

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN FASE DIALÍTICA

COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH KIDNEY FAILURE IN THE DIALYTIC STAGE

Recibido: 4 de abril de 2010/Aceptado: 3 de junio de 2010

CARMEN ALICIA SIERRA LLAMAS*, JUAN CARLOS JULIO**

Universidad Simón Bolívar, Barranquilla - Colombia

Key words:

Coping strategies, Dialysis, Renal function, Coping styles.

Abstract

The objective of this research was to identify coping strategies undertaken by patients with kidney failure on current dialysis. The approach chosen for this research was quantitative, since the empirical analytical paradigm, with a rate of descriptive design. The sample comprised 10 patients aged between 20 and 60 years, on current hemodialysis in Clínica de la Costa Renal Unit, Patients were intentionally selected besides their voluntary participation. Standardized questionnaire was used in Colombia to the stress of coping Sandin & Chorot.

According to the results, the coping style they use, is focused on the problem with its three dimensions: focus on the problem, with a score of 80% of the population, also in the positive reappraisal with 80% of the population studied, and seeking support with 60% of the population, indicating that this group of patients take an active role, are still concrete steps, what they do to appropriately respond to changes and demands, and treatment imposed by the disease. It is then the religion as a coping style with a 60% higher in the standings. Religion belongs to the dimension of avoidance and escape, indicates that this sample perceived as a significant interference of their health condition on their physical function and consequently feel less vital, turns to their religious beliefs as a way of relief that the situation will improve.

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en identificar las estrategias de afrontamiento asumidas por pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. El enfoque elegido fue el cuantitativo, bajo el paradigma empírico analítico, con un tipo de diseño descriptivo. La muestra fue de 10 pacientes, con edades comprendidas entre 20 y 60 años, en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal de la Clínica de la Costa de Barranquilla, que fueron seleccionados en forma intencional y participaron voluntariamente. Se utilizó el cuestionario estandarizado en Colombia de afrontamiento al estrés de Sandin & Chorot.

De acuerdo con los resultados, el estilo de afrontamiento más común en esta muestra es el centrado en el problema con sus tres dimensiones: centrada en el problema (80% de la población), reevaluación positiva, con un 80%, y búsqueda de apoyo (60%). Ello indica que este grupo de pacientes asume un papel activo y sigue unos pasos concretos, lo que lo hace responder de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamiento impuestos por la enfermedad. Le sigue la religión como estilo de afrontamiento, con un 60% alto en las puntuaciones. La religión, perteneciente a la dimensión de evitación y escape, indica que esta muestra percibe una interferencia importante de su condición de salud sobre su función física y, consecuentemente, acude a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará la situación.

Palabras clave:

Estrategias de afrontamiento, Diálisis, Función renal, Estilos de afrontamiento.

* Docente e investigadora del grupo de Nefrología, Centro de Investigaciones en Biomédica de la Universidad Simón Bolívar. Email: csierra@unisimonbolivar.edu.co

** Estudiante de X semestre del Programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar. Email: juankjulio@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo. Las personas que la padecen perciben, en consecuencia, una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los otros. Esto implica cambios de vida importantes a nivel físico, psicológico y social.

Los estudios sobre las respuestas emocionales han constatado tasas superiores de prevalencia de ansiedad respecto a la población general y porcentajes de prevalencia de depresión entre el 25% y el 50%. Estos datos se asocian a una deficiente percepción de la calidad de vida con respecto a la población general y evidencian el impacto de la diálisis en estas personas, que alcanzan puntuaciones incluso más bajas en la calidad de vida que otras personas con enfermedades crónicas.

El proceso de afrontamiento en personas con deficiencia renal es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que se debe tener en cuenta que las estrategias son cambiantes, sensibles y dependen tanto de las características personales como de factores externos o del entorno (San Juan, 2007). Estas estrategias han sido poco estudiadas y no han sido señaladas como áreas de interés de estudio. Hasta el momento se desconocen los motivos para tal indiferencia, a pesar de reconocerse que constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, pues se identifican como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como lo son las enfermedades crónicas relacionadas con este sistema.

Sandin y Chorot (2002) han orientado los estudios hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden favorecer, así, su calidad de vida. Dado que las estrategias de afrontamiento son consideradas variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación psicológica, estos autores las clasifican en tres grandes dimensiones o focalizaciones del afrontamiento:

1. Centrada en el problema: focalización centrada en el problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.
2. Centrada en la emoción: autofocalización negativa y expresión emocional abierta.
3. Centrada en la evitación y escape: evitación y religión.

