas; o bien, comprueban que no tienen la fuerza para superar este o aquel obstáculo, ni para salir airosos de tal o cual prueba impuesta a su perseverancia; o, incluso, sienten en lo más profundo de su interior que han llevado una vida sin valor y no tienen derecho alguno a las realizaciones y cumplimientos.

Desde el comienzo de su vida, el hombre está referido a ciertas acciones recíprocas con el medio ambiente, podemos hablar de una "anticipación" o de una "expectativa" de lo venidero. Esta "expectativa" comienza a manifestarse en procesos biológicos, y sólo, poco a poco, se hace valer psicológicamente. La primera forma de expresión de dicha expectativa que se hace en un primer momento es inconsciente, y luego consciente, a esa vivencia se le denomina *afán* o *impulso*. En el afán o impulso se dan las primeras y más

importantes expectativas vitales (lo que necesitamos para nuestro bienestar corporal o psíquico), como la necesidad de nutrición, sueño, aire, afecto y sexualidad.

Todos los hombres tienen, desde que nacen, ciertas necesidades, y por lo mismo, continuas experiencias. Estas experiencias, que pueden ser favorables o desfavorables, llegan a contribuir, de muy diversas maneras, a las expectativas de su futuro. Muchos fracasos vitales son la consecuencia de que los hombres carezcan de orden interno, de que no sepan exactamente qué es lo que quieren, en qué deben creer verdaderamente y qué modo de vida deben elegir. De este modo, sus expectativas de cumplimiento vital resultan defraudadas.

DEFINICIÓN

Expectativa: (Del latín *expectatum*,., esperar), “Cualquier esperanza de conseguir una cosa, si se depara la oportunidad que se desea”. (Diccionario Espasa).

Awler, E. E. y Suttle, J. L. consideran a la expectativa como “la percepción de una asociación entre el esfuerzo y el desempeño” (Milton, 1992).

En la consideración anterior es importante observar que la expectativa está basada en las percepciones de la persona, las cuales no necesariamente coinciden con la realidad de la situación. Es decir, es la estimación del sujeto con respecto a su capacidad de obtener alguna meta específica de desempeño. Como un ejemplo, un trabajador que percibe un bajo

grado de asociación entre el esfuerzo personal y el nivel resultante de desempeño, no estará muy motivado para conseguir metas de desempeño, puesto que los intentos efectuados para tal efecto probablemente serán inútiles.

En 1979, Atkinson menciona que la "expectativa" es como una anticipación cognitiva normalmente activada por los indicios de una situación en que la realización de un acto será seguida por alguna consecuencia particular. La fuerza de una expectativa puede ser representada por la probabilidad subjetiva de la consecuencia de un acto dado.

Esta variable incluye un componente cognitivo. Esto se refiere a que cuando existe una expectativa se tiene una anticipación del conocimiento, que se anima, generalmente, por ciertos indicios en una situación que hacen prever que alguna acción será seguida de alguna determinada consecuencia.

En 1990, Vroom habla de que, "la expectativa es la probabilidad, esfuerzo-recompensa". Ésta es la probabilidad subjetiva del individuo que dice: dirigir determinada cantidad de esfuerzo hacia la ejecución efectiva de una labor dará como resultado cierta recompensa o un resultado valuado positivamente. Esta probabilidad de esfuerzo-recompensa está determinada por dos probabilidades subjetivas secundarias: la probabilidad de que las recompensas dependan del desempeño, y la probabilidad, de que el desempeño dependa del esfuerzo".

Es importante señalar que cuando nos referimos a la probabilidad, las recompensas dependen del esfuerzo. Estamos hablando de probabilidad percibida o esperanza subjetiva, y no de probabilidades reales. Por tanto, para identificar las expectativas, necesitamos una estimación hecha por el propio individuo de lo que él cree que son probabilidades o expectativas, esto es, percepciones de las relaciones entre el camino (esfuerzo), y la meta (recompensa). Estas percepciones se pueden obtener directamente de las probabilidades de esfuerzo-recompensa o combinando las dos probabilidades secundarias, esto es desempeño-recompensa y esfuerzo desempeñado; en donde el esfuerzo se refiere a la cantidad de energía que un individuo invierte en determinada situación.

Cols y Vroom (1990), consideran a las expectativas como:

- “Decisiones conscientes de los individuos (en una situación escolar, de trabajo, o de espacio vital total) para comportarse de ciertas formas.
- Valores individuales con respecto a la elección de resultados deseados.
- Percepciones individuales relativas a la cantidad de esfuerzo requerido para lograr un resultado específico.
- Percepciones individuales con respecto a la probabilidad de ser recompensado por alcanzar un resultado deseado.”

De las consideraciones anteriores se puede decir que las expectativas implican que las personas puedan procesar la información disponible conscientemente, para luego,

comportarse de la manera en que puedan obtener el máximo resultado posible sobre su inversión de esfuerzo. Esto es intuitivamente atractivo.

Una expectativa predispuesta en el individuo se convierte en necesidades de las que, a su vez, resultan objetivos.

Por medio de la experiencia, las personas aprenden a asignar valores diferentes a las recompensas disponibles y diversos niveles a las recompensas ofrecidas.

Así mismo, desarrollan estimados de expectativas o buscar instrumentos para medirlas mediante experiencias y observaciones directas. Como consecuencia, los sujetos realizan una especie de análisis de costo-beneficio para su propio comportamiento ante el objetivo. Si el beneficio estimado justifica el costo, entonces los individuos probablemente aplicarán más esfuerzo (Davis y Newstrom, 1991).

Hampton R. David y Summer E. Charles (1989), consideran que "la gente se comporta de determinada manera porque percibe que ese comportamiento le traerá la recompensa deseada. A esto, se le llama expectativa o esperanza". Ellos sostienen que una persona que desempeñe alguna actividad cree que con su actitud obtendrá lo que desea y que esto le permitirá hacer lo necesario para realizar sus deseos y así, dejarle una ganancia neta.

Buhler Charlotte (1985) explica que la expectativa es “todo aquello que conlleva al hombre a tener una esperanza”. Es decir, todo aquello que el hombre aguarda, espera o desea. Y las clasifica en cuatro tipos:

1. *Satisfacción personal de necesidad:* tienen que ver con los estados de ánimo y sentimientos. Significa que esperamos la posibilidad de estar destinados a conseguir lo que necesitamos para nuestro bienestar corporal y psíquico.
2. *Capacidad y tendencia a la adaptación autorestrictiva:* se refieren a la resolución de dificultades que se afrontan tanto en el presente como en el futuro. Ajustarse a las situaciones.
3. *Capacidad y tendencia a la expansión creadora:* tiene que ver con la satisfacción del sentimiento de haber procedido correctamente, y se resume en el concepto de rendimiento.
4. *Mantenimiento del orden interno:* la conciencia de haber vivido correctamente. Es decir, conciencia moral y sentido religioso, mismos que han de lograr que nuestra vida interior se regule mediante principios y valores.

El mantenimiento del orden interno se basa en dos principios. El primero es el ordenador inconsciente que se refiere a la elección ordenada de algún tipo de preferencia. El segundo, el principio de cumplimiento: el cumplimiento de todo tipo de deberes y tareas auto impuestas (Buhler, 1985).

Concluimos que el concepto de expectativa se define de acuerdo a los objetivos de esta investigación como: una anticipación que requiere de esfuerzo en cualquier actividad para la obtención de recompensas o beneficios esperados en la satisfacción de necesidades u objetivos.

TRANSFORMACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

Primero, la transformación de las expectativas y metas vitales depende del influjo del crecimiento, maduración y envejecimiento; influjo que implica modificaciones biológicamente condicionadas, de aquello que un hombre todavía puede esperar de la vida en diferentes edades. Luego, son co-condicionantes, el mundo circundante y la enseñanza: mediante estos dos factores, determinadas posibilidades pueden ser, o bien, realizadas, o bien, excluidas. Y por último, la singularidad de la personalidad del individuo lo hace reaccionar de diversas maneras.

Las expectativas de un p rvaro se refieren principalmente al futuro más próximo.

A la edad de la escuela primaria y en la pubertad, las expectativas comienzan a hacerse más extensivas, tanto en lo que concierne al tiempo de la espera misma como al momento del cumplimiento al que se refieren. Sin embargo, las expectativas y tendencias son vagas e indeterminadas.

A partir de sus investigaciones, Bühler (1973) concluye que "en cualquier edad entre los diez y veinte años, se adopta una concepción de la *vida como un todo* y, por eso, un plan que se refiere a la vida como totalidad. Mientras que en la infancia los objetivos de la primera fase de la vida son por regla general a corto plazo, en la segunda fase de la vida de los jóvenes encontramos los primeros cálculos de objetivos a largo plazo, objetivos que abarcan la vida entera. Normalmente estos objetivos no deben entenderse como provisorios y ni como ensayos".

Las nuevas orientaciones provocadas por uno mismo durante los treinta o los cuarenta años de edad (o más) se viven, generalmente, como frustraciones, pues una persona siente de alguna manera, a esos años, la obligación de estar *estabilizada* en la vida —estabilizada en el sentido de que se ha producido un arraigo en una determinada situación vital—. Esta situación vital debería, idealmente, garantizarle al individuo dicha, satisfacción y darle la oportunidad de crear, en la vida familiar y profesional, *valores vitales* mediante la acción constructiva.

