



UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA

**CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA SOMETIDOS
A HEMODIÁLISIS:
Influencia de las variables de
personalidad y modos de afrontamiento**

Autor: Adriana Rubiño Nuñez
Granada, 2007

Carmen Villaverde Gutierrez, Doctora en Medicina y Catedrática de Fisiología de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada.

CERTIFICA:

Que Dña. Adriana Rubiño Núñez, Licenciada en Medicina y Cirugía ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis: Influencia de las variables de personalidad y modos de afrontamiento”, y reúne las condiciones necesarias para su presentación y defensa pública ante la Comisión designada a tal efecto.

Fdo. Carmen Villaverde Gutierrez

Granada a de de 2007

D. Francisco Cruz Quintana, Doctor y Catedrático de Psicología en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada.

CERTIFICA:

Que Dña. Adriana Rubiño Núñez, Licenciada en Medicina y Cirugía ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis: Influencia de las variables de personalidad y modos de afrontamiento”, y reúne las condiciones necesarias para su presentación y defensa pública ante la Comisión designada a tal efecto.

Fdo. Francisco Cruz Quintana

Granada a de de 2007

D. Javier Fernández Mena, Doctor en Medicina y Profesor Titular del Departamento de Radiología y Medicina Física de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

CERTIFICA:

Que Dña. Adriana Rubiño Núñez, Licenciada en Medicina y Cirugía ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis: Influencia de las variables de personalidad y modos de afrontamiento”, y reúne las condiciones necesarias para su presentación y defensa pública ante la Comisión designada a tal efecto.

Fdo. Javier Fernández Mena

Granada a de de 2007

*“Dicen que no sólo de pan vive el hombre,
pero si sólo te rodean vanas ilusiones,
tú no conseguirás vivir de ellas sino de pan”*

A MIS PADRES, Francisco y Adriana, que me dieron la vida con las suyas por siempre. Os debo lo que soy.

A MI HERMANO, Francisco Manuel, mi alma gemela.

A MI COMPAÑERO, Francisco José, con quien espero compartir las grandes razones del vivir.

A TERESA TABORDA, con especial interés y a los pacientes HEMODIALIZADOS, motivo de mi trayectoria profesional, nadie como ellos sabe el valor del momento que nunca más será.

Agradecimientos

Situación compleja y multideterminada el abordaje del mundo de los pacientes en hemodiálisis, que exige del esfuerzo de familias y profesionales de diversos ámbitos de tal modo que el resultado alcance su objetivo y no constituya apenas una visión parcelar de esta realidad.

Desde luego y aceptando el desafío, no tendría sentido comenzar sin antes expresar mi agradecimiento a las personas e instituciones que permitieron su realización dándome toda la ayuda, orientación y amistad necesarias, a todos os debo mi más estimado reconocimiento.

A la profesora D^a Carmen Villaverde Gutiérrez, directora y amiga, que me iluminó el camino y dió calidad al trabajo de investigación. Su dedicación y crítica perspicacia dieron sus frutos. Gracias, gracias de corazón.

A los profesores D. Francisco Cruz Quintana, D. José M^a Roa y D. Javier Fernández Mena, que con su elevada reputación y profunda sabiduría dieron valiosa colaboración y sugerencias que enriquecieron el trabajo. A ellos, mi respeto y gratitud por todo lo que me enseñaron.

Al equipo de profesionales de las respectivas Unidades de Hemodiálisis de la provincia de Granada, que tanto contribuyeron posibilitando la realización de las entrevistas, aceptando cambios y esforzándose para darme cobertura en el trabajo de campo.

A los compañeros del Master de Gerontología Social (2^a promoción) que entonces con sus interrogantes y hasta ahora me estimularon a estudiar temas tan importantes para los mayores como inusuales.

Al equipo administrativo del Departamento de Radiología y Medicina Física, D^a Francisca María Gutierrez Rienda y Radiodiagnóstico, D^a Obdulia Villalva González, del Hospital Clínico Universitario “San Cecilio” de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, profesionales dedicados y competentes que con su ayuda amiga y franca sonrisa hicieron más fácil este caminar.

A los compañeros y profesionales del Centro de Salud de Mértola, que mucho me han enseñado y fraternalmente comprendieron mis ausencias en muchos momentos.

A mis amigos, Belén Jerónimo, Concepción Navarro, Silvia Maldonado Martín, Rafael Rodríguez, Olga Cintas, Joaquín Vizcaíno Ricoma, Antonio Lozano Ortega, María Luz Villanueva, Paulo Carvalhas, Josefa García Cano y Adela Martín cuyo incentivo y estímulo constantes fueron la garantía de continuidad de los estudios y progresos.

Una palabra muy especial para todos los pacientes que generosa e incondicionalmente participaron en el estudio.

Finalmente un reconocimiento a todas las personas que estuvieron envueltas de un modo u otro y que mágicamente tuvieron alguna influencia en la elaboración de este trabajo, aunque no hayan sido mencionadas anteriormente.

No puedo olvidar a Mi Familia, mis padres, mi hermano e Ivonne, mi eterno agradecimiento y admiración por su paciencia, comprensión, cariño, soporte y espera.

ÍNDICE GENERAL		Pág.
	INTRODUCCIÓN	1
1.-	La Insuficiencia Renal Crónica	5
1.1.-	La Insuficiencia Renal Crónica Avanzada o Terminal: Síndrome Urémico	5
1.2.-	La Diálisis: El Tratamiento Sustitutivo Renal	6
1.2.1.-	Esquema Terapéutico Hemodialítico	6
1.2.2.-	Consecuencias o Repercusiones Psicológicas de la Diálisis	6
1.2.3.-	La Hemodiálisis como Factor Estresante	7
2.-	El Estrés	8
2.1.-	Definición Operativa del Estrés	9
2.1.1.-	Situaciones que Desencadenan Estrés	9
2.1.2.-	Respuestas que Desencadenan las Situaciones de Estrés	10
2.2.-	El Estrés como Producto de la Interacción Individuo-Medio	12
2.2.1.-	El Estrés como Respuesta del Individuo	12
2.2.2.-	El Estrés como Situación Estimular	13
2.2.3.-	El Estrés como Mediador Cognitivo entre Agentes Estresores y Respuestas de Estrés	14
2.2.4.-	Diferencias Individuales en la Forma de Percibir y Reaccionar al Estrés	16
2.3.-	El Estrés y la Enfermedad	18
2.3.1.-	El Estrés y las Enfermedades Crónicas	18
2.4.-	Concepto de Afrontamiento y sus Implicaciones en la Enfermedad	23
2.4.1.-	Recursos Personales de Afrontamiento	24
2.4.1.1.-	El Afrontamiento como Estilo Personal	24
2.4.1.2.-	El Afrontamiento como Proceso	24
2.4.2.-	Recursos Sociales de Afrontamiento	27
2.5.-	Afrontamiento y Calidad de Vida en la Vejez	28
3.-	Personalidad y Vulnerabilidad a la Enfermedad	30
3.1.-	Factores Psico-Sociales en los Trastornos de la Personalidad	31
3.1.1.-	Factores Biológicos	31
3.1.2.-	Factores Psicológicos	33
3.1.3.-	Factores Sociales	33
3.2.-	Personalidad y Trastornos de Personalidad	34
3.2.1.-	Modelos Explicativos de los Trastornos de Personalidad	36
3.3.-	Personalidad y Enfermedad Crónica	38
3.3.1.-	Variables Psico-Sociales y Personales Moduladoras en las Enfermedades	40
4.-	Calidad de Vida y su Influencia en la Investigación y la Práctica	52
4.1.-	Calidad de Vida y su Utilidad en la Enfermedad Crónica y en la Vejez	56
4.2.-	Calidad de Vida Relacionada con la Salud	59
4.2.1.-	Modelos de Calidad de Vida Aplicados a Personas Mayores	60
5.-	Justificación del Problema en Estudio	61
	OBJETIVOS	63
	MATERIAL Y MÉTODOS	67
1.-	Diseño de la Investigación	69
1.1.-	Tipo de Estudio	69

ÍNDICE GENERAL (continúa)		Pág.
2.-	Población	70
2.1.-	Población de Referencia	70
2.2.-	Población de Estudio	70
3.-	Descripción de la Muestra	71
4.-	Criterios de Selección de la Muestra	71
5.-	Procedimiento Metodológico del Estudio	71
5.1.-	Descripción de la Información Recopilada	72
5.1.1.-	Instrumentos de Información y Medida	72
5.1.1.1.-	Historia Clínica	72
5.1.1.2.-	Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.)	73
5.1.1.3.-	Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (Lazarus y Folkman, 1984)	74
5.1.1.4.-	Cuestionario de los Cinco Grandes Factores o Cuestionario Big Five (B.F.Q.)	76
5.1.1.5.-	Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	78
5.2.-	Descripción de las Variables Estudiadas	81
6.-	Método Estadístico	90
7.-	Figura del Entrevistado	92
	RESULTADOS	95
1.-	Análisis Factorial	97
1.1.-	Variables Psicológicas	97
1.2.-	Variables de Calidad de Vida	107
2.-	Análisis Descriptivo	113
2.1.-	Variables Sociodemográficas	113
2.2.-	Variables Clínicas	121
2.3.-	Variables Psicológicas	131
2.4.-	Variables de Calidad de Vida	167
3.-	Análisis Inferencial	189
3.1.-	Variables Contrastadas y Correlacionadas	189
	DISCUSIÓN	193
1.-	Discusión de la Metodología	195
1.1.-	Análisis Factorial de los Cuestionarios de Evaluación Psicológica y Calidad de Vida para las Personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal	196
1.1.1.-	Escala de Depresión Geriátrica, Cuestionario GDS	196
1.1.2.-	Modos de Afrontamiento, Cuestionario de Lazarus y Folkman	198
1.1.3.-	Personalidad, Cuestionario BFQ	199
1.1.4.-	Calidad de Vida, Cuestionario CUBRECAVI	202
2.-	Discusión de los Resultados Obtenidos	203
2.1.-	Análisis Descriptivo para las Variables Sociodemográficas, Clínicas, Psicológicas y Calidad de Vida	204
2.1.1.-	Variables Sociodemográficas	204
2.1.2.-	Variables Clínicas	205
2.1.3.-	Variables Psicológicas	207
2.1.4.-	Variables de Calidad de Vida	214
2.2.-	Análisis Bivariado: Estadística Inferencial	219
2.2.1.-	Análisis de las Correlaciones entre las Variables Sociodemográficas	219
2.2.2.-	Análisis de las Correlaciones entre las Variables Clínicas	225

2.2.3.-	Análisis de las Correlaciones entre las Variables de Calidad de Vida y Psicológicas	225
	CONCLUSIONES	229
	BIBLIOGRAFÍA	235
	ANEXOS	257

ÍNDICE DE FIGURAS		Pág.
Figura 1.-	Modelo de Estrés (Labrador, 1991)	15
Figura 2.-	Evaluación Cognitiva del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984)	16
Figura 3.-	Respuesta Fisiológica al Estrés (Labrador et al., 1991)	18
Figura 4.-	Respuesta Cognitiva al Estrés (Lazarus y Folkman, 1984)	27
Figura 5.-	Relaciones entre Estrés y Enfermedad	36
Figura 6.-	Conceptualizaciones de Calidad de Vida (Felcey y Perry, 1995)	53
Figura 7.-	Dimensiones Personales y Socioambientales de la Calidad de Vida	57
Figura 8.-	Factores Objetivos y Subjetivos de la Calidad de Vida	58
Figura 9.-	Representación Gráfica del Análisis Factorial de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	100
Figura 10.-	Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	101
Figura 11.-	Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario Modos de Afrontamiento de los Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman)	102
Figura 12.-	Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del Cuestionario de los Modos de Afrontamiento de Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman)	103
Figura 13.-	Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ)	104
Figura 14.-	Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ)	105
Figura 15.-	Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	110
Figura 16.-	Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	111
Figura 17.-	Representación Gráfica de la Estratificación de la Variable Edad según Género	116
Figura 18.-	Representación Gráfica de la Distribución de la Población de Estudio según Género	117
Figura 19.-	Representación Gráfica de la Variable Estado Civil según Género	118
Figura 20.-	Representación Gráfica de la Variable Domicilio Rural o Urbano según Género	119
Figura 21.-	Representación Gráfica de la Variable Ocupación Actual o Anterior según Género	120
Figura 22.-	Representación Gráfica de la Variable Patologías Especialmente Relacionadas con la Diálisis según Género	124
Figura 23.-	Representación Gráfica de la Variable Número de Patologías Diagnosticadas según Género	125
Figura 24.-	Representación Gráfica de la Variable Número de Fármacos Consumidos en los Últimos Cinco Años según Género	126
Figura 25.-	Representación Gráfica de la Variable Ingestión de Fármacos con Aluminio o Citratos según Género	127
Figura 26.-	Representación Gráfica de la Variable Toma de Psicofármacos	128

	según Género	
Figura 27.-	Representación Gráfica de la Variable Tiempo de Duración de la Diálisis (meses) según Género	129
Figura 28.-	Representación Gráfica de la Variable Duración de cada Sesión en Minutos según Género	130
Figura 29.-	Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	134
Figura 30.-	Representación Gráfica de la Variable Grado de Depresión según Género	135
Figura 31.-	Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores de la Escala Modos de Afrontamiento de los Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman)	138
Figura 32.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Confrontación (Lazarus-Folkman) según Género	139
Figura 33.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Distanciamiento (Lazarus-Folkman) según Género	140
Figura 34.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Autocontrol (Lazarus-Folkman) según Género	141
Figura 35.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Búsqueda de Apoyo Social (Lazarus-Folkman) según Género	142
Figura 36.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Aceptación Responsabilidad (Lazarus-Folkman) según Género	143
Figura 37.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Huída-Evitación (Lazarus-Folkman) según Género	144
Figura 38.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Planificación (Lazarus-Folkman) según Género	145
Figura 39.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Reevaluación Positiva (Lazarus-Folkman) según Género	146
Figura 40.-	Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores del Cuestionario de Personalidad (BFQ)	149
Figura 41.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Energía (BFQ) según Género	150
Figura 42.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Afabilidad (BFQ) según Género	151
Figura 43.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Tesón (BFQ) según Género	152
Figura 44.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Estabilidad Emocional (BFQ) según Género	153
Figura 45.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura Mental (BFQ) según Género	154
Figura 46.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Distorsión (BFQ) según Género	155
Figura 47.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Dinamismo (BFQ) según Género	156

Figura 48.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Dominancia (BFQ) según Género	157
Figura 49.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Cooperación (BFQ) según Género	158
Figura 50.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Cordialidad (BFQ) según Género	159
Figura 51.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Escrupulosidad (BFQ) según Género	160
Figura 52.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Perseverancia (BFQ) según Género	161
Figura 53.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Control de Emociones (BFQ) según Género	162
Figura 54.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Control de Impulsos (BFQ) según Género	163
Figura 55.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura a la Cultura (BFQ) según Género	164
Figura 56.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura a la Experiencia (BFQ) según Género	165
Figura 57.-	Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	171
Figura 58.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con el Estado de Salud: Salud Subjetiva (CUBRECAVI) según Género	172
Figura 59.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Salud Objetiva (CUBRECAVI) según Género	173
Figura 60.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Salud Psíquica (CUBRECAVI) según Género	174
Figura 61.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de las Habilidades Funcionales (CUBRECAVI) según Género	175
Figura 62.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Actividad y Ocio (CUBRECAVI) según Género	176
Figura 63.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción de la Ocupación del Tiempo (CUBRECAVI) según Género	177
Figura 64.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con la Vida (CUBRECAVI) según Género	178
Figura 65.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Nivel de Alfabetización (CUBRECAVI) según Género	179
Figura 66.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Ingresos Económicos (CUBRECAVI) según Género	180
Figura 67.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Integración Social (CUBRECAVI)	181

	según Género	
Figura 68.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Satisfacción en la Relación Social (CUBRECAVI) según Género	182
Figura 69.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Calidad Ambiental (CUBRECAVI) según Género	183
Figura 70.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Grado de Satisfacción con la Vivienda en General (CUBRECAVI) según Género	184
Figura 71.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Frecuencia del Uso de Servicios Sociales y Sanitarios (CUBRECAVI) según Género	185
Figura 72.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con los Servicios Sociales y Sanitarios (CUBRECAVI) según Género	186
Figura 73.-	Representación Gráfica de las Puntaciones Obtenidas en la Dimensión Valoración de la Calidad de Vida (CUBRECAVI) según Género	187

ÍNDICE DE TABLAS		Pág.
Tabla 1.-	Efectos y Costes del Estrés (Labrador, Cruzado y Vallejo, 1991)	11
Tabla 2.-	Ítems con Carga Factorial en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes	75
Tabla 3.-	Puntuaciones Cuartiles de las Áreas Utilizadas en el CUBRECAVI	81
Tabla 4.-	Variables Sociodemográficas	84
Tabla 5.-	Variables Clínicas	85
Tabla 6.-	Variables Psicológicas	86
Tabla 7.-	Variables de Calidad de Vida	89
Tabla 8.-	Estadísticos de los Factores de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	99
Tabla 9.-	Estadísticos de los Factores de las Escalas de Modos de Afrontamiento (Lazarus-Folkman) y Personalidad (BFQ)	99
Tabla 10.-	Estadísticos de los Factores del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	109
Tabla 11.-	Estadísticos de la Variable Sociodemográfica Edad	115
Tabla 12.-	Estadísticos de las Variables Clínicas	123
Tabla 13.-	Depresión (GDS), Edad y Género	133
Tabla 14.-	Depresión (GDS), Edad y Género	133
Tabla 15.-	Modos de Afrontamiento (Lazarus-Folkman) y Género	136
Tabla 16.-	Modos de Afrontamiento (Lazarus-Folkman) y Género	136
Tabla 17.-	Modos de Afrontamiento (Lazarus-Folkman), Edad y Género	137
Tabla 18.-	Personalidad (BFQ) y Género	147
Tabla 19.-	Personalidad (BFQ) y Género	147
Tabla 20.-	Personalidad (BFQ), Edad y Género	148
Tabla 21.-	Calidad de Vida (CUBRECAVI) y Género	169
Tabla 22.-	Calidad de Vida (CUBRECAVI) y Género	169
Tabla 23.-	Calidad de Vida (CUBRECAVI), Edad y Género	170
Tabla 24.-	Correlaciones entre los Factores de las Variables Psicológicas y de Calidad de Vida	190
Tabla 25.-	Análisis Bivariado entre la Variable Edad y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida	191
Tabla 26.-	Análisis Bivariado entre la Variable Sexo y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida	191
Tabla 27.-	Análisis Bivariado entre la Variable Patologías Diagnosticadas y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida	191
Tabla 28.-		192
Tabla 29.-	Análisis Bivariado entre la Variable Duración de la Diálisis y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida	192
Tabla 30.-	Análisis Bivariado entre las Variables Sexo, Edad, Estado Civil y los Factores de Calidad de Vida	192

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población (Liaño, Pascual, 1996) al igual que la ausencia de limitaciones para iniciar una terapia con hemodiálisis (Schulman, Hakim, 1996) han condicionado el aumento de la edad media de los pacientes en las unidades de diálisis en los países occidentales (Evans, Blagg, Bryan, 1981; Burdmann et al., 1997). Se prevee que al menos el 65% de los pacientes dializados en las décadas venideras serán mayores de 65 años (Jacobs, Selwood, Comité du Registre de L'EDTA, 1990; Mignon et al., 1995).

Actualmente los 65 años representan un convencional e importante cambio en nuestras sociedades, por ser la edad establecida para la jubilación, lo que implica la modificación de un gran número de parámetros individuales y sociales (Evans et al., 1985; Merkus et al., 1997) junto con el hecho de que no existe para la mayoría de las personas una "cultura del ocio" que les permita afrontar de manera racional la nueva situación. A esto debemos añadir la percepción que sobre la enfermedad tiene el paciente en tratamiento de diálisis (Horina et al., 1992), situación que no tiene muchas expectativas de cambio a esas edades en que las posibilidades del trasplante renal disminuyen de forma paralela a la esperanza de vida, conforme van aumentando los años, como consecuencia de la evolución de la propia patología. A veces la jubilación en estos pacientes se produce de forma anticipada (Nathan, Meigs, Singer, 1997; Rodríguez Benítez, Gómez Campelera, 1999) por limitaciones que la enfermedad y su tratamiento imponen al dializado, lo que va a añadir cambios psicológicos importantes que incidirán sobre la nueva situación que la vida les ha deparado.

La capacidad de adaptación de los pacientes a las nuevas circunstancias, dependerá de factores individuales, que implican técnicas y estrategias de afrontamiento desarrolladas a lo largo de la vida (Mechanic, 1968). Este proceso de adaptación va a estar condicionado en parte, por la forma en que el paciente perciba su situación, es decir, por la forma en que afecte su calidad de vida. Si el enfermo se siente adaptado, puede sentir bienestar a pesar de los acontecimientos que generan el cambio.

Si todo esto es válido para cualquier individuo, en los mayores existen problemas específicos que inciden positiva o negativamente en la percepción que sobre su vida han ido elaborando (Levy, Anderson, 1980), así: la pérdida de las facultades físicas y psíquicas se potencia por el padecimiento de una Insuficiencia Renal Crónica, el cese de la actividad laboral por jubilación o imperativo de la enfermedad y sus consecuencias socioeconómicas, que suponen una pérdida de poder adquisitivo, pérdida de relaciones socio-familiares, aislamiento, soledad, etc.

En 1973 se definió la calidad de vida, relacionando la situación del individuo con una serie de factores sociales considerados nucleares: salud, educación, vida laboral, ocio, servicios, entorno físico, seguridad personal, administración de justicia, oportunidad social y participación (O.C.D.E., 1973). Esto ha supuesto un punto de partida para alcanzar un consenso bastante amplio sobre qué indicadores deben determinarse para conocer la calidad de vida.

A finales de los 70, algunos investigadores ya habían puesto de manifiesto que no existía relación entre indicadores objetivos del nivel de vida y la satisfacción percibida con la calidad de vida en la población. Desde la perspectiva sociológica del momento, calidad de vida equivaldría a la satisfacción de los dos niveles inferiores de las necesidades humanas: subsistencia y seguridad (Liu, 1978; Levy, Anderson, 1980;

Kuz, 1987). El paso siguiente sería la cobertura de otros bienes y servicios que se encuentran a disposición de los individuos en cada una de las sociedades en las que se imbrican.

Algunos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que una vez superado el nivel de pobreza, no existe una relación directa entre el nivel de vida y la calidad de vida (Terleckyj, 1977; Levy, 1990). Por lo que se empiezan a considerar los aspectos subjetivos como elemento sustancial en la calidad de vida, lo que unido a su carácter multidimensional, marca la conceptualización actual.

La apreciación personal de la calidad de vida tiene relación con la satisfacción percibida por el individuo y depende del juicio que cada uno realiza sobre todos y cada uno de los elementos de su vida diaria. La satisfacción sería el equilibrio entre el bienestar (aspecto emocional) y el juicio satisfactorio (aspecto racional) que el individuo realiza sobre los diferentes aspectos de su vida diaria (Corten, Mercier, Pelc, 1994).

De todo lo anterior se deduce que en la calidad de vida existen por un lado factores médicos, directamente relacionados con la salud y no médicos que comprenderían las circunstancias vitales relacionadas con la familia, trabajo, economía, relaciones sociales, religión, etc. aunque todos están relacionados. La enfermedad y el deterioro no sólo afectan a la esfera física, sino que trascienden al aspecto psicológico, económico y a la vida familiar, laboral y social, del mismo modo que los factores externos pueden modificar el estado de salud (Orley, Kuyken, 1994).

En la actualidad ha adquirido gran importancia la evaluación del impacto que determinadas intervenciones ejercen sobre la calidad de vida. En definitiva y por primera vez en la historia de la Medicina se empiezan a incorporar al quehacer médico las percepciones de los pacientes sobre sus tratamientos, abandonando de forma progresiva el papel de sujetos pasivos que durante siglos les ha asignado la medicina tradicional (Cameron, 1992). Nos encontramos ante un cambio o adaptación de la asistencia sanitaria en la que el concepto de calidad de vida es tan importante al menos como el de eficacia terapéutica.

1.- LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica es un concepto funcional que en la práctica se traduce por una disminución crónica de la tasa de aclaramiento de creatinina, con la consiguiente elevación de la creatinina plasmática (Lewis et al., 1993; Caufield et al., 1994). La progresión de la Insuficiencia Renal conduce al Síndrome Urémico y por último a la muerte si no se suple la función renal (Franco de Oliveira, 1997).

La pérdida de masa renal funcionante produce una hipertrofia renal compensadora de tal suerte que con la reducción del 90% del filtrado glomerular cada nefrona residual debe trabajar como si un individuo normal ingiriera 10 veces más agua y solutos. La aparición y magnitud de las manifestaciones clínicas de la Insuficiencia Renal varían mucho de un paciente a otro, según la masa renal funcionante y la velocidad con que se pierde la función renal.

Por lo general, la Insuficiencia Renal progresa a pesar de hallarse bajo control los factores desencadenantes que la influyen siendo el estadio final de este proceso progresivo el Síndrome Urémico, en el que se presentan muchas de las manifestaciones clínicas de la Insuficiencia Renal Terminal (Galla, Luke, 2000).

1.1.- La Insuficiencia Renal Crónica Avanzada o Terminal: Síndrome Urémico

El Síndrome Urémico se manifiesta por una afectación plurisistémica debido a la retención de toxinas urémicas, alteraciones hormonales, cambios metabólicos y trastornos hidroelectrolíticos. Antes de la introducción de la diálisis y el trasplante en el tratamiento de la enfermedad, el Síndrome Urémico era una entidad premonitoria de muerte a corto plazo (Centeno, Pascoal, Mion, 1996).

La reducción progresiva del filtrado glomerular va causando un deterioro de la capacidad de concentración máxima urinaria que se asocia paralelamente al desarrollo de hipertensión arterial (Zucchelli, Santoro, Zuccalà, 1998), alteraciones en la homeostasis del potasio y acidosis metabólica.

Por otra parte los trastornos del metabolismo de los glúcidos, lípidos y proteínas va a ocasionar una disminución de la tolerancia a la sobrecarga de glucosa, que se caracteriza por glucemia basal normal, hiperinsulinemia, hiperglucagonemia y respuesta hística alterada a estas dos hormonas.

Cuando la enfermedad afecta a los ancianos la patología renal terminal se transforma en una asociación de patologías (Acosta, 1982; Brunner, 1989; Cheigh et al., 1992) que hace de estos sujetos unos enfermos crónicos terminales especialmente doblegados y deteriorados que acaban convirtiéndose en pacientes pluripatológicos, multiintervenidos y polimedicados (Levy, Viscoli, Horwitz, 1996; Chertow et al., 1998).

En cuanto a los trastornos psicopatológicos de tipo cognitivo, depresivo y relacional con el medio, esbozan de manera aproximada un perfil biopsicosocial de pacientes que sufren una de las patologías terminales que más limitan la libertad individual del sujeto, de su entorno familiar y de su medio social (Zantra, Hempel, 1984).

1.2.- La Diálisis: El Tratamiento Sustitutivo Renal

Dentro de lo que conocemos como tratamiento sustitutivo renal distinguimos dos grandes procedimientos, por un lado, las técnicas dialíticas (Walls, 1995) que sustituyen parcialmente la función renal y pueden ser de varios tipos: hemodiálisis, diálisis peritoneal y hemofiltración, y por otro, el trasplante renal que pretende sustituir todas las funciones renales, incluidas las metabólicas y las endocrinas, pudiendo provenir de donante vivo o de cadáver (Belani, Palahniuk, 1991). Estas alternativas permiten la supervivencia y la vida activa de los pacientes que carecen de funcionalismo renal. Los distintos sistemas sustitutivos son complementarios (Nolph, Henderson, 1993), siendo la hemodiálisis la técnica de tratamiento sustitutivo renal de mayor difusión.

Así pues la hemodiálisis consiste en una técnica de depuración extracorpórea en la que se pone en contacto, a través de una membrana semipermeable, la sangre del paciente con un líquido de diálisis de características predeterminadas, siendo un proceso que suple las funciones de excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y la regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico en la Insuficiencia Renal Terminal (Blake, Daugirdas, 1996; Hernández, Martín-Malo, 1997).

1.2.1.- Esquema Terapéutico Hemodialítico

La hemodiálisis suele practicarse tres veces por semana durante 2-5 horas por sesión (Clark, et al., 1997), dependiendo de la función renal residual, la superficie corporal, la técnica de hemodiálisis y las patologías asociadas (Martín de Francisco, Martín-Malo, 1998).

Actualmente el procedimiento más generalizado para prescribir adecuadamente la hemodiálisis, se basa en el método cinético de la urea (Hakim, Depner, Parker, 1992), que consiste en buscar la fracción: $K \times T / V \gg 1$ (K =aclaramiento total de urea en la hemodiálisis; T =tiempo de una sesión de hemodiálisis y V =volumen de agua corporal) en el paciente, que le permite estar correctamente nutrido y sin hipercatabolia.

La hemodiálisis periódica puede realizarse en régimen asistencial en un centro de diálisis o en un hospital y también de forma domiciliaria permitiendo esta última modalidad una mayor integración socio-laboral (Chambers et al., 1982; Mirzel da Silva et al., 1996; Kimmel et al., 1998).

1.2.2.- Consecuencias o Repercusiones Psicológicas de la Diálisis

Los trastornos psicológicos más frecuentes en los pacientes dializados están representados por la depresión y el síndrome ansioso-depresivo asociados a una respuesta de pérdida real, potencial o imaginaria (Zigmond, Snaith, 1983; Sensky, 1993; Steele et al., 1996). Sus manifestaciones incluyen humor depresivo persistente, pobre autoimagen y sentimiento de desesperanza (Levy, Wynbrandt, 1975; De-Nour, Czaczkes, 1976; Kimmel, Weihs, Peterson, 1993), pudiendo aparecer también síntomas físicos que incluyen trastornos del sueño, cambios en el aspecto y en el peso, sequedad de boca, estreñimiento y disminución del interés y la capacidad sexual.

Debe de tenerse siempre presente el elevado riesgo de suicidio de esta población ya que aproximadamente 1 de cada 500 pacientes en diálisis se suicida (Abram, Moore, Westevelt, 1971; O'Donnell, Chung, 1997). Es común en pacientes con enfermedad crónica la irritabilidad. A menudo el paciente dializado no conoce las razones de su irritabilidad y conducta poco cooperativa y es necesario indagar cuidadosamente en su entorno familiar y laboral, evitando, al mismo tiempo, conductas que puedan ser peligrosas para el enfermo, para otros pacientes o para el personal de la unidad de diálisis (Haenel, Brunner, Battegay, 1980; Shulman, Prince, Spinelli, 1989; Sensky, 1997).

Especial mención merece la presencia de procesos depresivos y deterioro cognitivo que se manifiestan en el marco de la denominada Encefalopatía Dialítica o Demencia de la Diálisis (Fraser, Arieff, 1997) que se presenta como una enfermedad neurológica progresiva, a menudo mortal, descrita exclusivamente en pacientes en diálisis periódica.

Los enfermos en diálisis llevan una vida bastante atípica (Bueno, Dourdil, Gasca, 1983; Held, Pauly, Diamond, 1987). La diálisis en sus distintas variedades, les liga a una máquina de un modo u otro, sin precedentes en la historia de la tecnología médica (Kutner, Brogan, Kutner, 1986; Cohen, 1996). Todos los pacientes en diálisis dependen de un procedimiento, de un centro y de un personal médico lo que supone una situación estresante, además están expuestos a otras circunstancias estresantes como son: sujeción a un régimen dietético, restricción de líquido y toma de medicación, enfermedad específica, pérdidas múltiples (trabajo, libertad, esperanza de vida) y disfunción sexual asociada (Christensen et al., 1991).

Se ha planteado que en conjunto, la respuesta psicológica de un paciente determinado a la enfermedad dependerá de su personalidad, del grado de apoyo familiar y social y del curso de la enfermedad subyacente (Gentil et al., 1988), además de los modos de afrontamiento que haya podido desarrollar a lo largo de su vida, ello podrá determinar o no importantes cambios en su calidad de vida.

1.2.3.- La Hemodiálisis como Factor Estresante

En general, se puede afirmar que la mayoría de las personas responden a la enfermedad de forma adaptativa o terapéutica, lo que no quiere decir que el individuo no esté ansioso, preocupado o incluso deprimido. Por ello, puede afirmarse que frente al estrés, la ansiedad es una respuesta transitoria esperable y normal, siendo además un estímulo necesario para que se verifique una correcta adaptación y un adecuado afrontamiento (Lloid, 2001).

En este sentido se señala que en los pacientes en hemodiálisis (Mc Kegney et al., 1981), las reacciones de estrés son mucho más frecuentes que los trastornos psiquiátricos específicos que requieren tratamiento. En general, se afirma que los pacientes que presentan síntomas psicopatológicos persistentes suelen ser los que tienen antecedentes familiares de alteraciones psiquiátricas y desajuste social previos al comienzo de la enfermedad (Forner et al., 2002).

Sólo existen evidencias indirectas de reacciones psíquicas patológicas, pudiendo ser éstas más intensas cuanto más se valore la parte del cuerpo afectada. Ello guarda

relación con varios factores asociados a la enfermedad: rapidez de instauración, velocidad de progresión, localización de los síntomas, grado de reversibilidad potencial del proceso e intensidad de la incapacidad (Lloid, 2001), sin olvidar la importancia del ambiente institucional, siendo determinante en ello la relación que el paciente establece con el personal médico-sanitario que lo atiende.

La enfermedad crónica tiene un profundo efecto sobre la autoimagen y las expectativas del paciente en todos los órdenes (social, laboral, familiar, personal), pudiendo aparecer complicaciones e incapacidades en cualquiera de ellos, con lo que se iría reduciendo poco a poco la calidad de vida del paciente (Lazarus, 2000). Todos los factores relacionados con la intensidad y duración del estrés pueden conducir a un empeoramiento de la capacidad de afrontamiento de la enfermedad, pues la Insuficiencia Renal Crónica que exige para su control la hemodiálisis o la diálisis peritoneal conlleva restricciones, con todo lo que esto implica tanto para el enfermo como para su familia (la obligación inexcusable de acudir al hospital o unidad varias veces por semana durante varias horas, limitaciones dietéticas, etc.) (García-Rodríguez, Martínez Luna, 2004).

La angustia desencadenada por la vivencia de la enfermedad y de la muerte obligará a la utilización de mecanismos de defensa intensos y rígidos en un intento de mitigar dicha angustia (Revidi, 1986). Uno de los mecanismos más frecuentemente utilizados, que se describen en los pacientes, es la negación, como respuesta a la realidad diaria, provocando una inhibición emocional con escasos contactos afectivos y empobrecimiento en las relaciones interpersonales (Carbonell, 1998). La regularidad de los cuidados llevan al paciente hacia la obsesivización, con el empleo de rituales, aislamiento y formaciones reactivas constituyendo lo que se denomina como alexitimia secundaria (Montes Santana, Bayle Montero, 2002).

2.- EL ESTRÉS

Desde que se introdujo en el ámbito de la salud el término estrés, este se ha convertido en una de las palabras más utilizadas, tanto por los profesionales de las distintas ciencias de la salud, como en el lenguaje coloquial de la calle, definiéndose como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Selye, 1976).

Una conceptualización más comprensible de estrés, lo definiría como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlas considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno laboral (Fernández San Martín et al., 1995).

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas, ya que cualquier cambio al que debemos adaptarnos representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes (Selye, 1975).