Según otros estudios científicos realizados por los mismos autores se puede decir que una persona utiliza los siguientes estilos de afrontamiento:

1. Focalizado en la solución del problema: cuando intenta analizar las causas del problema.
2. Autofocalización negativa: cuando piensa que las cosas pueden ser peores.
3. Reevaluación positiva: cuando acepta las cosas como son y las enfrenta.
4. Expresión emocional abierta: cuando pide ayuda a amigos y otras personas.
5. Evitación: cuando no enfrenta la realidad e intenta olvidarse de todo.
6. Búsqueda de apoyo: cuando habla con amigos o familiares.
7. Religión: cuando acepta las cosas pero espera en Dios.
8. El proceso de vivir la diálisis 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, cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como a cambios en los roles familiares (Lubkin, 1998).

En la dimensión psicológica, las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son el estrés, la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro (Christensen & Ehlers, 2002), todo lo cual 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 solo 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 (Weisinger, 2004). Las investigaciones realizadas han demostrado, ciertamente, que tanto la insuficiencia renal como la diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente en los aspectos emocionales, cognitivos, físicos y sociales, lo que altera de manera notable su calidad de vida (Cidoncha *et al.*, 2003).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. Esto incluye, entre otras, las funciones física, psicológica y social, así como la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez, 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). Esta forma de asumir su condición es lo que se ha llamado afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento

En términos generales, el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a este problema; es decir, para tratar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés como el malestar psicológico que suele acompañarlo (Sandin, 1995).

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la Psicología Clínica y en la psicopatología, ya que el modo en que el individuo lo asume puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Pelechado, 1992). El afrontamiento del estrés, sin embargo, no constituye un concepto unitario, pues, como se ha señalado en otros lugares (Sandin & Chorot, 1995), son diversas las concepciones que se han presentado en la literatura científica.

En concreto, uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años se relaciona con el concepto del estrés como proceso (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984; Sandin & Chorot, 1995). Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona.

En esta conceptualización del afrontamiento, liderada por el grupo de Lazarus y Folkman (1984), se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas (el afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso del estrés sea adaptativo o desadaptativo). La consideración del afrontamiento como proceso implica asumir la dependencia contextual del propio individuo como alguien activo interactuando con su medio, tratándose así de un modelo relacional o procesual, donde el estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser estables ante diferentes situaciones estresantes. Este concepto del afrontamiento, por otra parte, es coherente con la idea que se tiene en Psicología sobre las diferentes disposiciones personales, en el sentido que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales.

En este último sentido, como han enfatizado Torestad, Magnuson y Olah (1990), el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo), lo cual sería consistente con la evidencia sobre la estabilidad del afrontamiento.

El afrontamiento también se ha definido como el conjunto de 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-Abascal & Palmero, 1999). Suponen cualquier esfuerzo, sea saludable o no, consciente o inconsciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos o, por el contrario, causar más problemas (Caballo, 1998). Pero en todo caso 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.

Por eso, 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”.

Ahora bien, el estilo de afrontamiento adoptado depende de varios factores. Entre ellos 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). En correspondencia con esto, Lazarus & Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipularlo o alterarlo.

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. Conforman este grupo, la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa, de estas últimas hacen parte la evitación y la atención selectiva. También se encuentran en este grupo 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 y la autofocalización negativa modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, pero atenúan la amenaza al transformar 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. Según Sandin y Chorot (2002), en la evitación y la religión 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. La anterior estrategia 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 otro grupo de afrontamiento, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adhesión al tratamiento en pacientes hemodializados y la adaptación positiva del paciente al tratamiento (Khechane & Mwaba, 2004).

En oposición a estas, estrategias como la evitación no constituyen un estilo efectivo en cuanto predicen más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido, como tampoco protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con su vida 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, amén de un 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, pasándose

incluso a depender de otros. Estos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional. En el extremo opuesto, el estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorece la calidad de vida (Wahl *et al.*, 1999).