Personas que a edad avanzada todavía se dedican a sus intereses o se mantienen de alguna manera activos, esperan para su cumplimiento vital algo más que una existencia asegurada o tranquilidad: quieren participar aún en las aspiraciones y creaciones humanas y contribuir a ellas en alguna medida. Hablan de sus vidas con más entusiasmo que aquéllos que están demasiado enfermos o demasiado cansados como para conducirse activamente. Pero estas últimas no parecen estar impedidas en su más amplio desarrollo humano por defectos, cualesquiera que sean estos, sino, sobre todo, por la carencia de intereses.

Por tanto, las vivencias más importantes de la última fase de la vida son:

- El sentimiento de cumplimiento.
- La resignación.
- La conciencia del fracaso.

En ocasiones, las personas abrigan expectativas no realizadas hasta el término de sus vidas. Con frecuencia parecen tener vivencias decisivas. Muchas esperan la muerte con angustia y depresión. Otras, especialmente quienes creen en una vida más allá de la muerte, están menos ocupados en el problema del término de la vida que en la inquietante cuestión acerca de si estarán destinadas a la vida eterna. Otras, a su vez, muestran resignación ante la inevitable conclusión de su existencia.

Pensadores profundos como Wilhelm von Humboldt, Carl Jung o Rainer Maria Rilke ven en la muerte el cumplimiento del sentido de la vida, para la cual, uno debería estar tan maduro como para otras tareas y fases de la vida.

TENDENCIAS FUNDAMENTALES Y TEMA DE VIDA

La mayoría de las personas no saben lo que quieren hacer ni lo que debería hacer realmente. Jamás han aprendido a entenderse a sí mismas ni a examinar a fondo, y con claridad, sus deseos y deberes. El principio moralista más importante de la psicología humanista que se pretende alcanzar es, orientar a las personas para que aspiren a un mejor

desarrollo de sus posibilidades o potencialidades, y esto, de tal manera que le hagan justicia (de la mejor manera posible) a la satisfacción de sus propias necesidades, lo mismo que a sus capacidades expansivas creadoras, mientras se adaptan (tanto como sea necesario) y luchan por valores y convicciones que sirvan a la humanidad.

Desgraciadamente, las condiciones de vida de muchas personas están constituidas de tal manera que, desde el comienzo, exigen un desarrollo inarmónico de las tendencias fundamentales y una fijación en metas unilaterales, especialmente cuando las disposiciones, de antemano, son desfavorables.

Como en todas las personas que siguen desconsiderada y brutalmente sus propias apetencias, la tendencia a la propia satisfacción de necesidad es extraordinariamente fuerte, de modo tal, que reprime todas las demás tendencias.

EXPECTATIVAS DEL PROPIO SÍ MISMO.

En primer lugar, un hombre quiere agradarse o estar conforme consigo mismo. La falta de amor y la falta de participación son, con frecuencia, la razón del auto rechazo. En la mayoría de los casos, la cusa principal, como lo ha mostrado la psicoterapia, radica en que un individuo que no se acepta, es porque no ha recibido, desde el comienzo de su vida, por parte de su madre, el tipo de amor que le permitiría vivirse como valioso y digno de amor.

La segunda expectativa se conecta con nuestra tendencia fundamental, la de la adaptación auto limitativa. Se trata de aquellas cualidades del sí mismo que se expresan en la relación con las demás personas, por ejemplo, en el deseo de saber de sí mismo que uno es apreciado, bien visto, reconocido, respetado, quizá hasta admirado. Para la mayoría de las personas el sentirse seguro depende, en gran parte, de la manera cómo los demás personas reaccionan ante ellas; es relativamente escaso el número de personas seguras de su valor que renuncian al reconocimiento y, con la conciencia de obrar correctamente, pueden avanzar y continuar sin reconocimiento.

Un tercer grupo de expectativas referidas al *sí mismo* concierne a la tendencia fundamental de la expansión creadora. En conexión con esta tendencia, un hombre quiere tener conciencia de que puede pensarse ser una persona hábil, activa, eficaz en el mundo; que puede confiar en su rendimiento; confiar en su persona y confiar en lo que vale.

Y un cuarto grupo de expectativas vinculadas a este tema, se refiere a la tendencia fundamental: el orden interno.

Aquel que quiera ganar su propia estimación y creencia, debe vivir de acuerdo a sus principios y a sus convicciones.

CAPÍTULO VI

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los factores de personalidad, las creencias, la actitud, expectativas y la forma de percibir la enfermedad y el tratamiento ejercen una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento de rehabilitación de pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria?

OBJETIVOS

General.

Determinar y comparar si los factores de personalidad, las creencias, la actitud, las expectativas y la forma de percibir la enfermedad y al tratamiento tienen algún tipo de influencia en la adherencia al tratamiento de rehabilitación en dos grupos de pacientes con IRC en programa de Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria (DPCA).

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis Conceptual

1.-Habrán diferencias entre los factores de personalidad, las creencias, la actitud, las expectativas y la forma de percibir la enfermedad y al tratamiento el paciente renal entre un

grupo de pacientes con mala adherencia y uno con buena adherencia al tratamiento de rehabilitación de DPCA.

Hipótesis de Trabajo

H1.- Habrá una relación entre los puntajes del 16 PF, el tipo de creencias, actitud expectativas, y percepción de la enfermedad y del tratamiento, obtenidas en un instrumento elaborado ex profeso y el número de infecciones y hospitalizaciones (Adherencia).

VARIABLES

INDEPENDIENTE

1. Definición conceptual:

- a) *Rasgos de personalidad*: Patrones de relativa consistencia y durabilidad de percepción, pensamiento, sentimiento y comportamiento.
- b) *Creencias*: Firme asentimiento y completo crédito que se le da a una cosa.
- c) *Percepción de la enfermedad*: Proceso organizativo e interpretativo del conjunto de datos relacionados con la enfermedad del paciente.
- d) *Actitud*: Concepto descriptivo inferido de la observación de la conducta, ya que por sí mismos no son observables ó posibles de medir.
- e) *Percepción del tratamiento*: Proceso organizativo e interpretativo del conjunto de datos relacionados con el tratamiento que recibe el paciente.
- f) *Expectativas*: Cogniciones del sujeto relacionados a lo que espera de la vida futura.

2. Definición operacional:

a) *Rasgos de personalidad*: Puntajes obtenidos en el 16 PF.

b) *Creencias*: Respuestas dadas por el sujeto a la "Guía de entrevista" elaborada ex profeso (ver anexo).

c) *Actitud*: Respuestas dadas por el sujeto a la "guía de entrevista" elaborada ex profeso (ver anexo).

d) *Percepción de la enfermedad*: Respuestas dadas por el sujeto a la "Guía de entrevista" elaborada ex profeso (ver anexo).

e) *Percepción del tratamiento*: Respuestas dadas por el sujeto a la "Guía de entrevista" elaborada ex profeso (ver anexo).

f) *Expectativas*: Respuestas dadas por el sujeto a la "Guía de entrevista" elaborada ex profeso (ver anexo).

DEPENDIENTE

Definición conceptual:

Adherencia: Es la forma en como evoluciona el paciente con el tratamiento, reflejándose en un estado de bienestar, disminución de sintomatología (o de su intensidad) asociada a la enfermedad, control de la presión arterial, control del estado volumen circulante, estado anímico apropiado, rendimientos físico e intelectual y relaciones sexuales adecuadas. Ausencia de infecciones que puedan requerir hospitalización.

Definición operacional:

Evolución en el tratamiento: Número de infecciones y hospitalizaciones que tiene el paciente renal en un periodo de 1 año aproximadamente. Esta variable para mejor manejo y conveniencias del presente estudio se dividirá en:

a) *Buena adherencia:* Un número de 3 o menos hospitalizaciones y 2 peritonitis en un periodo de 1 año.

b) *Mala adherencia:* Un número de más de tres hospitalizaciones y más de 2 peritonitis e infecciones de catéter en un periodo de 1 año.

SUJETOS

Para los fines de esta investigación se trabajó con dos grupos de sujetos adultos de ambos sexos, cada uno constituido por 15 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. La elección de los sujetos que participaron fue por muestreo no probabilístico de sujetos tipo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Ambos grupos tienen las siguientes características:

a) Pacientes atendidos por el servicio de Nefrología del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro".

b) Estar en el protocolo de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

c) Llevar entre 10 a 14 meses de tiempo de estar en DPCA.

d) Estar entre 50 a 70 años de edad.

e) Nivel socioeconómico medio.

Uno de los grupos además de cumplir con los requisitos anteriores está conformado por pacientes que tienen constantes hospitalizaciones por infecciones, y disfunciones de catéter. Mientras que el otro grupo está conformado por aquellos pacientes que médicamente han tenido un curso óptimo de su tratamiento (ver definición operacional de variables).