Nuestras experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno, nuestro cuerpo y nuestros pensamientos. El entorno se refiere a las condiciones ambientales, como por ejemplo ruidos, aglomeraciones, demandas de adaptación, etc. Las fisiológicas se refieren a nuestro organismo: enfermedad, accidentes, trastornos, etc. Las amenazas exteriores producen en nuestro cuerpo unos cambios estresantes. Así,

nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros, viene determinada por una aptitud innata de lucha o huida, cuando los estímulos que nos llegan son interpretados como amenazantes (Pérez Sales, Vázquez Valverde, 2001). Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables (Urcullu, Martinho, 1994).

Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico (Clements et al., 1997). Cuando uno se siente estresado y añade aún más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar ocasionando desgaste físico, crisis del llanto y potencialmente depresión.

2.1.- Definición Operativa del Estrés

Se considera estrés cuando se ha de hacer frente a las demandas ambientales que resultan difíciles de llevar a cabo o satisfacer. Estas demandas exigen y/o provocan un incremento importante de la energía fisiológica del organismo: activación (Arnetz, Akerstedt, Andersen, 1990), un rápido procesamiento de la información tanto externa como interna, que con frecuencia consiste en estímulos poco usuales y bastantes complejos, y la búsqueda y posterior puesta en marcha de conductas que permitan satisfacer dichas demandas y alcanzar un nivel óptimo de tranquilidad.

Así pues, las características básicas de las situaciones de estrés son:

- 1) Exigencia excepcional al organismo.
- 2) Falta de información, al menos momentánea, para satisfacerla.
- 3) Activación fisiológica importante que permita:
 - a) Recoger más y mejor la información.
 - b) Procesarla e interpretarla lo más rápidamente posible.
 - c) Estar preparado para emitir inmediatamente la respuesta adecuada.

En resumen, lo que caracteriza a una situación de estrés es el desequilibrio entre las demandas del organismo y los recursos del individuo, desequilibrio que puede ser momentáneo o mantenido. Para que una persona esté bajo estrés son tan importantes las exigencias del medio como las características del sujeto (Dohrenwend, Dohrenwend, 1981; Garity, Max, 1985).

2.1.1.- Situaciones que Desencadenan Estrés

Las características básicas que suelen presentar las situaciones que generan estrés, como las señaladas antes, son:

- Incertidumbre.
- Cambio.
- Falta de información.
- Sobrecarga en los canales de procesamiento.
- Falta de conductas para hacer frente y manejar la situación que se presenta.

Cualquier situación que reúna alguna de estas características puede funcionar como generadora de estrés (Medina Amor et al., 2002).

2.1.2.- Respuestas que Desencadenan las Situaciones de Estrés

A estas situaciones generadoras de estrés las personas suelen responder de una manera bastante similar:

- a) Generando un incremento importante en su nivel de activación fisiológica.
- b) Incrementando el nivel de activación cognitiva.
- c) Emitiendo de manera rápida e intensa, una respuesta que supere la situación de estrés.
- d) A nivel de conductas externas se produce también un aumento en el vigor y rapidez con que se admiten éstas.

En la situación ambiental se ha producido un cambio y es necesario adaptarse a ella. Lo que inmediatamente se traduce en una activación a nivel fisiológico, cognitivo y motor [Tabla 1]. El organismo intentará recabar la mayor información posible, y tratará de procesarla de la mejor manera a fin de determinar con precisión que conductas deben llevarse a cabo. Una vez perfiladas las conductas adecuadas, se pasará a considerar si el organismo es capaz de llevarlas a cabo. Si en todos los pasos indicados la actuación es positiva se emitirán esas conductas seleccionadas, confirmándose o no la adecuación de esas conductas a la situación por las consecuencias que las sigan. Resuelta la situación problema se disminuiría la sobreactivación. Caso de que alguno de estos pasos dé un fallo en la actuación, se mantendrá el incremento en la activación para tratar de solucionar con un trabajo más intenso estos problemas. Si ni aún así se solucionan, se producirán unas conductas estereotipadas consistentes en el disparo excesivo de todos los sistemas fisiológicos y cognitivos, el denominado Síndrome General de Adaptación: SGA (Selye, 1976).

Tabla 1.- Efectos y Costes del Estrés (Labrador, Cruzado y Vallejo, 1991).

EFECTOS Y COSTES DEL ESTRÉS		
<u>Efectos subjetivos:</u> - Ansiedad - Agresión - Apatía - Aburrimiento - Depresión - Fatiga - Frustración - Sentimientos de culpa - Vergüenza - Irritabilidad - Mal genio - Tristeza - Baja autoestima - Tensión - Nerviosismo - Soledad <u>Efectos conductuales:</u> - Predisposición a accidentes - Consumo de drogas - Explosiones emocionales - Comer en exceso - Falta de apetito - Beber y fumar en exceso - Excitabilidad - Conductas impulsivas - Alteraciones en el habla - Risas nerviosas - Incapacidad de descansar - Temblores	<u>Efectos sobre la salud:</u> - Asma - Amenorrea - Dolor de espalda y pecho - Trastornos coronarios - Diarrea - Mareos y desvanecimientos - Trastornos gástricos - Poliuria - Cefaleas y migrañas - Trastornos neuróticos - Pesadillas - Insomnio - Psicosis - Trastornos psicosomáticos - Diabetes - Sarpullidos y picores en la piel - Pérdida de interés sexual - Debilidad <u>Efectos cognitivos:</u> - Incapacidad de tomar decisiones - Incapacidad de concentrarse - Olvidos frecuentes - Hipersensibilidad a la crítica - Bloqueos mentales	<u>Efectos Fisiológicos:</u> - Aumento en los niveles catecolaminas en sangre y orina - Aumento en corticosteroides en sangre y orina - Incremento en los niveles de azúcar en sangre - Aumento del ritmo cardiaco - Elevación de la presión arterial - Sequedad de la boca - Sudoración intensa - Dilatación de pupilas - Dificultad para respirar - Periodos de calor y frío - Nudos en la garganta - Adormecimiento y hormigueo en los miembros <u>Efectos en las organizaciones:</u> - Absentismo - Relaciones laborales pobres - Mala productividad - Altas tasas de accidentes - Altas tasas de cambio de trabajo - Mal clima en la organización - Antagonismo con el trabajo - Falta de satisfacción con el desempeño del empleo

(Fuente: Buceta, 1991).

Si tuviéramos que resumir la actividad psíquica del enfermo anciano hemodializado, esta vendría dada por un sólo término: la pérdida. En efecto, en el sentido más amplio vamos encontrando que va experimentando en su propio "Yo" una serie de deficiencias relativas, por ejemplo, a la percepción corporal, cuyos cambios inexorables se traducen muy frecuentemente en baja autoestima y en un humor negativo. El estrés de la pérdida implica significativamente una regresión psicológica masiva que afecta a la totalidad de los comportamientos (Flórez Lozano, 1996).

La pérdida real constituye uno de los fenómenos más estresantes pudiendo aparecer igualmente, un cuadro clínico de desestructuración del "Yo" que incluye síntomas tales como: sentimientos de inutilidad, tristeza, incapacidad, desesperación, falta de control, nerviosismo, ansiedad y disminución de la concentración. La hospitalización, así como el estrés familiar y la soledad, se acompañan inexorablemente de una gran morbilidad psiquiátrica (Flórez Lozano, 1996).

En nuestra sociedad, orientada fundamentalmente hacia las realizaciones, los esfuerzos principales conducen al desarrollo de patrones de hábito e incentivos de la actividad que pueden no constituir formas de adaptación, ni ser apropiados para la cambiante situación vital.

La defensa psicológica frente al estrés de la “pérdida”, es centrarse en sí mismo de forma egocéntrica, considerando a los demás no como objetos separados, sino como extensiones de él mismo que usa para servir propósitos propios y para reforzar y estabilizar su “autoestima”. El refugio en el “narcisismo”, es una autodefensa psicológica que se traduce en varios síntomas como: hipocondría, búsqueda de aprobación y aceptación por los demás y una especial vulnerabilidad frente a las pérdidas bio-psico-sociales (Barriga Jiménez, 1992).

Asimismo, determinados acontecimientos vitales estresantes, enfermedades o lesiones físicas y los sucesos que trastornan la “red de soporte” constituyen factores predictivos del deterioro psico-orgánico.

2.2.- El Estrés como Producto de la Interacción Individuo-Medio

Es evidente que el que el sujeto se encuentre bajo estrés depende tanto de las demandas del medio como de los recursos del organismo para enfrentarse a él (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1996). En este sentido se podría considerar que la cantidad de estrés está en función de las discrepancias entre las demandas del organismo (objetivos, criterios de actuación,...) externas o internas y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

En resumen, los factores que intervienen en el desarrollo de la Reacción de Respuesta (Medina Amor et al., 2002) al estrés son:

- a) Demandas del medio (o naturaleza de la tarea a desarrollar).
- b) Habilidades específicas del organismo para llevar a cabo esa tarea o cumplir con esas demandas.
- c) Apoyos sociales y ambientales.
- d) Historia de la persona y experiencias anteriores en situaciones de estrés (Pérez Sales, Vázquez Valverde, 2001).

2.2.1.- El Estrés como Respuesta del Individuo

Las perspectivas centradas en la respuesta del individuo asumen que el estrés es un estado del organismo producido por agentes diversos. Es decir, el estrés se entiende primariamente como una respuesta (Everly, 1989).

El problema de algunos enfoques del estrés centrados en la respuesta del individuo ha consistido en entender que ésta es únicamente orgánica (las respuestas de estrés implican tanto a los factores fisiológicos y conductuales como a los cognitivos). Lo que si parece claro es que el estrés implica un proceso de reacción especial (sobreesfuerzo) ante demandas fundamentalmente de naturaleza psicológica (Chorot, Sandin, 1994).

Desde una perspectiva basada en el estrés como respuesta del individuo se describe este concepto en los siguientes términos: en condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones bio-psico-sociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría, etc.).

El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno, el organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión: presión (HarperCollins Publishers, 1994). Esto suele suponer, además un incremento de la activación o inhibición y por tanto un cambio en los estados emocionales (Rodríguez Abuín, 2001).

2.2.2.- El Estrés como Situación Estimular

Las perspectivas centradas en la situación estimular entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente. Los acontecimientos estresantes constituyen el estrés, los cuales producen alteración con consecuencias sobre el funcionamiento psicológico y somático del organismo.

Un importante problema que se plantea al asumir esta perspectiva teórica es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas de estrés o estresantes. Lógicamente, un inconveniente es que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero muy poco o nada para otra (Chorot, Sandin, 1994).

Todas estas situaciones se dan, en mayor o menor medida, cuando una persona sufre un acontecimiento traumático:

1. Procesar la información velozmente. La persona que ha sufrido una lesión traumática grave tiene la necesidad de procesar una gran cantidad de información nueva (diagnostico, tratamiento, pronóstico, etc.).
2. Estímulos ambientales dañinos (las características negativas del ambiente hospitalario, etc.).
3. Percepción de amenaza (incertidumbre ante una posible muerte cercana, probable pérdida de sus funciones corporales, etc.).
4. Función fisiológica alterada (posible pérdida de extremidades y/o cambios en sus capacidades funcionales sensoriales y motoras).
5. Aislamiento y confinamiento (separación física forzada que implican la hospitalización y la restricción de visitas).
6. Bloquear, obstaculizar (disminución de las oportunidades para la búsqueda activa de objetos, emprender una acción, tomar decisiones, etc.).
7. Presión grupal (por ejemplo, debida al cese del desempeño del papel que el paciente representa en su sistema familiar y de las expectativas puestas por los miembros de la familia en él, etc.).
8. Frustración (por ejemplo, a causa de la pérdida del control corporal, la necesidad de dependencia de los demás, etc.).

2.2.3.- *El Estrés como Mediador Cognitivo entre Agentes Estresores y Respuestas de Estrés*

Los enfoques centrados en los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre los agentes estresores y las respuestas de estrés especifican que el estrés se origina a través de las relaciones particulares de interacción entre la persona y el entorno (Cox, 1985).

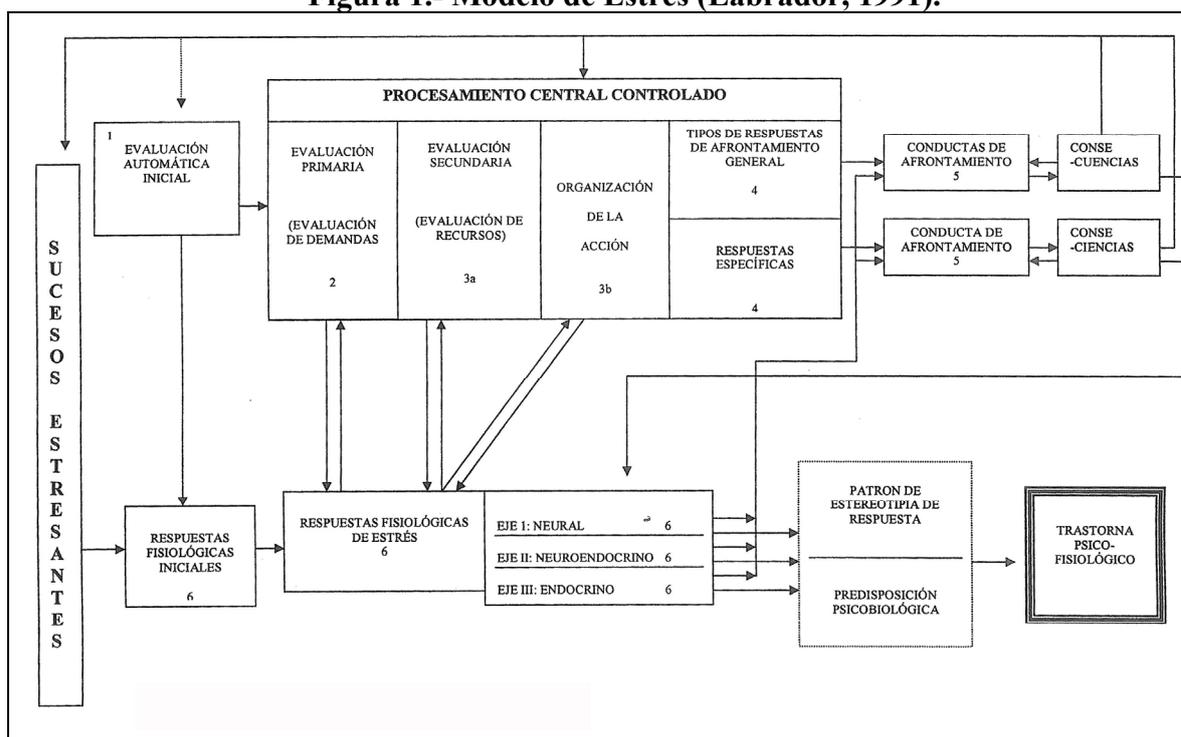
Basándose en esta idea de interacción (Routier, 1991), se define el estrés como “un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”.

La idea central de esta perspectiva se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación. La evaluación es definida como el mediador cognitivo de las respuestas personales de estrés a los estímulos relevantes (González Leandro, 2004). La evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. En gran parte, es el factor de que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto.

La teoría distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna [Figura 1]. Es el primer mediador psicológico del estrés y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

1. Amenaza. Anticipación de un daño que aún no se ha producido, su ocurrencia parece inminente.
2. Daño-pérdida. Se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido (por ejemplo, una pérdida irreparable).

Figura 1.- Modelo de Estrés (Labrador, 1991).



(Fuente: Benbuna Bentata, 2003).

3. Desafío. Hace referencia a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza (Soucase Lozano et al., 2004). Resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento.

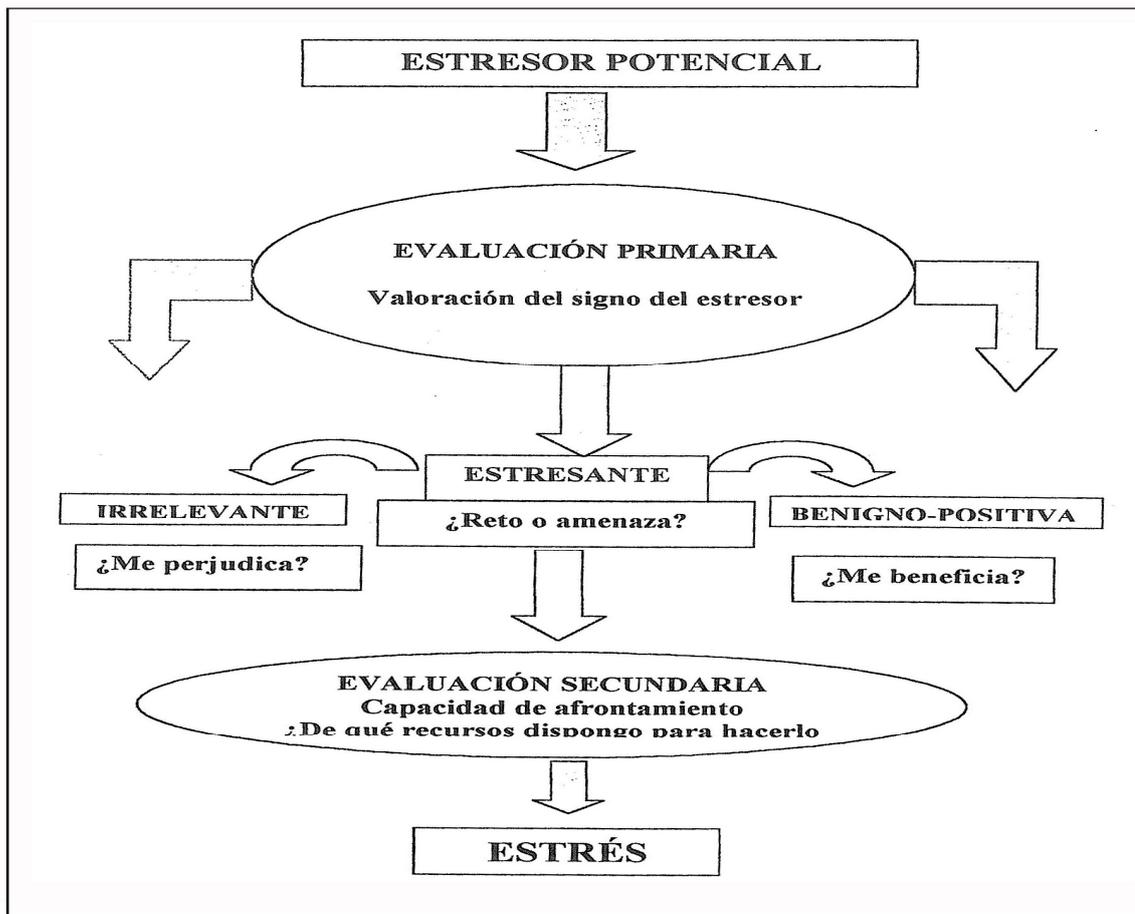
4. Beneficio. Este tipo de valoración no induciría reacciones de estrés.

En consecuencia, a partir de las tres primeras formas de evaluación, se pueden deducir tres tipos de estrés (de amenaza, pérdida y desafío).

Los dos tipos restantes de evaluación ocurren temporalmente después de la primaria. La evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Se sugiere que la reacción del estrés depende sustancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. La valoración de los recursos personales determina en gran proporción que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista [Figura 2].

Finalmente, la reevaluación implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas.

Figura 2.- Evaluación Cognitiva del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984).



(Fuente: Benbuna Bentata, 2003).

2.2.4.- Diferencias Individuales en la Forma de Percibir y Reaccionar al Estrés

Los sujetos reaccionan de manera diferente ante las situaciones de estrés; a nivel conductual unos se enfrentan y otros no, a nivel cognitivo unos perciben o procesan como situación aversiva lo que para otros no es tal, e incluso a nivel fisiológico las respuestas de activación pueden ser muy diferentes (Labrador, 1984; Roca, Labrador, 1984; Bandura et al., 1985; Willson, 1985). Las características personales determinan tanto la frecuencia con la que el sujeto está expuesto al estrés como las consecuencias que esta exposición pueda provocar.

El estilo de vida del sujeto regula o determina la probabilidad de aparición de demandas importantes por parte del medio. Así pues, la forma en que el sujeto se enfrenta a su medio ambiente va a ser lo que condicione que se encuentre o no bajo estrés.

A nivel cognitivo la forma en que el sujeto percibe su medio o, si se quiere, filtra y procesa la información de éste y evalúa si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, competitivas, aterrorizantes, inocuas, etc., determinará en gran medida las probabilidades y las formas en que le afectará el estrés. Se pueden considerar diferentes tipos característicos de afrontamiento a situaciones de estrés (Meichenbaum, Turk, 1982):

a) Uno de ellos sería el de los sujetos que ante una situación de estrés, más que centrarse en las demandas de la situación, se centran en sí mismos preocupados por cómo les afecta la situación o que sienten. Serían los denominados sujetos autorreferentes.

b) Un segundo tipo, denominado autoeficaz, se centra en analizar las exigencias de la situación para poder dar una respuesta más adecuada a las características específicas de ésta, por lo que sus conductas probablemente serán más adecuadas para enfrentar el estrés y las consecuencias de su acción más positivas.

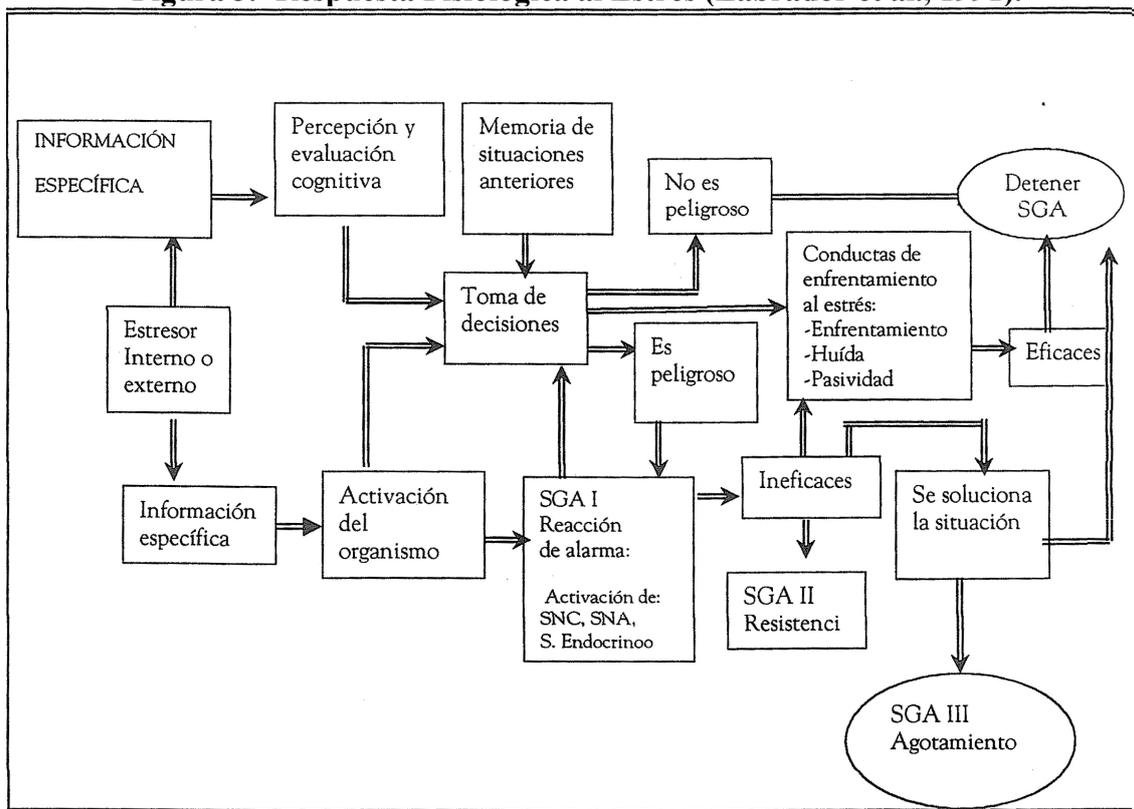
c) Un tercer tipo es el de aquellos sujetos que niegan la existencia de problemas o demandas del medio, en especial en aquellas situaciones que perciben que no pueden hacer nada. Sus conductas no serán adecuadas para solucionar la situación problema, pero no se angustian ni se activan ante el estrés.

A nivel fisiológico, las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo, en el que se implica de manera muy importante la acción del Sistema Adrenal-Hipofisario. Distinguiendo tres momentos [Figura 3]:

- a) Reacción de alarma: el organismo produce una hiperactivación a nivel fisiológico. Si esto permite superar la situación de estrés se pone fin al SGA, en caso contrario la situación de estrés mantenida provoca el paso a una segunda fase.
- b) Fase de resistencia: el organismo sigue manteniendo un nivel de hiperactivación superior al normal en su intento por superar esta situación de estrés. Ésta no puede mantenerse indefinidamente, pues las reservas del organismo tienen un fin. Si el esfuerzo mantenido permite llegar a la solución se pondrá fin al SGA, pero si no es así, al concluir la reserva de energía del sujeto pasará a la tercera fase.
- c) Fase de agotamiento: el organismo pierde ya la capacidad de activación de forma que incluso cae por debajo de los niveles habituales debido a la falta de recursos. Si se intenta mantener la activación al máximo posible, el resultado será el agotamiento total con consecuencias incluso mortales para el organismo.

A nivel motor. Las respuestas básicas ante situaciones de estrés son las de enfrentamiento (ataque), huida o evitación y menos frecuentemente pasividad (colapso).

Figura 3.- Respuesta Fisiológica al Estrés (Labrador et al., 1991).



(Fuente: Benbuna Bentata, 2003).

2.3.- El Estrés y la Enfermedad

Dos son las vías principales mediante las cuales, el padecer experiencias continuadas de estrés afecta negativamente la salud y favorece el desarrollo de trastornos físicos diversos. Por un lado, el estrés provoca desequilibrios fisiológicos en el funcionamiento normal del organismo que, de continuar, propiciarían el posterior desarrollo de patologías específicas (Mason et al., 1976). Una segunda vía por la que el estrés se constituye en un factor de riesgo para la salud es mediante su influencia en el desarrollo de hábitos de conducta poco saludables o claramente peligrosos.

Tanto por una vía como por otra (lo frecuente es que actúen ambas al mismo tiempo) se irán creando unas condiciones (precursores del proceso patógeno) que en definitiva se podría traducir en debilitamiento de las defensas físicas y psicológicas.

Estas condiciones, a la postre, favorecerán la aparición o desarrollo de patologías concretas, así como una gama de conductas, comúnmente denominadas conductas de enfermedad.

2.3.1.- El Estrés y las Enfermedades Crónicas

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad, concretamente los aspectos emocionales y sociales, que están influyendo tanto en la

etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo (Múñoz, 2004), evidenciándose que no sólo factores médicos sino también factores psicológicos y ambientales interactúan entre sí.

Aunque todavía no se conocen todos los mecanismos por los que se produce esta influencia, si se conocen algunos datos importantes relacionados con la respuesta del ser humano al estrés. La respuesta ante el estrés se refiere al modo como afrontamos aquello que consideramos peligroso o que supone una amenaza para nosotros: estresor. Una vez que se percibe una amenaza a nuestro bienestar psicológico o físico (real o imaginada) se ponen en marcha varios mecanismos fisiológicos. Es lo que suele llamarse ansiedad o nerviosismo, y cuando esta respuesta se vuelve crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo.

Los hábitos y estilos de vida poco saludables influyen en la fisiología del organismo y contribuyen a la aparición de la enfermedad o bien a la aparición de problemas psicológicos que a su vez contribuyen a la aparición de la enfermedad. Es decir, se trata de un mecanismo circular en el que comportamiento, emoción y fisiología se influyen unos a otros hasta producir la enfermedad (Múñoz, 2004).

El diagnóstico de una enfermedad crónica implica una interrupción y alteración repentina en las actividades habituales de la vida de los pacientes (Forner et al., 2002). El carácter estresante de la enfermedad dependerá de: la gravedad, el tratamiento, la duración, la forma de aparición, la discapacidad y el dolor producido por la enfermedad, manifestándose con frecuencia en estados emocionales negativos: la ansiedad y la depresión.

En el proceso de adaptación además de las características propias de la enfermedad, que determinarán el afrontamiento, la adaptación y las respuestas psicológicas y conductuales al trastorno, se encuentran también relacionadas las estrategias de afrontamiento, características de personalidad, características sociodemográficas y el apoyo social.

Es especialmente interesante saber que estrategias de afrontamiento están relacionadas con los temas de salud y enfermedad, ya que el afrontamiento es un claro mediador de la relación entre la situación estresora y la enfermedad/salud, influyendo tanto a través de las respuestas emocionales como de las fisiológicas (Folkman, Lazarus, 1988; Kiecolt-Glaser, Glaser, 1988).

Los mecanismos de autoeficacia regulan el funcionamiento humano a través de cuatro procedimientos que interaccionan entre sí, estos son cognocitivo, motivacional, afectivo y la selección de procesos. Cuando abordamos el concepto de autoeficacia nos referimos al juicio autorreferido de la capacidad para llevar a cabo o realizar una conducta o acción concreta, influyendo el acto, la consecución e incluso el mantenimiento de hábitos saludables (Pérez-Trullén et al., 2001).

El apoyo social, al igual que otros posibles recursos sociales, tiene un papel mediador entre los sucesos estresantes y la enfermedad, reduciendo el impacto del estrés (Sandin, 1995). En principio existen dos teorías que intentan explicar la relación entre apoyo social y bienestar físico y/o psicológico: 1) El modelo de los efectos principales del estrés se centra en el efecto directo que el apoyo social tiene sobre el bienestar físico

y psicológico, este modelo considera que el apoyo social incide de forma directa atenuando el riesgo de padecer cualquier tipo de enfermedad, independientemente del grado de estrés que experimente un individuo en un momento dado (Palmero, Breva, 1998). 2) Según el modelo de los efectos amortiguadores del apoyo social, el apoyo social protege a los individuos de la influencia de los eventos estresantes ya que considera que la percepción de la disponibilidad de soporte social es suficiente para disminuir las consecuencias negativas de experimentación del malestar (Peralta-Ramírez, Pérez-García, Jiménez-Alonso, 2003).

No debemos olvidar que la red social puede proporcionar información sobre la naturaleza de los eventos que pueden ser estresantes así como el conocimiento sobre las diferentes formas de enfrentarse a esos sucesos. Tener la información sobre la situación, reduce la probabilidad de que esta sea valorada como estresante, o reduce el valor amenazante o estresante de la misma.

Además la disponibilidad de apoyo social también puede ayudar a un individuo a restablecerse con mayor prontitud una vez que ha experimentado un evento estresante (Schubert et al., 1999). Por tanto, la integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, expresión de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario y en definitiva mejora de la salud física y mental (Sandin, 1995).

Cada vez está más demostrada la importancia de factores psicosociales en el empeoramiento de enfermedades de diversa índole. En concreto, el estrés cotidiano puede empeorar el curso de éstas mediante diversos mecanismos. También se sabe que la percepción del estrés está mediada por variables moduladoras que hacen que percibamos más o menos estrés en función de éstas. Por lo tanto a nivel clínico es muy interesante llevar a cabo programas de terapia psicológica en los cuales estén contempladas las variables moduladoras del estrés, en pacientes de enfermedades crónicas.

La situación de “encontrarse enfermo” provee de un estatus o rol de enfermo a las personas sometidas a tratamiento o asumidas por las instituciones asistenciales (Lazarus, Folkman, 1986). El término “conducta de enfermedad” (Mechanic, 1962) refiriéndose concretamente a los aspectos sociales del “estar enfermo”, es decir, los distintos modos en que los síntomas del enfermar serían percibidos, evaluados y manifestados o no por los diferentes individuos, es un concepto que sirve para conocer y medir los efectos sociales del proceso del enfermar. El grado de peligro que implica la enfermedad estará en relación con la posible predicción de sus resultados, así como con el nivel de amenaza o de pérdida que pueda suponer.

En cuanto al afrontamiento de la enfermedad se refiere, se le adjudican tres funciones fundamentales (Mechanic, 1974):

- 1.- Hacer frente a las demandas sociales y del entorno.
- 2.- Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- 3.- Mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas.

Con respecto al resultado o al éxito adaptativo, la equiparación entre éste y el afrontamiento es un error, ya que el afrontamiento designa el conjunto de conductas englobadas en él, no los éxitos conseguidos con tales conductas. El objetivo del fenómeno del coping sería el de lograr el equilibrio o la adaptación a la situación de enfermedad. Pero es evidente que la conducta de afrontamiento también puede llegar a ser totalmente anormal y producir efectos negativos (García-Rodríguez, Martínez Luna, 2004).

La percepción de la enfermedad, su valoración y por tanto, la respuesta a ella no es algo fijo en el tiempo sino que varía respondiendo a cambios ambientales y personales (Lloid, 2001). De hecho, las fuentes de estrés van cambiando a lo largo de la vida, por lo que las respuestas a éste también deben ir modificándose, de forma que el afrontamiento participa de un proceso dinámico.

Por ello no puede afirmarse “a priori” que un tipo determinado de respuesta ante la enfermedad sea mejor o peor, sino que será necesario tener en cuenta el contexto, las características del individuo y las interacciones entre éste y el entorno, así como el grado de amenaza que la enfermedad suponga para el sujeto.

Tres posibilidades son consideradas en cuanto al significado de la enfermedad como desafío al estrés que conllevaría (Engel, 1977):

- La pérdida o amenaza ante la pérdida de “objetos” psíquicos, tales como las relaciones personales, las funciones corporales y el rol social.
- Lesiones o amenaza de lesiones del cuerpo, incluyendo el dolor y la mutilación.
- Frustración en cuanto a la satisfacción de impulsos biológicos, especialmente las necesidades sexuales y algunos tipos de descarga de agresividad.

Estas tres categorías pueden superponerse y coexistir, sobre todo en enfermedades de importancia. El que la respuesta sea inadecuada al estímulo que la ha provocado tanto en intensidad como en duración, va a estar relacionada con diversos aspectos: físico, cognitivo, afectivo y conductual.

Se considera que la respuesta adaptativa del individuo ante un estrés psicosocial identificable es anormal, cuando los síntomas son excesivos respecto a su duración o intensidad comparándolos con la reacción normal esperable frente a un determinado estrés, o bien cuando suponga una incapacidad inexplicable en la actividad laboral y social del sujeto.

El trastorno adaptativo (Snyder, Strain, Wolf, 1990) no aparecería al comienzo de la enfermedad, sino más bien a lo largo de la evolución de ésta, en el momento en que surgen complicaciones, coincidiendo con el comienzo de la cronicidad o cuando parezca imposible una curación rápida.

Por otro lado no parecen existir respuestas emocionales específicas a ninguna enfermedad física concreta. Además, la enfermedad no sólo tiene repercusiones para el propio paciente, sino también para las personas que le rodean, tanto si se trata de un cuadro agudo como crónico. La forma en que los familiares afrontan la situación va a tener gran importancia en como lo haga a su vez el propio enfermo.

Cuando nos referimos a la Insuficiencia Renal Crónica, la cual en su estadio terminal, requiere tratamientos imprescindibles como la Diálisis o el Trasplante Renal, tratamientos que ocasionan un gran impacto en la vida del paciente, este deberá enfrentarse no sólo al hecho de padecer una enfermedad incurable sino también a la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo o someterse a una intervención quirúrgica para ser transplantado. Todo este cúmulo de circunstancias repercutirán sobre el paciente y su entorno familiar a distintos niveles (Montes Santana, Bayle Montero, 2002):

- En el plano somático aparecerán complicaciones tales como la anemia, la osteoporosis, etc., y el paciente estará sometido a restricción de líquidos y dieta.
- En el plano psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos. Así se evidenciará su capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos frente a la angustia.
- En el plano social la enfermedad repercutirá en el entorno familiar y social del individuo pues se producirán cambios familiares y profesionales y sufrirá sentimientos de pérdida en diferentes áreas (profesional, del status social, de las actividades de ocio, deportes favoritos).

