

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

FRANÇOISE CONTRERAS*, GUSTAVO A. ESGUERRA, JUAN CARLOS ESPINOSA Y VIVIANA GÓMEZ
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, BOGOTÁ-COLOMBIA

Recibido, julio 24/2007

Concepto evaluación, octubre 22/2007

Aceptado, noviembre 17/2007

Resumen

El propósito de este estudio fue observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello, se utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

Palabras clave: calidad de vida, afrontamiento, enfermedad crónica, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica.

COPING STYLES AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) IN TREATMENT WITH HAEMODIALYSIS

Abstract

The purpose of this study was to observe if the coping styles of 41 patients with chronic kidney disease were related to their quality of life. The SF-36 and CAE questionnaires were the instruments used. Significant decline in quality of life was evidenced in these patients. Nevertheless, their social functioning was preserved. Results showed that the coping style focused on problem solving was positively correlated with mental health whereas the negative self-focused coping style was inversely related to most dimensions of quality of life that were evaluated. Different results were found about avoidance and religiosity as coping styles. The implications of these results are discussed.

Key words: quality of life, coping style, chronic disease, haemodialysis patients, chronic kidney disease.

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas. Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a favorecer su calidad de vida. Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resulta-

dos de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de las personas con este tipo trastornos. Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.

* Directora del Grupo Psicología, Salud y Calidad de vida. Universidad Santo Tomás, Facultad de Psicología. francoisectorres@correo.usta.edu.co

Lo anterior reviste especial importancia si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de propender por la calidad de vida de estos pacientes (Álvarez, et al., 2001). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006), en 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones a este tipo de enfermedades, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas. Prevenir las enfermedades crónicas ayudaría, además de salvar vidas y aliviar el sufrimiento, a reducir las muertes prematuras, con sus consecuentes efectos sobre las familias, las comunidades y la sociedad en general; ya que su tratamiento representa unos costos adicionales no sólo para la familia sino también en la asignación de programas y políticas dirigidas a la salud pública de toda la comunidad. A lo anterior se suman los problemas laborales como la baja tasa de reincorporación de los pacientes al trabajo debido al carácter de las restricciones físicas que presenta, lo que afecta al individuo a nivel psicológico, social y económico (Kleinman, 1988).

Los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros. El dolor crónico constituye el síntoma frecuente en muchas de estas enfermedades; éste es entendido como aquel dolor que se mantiene durante un período mayor a seis meses, y su presencia se asocia con dificultades secundarias entre las que se encuentran cambios en la posición socioeconómica, pérdida del trabajo, inseguridad financiera y relaciones disfuncionales (Gatchel & Turk, 1999; Richardson & Poole, 2001).

Aunque existen características generales de los padecimientos crónicos como los enunciadas anteriormente, cada enfermedad crónica posee características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado. El caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el

carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia (Lubkin, 1998).

En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro (Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & Lopez-Gómez, 2001), lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Gil, et al, 2003).

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). En este sentido el tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia en una experiencia altamente estresante no sólo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino también por las limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un importante desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo (Calvanese, Feldman & Weisinger, 2004). Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud (Cidoncha, et al., 2003).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez-Ude 2001; Badia & Lizán, 2003); por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (Gómez-Vela & Sabeth, 2002).

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Badia & Lizán, 2003). Esta forma de asumir su condición es lo que se ha llamado afrontamiento.

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Pearlin & Schooler, 1978). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, conciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Silva-Canella, 1986). En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (Caballo, 1998).

Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Mok & Tam, 2001; Richardson & Poole, 2001).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. Los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Entre las estrategias dirigidas a la emoción se encuentran los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Hacen parte de este grupo la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos. Como estrategias dirigidas a la emoción también se encuentran las dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, ya que muchos individuos requieren que ello suceda para encaminarse a la acción; las reevaluaciones cognitivas modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, permitiendo atenuar

la amenaza al cambiar el significado de la situación. Por último existen en este grupo estrategias que no cambian el significado del acontecimiento como las ya mencionadas anteriormente, evitación y atención selectiva, en las cuales el cambio de significado dependerá de lo que se tome en cuenta o de aquello que se desee evitar.

El fenómeno de distorsión de la realidad es un tipo de afrontamiento que se emplea para conservar la esperanza y el optimismo para negar tanto lo ocurrido como su implicación, como si lo ocurrido no tuviera importancia, estrategia que ha sido relacionada con niveles más altos de inhabilidad y niveles bajos de salud mental y calidad de vida. (Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum, 1999).