INSTRUMENTOS

a) Materiales:

- Grabadora.
- Lápiz y papel.
- Casetes.

b) Instrumentos:

- Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos: Este instrumento fue elaborado tomando en cuenta el contenido de otros cuestionarios similares y se creo con la finalidad de contextualizar la muestra.

Se elaboró una entrevista semiestructurada o focalizada en base a una guía que debe ser cubierta, permitiendo así, a los entrevistados moldear y/o ampliar el contenido del diálogo. La guía esta compuesta por 10 preguntas, donde se abordan con dos preguntas continuas: percepción, creencias, expectativas y actitud. Se incorporo el concepto de

percepción en la entrevista, para poder darle mayor sustento a las interpretaciones a actitud, creencias, y expectativas.

- Se aplicó el cuestionario de 16 factores de la personalidad para identificar si existen algunas características de personalidad que puedan influir en el tratamiento. Esta prueba está basada en un fundamento empírico de análisis factorial de varias investigaciones con miles de reactivos quedando finalmente los que aprobaron un proceso de validez significativa y confiabilidad comprobadas a través de correlaciones test-retest a corto plazo y reaplicación después de un tiempo prolongado. Estas investigaciones fueron "dirigidas a localizar importantes fuentes de los rasgos de una forma unitaria, independiente y pragmática tanto en las clasificaciones como en los cuestionarios fuentes de los rasgos (factores) que afectan la conducta de la personalidad, ejemplo: Inteligencia, estabilidad emocional, superyo, fuerte impetuosidad y dominancia. Se eligió esta prueba por su evaluación por factores, para así poder hacer una diferenciación más precisa en la presente investigación, además que requiere menos tiempo de aplicación, en relación a otras. Con respecto a la confiabilidad en México se encontró que los factores: B, C, E, F, G, H, I, L, O, Q1, Q2, Q3, y Q4 tienen una correlación significativa a nivel de .01. Los factores A y M presentan una correlación significativa a nivel del .05 y el factor N no presenta correlación significativa. (Gravioto, 1971)

Las calificaciones en cada una de las escalas del 16PF fluctúan del 1 al 10, las calificaciones que caen en el rango de 4 a 7 suelen considerarse promedio. Las calificaciones de 8 a 10 caen a la derecha de la escala, y por conveniencia se les llama el

polo "más" o "+" del factor. Las calificaciones entre 1 y 3 se encuentran a la izquierda de la escala, y se les llama el polo "menos" o "-" del factor. El cuestionario 16 FP como su nombre lo indica explora 16 factores o rasgos principales de la personalidad, que son:

- **EXPRESIVIDAD EMOCIONAL**

A + Sociabilidad:

Expresivo, afectuoso, complaciente, participante.

A - Soliloquia:

Reservado, discreto, crítico, apartado, inflexible.

- **INTELIGENCIA**

B + Inteligencia alta:

Pensamiento abstracto, brillante.

B - Inteligencia baja:

Pensamiento concreto.

- **LA FUERZA DEL YO**

C + Fortaleza Yóica:

Emocionalmente estable, maduro, se enfrenta a la realidad.

C - Debilidad Yóica.

Afectado por sentimientos, menor estabilidad emocional, perturbable.

- **DOMINANCIA**

E + Dominio:

Afirmativo, Agresivo, terco, competitivo.

E - Sumisión:

Sumiso, indulgente, obediente, dócil, servicial.

- **IMPULSIVIDAD**

F + Impetuosidad:

Despreocupado, entusiasta.

F - Retraimiento:

Sobrio, taciturno, serio.

- **LEALTAD GRUPAL**

G + Súper Yo Fuerte:

Escrupuloso, persistente, moralita, juicioso.

G - Súper Yo Débil:

Activo, desacata las reglas.

• APTITUD SITUACIONAL

H + Audacia:

Aventurado, desinhibido, gusto por conocer gente.

H – Timidez:

Recatado, tímido, reprimido.

• EMOTIVIDAD

I + Sensibilidad Emocional:

Sensible, inseguro, dependiente, sobreprotegido.

I – Severidad:

Realista, confiado en sí mismo, calculador.

• CREDIBILIDAD

L + Desconfianza:

Desconfiado, suspicaz.

L – Confianza:

Confiado, acepta condiciones.

• ACTITUD COGNITIVA

M + Subjetividad:

Imaginativo, bohemio, distraído.

M – Objetividad:

Práctico, tiene preocupaciones reales.

• SUTILEZA

N + Astucia:

Astuto, mundano, socialmente consciente.

N – Candidez:

Ingenuo, sin pretensiones, sincero pero socialmente torpe.

• CONCIENCIA

O + Propensión a la Culpabilidad:

Aprensivo, autorrecriminante, inseguro, preocupado.

O – Adecuación serena:

Seguro de sí mismo, apacible, seguro, complaciente, sereno.

• POSICIÓN SOCIAL.

Q1 + Posición Social (Radicalismo):

Experimentador, liberal, pensamiento libre.

Q1 – Conservadurismo:

Conservador, respetuoso de las ideas establecidas.

- **CERTEZA INDIVIDUAL.**

Q2 + Autosuficiencia:

Autosuficiente, ingenioso, prefiere sus propias decisiones.

Q2 - Dependencia Grupal:

Dependiente del grupo, es un adepto y un seguidor ejemplar.

- **AUTOESTIMA.**

Q3 + Control:

Controlado, firme fuerza de voluntad, escrupuloso socialmente, compulsivo.

Q3 - Indiferencia a normas sociales:

Incontrolado, desconsiderado, sigue sus propios impulsos.

- **ESTADO DE ANSIEDAD**

Q4 + Tensión:

Tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado.

Q4 - Tranquilidad:

Relajado, tranquilo, no frustrado, sereno.

Cada reactivo se encarga de investigar solo un factor, es decir, no hay interdependencia entre los reactivos.+

El objetivo del 16 FP en sus 16 escalas es explorar las estructuras naturales de la personalidad y cómo se están desarrollando actualmente, esto se logra porque el cuestionario se basa en los conceptos básicos de la personalidad logrando, los autores, integrar para la medición los conocimientos teóricos y prácticos de diferentes campos: clínicos, educativos, industriales y de investigación básica, por lo que la prueba también puede ser usada en las mencionadas áreas.

TIPO DE ESTUDIO

Correlacional –Transversal

El estudio que se realizó es básicamente Correlacional Transversal de una sola medición, dado que el propósito es medir el grado de relación que existe entre la evolución del tratamiento del paciente renal en programa de DPCA y de los rasgos de personalidad, las expectativas a futuro, la forma de percibir la enfermedad.

DISEÑO

El diseño de la presente investigación es *no experimental correlacional, transversal de dos grupos relacionados*, ya que la población de donde se obtienen ambas muestras es la misma, pacientes de Nefrología del mismo hospital y programa, la única diferencia entre ellos es su historia médica.

PROCEDIMIENTO

Se elaboró la guía de entrevista, con la cual se realizó un piloteo de seis entrevistas con algunos de los pacientes; con lo cual se reformularon algunas preguntas de la entrevista que no eran claras.

Posteriormente, a partir del Servicio de Trabajo Social del hospital se obtuvo una lista con el nombre de los pacientes que cumplían con las características descritas en el

apartado de sujetos. Por este mismo servicio se les mandó llamar para que asistieran al departamento de Nefrología y para que la titular del proyecto realizara la aplicación de la Entrevista; en caso de que el paciente estuviera hospitalizado, durante su internamiento se le realizó la invitación. Principalmente se les explicó que se trataba de un estudio acerca de DPCA, y se les solicitó su colaboración.

A aquellos pacientes que respondieron afirmativamente y accedieron a ser entrevistados se les llevó a un lugar donde no hubiese interrupciones, se les recordó que toda la información que proporcionarían era confidencial y anónima y se les pidió su autorización para ser audio grabados.

En primer lugar se procedió a llenar el cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 1), para poder hacer rapport, y al finalizar se continuó con la aplicación del 16 PF, para posteriormente formular las preguntas de la entrevista ya estructurada (anexo 2), haciendo ajustes, reformulaciones y aclaraciones en caso de que fuera necesario.

Cabe aclarar que las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Para evitar el cansancio del paciente, en caso requerido se le citaba por segunda ocasión para así finalizar. Finalmente se les agradeció su participación.

Posteriormente, la información obtenida a través de las entrevistas grabadas fue transcrita y por consiguiente convertidas en texto, para poder analizar la información.

Una vez realizado esto, dicho texto fue sometido al proceso de codificación, con el cual el material, ya fuese una palabra, una frase o una sección de texto, dio lugar a la formación de subcategorías específicas (ilustradas con respuestas típicas dadas por las participantes), las cuales, a su vez, originaron categorías más generales significativas. Este procedimiento se efectuó para cada pregunta de la entrevista.

Por último, es necesario indicar que en la descripción de los resultados y análisis de los mismos, las categorías generales antes mencionadas se ubicaron dentro de los indicadores.

