

CREENCIAS Y ADHESIÓN A LA RESTRICCIÓN DE FLUIDOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: UNA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA

CARMELO IBORRA MOLTÓ*
SOFÍA LÓPEZ-ROIG**

MERCEDES ROCA ALONSO*
M^a ÁNGELES PASTOR MIRA**

*UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. CLÍNICA VISTAHERMOSA

**FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. CAMPUS SAN JUAN ALICANTE

INTRODUCCIÓN

Los pacientes anúricos sometidos a tratamiento con hemodiálisis, están obligados a controlar la ingesta de líquidos^{1,2}. El cumplimiento correcto de esta restricción es un factor fundamental, relacionado directamente con el riesgo de morbimortalidad^{3,4}, que se incrementa en un 36% en los pacientes incumplidores¹¹. Esto es debido a las complicaciones graves que pueden presentar tanto a corto como a largo plazo (EAP, Disnea, Edemas, ICC, etc.).

En ocasiones los pacientes suelen incumplir las recomendaciones relativas a la ingesta de líquidos interdiálisis, de hecho es uno de los indicadores de adhesión más utilizados en los estudios sobre el tema^{3,5}. La recomendación más aceptada es tomar menos de un litro de líquido al día².

Para explicar la falta de adhesión hay múltiples propuestas^{6,7}, pero una de los modelos teóricos que ha sido más ampliamente utilizado en psicología de la salud para predecir intenciones y conducta es la teoría de la acción planeada (TAP)⁸. Esta teoría trata de explicar conductas que están bajo control consciente de las personas. Para esta teoría, el determinante inmediato de la conducta es la intención de realizarla. A su vez la intención está determinada por la actitud hacia la conducta (evaluación global, favorable o desfavorable, de las consecuencias de realizar la conducta), la norma subjetiva (la percepción de la presión social para realizar la conducta) y el control percibido, que se refiere a la medida en que la persona siente que la conducta es fácil de llevar a cabo o está bajo su control. Desde esta teoría, el último nivel explicativo para la comprensión de la conducta, son las creencias. Estas se refieren a la información que cada uno tiene de sí mismo y de su entorno en relación con la ejecución de la conducta. La de la actitud hacia la conducta son las creencias comportamentales; de la norma subjetiva son las creencias normativas y de la percepción de control las creencias de control. Este trabajo se centra en el estudio del nivel explicativo de la conducta, que son las creencias. La conducta que vamos a estudiar desde este trabajo es: Beber menos de un litro de líquidos al día durante el próximo mes para evitar complicaciones entre hemodiálisis (HD).

OBJETIVO

- 1.- Identificar las creencias modales implicadas en la conducta de adhesión a la restricción hídrica.
- 2.- Describir las creencias en una muestra de pacientes en HD y su relación con los determinantes de la intención conductual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología

Estudio cualitativo y estudio descriptivo trasversal realizado por medio de encuesta.

Procedimiento

Este estudio se ha realizado en dos etapas diferenciadas:

- Primera etapa: Estudio cualitativo. Exploración de creencias e Identificación de las creencias modales.

Muestra: 14 pacientes renales tratados con HD.

57% Varones; Edad: Media= 66,6 (SD=12,9), Mediana = 68,5 años.

Se pasaron entrevistas personales con preguntas abiertas sobre las creencias relacionadas con la conducta de restricción de líquidos.

Las preguntas abiertas fueron las siguientes:

1.- Creencias comportamentales: ¿Qué ventajas/desventajas tiene para usted tomar como máximo un litro de líquidos al día en total, para evitar complicaciones entre hemodiálisis durante el próximo mes?

2.- Creencias normativas: ¿Qué personas o instituciones estarían de acuerdo/desacuerdo en que tiene que tomar como máximo un litro de líquidos al día en total, para evitar complicaciones entre hemodiálisis durante el próximo mes?