De acuerdo con algunos estudios, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adhesión al tratamiento en pacientes hemodializados, y favorece la adaptación positiva del paciente al tratamiento (Khechane & Mwaba, 2004; Kohn, Hay & Legere, 1994).

La estrategia de evitación, por su parte, no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; DeGenova, Patton, Jurich & MacDermid, 1994; Mulder, Vroome, Van Griensven, Antoni & Sandford, 1999; Namir, Wolcott, Fauzy & Alumbaugh, 1987; Remor, 2000; Welch & Austin, 2001; Wolf, et al., 1991).

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con su vidas a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos (Carrobles, et al., 2003). Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio & Woolston, 1989).

El estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorecen la calidad de vida (Aldwin & Revenson, 1987; Bombardier, D'amico & Jordan, 1990; Felton & Revenson, 1984; Hoffart & Martinsen, 1993; Lindqvist & Sjöden, 1998; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last & Derkx, 2004; Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum, 1999). Otros autores sostienen que los estilos más eficaces para afrontar la enfermedad cróni-

ca son el optimista, paliativo y el confrontativo (Buelow, 1991; Cronqvist, Klang & Bjorvell, 1997; Downe-Wamboldt, 1991; Wu, Lee, Baig & Wichaikhum, 2001).

Así mismo, la estrategia de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Gunnerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001). Por el contrario, se ha encontrado que ciertos estilos de afrontamiento son menos eficientes y que afectan potencialmente la calidad de vida de las personas, entre los que están las estrategias confrontativa, independiente, evasiva y emotiva (Lindqvist, Carlsson & Sjöden, 2000). Así mismo, la estrategia de catastrofizar se ha relacionado con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente, con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico, lo que afecta de manera considerable la calidad de vida del paciente (Griswold, Evans, Spielman & Fishman, 2005). De igual forma, aquellas estrategias que implican distracción y rogar-esperar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad (McCracken, Goetsch & Semenchuck, 1998; Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005).

MÉTODO

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de 41 pacientes (53.7 % mujeres y 46.3 % hombres), que se encontraban en tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de la Fundación Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, D.C. (Colombia). Los pacientes se encontraban en una edad promedio de 48.5 años (Dt. 13.6) y un tiempo de tratamiento de 38.9 meses. Los pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio, previo consentimiento informado.

Instrumentos

Cuestionario de Salud [SF 36]. La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF 36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts durante el *Medical Outcomes Study* (MOS), el cual ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), se utilizó la versión en castellano de Alonso (1999). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido de 36 ítems,

que evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones; Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés [CAE]. Es una escala de 42 ítems desarrollada y validada por Sandín y Chorot (2003). El instrumento fue diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: a) Focalizado en la solución del problema [FSP], b) Autofocalización negativa [AFN], c) Reevaluación positiva [REP], d) Expresión emocional abierta [EEA], e) Evitación [EVT], f) Búsqueda de apoyo social [BAS], y g) Religión [RLG]. El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, y obtuvo un Alpha de Cronbach (fiabilidad) promedio de 0,79 para las siete subescalas.

Procedimiento

Una vez obtenido el permiso de la fundación hospitalaria para realizar la investigación, se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal, y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio, entre ellos, llevar por lo menos tres meses en tratamiento, ser adulto y estar en condiciones físicas y psicológicas para responder al instrumento. Una vez seleccionados los pacientes se les informó acerca del objetivo de la investigación, y se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio. Se les comentó acerca del manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación. Así mismo, se les manifestó que podían retirarse en cualquier momento de la investigación, si así lo deseaban.

