

# Adhesión al tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en una localidad del centro de México

## Adhesion to continuous ambulatory peritoneal dialysis treatment in a locality in central Mexico

*José Alfonso Aguilar Fuentes  
Oscar Valdés Ambrosio  
Miguel Bautista Miranda  
Cruz García Lirios*

### Resumen

La psicología de la salud, centrada en el estudio de la adhesión al tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, ha establecido sus determinantes a partir de variables socioeconómicas, sociodemográficas y sociopsicológicas, pero el efecto de las normas sociales, familiares, educativas y subjetivas no ha sido indagado. El presente estudio se propuso establecer los efectos de las normas sobre la adhesión; se llevó a cabo una investigación exploratoria y transversal con una selección no probabilística de 258 estudiantes de una localidad del centro de México. Los resultados muestran que las normas inciden sobre la adhesión, pero esta relación está me-

diada por factores perceptuales, actitudinales e intencionales que, en una muestra probabilística, podría extender los hallazgos a una población local. Se recomiendan líneas de investigación con base en la diversificación de las normas y valores locales.

### Palabras clave

Salud pública, psicología de la salud, adhesión al tratamiento, normas, actitudes.

Adhesion to continuous ambulatory peritoneal dialysis treatment in a locality in central Mexico

## Abstract

The psychology of health, centered on the study of adherence to treatment has established its determinants based on socioeconomic, sociodemographic and sociopsychological variables, but the effect of social, family, educational and subjective norms has not been investigated. The present study aimed to establish the effects of the rules on adherence, carried out exploratory and cross-sectional research with a non-probabilistic selection of 258 students from a

locality in central Mexico. The results show that the norms affect adherence, but this relationship is mediated by perceptual, attitudinal and intentional factors that, in a probabilistic sample, could extend the findings to a local population. Research lines are recommended based on the diversification of local norms and values.

## Keywords

Public health, health psychology, adherence to treatment, norms, attitudes

# Adhesión al tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en una localidad del centro de México

## Adhesion to continuous ambulatory peritoneal dialysis treatment in a locality in central Mexico

*José Alfonso Aguilar Fuentes<sup>5</sup>*

*Oscar Valdés Ambrosio<sup>6</sup>*

*Miguel Bautista Miranda<sup>7</sup>*

*Cruz García Lirios<sup>8</sup>*

### Introducción

**E**l Instituto Mexicano de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en su informe correspondiente a 2011 advierte que la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar en cuanto a prevalencia de muertes en población general en México (figura 1).

El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) en su informe correspondiente a 2013 advierte

que la diabetes mellitus tipo 2, asociada con la insuficiencia renal, no solo ocupa el primer sitio de morbilidad y mortandad en sus casos, sino que además absorbe 70 por ciento —150 millones de pesos en cada unidad— de su gasto destinado a 15 por ciento de los pacientes en etapa crónico-degenerativas (figura 2).

5. Investigador miembro del Grupo de Investigación Estudios Multidisciplinarios de la Universidad Autónoma del Estado de México

6. Investigador miembro del Grupo de Investigación Estudios Multidisciplinarios de la Universidad Autónoma del Estado de México

7. Investigador miembro del Grupo de Investigación Estudios Multidisciplinarios de la Universidad Autónoma del Estado de México

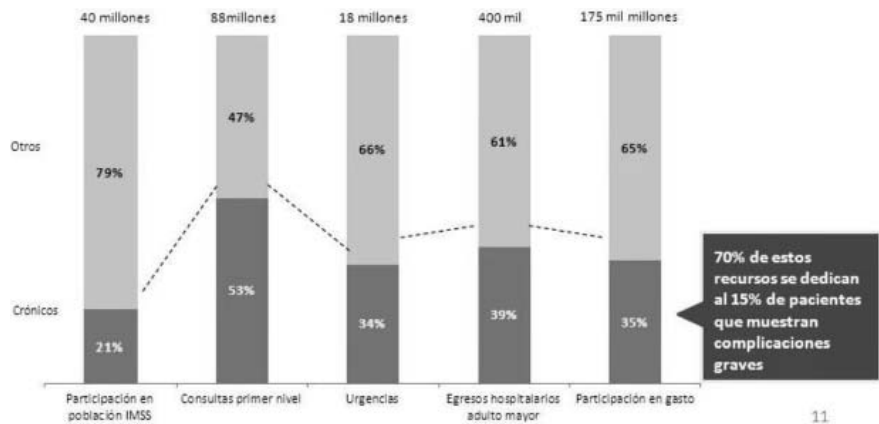
8. Investigador miembro del Grupo de Investigación Estudios Multidisciplinarios de la Universidad Autónoma del Estado de México