Será pues la enfermedad el catalizador que transforme completamente la vida del paciente, que movilizará en él todas sus angustias y miedos, suponiendo sentimientos de pérdida en los siguientes niveles: pérdida de salud y bienestar, pérdida de libertad y autonomía personal, pérdida del status socio-familiar y profesional.

La realidad para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal es la necesidad de dializarse para permanecer con vida y esta realidad supondrá un corte radical en sus biografías existiendo un antes: idealizado y asociado a una vida feliz y un después: vida sin salud, asociado a la diálisis.

La periodicidad de la diálisis supone para el enfermo el constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elaboración del duelo, provocando y manteniendo pues, un duelo permanente y una ansiedad flotante.

El deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio será vivido con hostilidad favoreciendo el egocentrismo así como el retraimiento y la introversión de los pacientes, todo ello como resultado del control de la afectividad y de la represión de la impulsividad.

El paciente sometido a diálisis se encuentra ante una situación especial tanto frente a la vida como frente a la muerte. Es evidente que su incorporación a “la máquina” supone una muerte evitada y a la vez un continuo renacimiento. Pero no es menos cierto que esta incorporación se convierte en traumática y punitiva por el constante recuerdo de su fracaso personal, de su falta de futuro y de salud, de su muerte anunciada, la enfermedad se refleja sobre la imagen corporal, confiriendo a esta un evidente deterioro y transformación (Montes Santana, Bayle Montero, 2002).

2.4.- Concepto de Afrontamiento y sus Implicaciones en la Enfermedad

Inicialmente, el término afrontamiento iba dirigido al intento de enfrentarse con cierto éxito a las situaciones estresantes. Es indudable que una enfermedad es de por sí una situación estresante y como tal reacciona el paciente para tratar de hacerle frente. Profundizando en el significado del término afrontamiento, se podrán encontrar claves para conocer los recursos que el paciente moviliza en el proceso de adaptación a su enfermedad y en las estrategias que utiliza para superarla.

Desde el modelo psicoanalítico de la psicología del “ego”, el afrontamiento podría definirse como “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés” (Parson, 1951; Paterson, Neufeld, 1989). El factor cognitivo es especialmente importante con este planteamiento, quedando la conducta en segundo plano.

Se define el término 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” (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, Folkman, 1986).

Estos autores desarrollan la definición de afrontamiento en cuatro aspectos, que pueden ser perfectamente aplicables al estado de enfermedad y que son los siguientes:

En primer lugar, consideran el afrontamiento como un “proceso”, lo cual implica:

- Que se refiere expresamente a lo que el individuo piensa y hace realmente frente a una situación dada.
- Estos pensamientos y actuaciones se ubican en una situación muy específica.
- Hay un continuo cambio y transformación en los razonamientos y comportamientos que se van descubriendo, fruto de la interacción del sujeto con su medio.

Trasladado al ámbito de la enfermedad como proceso, es evidente que el paciente reacciona frente a una situación real e incapacitante, con unas consecuencias limitantes y/o invalidantes, por lo que nos estamos refiriendo a una situación muy específica. La enfermedad evoluciona clínicamente y se transforma, como también lo hacen las valoraciones y los sentimientos que frente a ella se suscitan en el paciente.

Una enfermedad es algo que irrumpe en la biografía del sujeto (Forner et al., 2002), con lo que inicialmente no se contaba y que constituye un estado de cierta limitación personal y social. Sobrepasa inicialmente la capacidad intelectual y emocional del paciente. Frente a esta situación de limitación no hay fórmulas establecidas de reaccionar o sentir.

Se explica el afrontamiento como “los esfuerzos que el individuo efectúa” con independencia de los resultados que obtenga. Dicho de otra forma, no tienen porqué ser

pensamientos o actos con capacidad de resolución real del problema. El paciente moviliza la forma de proceder que tiene, los modos de reaccionar. No siempre el paciente escoge el modo de respuesta más eficaz, ni el que asegura o maximiza la recuperación de la salud.

Se constata que el afrontamiento no presupone un control de la situación que le altera. Referido a la enfermedad, cuando el paciente reacciona ante ella, no quiere decir que obligatoriamente vaya a dominar la nueva situación dada, sino que mantiene un estilo personal de respuesta frente a este acontecimiento vital.

2.4.1.- Recursos Personales de Afrontamiento

En términos generales, el afrontamiento se entiende como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para “manejar” tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo (Chorot, Sandin, 1994).

2.4.1.1.- El Afrontamiento como Estilo Personal

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

Se defiende que existen dos estilos cognitivos contrapuestos: incrementador y atenuador (Miller, 1980). El primero indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con la amenaza. El término atenuador denota el grado con que un individuo evita o transforma la información de amenaza.

Centrado en el concepto de estilos de afrontamiento se proponen cuatro patrones de afrontamiento que pueden resumirse de la siguiente forma (Estebaranz Rendón, Vidal Verdú, 1999; Brody, Ehrlichman, 2000):

1. Modo vigilante rígido. Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación.
2. Modo evitador rígido. Típico en personas de baja vigilancia y alta evitación.
3. Modo flexible. Característico en personas con un patrón de baja vigilancia y baja evitación.
4. Modo inconsistente. Exhiben este tipo de afrontamiento aquellas personas con alta vigilancia y alta evitación.

2.4.1.2.- El Afrontamiento como Proceso

El afrontamiento es calificado como un proceso y definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico (Lazarus, Folkman, 1984).

La consideración del afrontamiento como un proceso implica asumir los siguientes principios:

1. El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos; ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de situación, etc.

2. El afrontamiento depende del contexto, no se trata de una disposición estable. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes amenazas, producido por alguna fuente generadora de estrés psicológico, varía en función de los requerimientos específicos de cada una de las amenazas.

3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables y consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.

4. Existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema es cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo; se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. La función del afrontamiento focalizado en la emoción es cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés; se trata de regular la respuesta emocional del estrés. Ambas formas de afrontamiento pueden en la práctica facilitarse mutuamente, también pueden interferirse.

5. El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo (que la condición estresante puede ser controlable por la acción), predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

Dentro del afrontamiento focalizado en el problema (Lazarus, Folkman, 1986) se incluyen las siguientes estrategias específicas:

1. Confrontación: Acciones directas dirigidas hacia la situación, por ejemplo ira hacia la persona causante del problema, etc.
2. Planificación de solución de problemas: Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.

Dentro del afrontamiento focalizado en la emoción (Lazarus, Folkman, 1986) se distinguen las siguientes estrategias básicas:

1. Distanciamiento: Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.
2. Autocontrol: Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
3. Aceptación de responsabilidad: Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse como causante del problema, etc.

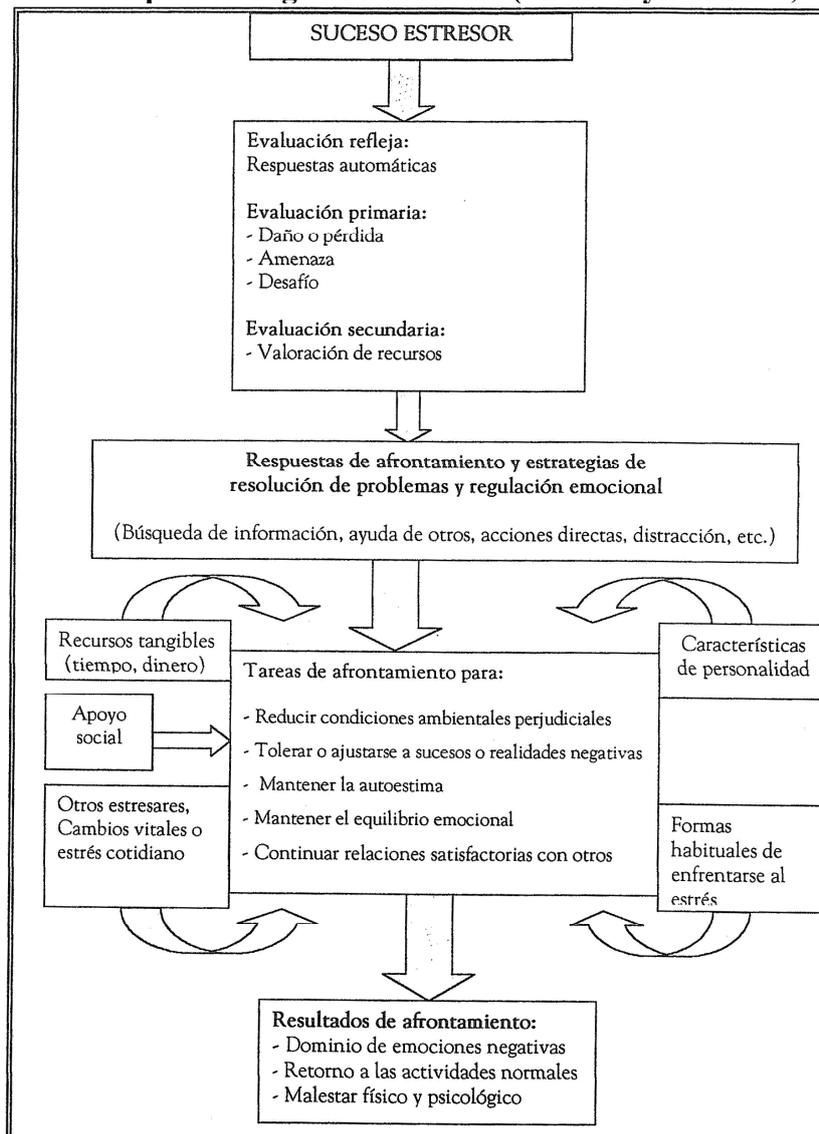
4. Escape-evitación: Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas, etc.

5. Revalorización positiva: La experiencia enseña, cambié y maduré como persona, etc.

Una modalidad de afrontamiento intermedio, que posee componentes de ambos tipos de focalización (problema y emoción) es la búsqueda de apoyo social. Esta estrategia incluye pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema, etc.

La ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción (por ejemplo, escape-evitación) y negativamente con estrategias focalizadas en el problema (González Leandro, 2004).

Aún asumiendo que la eficacia adaptativa del afrontamiento puede variar en función del contexto, (Lazarus, 1996) se ha señalado que algunas estrategias, como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva, suelen asociarse a resultados positivos; al contrario, otras como la confrontación y el distanciamiento se han relacionado con resultados negativos. Las restantes estrategias, es decir, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y escape- evitación, ofrecen datos menos discriminativos en este sentido, tal vez porque varían más en razón a las demandas contextuales (Lazarus, 1990-2000) [Figura 4].

Figura 4.- Respuesta Cognitiva al Estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

(Fuente: Benbuna Bentata, 2003).

2.4.2.- Recursos Sociales de Afrontamiento

El apoyo social constituye los recursos sociales para el afrontamiento. El concepto de apoyo social es un término muy amplio, que se ha empleado científicamente con múltiples sentidos, tales como compañía humana, disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo emocional, asistencia práctica, ayuda financiera, consejo/ayuda, etc.

No obstante, una idea que cada vez se hace más evidente es que resulta más relevante, desde el punto de vista de su relación con la salud, la evaluación del apoyo social percibido que el apoyo social real (Chorot, Sandin, 1994).

El apoyo se relaciona con la salud psíquica y física. Este factor actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés potenciando la adaptación del individuo. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés de tres maneras distintas: 1) eliminando o reduciendo el propio estresor, 2) reforzando la capacidad del individuo

para hacer frente al estresor, o 3) atenuando la experiencia del estrés una vez que éste se ha puesto en marcha (Chorot, Sandin, 1994).

Además, el apoyo social tiene efectos positivos directos sobre la salud, independientes de los efectos del estrés. Estos efectos directos se explican porque el hecho de estar integrado en grupos (amigos, familia, etc.) facilita experiencias individuales como la autoestima, el afecto positivo, la sensación de control sobre el medio ambiente, etc., sugiriéndose que estas experiencias personales protegen al individuo de los trastornos físicos y psíquicos actuando a través de diversos tipos de mecanismos psico-biológicos (Monchiatti, Krzemien, 2003).

Por otro lado, el aparente beneficio del apoyo social puede en gran parte ser secundario a la ausencia de los efectos deteriorantes de las relaciones conflictivas e inseguras. Así, la cuestión relativa a cómo el apoyo social amortigua el estrés se complementa con otra basada en cómo las relaciones disfuncionales perjudican el afrontamiento del estrés (Guerrero Barona, 2003).

Las variables de personalidad pueden modular el apoyo social, tanto el apoyo real como el percibido. El apoyo social está determinado por el grado con que el individuo se relaciona con las demás personas. Se ha indicado que la personalidad juega un importante papel en cuanto determinante de diferencias individuales, en el tamaño del grupo de pertenencia, así como también respecto a la calidad del apoyo social (Álvarez Rayón, Vázquez Arévalo, Mancilla Díaz, 1998; Giles, Richard's, 2001). En este sentido, se han constatado relaciones positivas entre extroversión y tamaño de la red social o disponibilidad del apoyo, sugiriéndose, así mismo, que ciertas cualidades personales parecen caracterizar a los individuos que disponen de superior apoyo social (cantidad y/o calidad).

Por otra parte, el apoyo social se relaciona con las habilidades interpersonales (Labrador, 1995). La deficiencia de habilidades sociales puede llevar a una excesiva demanda de apoyo, es decir, a un exceso de dependencia y, en última instancia, a un empobrecimiento y perturbación de las redes de apoyo disponibles. Con lo cual, las características de personalidad no sólo pueden asociarse a un potencial de recursos sociales disminuidos, sino que también pueden implicar un peor aprovechamiento de los recursos disponibles y un mayor riesgo de pérdida de éstos.

Sin embargo, la relación entre personalidad y apoyo social es recíproca, la calidad de éste puede influir sobre características de personalidad. Sobre este punto se ha resaltado, por ejemplo, que el apoyo social potencia la autoestima de la persona en sus diferentes dimensiones (habilidad, apariencia, aprecio, valía y rango social) (Sandín, 1995; Mass Hess, Marín, 1998).

2.5.- Afrontamiento y Calidad de Vida en la Vejez

En las últimas décadas, el estudio del fenómeno del estrés en la población anciana ha ocupado una posición relevante dentro de la investigación gerontológica (Stefani, 2004). En general, se considera que en la etapa de la vejez los ancianos están sometidos a situaciones estresantes que no pueden controlar, tales como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia

muerte. En estas circunstancias, la utilización óptima de los recursos escasos se convierte en algo prioritario.

Los cambios negativos asociados a la vejez avanzada pueden afectar la satisfacción vital en esta etapa, sin embargo, las personas muy mayores no suelen estar deprimidas ni insatisfechas con su envejecimiento. Para explicar esta paradoja se recurre al concepto de resistencia psicológica que propone la existencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y sociodemográficos como elementos de resistencia para el mantenimiento del bienestar (Bueno, Navarro, 2004).

De todos ellos, el afrontamiento ha sido el centro de interés en la capacidad humana para manejar de manera eficaz los problemas vinculados al proceso de envejecer y como mecanismo de ajuste y dominio a lo largo del ciclo vital relacionado con la resistencia (Bueno, Navarro, 2004).

Se ha planteado que el modo en que una persona muy mayor afronta una situación depende de los recursos internos y externos que posea, tales como la salud, la madurez, la educación, el sexo, etc. confirmándose la relación que existe entre el modo de afrontar las dificultades y la calidad de vida de los mayores, lo cual es indicativo del papel protector del afrontamiento en la vejez avanzada. Hay evidencias de que a medida que avanza la edad, las personas son más capaces de integrar los aspectos emocionales y cognitivos de la realidad y de regular las emociones negativas.

La cantidad y variedad de estrategias y estilos de afrontamiento que se utilizan reflejan la gran flexibilidad que tienen las personas mayores, siendo en su mayoría estrategias de regulación de sus emociones, como ver las cosas de un modo más positivo, o el distanciamiento como forma de mantener el control (Bueno, Navarro, 2004).

El afrontamiento se muestra como un factor protector de la satisfacción vital de las personas mayores frente a los diferentes tipos de problemas que experimentan, debido a que algunas estrategias y estilos de afrontamiento protegen frente al estrés que acompaña a los problemas de salud propia, a los problemas familiares y a las dificultades cotidianas. De este modo, cuanto mayores son las acciones directas y racionales, así como los esfuerzos para alterar las condiciones causantes del problema de salud, mayor es la satisfacción vital entre las personas mayores, cuanto mayor es la búsqueda de apoyo emocional y el distanciamiento y menor el uso de la estrategia de negación, mayor es la satisfacción en la vejez avanzada, y cuanto mayor es la aceptación de las consecuencias provocadas por los problemas cotidianos, más satisfechas están con su vida (Bueno, Navarro, 2004).

Se plantea la necesidad de examinar la contribución de otros factores, como los rasgos de personalidad, las emociones, la percepción del tiempo, el apoyo social, el sexo, el nivel socioeconómico, etc. para valorar la resistencia psicológica de las personas mayores de un modo más completo y obtener una mayor comprensión de los procesos implicados en el mantenimiento de la calidad de vida en la vejez.

3.- PERSONALIDAD Y VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Se entiende que ante una misma situación estresante no todas las personas enfermen o que, de enfermar, no desarrollen el mismo tipo de patología, ni reaccionen de igual manera ante la misma (Giles, Richard's, 2001). De esta manera, determinadas características de personalidad pueden acentuar el valor patógeno, tóxico, de la experiencia de estrés, mientras que otras frenarían sus posibles consecuencias negativas sobre la salud de los individuos.

El estudio de las repercusiones de los factores psicológicos en el organismo se encuadró en un marco teórico amplio cuyo contenido principal fue el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las variables psicosociales y la enfermedad física (Stephoe, Wardle, 1994; Stoudemire, 1995). Se adoptó un enfoque diferencial en el que pueden establecerse distintas relaciones e influencias entre diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, dimensiones, estilos cognitivos, personalidad, etc.), factores sociales (acontecimientos estresantes, sucesos vitales, actitudes sociales, etc.) y el inicio, desarrollo y progresión de varias enfermedades físicas.

Los diferentes autores han ido configurando a través de sus aportaciones una concepción del trastorno psicosomático, multicausal, encuadrada en un modelo biopsicosocial que es aceptado por la mayoría de los investigadores, poniendo de manifiesto que el ser humano es psicosomático por definición. Se propone que la enfermedad ha de ser considerada como producto de esa interacción de múltiples factores que siempre implica aspectos psicológicos, somáticos y sociales (Cardenal Hernáez, Oñoro Carrascal, 2000).

El impacto de factores psicosociales u orgánicos y su manifestación a través de síntomas clínicos variará dependiendo del trastorno, de la persona y del período de la enfermedad (Lipowski, 1977). Hay un énfasis (Hentschel, 1993) en dar diferente valor o peso a los factores bio-psico-sociales en las distintas enfermedades y los trastornos psicosomáticos serían aquellos en los que el segundo y tercer factor son más destacados y relevantes en comparación con otras patologías.

En la actualidad hay algunas propuestas que tratan de ofrecer una explicación general válida para cualquier tipo de alteración psicosomática, así basándose en los resultados encontrados mediante estudios de meta-análisis (Booth-Kewley, Friedman, 1987) se argumenta que está más que justificado hablar de una "personalidad predispuesta al trastorno físico" caracterizada por el predominio de un estado emocional negativo, que de enfermedades concretas asociadas a tipos de personalidad concretos. También se manifiesta en esta línea (Watson, Pennebaker, 1989) que puede existir una personalidad predispuesta al "distrés", es decir, con tendencia a exhibir síntomas de malestar emocional, quejas de salud, uso de fármacos y que en determinadas situaciones puede conducir a la enfermedad.

Por otro lado, hay que señalar que en contraste con lo anterior se intenta demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés pueden asociarse consistentemente a determinados trastornos físicos, evidenciándose que ciertas variables de personalidad ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad (Grossarth-Maticek, Eysenck, 1990-1991; Eysenck, 1995).

3.1.- Factores Psico-Sociales en los Trastornos de la Personalidad

Los trastornos de la personalidad constituyen uno de los retos actuales en Salud Mental. Son trastornos comunes en diferentes países y ambientes socioculturales, perjudiciales para la persona “que sufre por su anormalidad o que debido a ella hacen sufrir a la sociedad” (Schneider, 1970). La complejidad para definir conceptos como personalidad normal y patológica y la distinción entre salud y enfermedad son en este caso especialmente ambiguas.

3.1.1.- Factores Biológicos

Los factores biológicos en las enfermedades mentales se miden a través de los estudios genéticos por identificación de marcadores biológicos.

La genética trabaja con caracteres o fenotipos, reconocibles de forma inequívoca y son estables y permanentes. El problema de su aplicación en el campo de la personalidad es la dificultad para definir y medir estos fenotipos, tanto en la personalidad normal como patológica (McGuffin, Thapar, 1992).

Los mecanismos a través de los cuales los factores genéticos influyen en la personalidad son complejos. En primer lugar, los rasgos están influidos por interacciones entre múltiples genes. Segundo, cada efecto genético es en sí pleiotrópico, es decir, que cada gen influye sobre más de un tipo de conducta. Aparte de ello, parece que los trastornos de personalidad están constituidos por rasgos complejos que no siguen modelos simples de herencia y la heredabilidad o proporción de la varianza de los rasgos, es debida a los factores genéticos, al ambiente familiar y al ambiente extrafamiliar.

A partir de la concepción dimensional de la personalidad y de los estudios neuro-fisiológicos y psico-biológicos, se han establecido varios modelos que tratan de explicar las variaciones de la personalidad. Entre estos modelos destacamos:

a).- Modelo de los Tres Factores de Eysenck (1991).

Describe tres factores amplios de personalidad: E (extroversión-introversión), N (neuroticismo-estabilidad) y P (psicoticismo-normalidad), utilizando para medir las tres dimensiones el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI). Estas dimensiones reflejan la variabilidad biológica, a nivel neurofisiológico, que afecta a la estructura de la personalidad (Ferguson, Tyrer, 1988; Gunderson, Phillips, 1995; Paris, 1996). Para Eysenck las tres dimensiones se corresponden con los tres tipos de trastornos de personalidad del eje II: A puntúa alto en introversión, el B en psicoticismo y el C en neuroticismo.

b).- Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1988).

Examina cinco factores que son: neuroticismo, extroversión, complacencia (agreeableness), concienciación (conscientiousness) y apertura a la experiencia. El instrumento de investigación para medir estas dimensiones es el NEO-PI-R. Cuatro de las dimensiones tienen una heredabilidad muy alta, pero la

complacencia tiene un componente ambiental más fuerte (Gunderson, Phillips, 1995; Paris, 1996).

c).- Modelo Psicobiológico Tridimensional de Cloringer (1987).

Propone tres funciones cerebrales relevantes en la personalidad: activación, inhibición y mantenimiento conductual. Asocia estas funciones con tres dimensiones de la personalidad, relacionando cada una de ellas con la actividad de un neurotransmisor específico. La primera sería la búsqueda de novedad, que se corresponde con la actividad de la dopamina. La evitación del peligro relacionada con la serotonina y la última, la dependencia del premio/refuerzo mediada por la noradrenalina. Más recientemente, se ha propuesto una cuarta dimensión temperamental denominada persistencia (Gelder et al., 1996).

d).- Modelo Psicobiológico de Siever y Davis (1991).

Desarrolla la hipótesis de una relación entre niveles de actividad de neurotransmisores y cuatro dimensiones de personalidad: organización cognitivo/perceptual y vías dopaminérgicas; impulsividad/agresividad y vías serotoninérgicas; inestabilidad afectiva e interacción entre vías noradrenérgicas y colinérgicas; ansiedad/inhibición y vías que podrían implicar al GABA o a la noradrenalina (Siever, Davis, 1991).

Los factores biológicos son insuficientes por sí mismos para producir trastornos. Incluso en presencia de factores biológicos de riesgo, los trastornos no aparecerán a no ser que haya también una exposición a factores de riesgo psicosociales. Sin embargo, la presencia de factores de riesgo biológicos responde a dos hechos importantes de los trastornos de personalidad: 1) los individuos con todos los factores de riesgo psicosociales para estos trastornos no necesariamente los desarrollan; 2) los mismos factores de riesgo psicosociales producen trastornos totalmente diferentes en individuos diferentes.

e).- Modelo de los Cinco Grandes Factores de Caprara, Barbaranelli y Borgogni (1993).

Este modelo propone cinco dimensiones fundamentales para la descripción y la evaluación de la personalidad: Energía o Extraversión, Afabilidad o Agrado, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental o Apertura a la Experiencia, que se sitúan en un nivel de generalidad intermedio en el que convergen dos tradiciones de investigación diferentes, la lexicográfica y la factorialista.

La primera, basada en el análisis del lenguaje cotidiano donde están codificadas las diferencias individuales más sobresalientes y socialmente relevantes, considerado por ello como fuente principal de todos los posibles “descriptores” de la personalidad, que ha llevado a la construcción de distintos listados de términos, sobre todo, adjetivos, diseñados para el examen de las diferencias individuales. Este análisis lingüístico, propone que las características del funcionamiento personal se deben encontrar en el lenguaje y en sus distintos parámetros (frecuencia, sinonimias, modalidades fonetográficas, organización sintáctica, etc.), de modo que a mayor relevancia personal, mayor

representatividad de estos fenómenos en los parámetros lingüísticos. El examen de las relaciones entre los diferentes “descriptores” de la personalidad ha evidenciado repetidamente la presencia de cinco grandes factores del funcionamiento personal. Por otro lado y en el ámbito de la tendencia factorialista, se ha hecho posible a través del empleo de esta estrategia, reconducir a unos mismos factores las dimensiones de personalidad aisladas (Caprara, Barbaranelli, Borgogni, 1995).

En este sentido, los cinco factores parecen configurarse como una estructura adecuada e integradora para la descripción de la personalidad, representando el punto de convergencia entre las teorías implícitas de la personalidad basadas en los conocimientos/creencias de la “gente común” que impregnan el léxico relativo a la personalidad y las teorías explícitas de la personalidad, basadas en los conocimientos acumulados a partir de la investigación científica. La herramienta evaluativa utilizada en este caso es el llamado Big Five Questionare o B.F.Q.

3.1.2.- Factores Psicológicos

La personalidad está modelada, en cierto sentido, por las experiencias tempranas del desarrollo, no tanto por aquellas que son únicas como por el peso acumulado de múltiples experiencias. Sus efectos psicológicos sólo pueden entenderse en el contexto de la interacción con factores biológicos y sociales (Paris, 1996).

Los factores psicológicos asociados a los trastornos de personalidad incluyen separación temprana o pérdida de los padres, parentaje anómalo y experiencias traumáticas en la infancia. Todos tienen en común la disfunción familiar (Olié, Caroli, Gay, 1984; Millon, Everly, 1994): separación o pérdida/ruptura familiar; desarrollo inadecuado de las funciones parentales; experiencias traumáticas.

Es importante recalcar que todos los factores de riesgo psicológicos son riesgos estadísticos. Esto quiere decir, que aunque impliquen una mayor probabilidad de que se desarrolle el trastorno, la mayoría de los expuestos a ese factor permanecerán sanos o podrán desarrollar un trastorno diferente.

3.1.3.- Factores Sociales

La influencia de los factores sociales en el desarrollo de los trastornos mentales ha sido estudiada por la psiquiatría social (Bastide, 1988; Chanoit, Lermuzeaux, 1995) sirviéndose de la epidemiología descriptiva y analítica y a través del establecimiento de relaciones entre las variaciones de prevalencia de un trastorno y los indicadores sociales (demográficos, culturales, temporales...).

Aunque la diferencia transcultural de los rasgos puede ser pequeña, es una diferencia estadísticamente significativa, lo que posiblemente influya en las distintas prevalencias de los trastornos de personalidad según las distintas culturas (Kurtze, 1985).

3.2.- Personalidad y Trastornos de Personalidad

La personalidad puede definirse como “las pautas de pensamiento, sentimiento y conducta profundamente arraigadas que caracterizan el estilo de vida y el modo de adaptación únicos de una persona y que son consecuencia de factores constitucionales, del desarrollo y de experiencia social” (De Girolano, Reich, 1993). Dentro de este contexto, el temperamento hace referencia al conjunto de rasgos de la personalidad que tienen una base constitucional, son genéticamente determinados y muestran una marcada estabilidad en el tiempo, aunque, algunos elementos del temperamento no se estabilizan hasta pasados los primeros años de vida. Constituyen un estilo, el “cómo”, más que el “qué” de la conducta y la experiencia (Bestuzhev-Lada, 1980). El carácter hace referencia a los aspectos de la personalidad que no son modelados por los procesos de desarrollo y las experiencias vitales, y el rasgo representa una porción determinada, persistente y constante de la personalidad que se infiere de la totalidad de la conducta de un individuo, pero nunca se observa directamente.

Los trastornos de personalidad están constituidos por rasgos estables y maladaptativos, que producen disfunción significativa y/o malestar subjetivo, con independencia de otros trastornos mentales (Tyrer, Ferguson, 1989).

Entre estos comportamientos a los que comúnmente se ha englobado bajo el rótulo de patrón de conducta Tipo A (Paris, 1996), destacan los siguientes:

A).- Competitividad o el Esfuerzo por destacar en cualquier actividad que se emprende. Las personas con estas características suelen participar en una gama amplia de actividades; buscan asumir cada vez mayores responsabilidades y planifican sus vidas en torno al logro de objetivos ambiciosos. Si se observa su desarrollo profesional, es frecuente encontrar que las personas Tipo A presentan una mayor movilidad profesional, cambian con mayor frecuencia de trabajo, intentando con ello lograr una mejor posición social y mayores cotas de responsabilidades y autoridad.

B).- Impaciencia. Las personas con este tipo de comportamiento toleran muy mal cuando se les hace esperar y viven con la sensación constante de que les falta tiempo para hacer todo lo que desearían hacer. Las personas Tipo A habitualmente programan un número de actividades muy superior al tiempo real del que disponen. Intentando realizar varias tareas al mismo tiempo.

C).- Tendencia a sobrecargarse de trabajo. Da la impresión de que el trabajo es lo más importante en la vida de estas personas; hasta el punto de que en ocasiones se les ha clasificado como enfermizos adictos al trabajo.

D).- Hostilidad. En su deseo por destacar y sobresalir en todo lo que se proponen, reaccionan con ira, agresividad, resentimiento y hostilidad ante cualquier tipo de obstáculo que les impida (o simplemente amenace) alcanzar los estándares de conducta que se han fijado.

Las personas Tipo A presentan: Tasas superiores de enfermedades coronarias, desarrollan mayores tasas de arterioesclerosis, sufren un mayor número de recaídas y muestran una más rápida progresión de los trastornos cardiovasculares. Siendo la

asociación entre Tipo A y alteraciones cardiovasculares más clara y potente en hombres que en mujeres y en edades inferiores a los 50 años.

Las características (Bastide, 1988) de los comportamientos que identifican a las personas psicológicamente vulnerables con personalidad Tipo C son básicamente las siguientes:

A).- Dificultad para hacer frente adecuadamente a situaciones de estrés interpersonal. Hacen todo lo posible para evitar situaciones de conflicto con otras personas. Se esfuerzan por mantener un clima de armonía a su alrededor, mostrándose en todo momento cooperadores y pacientes. Prefieren atender las exigencias de los demás, antes de imponer sus criterios, aunque internamente piensen que su punto de vista sería más razonable y acertado. Si están molestos con algo o alguien, prefieren callar y aguantarse, antes que provocar conflicto y tensión.

B).- Dependencia Emocional. Es una característica muy señalada en estas personas. Con frecuencia se dice de ellos que se desviven por el bienestar y felicidad de su familia. Cifran toda su felicidad en el bienestar y felicidad de aquellos a quienes aprecian. Con este propósito, asumen el papel de persona sacrificada por el bienestar de los suyos, a costa, incluso, de su propio bienestar personal.

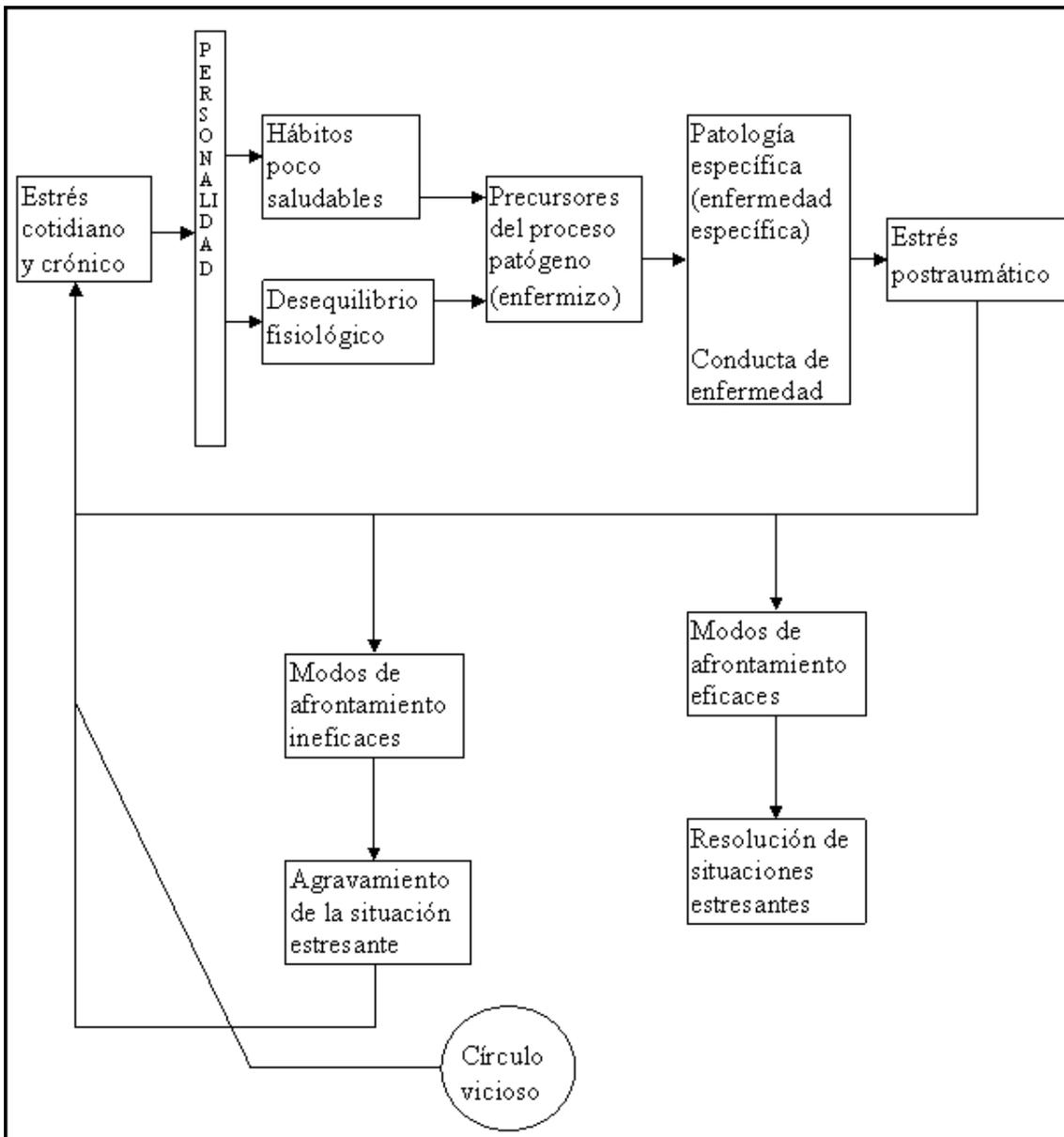
Desde esta perspectiva se entiende un comportamiento muy típico de estas personas, como es el hecho de ignorar, no prestar atención e incluso ocultar cualquier signo de malestar o enfermedad, evitando con ello dar motivos de preocupación a los que le rodean.