RESULTADOS

Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta por hombres y mujeres en proporciones similares, con una edad promedio de 48.5 años, principalmente casados (36.6%) o solteros (34.1%) y desempleados en un 39%. Se trata de pacientes con bajo nivel de escolaridad; más de la mitad de ellos sólo habrían terminado la primaria (51.2%), sumados a los que cursaron estudios de bachillerato, alcanzan el 85.3% del total de la muestra.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los 41 participantes

		Frec. (%)			Frec. (%)	
Sexo	Mujer	22 (53.7)	Ocupación	Desempleado	16 (39)	
	Hombre	19 (46.3)		Empleado	13 (31.7)	
					Ama de casa	12 (29.2)
Edad	Menor de 50	20 (48.8)	Escolaridad	Primaria	21 (51.2)	
	Mayor de 50	21 (51.2)		Secundaria	14 (34.1%)	
Estado civil	Soltero	14 (34.1 %)			Técnico/ Universitario	6 (14.6%)
	Casado	15 (36.6 %)				
	Separado	9 (22 %)				
	Viudo	3(7.3 %)				

Para evaluar la calidad de vida percibida, se utilizó el cuestionario SF-36, el cual como se ha mencionado, examina ocho dimensiones cuyo puntaje se expresa en una escala de 0 a 100 puntos, siendo este último, indicador de alta calidad de vida. Esta puntuación fue alcanzada en todas las dimensiones, excepto en salud general, dimensión en la que la puntuación máxima fue 87. En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos.

Como puede apreciarse en la Tabla 2, La Función Social es la dimensión mejor preservada, en cuanto obtuvo la puntuación media más alta (75.3), mientras que las dimensiones rol físico, salud general, dolor corporal, rol emocional y vitalidad obtuvieron las puntuaciones medias más bajas, lo cual indica, a nivel descriptivo, que son las dimensiones de calidad de vida más afectadas en este grupo de pacientes.

Los resultados obtenidos en el SF 36 fueron analizados para observar la relación entre las dimensiones evaluadas

(véase tabla 3), y la correlación entre éstas y los índices sumarios que proporciona el instrumento (véase tabla 4). Tal como puede observarse, se evidencian una fuerte asociación entre la mayoría de las dimensiones evaluadas.

Se encontraron correlaciones directas y positivas entre los índices sumarios físico y mental con algunas dimensiones, las cuales son coherentes entre sí; esto es, índice sumario físico con función y rol físico dolor, vitalidad salud general y en menor media función social, y el índice sumario mental con rol emocional, función social, vitalidad, salud general y en menor medida con dolor. Esta asociación, también con un nivel de significancia del 0.01, corrobora la solidez del constructo evaluado (véase tabla 4).

Para evaluar las estrategias de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés [CAE], el cual como ya se ha mencionado, provee resultados sobre siete estilos de afrontamiento distintos. Los resultados descriptivos acerca de esta variable puede observarse en la Tabla 5.

Tabla 2
Puntuaciones obtenidas por los pacientes en cada una de las dimensiones y escalas examinadas por el SF36.

	Función física	Rol Físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	58,4	42.6	50.5	48.6	57.3	75.3	56.9	61.3
Desv. típ.	28.4	40.1	33.3	22.2	27.0	33.7	45.4	26.9

Tabla 3.

Correlación entre las variables de calidad de vida evaluada por el cuestionario SF 36

	Función Física	Rol Físico	Dolor	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud mental
F. Física	-	-	-	-	-	-	-	-
R. Físico	.477	-	-	-	-	-	-	-
Dolor	-	.564	-	-	-	-	-	-
Salud G.	.500	-	.415	-	-	-	-	-
Vitalidad	.651	.566	.657	.647	-	-	-	-
F. Social	.489	.532	.469	.402	.606	-	-	-
R. Emocional	-	.473	.473	-	.574	.579	-	-
Salud mental.	-	-	.424	.615	.708	.645	.608	-

Tabla 4.

Correlación entre las dimensiones de calidad de vida y el índice sumario, físico y mental.

	Función física	Rol físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Índice Sumario Físico	.780	.714	.640	.531	.609	.401	-	-
Índice Sumario Mental	-	-	.421	.463	.674	.739	.868	.884

Tabla 5.

Resultados obtenidos por los participantes en el CAE

Estilo de afrontamiento	Mínimo	Máximo	Media*	D.T.
Focalizado en la sol. del problema [FSP]	2.00	18.00	12.3 (13.5)	4.43
Auto-focalización negativa [AFN]	.00	13.00	6.6 (6.2)	3.02
Reevaluación positiva [REP]	5.00	18.00	12.0 (13.9)	3.09
Expresión emocional abierta [EEA]	.00	11.00	4.5 (6.1)	2.83
Evitación [EVT]	.00	18.00	10.0 (9.1)	4.54
Búsqueda de apoyo social [BAS]	.00	18.00	10.7 (12.8)	5.61
Religión [RLG]	3.00	18.00	12.1 (5.7)	4.31

* La media que se presenta entre paréntesis pertenece a la media obtenida en población española.