**Figura 1. Causas de muerte en México**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011).

**Figura 2. Gasto en diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica**



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social (2013).

Debido a que el tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria es costoso, la adhesión al

tratamiento es mínima ya que los pacientes no cuentan con el financiamiento familiar o institucional

(Pasqualini, T. y J. Ferraris, 2003), y prefieren reducir sus posibilidades de calidad de vida hasta su deceso (Alarcón, A. y R. Millán, 2009; Alarcón, M., 2007).

Es decir, que un mayor costo del tratamiento está relacionado con una menor adhesión, con lo cual se refleja: el impacto de la enfermedad y su tratamiento en el entorno social e interpersonal del paciente afectando negativamente las expectativas de bienestar y el autocuidado, incrementando la desesperanza: la sensación de abandono, el sentimiento de culpa, el recuerdo de enojo, la propensión al temor y el deseo de muerte.

En el caso del Estado de México, en materia de población y marginalidad es un escenario proclive a la invisibilización de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2 que, asociada a la insuficiencia renal crónica y alto costo institucional, familiar y personal que supone el tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, limitan la adhesión al tratamiento (Otero, H. y M. Verdes, 1990), pero algunos factores socio-culturales como las normas sociales, laborales, familiares y subjetivas, así como los valores culturales no han sido explorados como factores determinantes de la adhe-

sión al tratamiento, mucho menos su relación con los programas de prevención y las políticas de salud (Azcarate, E., O. Barrio y J. Quiroz, 2006).

En ese sentido, la intervención del trabajo social en comunidades con diabetes mellitus tipo 2 y que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria se lleva a cabo a partir de: el establecimiento de un diagnóstico social individual o familiar (Ramírez, M., M. García y M. Alarcón, 2008); la elaboración de un modelo de atención personalizada y familiar para incentivar la adhesión al tratamiento con el concurso de familiares, amistades y compañeros de trabajo (Rivera, A., M. Montero y R. Sandoval, 2011); el acompañamiento tanatológico ante una posible pérdida de extremidad, calidad de vida o deceso en familiares y profesionistas del centro de salud (Canata, J. et al., 1995).

El modelo psicosocial de salud pública que anima la presente investigación consiste en el impacto de intervenciones para incidir sobre la adherencia al tratamiento de enfermos de insuficiencia renal (Cantú, R., B. Uribe y C. Cirlos, 2011). Dicho modelo contempla la canalización y el seguimiento, así como sus efectos en las actitudes

de profesionales de la salud (Cepe-  
da, C. et al., 2007).

En los últimos años, los estudios en torno a las actitudes hacia las enfermedades y los padecimientos que sufren los seres humanos se han venido desarrollado a partir de tres teorías. En efecto, la Teoría del Procesamiento Espontáneo plantea que las actitudes son asociaciones entre las evaluaciones del estado de salud personal o familiar (Rondón, M. y P. López, 1999). En este sentido, se trata de una concepción unidimensional en la que las actitudes son solo razonamientos en torno a la salud (Ruiz, A. et al., 2011). Por su parte, la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría del Comportamiento Planificado plantean a las actitudes como efectos de las creencias y como causas de las intenciones (Ajzen, I. y M. Fishbein, 1974; Ajzen, I., 1991, 2001, 2002).