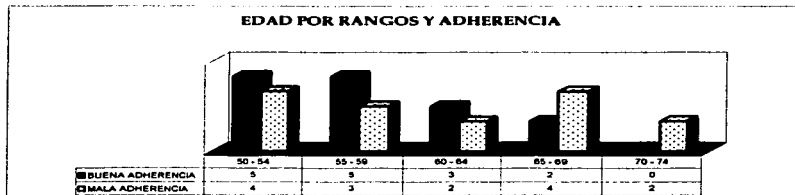
CAPÍTULO VII

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

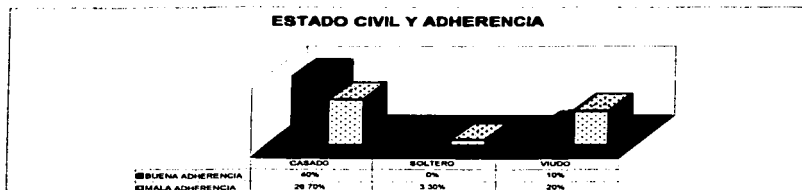
A continuación se presentan solo aquellos datos que resultaron significativos o al menos requieren de nuestra atención.



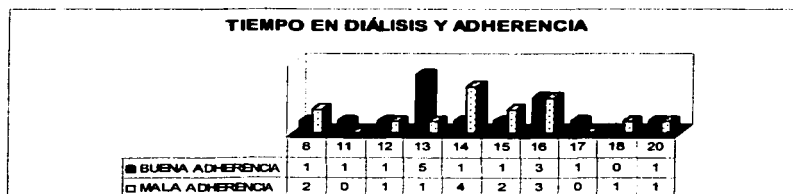
Por lo que respecta a la edad, los rangos más notables son los de 50-54 y 55-59 que juntos abarcan un 56% de la población, lo cual significa que esta población es la que más se encuentra afectada, siendo posiblemente porque recién ha dejado de ser productiva laboralmente o está próxima a serlo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.



Con respecto al estado civil, el mayor porcentaje de la muestra está casado, es bajo el porcentaje perteneciente a mala adherencia, y la viudez ocupa un lugar predominante en la mala adherencia, dado que al encontrarse solo puede perder esperanzas, se desanima y descuida las indicaciones del tratamiento.



En cuanto al tiempo de permanencia en el programa de diálisis, la mala adherencia se encuentra principalmente entre los catorce y dieciséis meses y predomina una buena adherencia después del 12º mes; sin embargo, llama la atención como se disparan las cifras de mala adherencia en el mes siguiente. Pensamos que esto tendría que ver con la importancia que se le dan los pacientes al primer aniversario de tratamiento.

PRUEBAS DE HIPÓTESIS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

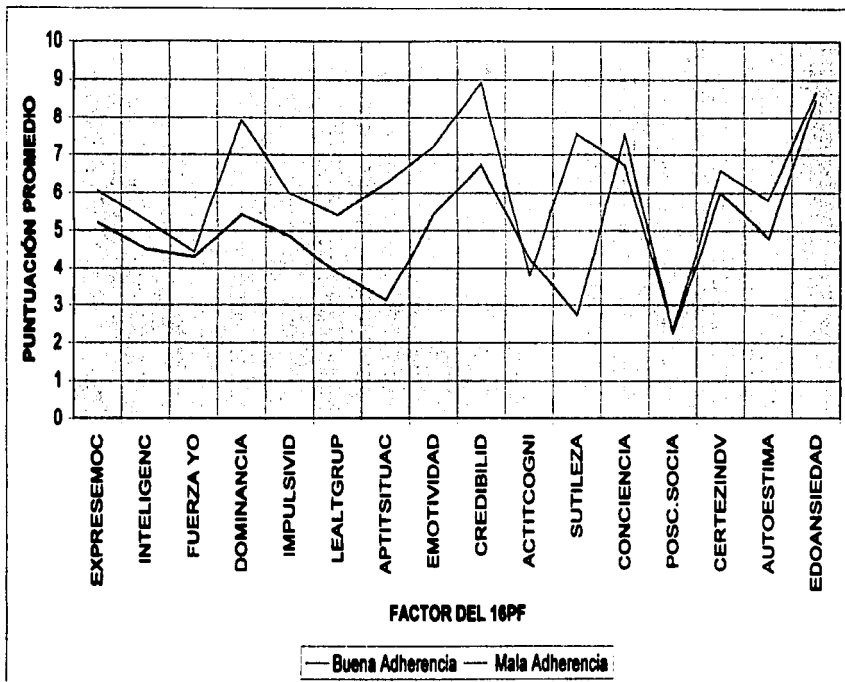
Para la hipótesis sobre la variable de características de la personalidad se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, reportantose lo siguiente:

(Los valores resaltados son los que obtuvieron significancia al .05).

FACTOR DEL PF	Media	Desv. Estándar	Mín	Máx	Media en Buena Adherencia	Media en Mala Adherencia	Nivel de significancia
EXPRESIEMOC	5.633	1.450	2	8	5.20	6.06	.1679
INTELIGENC	4.900	1.749	1	9	4.53	5.26	.2740
FUERZA YO	4.400	1.303	2	7	4.33	4.46	.7492
DOMINANCIA	6.500	2.113	2	10	5.40	7.93	.0003
IMPULSIVID	<u>5.367</u>	<u>1.829</u>	<u>1</u>	<u>9</u>	<u>4.86</u>	<u>6.00</u>	<u>.0597</u>
LEALTGRUFA	4.633	1.273	1	6	3.86	5.40	.0004
APTITUAC	4.967	1.608	2	7	3.13	6.26	.0000
EMOTIVIDAD	6.400	1.653	3	10	5.40	7.20	.0082
CREDIBILIDA	7.833	1.577	5	10	6.73	8.93	.0002
ACTITCOGNIT	3.767	1.278	2	6	4.26	2.73	.0393
SUTILEZA	5.300	2.277	2	10	3.80	7.53	.0003
CONCIENCIA	7.133	1.570	2	9	7.53	6.73	.0789
POSCSOCIA	2.300	1.725	1	6	2.26	2.33	.0982
CERTEZINDIV	6.300	1.512	3	10	6.00	6.60	.3787
AUTOESTIMA	5.300	1.442	2	8	4.80	5.80	.0384
EDOANSIEDAD	8.567	1.305	5	10	8.46	8.66	.1283

Como puede observarse fueron 8 los factores que salieron significativos al .05 con respecto a las medias de cada grupo. Y aunque no salio significativo al .05 el factor de impulsividad, habrá que observar su posible comportamiento o influencia.

PERFIL DE PERSONALIDAD Y ADHERENCIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Buena Adherencia:

F - : Vergonzoso, tímido, sensible a las amenazas, humilde, fácilmente manejable, dócil, cauteloso, precavido, miedo a cometer errores.

G - : Experimental, liberal, asertivo, ansioso porque los resultados de sus transgresiones sociales les caen encima, evitan el castigo, indiferente a las reglas sociales.

H - : Se adhieren a la certeza y predictibilidad, serios, preocupados, se alteran con facilidad, tratan de conducirse bien y ser considerados con la sensibilidad de los demás.

N - : Genuino pero socialmente torpe, sociable, tiene una confianza ciega en la naturaleza humana, ingenuo.

O + : Personas inestables, con sentimientos de ineptitud para enfrentarse a la vida, personas con remordimiento, tímidos.

Q1 - : Dificultades para cambiar, solo la anticipación al cambio puede llenarlo de temores, a disgusto por cambios en su vida, prácticos, conservadores.

Q4 + : Tenso, frustrado, impulsivo, irritable. Deprimidos, impacientes, irascibles, y propensos a accidentes.

Mala adherencia:

E + : Suspica, difícil de engañar, desconfiado, escéptico, controlador, malos seguidores, sentimientos de superioridad.

F + : Intrépido, aventurero, desinhibido, agresivo, terco, competitivo, descuidado, narcisista, buenos iniciadores, malos finalizadores.

I + : Inquieto, inseguro, busca ayuda y compasión, individuos subjetivos, excesivamente emocional, que no resuelve bien sus problemas.

L + : Centrado en frustraciones, exige que las personas acepten la responsabilidad de los errores, irritable, propensos al estrés, confiado, agresivo, terco.

M - : Inquietado por intereses y hechos inmediatos, evita cualquier cosa a largo plazo, valoran lo concreto y sensatamente obvio, no hay tendencias a la introspección, respeta las ideas tradicionales.

N + : Astutos, sofisticados, toman en cuenta la etiqueta, y tienen cuidado de no ofender. Su conducta es autónoma e independiente de las gratificaciones y castigos. Su astucia social es para compensar su inseguridad social.

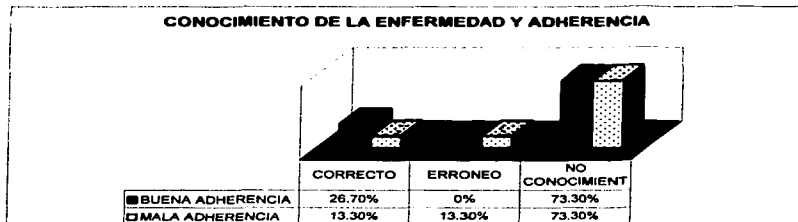
Q1 - : Dificultades para cambiar, solo la anticipación al cambio puede llenarlo de temores, a disgusto por cambios en su vida, prácticos, conservadores.