El empeño de las personas Tipo C en no molestar o inquietar a los que les rodean, en sufrirlo todo solos, hace poco probable que adopten medidas preventivas que podrían frenar el desarrollo de un futuro trastorno severo, por otro lado, la pasividad y resignación con que suelen reaccionar a la enfermedad, pueden dificultar la observación y seguimiento escrupulosos de un programa de tratamiento.

La conducta retraída que suelen mostrar en sus relaciones con los demás puede hacer que no dispongan de suficiente apoyo social al que recurrir en caso de enfermedad. Es más, hasta cierto punto, éstas son las personas que por su forma desprendida de sacrificarse por los demás, podrían llevar a éstos a pensar que realmente no necesitan apoyo alguno.

Finalmente, destacar el patrón Tipo B, denominado como trastorno antisocial, tanto por el DSM como por la CIE y conceptualizado en base a criterios conductuales referenciados al elemento comportamental y conductual interpersonal patológicos que forman parte de esta psicopatía (Paris, 1996).

Figura 5.- Relaciones entre Estrés y Enfermedad.



(Fuente: Bermúdez, 1997).

3.2.1.- Modelos Explicativos de los Trastornos de Personalidad

Han surgido diferentes modelos teóricos de la personalidad tales como (Berrios, 1993):

1).- Modelo Psicodinámico: en donde la personalidad se encuentra basada en la organización interna del psiquismo.

2).- Modelo de Rasgos: que proviene de la psicología académica, basada en la tradición psicométrica. Estudia la existencia de rasgos de personalidad en amplias muestras de población normal y a través del análisis factorial de los datos trata de establecer dimensiones de la personalidad. El problema es que son factores de la

personalidad derivados de estudios en poblaciones normales y no está clara su relación con la psico-patología (Gunderson, Phillips, 1995).

3).- Modelo Biológico: que interpreta la personalidad organizada a partir de factores biogenéticos y neonatales (temperamento). Este modelo está impulsado por los avances de las neurociencias y los hallazgos de la importante contribución genética. Queda la duda de si los trastornos podrían depender más de factores ambientales que de los hereditarios (Gunderson, Phillips, 1995; Paris, 1996).

4).- Modelo Sociológico: que condiciona la personalidad influida por factores sociales. El diagnóstico de patologías se realiza cuando aparece una desviación social o un efecto social nocivo (Gunderson, Phillips, 1995).

El trastorno de la personalidad se define, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª Edición –CIE-10- (OMS, 1992), como formas de comportamiento estables, duraderas y profundamente arraigadas que representan desviaciones significativas del modo en como el individuo normal inmerso en una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Abarcan aspectos múltiples de las funciones psicopatológicas y del comportamiento y las alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o adolescencia que persisten en la madurez. Para el Manual de Diagnóstico Psiquiátrico, 4ª Edición –DSM-IV- (APA, 1995) es un patrón persistente e inflexible de la experiencia interna y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo, provocando malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otros. Se manifiesta a nivel cognitivo, afectivo, de control de impulsos y/o en las relaciones interpersonales, y aparece en una amplia gama de situaciones personales y sociales. Su patrón debe ser estable y duradero y su comienzo se produce en la adolescencia o comienzo de la edad adulta.

En ambas definiciones se subraya su comienzo temprano, la persistencia en el tiempo y la generalización de las conductas anómalas a un amplio abanico de situaciones personales y sociales, con la consiguiente alteración en el funcionamiento social y laboral.

Todos los trastornos tienen, probablemente, una causalidad múltiple y compleja, que proviene de factores biológicos, psicológicos y sociales. La variabilidad biológica, per sé, conduce a diferencias individuales de rasgos, no a trastornos de personalidad; los factores psicológicos, aislados, tampoco conducen necesariamente a trastornos de personalidad y los factores sociales, por sí mismos, representan estresores con los que todo el mundo tiene que vivir. Se precisaría un modelo bio-psico-social que incorporara las interacciones entre los tres factores para explicar el desarrollo del trastorno de personalidad.

La variabilidad biológica sería el factor que determinaría el tipo de trastorno, mientras que los factores psicológicos y sociales afectarían al umbral, a partir del cual, los rasgos se hacen más adaptativos. Este modelo de vulnerabilidad-estrés considera los factores psicológicos y sociales como precipitantes/protectores en lugar de causantes (Paris, 1996).

3.3.- Personalidad y Enfermedad Crónica

La salud puede concebirse como un estado de disponibilidad para la acción eficaz, apoyado en niveles érgicos adecuados y sustentado en una planificación estratégica de proyecto: conducta intencional. Todo esto está posibilitado por el funcionamiento integrado de distintos niveles: biológico, cognitivo, comportamental e interaccional, un orden que posibilita los procesos de afrontamiento, posibilitan la neutralización de la amenaza y las vivencias displacenteras para articular recursos personales y sociales como un sistema bio-psico-social activo que debe aprender a vivir con y ante el medio cuya reducción depende de la historia de aprendizajes del sujeto y la forma de reactualizar los mismos ante la situación de amenaza (Linares, 2003).

Se ha encontrado que existe una vinculación entre el estrés y la reactividad fisiológica, concretamente la cardiovascular y que se ha comenzado a atribuir a las estrategias de afrontamiento del estrés un rol fundamental en el proceso salud-estrés-enfermedad, siendo el tipo de personalidad un predictor del grado de adaptación o desadaptación. Se discute la interacción entre estas variables y el papel de las emociones como factor interviniente en las enfermedades, destacando por último el rol del apoyo social como amortiguador del impacto del estrés (Giles, Richard's, 2001). Las emociones, los sentimientos, el contexto social, así como factores como la inseguridad laboral, el deterioro de la calidad de vida, los conflictos sociales y familiares, definen un clima de tensión en el que los sujetos se desenvuelven cotidianamente (Giles, Richard's, 2001).

La teoría del estrés señala que la acumulación de eventos estresantes puede terminar perturbando el equilibrio físico y psicológico y que las estrategias para afrontarlo (coping) pueden actuar como parachoques de la amenaza aumentando la habilidad del sujeto para reajustarse y reducir la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos (Omar, 1995). Así el coping desempeña un rol fundamental en el proceso salud-estrés-enfermedad ya que se ha demostrado que los recursos de afrontamiento constituyen características estables del sujeto y que de ellos depende la habilidad para enfrentar o manejar los estresores.

Siendo el estudio de los procesos de adaptación humana a las situaciones de estrés un tema multidisciplinario de importancia creciente (Perczek et al., 2000), debido al impacto del estrés sobre la salud y el bienestar, los diferentes estudios muestran la importancia de la reactividad al estrés como factor de vulnerabilidad al padecimiento de múltiples acontecimientos psicopatológicos y trastornos psicosomáticos, la trascendencia de su papel como modulador sobre el impacto de acontecimientos traumáticos en el individuo y la diferente organización de variables de reactividad y la psicopatología dependiendo del tipo de individuos (Rodríguez Abuín, 2001).

Por su carácter operativo una de las clasificaciones de más interés acerca de los factores de estrés es la que categoriza a éstos en función del lugar de entrada psicopatogénico y su grado de participación en la respuesta de estrés. De entre ellos (González de Ribera, 1991) destacan los factores moduladores como son las variables de apoyo social, determinados estados afectivos y variables de personalidad, tal como el "locus control", que se asocian a la importancia de la reactividad al estrés como factor interno predisponente al padecimiento de diversas patologías médica y psicológica, más allá de la presencia o ausencia de estresores externos que sobrecarguen las capacidades

asimilativas y de integración de las personas (Rodríguez Abuín, 2001). La reactividad al estrés constituye un factor inespecífico de vulnerabilidad a la patología psiquiátrica y somática.

Se considera que el afrontamiento no es un rasgo o una disposición, sino un proceso, donde es esencial la evaluación cognitiva que el sujeto hace. Parece que las características de personalidad influyen en los tipos de estrategias de afrontamiento que se usan, siendo que los sujetos altos en locus control externo emplean preferentemente estrategias centradas en la emoción, mientras los altos en locus control interno emplean más las estrategias centradas en el problema; además, determinadas características de personalidad parece que protegen contra el estrés, como ocurre con el pesimismo y la fortaleza (Kobasa, Maddi, Kahn, 1982; Scheier, Weintraub, Carver, 1986).

Diversos estudios han analizado las relaciones entre la conducta tipo A, la hostilidad y la reactividad fisiológica en respuesta a estresores, mostrando una mayor reactividad ante situaciones estresantes en aquellas personas con patrón de conducta tipo A y elevada hostilidad, lo que daría cuenta de una determinación de estos factores de riesgo psicológicos, sobre los fisiológicos (Abel, Larkin, Edens, 1995; Powch, Houston, 1996; Steptoc et al., 1996; Fichera, Andreassi, 1998; Breznitz et al., 1998).

Tanto la edad como las características individuales, desempeñan una función indudable en la determinación de cómo se percibe la enfermedad, siendo definitivo en la evolución de ésta el modo en que el sujeto se enfrenta a ella, la personalidad del paciente y sus mecanismos de defensa (Rowland, 1989).

Los condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles incluyen tanto los déficits psicológicos como los valores y creencias culturales interiorizadas, que prohíben ciertas formas de conducta, acciones y sentimientos. Se han asociado factores de personalidad con la percepción y quejas sobre el dolor, siendo los individuos con menor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración los que más frecuentemente expresan su malestar.

Cuanto mayor sea la percepción de amenaza, mayor dificultad habrá en el empleo de los recursos de afrontamiento, con resultados menos eficaces y una posible aparición de conductas primitivas y regresivas (Lazarus, Folkman, 1986). Además la amenaza también estimula la defensa, lo cual puede producir una evaluación incorrecta de información debido a la hipervigilancia que dicha actitud implica, llevando todo esto a una disminución del funcionamiento cognitivo, al establecimiento de conductas prematuras y posiblemente a la aparición de pensamientos de carácter obsesivo.

La posibilidad de que una determinada estructura de personalidad sea un factor de riesgo o de vulnerabilidad es una posibilidad a considerar e investigar (Nogueira-Antuñano, Nogueira-Bonanata, Plá-Gáspari, 2003). Si consideramos el riesgo como “algo que antecede” vinculado a la personalidad como una manera de accionar el sujeto en el mundo, esta vinculación (este vínculo) adquiere relevancia, ya que determinado tipo de personalidad, estructurado tempranamente y consolidado en el tiempo, sería un elemento fuertemente sospechable como condicionante, predisponente o desencadenante de una cadena de eventos (estrés, hipertensión, conductas adictivas) concurrentes, junto a otros, para la constitución patológica (Fernández-Concepción et al., 2002).

Habría que conocer la distribución de tipos de personalidad a todas las edades para excluir el efecto del desarrollo y el envejecimiento, al igual que el de las patologías. En este sentido, y si se considera a cierta personalidad como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías médicas, parece más interesante comparar entre sí diferentes patologías que comprometan diferentes aparatos o sistemas y de haber diferencias, se podrían establecer criterios no sólo de sensibilidad, sino de especificidad (Kase et al., 1989).

Pensar si la personalidad puede considerarse un factor de riesgo per sé, es un tema de significativa importancia e interés, y todo un desafío, dado que en sí misma, como concepto, es una entidad que se caracteriza por la dinámica interactiva entre lo interno y lo externo, y el ambiente es el encuadre que enmarca su proceso (Rincón, 1995).

De hecho, a iguales conductas, podemos encontrar diferentes significados subjetivos y viceversa. Por lo tanto, la enfermedad puede adquirir distintos sentidos según sea el sujeto y la forma como se convierte en paciente. La causa de la enfermedad no es lo mismo que el significado singular que la misma porta para el individuo que la padece. No es sólo la naturaleza del suceso lo que define a una crisis, sino las expectativas puestas de manifiesto en la calidad de vida de cada individuo (Nogueira-Antuñano, Nogueira-Bonanata, Plá-Gáspari, 2003).

El vínculo de estrés entre la personalidad tipo A y las situaciones de estrés, tanto agudas como crónicas, ya sea como causa o como consecuencia, es un campo de investigación con repercusiones clínicas, al poder considerar la personalidad tipo A como un factor de riesgo, la evaluación de la personalidad debe formar parte de la aproximación clínica a los sujetos de edad y/o circunstancias de riesgo en general (Morris et al., 1993). Que aspectos de la personalidad tipo A y otros factores de riesgo asociados adquieran más peso o configuren un umbral, son interesantes preguntas que requieren nuevas investigaciones y necesariamente casuísticas muy extensas, probablemente en el dominio de los estudios multicéntricos.

3.3.1.- Variables Psico-Sociales y Personales Moduladoras en las Enfermedades

Circunscribir o enmarcar dentro de un enfoque diferencial la consideración de que las variables psicológicas y sociales pueden influir en el inicio, curso y recurrencia de las enfermedades físicas, frente a un enfoque generalista en el que no tienen cabida las diferencias individuales de personalidad en el padecimiento de una enfermedad sigue siendo tema de constante interés científico y controversia (Schwartzman et al., 1999).

Revisiones hechas al efecto (Grossarth-Maticek, Eysenck, 1990-1991-1995) consideran el efecto de variables como la hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y sida. Presentando una integración de todas estas variables e identificando otras que ejercen cierto efecto moderador sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de la personalidad y la salud.

Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones descriptivas entre

ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores (Levenson, Bemis, 1995) el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. Concretamente analizan los resultados de distintos estudios que investigan dos hipótesis: la primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer, la otra estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como eventos estresantes.

Las dimensiones de personalidad, estilos de afrontamiento o variables situacionales han sido relacionados con el cáncer como factores psicológicos predisponentes a la neoplasia (Cardenal Hernández, Oñoro Carrascal, 2000). Otras enfermedades que han recibido suficiente respaldo empírico como para seguir ampliando en este sentido la investigación son: la hipertensión y los trastornos cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades dermatológicas, el asma y los trastornos gastrointestinales (Cruzado, Labrador Encinas, 1990).

Está ampliamente comprobado el papel disrregulador que variables psicológicas como el estrés, la depresión y la ansiedad tienen sobre el sistema inmune. Diversos estudios han mostrado la importancia que representan los factores de carácter psicológico como el estrés en la exacerbación de enfermedades autoinmunes (Da Costa et al., 1999; Peralta et al., 2001).

Trabajos realizados con sujetos humanos sanos que experimentan acontecimientos estresantes de distinta intensidad y duración, muestran diversas alteraciones de la competencia inmune (Borrás, 1995). Para quienes la alteración del sistema inmune es provocada por la exposición del organismo a eventos estresantes que predisponen al padecimiento de enfermedades o desórdenes inmunes, cabe destacar un estudio de la exploración de este fenómeno, afirmando que la supresión inmunológica provocada por el estrés va a inducir al sistema inmune a atacar al propio organismo favoreciendo la aparición de enfermedades auto-inmunes (Melzack, 1999).

Cuando se aborda el papel del estrés en estas enfermedades no se puede dejar de considerar la importancia de determinadas variables moduladoras de éste como son el estilo de afrontamiento, la autoeficacia y el apoyo social. Por lo tanto se hace clave su evaluación con el objetivo de comprobar como se puede modificar la percepción de dicho estrés en función de éstas.

Dada la importancia de las variables descritas, destaca un estudio que desde un abordaje multidisciplinar aborda las principales variables moduladoras y su relación con el estrés cotidiano medido de forma longitudinal y durante 6 meses consecutivos, en un grupo de 83 pacientes lúpicos (lupus eritematoso sistémico, lupus discoide crónico y enfermedad crónica del tejido conectivo) cuyo objetivo ha sido comprobar como el estilo de afrontamiento, la autoeficacia y el apoyo social modulan o moldean las variables psicológicas anteriormente expuestas, así como el empeoramiento de la enfermedad en estos pacientes. Los resultados encontrados mostraban la importancia de estas variables en la percepción del estrés en estos pacientes con enfermedades

autoinmunes (Peralta Ramírez, 2002; Peralta-Ramírez, Pérez-García, Jiménez-Alonso, 2003).

Al respecto, los resultados de un estudio de revisión sobre la artritis reumatoide (Redondo Delgado, Pérez Nieto, 2001) afirman que el estrés se encuentra estrechamente relacionado con la artritis reumatoide influyendo en muchos casos en su curso, favoreciendo una mayor actividad de la enfermedad así como aumentos en el dolor. Se relaciona así mismo a la artritis con diferentes factores psicológicos como las emociones negativas (depresión, ira, ansiedad) o con los estilos de afrontamiento. Esto sugiere la necesidad de abrir el camino de la intervención y desarrollo de programas en pacientes que sufren enfermedades reumáticas.

Las variables psicosociales sobre las que se centran las hipótesis de su influencia en los trastornos referidos son principalmente: el estrés psicosocial; las emociones: ira, depresión; dimensiones de personalidad: alexitimia, agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés (hardiness), etc.; el apoyo social y afectivo y estilo de afrontamiento represivo y evitativo. Recalcar que este grupo de variables desde una perspectiva multicausal en la consideración de la enfermedad cancerosa, sólo se consideran como elementos que pueden tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología oncológica, pero de ninguna manera orientado en el sentido de proponer que un tipo de personalidad podría ser la responsable (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente.

Trabajos que pretenden analizar la repercusión de variables psicosociales en el inicio, mantenimiento y progresión de la neoplasia lo hacen en torno a (Contrada, Leventhal, O'Leary, 1990): el estilo de evitación emocional, que agruparía depresión y evitación emocional. Destaca la concepción que define estilo como una categoría para la clasificación de la personalidad (Sánchez-López, 1997) amplia, global que se adecuaría a las características que presentan las variables psicológicas que se asocian con el cáncer y señalan un modo de comportarse, una forma de afrontar los acontecimientos y en definitiva un estilo de personalidad que puede denominarse de evitación emocional.

Aportaciones relevantes analizando distintos aspectos y contenidos de este estilo de evitación emocional, como represión, alexitimia, inhibición, etc. (Singer, 1995) las dan el abordaje de la represión como un estilo de personalidad asociado a procesos de conflicto, vergüenza, culpabilidad o evitación. Muchas de estas contribuciones exploran las implicaciones de un estilo de personalidad represora sobre el organismo y la salud estudiando su relación con el estrés y sus efectos en el sistema inmune y enfermedades como el cáncer.

La mejor evidencia de que ciertos rasgos de personalidad, antes de que la persona presente ninguna enfermedad, son responsables en parte o contribuyendo de manera importante en el inicio de la misma, son los estudios prospectivos entre los que destacan por su relevancia (Grossarth-Maticek, Eysenck, 1995) aquel que examina la relación entre la auto-regulación (self-regulation) evaluada mediante test de personalidad y la salud en 5.716 sujetos entrevistados y seguidos durante 15 años para demostrar la alta predictibilidad de la mortalidad en trastornos del cáncer, enfermedades coronarias y otras posibles causas de muerte.

Para estudiar el papel que desempeñan los factores de riesgo (Grossarth-Maticeck, Eysenck, 1990-1991) se evaluó en 3.240 sujetos el conocimiento que se tenía sobre estos factores de riesgo y se administró el Personality Stress Inventory y el Grossarth-Maticeck Typology, estableciéndose de los 6 tipos, 2 que aparecían frecuentemente asociados al padecimiento del cáncer, por un lado, el tipo 1 caracterizado por presentar un elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas.

El tipo 5, como racional-antiemocional que presenta tendencia a suprimir o negar las manifestaciones afectivas encontrando dificultad para expresar las emociones y denotar predisposición a la depresión y al cáncer, así como a la artritis reumatoide. No expresan sentimientos negativos: hostilidad, ira, etc.

En el caso del estudio donde se analiza la correlación que existe entre cierta personalidad premórbida y la tendencia que acompaña a la misma a padecer el cáncer de colón (Kavan, Engdahl, Kay, 1995) se observó que los enfermos de cáncer de colón obtenían puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control en la variable de agresividad y hostilidad.

Otras investigaciones (Páez et al., 1995) sobre el cáncer estudian variables como la alexitimia, el afrontamiento emocional y la salud y revisan el efecto positivo que ejerce el afrontamiento emocional activo sobre la salud tanto mental como física, confirmando la asociación que existe entre la alexitimia y los estilos de afrontamiento inhibitorios o evitativos de emociones, permitiendo éstos predecir distrés afectivo y problemas de salud.

Se plantea la hipótesis de que estas características psicológicas y de personalidad actúan directamente sobre la función del sistema inmune o indirectamente sobre otros comportamientos que afectan a la supervivencia del paciente, como la aceptación estoica de los problemas, la resignación y la actitud de no lucha ante la enfermedad del cáncer, variables que han sido consideradas como elementos integrantes de la evitación emocional (Contrada, Leventhal, O'Leary, 1990) y prevalentes en la recurrencia del cáncer y en una peor evolución.

La depresión y la asociación de factores como la indefensión, desesperanza y pérdida de apoyo social, variables relacionadas con el cáncer (Contrada, Leventhal, O'Leary, 1990) han sido objeto de estudio (Grassi et al., 1997) investigándose los trastornos depresivos y los factores psicosociales relacionados en 113 pacientes después de haber sido diagnosticados de cáncer, concluyéndose que el historial del pasado psiquiátrico y un apoyo social podrían ser buenos predictores de la depresión.

El apoyo emocional negativo/aversivo puede ser una fuente adicional de estrés, asociado a malestar emocional de la enfermedad oncológica. A este efecto destacan los resultados del meta-análisis llevado a cabo sobre los problemas psicológicos y psiquiátricos de enfermos de cáncer (Van't-Spijker, Trijsburg, Duivenvoorden, 1997), revelando que la prevalencia, severidad y curso de los problemas (depresión, ansiedad y distrés general) presentaban índices más altos en pacientes oncológicos que en pacientes psiquiátricos.

Como se puede observar a lo largo de las últimas décadas los investigadores han centrado sus estudios en relacionar distintos aspectos psicológicos (semiología depresiva, personalidad, pérdidas,...) y la enfermedad oncológica. De este modo en el estudio de la etiología del cáncer se ha relacionado la aparición de éste con la pérdida brusca y reciente de una relación dependiente y gratificante, también con los sentimientos de desamparo y desesperanza y con la sintomatología depresiva (Fernández-Argüelles, Duque, Iglesias, 1985).

En las investigaciones un papel destacado lo ha tenido el estudio de la personalidad, la cual ha sido analizada desde distintas perspectivas y estudiando en ella diversas variables. Así los autores han señalado la existencia de una personalidad de tipo C en el enfermo oncológico, caracterizada por: inhibición en la expresión de los afectos y de los sentimientos agresivos, por la negación de las emociones y la propensión a estados de sumisión y adaptación al entorno de manera altruista (Montes Santana, Bayle Montero, 2002).

La agresividad como factor psicogénico del cáncer también ha sido estudiada, así su represión no sólo se ha relacionado con el aumento de la incidencia de éste sino también con el aumento en la aparición de las metástasis, con el empeoramiento del pronóstico y con la disminución de la supervivencia (García, Ledesma, Llorca, 1990).

En otros estudios de la evolución y el pronóstico del cáncer los trabajos plantean que lo que más influiría sería la reacción psicológica ante esta situación más que la propia personalidad del paciente (Giner, Fernández-Argüelles, Iglesias, 1983).

En la investigación de otro grupo de enfermedades cabe destacar los estudios de los factores de riesgo relacionados con la aparición de trastornos cardiovasculares. Partiendo de la base que la acumulación de eventos estresantes puede perturbar el equilibrio psico-físico y que existen diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresoras o difíciles, de tal forma que algunas personas son capaces de adaptarse fácilmente a las mismas y otras en cambio tienen enormes dificultades para adecuar su comportamiento y experiencias emocionales (Giles, Richard's, 2001). Se desarrollan investigaciones sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (Fukunishi, Moroji, Okabe, 1995) tratando de determinar la influencia del patrón de conducta A y de la personalidad narcisista sobre el estrés y sus factores asociados, encontrando que tanto hombres como mujeres infartados con altos puntajes en este patrón de conducta afrontaban mejor el estrés.

En relación a la personalidad y las variables psicológicas, diversos estudios se han ocupado de tratar de determinar el papel de las variables psicológicas independientemente de los otros factores de riesgo cardiovascular, entre ellos destaca un estudio documentando la asociación entre variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de infartados (Labbrozzi et al., 1996) encontrando en relación al estado previo al infarto agudo de miocardio (3 meses precedentes) que el 40% de los pacientes reportaron un estado de ánimo depresivo y una disminución del sentimiento de bienestar y más de la mitad se percibieron a sí mismos de estresados. Con respecto a las variables de personalidad, alrededor de un tercio de la muestra exhibió rasgos de conducta tipo A y la mitad de neuroticismo.

Otro estudio de evaluación de la personalidad en pacientes con infarto de miocardio (Álvarez Rayón, Vázquez Arévalo, Mancilla Díaz, 1998) mostró que las características principales eran: alto perfeccionismo, inflexibilidad, susceptibilidad en las relaciones sociales y baja autoestima.

Una de las variables psicológicas que ha sido estudiada en la relación con lo anterior es la hostilidad (Smith, Cranford, Mann, 2000) abordando las posibles implicaciones de este factor en el desarrollo temprano de los trastornos isquémicos tanto en hombres como en mujeres, hallándose que la hostilidad y el género afectan la reactividad cardiovascular.

Otros autores (Siegman et al., 2000) han encontrado que los índices de hostilidad y dominancia son factores de riesgo independientes de la enfermedad coronaria, siendo el riesgo en las mujeres las manifestaciones indirectas de antagonismo y en los hombres la expresión abierta de enojo.

Otro estudio próximo, propone explorar el tipo de relación existente entre el accidente cardiovascular y las estructuras de personalidad e incluir su posible relación con ciertas características de la lesión cerebral (topografía, distinción entre hemorragia e isquemia) así como la confirmación de un determinado tipo de personalidad como factor de riesgo para la patología vascular (Nogueira-Antuñano, Nogueira-Bonanata, Plá-Gáspari, 2003) obteniéndose preponderancia de la personalidad tipo A (sobreadaptada, lógica, de ánimo variable, suspicaz-desconfiada, y en menor proporción atemorizada-huidiza) que se mantiene estadísticamente significativa tanto para las isquemias como para las hemorragias. Este común comportamiento apunta cautelosamente que ambas patologías comparten buena parte de los factores de riesgo que afectan al sistema vascular y orienta para la personalidad tipo A como un riesgo para las lesiones vasculares en general, haciéndose posible su tratamiento en conjunto. La presencia de depresión, como otra variable psicológica, ha sido considerada como un hallazgo coherente con el impacto de la enfermedad (en especial cuando el déficit se estabiliza y las expectativas de mejoría decrecen).

Entre otros factores de riesgo relacionados con la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares suele considerarse la propensión psicológica (Marusic, 2000), al parecer los mecanismos biológicos podrán ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria. Cinco han sido las condiciones psicológicas que asocian a los trastornos isquémicos cardiovasculares: depresión, ansiedad, factores de personalidad y rasgos de carácter, aislamiento social y estrés crónico (Rozanski, Blumenthal, Kaplan, 1999).

Los factores psicológicos en los trastornos isquémicos cardiovasculares presentan una influencia tanto en el surgimiento de la patología como en su curso (Sánchez, Urquijo, 2003), siendo por muchos años la investigación cardiovascular enfocada exclusivamente sobre la personalidad tipo A y siendo los avances en los tratamientos minúsculos (Lesperance, Frasure-Smith, 1996). En los últimos años un nuevo tipo de personalidad ha sido propuesta como relacionada con el riesgo de contraer trastornos isquémicos cardiovasculares, postulándose que la personalidad tipo D: de distrés (rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y la inhibición social) mantiene una alta relación con la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, resultando ser un predictor de mortalidad a largo plazo en pacientes con

trastornos isquémicos cardiovasculares independientemente de los factores de riesgo biomédico (Denollet, 2000; Denollet et al., 2000).

En esta línea y para tener un punto de comparación con la literatura científica, surge un estudio con el propósito de realizar una evaluación objetiva de la personalidad en 149 pacientes con patologías isquémicas, con objeto de determinar los estilos y trastornos de personalidad de esta población se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millo II (Sánchez, Urquijo, 2003), concluyendo que la patología cardiovascular mantendrá una relación estrecha con la existencia de trastornos de personalidad, en principio de gravedad moderada o alta, contribuyendo a alimentar la controversia sobre la asociación de tipos específicos, patrones comunes o estilos particulares (personalidad de tipo A o tipo D) y la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares.

Estando el patrón de conducta tipo A inmerso en una polémica que involucra, tanto al concepto propiamente, como a los instrumentos con los que ha venido siendo medido y debido a que los trabajos actuales están poniendo de relieve que el complejo ira-hostilidad, particularmente la dimensión expresiva del mismo, se encuentra en la base de la propensión a los trastornos cardiovasculares. Un estudio piloto (Breva et al., 1996) trata de localizar las posibles correlaciones entre las cuatro subescalas de Tenkins Activity Survey (TAS) utilizado en la medición del patrón de conducta tipo A y dos de los instrumentos más utilizados para medir el complejo ira-hostilidad: Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) y el Cook-Medley Hostility Inventory (CMHI). Los resultados obtenidos parecen indicar que las subescalas del TAS que miden una dimensión global del patrón tipo A y un factor denominado urgencia e impaciencia, correlacionan positivamente con las medidas de hostilidad, especialmente con la expresión de hostilidad, como criterio para detectar los sujetos propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares.

En el perfil de riesgo de los trastornos cardiovasculares, además de los factores clásicos de riesgo, hemos de tener en cuenta el papel que juegan los factores emocionales. En este sentido se intenta averiguar si existen diferencias en las distintas subescalas de hostilidad entre hombres y mujeres con cardiopatía isquémica y aquellos que no sufren este trastorno y si existen éstas, esclarecer si están relacionadas con algún parámetro fisiológico vinculado a los trastornos cardiovasculares concretamente con el nivel de colesterol (Esparter et al., 1996). Para llevar a cabo este objetivo se estudiaron 37 cardiópatas y 23 sujetos control en los cuales se midieron la experiencia de hostilidad y expresión de hostilidad a través del Buss-Durkee Hostility Inventory mostrando que los sujetos cardiópatas en comparación con los sujetos que no sufren trastornos cardiovasculares, tienden a obtener valores mayores en el nivel de colesterol y en hostilidad.

El complejo ira-hostilidad se está convirtiendo en el aspecto más importante para entender como los procesos emocionales pueden influir sobre los trastornos cardiovasculares. Tratando de dilucidar cual de los componentes del constructo “ira-hostilidad” es el más apropiado en las tareas de detección del riesgo y sospechando que la dimensión expresiva de la hostilidad correlaciona positivamente con la aparición de trastornos cardiovasculares, se intenta averiguar las posibles diferencias psicofisiológicas entre los sujetos que puntúan alto en la dimensión expresiva de hostilidad y aquellos que lo hacen en la dimensión interna o experiencial (Breva et al., 1996) utilizando el Buss-Durkee Hostility Inventory. Se comprueba en los resultados

obtenidos la dirección señalada: a partir de los datos psicofisiológicos (activación, reactividad y recuperación) parece haber más riesgo para los trastornos cardiovasculares en la dimensión expresiva de la hostilidad.

De esta manera se pretende recalcar la existencia de diferentes patrones teniendo distintas recuperaciones en la adaptación y la salud del individuo. Apuntando a la necesidad de tener en cuenta la variable tiempo a la hora de evaluar el modo en el que estos patrones afectan al organismo y en especial la forma en la que los sujetos con predisposición coronaria se habitúan a las situaciones estresantes y se recuperan tras enfrentarse a ellas, se han estudiado las respuestas de un grupo de sujetos con alta predisposición coronaria y otro con baja predisposición a dos tareas estresantes: estrés ficticio y estrés real (Espinosa, Palmero, 1996). Los resultados vislumbran la existencia de un patrón psicofisiológico de respuesta al estrés (conformado por una rápida activación cardiovascular seguida de una lenta recuperación de los niveles iniciales, donde la variable tiempo se encuentra directamente implicada) que podría estar implicado en una mayor predisposición coronaria.

Cada vez más son los estudios que ponen de manifiesto que determinadas variables de personalidad influyen positiva o negativamente en trastornos o problemas de salud. Pese a que la mayoría de los estudios se centran en los factores de riesgo desde una perspectiva claramente asociada a la enfermedad, otros sin embargo consideran interesante trabajar sobre aspectos positivos que permitan al individuo mantenerse en un estado saludable (Peñacoba et al., 1996). En este sentido, el constructo de personalidad resistente (*hardiness*) ha sido asociado a lo largo de la literatura a las consecuencias saludables en los procesos de estrés (Moreno et al., 1996). Igual que ocurre con otros constructos multidimensionales, uno de los aspectos más discutidos en la relación “*hardiness*-salud”, es el determinar qué elemento resulta central en los efectos de “*hardiness*” sobre la salud. Son tres los elementos centrales en la conceptualización de la personalidad resistente: “compromiso”, implicación del sujeto en todo aquello que realiza; “control”, creencia en la influencia que uno tiene sobre los acontecimientos que le rodean y “reto”, posibilidad de desarrollo y desafío que ofrecen dichos acontecimientos (Peñacoba et al., 1996).

En esta línea, algunos de los componentes de “*hardiness*” como es el caso del compromiso, comparten ciertas características con otros elementos asociados a patrones de riesgo a los trastornos como por ejemplo la implicación del patrón A de conducta. Considerando la relevancia de este tipo de trabajos en el ámbito de la salud, se realiza una investigación en dos muestras españolas diferentes (estudiantes universitarios y personal de seguridad) con el objetivo de determinar las dimensiones subyacentes a este tipo de personalidad y su correspondencia teórica. Los resultados obtenidos muestran diferentes dimensiones, no sólo neuroticismo, en función de la muestra objeto de estudio, sino discrepancias entre el modelo obtenido en la muestra y el marco teórico previo. El constructo ha sido tradicionalmente evaluado como negativo pudiendo ser positivo (Peñacoba et al., 1996).

Se ha postulado que la competencia percibida, en tanto que es un constructo general sobre la percepción de control, puede ejercer una función moduladora y mediadora en la relación entre expectativas más específicas, como la autoeficacia y la expectativa de resultados y los procesos afectivos (Sanz, Villamarin, Álvarez, 1996). A este efecto, fue efectuada una investigación en la que 96 sujetos fueron sometidos a una

prueba de razonamiento aritmético, midiendo la competencia percibida, antes de la manipulación experimental y el estado afectivo antes y después de la prueba. Los resultados sugieren que la competencia percibida tiene un efecto directo sobre los valores tónicos (estado) de la dimensión afectiva tristeza-cólera, mientras que ejerce de modulador del efecto de la autoeficacia y el valor del incentivo sobre el cambio fásico en tristeza-cólera. Por otro lado, la competencia percibida no parece tener relevancia sobre el cambio fásico de la dimensión tensión-ansiedad, aunque puede estar involucrada en la relación existente entre cambios fásicos de la ansiedad y la percepción de síntomas fisiológicos, pudiendo ejercer un papel clave en la percepción de amenaza ante el fracaso en la ejecución de la conducta, proceso complejo, en el que interactúa con la autoeficacia y en el que intervienen variables motivacionales y cambios fisiológicos.