Las actitudes son solo valoraciones positivas o negativas en torno a un objeto. Esta concepción unidimensional de las actitudes es el fundamento esencial de las teorías de la Acción Razonada y la conducta planificada. La actitud como variable mediadora del procesamiento intensivo y sistemático de información incidirá sobre la toma de decisiones y el comportamiento

delimitado (Pallí, C. y L. Martínez, 2004). En las tres teorías, el poder predictivo de la actitud depende de su función transmisora; la actitud es una variable que transfiere de los efectos de las creencias sobre el comportamiento (Javiedes, M., 2004; Laca, F., 2005).

En el caso de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), las tres teorías plantean que las intenciones y los comportamientos derivados de la enfermedad aumentan o disminuyen a través de las actitudes que las personas se forman de la IRC. Es decir, el impacto de la IRC sobre el comportamiento está mediado por las actitudes (Díaz, F., A. Ferrer y R. Ferrer, 2006).

Sin embargo, las tres teorías esgrimidas no plantean configurar factores a partir tanto de razonamientos como de afectos e intenciones en torno a una determinada enfermedad (Guerra, V., A. Díaz y K. Vidal, 2010). De este modo, el presente estudio demuestra la estructura de las actitudes para discutir la relevancia de las tres dimensiones en las conductas relacionadas con la IRC.

## Método

### Planteamiento

La pregunta que orienta la presente investigación es: ¿las trayectorias de relaciones teóricas, conceptuales y empíricas entre los factores determinantes de la adhesión al tratamiento reportadas en la literatura se ajustarán a las trayectorias de relaciones observadas en una localidad del centro de México?

### Hipótesis

La hipótesis nula que responde a la pregunta es: en virtud de que la localidad del centro de México está conformada por población oriunda y comunidades migrantes, las trayectorias de relaciones teóricas, conceptuales y empíricas entre el factor normativo-valorativo y los factores determinantes de la adhesión al tratamiento revisados en la literatura se ajustarán a las observaciones del estudio.

La hipótesis alterna es: debido a que la localidad del centro del México está influida por factores externos a sus dinámicas cultural, social, económica y política, las trayectorias de relaciones teóricas, conceptuales y empíricas revisadas

en la literatura serán diferentes a las observaciones realizadas en el trabajo de campo.

### Escenario

El municipio de Chimalhuacán se encuentra ubicado en el oriente de la zona metropolitana del Valle de México, conformada por la Ciudad de México y el Estado de México, y colindante con los estados de Morelos, Guerrero, Michoacán, Hidalgo, Puebla y Tlaxcala (véase figura 3).

En 2010, el municipio contaba con una población de 614 mil 305 habitantes y durante el periodo que va de 2005 a 2010 creció 3.4 por ciento (Moreno, E. y J. Espejel, 2013). El índice de su pobreza alimentaria fue de 29.2 por ciento, mientras que el índice de pobreza de capacidades fue de 27.7 por ciento; su índice de pobreza del patrimonio fue de 71.3 por ciento. La localidad cuenta con 47 unidades médicas que incluyen a 294 profesionistas de la salud y 48.8 por ciento de su población carece de acceso al servicio de salud (Consejo Nacional de Evaluación, 2010).

**Figura 3. Escenario de estudio**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2011).

### *Diseño*

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo.

### *Muestra*

Se realizó una selección no probabilística de 258 estudiantes de una universidad pública. El criterio de selección fue pertenecer al sistema de prácticas y servicio social en organizaciones e instituciones con y sin fines de lucro del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

El 23 por ciento son hombres y el restante 67 por ciento, mujeres. El 56 por ciento dijo tener menos de 18 años — $M = 17.2$  y  $DE = 0.14$ —; 20 por ciento mencionó tener entre 18 y 22 años — $M = 20.13$   $DE = 1.30$ —; y el restante 24 por ciento señaló que tenía más de 22 años — $M = 23.24$   $DE = 0.14$ —. El 56 por ciento está en soltería; 20 por ciento, en matrimonio; y el restante 24 por ciento en unión libre. El 34 por ciento declaró un ingreso familiar menor a 3 mil 500 pesos al mes — $M = 2089.34$   $DE = 13.2$ —; 45 por ciento dijo haber ganado entre



3 mil 500 y 7 mil pesos mensuales — $M = 5067.34$  y  $DE = 32.35$ —; y el restante 21 por ciento señaló que ganó más de 7 mil pesos mensuales — $M = 8023,25$   $DE = 12.25$ —.