3.- Creencias de control: ¿Qué cosas facilitarían/dificultarían que usted tome como máximo un litro de líquidos al día en total, para evitar complicaciones entre hemodiálisis durante el próximo mes?

A partir de las respuestas se seleccionaron las creencias modales de cada tipo, es decir, aquellas que aparecían con mayor frecuencia⁹.

- Segunda etapa: Estudio transversal. Exploración de las creencias modales.

Con los datos obtenidos se desarrollaron las medidas de las creencias y del resto de constructos basados en la TAP⁹.

El cuestionario constaba de 10 ítems que medían las creencias comportamentales (5 intensidad de la creencia y 5 valor concedido a cada creencia); 8 ítems que medían las creencias normativas (4 intensidad de la creencia y 4 el grado de motivación para cumplir con los referentes) y 6 ítems que medían las creencias de control (facilitadores e inhibidores para realizar la conducta). Además incluía 4 ítems de actitud, 1 de norma subjetiva, 2 de control percibido, 1 de intención y 1 de conducta. El tiempo estimado de cumplimentación era de 15 minutos.

Se realizó un estudio piloto con 20 pacientes, de forma que se hicieron algunas correcciones en las preguntas y en la escala de medida. Se optó por una escala de medida de 10 opciones.

En el estudio se incluyeron los pacientes anúricos que quisieron participar y no tenían problemas de comprensión.

Se pidió a los pacientes un consentimiento informado y se aplicó a pacientes de las unidades de HD de Clínica Vistahermosa y Hospital Perpetuo Socorro de Alicante. El cuestionario fue administrado por cuatro encuestadores entrenados ajenos al estudio.

Muestra: 157 pacientes.

El 66,5% fueron varones, la media de edad de la muestra fue de 65,8 (SD=13,8) y la mediana de 69,0 años.

Como estadísticos, se utilizaron pruebas descriptivas y de correlación¹⁰.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes:

CREENCIAS COMPORTAMENTALES*

¿Si tomo menos de un litro de líquidos al día en total para evitar complicaciones durante el próximo mes? (Intensidad)							
		Escala: Desacuerdo 0 <----- -> 10 Acuerdo					
Valore en que medida, para usted, es <u>bueno o malo</u> que le ocurran las siguientes situaciones: (Valor)							
		Escala: Malo 0 <----- -> 10 Bueno					
	n	Media	SD	Mediana	Moda	Max	min
Me encontraré mejor	157	76,4	27.1	90	100	100	0
No tendré fatiga. Respiraré mejor	157	72.4	27.2	80	100	100	0
Evitaré problemas de corazón	157	70.9	25.2	90	100	100	0
No tendré edemas	157	73.1	27.7	80	100	100	0
Pasaré sed	157	18.6	27.4	4	0	100	0

*(Intensidad x Valor)

CREENCIAS NORMATIVAS*

¿Valore en qué medida, las siguientes personas piensan que usted **debería /no debería** tomar menos de un litro de líquidos al día en total para evitar complicaciones durante el próximo mes? (Intensidad)

Escala: No debería 0 <----- -> 10 Debería

Valore en que grado quiere usted hacer lo que las siguientes personas piensan que usted debería hacer: (Motivación)

Escala: Nada 0 <----- -> 10 Todo

	n	Media	SD	Mediana	Moda	Max	min
Las enfermeras	157	50.9	37.2	50	0	100	0
Mi pareja	104	46.9	37.6	40	0	100	0
Los médicos	157	54.5	39.5	63	100	100	0
Mis hijos /as	125	46.6	35.6	30	25	100	0

*(Intensidad * Motivación)

CREENCIAS DE CONTROL

¿Valore en qué medida realizar las situaciones que se describen a continuación hacen más fácil/difícil que durante el próximo mes usted pueda tomar menos de un litro de líquido al día en total para evitar complicaciones?