A la vista de lo expuesto, cabe destacar en esta línea un trabajo en sujetos con Insuficiencia Renal Crónica, en el que se estudiaron los cambios producidos en diversas respuestas emocionales, desde la fase predialítica a la dialítica en un grupo formado por 24 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (Sempere Canals, Martínez Sánchez, 1996) evaluados antes de iniciar el programa de hemodiálisis y seis meses después de iniciado éste. Los resultados mostraron un patrón de respuestas emocionales fásicas, caracterizado por el predominio significativo de las respuestas durante la fase predialítica, mientras que tras seis meses de tratamiento hemodialítico los niveles de ansiedad decrecen, se incrementaron significativamente los niveles de depresión. Se pone de manifiesto la relevancia de tratamiento médico y psicológico de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

La enfermedad renal y el tratamiento dialítico determinan en el paciente una conflictividad emocional compleja y de difícil resolución (Neira, Villareal, 2001). El mayor problema de los pacientes en las unidades de diálisis, es con la enfermedad misma (crónica, debilitante y limitante). Con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración psicológica y conductual, la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia (Torres Barrenechea, 1995). Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquellos que están iniciando el tratamiento de diálisis, presentarán de forma predecible una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o condescendientes, no siendo raros los trastornos psiquiátricos mayores (depresiones graves, suicidio, cuadros de pánico, alteraciones sexuales, etc.).

Las repercusiones y la adaptación a un programa de diálisis, y especialmente en hemodiálisis, van a depender de diversos factores: de lo esperada que sea la diálisis, del estado general de salud, del curso y duración del proceso (incapacitación, las desfiguraciones, el dolor, la gravedad), unido al conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento (Mass Hesse, Marín, 1998).

Como el modo de reaccionar del hombre ante la enfermedad es, en gran parte, una consecuencia de las interacciones sociales, con la aparición de este fenómeno, adquieren singular importancia las variables de personalidad, junto con las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos sociales a los que el enfermo pueda acceder. En el ajuste a la enfermedad y al tratamiento es fundamental el control personal y unas buenas relaciones interpersonales (Symister, Friend, 1996).

Otro factor importante que contribuye al ajuste personal de los pacientes crónicos renales es el locus control (Christensen et al., 1994), la clarificación del papel de esta variable en pacientes crónicos viene dada por la necesidad de poseer un balance adecuado entre locus de control externo (el equipo médico puede mejorar mi salud), y locus de control interno (yo puedo hacer cosas para mejorar mi salud), siendo necesaria, además una cierta congruencia entre las creencias de control y las limitaciones que la situación impone (Mas Hess, Marín, 1998). Aunque la hemodiálisis salva de una muerte segura, ofrece una calidad de vida seriamente mermada con unas claras repercusiones psicosociales que no deben olvidarse en el tratamiento de estos pacientes.

Todos los pacientes candidatos a diálisis deberían recibir una evaluación psicosocial antes de ingresar al programa y una vez en el tratamiento, deberían evaluarse periódicamente en su adaptación a la vida diaria, en su papel de enfermo y en su preparación para una enfermedad crónica (Torres Barrenechea, 1995). La evaluación de la psicopatología de todos los enfermos orgánicos se vuelve difícil debido a la coincidencia de muchos de sus síntomas con aquellos propios de los trastornos mentales (Caporale, 2000) y cuando efectivamente se diagnostica un trastorno psíquico, éste repercute directamente sobre la evolución de la enfermedad.

En esta línea de intervención en relación a la problemática dialítica surge un estudio realizado en un servicio de diálisis peritoneal en el que se hizo una evaluación sistemática a través de entrevistas clínicas semiestructuradas. De un total de 60 pacientes, 53% mostraron una adecuada adaptación al tratamiento, 20% presentaron síndromes depresivos, 13,3% trastornos adaptativos con síntomas ansiosos y depresivos (2 de ellos al comienzo del tratamiento) y 8% presentaron incumplimiento del tratamiento. De esto resulta que la prevalencia de morbilidad psíquica fue del 46,7%, si consideramos que el incumplimiento del tratamiento implicó una inadecuada adaptación a la enfermedad, y por ende una alteración psicológica (Caporale, 2000).

La adaptación emocional del paciente renal a la diálisis se realiza de manera gradual, con el objetivo de lograr cierto equilibrio una vez que se hayan elaborado las limitaciones y perturbaciones propias de la enfermedad y el tratamiento. En este proceso de asimilación y acomodación queda comprometida la personalidad del enfermo quien debe reformular todos sus roles en base a las perturbaciones físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad, que generan un cambio en su estilo de vida y en el de su familia. En este proceso adaptativo, cada paciente utiliza determinados mecanismos psicológicos que le permiten de un modo particular tratar su tendencia a la regresión, a la dependencia, a la pasividad, sus conductas agresivas, su depresión, los conflictos en los vínculos que establece, etc. Hay una tendencia al estrechamiento de sus intereses, y a replegarse sobre sí mismo, con dificultades para esbozar un proyecto de vida que incluya los aspectos más saludables de su personalidad. Por todo esto, resulta de fundamental importancia para el enfermo, recibir un adecuado apoyo de su grupo familiar y del staff asistencial de la unidad renal. El psicólogo, como integrante de este grupo interdisciplinario, puede implementar varios recursos psicoterapéuticos para dar respuesta a las necesidades del paciente y la familia (Bleger, 1980).

Uno de ellos es el abordaje grupal con la técnica denominada “Grupo de Reflexión”, que por su objetivo y metodología es un grupo de discusión y aprendizaje. Posibilita a los pacientes renales crónicos salir del bloqueo emocional generado por la enfermedad y el tratamiento, y pasar al nivel de reflexión de su problemática

favoreciendo la comprensión y aceptación de su situación, con una mejor interacción interna y con el entorno. Se describe una experiencia psicoterapéutica con pacientes dializados y sus familiares (Neira, Villareal, 2001) en la que se utilizó la técnica de Grupo de Reflexión en dos instituciones privadas con una frecuencia mensual y una duración de 90 minutos con un total de 20 reuniones, con una asistencia del 57% de los pacientes y con una concurrencia con uno o varios familiares en un 53% de los pacientes asistentes. Concluyéndose que esta técnica se presenta como un espacio grupal constituyendo un foro de contención, discusión, reflexión, encuentro, ayuda mutua y aprendizaje favoreciendo mecanismos de maduración y crecimiento en estos pacientes, y de autorregulación en la red que los incluye.

La necesidad de realizar un adecuado diagnóstico de este tipo de forma precoz redundará en una mejoría tanto psíquica como física del paciente. Por otra parte, al tratarse de pacientes crónicos, quienes por definición nunca volverán a recuperar su anterior estado de salud, la mejora en su calidad de vida debe transformarse en un objetivo primordial (Caporale, 2000). En este sentido, las intervenciones terapéuticas incluyen psicoterapia grupal o individual, idealmente breve y orientada al problema, grupos de autoayuda y tratamientos farmacológicos.

La mayor sobrevivencia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, merced a diversas alternativas de tratamiento, se acompaña de una seria problemática de carácter psicológico, encabezada por la depresión, ello exige del profesional de salud mental respuestas concretas. Tras una revisión actualizada y en respuesta a estos planteamientos se presenta un estudio en un grupo de 12 enfermos renales sujetos a hemodiálisis y en programa de trasplante renal, con diagnósticos predominantes de trastornos depresivos y de personalidad, en quienes se implementó un proceso psicoterapéutico a un año, efectuándose un total de 42 sesiones. Los resultados muestran mejoría clínica, evidenciada por una mayor adherencia terapéutica, disminución de conflictos interpersonales y familiares, así como un incremento en la red social de apoyo, siendo la propuesta final la incorporación temprana de la psicoterapia de grupo breve al tratamiento integral del enfermo renal crónico, así como la prosecución de la investigación en esta línea (Almanza et al., 1995).

La tendencia a explorar las relaciones entre dimensiones básicas de personalidad y procesos mórbidos ha llevado a la más variada utilización de instrumentos de evaluación de la personalidad. Así un estudio realizado en 187 sujetos drogodependientes evaluados a través del Big Five Questionnaire (B.F.Q.) constató la especial implicación de las dimensiones de Estabilidad Emocional (Neuroticismo) y Energía (Eje Intraversión/Extraversión) en la mayor parte de los desórdenes, pudiendo ser los trastornos de personalidad caracterizados a partir de peculiares configuraciones de rasgos, de especial relevancia para los sistemas clasificatorios y para las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (Pedrero Pérez, 2004).

Este mismo autor en otro estudio estima la posible existencia de grupos que presentan perfiles similares y mide las diferencias intergrupos en sus manifestaciones psicopatológicas, analizando en un total de 158 sujetos la estructura de la personalidad de los usuarios de un Centro de Atención a Drogodependencias que demandan tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, heroína y cocaína, a través de la administración del B.F.Q. Los resultados constatan las diferencias entre la muestra estudiada y la población normativa de referencia en las dimensiones de Estabilidad

Emocional, Tesón y Apertura Mental descartando la significación de las diferencias en función de la droga que motiva la demanda. Paralelamente se discute las limitaciones teóricas del modelo Big Five y la necesidad de contemplar a la personalidad desde su vertiente biológica, cognitiva y comportamental de modo integrado, al amparo de los hallazgos de la neurociencia cognitiva y su implicación en los de correcta asignación de recursos terapéuticos (Pedrero Pérez, 2002).

Estudiando un numeroso grupo de voluntarios examinados a través de Internet, un total de 132.515 participantes entre los 21 y 60 años y siguiendo el modelo “Big Five”, se encontraron que ocurren ciertos cambios de personalidad en la mediana edad. Este estudio contradice una opinión citada a menudo, que los rasgos de personalidad están programados genéticamente para no cambiar a partir del inicio de la edad adulta. Hay una considerable evidencia en considerar que los rasgos de personalidad cambian gradualmente y a veces incluso más después de los 30 años que antes (Sanjay Srivastava et al., 2003).

Finalmente y atendiendo a los factores de riesgo sociales, se destaca el rol del apoyo social que en algunos estudios desarrollan apoyando la hipótesis de que este factor será un moderador del impacto del estrés sobre la reactividad cardiovascular, mientras que otros no han encontrado evidencias de que aquellas personas que poseen apoyo social presenten menor reactividad cardiovascular en respuesta a estresores (Giles, Richard's, 2001).

En el paciente anciano y tomando en consideración el carácter multidimensional del proceso de salud/enfermedad, los trastornos psicopatológicos constituyen en sí mismos entidades de relevancia primordial no sólo por su alta prevalencia, sino porque a su vez constituyen variables determinantes en el desarrollo y evolución de otros procesos morbosos y en el incremento de la mortalidad (Díaz Palarea, Martínez Pascual, Calvo Francés, 2002). Hay que señalar por tanto que en el caso de la salud mental, la situación se complica por la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de los trastornos mentales en los ancianos y más específicamente en el área afectiva. Estas entidades suelen cursar enmascaradas muchas veces solapadas con otros problemas de alta incidencia en la población anciana, como enfermedades crónicas e invalidantes. Además los instrumentos evaluativos de estas áreas, diseñados para poblaciones más jóvenes son claramente ineficaces cuando son aplicados a este grupo de edad, en el que existen características peculiares, derivadas de estresores vitales continuos, de pérdidas en todos los ámbitos, etc. (Merino Fernández-Pellón et al., 2003).

Así pues, se ha prestado una atención considerable a la influencia de los factores básicos de personalidad como neuroticismo, extraversión, psicoticismo, búsqueda de sensaciones y mentalidad abierta, etc. sobre el ajuste social en general y la aparición y progresión de diversos trastornos en particular (Schmitz, 1996). Los estudios existentes no siempre han llegado a conclusiones coincidentes, por lo que se han realizado intentos para refinar tanto las dimensiones de personalidad como las variables psico-físicas resultantes, aunque estos intentos no han tenido demasiado éxito. La divergencia en los resultados encontrados en dichas investigaciones puede producirse por el hecho de que, tanto las variables situacionales y variables moderadoras importantes como el afrontamiento en general y los estilos específicos de ajuste a las situaciones en particular, no han sido tenidas suficientemente en cuenta: importancia de algunas variables en la modulación de la relación personalidad-salud.

4.- CALIDAD DE VIDA Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA

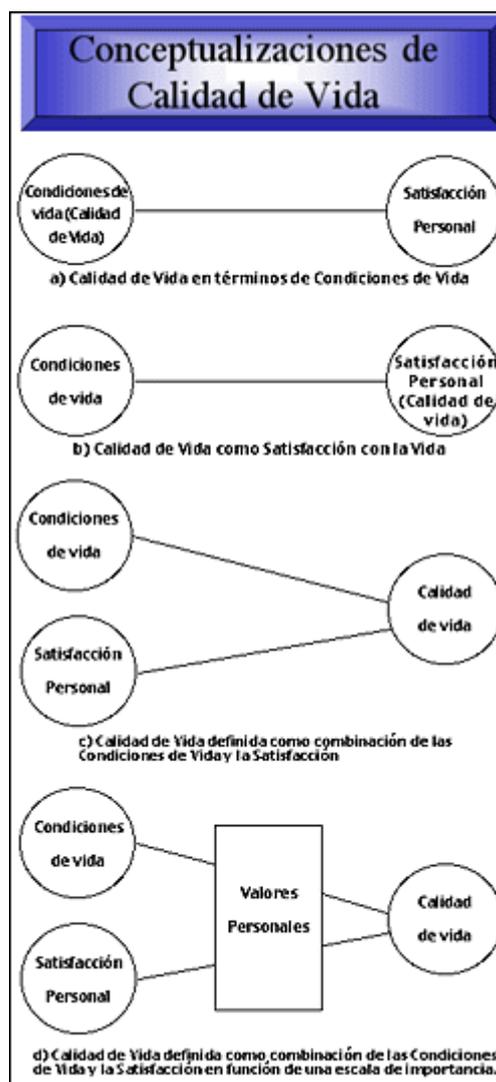
El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, sin embargo la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente comenzando su popularización en la década de los 60 hasta convertirse en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general (Gómez-Vela, Sabe, 2004).

Esta especie de socialización del término ha ido acompañada de un sinfín de elaboraciones académicas que pretenden llegar a la mejor definición del concepto analizando no sólo el marco conceptual y más general de la calidad de vida, sino también sus dimensiones cognitivas y emocionales y cómo la calidad de vida se ve afectada en contextos específicos, como la salud o las relaciones sociales (Sancho, Vega, 2004).

La expresión Calidad de Vida aparece en un primer momento en la década de los 50 y a comienzos de los 60 en debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, este creciente interés por conocer el bienestar por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hace surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y es desde las Ciencias Sociales que se inicia el desarrollo de los indicadores sociales (estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población), los cuales tuvieron su propia evolución teniendo un primer referente en las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Gómez-Vela, Sabe, 2004). Su desarrollo y perfeccionamiento a mediados de los 70 y comienzos de los 80 provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida, la cual comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida: carácter multidimensional, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas, aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, aún y transcurridos 20 años, existe una falta de consenso sobre la definición de Calidad de Vida (Gómez-Vela, Sabe, 2004) cuya evolución ha pasado por las siguientes conceptualizaciones según las cuales, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y por último como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada en la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d) [Figura 6].

Figura 6.- Conceptualizaciones de Calidad de Vida (Felcey y Perry, 1995).



(Fuente: Gómez-Vela, Sabe, 2004).

Estamos ante un concepto multidimensional, con alto grado de subjetividad, pero condicionado quizá decisivamente por aspectos puramente objetivos de la vida de los individuos: condiciones ambientales, sociales, económicas, afectivas, sanitarias, etc. (Sancho, Vega, 2004).

Históricamente, la evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en la observación o intervención clínica, con métodos (examen médico, pruebas de laboratorio) clasificados como fiables y cuantificables (Yanguas, 2004). Los intentos de medir el estado funcional se iniciaron en la década de los años 40, enfocados para valorar la capacidad funcional incluyendo tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o actividades de la vida diaria, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces.

En los años 50 se desarrollan las escalas de medición de las actividades de vida diaria (AVD), en las que la percepción del propio paciente sobre la salud no tiene protagonismo, sino que es enjuiciada por el profesional sanitario, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva. El cambio de la aproximación a la medida

de la calidad de vida respecto a la salud se da en los años 60, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida a través de cuestionarios que incluían expresiones o frases de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluyendo una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostrando unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores (Yanguas, 2004).

Una razón del auge del movimiento pro Calidad de Vida en Medicina (centrado en la apreciación subjetiva del paciente) fue la creciente insatisfacción de los consumidores con respecto a la asistencia médica durante los años 60 y 70, hecho que también determinó el desarrollo del movimiento de autoayuda. En la década de los años 80 se desarrollaron cuestionarios mucho más cortos, para finalmente en la década de los 90 asistir al desarrollo de instrumentos específicos (Yanguas, 2004).

El grado de bienestar y satisfacción, en el momento de la vida en el que aparecen numerosas enfermedades y las pérdidas son más frecuentes, es algo que siempre ha intrigado a los investigadores, no sólo desde un punto de vista teórico sino también desde un punto de vista aplicado (Sancho, Vega, 2004). Al hablar de modelos teóricos, la aplicación de la mayoría de aspectos de la investigación sobre Calidad de Vida en personas mayores ha sido escasa hasta hace pocos años y es por ello que las aplicaciones de instrumentos de medida a esta población o la creación de instrumentos específicos para sus características particulares también sea escasa (Yanguas, 2004).

Una propuesta de lenguaje para describir la Calidad de Vida de las personas mayores ordena los términos habitualmente usados en la investigación y el trabajo clínico con personas mayores y las agrupa en 19 ámbitos: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades tecnológicas de la vida diaria, capacidad de navegación, capacidades de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud, síntomas y humor, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, capacidad de administración, adaptación al entorno, obtener gratificación, percepción de la salud, imagen futura, bienestar general y coordinación efectiva. Estos ámbitos agrupan los distintos retos de adaptación y establecen respuestas que reflejan los esfuerzos de la persona mayor para acometer cada reto, suponiéndose que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas, mientras que la disminución de la calidad de vida lo hace de las respuestas desadaptativas (Yanguas, 2004).

Tal y como anteriormente se menciona la evaluación del concepto de Calidad de Vida ha presentado una situación parecida a su evolución conceptual y los enfoques de investigación en este aspecto son variados pero podrían englobarse en dos tipos (Gómez-Vela, Sabe, 2004):

1.- Enfoques Cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida, estudiando indicadores como son: Sociales, referentes a las condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario. Psicológicos, midiendo las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales y/o Ecológicos, que miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del sujeto.

2.- Enfoques Cualitativos, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden ayudarles eficazmente.

Una preocupación importante ha residido en conocer mejor los factores que determinan que las personas mantengan grados elevados de satisfacción y bienestar en un contexto en el que las pérdidas son cada vez más frecuentes (Sancho, Vega, 2004), la evidencia científica sobre el bienestar en la vejez y la relación entre los aspectos generales y específicos de la satisfacción y el bienestar con los índices subjetivos de la calidad de vida abordan los componentes emocionales, cognitivos, sociales y comportamentales relacionados con la calidad de vida, enfatizando el efecto de modulación de la personalidad, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento, entre otros factores.

Los conceptos de Calidad de Vida, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y envejecimiento satisfactorio suelen operativizarse de manera multidimensional, siendo determinantes importantes de la calidad de vida no sólo las condiciones objetivas externas sino también el propio individuo y cómo percibe su vida (Lehr, 2004) y donde la salud se encuentra frecuentemente asociada a estos conceptos.

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida (Gómez-Vela, Sabeh, 2004). A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico y superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquel en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

Un reciente proyecto europeo a pequeña escala proporciona una descripción comprensiva de este tema en 5 países de la Unión Europea destacando las principales dimensiones de la calidad de vida desde una perspectiva comparativa en la cual ya el informe alemán sugiere que hay un consenso sobre la definición de Calidad de Vida como un término de asistencia social multidimensional que implica buenas condiciones de vida objetivas, un alto grado de bienestar subjetivo y también una asistencia social colectiva y la satisfacción de necesidades individuales (Walker, 2004). Todo ello representa una combinación de calidad de vida y calidad de propuestas sociales.

4.1.- Calidad de Vida y su Utilidad en la Enfermedad Crónica y en la Vejez

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas (Gómez-Vela, Sabeh, 2004). Vivimos en un entorno envejecido, constatándose en todos los países europeos un enorme incremento de la duración de la vida, que también se observa en los demás países del mundo, donde no sólo es importante añadir años a la vida, sino también añadir vida a los años (Lehr, 2004).

Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Gómez-Vela, Sabeh, 2004) empleándose hoy el concepto en la investigación científica, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre el bienestar físico, emocional y social, siendo las tradicionales medidas de mortalidad/morbilidad las que están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones. Comparando unas con otras y en esta línea, la meta de la atención en salud, se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Ciertamente, la salud desempeña un papel importante pero, al mismo tiempo personas con problemas de salud o que, objetivamente viven situaciones problemáticas, tienen con frecuencia un alto grado de satisfacción con la vida y de bienestar subjetivo, por el contrario, la buena salud y las condiciones objetivamente favorables no garantizan lo mismo y en algunos casos se detectan un alto grado de insatisfacción y de reducción de la calidad de vida, de tal suerte, que esto nos indica que no sólo aparecen diferencias interindividuales a las mismas situaciones sino también diferencias intraindividuales, por lo que no debe subestimarse la influencia de variables de personalidad específica y los patrones de conducta, así como los factores condicionantes económicos y sociológicos (Lehr, 2004).

En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan (Gómez-Vela, Sabeh, 2004). En esta línea, un informe de Países Bajos no sólo distingue entre puntos de vista objetivos y subjetivos para interpretar y medir la calidad de vida, sino que añade también una tercera propuesta interactiva que valora el grado de ajuste entre la persona y su entorno, “la calidad de vida se considera óptima cuando la persona tiene oportunidades para aspirar y conseguir metas personales y cuando tiene la capacidad y los recursos de apoyo para satisfacer las demandas y expectativas del entorno” (Walker, 2004). Desde una óptica más retroactiva se plantea que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varía en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad (Gómez-Vela, Sabeh, 2004) y ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo y cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente) en la satisfacción percibida con la vida. Dentro de este encuadre, un análisis comparativo europeo muestra que existe una gran diferencia entre la valoración objetiva de la salud y la propia percepción (Walker, 2004): muchas personas mayores afirman tener buena salud cuando presentan una o más dolencias

crónicas, esto incide en la enorme importancia de ver más allá de los criterios médicos a la hora de valorar la calidad de vida y que la valoración que la persona tiene de su propio estado de salud influye, de forma crítica, en la calidad de vida, de esta forma, la salud percibida subjetivamente es también un indicador fiable de la mortalidad, así como de la utilización de los servicios de asistencia sanitaria (Walker, 2004).

Lo más importante en este momento, es destacar que si bien el concepto de Calidad de Vida incluye necesariamente lo psicológico o subjetivo, esta condición no agota la Calidad de Vida (Fernández-Ballesteros, 2004). En el estudio español sobre la satisfacción con la vida, ha destacado la relativa contribución de distintos factores sociodemográficos y psicológicos, donde el modelo teórico construido explicaba el 69% de la varianza de la satisfacción con la vida, así las características sociodemográficas (nivel educativo e ingresos mensuales) son los antecedentes de los demás factores en el modelo, con efectos directos sobre la satisfacción con la vida y efectos indirectos mediante factores psicológicos como la actividad, la enfermedad física y la salud percibida, entre los factores psicosociales se ha demostrado que la actividad es el de mayor impacto sobre la satisfacción con la vida (en este caso “actividad” incluye las actividades físicas, la satisfacción con éstas y las relaciones sociales) y también, de la misma manera que en otros estudios, la salud (enfermedad física y valoración subjetiva de la salud) se muestra como una variable explicativa de la satisfacción con la vida (Walker, 2004).

En otras palabras, se admite comúnmente que la Calidad de Vida conlleva elementos tanto objetivos como subjetivos, además de distintos aspectos socio-ambientales y personales (Fernández-Ballesteros, 2004).

Figura 7.- Dimensiones personales y socioambientales de la calidad de vida.

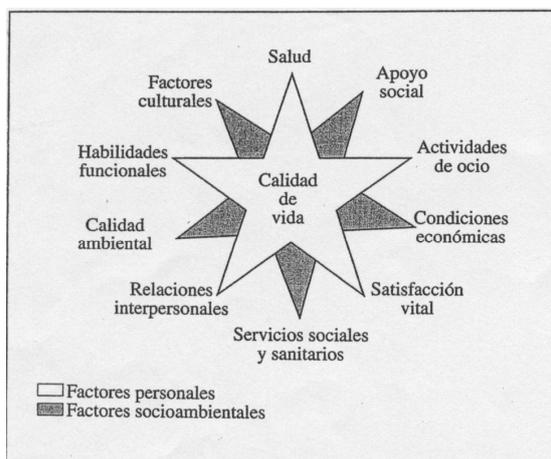
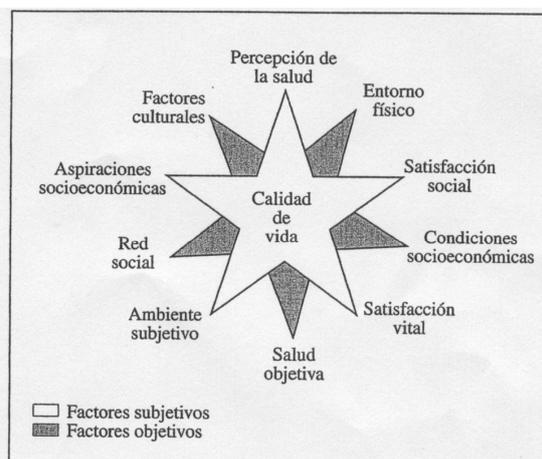


Figura 8.- Factores objetivos y subjetivos de la calidad de vida.



(Fuente: Fernández-Ballesteros, 2004).

La investigación de Suecia añade 2 importantes cuestiones a esta imagen de satisfacción general e importancia del estado de salud (objetivo y subjetivo) enfatizando en primer lugar la importancia del análisis biográfico para mostrar que el sentido de la vejez no puede separarse del resto de la vida y en segundo lugar manifiesta que un alto grado de satisfacción con la vida está en función de la excelente salud subjetiva, unas buenas relaciones sociales, la participación en actividades placenteras y una personalidad extrovertida y emocionalmente estable (Walker, 2004). La “actitud ante la

vida”, “los lazos emocionales y sociales”, “el compromiso con la realidad” y “la capacidad física” son factores importantes que contribuyen al bienestar subjetivo y la personalidad aparece como el principal determinante del bienestar.

El envejecimiento satisfactorio se encuentra relacionado con el bienestar subjetivo, uno de los indicadores de la Calidad de Vida (Vega et al., 2004). La satisfacción con la vida de las personas muy mayores se explica por la salud, la economía y las relaciones afectivas y sociales; la magnitud con que cada uno de estos dominios específicos contribuye con la vida varía según el sexo y la edad.

La mayor parte de las investigaciones sobre el bienestar se han centrado tradicionalmente en indicadores biosociales, como el sexo, la edad, la salud, los ingresos, el nivel educativo y el estado civil (Buz et al., 2004). Estudios transculturales, como el realizado por el grupo de Calidad de Vida de la O.M.S. en el que participaron 15 países, ha confirmado que algunos aspectos sociales, como las relaciones interpersonales y el apoyo social, son esenciales para la Calidad de Vida.

En este sentido las revisiones concluyen que la satisfacción global es estable y está asociada a la personalidad del sujeto que modula las variaciones en la satisfacción con dominios específicos que se producen como consecuencia de las circunstancias externas (Vega et al., 2004).

Ahora bien, el concepto de Calidad de Vida emerge conectado con las ciencias ambientales, biomédicas y psicosociales y, por tanto, no es un concepto psicológico, ni en sus orígenes ni en sus desarrollos (Fernández-Ballesteros, 2004), la calidad de vida integra aspectos objetivos y subjetivos [Figuras 7 y 8] y, subjetivizar el concepto de Calidad de Vida es un error conceptual además de un riesgo, por cuanto los esfuerzos por mejorar la Calidad de Vida de los ciudadanos se podrían reducir a cambiar las percepciones de éstos sobre la realidad.

No pueden olvidarse las implicaciones sobre la intervención, ya que la ausencia de bienestar subjetivo, cognitivo y afectivo en las personas mayores ha de constituir una preocupación básica de las políticas de bienestar, las cuales deberían desarrollar intervenciones proactivas que afronten los déficits de bienestar subjetivo y proporcionen experiencias enriquecedoras y positivas (Vega et al., 2004). En esta línea y en cuanto a la intervención se refiere, se asume que cualquier vía que ayude a la persona mayor a conseguir esa meta básica, que es tener el mayor control posible sobre su vida, parece apropiada (Márquez et al., 2004), además de conocer los momentos o factores que suponen una mayor vulnerabilidad para la pérdida de control, la enseñanza o potenciación, tanto antes como durante o después de la aparición de esa pérdida, de estrategias de control primario, cuando éste sea posible, y de control secundario cuando las situaciones sean en gran medida inmodificables, es un objetivo general que ha de guiar la intervención.

Para los mayores, el valor de lo que es importante cambia y, en consecuencia, varían sus metas y objetivos, y de esta forma mantienen sus grados de satisfacción (Vega et al., 2004). La experiencia emocional asume gran importancia en la adaptación de las personas mayores, así como su continua interacción con los procesos cognitivos y su influencia sobre la salud (Márquez et al., 2004) poniéndose de manifiesto como las ganancias en control emocional y el incremento en la importancia relativa de la

información emocional en el procesamiento de la información son algunos de los hallazgos más importantes que apoyan la hipótesis de que la emoción es un área preservada en el envejecimiento.

4.2.- Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En una sociedad como la actual, en la que la preocupación por el bienestar es un tema básico, resulta imprescindible hablar de conceptos como la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS), y más aún si se trabaja con población de personas mayores, en la que el aumento de la esperanza de vida ha obligado a enfocar los objetivos hacia la CVRS (Yanguas, 2004).

Hay diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de la Calidad de Vida, entre los que actualmente destacan los siguientes modelos explicativos:

1.- Modelo Ecológico de Lawton: propone una definición de Calidad de Vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional sobre la base de criterios intrapersonales y socionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de 4 áreas: competencia de comportamiento, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

2.- Modelo de Comportamiento: la calidad de vida desde este posicionamiento del comportamiento pasa por hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social van a ser importantes, para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida.

3.- Modelo de Bienestar: se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos. Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes.

4.- Modelo de Desempeño de la Función: se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de las distintas funciones sociales.

5.- Modelo de Proceso Dinámico de la Calidad de Vida: se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. En este

modelo, la satisfacción no se valora como un resultado, sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso.

6.- Modelo de la Homeostasis de la Calidad de Vida: describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. El determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya en la dotación genética de la personalidad, y esto ocurre a través de 2 dimensiones de la misma (extroversión y neuroticismo) que actúan estableciendo la validez del esquema cognitivo que asiste a cada autoconcepción, a la vez que mantiene la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. La extroversión y el neuroticismo se correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo, este nivel de determinación es inconsciente.

Los determinantes de segundo orden comprenden un sistema de amortiguadores internos. Dicho sistema se propone que está formado por 3 procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo. Son procesos conscientes que implican esquemas cognitivos. Tienen una orientación predominantemente positiva desde la perspectiva del procesamiento de la información impuesto por la personalidad, sin embargo, cada uno de los 3 procesos puede estar influido por la experiencia adquirida con el mundo externo que es el tercer nivel de determinación. El producto del sistema de amortiguadores es la calidad de vida. Esas cogniciones están bajo la influencia de 2 fuerzas simultáneas: el procesamiento de las circunstancias medioambientales reales y la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto.

Al final de este proceso encontramos que la calidad de vida subjetiva es el producto que refleja tanto los afectos como la cognición, y que es relativamente estable a través del tiempo, tanto para las personas como para las muestras de población.

4.2.1.- Modelos de Calidad de Vida Aplicados a Personas Mayores

Modelo Psicológico de Competencia para el Estudio del Envejecimiento con Éxito: la optimización selectiva con compensación, propone que la puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva aunque restringida.

Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos. Hay diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad.

Desde una perspectiva sociológica de la calidad de vida, las direcciones futuras de la investigación de la calidad de vida se centran en 3 paradigmas (Yanguas, 2004):

1.- Paradigma de los Resultados de la Calidad de Vida en la Investigación Clínica y sus Dimensiones Esenciales: los parámetros de interés son las características variables de la persona y no las características estables, con lo que la capacidad de respuesta al cambio a lo largo del tiempo es un requisito previo importante en la medición. La mayoría de los instrumentos de medida disponibles cumplen el paradigma de evaluación de resultados encontrando su atención en el bienestar y el funcionamiento

físico y psicológico y por el contrario, la dimensión social de la calidad de vida personal ha tenido poca atención hasta ahora. La noción esencial se basa en que la persona con limitaciones acuciantes produce su propio bienestar optimizando la satisfacción de sus necesidades.

2.- Paradigma Predictor: las nociones de los pacientes y las experiencias de bienestar y funcionalismo no son usados para evaluar los resultados de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad por medio de mecanismos fisiológicos del estrés. Existe actualmente un cuerpo de evidencia científica y epidemiológica que demuestra los efectos adversos en la recurrencia de la enfermedad y en la probabilidad de supervivencia producidos por una calidad de vida reducida.

3.- Perspectiva de la Calidad de Vida que nos recuerda que la persona no es exclusivo objeto de la Medicina. En el estudio de la salud no podemos entender por completo los determinantes de la salud de las poblaciones por influencia simple de la información obtenida de los individuos. En varios estudios recientes se observa una fuerte correlación entre la distribución de los ingresos económicos y la mortalidad: a un mayor rango de desigualdades económicas en una sociedad le corresponde un mayor riesgo de mortalidad. En este sentido se desarrolló lo que se dio en llamar años de vida ajustados por calidad, que tienen en cuenta el efecto de una política de intervención particular para reducir las desigualdades sociales en salud como un intento de cuantificar la calidad de vida de grupos de individuos.

5.-JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

El objetivo de la Hemodiálisis, cuando se planteó como tratamiento de los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en los años sesenta, era exclusivamente la supervivencia del paciente.

En los años que siguieron, la propia supervivencia de los pacientes, el mejor conocimiento del Síndrome Urémico, el desarrollo de complicaciones y la aparición de secuelas, junto al propio avance tecnológico al servicio del paciente, permitieron que los objetivos del tratamiento se fueran haciendo más y más ambiciosos.

Se trata de resolver, prevenir y atenuar las complicaciones que la propia evolución de la enfermedad y de la terapia dialítica van generando, hasta llegar a plantearse como un objetivo prioritario, no la supervivencia perseguida en los años sesenta, sino la supervivencia asociada a la mejor calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha variado a lo largo del tiempo integrando, actualmente, aspectos psíquicos, físicos, de bienestar, funcionalidad y actividad general.

En el terreno de las enfermedades crónicas, las nuevas tecnologías médicas requieren evaluar el impacto del tratamiento sobre la salud funcional, psicológica y social de los individuos y uno de los campos en que mayor repercusión han tenido los avances tecnológicos ha sido la Hemodiálisis y en los hemodializados. Esta técnica permite mantener la calidad de vida de los pacientes dentro de unos límites aceptables, a cambio de estar sujetos a múltiples estresores psicológicos y fisiológicos que determinan pérdidas potenciales y cambios en el estilo de vida exhibiendo una autopercepción de la calidad de vida que se ve condicionada por la necesidad de

desarrollar mecanismos de afrontamiento frente a los estresores de la vida diaria y al deterioro integral que supone vivir con una enfermedad crónica con tratamiento paliativo, sustitutivo y dependiente.

En la actualidad la principal herencia del recién terminado siglo XX en lo concerniente a la Salud Pública es la mayor supervivencia y el aumento de la esperanza de vida. Habida cuenta del creciente número de niños que alcanzan la edad adulta y de adultos que alcanzan la vejez, haciendo frente incluso a enfermedades que hace dos o tres décadas conducían de forma irremediable a la muerte, es evidente que la preocupación más apremiante se centrará en adelante en lograr que todos ellos disfruten del mayor bienestar posible.

El presente siglo sin duda es el de la calidad de vida, y la salud constituye un factor esencial de la misma, especialmente durante la vejez, cuando se acumulan los problemas fisiológicos y psico-sociales y se va acercando el tiempo final.