### *Instrumento*

Se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento de Enfermedades Crónico-Degenerativas de Javier Carreón (2016) la cual incluye 72 aseveraciones en torno a normas — $\alpha = 0.724$ —; valores — $\alpha = 0.789$ —; creencias — $\alpha = 0.761$ —; percepciones — $\alpha = 0.829$ —; conocimientos — $\alpha = 0.895$ —; habilidades — $\alpha = 0.886$ —; actitudes — $\alpha = 0.856$ —; intenciones — $\alpha = 0.725$ —; y comportamientos — $\alpha = 0.826$ —, con cinco opciones de respuesta que van desde “nada probable” hasta “muy probable”.

### *Procedimiento*

Se entrevistaron y encuestaron a los participantes en las instalaciones de la universidad. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni negativamente su situación escolar. Se les pidió que contestaran honestamente a las preguntas y asevera-

ciones. Se les invitó a que consultaran los resultados en el informe final del grupo de investigación. Los datos fueron procesados en el *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales* (SPSS por sus siglas en inglés versión 10.0) y el *Software de Análisis de Momentos Estructurales* (AMOS por sus siglas en inglés versión 6.0).

### *Análisis*

Se utilizaron los parámetros de curtosis, alfa de Cronbach, coeficientes KMO, prueba de Bartlett, pesos factoriales, correlaciones de Pearson, covarianzas “phi”, pesos “beta” y “gama”, así como índices de ajuste y residuales a fin de contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

Normalidad. El valor curtosis cercano a la unidad fue asumido como evidencia de distribución normal de las respuestas de encuestados con respecto a las aseveraciones que miden las variables del estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición intervalar.

Validez. Los coeficientes KMO superiores a 0.600 y la prueba de Bartlett con niveles de significancia

menor a 0.050 fueron asumidas como evidencia de correlaciones producto-momento que facilitaron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax. Posteriormente, los pesos factoriales superiores a 0.300 fueron considerados como evidencias de la maximización de varianza en cuanto a los factores derivados del análisis exploratorio. Los porcentajes de varianza explicada superiores a 0.20 fueron asumidos como evidencia de aceptación de la hipótesis nula.

**Confiabilidad.** El valor alfa de Cronbach superior a 0.60 fue asumido como suficiente para demostrar la consistencia interna de los indicadores con respecto a la escala general y las subescalas particulares. La correlación producto-momento superior a 0.90 fue considerada como una evidencia de colinealidad y multicolinealidad, las cuales significan que los ítems son similares en cuanto a sus contenidos.

**Correlación.** Los valores  $r$  de Pearson cercanos a la unidad y al cero fueron descartados de posteriores análisis, ya que significan relaciones colineales o espurias. En cambio, aquellos valores superiores a 0.30 e inferiores a 0.90 fueron asumidos como evidencias de relaciones de dependencia.

**Covarianza.** Los valores “phi” entre 0.30 y 0.90 fueron identificados como evidencias de relaciones de dependencia para el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas.

**Estructura.** Los valores “beta” entre variables exógenas y endógenas entre 0.30 y 0.90 fueron asumidos como evidencia de relaciones de dependencia. Del mismo modo, los valores “gamma” entre variables endógenas cercanos a cero o a la unidad fueron descartados de posteriores análisis.

**Ajuste.** El Índice de Bondad de Ajuste (GFI por sus siglas en inglés) cercano a la unidad fue asumido como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, los valores inferiores a 0.975 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alterna.

**Residual.** Los valores cercanos a cero fueron asumidos como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos; por consiguiente, se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. En contraste, los valores superiores a 0.007 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula.