Otros autores sostienen que los estilos más eficaces para afrontar la enfermedad son el optimista, el paliativo y el confrontativo. Asimismo, 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, (Gunzerath, 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 confortativa, independiente, evasiva y emotiva (Lindqvist, Carlsson & Sjöden, 2000). La estrategia de catastrofizar, ubicada también entre los estilos que afectan negativamente la calidad de vida, se ha relacionado con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico (Griswold, Evans, Spielman & Fishman, 2005).

De igual forma, las estrategias que implican distracción y la situación de rogar-esperar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad (McCracken, Goetsch & Semenchuck, 1998).

Insuficiencia renal

Los riñones filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del cuerpo. En consecuencia, los desechos dañinos se acumulan en el cuerpo, la presión arterial puede elevarse, el cuerpo puede retener el exceso de líquido y no produce suficientes glóbulos rojos. Cuando estos órganos fallan, se necesita, por lo tanto, un tratamiento para suplir la deficiencia.

Opción de tratamiento: hemodiálisis

La hemodiálisis depura y filtra la sangre. Se efectúa por medio de una máquina para eliminar temporalmente los desechos peligrosos del cuerpo, y el exceso de sal y de agua. La hemodiálisis ayuda a controlar la presión arterial y a que el cuerpo mantenga el equilibrio adecuado de sustancias químicas importantes, tales como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato.

La diálisis puede reemplazar parte de las funciones de los riñones, pero no es suficiente en sí misma. También son necesarios los medicamentos, las dietas especiales y la restricción en el consumo de líquidos, todo ello dependiendo del tratamiento que se elija.

MÉTODO

Diseño

El diseño no experimental de tipo descriptivo es el que se asume en este estudio. Es el más adecuado para nuestros objetivos, debido a que se hará una medición en un momento dado y esta es una de las características del diseño. Los diseños de investigación descriptiva re-

colectan datos en un momento único. Su propósito es describir la variable y analizar su medición, cuestiones que incluyen la incidencia y los valores en que se manifiesta dicha variable (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

Participantes

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Renal de la Clínica de la Costa, la cual tiene 18 años de haber sido fundada y avalada por el gobierno. Presta servicios médicos del primero al cuarto nivel de atención en todas las especialidades médicas. Se encuentra en la localidad de Norte Centro Histórico de Barranquilla y cuenta con una unidad renal para atender simultáneamente 20 pacientes, aproximadamente, que reciben tratamiento en hemodiálisis y que son remitidos por varias entidades del sistema de salud y particulares. Estos pacientes provienen de diferentes sectores de la ciudad y de los municipios aledaños. Se seleccionaron 10 (7 hombres y 3 mujeres con edades entre 20 y 60 años), por medio de un muestreo intencional. En la selección se tuvo en cuenta, como criterios de inclusión, que estuvieran en proceso o fase de diálisis en la Clínica de la Costa, tener entre 20 y 60 años, ser adulto, estar en condiciones físicas y psicológicas para responder el test, y haber firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

Técnica e instrumento

La información del presente estudio se recolectó mediante la utilización del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Se trata de una medida de autoinforme diseñada por Sandin & Chorot (2002) validada en Colombia. Los resultados muestran una clara estructura factorial de siete estilos básicos de afrontamiento: Focalizado en la solución del problema, Autofocalización negativa, Reevaluación positiva, Expresión emocional abierta, Evitación, Búsquedas de apoyo social y Religión.

El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas y obtuvo los coeficientes de fiabilidad de Cronbach (fiabilidad) para las siete subescalas, variaron entre 0,64 y 0,92, con una media de 0,79. Un análisis factorial de segundo orden evidenció una estructura de dos factores, que representaban los estilos de afrontamiento racional y focalizado en la emoción. En esta investigación, los resultados indican un índice de confiabilidad de 0,66.

Para su corrección se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

SUBESCALAS	ÍTEMS
Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.

Procedimiento

Una vez obtenido el permiso para realizar la investigación, se procedió a realizar 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. Ya seleccionados los pacientes se les informó acerca del objetivo de la investigación y, si estaba de acuerdo, firmaba el consentimiento. Se les informó acerca del manejo ético de la información, advirtiéndoles que podían retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deseaban.