La enfermedad renal crónica y el deterioro progresivo al que contribuye tanto la enfermedad como el proceso dialítico se acentúa en las personas mayores, con repercusiones físicas, psicológicas, sociales y familiares. Por todo ello nos ha parecido importante evaluar la Calidad de Vida de esta población, su relación con los recursos de afrontamiento y tipo de personalidad para lo que nos planteamos los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

Los objetivos planteados son:

- 1.- Describir las principales características sociodemográficas de una población de pacientes renales mayores de 55 años sometidos a diálisis en centros hospitalarios de Granada capital, durante un periodo de 12 meses.
- 2.- Describir las características evolutivas de la enfermedad renal y de la terapia dialítica (tiempo de tratamiento, duración de las sesiones, etc.) en los sujetos del estudio.
- 3.- Evaluar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes hemodializados y en su caso las posibles diferencias de género.
- 4.- Identificar factores de personalidad relacionados con las estrategias de afrontamiento y calidad de vida.
- 5.- Valorar las posibles asociaciones entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- Tipo de Estudio

Enmarcamos nuestro estudio como metodológicamente: epidemiológico, descriptivo, transversal o de prevalencia y muestral.

Epidemiológico, pues “se trata de un método científico aplicado a estudiar los fenómenos de salud y enfermedad en las poblaciones, así como las condiciones, causas y circunstancias por las que se distribuyen en los grupos sociales”.

Descriptivo, ya que recogemos una serie de datos que posteriormente analizamos. El método descriptivo tiene como objetivo analizar la distribución de los trastornos dentro de una población, siendo el elemento básico de medida la proporción de casos, es decir, los porcentajes obtenidos durante un período de tiempo específico en una población específica.

Transversal o de prevalencia, puesto que supone la recogida de información de una sola vez, en una población determinada y en un momento dado, con el objetivo de estudiar fenómenos presentes en el momento en el que se realizan los cuestionarios, permitiendo un estudio tanto descriptivo –como hemos comentado anteriormente–, como analítico, puesto que obtenemos estimaciones generales de las variables, comparaciones entre subgrupos y relaciones entre variables, siendo a su vez, un estudio **correlacional**.

Muestral, pues toda la información recabada en la recogida de datos se obtiene con una parte de la población que llamamos muestra, entendida como “una colección finita o infinita, de individuos que comparten ciertas características”. Esta tiene que garantizarnos la representatividad de toda la población, característica importante para que nuestro estudio sea fiable y válido. De esta manera, la muestra tiene que ser “como una imagen” de la población. Si la muestra no es representativa, se dice que es una muestra sesgada.

En función de la naturaleza del estudio así como de los objetivos a alcanzar, el proceso utilizado para la recogida de la información que pretendemos obtener es *la metodología de encuestas*. La definimos como un método observacional y correlacional, donde no se manipula ninguna variable y donde el investigador no interviene, utilizando procedimientos de medida/observación consistentes y estandarizados para todos los sujetos, de forma que garantice la comparabilidad de los datos y su replicabilidad.

Para la realización de este estudio con una metodología de encuesta *transversal o de prevalencia*, seguimos con precisión los cinco puntos que a continuación se detallan:

- 1) Objetivos de la investigación, establecer objetivos, delimitar variables, operativizar conceptos, determinar y elegir la muestra.
- 2) Elección/construcción de los instrumentos de recogida de datos.
- 3) Preparación del trabajo de campo y realización de las entrevistas.
- 4) Codificación de datos, creación de tablas de resultados, en función de los datos obtenidos en los cuestionarios.

5) Análisis de los resultados e informe final.

Elegimos la *entrevista personal*, como instrumento de la recogida de información a través de los cuestionarios, donde se produce una interacción entre el entrevistador y el entrevistado. A través de éste instrumento obtenemos ventajas e inconvenientes. Entre las posibles ventajas tenemos que:

- a) Facilita la cooperación con los sujetos y permite establecer con ellos una relación de confianza.
- b) Permite aclarar dudas que puedan surgir en las preguntas de los cuestionarios.
- c) Posibilita el uso de diferentes procedimientos de recogida de datos y suele proporcionar elevadas tasas de respuesta.

Entre los inconvenientes, podemos señalar el que además del tiempo invertido que supone la recogida de datos, somos conscientes de la posible introducción de *sesgos del entrevistador*, ya sea por la forma de plantear las preguntas, como por ciertas características personales, como pueden ser la sensibilidad con la que se pregunte, educación, perseverancia, entre otros. La posibilidad de que apareciera la *deseabilidad social*, -de manera que el entrevistado contesta lo que cree que el entrevistador quiere oír-, se ha minimizado en nuestro caso, pues a cada sujeto se le ha explicado el objeto de estudio, donde su colaboración era voluntaria y anónima.

2.- POBLACIÓN

2.1.- Población de Referencia

El universo o población del estudio está constituido por el número de enfermos: hombres y mujeres, en hemodiálisis en la provincia de Granada dependientes del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, siendo en su totalidad 188, de los cuales 60 están localizados en la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico San Cecilio y 128 en la Unidad de Diálisis de la Clínica de la Inmaculada.

Dentro de este colectivo, los mayores de 55 años, conforman un total de 95 personas entre hombres y mujeres, de los cuales 31 se ubican en el Hospital Clínico Universitario y 64 en la Clínica de la Inmaculada.

2.2.- Población de Estudio

De un total de 95 hemodializados mayores de 55 años, participan en el estudio un total de 90 enfermos, 30 de ellos del Hospital Clínico Universitario, 15 mujeres y 15 hombres, y 60 de la Clínica Inmaculada, 23 mujeres y 37 hombres, respectivamente.

Todos los pacientes consintieron participar y formar parte del estudio de forma voluntaria, después de ser debidamente informados, a través del consentimiento y el compromiso individual.

3.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Un total de 90 pacientes, mayores de 55 años sometidos a diálisis, entre hombres y mujeres, abordándose este colectivo de enfermos hemodializados en edad gerontológica mediante el análisis y estudio de sus respectivas historias clínicas, tomando como factor de riesgo, el proceso dialítico al cual están sometidos, en la aparición de trastornos psicoorgánicos y procediéndose a la aplicación y realización de una batería de cuestionarios.

4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las características de los integrantes de la muestra estudiada son variadas, pero se concreta en que la población objeto de estudio cumple con el siguiente requisito, tratarse de enfermos dializados mayores de 55 años, lo cual los convierte en muestra gerontológica especial, teniendo en común una patología crónica de varios años de evolución, con polimedicación y patologías asociadas, secuelas físicas y psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento.

La participación en el estudio de los enfermos solicitados es al cien por cien. Excepto en la última fase del estudio que se corresponde con la evaluación de los rasgos de personalidad, en la cual se contabilizaron un total de 57 personas dializadas participantes y 33 no participantes. En este último tramo temporal del estudio, el grupo en cuestión sufrió pérdidas, siendo la mortalidad experimental consecuencia de:

- Intervención quirúrgica.
- Traslados geográficos.
- Sujetos transplantados.
- Éxitus.

5.- PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

La estrategia de recogida y recopilación de datos sigue fielmente el esquema que a continuación se plantea, obedeciendo a una lógica de doble intervención, en función del factor temporal que a su vez es dependiente de las puntuaciones obtenidas a partir de los propios instrumentos de medida.

En un primer período se analizan las historias clínicas y se procede a la evaluación del funcionamiento afectivo a través de la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.) y las Formas de Afrontamiento desarrolladas, y en este caso fue aplicado el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. En un segundo período se dimensionaron los principales factores de la personalidad por medio del Cuestionario B.F.Q. o Cuestionario de los Cinco Grandes Factores, para finalmente completar la batería de evaluación valorando la Calidad de Vida mediante el cuestionario CUBRECAVI, en su versión abreviada.

Las entrevistas, se tuvieron que adaptar a los turnos sesionales de diálisis que a priori se encuentran preestablecidos en las distintas unidades dialíticas, de tal forma que los cuestionarios fueron pasados a los pacientes siguiendo la turnicidad predeterminada, tal y como queda reflejada a continuación:

- Turno A1: Lunes, miércoles y viernes, mañana.
- Turno A2: Lunes, miércoles y viernes, tarde.
- Turno A3: Lunes, miércoles y viernes, noche.
- Turno B1: Martes, jueves y sábado, mañana.
- Turno B2: Martes, jueves y sábado, tarde.
- Turno B3: Martes, jueves y sábado, noche.

Tal y como aparece en el esquema se puede apreciar que el único día de descanso de tales unidades al cabo de la semana es sólo el domingo, con lo que a primera vista, se puede percibir, tanto el cambio en el ritmo vital del sujeto dializado, como la sobrecarga en la tarea laboral en el ciclo de la dinámica dialítica, donde todo ha de estar a punto, preparado para el día a día, como para las diversas eventualidades que puedan surgir antes, durante y tras la sesión de diálisis.

5.1.- Descripción de la Información Recopilada

Las principales fuentes de datos son las historias clínicas y los propios enfermos captados de las Unidades de Diálisis correspondientes tanto del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, como de la Clínica privada de La Inmaculada, ambas unidades circunscritas a la provincia de Granada, a través de las entrevistas realizadas y la aplicación de los cuestionarios, así como la información obtenida del personal médico y de enfermería especializado, y de los cuidadores informales de los pacientes participantes estudiados.

5.1.1.- Instrumentos de Información y Medida

Los instrumentos y herramientas utilizados a lo largo de este estudio han sido:

- 1.- Historia Clínica.
- 2.- Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S).
- 3.- Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes.
- 4.- B.F.Q. (Cuestionario Big Five, Descriptor de la Personalidad).
- 5.- CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de Vida).

La utilidad de métodos estandarizados como son los referidos anteriormente, para la detección de disfunciones y deterioros de carácter biopsicosocial viene dada por las siguientes cualidades:

- Validez.
- Fiabilidad.
- Sensibilidad.
- Especificidad.
- Sencillez y generalidad en la aplicación.

Características que vienen a justificar de manera fundamentada su utilización en el presente estudio de sujetos mayores sometidos a diálisis.

5.1.1.1- Historia clínica

La Historia Clínica tomada como un resumen de donde se recogen los

principales datos filiales y clínicos de las personas dializadas en estudio, proporciona la siguiente información así clasificada:

A).- Datos Personales o Filiales, recogiendo los principales datos sociodemográficos:

- Edad, estableciéndose tres grupos etarios: 55-65, 66-75, 76 y más.
- Sexo: Varón y Mujer.
- Estado Civil: Con Pareja (con compañía: casado/a y vive en pareja) y Sin Pareja (solo/a: soltero/a, viudo/a, separado/a-divorciado/a).
- Domicilio relacionado con el apoyo social que recibe: Rural (población con menos de 5.000 hab.; entre 5.000 a 15.000 hab.; de 15.000 a 100.000 hab.) y Urbano (más de 100.000 hab.).
- Ocupación Actual o Anterior: Agricultor o jarinero; Taxista o conductor, técnico o mecánico; Oficinista; Profesional liberal; Ama de casa; Empleada del hogar o cocinera; Obrero no cualificado; Comercio; Otros.

B).- Historia Clínica Actual, recopilando la información existente en relación a la comorbilidad, que a continuación se especifica:

- Patologías Especialmente Relacionadas con la Insuficiencia Renal: Enfermedad Renal Primaria y Otras Patologías (Litiasis Renal, Esclerosis Renal, Diabetes Mellitus, Hipertensión).
- Número de Patologías Diagnosticadas Además de las Anteriores.
- Consumo de Fármacos: Número de Fármacos Consumidos en los Últimos 5 Años por Término Medio.
- Ingestión de Fármacos con Aluminio o Citratos.
- Toma de Psicofármacos: Tranquilizantes, Ansiolíticos, Antidepresivos, Hipnóticos.
- Tiempo de Diálisis: Número de Años Sometido a Diálisis (Menos de 1 año; Entre 1 a 5 años y más de 5 años).
- Duración de Cada Sesión Hemodialítica: Tiempo de la Sesión de Diálisis en Minutos: 165 min.; 180 min.; 195 min.; 210 min.; 240 min. y 300 min.

5.1.1.2- Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.)

La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale) es un instrumento de autoinforme, construido de forma específica para la evaluación de la depresión en personas mayores, de tal forma que dicha escala se ha extendido en su uso rápidamente a distintos países [Anexo-1].

La escala utilizada en este trabajo se compone de 30 ítems o elementos, con formato de respuesta dicotómica SI / NO. De tal forma que los apartados señalados con un asterisco deben tener respuesta negativa (no = 1 punto) y los restantes, respuesta positiva (sí = 1 punto).

La escala de depresión para ancianos (G.D.S.) fue un instrumento desarrollado por Brink et al. (1982) y adaptada a nuestro medio por M. Izal e I. Montorio (1993), del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

Así pues, la escala partiendo de sus puntuaciones nos separa los pacientes psicogerítricos deprimidos de los no deprimidos, en base al siguiente orden de puntuaciones:

- De 0 a 10 puntos ancianos normales.
- 11 puntos o más: depresión de gravedad progresiva. Restringidamente, de 11 a 14 puntos: depresión moderada; Más de 14 puntos: depresión grave.
- Puntuación media para ancianos con depresión grave se fija en 23 ± 5 ($X \pm DE$).

En esta escala se valoran cinco factores que son:

1. Humor triste: pensamientos persistentes de tristeza.
2. Ausencia de Energía: “quejas cognitivas”, dificultades de concentración y ausencia de iniciativa.
3. Humor Positivo: afecto y visión del mundo positivos.
4. Agitación: aspectos de inquietud.
5. Aislamiento Social: pasividad y evitación de situaciones sociales.

En cuanto a sus cualidades psicométricas y teniendo en cuenta como criterio restringido una puntuación de 14, tendría una tasa del 80% de sensibilidad y 100% de especificidad. Parece ser que la escala G.D.S. no mide estados de humor pasajeros, así pues, su fiabilidad y validez son mantenidas, estableciéndose así una adecuada consistencia interna de la escala y una aceptable estabilidad temporal.

La escala G.D.S. viene explicada mediante análisis factorial, mostrando la existencia de cinco factores que explican un 42% de la varianza total.

5.1.1.3.- Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. (Lazarus y Folkman, 1984)

El Cuestionario de Formas de Afrontamiento (CFA) adaptado a la población española, se ha construido a partir de las revisiones del W.C.C.L. (Ways of Coping Checklist) llevadas a cabo por Folkman y Lazarus [Anexo-2].

El CFA se ha mostrado como un instrumento útil para evaluar las formas de afrontar el estrés en una población general, aunque, ciertamente se precisa más investigación sobre la evaluación del afrontamiento ante situaciones concretas y ante problemas estresantes concretos.

La medida del afrontamiento es difícil y se ha abordado desde distintas perspectivas. La utilización diferencial de uno u otro tipo de método de evaluación ha venido determinada por las distintas conceptualizaciones que han dominado la teoría del afrontamiento y, por tanto, su medición.

El cuestionario consta de un total de 67 ítems de los cuales, 46 ítems presentan carga factorial para un mismo factor, mostrando 8 factores de los cuales resultan 8 escalas:

1. Confrontación (de 0 a 18 puntos): Acciones directas dirigidas hacia la situación; por ejemplo, tratar de que el responsable cambie de opinión, expresar ira hacia el causante.

2. Distanciamiento (de 0 a 18 puntos): Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido.

3. Autocontrol (de 0 a 18 puntos): Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse.

4. Búsqueda del apoyo social (de 0 a 18 puntos): Pedir ayuda o consejo, hablar con alguien que pueda hacer algo concreto, contar a un familiar el problema.

5. Aceptación de la responsabilidad (de 0 a 12 puntos): Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse como causante del problema.

6. Huida-Evitación (de 0 a 18 puntos): Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas.

7. Planificación de solución de problemas (de 0 a 18 puntos): Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren.

8. Reevaluación positiva (de 0 a 18 puntos): La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona.

Los ítems con carga factorial que mostraron 8 factores con las correspondientes escalas vienen representados en la siguiente tabla:

Tabla 2.- Ítems con Carga Factorial en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes.

FACTORES	ÍTEMS
CONFRONTACIÓN	6,7,17,28,34,46
DISTANCIAMIENTO	12,13,15,21,41,44
AUTOCONTROL	10,14,35,43,54,62
BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	8,18,22,31,42,45
ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD	9,25,29,51
HUIDA-EVITACIÓN	11,33,40,50,58,59
PLANIFICACIÓN	1,26,39,48,49,52
REEVALUACIÓN POSITIVA	5,23,30,36,38,55

Cada uno de los ítems representados en el cuestionario puntúan según la escala que se muestra:

0 = En absoluto

1 = En alguna medida

2 = Bastante

3 = En gran medida

siendo posible obtener puntuaciones totales en cada factor.

La evaluación se mide pidiendo a los sujetos que evalúen sus opciones de afrontamiento en una situación específica, incluyendo el grado en que consideran cambiante y/o aceptable la relación conflictiva individuo-entorno.

En cuanto a la fiabilidad test-retest, consistencia interna, fiabilidad y validez muestran tener un coeficiente moderado pero satisfactorio, es decir, una buena fiabilidad y una validez convergente, discriminante y bastante aceptable. Por tanto se trata de un cuestionario, cuya estructura como instrumento es teóricamente coherente e intuitivamente aceptable.

5.1.1.4.- Cuestionario de los Cinco Grandes Factores o Cuestionario Big Five (B.F.Q.)

El cuestionario B.F.Q. procede de la Organizzazioni Speciali (OS) de Florencia, siendo sus autores originalmente, G.V. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni, construido en 1993 y adaptado en versión española por J. Bermúdez (Catedrático de Psicología de la UNED, Universidad de Madrid) [Anexo-3].

Su aplicación puede ser individual y colectiva, tanto para adolescentes y adultos, invirtiéndose un tiempo entre 20 y 30 minutos en aplicarlo, donde se evalúan cinco dimensiones, diez subdimensiones de la Personalidad y una escala de Distorsión.

El modelo de los "Big Five" o Cinco Grandes Factores (Energía o Extraversión, Afabilidad o Agrado, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental o Apertura a la Experiencia) propone cinco dimensiones fundamentales para la descripción y la evaluación de la personalidad que se sitúan en un nivel de generalidad intermedio con respecto a los modelos que defienden pocas dimensiones extremadamente generales y respecto de los modelos que prevén un mayor número de dimensiones de capacidad más específica pero de menor generalidad.

Los "Big Five" parecen, pues, configurarse como una estructura adecuada e integradora para la descripción de la personalidad en el lenguaje "natural" y en el contexto de los cuestionarios de personalidad.

En este sentido estos Cinco Grandes Factores representan también el punto de convergencia entre las teorías implícitas de la personalidad basadas en los conocimientos/creencias de la gente "común" que impregnan el léxico relativo a la personalidad y las teorías explícitas de la personalidad basadas en los conocimientos acumulados a partir de la investigación científica.

Los instrumentos utilizados originalmente para la medida de los Cinco Grandes Factores son listados de adjetivos (monopolares o bipolares) seleccionados a partir del análisis del vocabulario recogido en los diccionarios, para lograr la identificación, en cada dimensión, de los identificadores más característicos. Los Cinco Grandes Factores han sido denominados Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental.

El empleo de cuestionarios, más que de simples listados de adjetivos, puede permitirnos ir más allá del conocimiento sobre la personalidad recogido y transmitido por la inteligencia práctica del sentido común.

En cada uno de los "Big Five" se han identificado dos subdimensiones, cada una de las cuales hace referencia a distintos aspectos de la propia dimensión. En cada subdimensión (integrada por doce elementos) la mitad de las afirmaciones han sido formuladas en sentido positivo con respecto al nombre de la escala, mientras la otra mitad está formulada en sentido negativo, con el fin de controlar eventuales fenómenos de sesgos de respuesta. La escala de Distorsión (D) consta de doce elementos y tiene por finalidad el proporcionar una medida de la tendencia a ofrecer un perfil falseado de sí mismo al responder al cuestionario; esta escala mide la deseabilidad social, ese estilo de respuesta que el sujeto puede poner en juego para mostrar unos aspectos favorables de su personalidad, esa deseabilidad social no afecta por igual a todas las variables del B.F.Q., siendo las más afectadas por la Distorsión las que definen una falta de Neuroticismo: Estabilidad Emocional y sus componentes (control de las emociones y control de los impulsos).

En total, el BFQ consta de 132 elementos, con sus correspondientes dimensiones y subdimensiones, a los que el sujeto contesta en una escala tipo Likert de cinco puntos, cada uno de estos elementos es un mini-instrumento de medida, su unidad más simple. Las puntuaciones posibles en esta unidad de medida van de 1 punto a 5 puntos; en el caso de un elemento redactado en sentido positivo hacia el constructo a medir, se concede 1 punto por la respuesta "completamente falso para mí" al contenido de la cuestión y 5 puntos cuando la respuesta es "completamente verdadero para mí", tal como sugieren las plantillas de corrección para cada uno de los ítems representados en el cuestionario, puntuándose según la escala que se muestra:

5	Completamente Verdadero para mí
4	Bastante Verdadero para mí
3	Ni Verdadero Ni Falso para mí
2	Bastante Falso para mí
1	Completamente Falso para mí

El examen de la personalidad sobre todo en el caso de desórdenes de personalidad a los que hace referencia el eje II del DMS-III se han estudiado los nexos entre dimensiones estables de la personalidad "normal" y diferentes tipos de psicopatologías.

Muchos de estos desórdenes representan síndromes complejos caracterizados por más de una de las dimensiones principales de la personalidad, que podrían ser comprendidos mejor si se considerasen como variantes extremas o "desadaptativas" de las polaridades de los "Big Five".

La utilización de un modelo claro y unívoco de las dimensiones de la personalidad normal puede arrojar luz sobre las características personales que pueden predisponer al sujeto al desarrollo de serios desórdenes psicológicos.

Los distintos patrones de correlación existentes entre desórdenes y rasgos "normales" de la personalidad resultan de ayuda para apresar lo que de específico y común hay en los distintos desórdenes de la personalidad.

Su aplicabilidad puede ser empleada en un gran número de situaciones, con personas de inteligencia y cultura normales y que sean capaces de leer los elementos y

comprender las instrucciones. En conjunto presenta características psicométricas que lo califican positivamente, con respecto a los cuestionarios tradicionales de los que representa una superación.

Su estructura factorial, se muestra ciertamente estable, tomando en cuenta los elevados índices de congruencia apreciados en el contraste con las soluciones factoriales aisladas en grupos cultural y lingüísticamente distintos. Su consistencia interna es elevada, tanto en el caso de las dimensiones principales, como en el de las subdimensiones.

El examen de las correlaciones con otros instrumentos elaborados en el marco de modelos diferentes de personalidad y/o para la evaluación de aspectos específicos de la personalidad, pone de manifiesto una notable validez de constructo.

La fase de corrección y puntuación puede hacerse de modo manual o mediante la ayuda de un proceso informático, que mediante la utilización y empleo de un diskette llave que acompaña al material de la prueba de TEA-Ediciones procesado en un ordenador personal permite obtener las puntuaciones directas en las subdimensiones y dimensiones del cuestionario.

La puntuación directa (PD) en cada variable es el resultado de la operación siguiente:

$$PD = 36 + \text{PUNTOS POSITIVOS} - \text{PUNTOS NEGATIVOS}$$

El BFQ está compuesto por diez subdimensiones que se resumen luego en cinco dimensiones: Energía (Dinamismo y Dominancia), Tesón (Escrupulosidad y Perseverancia), Afabilidad (Cooperación/Empatía y Cordialidad/Amabilidad), Estabilidad Emocional (Control de las Emociones y Control de los Impulsos) y Apertura Mental (Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia) y una escala de Distorsión. Cada una de estas escalas esta compuesta por doce elementos, a los que el sujeto contesta en una escala tipo Likert de cinco puntos. Su tipificación se hace, pues, a partir de baremos en centiles y puntuaciones totales para cada sexo, en muestra general española.

El ideal de medida de esta unidad sería el valor tres, pero este ideal de medida puede variar empíricamente de acuerdo con el rasgo implicado y las características de la muestra.

5.1.1.5- Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

Partiendo de un concepto multidimensional de calidad de vida y centrándose en las personas mayores de 65 años se construyó un instrumento de evaluación llamado Cuestionario Breve de Calidad de Vida: CUBRECAVI, cuyas autoras son Rocío Fernández-Ballesteros y María Dolores Zamarrón Casinillo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (1996), en colaboración en distintos momentos de su realización con los Drs. Araceli Maciá (UNED), Antonio Ruiz Torres (UAM) y Fernando Silva (UCM) [Anexo-4].

La utilización social del concepto de calidad de vida y aún su medición lleva

consigo su operacionalización empírica y su investigación pormenorizada. De la operacionalización de la calidad de vida se desarrolló un cuestionario (aplicable mediante entrevista) en el que aparecen los distintos aspectos o ingredientes de la calidad de vida (previamente aislados según un concepto “teórico” y “popular”). Dicho instrumento exigía para su administración entre 50 y 60 minutos, tiempo, que se consideró necesario a la hora de evaluar en la práctica este concepto.

Ahora bien, una de las características exigibles a un instrumento de calidad de vida es su brevedad y ello es especialmente necesario cuando se trata de evaluar la calidad de vida de personas mayores, bien para examinar los efectos de determinadas intervenciones, bien porque se desee conocer la calidad diferencial en distintos programas o servicios para las personas mayores.

Respondiendo a esta necesidad y teniendo en cuenta la anterior recomendación, el Instituto Nacional de Servicios Sociales, en convenio con la Universidad Autónoma de Madrid, auspició una serie de investigaciones sobre calidad de vida en la vejez, procediéndose así, a reducir el cuestionario anterior tratando de probar las propiedades psicométricas de rigor.

Resultado de este avance fue el “Cuestionario Breve de Calidad de Vida” o CUBRECAVI, un test cuya administración puede ser de tipo individual o grupal o mediante entrevista, se tarda aproximadamente 20 minutos en su pasación. Está diseñado para mayores de 65 años y evalúa la Calidad de Vida en la vejez desde una perspectiva multidimensional.

Se compone de 9 áreas en total, tal y como se mencionan a continuación:

- 1.- Salud.
- 2.- Integración Social.
- 3.- Habilidades Funcionales.
- 4.- Actividad y Ocio.
- 5.- Calidad Ambiental.
- 6.- Satisfacción en la vida.
- 7.- Educación.
- 8.- Ingresos.
- 9.- Servicios.

Y su tipificación viene dada mediante baremación en cuartiles para todas las áreas (excepción hecha de servicios) y el total.

El CUBRECAVI ha sido desarrollado a partir de dos supuestos básicos:

- a) Que la calidad de vida es un concepto multidimensional.
- b) Que existen aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida.

Pormenorizadamente estas áreas integran a su vez determinados componentes que a continuación precisamos:

1.- Salud: definida mediante tres subáreas de contenido:

- Salud Subjetiva.
- Salud Objetiva.
- Salud Psíquica.

2.- Integración Social: incluye dos preguntas esenciales que informan sobre:

- Frecuencia de relaciones interpersonales.
- La satisfacción por las relaciones interpersonales (prescinde de subáreas).

3.- Habilidades Funcionales: en este apartado se considera el grado de independencia que mantiene el sujeto y sus dificultades para desenvolverse en su vida diaria, y evalúa:

- Valerse por sí mismo.
- Dificultades en actividades de la vida diaria (A.V.D.).

4.- Actividad y Ocio: se compone de tres aspectos esenciales:

- El nivel de actividad.
- La forma en la que ocupa su tiempo.
- La satisfacción en cómo ocupa el tiempo.

5.- Calidad Ambiental: trata de evaluar la satisfacción que el sujeto tiene con una serie de aspectos objetivos de la vivienda o residencia en donde habita, así como su satisfacción general. En general se evalúa la satisfacción en torno a ciertos elementos ambientales.

6.- Satisfacción con la Vida: evalúa uno de los ingredientes más comúnmente aceptado de la calidad de vida, puesto que es el componente personal.

7.- Educación: es evaluada a través del nivel de estudios máximos terminados.

8.- Ingresos: informa de los ingresos mensuales del sujeto.

9.- Servicios Sociales y Sanitarios: tras analizar las respuestas de los sujetos sobre sus conocimientos, utilización y satisfacción de los servicios se plantean dos interrogantes:

- Un, sobre la frecuencia de utilización de los servicios.
- Otro, sobre la satisfacción con esos servicios. Área ex novo en el CUBRECAVI, por lo que no hay datos normativos al respecto.

El cuestionario está formado por 17 preguntas, que a su vez, se agrupan en 9 áreas. A la derecha de cada área (marcada con un *) hay que anotar la puntuación directa que se obtiene en cada caso de la forma indicada en el cuestionario y también se debe anotar la puntuación estándar (P.E.) que corresponde al cuartil en el que se encuentra la puntuación directa, tal y como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 3.- Puntuaciones Cuartiles de las Áreas Utilizadas en el CUBRECAVI.

Áreas	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
Salud	2'66	3'13	3'51	4
Habilidades Funcionales	3'92	4	4	4
Relaciones Sociales	2	2'75	3'5	4
Actividad y Ocio.	1'65	2'175	2'8	4'30
Índice A.V.D.	2'1	2'7	3'2	4'5
Calidad Ambiental	2'91	3	3	3
Nivel de Estudios	0'5	0'5	1	4
Nivel de Ingresos	0'5	0'5	1	3'5
Satisfacción con la Vida	0'2	3	3	4

Haciendo referencia a sus garantías psicométricas y dado que algunas áreas cuentan con un sólo ítem, para su fiabilidad o consistencia interna, se ha calculado el Alfa de Crombach sólo para cinco de las áreas: Salud, Integración Social, Actividad y Ocio, Habilidades Funcionales y Ambiente, cuyos índices de consistencia interna son moderadamente altos, oscilando entre 0,92 y 0,70 para todas las áreas, a excepción de Integración Social, con un valor de 0,27.

Una de las razones de que este área obtenga tan baja consistencia se debe a que cuenta tan sólo con dos elementos, otra razón plausible “pos hoc” puede ser que la satisfacción y la frecuencia de relaciones sociales no necesariamente son consistentes entre sí.

Para su validez de constructo, la calidad de vida puede ser considerada apriorísticamente como un macroconstructo multidimensional, y por lo tanto, los elementos del CUBRECAVI son analizados mediante procedimiento factorial de componentes principales con rotación Varimax, donde los 8 factores: Salud, Habilidades Funcionales, Actividad y Ocio, Calidad Ambiental, Calidad de Vida Objetiva (ingresos y estudios) y Subjetiva (satisfacción con la vida y salud subjetiva) y Relaciones Interpersonales, explican el 78,2% de la varianza, poniendo de manifiesto este análisis factorial la validez del constructo del instrumento.

5.2.- Descripción de las Variables Estudiadas

Una vez concluida la selección de las variables a estudiar, éstas son agrupadas en las siguientes categorías:

1.- Variables Socio-demográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil.

- Domicilio Relacionado con el Apoyo Social que Recibe.
- Ocupación Actual o Anterior.

2.- Variables Clínicas:

- Patologías Especialmente Relacionadas con la Insuficiencia Renal.
- Número de Patologías Diagnosticadas Además de las Anteriores.
- Fármacos Consumidos en los Últimos Cinco Años por Término Medio.
- Ingestión de Fármacos con Aluminio o Citratos.
- Toma de Psicofármacos.
- Tiempo de Diálisis.
- Duración de Cada Sesión Hemodialítica.

3.- Variables Psicológicas:

- Puntuación de los estados anímicos de la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S):

- Humor positivo.
- Ausencia de energía.
- Humor triste.
- Agitación.
- Aislamiento social.

- Puntuación de las áreas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (Lazarus y Folkman):

- Confrontación.
- Distanciamiento.
- Autocontrol.
- Aceptación de Responsabilidad.
- Huida-Evitación.
- Planificación.
- Reevaluación Positiva.

- Puntuación de las áreas del Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (B.F.Q.):

- Energía.
- Afabilidad.
- Tesón.
- Estabilidad emocional.
- Apertura mental.
- Distorsión.
- Dinamismo.
- Dominancia.
- Cooperación.
- Cordialidad.
- Escrupulosidad.
- Perseverancia.
- Control de Emociones.

- Control de los Impulsos.
- Apertura a la Cultura.
- Apertura a la Experiencia.

4.- Variables de Calidad de Vida:

- Puntuación de las áreas del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI):
 - Salud Subjetiva.
 - Salud Objetiva.
 - Salud Psíquica.
 - Integración Social.
 - Habilidades Funcionales.
 - Actividad y Ocio.
 - Calidad Ambiental.
 - Satisfacción con la Vida.
 - Educación.
 - Ingresos Económicos.
 - Servicios Sociales y Sanitarios.
 - Calidad de Vida.
- Las variables en estudio fueron clasificadas como variables Independientes, la Calidad de Vida, y como variables Dependientes todas las demás, entendiendo que las variables de Personalidad y Modos de Afrontamiento ejercen un efecto modulador de la Calidad de Vida.

Los parámetros analizados estadísticamente en el estudio, en la forma de variables se exponen a continuación:

Tabla 4.- Variables Sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>EDAD</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos 1-3	Intervalos de edad de los sujetos: 1. Entre 55-65 2. Entre 66-75 3. Entre 76-85
<i>SEXO</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	1-2	Sexo de los sujetos: 1. Varón 2. Mujer
<i>ESTADO CIVIL</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	1-2	Estado civil de los sujetos: 1. Con Pareja (casado; vive en pareja) 2. Sin Pareja (soltero; viudo; separado/divorciado)
<i>DOMICILIO</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	1-2	Domicilio de los sujetos: 1. Rural («5.000hb.; 5.000 a 15.000hb.; 15.000 a 100.000hb.) 2. Urbano (»100.000hb.)
<i>OCUPACIÓN ACTUAL O ANTERIOR</i>	Cualitativa Nominal	1-9	Ocupación actual o anterior de los sujetos: 1. Agricultor o jardinero. 2. Taxista o conductor, técnico o mecánico 3. Oficinista 4. Profesional liberal 5. Ama de casa 6. Empleada de hogar o cocinero 7. Obrero no cualificado 8. Comercial 9. Otros

Tabla 5.- Variables Clínicas.

VARIABLES CLINICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>PATOLOGÍAS ESPECIALMENTE RELACIONADA CON LA DIÁLISIS</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	1-2	Patologías especialmente relacionadas con la diálisis: 1. Enfermedad renal primaria 2. Otras patologías (Litiasis renal; esclerosis renal; diabetes; hipertensión)
<i>NÚMERO DE PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS</i>	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4,5,6,...	Número de patologías diagnosticadas en los sujetos.
<i>NÚMERO DE FÁRMACOS CONSUMIDOS EN LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS</i>	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4,5,6,...	Número de fármacos consumidos en los últimos 5 años por los sujetos
<i>INGESTIÓN DE FÁRMACOS CON ALUMINIO O CITRATOS</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	Intervalos: 1,2	Ingestión de fármacos con Aluminio o Citratos: 1. Si ingestión 2. No ingestión
<i>TOMA DE PSICOFÁRMACOS</i>	Cualitativa Nominal Dicotómica	1,2	Toma de psicofármacos: 1. Si toma de psicofármacos 2. No toma de psicofármacos
<i>TIEMPO DE DIÁLISIS</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos: 1-3	Años sometidos a diálisis: 1. Menos de 1 año 2. De 1 a 5 años 3. Más de 5 años
<i>DURACIÓN DE CADA SESIÓN DE DIÁLISIS</i>	Cualitativa Ordinal	1,2,3,4,5,6	Minutos de duración de cada sesión dialítica: 1. 165 minutos 2. 180 minutos 3. 195 minutos 4. 210 minutos 5. 240 minutos 6. 300 minutos

Tabla 6.- Variables Psicológicas.