Como puede apreciarse, las puntuaciones más elevadas corresponden a las subescalas FSP, REP, BAS, EVT y RLG, lo que sugiere que los participantes en el estudio suelen utilizar más estas formas de afrontamiento. Las sub-escalas EEA y AFN presentan las puntuaciones medias más bajas. Salvo por la religión, los datos son bastante similares a los obtenidos en muestras españolas. En la Figura 1 se presenta la comparación entre estas puntuaciones, lo que es particularmente interesante si se tiene en

cuenta que el grupo sobre el que se obtuvieron los datos normativos eran jóvenes universitarios.

Los resultados obtenidos en los instrumentos fueron sometidos a un análisis correlacional para observar el comportamiento de las variables en el estudio. Se utilizó la correlación de Pearson para observar si las dimensiones de calidad de vida evaluadas y sus índices sumarios físico y mental, guardaban relación con el estilo de afrontamiento. Los resultados de este análisis pueden observarse en la Tabla 6.

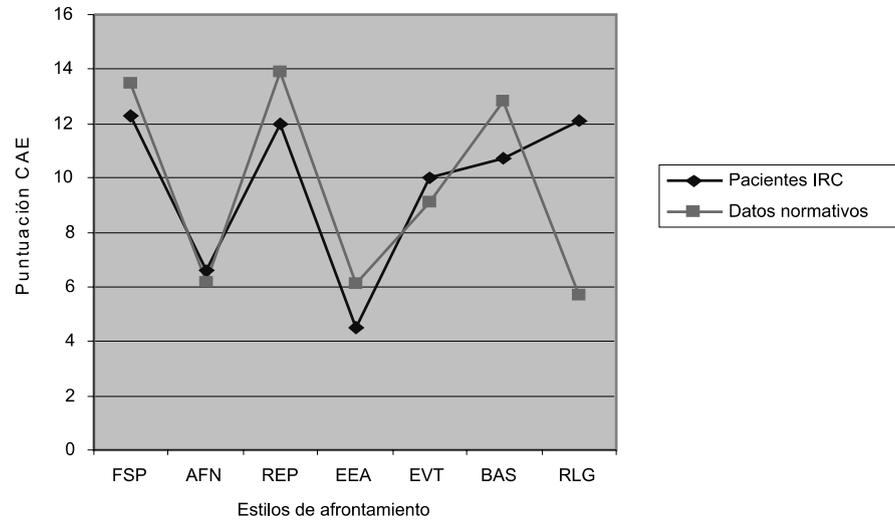


Figura 1. Estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes con IRC y datos normativos del CAE.

Tabla 6.

Análisis correlacional entre las variables de calidad de vida evaluada y los estilos de afrontamiento

Calidad de Vida SF36	Estilo de Afrontamiento						
	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Función Física	-	-	-	-	.330(*)	-	-.308(*)
Rol Físico	-	-	-	-	-	-	-
Dolor Corporal	-	-	-	-	-	-	-
Salud General	-	-.483(**)	-	-	-	-	-
Vitalidad	-	-.474(**)	-	-	-	-	-.437(**)
Función Social	-	-.361(*)	-	-	-	-	-
Rol Emocional	-	-.451(**)	-	-.373(*)	-	-	-
Salud Mental	.311(*)	-.501(**)	-	-.401(**)	-	-	-
Índice S. Físico	-	-	-	-	.360(*)	-	-
Índice S. Mental	-	-.512(**)	-	-.425(**)	-	-	-

Nota: Se han suprimido las correlaciones no significativas

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

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

El estilo Focalización en la Solución del Problema [FSP] correlacionó positivamente con Salud Mental; Autofocalización Negativa [AFN] correlacionó de manera inversa con varias dimensiones de la calidad de vida: Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental e Índice Sumario Mental; Expresión Emocional Abierta [EEA] se relacionó también de manera inversa con Rol Emocional, Salud Mental, e Índice Sumario Mental; Evitación [EVT] se relacionó de manera directa con Función Física e Índice Sumario Físico, y la Religión

[RLG] como estilo de afrontamiento se relacionó de manera inversa con Función Física y Vitalidad.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de este estudio, se evidencia un menoscabo importante en la calidad de vida de los pacientes, tal como se ha documentado ampliamente en la literatura (Calvanese, et al., 2004; Cidoncha,

et al, 2003; Gómez-Vela & Sabeth, 2002; Mok & Tam, 2001; Lubkin, 1998), caracterizada principalmente por detrimento en el rol físico (42.6), salud general (48.6) y dolor (50.5).