Q4 + : Tenso, frustrado, impulsivo, irritable. Deprimidos, impacientes, irascibles, y propensos a accidentes.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2. PERCEPCIÓN

La percepción es un proceso cognoscitivo fundamental para la adquisición de conocimientos, dentro del cual se incluyen el aprendizaje y el pensamiento. A partir de este concepto, se formularon las preguntas que evalúan el mismo.

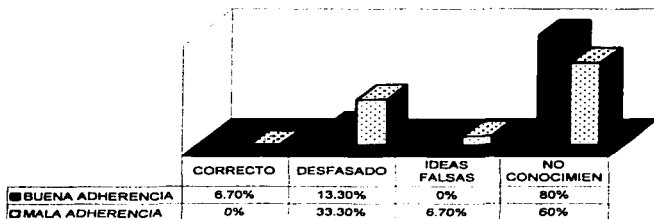


Las respuestas que se dieron a la primer pregunta ¿Sabe qué es la enfermedad renal? Se categorizaron en tres: a) conocimiento correcto (conteniendo respuestas como: es un deterioro del riñón por la diabetes), b) conocimiento erróneo (respuestas como se secan los riñones), y c) no conocimiento (simplemente reportaron no saber que es). Los resultados señalan que más del 70% de los pacientes no tienen conocimiento de lo que es la enfermedad en ambas muestras de la población. Mientras que para los pacientes con mala adherencia el poco conocimiento de la enfermedad que tienen es erróneo 13.3%.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

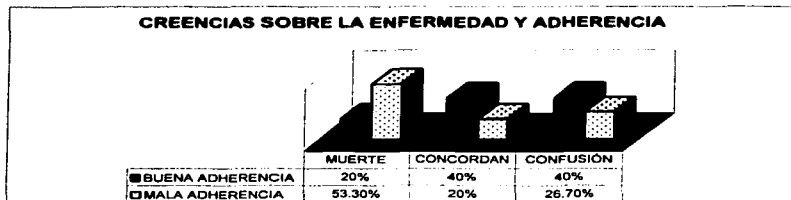
RESULTADOS.

CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO Y LA ADHERENCIA

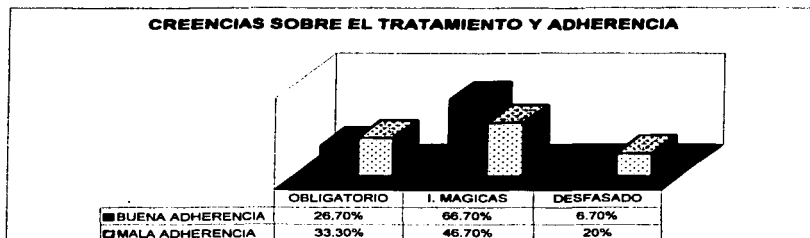


En la segunda pregunta ¿Sabe qué es o en que consiste la Diálisis?, las respuestas se clasificaron en: a) conocimiento correcto, b) conocimiento desfasado (antiguo), c) ideas falsas, y d) no conocimiento; teniendo como ejemplos: introducir líquido para limpiar la sangre de toxinas y desecha todo lo que el riñón ya no puede, andar con las bolsas colgando todo el tiempo, para que lave los riñones y uno no vive mucho, respectivamente. Los resultados muestran un aspecto interesante: un 80% de buena y un 60% con mala adherencia no tienen conocimiento sobre el tratamiento, sin embargo un 33% de pacientes con mala adherencia tienen un conocimiento desfasado y solo un 7% tiene un conocimiento correcto dentro de una buena adherencia.

3. CREENCIAS



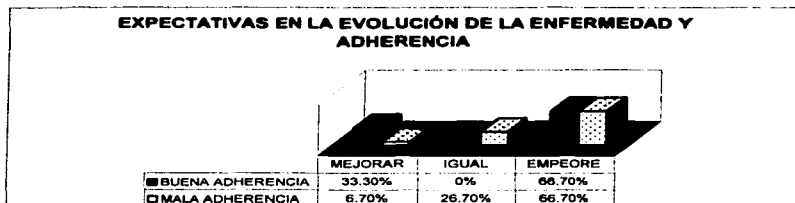
Para la tercer pregunta: usted antes de que le explicara el médico ¿qué había escuchado o que creía que era la Insuficiencia Renal? (creencias sobre la enfermedad). Las respuestas a esta pregunta se clasificaron en: a) muerte, b) concordante, y c) confusión; se clasificaron así, porque los pacientes reportan a la enfermedad como: “que me voy a morir”, “que es algo que ayuda al riñón”, y otros no hacen una separación entre el tratamiento y la enfermedad, respectivamente. Los resultados señalan que el 53% de la población con mala adherencia al tratamiento han obtenido una creencia fatídica, mientras que los pacientes con buena adherencia tienen un 40% de creencia que concuerda con la real o al menos no dista del concepto médico. Este mismo porcentaje lo observamos en la confusión entre tratamiento y enfermedad.



Para ¿cómo cree que funciona o que le han dicho sobre la Diálisis? (creencias sobre el tratamiento) se clasificaron sus respuestas en: a) un tratamiento obligatorio, pues los pacientes dicen: "sin el tratamiento me muero"; b) involucra ideas mágicas, tales como: "la diálisis se come todo por eso estoy débil"; y finalmente c) Desfasado, su creencia surge a partir del tratamiento antiguo "creí que era como cargar la bolsa", etc. Los resultados muestran algo muy curioso la mayor parte (66.7%) de las fantasías se encuentran relacionadas con los pacientes con buena adherencia, pero hay un 33% de los pacientes con mala adherencia que lo consideran como algo obligatorio.

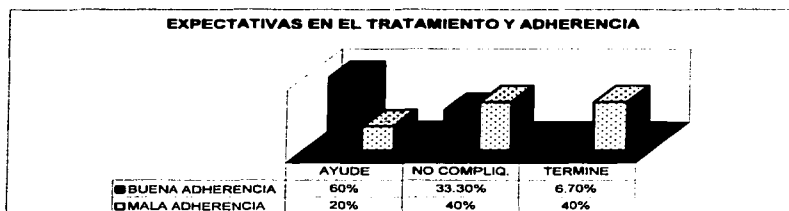
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4. EXPECTATIVAS.



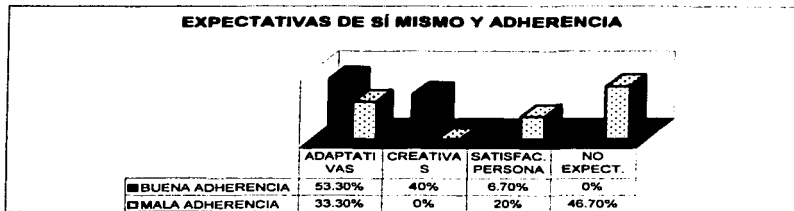
En ¿cómo espera que continúe la enfermedad? se clasificaron las respuestas en: a) mejorar, b) siga igual, y c) empeore; pues los pacientes dicen “que siga adelante, que la panza esta trabajando”, “que continúe como hasta ahorita, estable” y, “que cada día va peor, ya no puedo hacer nada”, respectivamente. Es muy notoria la diferencia que hay entre una expectativa positiva “que la enfermedad mejore” (33.3% en buena adherencia y un 6.7% en mala adherencia) y expectativas negativas “que va de mal en peor” (66.7% en ambos casos), mientras que solo un 26.7% espera que se mantenga estable solo en la muestra de mala adherencia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



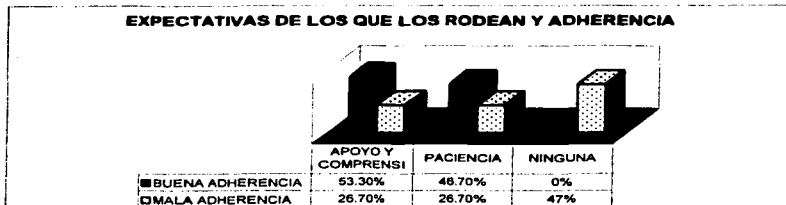
Por lo que respecta ¿cómo espera que continúe el tratamiento? Se clasificaron en: a) ayude a mejorar, b) sin complicaciones, y c) que termine; pues mencionan, respectivamente, por ejemplo: "poco a poco pueda volver a ser yo mismo mis cosas", "que siga trabajando normal, sin complicaciones" y "que me acorten la diálisis, pues es muy esclavizante". Se puede observar una gran diferencia entre la población de buena adherencia con un 60% en el pensamiento de que espera que el tratamiento le ayude, teniendo solo un 20% para mala adherencia. Mientras que hay un 80% de la población con mala adherencia que espera que el tratamiento termine o se reduzca la duración. Y solo un 6.7% de la buena adherencia expresando que esperan que se termine.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Para la pregunta de ¿qué espera de usted mismo como paciente renal dentro del tratamiento de diálisis? Respuestas como: "confío en poder realizar las actividades que antes hacía sin tanta ayuda", "espero arreglármelas, entrar a algo diferente, poder hacer algo", "realmente no espero mucho solo que esto no avance, para poder hacer algo" y, "no espero nada, yo se que en cualquier ratito termino"; estas respuestas se clasificaron en a) expectativas adaptativas, b) creativas, c) de satisfacción, y d) en la no existencia de expectativas propias. Y se puede observar que hay una gran inclinación de los pacientes con mala adherencia a no tener expectativas hacia sí mismos, observando casi un 47%, y un 33.3% en expectativas adaptativas; mientras que los de buena adherencia tienen se inclinan por expectativas adaptativas y creativas con un 93.3%.