VARIABLES PSICOLÓGICAS			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>VALORACIÓN DEL G.D.S.</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos: 1-3	Valoración del estado afectivo de los sujetos: 1. Normal de 0-10 2. Depresión moderada de 11-14 3. Depresión grave > 14
<i>CONFRONTACIÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo confrontación: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>DISTANCIAMIENTO</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo distanciamiento: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>AUTOCONTROL</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo autocontrol: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo búsqueda de apoyo social: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo aceptación de la responsabilidad: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>HUÍDA-EVITACIÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo huida-evitación: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>PLANIFICACIÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo planificación: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>REEVALUACIÓN POSITIVA</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Modo de afrontamiento de los sujetos de tipo reevaluación positiva: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto

VARIABLES PSICOLÓGICAS (continúa)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>ENERGÍA</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos: 1-5	Rasgo de personalidad energía de los sujetos: 1. Bajo 2. Bajo-Medio 3. Medio 4. Medio-Alto 5. Alto
<i>AFABILIDAD</i>	Cualitativa Ordinal	1-5	Rasgo de personalidad afabilidad de los sujetos: 1. Bajo 2. Bajo-Medio 3. Medio 4. Medio-Alto 5. Alto
<i>TESÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-5	Rasgo de personalidad tesón de los sujetos: 1. Bajo 2. Bajo-Medio 3. Medio 4. Medio-Alto 5. Alto
<i>ESTABILIDAD EMOCIONAL</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad estabilidad emocional de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>APERTURA MENTAL</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad apertura mental de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>DISTORSIÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad distorsión de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>DINAMISMO</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad dinamismo de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>DOMINANCIA</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad dominancia de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>COOPERACIÓN</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad cooperación de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto

VARIABLES PSICOLÓGICAS (continúa)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>CORDIALIDAD</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad cordialidad de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>ESCRUPULOSIDAD</i>	Cualitativa Ordinal	1-3	Rasgo de personalidad escrupulosidad de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Alto
<i>PERSEVERANCIA</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad perseverancia de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>CONTROL DE EMOCIONES</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad control de los impulsos de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>CONTROL DE IMPULSOS</i>	Cualitativa Ordinal	1-4	Rasgo de personalidad control de los impulsos de los sujetos: 1. Bajo 2. Medio 3. Medio-Alto 4. Alto
<i>APERTURA A LA CULTURA</i>	Cualitativa Ordinal	1-5	Rasgo de personalidad apertura a la cultura de los sujetos: 1. Bajo 2. Bajo-Medio 3. Medio 4. Medio-Alto 5. Alto
<i>APERTURA A LA EXPERIENCIA</i>	Cualitativa Ordinal	1-5	Rasgo de personalidad apertura a la experiencia de los sujetos: 1. Bajo 2. Bajo-Medio 3. Medio 4. Medio-Alto 5. Alto

Tabla 7.- Variables de Calidad de Vida.

VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
<i>SALUD SUBJETIVA</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos: 1-4	Satisfacción con el estado de salud de los sujetos: 1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4. Mucho
<i>SALUD OBJETIVA</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de salud objetiva de los sujetos
<i>SALUD PSÍQUICA</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de la salud psíquica de los sujetos
<i>INTEGRACIÓN SOCIAL</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de la integración social de los sujetos
<i>SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN SOCIAL</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de la satisfacción en la relación social de los sujetos
<i>HABILIDADES FUNCIONALES</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de las habilidades funcionales de los sujetos
<i>ACTIVIDAD Y OCIO</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de la actividad y ocio de los sujetos
<i>SATISFACCIÓN DE LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos: 1-4	Satisfacción de la ocupación del tiempo de los sujetos: 1. Insatisfecho 2. Indiferente 3. Satisfecho 4. ns/nc
<i>CALIDAD AMBIENTAL</i>	Cuantitativa Continua	-	Media de la calidad ambiental de los sujetos
<i>SATISFACCIÓN CON LA VIVIENDA</i>	Cualitativa Ordinal	Intervalos. 1-4	Grado de satisfacción con la vivienda en general de los sujetos: 1. Insatisfecho 2. Indiferente 3. Satisfecho 4. ns/nc
<i>SATISFACCIÓN CON LA VIDA</i>	Cualitativa Ordinal	1-5	Satisfacción con la vida: 1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4. Mucho 5. ns/nc
<i>EDUCACIÓN</i>	Cualitativa Nominal	1-10	Nivel de alfabetización de los sujetos: 1. No sabe leer 2. Sabe leer 3. Estudios primarios completos 4. Formación profesional 1º grado 5. Formación profesional 2º grado 6. Bachiller elemental, EGB 7. Bachiller superior, BUP, COU 8. Estudios de Grado Medio 9. Universitarios o superiores 10. ns/nc

VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA (continúa)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	VALORES MÁXIMOS Y MÍNIMOS	SIGNIFICADO
INGRESOS ECONÓMICOS	Cualitativa Ordinal	1-10	Ingresos mensuales de los sujetos. 1. Hasta 45.000ptas 2. De 45.001 a 75.000ptas 3. De 75.001 a 100.000ptas 4. De 100.001 a 150.000ptas 5. De 150.001 a 200.000ptas 6. De 200.001 a 275.000ptas 7. De 275.001 a 350.000ptas 8. De 350.001 a 450.000ptas 9. Más de 450.000ptas 10. ns/nc
FRECUENCIA DE USO DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	Cualitativa Ordinal	1-4	Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios por los sujetos: 1. Nunca 2. Ocasionalmente 3. Frecuentemente 4. ns/nc
SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	Cualitativa Ordinal	1-4	Satisfacción de los sujetos con los servicios: 1. Nada satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Bastante satisfecho 4. Muy satisfecho 5. ns/nc
VALORACIÓN DE LOS ESTADOS DE CALIDAD DE VIDA	Cualitativa Ordinal	1-3	Valoración de 1 a 13 los distintos estados de la vida de los sujetos repartidos por las 3 primeras opciones: 1. 1ª Opción 2. 2ª Opción 3. 3ª Opción

6.- MÉTODO ESTADÍSTICO

El procesamiento de los datos no obedeció a un esquema rígido, ya que algunos de los resultados brutos preliminares alertaron para otras hipótesis interesantes de estudio.

La base de datos fue construida inicialmente utilizando la hoja de cálculo Excel perteneciente al programa de hojas de cálculo Microsoft Excel 2.000 para el sistema operativo de Windows 98, que fue utilizado para evaluar y revisar datos, calcular y comparar números y crear informes de tablas dinámicos en forma de plantilla electrónica que permitió la organización y compilación de los datos constituyendo la Matriz Primaria, en función del número de pacientes de la muestra y del número de variables a analizar.

Después fue exportada para el programa informático de análisis estadístico SPSS-12.0 versión para Windows.

En la introducción digitalizada de los datos fue necesario proceder simultáneamente a su caracterización y operacionalización, que incluían tareas de definición, tipificación, destipificación, tipo de escala (nominal, numérica, de clases,

categorial) y codificación de las variables.

Los criterios seguidos para la elección de las variables de estudio fueron:

- 1.- Su presencia en estudios anteriores.
- 2.- Haber sido referidas como factores de riesgo asociados al fenómeno en estudio.
- 3.- Disponibilidad en registros.

Siguiendo las líneas de trabajo inicialmente expuestas en este apartado de tareas, efectuamos en primer lugar un estudio descriptivo de cada una de las variables estudiadas (sociodemográficas, clínicas o de co-morbilidad, psicológicas y de calidad de vida) en el grupo de enfermos hemodializados.

Los datos de cada variable en el grupo de enfermos hemodializados van descritos en tablas de frecuencias realizando agrupaciones en las variables de escala cuando fuera necesario. Se describen las frecuencias absolutas y los porcentajes de cada categoría separados por sexos y conjuntamente.

Con fines didácticos estos resultados fueron transformados para mejor comprensión y visualización en gráficos para representación de distribución de frecuencias (diagrama de barras-3D, cilíndrico...). En los pies de estos gráficos se expone el perfil de la muestra y otros datos de interés.

A partir del perfil muestral, anteriormente citado, se ha intentado extrapolar estos datos a la población de pacientes mayores de 55 años sometidos a hemodiálisis, al menos de pacientes que habitan en áreas sociodemográficas similares a la estudiada.

Para este propósito, seguiremos el siguiente método:

1.- Para las variables nominales contrastaremos la significación de dichas modas validando la existencia de una o varias modalidades predominantes, mediante el test Chi-cuadrado de bondad ajuste a la distribución uniforme (no existen categorías predominantes), cuando se ha rechazado esta hipótesis se ha descrito la categoría o categorías con mayores residuos positivos.

2.- En muchas variables ordinales las categorías centrales obtuvieron escasa representación y no así las extremas, por lo que estas variables han sido tratadas como nominales. En estas variables la aceptación de la hipótesis citada en el punto 1) sitúa la mediana en la categoría o categorías centrales, el rechazo de dicha hipótesis la sitúa en la categoría predominante siempre que su porcentaje supere, en la población, el 50% (lo cual se garantiza con una proporción muestral de aproximadamente 65%, aún para la muestra de mujeres que es la más pequeña).

3.- En las variables de escala se han obtenido las medidas clásicas de posición y dispersión, media aritmética, desviación típica, desviación estándar, error estándar de la media, rango, valor mínimo y máximo, asimetría y curtosis, estudiando su normalidad mediante los test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilks, de tal manera que, a las

variables de escala que no sigan una distribución normal se les realizarán siempre pruebas no paramétricas. En las variables que siguen una distribución normal se ha dado, en el resumen de la sección de resultados, la media y su intervalo de confianza al 95%, en las que no siguen dicha distribución se han dado la media de la muestra, como estimador de la de la población, y la mediana y se han comparado para estudiar su representatividad.

El perfil de la población obtenido por este método se ha denominado perfil inferencial. Se ha realizado el estudio por sexos y para el total de la población, realizando comparaciones entre sexos y señalando las diferencias si las hubiere. En las variables estudiadas como nominales las diferencias se han descrito en caso de haber aparecido categorías predominantes distintas entre ambos sexos. En las de escala se ha realizado la prueba T de igualdad de medias o el test U de Mann-Whitney y/o W de Kruskal-Wallis dependiendo de la aceptación de la normalidad para la variable en cuestión, en algunos casos el gran solapamiento (cada media muestral contenida en el intervalo de la otra media poblacional) de los intervalos de confianza para la media ha justificado la igualdad entre sexos.

Se estableció el nivel de significación estadística a partir del 95% o mayor, calculándose el grado de significación mediante una de las opciones del paquete y fruto del programa estadístico utilizado.

7.- FIGURA DEL ENTREVISTADO

En las distintas visitas a los enfermos dializados en las correspondientes unidades dialíticas, para la realización de las diferentes entrevistas y tests, se ha creado una relación entre enfermo–entrevistador (alejada de ser relación médico–enfermo) que da pie no sólo a captar, recoger, estructurar los datos obtenidos a partir de la realización de los cuestionarios, sino que aboca y entraña en una implicación y complicidad de intercambio de sensibilidades, pensamientos, enseñanzas, afectividades, cierto grado de confianza, trayectoria, compañía...

Aunque por encima de cualquier percepción de sensibilidad o afecto, la actividad objetivo, la asertividad y la empatía han dominado en la relación, bien es verdad, que la huella personal que dejamos los humanos o mejor dicho la huella que nos dejan determinadas personas, no por estar específicamente enfermas de una patología en concreto, sino que por encima de la situación y estado de enfermedad, hay un ser humano, y cada uno con su carisma y personalidad, que sin proponérselo nos deja ese recuerdo, esa mirada, esa nostalgia, esa satisfacción de haberla conocido.

Quizás ellas sólo tengan la imagen del entrevistador como un encarnizado buscador de información, frío, indiferente, no involucrado, no implicado, pero eso ya es inevitable. Personalmente se ha intentado por todos los medios ser una figura grata, agradable, emotiva positivamente, sin darse al engaño, sin crear falsas esperanzas ni promesas, jugando con la honestidad en la contención de sus miedos, dudas, intranquilidades, ilusiones, sueños, preocupaciones, esperanzas en su ámbito personal, sin hacer sombra al resto de los profesionales sanitarios de las unidades de diálisis, intentando aliviar su estado emocional recurriendo a todas las habilidades personales conocidas y no conocidas por nosotros mismos para conseguir ser aceptado como figuras asiduas en el engranaje del proceso dialítico. De forma particular, se puede decir

que se han dado situaciones de auténtico estrés y tensión en las entrevistas pero vividas desde la figura del entrevistador que ha tenido que simular con ardua maestría para no transmitirla al sujeto entrevistado. Se podrían resumir los aspectos tensionales del entrevistador como figura no profesional para el enfermo dializado que ha de ganarse su presencia y posteriores visitas en la unidad y de forma individualizada con respecto a cada paciente dentro de lo que conforma la vivencia dialítica y que son:

- Miedo al rechazo intuido, percibido, generado esporádicamente y/o sin razón, o simplemente autocreado subjetivamente en el entorno de la acción entrevistadora envuelta por la mutua presencia ante el enfermo dializado.

- Incertidumbre ante la reacción e impacto, que va a tener en sí no sólo la información que proporciona en forma de preguntas los propios cuestionarios, sino la respuesta a los mismos en los propios pacientes, produciéndose en ellos el proceso mental de rumiación, que puede crear la decisión de toma de actitud que es incierta para el entrevistador de una visita a otra.

- Opinión de los familiares o cuidadores del paciente, que se percibe como factor condicionante en la aceptación o no de la figura del entrevistador por parte del dializado.

- Planteamiento de ciertas preguntas de interés personal como puede ser ¿cuándo me darán un riñón a mí? ¿Para qué sirve esto? ¿Para qué quiero estar yo aquí?, o cuestionar ciertos aspectos como la eutanasia, suicidio o amenaza del mismo como acto manipulador, divorcio, separaciones, pérdidas, etc. que surgen en las sesiones que no sabes cuando van a surgir pero que en cualquier caso se han puesto en tela de juicio a lo largo de la relación y que sinceramente nunca se tiene la respuesta adecuada que satisfaga al sujeto que cuestiona, pues la verdad si ellos se sienten desnudos ante su conexión a una máquina, el que se pone a su lado está igualmente desnudo o más ante la desnudez ajena que honestamente no puede cubrir aunque lo intente con respuestas de contención.

RESULTADOS

1. Análisis Factorial

1.1. Variables Psicológicas

Tabla 8.- Estadísticos de los Factores de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Variables Factorializadas		FGDS1	FGDS2	FGDS3	FGDS4	FGDS5
N	Válidos	90	90	90	90	90
	Pérdidos	0	0	0	0	0
Media		0,4646	0,2389	0,4400	0,3556	0,2889
Desviación Típica		0,28503	0,25255	0,32596	0,29504	0,31780
Varianza		0,081	0,064	0,106	0,087	0,101
Mínimo		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

(FGDS1 = Factor de Depresión 1 o Humor Triste; FGDS2 = Factor de Depresión 2 o Humor Positivo; FGDS3 = Factor de Depresión 3 o Agitación; FGDS4 = Factor de Depresión 4 o Ausencia de Energía; FGDS5 = Factor de Depresión 5 o Aislamiento Social).

Tabla 9.- Estadísticos de los Factores de las Escalas de los Modos de Afrontamiento (Lazarus Folkman) y de Personalidad (BFQ).

Variables Factorializadas		FA1	FA2	FP1	FP2	FP3	FP4	FP5
N	Válidos	90	90	90	90	90	90	90
	Pérdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		6,25	8,68	47,21	42,78	29,43	46,45	57,33
Desviación Típica		2,83363	2,88229	9,53223	12,84469	9,25116	10,31039	9,56681
Varianza		8,029	8,308	90,863	164,986	85,584	106,304	91,524
Mínimo		1,80	3,67	27,75	20,67	16,67	22,67	34,67
Máximo		14,00	15,00	64,25	66,00	57,33	66,67	76,00

(FA1= Factor de Afrontamiento 1 o Centrado en el Problema; FA2= Factor de Afrontamiento 2 o Centrado en la Emoción); FP1= Factor de Personalidad 1 o Energía; FP2= Factor de Personalidad 2 o Apertura Mental; FP3= Factor de Personalidad 3 o Estabilidad Emocional; FP4= Factor de Personalidad 4 o Afabilidad; FP5= Factor de Personalidad 5 o Tesón).

Figura 9

Representación Gráfica del Análisis Factorial de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

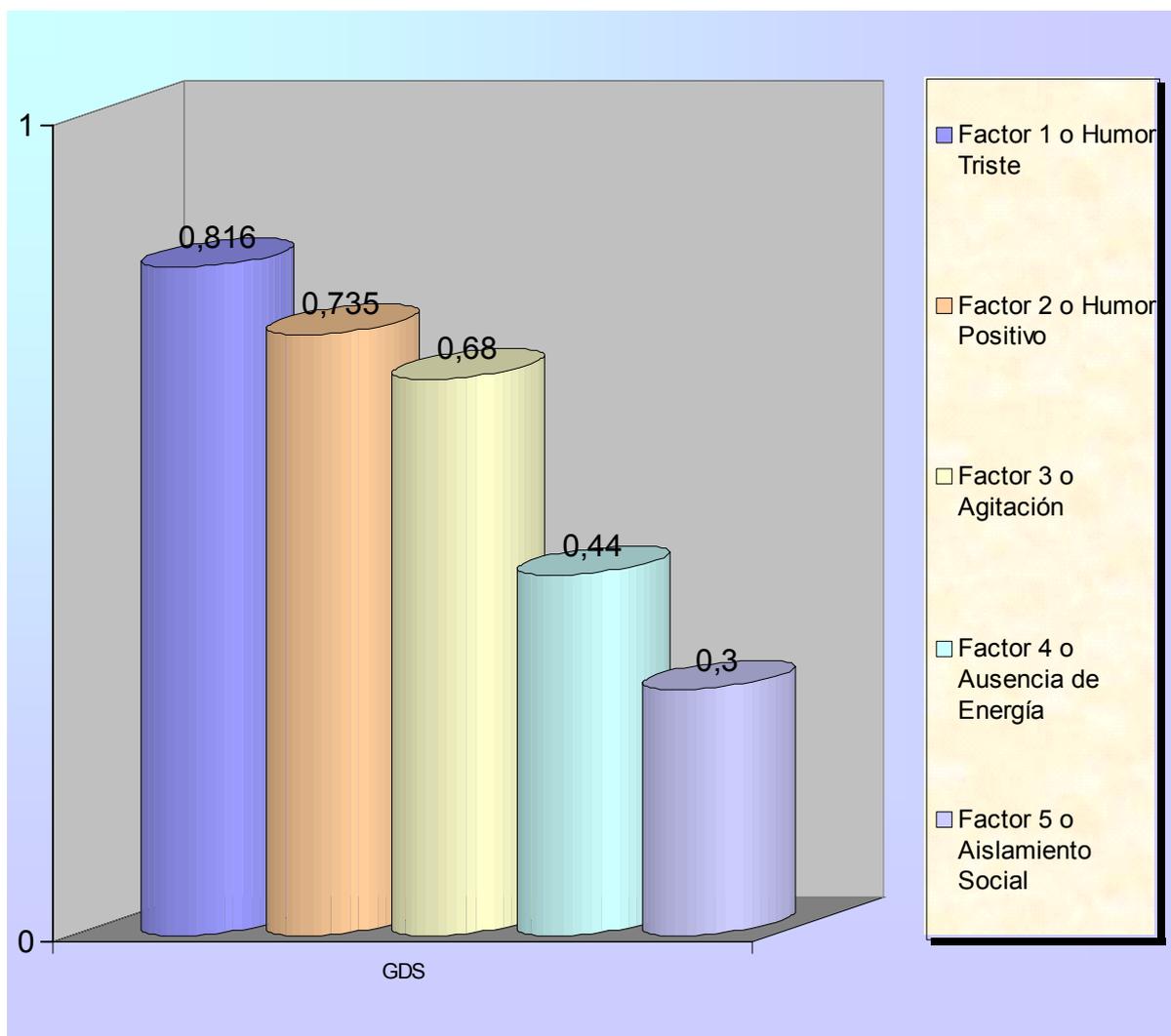


Fig. 9: Los diferentes estados anímicos medidos con la Escala de Depresión Geriátrica quedan reflejados en los siguientes factores: Factor 1 o humor triste: 0,816; Factor 2 o humor positivo: 0,735; Factor 3 o agitación: 0,680; Factor 4 o ausencia de energía: 0,440; Factor 5 o aislamiento social: 0,300.

Figura 10

Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

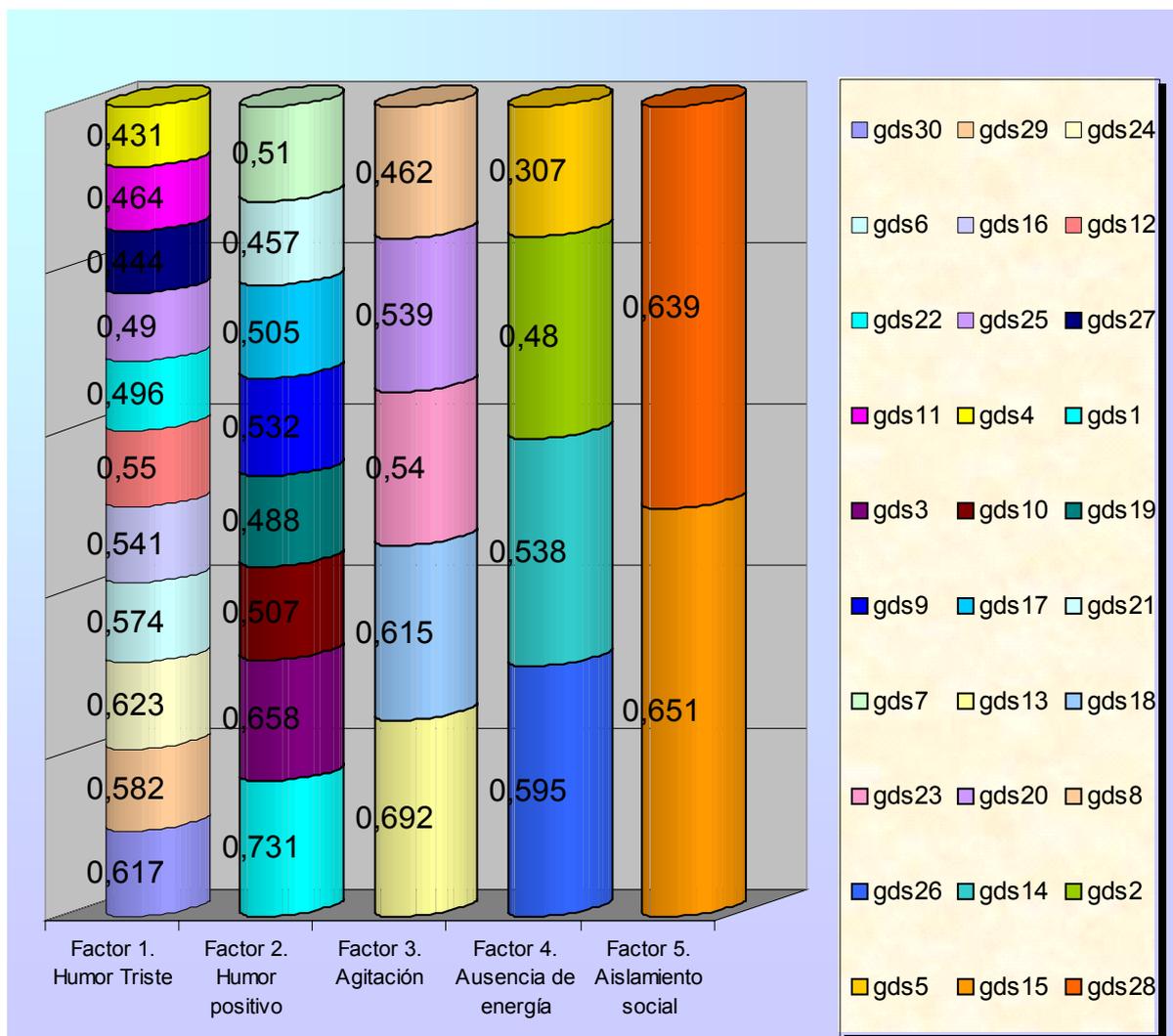


Fig. 10: Los diferentes estados anímicos medidos con la Escala de Depresión Geriátrica quedan reflejados en los siguientes factores: Factor 1 o humor triste (Ítems GDS: 30, 29, 24, 6, 16, 12, 22, 25, 27, 11); Factor 2 o humor positivo (Ítems GDS: 1, 3, 10, 19, 9, 17, 21, 7); Factor 3 o agitación (Ítems GDS: 13, 18, 23, 20, 8); Factor 4 o ausencia de energía (Ítems GDS: 26, 14, 2, 5); Factor 5 o aislamiento social (Ítems GDS: 15, 28).

Figura 11

Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario Modos de Afrontamiento de los Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman)

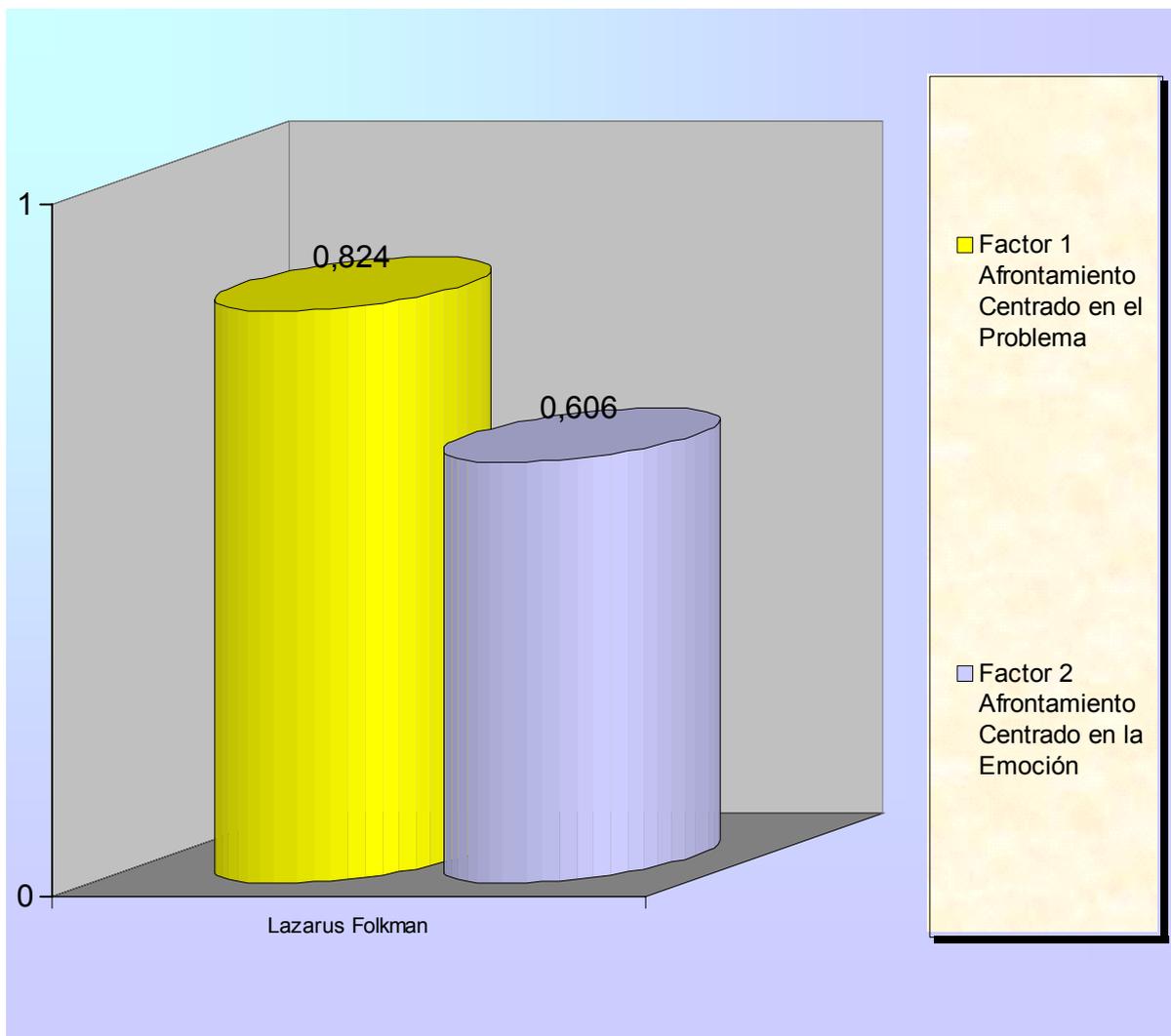


Fig. 11: Los diferentes modos de afrontamiento valorados a través del Cuestionario de Lazarus y Folkman quedan globalmente representados en los siguientes factores: Factor 1 o afrontamiento centrado en el problema (0.824,) y el Factor 2 o afrontamiento centrado en la emoción (0,606).

Figura 12

**Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del
Cuestionario de los Modos de Afrontamiento de Sucesos
Estresantes (Lazarus-Folkman)**

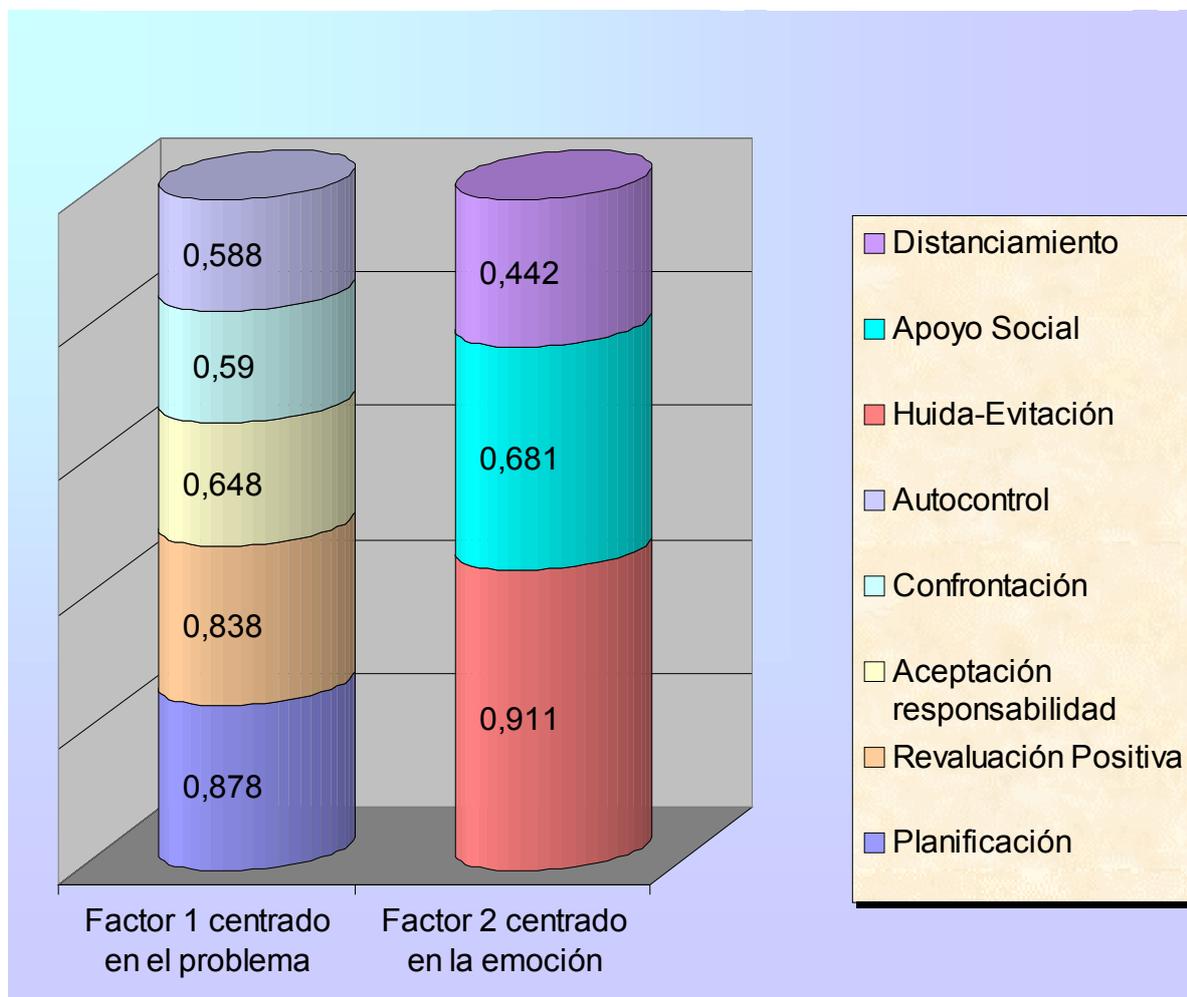


Fig. 12: La contribución en orden decreciente al Factor Centrado en el Problema lo hacen los siguientes modos de afrontamiento y en el total de la población: planificación (0,878), re-evaluación positiva (0,838), aceptación de la responsabilidad (0,648), confrontación (0,590) y autocontrol (0,588). Para el Factor Centrado en la Emoción este orden sería: huída-evitación (0,911), apoyo social (0,681) y distanciamiento (0,442).

Figura 13

Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ)

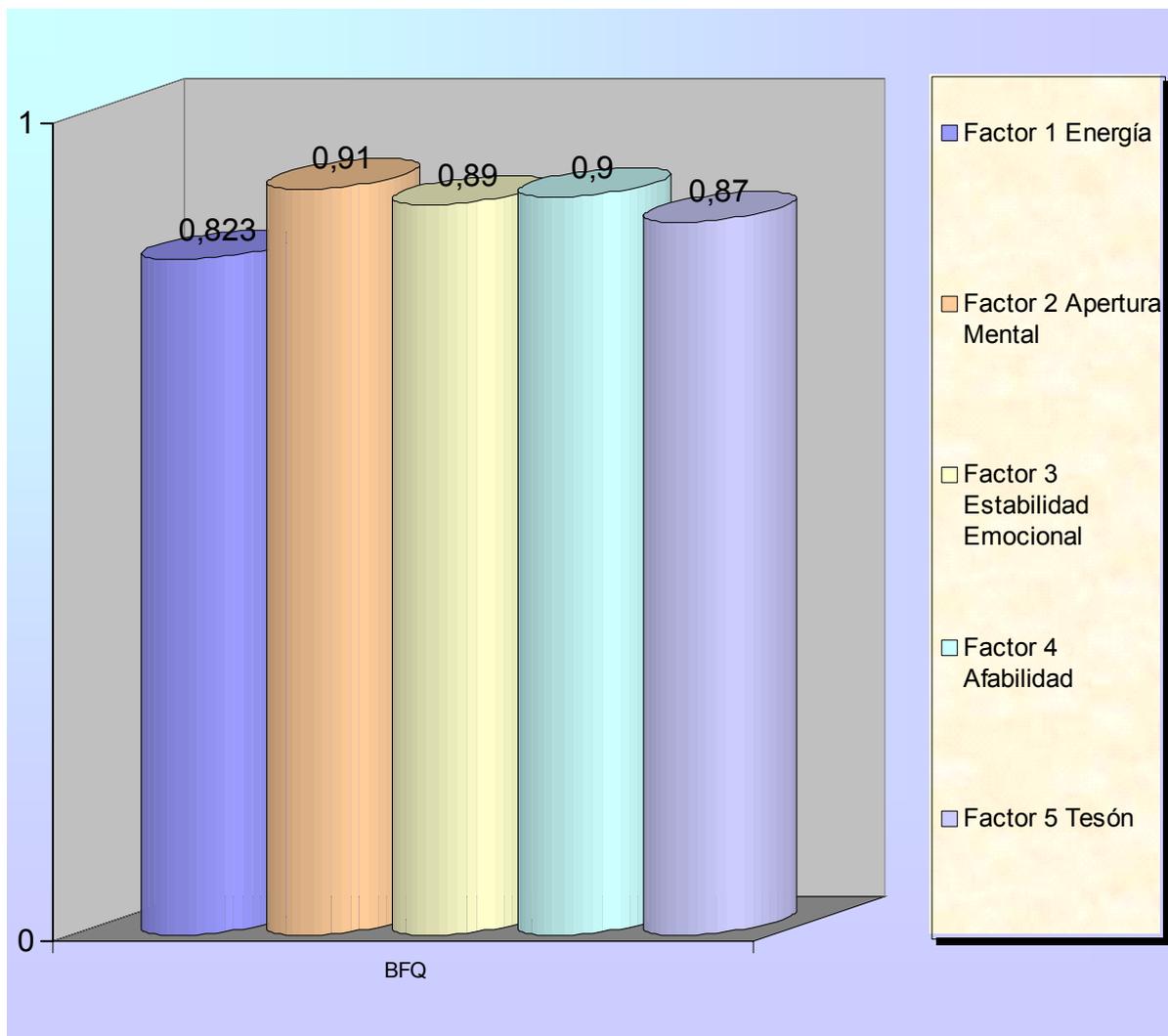


Fig. 13: Las diferentes dimensiones de personalidad del cuestionario Big Five o BFQ quedan reflejadas en los siguientes Factores: Factor 1 o Energía (0,823); Factor 2 o Apertura Mental (0,910); Factor 3 o Estabilidad Emocional (0,890); Factor 4 o Afabilidad (0,900); y Factor 5 o Tesón (0,870).