## Resultados

A partir de un modelo estructural [ $\chi^2 = 22.75$  (26gl)  $p = 0.000$ ; GFI = 0.950; CFI = 0.925; NFI = 0.970; RMSEA = 0.003; RMR = 0.000;  $R^2 = 0.148$ ], las normas que interactuaron con percepciones — $\Phi = 0.81$ —; creencias — $\Phi = 0.03$ —; actitudes — $\Phi = -0.41$ —; e intenciones — $\Phi = 0.02$ —, determinaron la adherencia al tratamiento de la insuficiencia renal — $\gamma = 0.56$ —.

Es decir que las normas —“En mi comunidad la gente enferma muere con su familia”— al vincularse con las percepciones de riesgo —“Al tener diabetes puedo morir por la diálisis en el hospital lejos de mi familia”—; las creencias —“Morir con las personas que uno quiere es mejor que morir en el hospital”—; con las actitudes hacia el sistema de salud pública local —“En Chimalhuacán, los hospitales atienden mal a la gente”—; y con las intenciones de adhesión al tratamiento —“Usaría la diálisis si el gobierno se hace cargo de los gastos”—; incide directa y negativamente en la adhesión al tratamiento.

Las implicaciones de estos hallazgos en la literatura revisada se discuten a continuación.

## Discusión y conclusión

El aporte del presente estudio consiste en el establecimiento de una trayectoria predictiva de las normas sociales con respecto a la adhesión al tratamiento a través de creencias, percepciones, actitudes e intenciones.

Sin embargo, el tipo de estudio no experimental y el tipo de selección no probabilística limita los resultados del estudio a la muestra de 258 estudiantes de la universidad local. Por consiguiente, se recomienda una investigación experimental con una selección probabilística para extender los resultados del estudio a la población local.

Las normas de grupo, entendidas como principios que guían el comportamiento y estructuran los estilos de vida personal, ajustando los preceptos individuales con respecto a un grupo de pertenencia, fueron establecidos como predictores de la adherencia al tratamiento de la insuficiencia renal (Lorenz, X., E Bardón y M. Vila, 2008).

Sin embargo, en el estudio de Javier Carreón (2016) la adhesión al tratamiento de la IRC mediante la diálisis peritoneal continua ambulatoria fue determinada por la actitud de los pacientes hacia la

hemodiálisis, la que al ser desfavorable incidía sobre la elección de un trasplante de riñón.

En contraste, el presente trabajo encontró que las normas familiares tienen una incidencia sobre la decisión de adherirse al tratamiento de hemodiálisis, pero el poder explicativo se redujo significativamente ante un eventual trasplante de riñón.

Se recomienda incluir en el modelo predictivo la variable de trasplante de riñón como un factor determinante de la adherencia al tratamiento de la insuficiencia renal, aunque en su fase crónica está asociada con la hemodiálisis más que con el trasplante (Ortega, N. y M. Martínez, 2002).

En relación con los modelos de la psicología de la salud y los estudios psicológicos de la adhesión al tratamiento, el presente trabajo recomienda incluir los factores normativo y valorativo con la finalidad de extender el poder explicativo de los modelos, así como abrir nuevas líneas de investigación con respecto a las trayectorias de relaciones de dependencia entre los factores esgrimidos.

Sobre los modelos de intervención que el trabajo social de la salud ha edificado a fin de poder incidir en la promoción de la adhesión

al tratamiento, pero especialmente en el autocuidado y automonitoreo de los riesgos a que está expuesta la salud personal, laboral y psicológica, se recomienda elaborar un dispositivo de intervención centrado en las normas y los valores sociales, familiares, educativos, laborales y subjetivos para establecer un *habitus* o estilo de vida orientado a la prevención de accidentes y enfermedades, así como a la gestión del microfinanciamiento para la adhesión a un tratamiento costoso.