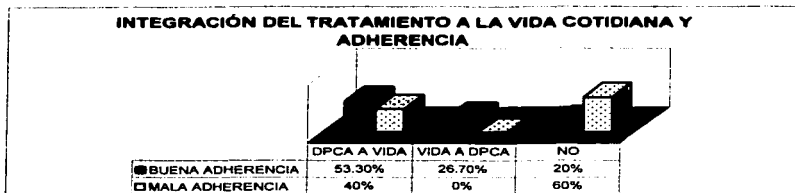
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Por lo que corresponde a las expectativas hacia los otros, es decir de aquellos que les rodean incluyendo al personal médico, se encontraron respuestas tales como: "solo que me sigan apoyando", "les pido que me tengan paciencia, mucha paciencia por que se que estoy insoportable", y "no espero nada, ni les pido nada"; respuestas que se clasificaron en: a) apoyo, b) paciencia, y c) ninguna, respectivamente. Y se encontró que nuevamente los pacientes con buena adherencia ya sea de una u otra forma aún mencionan esperar algo de los demás, puesto que saben que pueden ayudarlos, prevaleciendo las de apoyo y comprensión con un 53% y paciencia con 46%; mientras que los pacientes con mala adherencia casi la mitad (47%) no tienen ninguna expectativa, ni esperan nada de aquellos que están cerca de ellos. Pero si esperan aunque de manera mas disminuida apoyo y paciencia equitativamente (26% en cada una).

**TESTS CON
FALLA DE ORIGEN**

5. ACTITUD



Finalmente, en cuanto a la evaluación de cómo han logrado o intentado acoplar el tratamiento a su vida diaria, se dividieron las respuestas en: a) DPCA-vida (la vida la acomodaron de acuerdo al tratamiento lo requiere), b) vida-DPCA (el tratamiento lo adecuaron según sus necesidades diarias), y c) no integración (existe un rechazo total al tratamiento y por tal no han podido ni integrarse al mismo, ni lo han podido integrar a su vida). Se catalogaron así por las siguientes respuestas: “el tratamiento va bien, pero ya no salgo para evitar alguna infección”, “he logrado realizar todas mis actividades, sigo cuidando mis animales, pero cuido mi catéter”, y “ya me cansé todo el día estoy acostado y aun así me duele la panza”. Aquí hay algo muy interesante, pues podría esperarse ninguna respuesta de no integración en pacientes con buena adherencia, pero hay un 20%, y un 53% en DPCA-vida; pero, al no encontrar respuestas en la categoría de vida-DPCA, se podría decir que los de mala adherencia no se han intentado acoplar al tratamiento (al menos no de la forma idónea).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se intenta aportar información sobre la influencia que existe entre factores como; personalidad, expectativas, creencias, percepciones, y la adherencia al tratamiento de rehabilitación (DPCA).

Al analizar los **factores demográficos** de la muestra, se desprende que la mayor adherencia está en los sujetos que se encuentran en la década de los 50-60 años, posiblemente debido a que han cumplido algunas de sus metas y objetivos (como la trascendencia a través de los hijos), pero aún les quedan otras por cumplir. En tanto que en los pacientes que tienen 65 años o más presentan una mala adherencia, quizás ocasionado por el hecho de que han dejado de ser laboralmente productivos, y un porcentaje importante tampoco tienen actividades en su casa; sienten que son una carga para la familia, su estado anímico es malo, afectando de manera notable las capacidades para el cuidado de sí mismo, llegando a lo que no quieren: depender de la familia al 100%.

Estar viudo es otro factor importante, puesto que recordar la pérdida de la pareja aunada al proceso de pérdida de la salud, acentúan el sentimiento de soledad e incrementan la falta de interés por el cuidado propio ante la enfermedad y el tratamiento, todo lo cual provoca un deterioro gradual y total del deseo por la vida. Mientras que el saberse acompañado por la pareja (dependiendo también de la relación que guarden) permite que se

sientan apoyados y puedan expresar los cambios (tanto físicos como psíquicos) que sienten a causa de la enfermedad. Y la retroalimentación posibilite nuevas esperanzas.

Al revisar el tiempo de permanencia en DPCA, observamos que el decremento de adherencia es mayor después del primer año de tratamiento; Inclinándonos a pensar que probablemente los pacientes sopesan su experiencia en relación con las propias predicciones o esperanzas y las dadas por el personal médico. Recordando así, las investigaciones sobre suicidio en donde se ha encontrado que la mayor incidencia está al final de un aniversario o bien posterior a los festejos de año nuevo, debido al balance del cumplimiento de sus objetivos o metas.

Características de la personalidad: Considerando que Allport califica a la personalidad como una estructura que cambia e involucra a la mente y el cuerpo y se estructura por el pasado y es susceptible de cambios en el futuro, tenemos que... los pacientes que se han permitido cambiar o modificar sus respuestas de acuerdo a lo que están viviendo han logrado una mayor adherencia y una mejor calidad de vida. Por su parte, los pacientes que no han podido hacer esos cambios y lograr así una buena adherencia, se encuentran sumergidos en un profundo sentimiento de descontrol de la situación lo cual empeora su potencial pronóstico de vida.

El perfil de los pacientes con *buena adherencia* muestra sensibilidad a la amenaza, preocupación y facilidad para alterarse, al mismo tiempo que tratan de conducirse bien y son considerados a las expectativas de los demás. Y aunque tienen ciertas dificultades para cambiar y son muy impacientes e irritables (al igual que sus contrapartes de mala adherencia) el que depositen su confianza en los demás, su miedo a cometer errores y su

docilidad les facilita el poder seguir los lineamientos del tratamiento, así como sus respectivos cuidados.

Todo tratamiento médico requiere de que el sujeto sea sensible a su entorno, y manejable, y el miedo a cometer errores habla de que serán cuidadosos en lo que se les señale (por temor a las consecuencias) ya que el paciente tendrá que dejar una parte de sus hábitos y costumbres por lo que se le indique, cediendo un poco de control a aquellos que lo ayudarán a cuidarse (médicos, enfermeras, familia).

Mientras que los pacientes con *mala adherencia* corresponden a personalidades descritas como desconfiados, irritables, con muchos miedos al cambio, e irritables, sus emociones les impiden resolver bien sus problemas; se centran en las frustraciones inmediatas; y poseen poca capacidad de introspección. El ser desconfiados y una resistencia al cambio es una gran dificultad para lograr una buena adherencia, puesto que es necesario confiar, al menos un poco, en los demás para poder aceptar el tratamiento y cuidados inherentes.

Además, el no ser consistentes, implica que tal vez inicien el tratamiento con buena adherencia pero en cuanto se les presenta una dificultad (por mínima que esta sea) abandonan las indicaciones médicas.

Percepción: Para poder hablar de percepción se requiere saber si la población cuenta con los conocimientos suficientes para poder combinarlos con la experiencia, y en esta investigación se halló un alto porcentaje de no conocimiento tanto del tratamiento como de la enfermedad. Una posible explicación de este hecho, es que frente a lo agresivo

que perciben la situación procuran ignorar lo que les dice el médico, y así evitar ansiedad y conflictos.

La fantasía y la confusión influyen de manera importante en la forma en que los pacientes experimentan el tratamiento, y en el caso de aquellos con mala adherencia los impulsa a ver de una forma fatídica y pesimista lo que les está sucediendo en esos momentos, lo cual les impide tener la información y adecuarse a las expectativas médicas y evita cambiar sus premisas (creencias). Hay que tener en cuenta que, el paciente concibe al tratamiento como lo que le enferma, negando el tener una enfermedad base que amerita un tratamiento para tratar de aliviar, no de enfermar. De esta forma se genera una respuesta de los pacientes a la Diálisis que debilita las posibilidades de supervivencia.

Creencias: Otro tema que ocupa al presenta trabajo es conocer las creencias y su posible influencia en la adherencia del tratamiento de DPCA; así observamos que hay una enorme confusión sobre la enfermedad y que las creencias fatídicas se ven altamente relacionadas con la mala adherencia.

El hecho de que el paciente desconozca en que consiste verdaderamente la enfermedad y el tratamiento de la misma, le sirve para dar sustento a sus creencias; de acuerdo con la teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, donde se postula que el sujeto ignora o modifica la información que se le proporciona adquiriendo solo lo que es adecuado a su forma de ser y de creer.