Luego de realizar la entrevista semiestructurada y aplicado el instrumento para recoger los datos de la Estrategia de Afrontamiento se procedió a construir una base de datos. Luego, en SPSS versión 16, se procesaron los datos del instrumento y se obtuvieron las distribuciones de cada una de sus escalas. La fase final consistió en la interpretación de los resultados teniendo en cuenta el marco teórico y el contexto de la población, lo que permitió extraer las principales conclusiones del estudio.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación son producto de las respuestas obtenidas una vez aplicado el cuestionario de afrontamiento al estrés, Sandin & Chorot (2002), a 10 pacientes dializados en la Clínica de la Costa.

Antes de responder a los objetivos de la investigación se iniciará describiendo las características socio-demográficas de los participantes y posteriormente se dará respuesta a los objetivos de la investigación.

Descripción de variable social demográfica

La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes de la Clínica de la Costa en fase dialítica, siete de ellos hombres y tres mujeres. Su edad promedio alcanzó los 42 años y su grado de formación académica se distribuyó así: bachilleres, seis; básica primaria, dos y universitarios, dos. El tiempo de tratamiento de diálisis sumó 14 meses, sin embargo se encontraron pacientes con un periodo de tres meses en el tratamiento. Las enfermedades renales que padecen estos pacientes son: glomeronefritis, seis; infección poliquística, dos, hidronefritis, uno y diabetes, uno. En cuanto a su estado civil, cinco viven en unión libre, tres se encuentran casados, uno está soltero y uno en estado de viudez. En cuanto a los oficios y profesiones de los pacientes, dos son ingenieros civiles, dos amas de casa, uno comerciante, uno conductor, uno trabaja en la construcción, otro en oficios varios, hay además un técnico ambiental y un pensionado. Todos practican una religión, así: seis el catolicismo y cuatro son protestantes.

Análisis estadístico de las variables

Como se ha reiterado, este estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento en los pacientes en fase dialítica. De acuerdo con las dimensiones del cuestionario utilizado, estos resultados se discriminan de manera específica.

A) *Focalizado en la solución del problema.* El estilo de afrontamiento focalizado en la solución del problema obtuvo la puntuación alta. De este modo se evidencia que este grupo de pacientes asume un papel activo y sigue unos pasos concretos, lo que hace que responda de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamientos impuestos por la enfermedad.

Tabla 1. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema

Focalización solución del problema (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	1	10,0	10,0	10,0
	MEDIO	1	10,0	10,0	20,0
	ALTO	8	80,0	80,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Se encontró, en concreto, que ocho pacientes utilizan como estrategia de afrontamiento este estilo en un alto nivel, uno más lo utiliza en nivel medio y el otro se encuentra en un nivel bajo, como podemos observar en la Tabla 1.

B) *La religión*. La religiosidad como estilo de afrontamiento obtuvo puntaje medio, demostrando ser una estrategia utilizada por los pacientes. 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.

Se encontró que seis pacientes utilizan como estrategia de afrontamiento el estilo de la Religión en un alto nivel, dos se ubicaron en nivel medio y los dos restantes se encuentran en un nivel bajo. Así lo podemos observar en la Tabla 2.

C) *Autofocalización negativa*. El estilo de afrontamiento autofocalización negativa obtuvo puntuaciones bajas. Esto sugiere que los pacientes dializados de la Clínica de la Costa no pierden el control de su situación para hacerle frente al estrés.

Tabla 2. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento de la religión

Religión (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	2	20,0	20,0	20,0
	MEDIO	2	20,0	20,0	40,0
	ALTO	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 3. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento de autofocalización negativa

Autofocalización negativa (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	2	20,0	20,0	20,0
	MEDIO	4	40,0	40,0	60,0
	ALTO	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

De hecho, cuatro pacientes utilizan como estrategia de afrontamiento el estilo de la autofocalización negativa en nivel alto, otros cuatro se ubican en el nivel medio y los otros dos en un nivel bajo (Tabla 3).

D) *Reevaluación positiva*. El estilo de afrontamiento de Reevaluación positiva obtuvo puntuaciones altas, lo que indica que estos pacientes buscan lo positivo de su condición para hacer frente al estrés generado por la enfermedad.

Así, ocho pacientes utilizan el estilo de la Reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento en un alto nivel, uno, en nivel medio y uno último se encuentra en un nivel bajo, como podemos observar en la Tabla 4.

E) *Expresión emocional abierta*. En este estilo de afrontamiento se obtuvieron puntuaciones bajas. Esto

nos induce a pensar que estos pacientes son dependientes, muestran comportamientos hostiles.