La dimensión mejor preservada fue la función social (75.3), puntuación similar a la obtenida en pacientes con diabetes mellitus (Vinaccia, et. al., 2006), en la que el tratamiento es menos adverso a pesar de las características de la IRC, y la severidad de su tratamiento, la calidad de vida de estos pacientes está mejor preservada que la de los pacientes con hiperplasia prostática, en los que sólo la función física alcanza una puntuación media más alta (75.6) (Vinaccia, Quinceno, Fonseca, Fernández & Tobón, 2006). La función social, dimensión mejor preservada en los pacientes con insuficiencia renal, es la que muestra mayor diferencia con los pacientes con hiperplasia prostática (75.3 y 56.3 respectivamente), lo que pone de manifiesto la importancia de evaluar el efecto que puede tener el género sobre la percepción de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica.

Los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos en otro estudio realizado con pacientes con insuficiencia renal (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006), en la que se obtuvo una puntuación mayor en función social (81.1). Esto puede indicar que las personas a pesar de su condición de salud y de las características del tratamiento, no perciben que sus problemas de salud física o emocional interfieren de manera importante en su vida social habitual, aspecto que constituye un recurso que puede ser potenciado a fin de favorecer otros aspectos de la calidad de vida que se relacionan con esta dimensión. Este hallazgo reviste especial importancia si se tiene en cuenta que esta dimensión (función social) correlacionó tanto con los índices sumario físico (.401) y mental (.739).

Las altas y significativas correlaciones entre las dimensiones de la calidad de vida evaluadas pueden denotar, además de las bondades del instrumento, la solidez del constructo evaluado. Lo anterior se corrobora con las correlaciones observadas entre los índices sumarios de la calidad de vida con las dimensiones que hacen referencia a estos. Si se observa desde la exclusión, el índice sumario mental no correlacionó con la función y el rol físico, y el índice sumario físico no correlacionó con rol emocional y salud mental; por el contrario, se encontraron altas correlaciones entre: 1) el índice sumario físico tanto con función física (.780) como con rol físico (.714); 2) el índice sumario mental tanto con rol emocional (.868) como con salud mental (.884).

El dolor, la salud general, la vitalidad y la función social correlacionaron de manera positiva con ambos índi-

ces, observando coherencia con el índice sumario relacionado con la dimensión (Tabla 4), lo cual es más evidente en la dimensión de dolor donde la correlación fue más alta con el índice sumario físico que con el mental (.640 y .421 respectivamente) y la función social donde el índice sumario mental fue más alto que el físico (.739 y .401 respectivamente). Esta capacidad de discriminación entre los índices puede contribuir a la solidez del constructo evaluado.

De acuerdo con algunos estudios, es frecuente que los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de diálisis afronten su condición con ira y hostilidad como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005), característica del estilo de afrontamiento llamado *expresión emocional abierta* que en este estudio obtuvo la puntuación promedio más baja. Este grupo de pacientes, a pesar del importante desajuste que sufren en todas las áreas de su vida (Calvanese, et al., 2004; Cidoncha, et al, 2003), asumen su condición principalmente con estrategias activas, racionales, focalizadas en el problema, más que emocionales. Lo anterior puede evidenciarse a partir de las puntuaciones elevadas en las subescalas FSP, REP, BAS, todas ellas estilos de afrontamiento racionales, activos, focalizados en el problema. Lo anterior tiene implicaciones importantes para la intervención en cuanto constituye un recurso importante en este grupo de pacientes. Lazarus y Folkman (1986) ya habían planteado la favorabilidad de utilizar estrategias activas, y el inconveniente de utilizar estrategias centradas en la emoción. Autores posteriores han ratificado que este tipo de afrontamiento activo favorece la adaptación positiva del paciente a su condición médica y optimizan la adhesión al tratamiento en pacientes hemodializados, al igual que la reevaluación positiva que supone una perspectiva optimista de la situación estresante lo cual redundará en la calidad de vida. (Carrobes, et al., 2003; Khechane & Mwaba, 2004; Kohn, et al., 1994).