En relación a las creencias sobre el tratamiento se esperaba que toda creencia que no fuera concordante con la realidad entorpecería la adherencia, más pudimos observar que

el hecho de que el paciente tenga creencias mágicas hacia el tratamiento beneficia la adherencia, pero depende de cuales son esas ideas mágicas. Según Myers (1988) el individuo manifiesta una conducta que produce la aparente confirmación de las creencias útiles e inclusive capaces de asegurar la supervivencia, recordando las investigaciones donde el pensamiento mágico permite un mejor cuidado.

Si los pacientes apoyan el fenómeno "confirmación conductual", estarán propensos a desviar sus percepciones de la realidad dando mayor peso a los acontecimientos negativos y evitar así desacreditar su creencia. Vale la pena recordar que una gran parte de ellos consideran al tratamiento como algo que los va a perjudicar, que los matará.

Al hombre le gusta creer que tiene el control de su propia vida y, cuando la fortaleza del hombre sucumbe ante la enfermedad, siente que el poco control que tenía de su vida lo ha perdido. Los pacientes con mala adherencia dan por hecho la pérdida del control, en el momento en que el doctor y/o la familia lo obligan a aceptar el tratamiento. El que ellos actúen de tal manera que confirman su creer les permite tener una ilusión de control, adaptándolos de esta forma a su realidad.

Expectativas: Las vivencias más importantes de la última fase de la vida, según Bühler (1985), son: el sentimiento del cumplimiento, la resignación y la conciencia del fracaso. Estas vivencias prevalecen en todo momento, en los pacientes con mala adherencia y les impide abrigar expectativas en relación con el futuro. Y al no tener expectativas no se permiten esforzarse un poco más, pero tampoco permiten que los esfuerzos de los demás sean prósperos para su cuidado y beneficio.

Según Bühler (1985) las personas que a edad avanzada todavía se dedican a sus intereses y/o se mantienen de alguna manera activos, quieren participar aún en las aspiraciones y creaciones humanas y contribuir a ellas en alguna medida. Los pacientes con buena adherencia tienen expectativas sobre sí mismos, al considerarse aun útiles les permite crear algo alterno y/o adecuado a sus condiciones. Aunque no hay muchas expectativas puestas en el tratamiento, esto se puede deber a que no hay una creencia positiva que alimente dichas expectativas.

Para que una persona tenga expectativas es necesario que se agrade y se acepte, y esto a su vez radica en que sea agradable y aceptado por los demás. El encontrar que los pacientes con mala adherencia tienen pocas expectativas nos lleva a pensar que debido al desgaste que la enfermedad ocasiona, posiblemente su propia autoimagen esta devaluada, interfiriendo con lo que quieren, y que modo de vida deben de elegir.

La transformación de las expectativas positivas en objetivos depende de la influencia que tiene en el crecimiento las modificaciones biológicas, el mundo que le rodea, la enseñanza y la personalidad del individuo. Sabemos que a un enfermo se le restringe gran parte de su vida cotidiana, pero no se les impide trabajar, crear y/o tener intereses, y en los pacientes con mala adherencia parece ser que ellos mismos se niegan la posibilidad. Esperando así, la muerte con angustia y depresión, mostrando resignación ante la inevitable conclusión de su existencia (¿anticipada?).

Actitud: Como dijimos la actitud está en función de la evaluación que hace el sujeto del objeto o situación. En ese caso podemos afirmar que de acuerdo con los resultados de la investigación, una evaluación positiva del tratamiento favorece una buena

adherencia. Los pacientes que se encuentran en esta situación han logrado integrar de una u otra forma el tratamiento de DPCA a su vida, o sea, que han adecuado sus exigencias a su rutina diaria; sin alterar totalmente la rutina en función del procedimiento.

La mala adherencia se ve altamente relacionada con una mala evaluación de la situación; encontramos, que en la mayoría de los pacientes, la integración del procedimiento es nula; es decir, existe una actitud negativa y una franca indiferencia al tratamiento. Si recordamos que las actitudes positivas o negativas, según Fishbein (1975), dependen de si las creencias relevantes son evaluadas positiva o negativamente, y también de la fuerza con que son sostenidas estas creencias, entonces habrá que partir desde hacer la diferenciación de lo que el paciente cree que es enfermedad y tratamiento.

La actitud es el reflejo de lo que se percibe y se espera, y esto a su vez de lo que se cree, sin olvidar, que cada quien cree lo que más se adecua a su forma de ser y de vida. En la presente investigación se con juntaron estos conceptos para ver como y de que forma inflúan en algo que se ve tan sencillo, pero es la base de la vida de un enfermo, el cuidado y apego al tratamiento que le sostiene y/o alarga la vida o sufrimiento.

Si bien, no toda las hipótesis fueron comprobadas, éstas son suficientes para iniciar nuevas investigaciones y profundizar, enriquecer y/o rectificar nuestros hallazgos.

SUGERENCIAS

1. Sugerir a las autoridades del sector salud la realización de un perfil psicológico de los pacientes con insuficiencia Renal, e incluso a aquellos portadores posibles, como son los pacientes hipertensos y/o con Diabetes Mellitus, que sean vistos en consulta externa.
2. Hacer más investigaciones con muestras más amplias para poder corroborar la validez externa de los resultados obtenidos en la presente, para así poder hacer un programa integral de mejoría en el tratamiento de pacientes con IRC.
3. Programar terapia de grupo para los pacientes, con la finalidad de sensibilizarlos hacia la enfermedad, el tratamiento y en general consigo mismos: Psicoterapia que les permita así mismo, compartir, intercambiar preocupaciones, liberar tensiones acumuladas, y aquellas inquietudes que puedan interferir con una buena adherencia y les impida tener una calidad de vida aceptable.
4. Sugerir que las Instituciones de Salud brinden la capacitación especializada necesaria al personal que esta en contacto con los pacientes desde su inserción al programa (enfermeras, médicos generales y médicos especialistas). Crear en ellos la necesidad de brindar la atención adecuada desde el primer contacto, lo que evitará conflictos y agresiones innecesarias de los enfermos con el personal asistencial y facilite, asimismo, una buena adherencia terapéutica.

5. Promover la investigación sobre fenómenos fisiológicos sobre el comportamiento humano para poder comprender de mejor forma las consecuencias de las enfermedades físicas sobre los aspectos psicológicos del ser humano.
6. Instruir a la familia del paciente en el manejo establecido por los especialistas que lo tratan, así en las actitudes y cuidados requeridos hacia el paciente para evitar agudizar el problema orgánico y ayude en su comportamiento y respuesta al tratamiento para fomentar así una buena adherencia y mejoría en la calidad de vida del enfermo y de los que le rodean.

A

N

E

X

O

S

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ ACOMPAÑANTE: _____

FAMILIOGRAMA:

DIAGNÓSTICO: _____ MOTIVO: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

TIEMPO EN DPCA: _____ MOTIVO: _____

MEDICO DE BASE: _____ 1er CATETER: _____

NO. HOSPITALIZACIONES: _____ MOTIVO: _____

INFECCIONES: _____ MOTIVO: _____

DISF. CATETER: _____ MOTIVO: _____

CAMBIO CATETER: _____ MOTIVO: _____

GUÍA DE ENTREVISTA

- 1.- ¿Sabe qué es la Insuficiencia Renal?
- 2.- ¿Sabe qué es o en que consiste la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)?
- 3.- ¿Qué había escuchado o qué creía que era la Insuficiencia Renal?
- 4.- ¿Cómo cree que funciona o que le han dicho sobre la Diálisis?
- 5.- ¿Cómo espera que continúe la enfermedad?
- 6.- ¿Cómo espera que continúe el tratamiento?
- 7.- ¿Qué espera de usted mismo como paciente renal dentro del tratamiento de diálisis?
- 8.- ¿Qué espera de aquellos que le rodean: familia, médicos, enfermeras, etc.?
- 9.- ¿Considera que el tratamiento ha afectado su vida cotidiana?

- 1.- Conocimiento de la enfermedad (insuficiencia Renal).
- 2.- Conocimiento sobre el tratamiento (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria).
- 3.- Creencias sobre la enfermedad.
- 4.- Creencias sobre el Tratamiento.
- 5.- Expectativas en la evolución de la enfermedad.
- 6.- Expectativas en el tratamiento.
- 7.-. Expectativas de sí mismo.
- 8.-. Expectativas de los que le rodean (familia, amigos, médicos, enfermeras, etc.)
- 9.-. Integración del tratamiento a la vida cotidiana

REFERENCIAS

- Ajzen, Icek (1989). *Attitude, Structure and Behavior*, en Attitude, Structure and Function, Pratkanis, A. R.; Breckler and Greenwald, Hillsdale, L. Erinbaum.
- Allport Gordon (1935). Attitude. Handbook of social Psychology, Clak University Press, Worcester, Mass
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Allport, G. W. (1960) *Personality and social encounter: selected Essays*. Boston: Beacon 1960.
- Allport, G. W. (1961) *Pattern and Growth in personality*. New York: Holt.
- Asch, Solomon E. (1964). *Psicología Social*. Buenos Aires: Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- Atkinson, J. N. y Retman, W. R.(1979) *Motivación y conducta*. España: Ed. Fontanella.
- Bernardini, I. y cols. (1991). "An analysis of ten-year trends in adults on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)". Clin. Neph. **36(1)**: 29-34.
- Block. C. (1972). *Perpurchase Search Behavior of low-Income Households*. Journal of Retailing, Núm. 48.
- Breckler, S. & Wiggings E. (1989). *On defining and Attitude Theoty: one more whith Feeling*, en Attitude, Structure and Function, Pratkanis, A. R.; Breckler and Greenwald, Hillsdale, L. Erinbaum.
- Brunner F. P. y cols. (1991). "Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe XXI 1990". Neph. Dial. Transpl., **6 (supl. 4)**: 22-25.
- Brunner, F. P. (1990). "Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe". XXI.
- Bühler, Charlotte (1985). *Psicología de la vida Activa: Potencialidades y Expectativas*. Buenos Aires: Ed. Psique.