Se encontró que dos pacientes utilizan como estrategia de afrontamiento el estilo de la Expresión emocional abierta en un alto nivel, cuatro en nivel medio y los cuatro restantes se encuentran en un nivel bajo como (Tabla 5).

F) *Evitación*. El estilo focalizado en la Evitación, es decir, el que se manifiesta en acciones como 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, obtuvo puntuaciones medio-baja.

Al respecto, dos pacientes utilizan en un alto nivel esta estrategia de afrontamiento, cinco en porcentaje medio y tres en un nivel bajo. Así lo expresa la Tabla 6.

Tabla 4. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento de Reevaluación Positiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	1	10,0	10,0	10,0
	MEDIO	1	10,0	10,0	20,0
	ALTO	8	80,0	80,0	80,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 5. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento Expresión emocional abierta Expresión emocional abierta (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	4	40,0	40,0	40,0
	MEDIO	4	40,0	40,0	80,0
	ALTO	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tabla 6. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento de Evitación					
Evitación (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	3	30,0	30,0	30,0
	MEDIO	5	50,0	50,0	80,0
	ALTO	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

G) *Búsqueda de apoyo social*. El estilo de afrontamiento de Búsqueda de apoyo social obtuvo puntuaciones altas en los pacientes con insuficiencia renal. Esto puede indicar que los pacientes, a pesar de su condición física y las características del tratamiento, no perciben que sus problemas de salud interfieran en su aspecto social.

Seis pacientes, en efecto, utilizan como estrategia de afrontamiento el estilo de la Expresión emocional abierta en un rango alto, tres en un rango medio y uno solo se encuentra en un nivel bajo, tal como lo estipula la Tabla 7.

DISCUSIÓN

En esta muestra se evidenció que la religiosidad como estilo de afrontamiento es una de las subescalas con mayor puntaje. Esto se relaciona con lo expresado

por algunos autores, quienes encontraron de manera análoga que los estilos que implican rogar y esperar se relacionan con elevados y mayores niveles de ansiedad (Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005). Una posible explicación de este hallazgo puede hallarse en 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 según ciertos autores es visto como una estrategia pasiva.

El estilo de afrontamiento centrado en el problema fue el más utilizado por este grupo de pacientes. Dicho estilo se manifiesta en acciones como asumir un papel activo en la situación, analizar las causas y seguir pasos concretos, seguir un plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas. Ello sugiere que estos pacientes, a pesar del

Tabla 7. Frecuencia de la estrategia de afrontamiento					
Búsqueda de apoyo social					
Búsqueda de apoyo social (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	1	10,0	10,0	10,0
	MEDIO	3	30,0	30,0	40,0
	ALTO	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

importante desajuste que sufren en todas las áreas de su vida (Cidoncha *et al.*, 2003), asumen su condición principalmente con estrategias activas, racionales, focalizadas en el problema, más que emocionales. Lo cual puede evidenciarse a partir de las puntuaciones elevadas en las subescalas Focalizado en la Solución del Problema (FSP), Reevaluación Positiva (REP) y Búsqueda de Apoyo Social (BAS).

Lo anterior tiene implicaciones importantes para la intervención, en cuanto constituye un recurso importante en este grupo de pacientes. Lazarus y Folkman (1986) habían planteado la favorabilidad de utilizar estrategias activas, y el inconveniente de utilizar estrategias centradas en la emoción. En este mismo sentido, autores posteriores han afirmado que este tipo de afrontamiento activo favorece la adaptación positiva del paciente a su condición médica y optimiza la adhesión al tratamiento en pacientes hemodializados.

Por otro lado, la focalización centrada en la emoción o pasiva del afrontamiento hace referencia a acciones como descargar el mal humor con los demás, insultar, ser hostil, agredir, irritarse y desahogarse emocionalmente. 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), características del estilo de afrontamiento llamado Expresión emocional abierta que como la Autofocalización negativa fueron el estilo de afrontamiento con puntuaciones más bajas.

En cuanto a la Evitación y Escape los pacientes no

registraron puntuaciones altas para esta dimensión. Estos resultados están acordes con la literatura que refiere que los estilos pasivos implican una tendencia a perder el control sobre la situación y fomentan la dependencia, lo que se ha relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Brown & Nicassio, 1987).