## Referencias

- Ajzen, Icek, 1991, "The Theory of Planned Behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
- Ajzen, Icek, 2001, "Nature and Operation of Attitudes", *Annual Review Psychology* 52, pp. 27-58.
- Ajzen, Icek, 2002, "Attitudes", en R. Fernandez Ballesteros (ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Londres, Sage Publications, pp. 110-115.
- Ajzen, Icek y Martin Fishbein, 1974, "Factors Influencing Intentions and the Intention Behavior Relation", *Human Relations*, 27, pp. 1-15.
- Alarcón, Ariel y Ricardo Millán, 2009, "Intervención psiquiátrica previa al trasplante renal", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, pp. 654-669.
- Alarcón, María de los Ángeles, 2007, "Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continúa ambulatoria", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15, pp. 155-160.
- Azcarrate, E., O. Barrio y J. Quiroz, 2006, "Fun-

- cionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal, intermitente y ambulatorio”, *Archivos en Medicina Familiar*, 8, pp. 97-102.
- Canata, Jorge, C. Gómez, S., Grosso y J. Díaz, 1995, “Osteodistrofia renal: clasificación y concepto actual”, *Nefrología*, 15, pp. 20-25.
- Cantú, R., B. Uribe y C. Cirlos, 2011, “Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal”, *Psicología y Salud*, 21, pp. 91-102.
- Carreón, Javier, 2016, *Desarrollo Humano: Gobernanza y Emprendimiento social*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Cepeda, C., C. Wanner, C., Barrales y N. Núñez, 2007, “Locus de control y adherencia al tratamiento de personas con insuficiencia renal crónica”, *Ciencia Psicológica*, 1, pp. 1-7.
- Consejo Nacional de Evaluación, 2010a, *Informe anual sobre la situación de rezago y pobreza*, México, Coneval.
- Consejo Nacional de Población, 2010b, Índice de marginación por entidad federativa y Municipio, México, Conapo.
- Díaz, F., A. Ferrer y R. Ferrer, 2006, “Función sexual y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis”, *Nefrología*, 26, pp. 452-461.
- Guerra, V., A. Díaz y K. Vidal, 2010, “La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica”, *Revista Cubana de Enfermería*, 26, pp. 126-136.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014, *Programa Institucional 2014-2018*. México, IMSS.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2011, *Perspectiva estadística*, México, INEGI.
- Javiedes, M., 2004, “Actitud y pensamiento”, en Jorge Mendoza, y Marco Antonio González (coords.), *Enfoques contemporáneos de la Psicología Social en México*, México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores-Campus Estado de México, pp. 385-405.
- Laca, F., 2005, “Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto”, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, pp. 117-126.
- Lorenz, X., E. Bardón y M. Vila, 2008, “El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica”, *Nefrología*, 3, pp. 119-122.
- Moreno, E. y J. Espejel, 2013, “Chimalhuacán en el contexto local, sociourbano y regional”, *Quivera*, 15, pp. 77-90.
- Ortega, N. y M. Martínez, 2002, “Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis”, *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 10, pp. 17-20.
- Otero, H. y M. Verdes, 1990, “Atención psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica”, *Revista Cubana de Psicología*, 2, pp. 105-109.
- Pallí, C. y L. Martínez, 2004, “Naturaleza y organización de las actitudes”, en T. Ibáñez (coord.), *Introducción a la psicología social*, Barcelona, UOC, pp. 183-256.
- Pasqualini, T. y J. Ferraris, 2003, “Insuficiencia renal crónica y envejecimiento”, *Medicina*, 63, pp. 731-736.
- Ramírez, M., M. García y M. Alarcón, 2008, “Nivel de adaptación, rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria”, *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 6, pp. 145-153.
- Rivera, A., M. Montero y R. Sandoval, 2011, “Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”, *Psicología y Salud*, 21, pp. 173-183.
- Rondón, M. y P. López, 1999, “La progresión de la enfermedad renal. Una revisión”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes*, 5, pp. 32-40.
- Ruiz, Ana María, Victoria Muñoz, J. García, M. Manan, J., García y A. Bagdad, 2011, “Rasgos de personalidad, edad, cultura y restricciones hídricas y dietéticas en pacientes en hemodiálisis”, *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 14, pp. 91-97.