La reevaluación positiva fue un estilo usado frecuentemente por este grupo de pacientes; sin embargo no correlacionó con ninguna de las dimensiones de la calidad de vida evaluadas. Estos resultados contradicen los hallazgos de otros autores que encontraron que este estilo de afrontamiento favorece la salud mental y la calidad de vida de los pacientes (Aldwin & Revenson, 1987; Bombardier, et al., 1990; Felton & Revenson, 1984; Gunzerath, et al., 2001; Hoffart & Martinsen, 1993; Lindqvist & Sjöden, 1998; Van der Zaag-Loonen, et al., 2004; Wahl, et al., 1999).

Como puede observarse en la Tabla 6, hay estilos de afrontamiento que se asocian con las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. Es interesante anotar que la

autofocalización negativa fue el estilo de afrontamiento más asociado con la calidad de vida de los pacientes pues presenta correlaciones significativas con cinco de las ocho dimensiones de la calidad de vida y el índice sumario mental. Con respecto a este estilo de afrontamiento, a menor percepción de salud general (-.483), vitalidad (-.474), función social (-.361), rol emocional (-.451), salud mental (-.501) e índice sumario mental (-.512), mayor uso del estilo de afrontamiento *autofocalización negativa*, es decir mayor autoconvencimiento negativo, autoculpa, indefensión y sentimientos de incapacidad para resolver la situación, son personas que se resignan y asumen que las cosas suelen salir mal, por lo que no hacen nada para resolver la situación. Este estilo, considerado pasivo, implica una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros. Se ha relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Brown & Nicassio, 1987; Brown, et al., 1989), tal como aparece en la literatura. Este estilo de afrontamiento en el que el individuo suele catastrofizar, es considerado una estrategia que con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente, con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico, afecta de manera considerable la calidad de vida del paciente (Griswold, et al., 2005).

Dentro de esta categoría de estilos pasivos de afrontamiento está la expresión emocional abierta, que hace referencia a descargar el mal humor con los demás, insultar, ser hostil, agredir e irritarse y desahogarse emocionalmente, lo cual correlacionó de manera inversa con rol emocional (-.373), salud mental (-.401) e índice sumario mental (-.425). Estos resultados están acordes con la literatura que refieren que los estilos pasivos, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y fomenta la dependencia, lo que se ha relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Brown & Nicassio, 1987; Brown, et al., 1989).

La percepción de mejor salud mental se relacionó de manera positiva con el estilo de afrontamiento centrado en el problema (.311); es decir, asumir un papel activo en la situación, analizar las causas y seguir pasos concretos, seguir plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas. El estilo de evitación, es decir concentrarse en otras cosas, volcarse en el trabajo y otras actividades, olvidarse y no pensar en el problema, practicar deporte para olvidar y olvidarse de todo correlacionó de manera directa con la función física (.330) e índice sumario físico (.360). Es decir, a mayor evitación, mayor percepción de bienestar físico. Estos datos no son coherentes con los planteados por otros autores que consideran que este estilo de afrontamiento no es un efectivo en

cuanto no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional que produce la condición médica (Carrobles, et al., 2003; DeGenova, et al., 1994; Mulder, et al., 1999; Namir, et al., 1987; Remor, 2000; Welch & Austin, 2001; Wolf, et al., 1991; Arraras, et al., 2002).

Finalmente, la religiosidad como estilo de afrontamiento se relacionó de manera inversa con función física (-.308) y con vitalidad (-.437), algunos autores encontraron de manera similar, que los estilos que implican rogar y esperar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física, y mayores niveles de ansiedad (Woby, et al., 2005; McCracken, et al., 1998). Una posible explicación de este hallazgo puede ser que cuando las personas perciben una interferencia importante de su condición de salud sobre su función física y consecuentemente se sienten menos vitales, acuden a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará su situación, lo cual evidentemente es una estrategia pasiva en el que el sujeto asume que ha perdido el control sobre algunos aspectos importantes de su vida.

Estos resultados de este estudio pueden tener importantes implicaciones en cuanto permitieron identificar algunas estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa e inversa con las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud que percibe el paciente, lo cual brinda elementos para la atención del paciente con enfermedad crónica y puede promover su bienestar, aspecto fundamental para favorecer la calidad de vida del paciente (Gómez-Vela & Sabeth, 2002). En este sentido, el concepto de afrontamiento y su relación con las dimensiones de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica cobra especial relevancia tal como lo habían propuesto Badia & Lizán (2003), quienes afirman que la percepción de calidad de vida tiene que ver con el forma en que el paciente asume su condición.