CONCLUSIONES

El grupo de pacientes con insuficiencia renal estudiado asume su condición principalmente con estrategias activas, racionales y focalizadas en el problema más que en la emoción. Lo anterior puede evidenciarse a partir de las puntuaciones elevadas en las subescalas Focalizado en la Solución del Problema (FSP), Reevaluación Positiva (REP) y Búsqueda de Apoyo Social (BAS), todas ellas indicadoras de estilos de afrontamiento racionales, activos y focalizados en el problema.

El afrontamiento centrado en el problema, que comprende 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, parece ser entonces el más utilizado por estos pacientes. Finalmente, la religiosidad como estilo de afrontamiento fue la segunda estrategia más utilizada. Estos resultados pueden tener importantes implicaciones en cuanto permitieron identificar algunas estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa con la salud que percibe el paciente, lo cual brinda elementos para la atención de este con enfermedades renales y puede promover su bienestar, aspecto fundamental para favorecer su calidad de vida. Badia y Lizán (2003) afirman que la percepción de calidad de

vida se relaciona con la forma en que el paciente asume su condición.

Los pacientes dializados que constituyen nuestro objeto de estudio han utilizado diferentes estrategias para afrontar este tratamiento delicado, costoso y que representa una alta alteración en su organismo físico, emocional y cognitivo. Estas estrategias pueden favorecer la calidad de vida de estos pacientes, dado que las estrategias de afrontamiento son consideradas variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación.

Los resultados fueron beneficiosos a corto plazo porque significan un avance para futuras investigaciones en las que se tendrán en cuenta otras variables como los pensamientos automáticos, la salud, la depresión y la ansiedad. A la vez, la investigación permitió tener en cuenta aspectos como las estrategias de afrontamiento y sus dimensiones en pacientes de nuestro medio.

A largo plazo, nuestro estudio puede enriquecerse con las nuevas teorías que emergen día a día en el área de la Psicología de la Salud, y contribuir al reconocimiento del rol desempeñado por el psicólogo en la intervención de estos pacientes dializados, así como al valor del trabajo en equipo con el personal médico y paramédico.

Con todo, el logro más importante que se obtuvo con este proyecto de investigación es el conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento y su manejo adecuado para generar intervenciones directas, lo cual puede redundar positivamente en las formas de afrontar

el estrés que presentan estos pacientes con enfermedad crónica.

REFERENCIAS

- 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, pp. 64-68.
- Badia, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J. Cano (Eds.). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, pp. 16-18.
- Brown, G.K. & Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive copings.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 2. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Carrobbles, J. A. Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, pp. 420-426.
- 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 2009 del sitio web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica: http://www.seden.org/files/art17_1.doc

- 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, pp. 712-734.
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- 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, pp. 528-537.
- Gómez-Vela, M. & Sabeth, E. (2002). Calidad de vida. Evolución de la práctica. Publicaciones del inicio, 1-7.
- Griswold, G. Evans, S. Spielman, L. & Fishman, B. (2005). Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *AIDS Care*, 17, pp. 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, pp. 335-341.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- 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*. St. Louis, MO: Mosby Inc.
- Khechane, N. & Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African hemodialysis patients. *Social Behaviour and Personality*, 32, pp. 777-782.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Editorial Martínez Roca.
- 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, pp. 1398-1408.
- Lubkin, I. M. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston: Jones and Bartlett.
- 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, (1)29-34.
- Mok, E. & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic hemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10, pp. 503-511.
- Sandin, B. & Chorot P. (1995). *El estrés psicosocial. Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid, España: Editorial UNED - FUE. pp. 245-316.

- Sandin & Chorot (2002). *Evaluaciones del estrés. Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Editorial UNED.
- Sanjuan, P. & Magallanes, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento *Clínica y Salud (online)*, 18 (1), pp. 83-98. Recuperado el 24 de agosto de 2009 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-5274200700010000&script=sci_arttext
- Torestad, B. Magnusson, D. & Olah, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An interactional perspective, *anxiety research*, 3, pp. 1-16.
- Wahl, A. Hanestad, B. Wiklund, I. & Poum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life. Research*, 8, pp. 427-433.
- Weisinger, H. (1998). *La inteligencia emocional en el trabajo*. Barcelona: Paidós. 245-248.
- 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, pp. 100-107.