Escala: Difícil 0 <----- -> 10 Fácil

	n	Media	SD	Mediana	Moda	Max	min
Tomar la medicación.	157	4.8	2.8	5	5	10	0
Comer sin sal.	156	6.5	2.8	7	5	10	0
Comer mucho	157	3.9	2.6	5	5	10	0
Beber poco cada vez	157	7.2	2.6	8	10	10	0
Tomar el agua fría o cubitos de hielo	157	6.6	2.8	7	5	10	0
Hacer actividades diversas	157	5.7	2.7	5	5	10	0

CORRELACIONES ENTRE CREENCIAS Y SUS CONSTRUCTOS

	Creencias comportamentales	Creencias Normativas	Creencias Control
Actitud	.25** (n=156)		
Norma Subjetiva		.74** (n=92)	
Percepción control			.36** (n=155)

** $p < 0.01$

DISCUSIÓN:

Las creencias comportamentales que más preocupan al paciente son que si toman menos de un litro de líquido al día, se encontrarán mejor, no tendrán fatiga y no tendrán edemas. En vista de esto, un resultado general destacable es que las creencias que mayor impacto provocan son las de consecuencias inmediatas.

Con respecto a las creencias normativas, vemos en los resultados que la familia y el personal sanitario son buenas referencias sociales para mejorar la adhesión. Según algunos autores, aparece un mayor grado de adhesión en los pacientes casados o con pareja estable, aunque hay variaciones en función de la edad, el sexo, la percepción de soporte social y el estatus socioeconómico¹¹. Una de las variables psicosociales que influyen sobre la adhesión, es el apoyo social que tiene un efecto directo sobre esta, de forma que los pacientes en hemodiálisis que perciben un alto apoyo social y familiar presentan niveles más bajos de incremento de peso interdiálisis y mejora de los indicadores bioquímicos de cumplimiento¹². En el estudio de Christensen¹³ se analiza la influencia del entorno en la adhesión al tratamiento. La adhesión al tratamiento puede ser mejor explicada considerando la interacción entre las características del paciente y los factores contextuales del tratamiento. Como contrapartida, en el estudio de O'Brien¹⁴ se analizan relaciones entre soporte social, entendido en función del entorno familiar, amigos y el entorno laboral y el comportamiento cumplidor, no encontrando asociaciones significativas entre estas variables.

Dentro de las creencias de control, la toma de medicación y el control de la dieta son las barreras más importantes para la adhesión al tratamiento, aunque como factor facilitador se apunta beber poco cada vez (beber a sorbos pequeños o tomar medio vaso en lugar de uno). En la bibliografía revisada se muestra diversas variables relacionadas con las creencias de control asociadas a una mejora de la adhesión, como se puede ver en el estudio de Sensky¹⁵ que relaciona la adhesión con las variables psicosociales y locus de control y el de Hayley¹⁶ que relaciona la adhesión con el locus de control, las creencias de salud y las atribuciones causales. Otros estudios relacionan la mejora de la adhesión con el control percibido^{17,18}.

Como podemos ver en los resultados, se obtienen correlaciones significativas entre las creencias y el correspondiente constructo TAP. Es decir entre creencias conductuales y actitud, creencias normativas y norma subjetiva y entre creencias de control y control percibido. En función de estos resultados, la actitud, norma subjetiva y control percibido, pueden ser usados como objetivos de las intervenciones. Aunque hay que indicar, que el planteamiento adecuado basado en la TAP incluiría el análisis completo de los determinantes inmediatos de la intención y conducta, para seleccionar finalmente los contenidos de una intervención para promover la adhesión.

CONCLUSIONES:

El análisis de las variables responsables de la conducta de adhesión que se proponen desde la Teoría de la Acción Planeada puede ser de gran utilidad para diseñar estrategias orientadas a la mejora de la adhesión al tratamiento de los enfermos renales, especialmente a la restricción de la ingesta de líquidos.