- Cattell, Raymond B. (1959). *Personality: A Sistematic Theoretical and Factual Study*. New York: Mc Graw-Hill.
- Cattell, Raymond B. (1963). *Manual for the 16 PF*. Champaing, Illinois: Intitute for Personality and ability testing.
- Cattell, Raymond B. (1965). *Personality Structure: the Larger Dimensions*. En Boris Semenovoff (1966) Personality Assesment. England: Penguin Book.
- Cattell, Raymond B. (1967). *The Sicentific Analysis of Personality*. England: Penguin Books, Ltd.
- Davis, K. y Newstrom, J. M. (1991). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. México: Ed. McGraw-Hill. 8ª. Edición.
- Dicaprio, N. S. (1985). *Teorías de la personalidad: Naturaleza y usos de las teorías de la personalidad*. México: Ed. Interamericana. 2ª. Edición.
- Dicaprio, N. s. (1985). *Teorías de la personalidad: modelo psicodinámico*. México: Ed. Interamericana.
- Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española. España: Edit. Espasa Calpe. 19ª Edicion.
- Disney, A. P. S. (1989). *Twelfth report of the Australia and New Zealand combined Dialysis and Transplant Registry*. Wood-ville South Australia. Queen Elizabeth Hospital.
- Eysenck, H. C. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge, Kegan Paul.
- Eysenck, H. G. (1959). *Estudio Científico de la Personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Festinger L. (1957). *A theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Festinger L. (1972). *Cognitive Dissonance*. Scientific American, núm 297.
- Fishbein M., Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intenion and Behavior*. Reading Mass: Addison-Wesley, 6.
- Fishbein, Martin (1989). *Introduction*, en Attitude, Structure and Function, Pratkanis, A. R.; Breckler and Greenwald, Hillsdale, L. Erinbaum.
- Flyynn, C. T. y Hibbard, J. Dohrman (1979). *Advantages of C. A. P. D. to the diabetic with renal failure*. Proceedings of E. D. T. A., 16:184

- Gentil, M. A. y cols. (1982). *Peritonitis en Diálisis peritoneal continua ambulatoria: estudio interhospitalario. I aspectos epidemiológicos*. *Nefrología*, **2** (supl. 2): 71-76.
- Gravioto Magallón, Rosa María (1971). *Estudio de la confiabilidad del 16PF*. Tesis de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.
- Greenwald, Anthony G. (1975). *Why are attitudes important?*, en Attitude, Structure and Function, Pratkanis, A. R.; Breckler and Greenwald, Hillsdale, L. Erlbaum.
- Gross, Richard (1993). *Psychology*. Hobber and Stoughton; London, cap 9 pp 514-553.
- Hall, Calvin S. y Lindsey, G. (1965). *Theories of Personality*. London: John Wiley and Sons Inc.
- Hampton, R. David; Summer, E. C. (1989). *Manual de Desarrollo de Recursos Humanos*. México: Ed. Trillas.
- Insko, Chester A. (1980). *Psicología Social Experimental: texto con lecturas ilustrativas*. México: Trillas.
- Jaspars, J. & Fraser, C. (1984) *Attitude and social representations*, en Social Representations, editado por FARC, Robert M. y Moscovici, Serge; Cambridge University Press edition de la Maison des Sciences de l'Homme, Gran Bretaña.
- Kaufmann, Harry (1977). *Psicología Social*. México: Interamericana.
- Krech, David; Crutchfield, R. y Ballachey, E. L. (1965). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Nueva.
- Lavidger, R., Steiner, R. (1961). *A model for predictive measurement of Advertising Effectiveness*. *Journal of marketing*, núm 25.
- Lindbland A. S., Novak J. W. y Nolph, K. D. (1989). *Continuous Ambulatory Peritoneal dialysis*. USA final report of National CAPD Registry 1981-1988, Kluwer Academia Publishers.
- Maiorca, R. y cols. (1991). *The impact of the Y-system and low peritonitis rate en CAPD results. Proceedings XIth International Congress of Nephrology*. Watano M. (dir), Springer-Verlag, Nephrology, Tokio. 2: 1592-1601.
- Majorca R., Cancarini G. C. y Camerini C. (1989). *Is CAPD competitive with HD for long-term treatment of Uremia patients?*. *Nephrology Dial. Transplant*. **4**: 244.
- Meier, H. M. R.. (1986). *Senility and maturity: psychosocial aspect of aging*, en Oreopoulos, D. G. (dir). Geriatric Nephology. Amsterdam: Martinus Nijhoff. págs. 11-18.

- Milton, L. Blum; James, C. Waylor. (1992). *Psicología Industrial: sus fundamentos Teóricos y sociales*. México: Ed. Trillas
- Moncrief, J. W., Nolph, K. D., Rubin, J. y Popovich, R. P. (1978). *Additional experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)*. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs., **24**:476.
- Morales, J. Fco. ; Reboloso, Enrique & Moya, Miguel (1994). *Actitudes*, en Psicología Social, Morales, J.; Moya, M.; Reboloso, E. Fernandez, J.M. y cols. Mac. Graw Hill, España.
- Morales, María L. (1970). *Teorías factorialistas y Fenomenológicas de la personalidad*. México: Editorial Trillas.
- Myers, David (1988). *Psicología*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Nissenson A. R., Díaz Buxo, J. A., Adock, A., Nelms, M. (1990). *Peritoneal dialysis in the geriatric patient*. Am. J. Kidney. Dis. **16**: 335-338.
- Nolph K. D. (1990). *Clinical results with peritoneal dialysis Registry experiences*, en Twardowski Z. J., Nolph K. D., Khanna R. y cols. Contemporary Issues in Nephrology: Peritoneal Dialysis. Churchill Livingstone, Nueva York, pág. 127.
- Nolph K. D. (1998). *Comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis*. Kidney Int. **33**: 123-S 131.
- Nolph, K. D. (1990). *Overview of continuous ambulatory dialysis 1991*. Proceedings of the XIth International Congress of Nephrology, vol 11:1. pp. 556.
- Oreopoulos, D. G. (1990). *The aging Kidney*. Adv. Perit. Dial. (dir), Nessonson y cols. (supl.) **6** : S2-S5.
- Oreopoulos, D. G. , Clayton S., Dombros, N., Zellerman, G. y Katirt Zogloy, A. (1979). *Nineteen Months experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)*. Proceedings of E. D. T. A. **16**:178.
- Oreopoulos, D. G., Robson, M., Izatt, S., Clyton, S. y Deveber, G. A. (1978). *A simple and safe technique for continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)*. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, **24**: 482.
- Perlman, Daniel; Cozbi, Chris (1988). *Psicología Social*. México : Ed. Interamericana.
- Popovich, R. P. Moncrief, J. W., Nolph, K. D., Ahods, A. J., Twardowski, z. J. y Pyle K. W. (1978). *Continuous ambulatory peritoneal dialysis*, Am. Intern. Med., **88**: 449.

Popovich, R. P., Moncrief, J. W., Decherd, J. B., Bomar, J. B. y Pyle, W. K. (1976). *The definition of a novel portable/wearable equilibrium peritoneal dialysis technique*. Abstracts trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, 5:64

Pratkanis, Antony R. (1989) *The Cognitive Representation of Attitudes*, en Attitude, Structure and Function, Pratkanis, A. R.; Breckler and Greenwald, Hillsdale, L. Erinbaum.

Sarabia, B. (1992) *El aprendizaje y la enseñanza de las actitudes*, en COLL Los contenidos de la reforma. Madrid: Santillana. Pp 133-198.

Schiffman, L. G. y Kanuk, L. L. (1987). *Comportamiento del consumidor*. México: Prentice-Hall.

Sigmund Freud (1973). *El Yo y el Ello*. Obras completas. Madrid: biblioteca Nueva. Vol. 3.

Thompson, N. M., Walker, R. G., Whitesid, G., Scott, D. F. y Atkins, R. C. (1979). *Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in the treatment of end stage renal failure*. Proceedings of the E. D. T. A., 16: 171.

Vroom, H. Victor y Deci, E. L. (1990). *Motivación y alta dirección*. México: Ed. Trillas.

Wolfe, R. A., Port K. F. y Hawthorne, V. M. (1990). *A comparison of survival among dialysis therapies of choice: Intercenter hemodialysis versus continuous dialysis at home*. Am. J. Kidney Dis. 15: 433.