## Anexo

La Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, División de Ciencias de la Conducta, Academia de Trabajo Social, está realizando un estudio social con la finalidad de prevenir accidentes y enfermedades en la comunidad, así como de indagar sobre su adhesión al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Los resultados de este estudio, así como tus datos, serán resguardados con la confidencialidad que la ley dispone en instituciones de educación superior. Por esta razón te pedimos que contestes sinceramente.

A continuación encontrarás una serie de aseveraciones que deberás contestar de acuerdo a la opción que se indica en la parte superior de la tabla. Por ejemplo: si consideras que: “Las enfermedades son un problema desvinculado de la familia”, entonces deberás tachar la celda correspondiente al cero.

	Nada probable	Muy poco probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Poco improbable	Muy poco improbable
Las enfermedades son un problema desvinculado de la familia	X					

Sin embargo, si más bien piensas que la familia es un apoyo muy necesario para un enfermo, entonces deberás tachar la celda opuesta.

	Nada probable	Muy poco probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Poco improbable	Muy poco improbable
Las enfermedades son un problema desvinculado de la familia						X

Ahora contesta las siguientes aseveraciones:

	Nada probable	Muy poco probable	Poco probable	Ni probable ni improbable	Poco improbable	Muy poco improbable
Las enfermedades son para quienes están solos						
Estar acompañado quiere decir que alguien se preocupa por uno						
Una familia recompensa cualquier enfermedad						
En el trabajo quienes se enferman están solos						
La soledad es una compañera de la enfermedad						
En mi trabajo quienes se enferman buscan estar acompañados						
En mi comunidad se valora el cuidado de la mujer hacia los enfermos						
En mi familia la mujer es quien cuida a quien esté enfermo						
Los hombres se cuidan más que las mujeres						
Las mujeres tienen más paciencia para cuidar a los enfermos						
Un hombre no debe enfermarse						
El tratamiento médico es para quien está muy enfermo						
El trabajo exige demasiado a los hombres, por eso no se enferman						
La escuela es para quienes puedan enfermarse						
Dejar de asistir al colegio por una enfermedad está bien visto						
La atención médica en mi comunidad es deficiente						
Los hospitales no cuentan con lo necesario para un tratamiento						
Los hospitales privados sí están capacitados para curar a la gente						
Quienes trabajan en un hospital público son profesionistas comprometidos						
El gobierno apoya a quienes están enfermos						
Los políticos no se preocupan por los enfermos						
La familia es la única que se preocupa por los enfermos						
Los bancos deberían financiar los tratamientos de enfermedades						

El gobierno podría prestar dinero a quienes están muy enfermos						
La consulta médica es para quienes están muy enfermos						
Acudiría al médico si mi familia me lo pidiera						
Iría a consulta si estuviera sin empleo						
Asistiría a la plática de prevención de enfermedades si no tuviera trabajo						
Compraría un aparato para diálisis con tal de curarme						
Acudiría a un hospital privado con tal de curarme						
Prefiero morir con mi gente que andar de hospital en hospital						
Es mejor morir con mi gente que con desconocidos						
Antes de morir quiero ver a mi familia						
Extrañaré a mi familia cuando me hospitalicen						
Prefiero morir inesperadamente que sufriendo con una enfermedad						
La vida es para vivirla, no para enfermarse						

Sexo: Mujer ( ) Hombre ( )

Edad \_\_\_\_\_ Ingreso familiar mensual \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltería ( ) Matrimonio ( ) unión libre ( ) otra ( )

Seguridad Social: IMSS ( ) ISSSTE ( ) Seguro Popular ( ) Privada ( ) otra ( )

Consulta médica: una vez al año ( ) dos veces ( ) tres veces ( ) más de tres veces ( )

Platica preventiva: una vez al año ( ) dos veces ( ) tres veces ( ) más de tres veces ( )

Vacunación: una vez al año ( ) dos veces ( ) tres veces ( ) más de tres veces ( )

Recibido: 27 de marzo de 2017

Aceptado 30 de abril de 2017