Como conclusión más relevante y práctica de este estudio, destacar que las consecuencias a corto plazo sobre la adhesión diaria a la restricción de fluidos es uno de los contenidos más importantes para diseñar intervenciones destinadas a incrementar la conducta de adhesión a la restricción de líquidos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración desinteresada del personal de la unidad de hemodiálisis del Perpetuo Socorro de Alicante y su ayuda inestimable para la recopilación de los datos que han hecho posible este estudio. Especialmente quiero agradecer la colaboración inestimable de la Dra. Lola Arenas y D. Daniel Corbí, por poner a nuestra disposición todo lo que hemos necesitado y a Irene Portilla, Patricia Sánchez y Paola Reyes por su ayuda desinteresada en la recopilación de datos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Daugirdas, J.T.; Ing, T.S. (1995). *Manual de diálisis*. Barcelona: Masson.
- 2.- E. Huarte-Loza (coordinadora), G. Barril-Cuadrado, J. Cebollada-Muro, S. Cerezo-Morales, F. Coronel-Díaz, T. Doñate-Cubells, E. Fernández-Giraldez, A. Izaguirre-Boneta,

M. Lanuza-Luengo, A. Liébana-Cañada, A. Llopis-López, M. Ruperto y J. Traver-Aguilar. Grupo de Consenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante Dial Trasp. Nutrición en pacientes en diálisis. Consenso SEDYT 2006; 27(4):138-61

➤ 3.- Denhaerynck, K. Dobbels, F. Cleemput, I. Desmyttere, A. Schafer-Keller, P. Schaub, S. De Geest, S. (2005). Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: A literature review. *Transplant International*. 18. 1121-1133.

➤ 4.- Leggat Jr., J.E. (2005). Adherence with dialysis: A focus on mortality risk. *Seminars in Dialysis*. 18. 137-141.

➤ 5.- Iborra Moltó C, López-Roig S, Roca Alonso M, Pastor Mira MA. Adhesión al tratamiento y edad: variaciones en función de los parámetros utilizados. *Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica* 2010; 13 (1): 78-81.

➤ 6.- Rodríguez Marín, J *Psicología Social de la Salud*. Síntesis. Madrid, 2001

➤ 7.- Simon, MA. (1999). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 213-243). Madrid: Biblioteca Nueva.

➤ 8.- Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50.179-211.

➤ 9.- Conner. M; Sparks, P. Theory of planned behaviour and health behaviour; En *Predicting health behaviour* Conner, M; Norman, P; Maidenhead Open University Press;2005. 173-222

➤ 10.- Hankins M ; French D; Horne R. Statistical guidelines for studies of the theory of reasoned action and the theory of planned behaviour. *Psychology & Health*, Volume 15, Issue 2 March 2000 , pages 151 - 161

➤ 11.- Kaveh, K. Kimmel, P.L (2001). Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Diseases*. 37. 244-266.

➤ 12.- Patel, S.S. Peterson, R.A. Kimmel, P.L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis*. 18. 98-102.

➤ 13.- Christensen, AJ. (2000). Patient by treatment context interaction in chronic disease: A conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosomatic-Medicine*. Vol 62(3). May-Jun. 435-443.

➤ 14.- O'Brien, M.E. (1990). Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 15. 209-214.

➤ 15.- Sensky, T; Leger, C; Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*. Vol 65(1) Jan-Feb 36-42.

➤ 16.- Hailey,BJ; Moss,SB. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology,-Health-and-Medicine* .Vol 5(4) Nov 395-406.

➤ 17.- Cvengros, JA; Christensen,AJ; Lawton,WJ. (2004). The Role of Perceived Control and Preference for Control in Adherence to a Chronic Medical Regimen. *Annals-of-Behavioral-Medicine*. Vol 27(3) Sum 155-161.

➤ 18.- Vives T; Pujolar N; Junyent E; Flores I; Cordovill L; Izquierdo R. (1999). Adherence to treatment and personality in renal failure. *EDTNAERCA-Journal*. 25(3) Jul-Sep; 13_4.