REFERENCIAS

- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Alonso, J. (1999). *Cuestionario de salud SF-36, versión española*. Barcelona, España: Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los

- pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-187.
- Badía, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J.F. Cano (Eds.). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier.
- Bombardier, C. H., D'Amico, C., & Jordan J. S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavioral Research and Therapy* 28, 297-304.
- Brown, G. K. & Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 31, 53-64.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Woolston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Buelow, M. J. (1991). A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23 (4), 247-252.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 2. Madrid, España: Siglo XXI Editores S.A.
- Calvanese, N., Feldman, L. & Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrología Latinoamericana*, 11, 2, 49-63.
- Carobles, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-734.
- Cidoncha, M.A., Estévez, I., Santiago, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, M.S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica: <http://www.seden.org/files/art171.doc>.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 487-499.
- Cronqvist, A., Klang, B. & Bjorvell, H. (1997). The use and efficacy of coping strategies and coping styles in a Swedish sample. *Quality of Life Research*, 6, 87-96.
- De Genova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A. & MacDermid, M. (1994). Ways of coping among HIV- infected individuals. *The Journal of Social Psychology*, 134, 655-663.
- Downe-Wamboldt, B. (1991). Coping and life satisfaction in elderly women with osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1328-1335.
- Felton, B. J., Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernández, M.D. & Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-136.
- Gatchel, R.J. & Turk, D.C. (1999). *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. New York, NY, EEUU: Guilford Press.
- Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23, 528- 537.
- Gómez-Vela M. & Sabeth, E. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la Universidad de Salamanca: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- Griswold, G., Evans, S., Spielman, L. & Fishman, B. (2005). Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *AIDS Care*, 17, 711-720.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. EE:UU: Mosby Inc.
- Hoffart, A. & Martinsen E. W. (1993). Coping strategies in major depressed agoraphobic and comorbid in patients: a longitudinal study. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 143-155.
- Khechane, N. & Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behaviour and Personality*, 32, 777-782.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York, NY, EEUU: Basic Books.
- Kohn, P. M., Hay, B. D., & Legere, J. (1994). Hassles, coping styles and negative well-being. *Personality and Individual Differences*, 17, 30-35.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lindqvist, R. & Sjöden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 312-319.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. & Sjöden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.
- Lubkin, I. M. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston, MA, EEUU: Jones and Bartlett.
- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W.L. & Silva-Cannella, K. A. (1986). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499-549.
- McCracken, L. M., Goetsch, V. L. & Semenchuk, E. M. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons

- with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral Medicine*, 24, 29.
- Mok, E. & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10, 503-511.
- Mulder, C., Vroome, E., Van Griensven, G., Antoni, M. & Sandford, T. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18, 107-113.
- Namir, S., Wolcott, D., Fawzy, F. & Alumbaugh, M. (1987). Coping with AIDS: psychosocial and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309-328.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Extraído el 2 de febrero, 2007 de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
- Oto, A., Muñoz, R., Barrio, R., Pérez, M. & Matad, T. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad. *Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Barcelona, España: Hospal.
- Pearling, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Remor, E. (2000). *Infección por VIH y SIDA: Características psicológicas y adhesión al tratamiento*. Disertación Doctoral no publicada, UAM, Madrid, España.
- Richardson, C. & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659-667.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicología y Psicopatología Clínica* (8), 1, 39- 54.
- Valderrabano F., Jofre R. & López-Gómez J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 3, 443-464.
- Van der Zaag-Loonen, H., Grootenhuis, M., Last, B. & Derkx, H. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 13, 1011-1019.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. & Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.
- Vinaccia, S., Quinceno, J.M., Fonseca, P., Fernández, H. & Tobón S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), 47-56.
- Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I. & Poum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life Research*, 8, 427-433.
- Welch, J. L. & Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 200-207.
- Woby, S., Watson, P., Roach, N. & Urmston, M. (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 100-107.
- Wolf, T., Balson P., Morse E., Simon, P., Gaumer, R., Dralle, P., Williams, M. (1991). Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 171-173.
- Wu, Ch., Lee, Y., Baig, K. & Wichaikhum, O. (2001). Coping behaviors of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing*, 10, 315-320.