Figura 14

Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ)

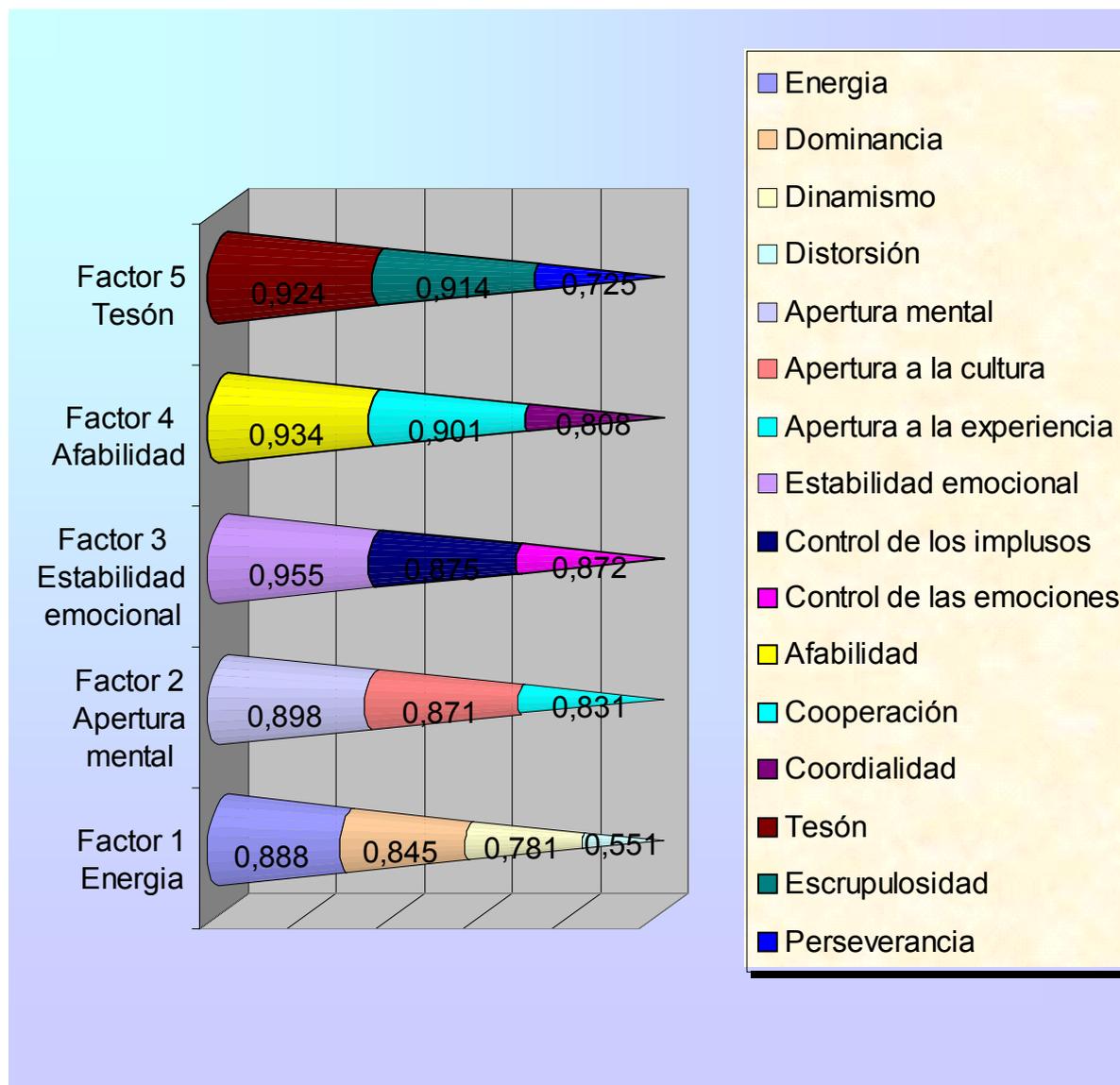


Fig. 14: La contribución de los Ítems del cuestionario BFQ a los diferentes factores es: Factor 1 o Energía con energía (0,888), dominancia (0,845), dinamismo (0,781) y distorsión (0,551). Factor 2 o Apertura Mental con apertura mental (0,898), apertura a la cultura (0,871) y apertura a la experiencia (0,831). Factor 3 o Estabilidad Emocional con estabilidad emocional (0,955), control de los impulsos (0,875) y control de las emociones (0,872). Factor 4 o Afabilidad con afabilidad (0,934), cooperación (0,901) y cordialidad (0,808). Factor 5 o Tesón con tesón (0,924), escrupulosidad (0,914) y perseverancia (0,725).

1.2. Variables de Calidad de Vida

Tabla 10.- Estadísticos de los Factores del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

Variables Factorializadas		FCV1	FCV2	FCV3	FCV4	FCV5
N	Válidos	90	90	90	90	90
	Pérdidos	0	0	0	0	0
Media		2,3067	2,2037	3,8819	2,7685	3,0778
Desviación Típica		0,56343	1,37273	1,04517	0,36437	0,62221
Varianza		0,317	1,884	1,092	0,133	0,387
Mínimo		1,17	0,67	1,73	1,42	2,00
Máximo		3,33	9,00	6,23	3,00	4,00

(FCV1= Factor de Calidad de Vida 1 o Salud Física, Psíquica y Social; FCV2= Factor de Calidad de Vida 2 o Aspectos Socioeconómicos; FCV3= Factor de Calidad de Vida 3 o Integración Social; FCV4= Factor de Calidad de Vida 4 o Calidad Ambiental; FCV5= Factor de Calidad de Vida 5 o Servicios Socio-Sanitarios).

Figura 15

Representación Gráfica del Análisis Factorial del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

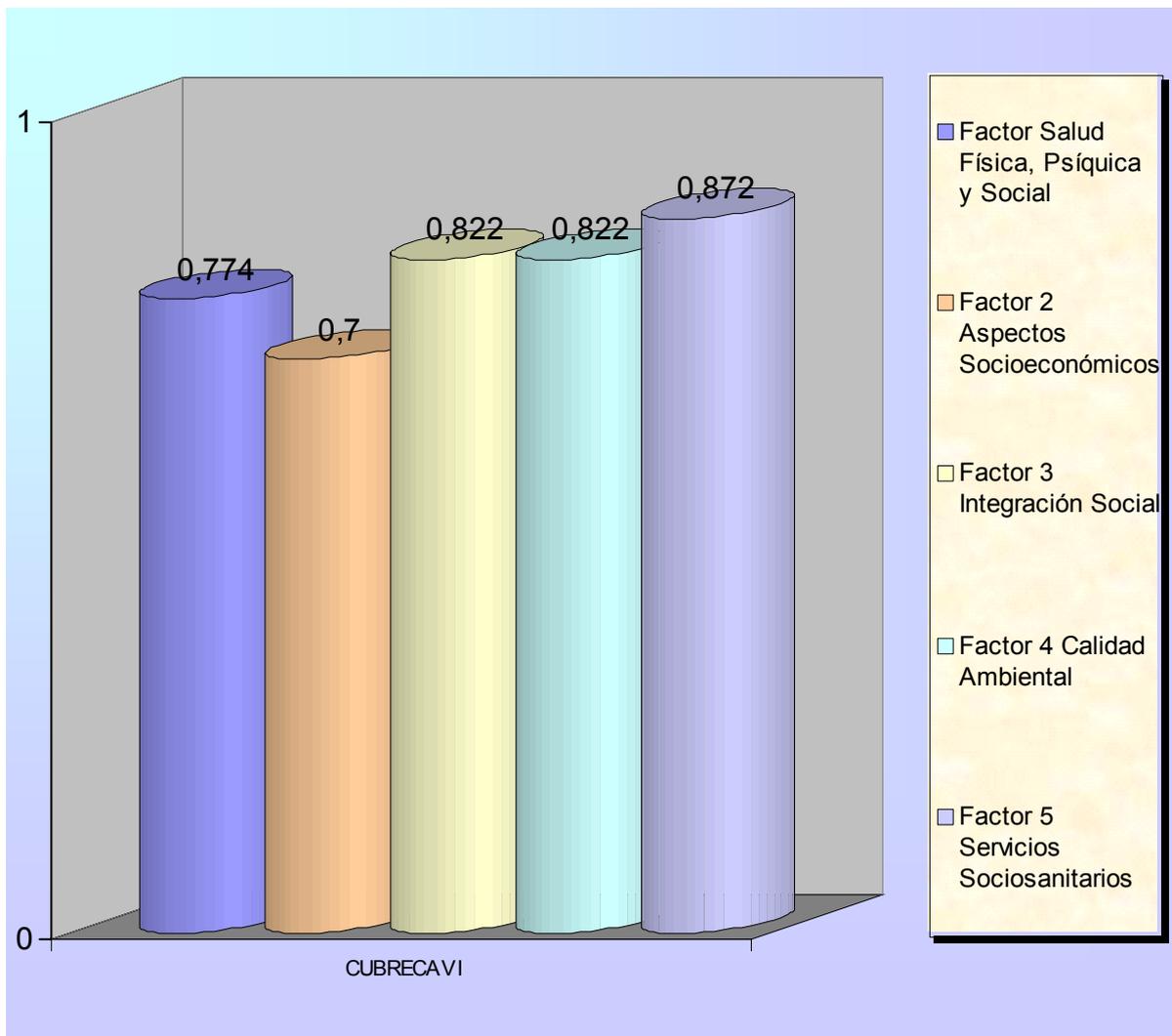


Fig. 15: Las diferentes dimensiones que componen la Calidad de Vida medidas a través del Cuestionario CUBRECAVI quedan representadas en los siguientes factores: Factor 1 o Salud Física, Psíquica y Social (0,774); Factor 2 o Aspectos Socioeconómicos (0,700); Factor 3 o Integración Social (0,822); Factor 4 o Calidad Ambiental (0,822); Factor 5 o Servicios Sociosanitarios (0,872).

Figura 16

Representación Gráfica de los Ítems de cada Factor del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

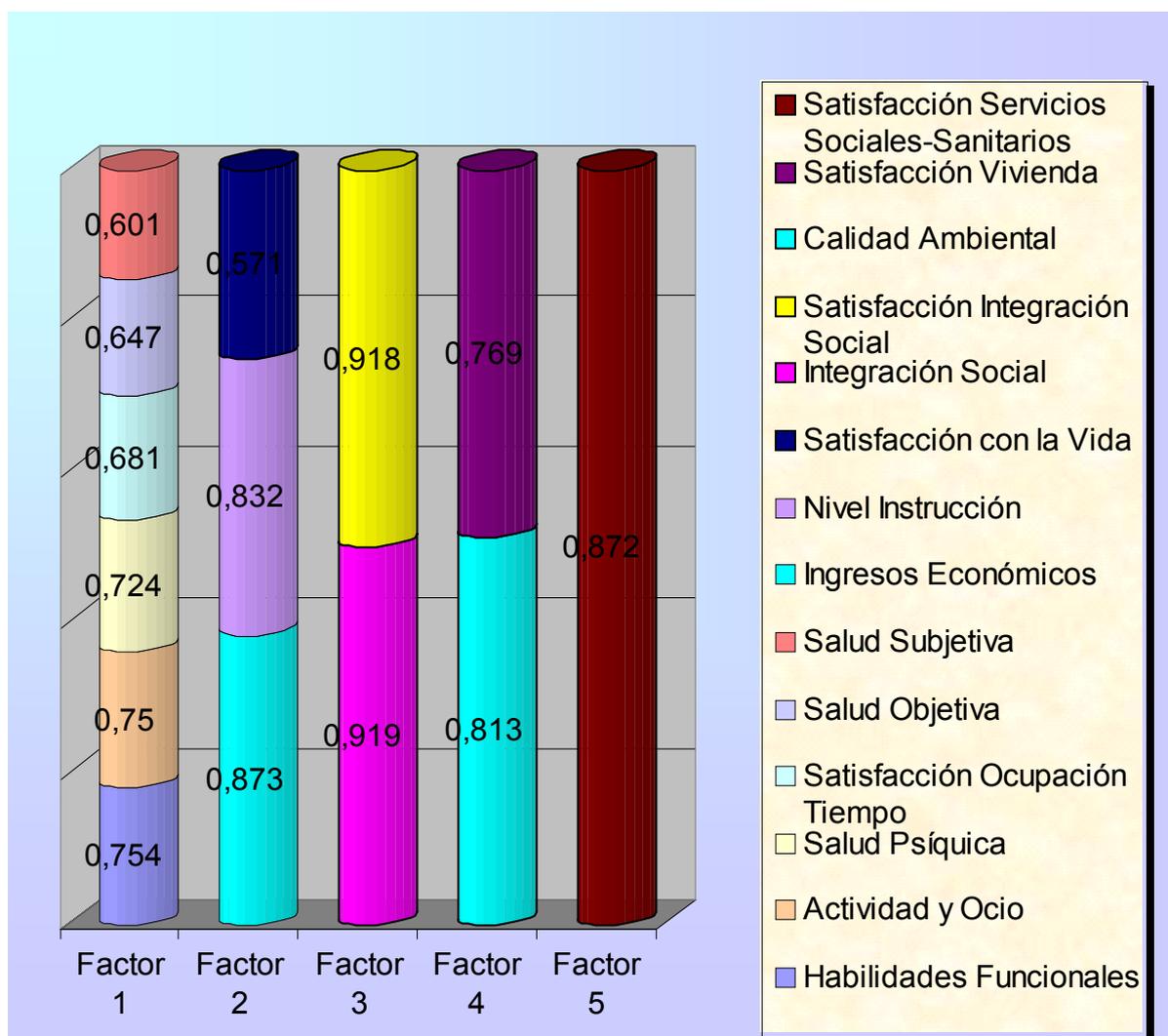


Fig. 16: La contribución de las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida se refleja en los factores siguientes: Factor 1 o Salud Física, Psíquica y Social con habilidades funcionales (0,754), actividad y ocio (0,750), salud psíquica (0,724), satisfacción de la ocupación del tiempo (0,681), salud objetiva (0,647) y salud subjetiva (0,601). Factor 2 o Aspectos Socioeconómicos con ingresos económicos (0,873), nivel de instrucción (0,832) y satisfacción con la vida (0,571). Factor 3 o Integración Social con integración social (0,919) y satisfacción de la integración social (0,918). Factor 4 o Calidad Ambiental con calidad ambiental (0,813) y satisfacción con la vivienda (0,769). Factor 5 o Servicios Socio-Sanitarios con satisfacción con los servicios sociales y sanitarios (0,872).

2. Análisis Descriptivo

2.1. Variables Sociodemográficas

Tabla 11.- Estadísticos de la Variable Sociodemográfica Edad.

Estadísticos		Variable Edad
N	Válidos	90
	Péridos	0
Media		68,0667
Desviación Típica		6,51495
Varianza		42,445
Mínimo		55,00
Máximo		81,00

Principales medidas de dispersión de los sujetos de la muestra de estudio para la variable edad.

Figura 17

Representación Gráfica de la Estratificación de la Variable Edad según Género

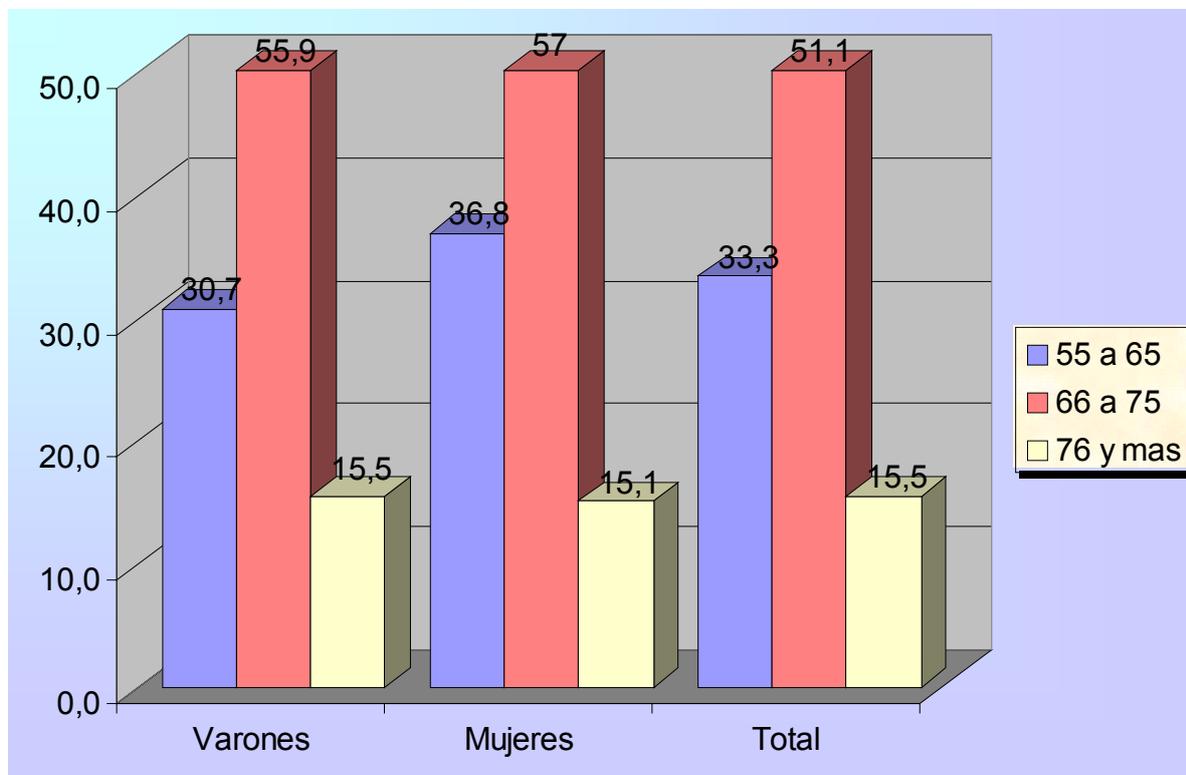


Fig. 17: En los varones la edad con mayor porcentaje de individuos se da entre 66 a 75 años con un 55,9%, en las mujeres ese intervalo de edad es también el de mayor porcentaje con un 57%, en el total de la población, ese intervalo de edad queda como el de mayor porcentaje con un 51,1%. El intervalo con menor porcentaje para los hombres es el de 76 y más años, con un 15,5%, y con 15,1% en las mujeres para el mismo intervalo, y en el total de población es igualmente al de 76 y más años con un 15,5%.

Figura 18

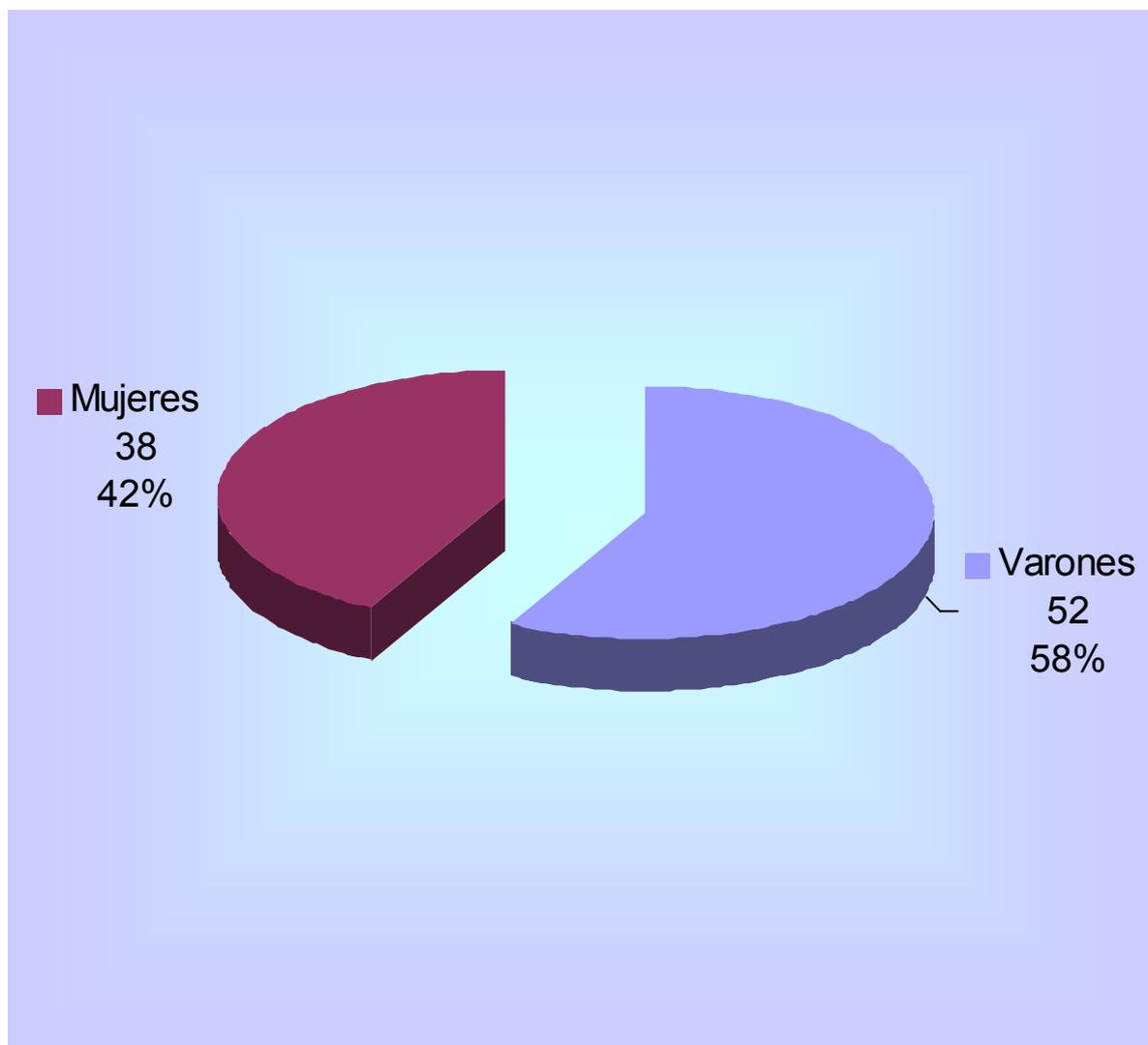
Representación Gráfica de la Distribución de la Población de Estudio según Género

Fig. 18: La población de estudio está compuesta por 38 mujeres, un 42% del total, y 52 hombres, un 58% del total.

Figura 19

Representación Gráfica de la Variable Estado Civil según Género

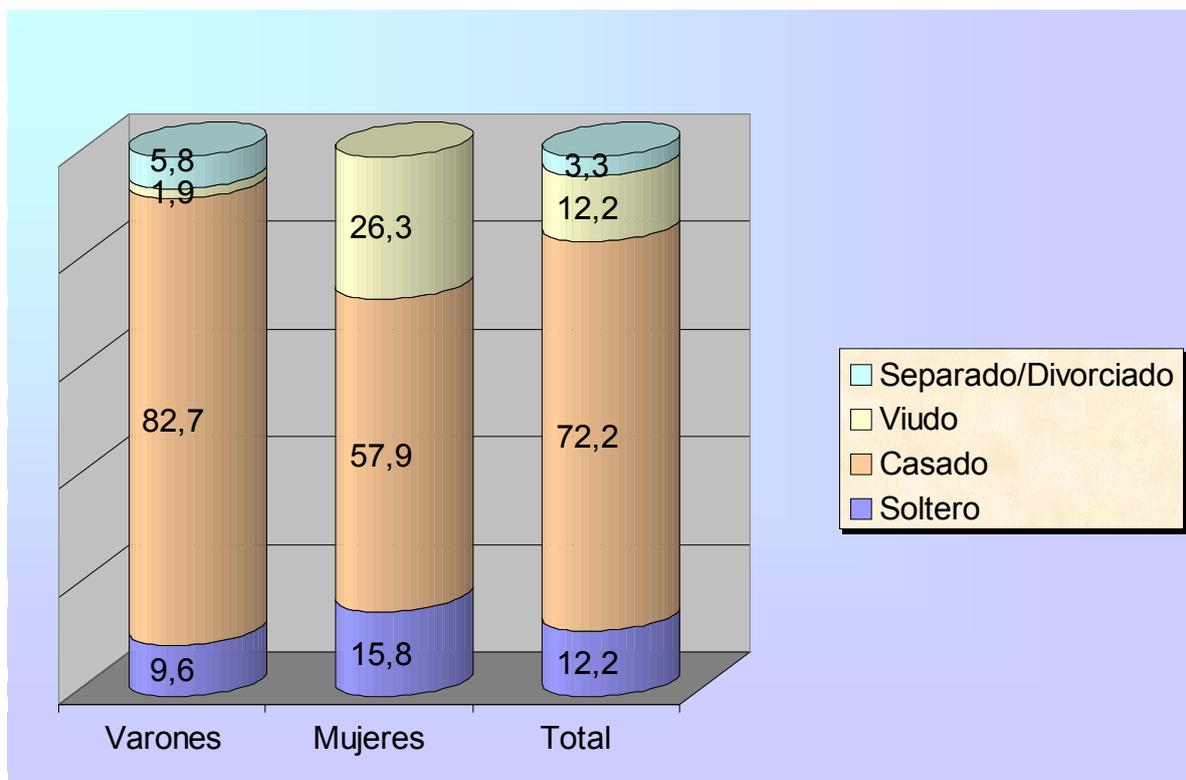


Fig. 19: El estado civil predominante es el de casado con un 82,7% en los hombres, un 57,9% en las mujeres, resultando un 72,2% en el total de la población. Cabe destacar también un considerable porcentaje de viudas 26,3% frente al de viudos 1,9%.

Figura 20

Representación Gráfica de la Variable Domicilio Rural o Urbano según Género

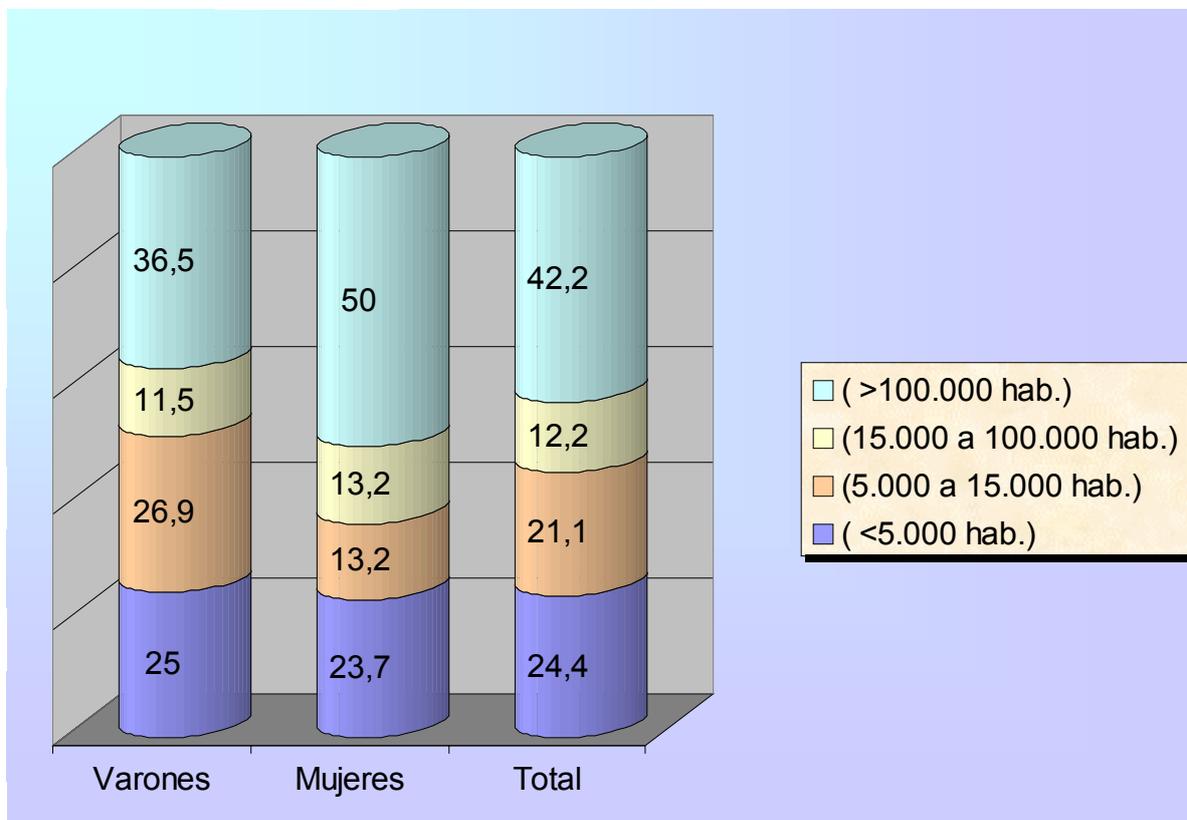


Fig. 20: El domicilio más habitual se haya situado en un municipio con más de 100.000 habitantes, en este caso sería la capital de la provincia Granada, con un 36,5% en los hombres, un 50% en las mujeres y un 42,2% en el total. El domicilio menos frecuente se halla en un municipio de entre 15.000 y 100.000 habitantes, un 11,5% en los hombres, un 13,2% en las mujeres y un 12,2% en el total.

Figura 21

Representación Gráfica de la Variable Ocupación Actual o Anterior según Género

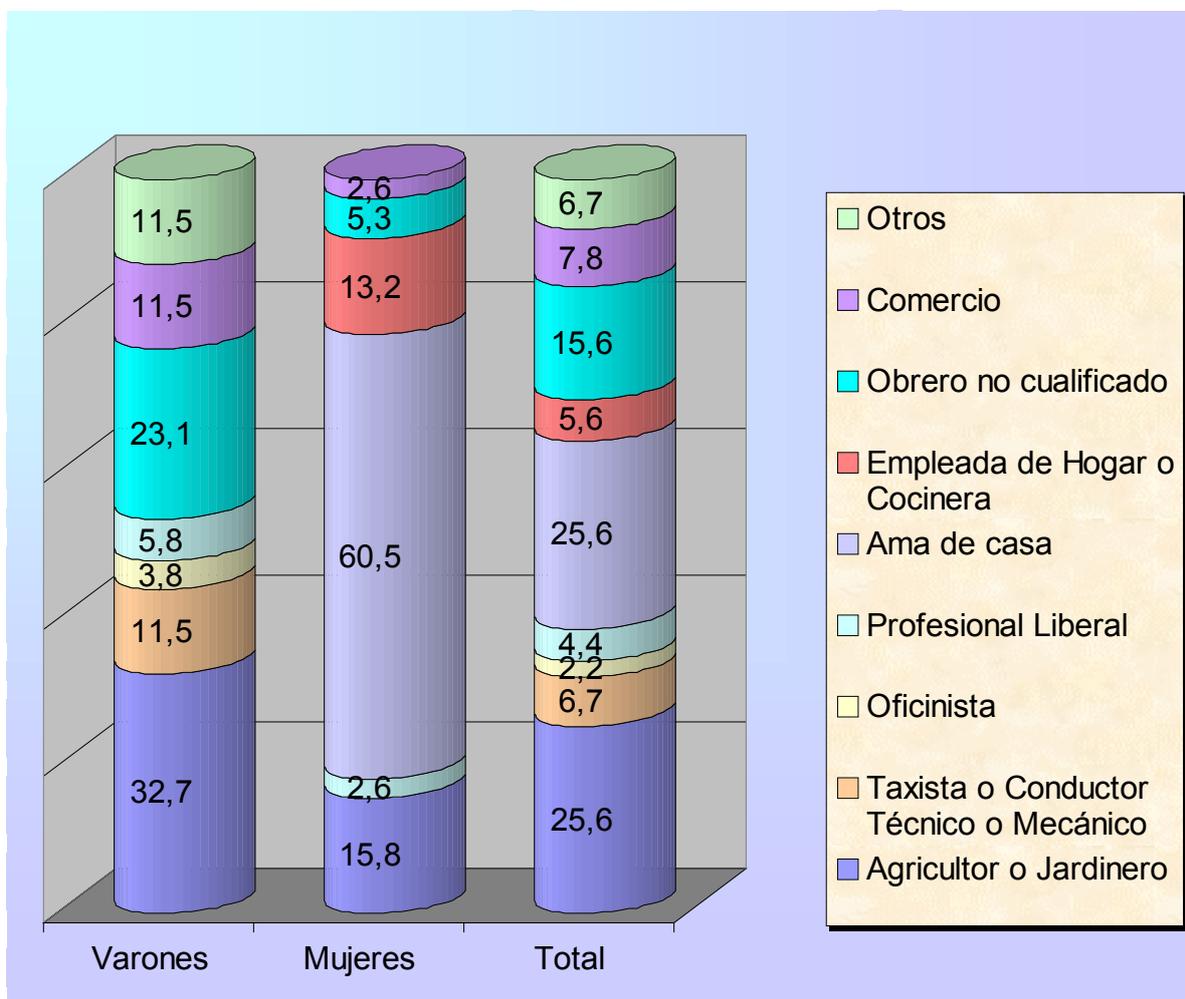


Fig. 21: En los hombres la ocupación más frecuente es la de agricultor o jardinero con un 32,7% seguido por la de obrero no cualificado con un 23,1%, las menos frecuentes son la de oficinista 3,8%, y la profesional liberal 5,8%. En las mujeres la ocupación más frecuente es la del ama de casa 60,5% seguida de la de agricultora o jardinera, 15,8% y la de empleada de hogar o cocinera 13,2%. Quedan en el total de la población como ocupaciones más habituales la de agricultor o jardinero 32,7%, y la de ama de casa 25,6%, y las que menos la de oficinista 2,2% y profesiones liberales 4,4%.

2.2. Variables Clínicas

Tabla 12.- Estadísticos de las Variables Clínicas.

Variables		Patolog. Relac. Diálisis	N° Patol. Diagnos.	N° Fármac. Consum. 5 años	Ingestión Fármacos Alum/Citr.	Toma Psicofár.	Tiempo Diálisis Meses	Duración Sesión Diálisis Minutos
N	Válidos	90	90	90	90	90	90	90
	Pérdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		1,36	3,00	7,86	0,38	0,17	49,6556	4,0775
Desviación Típica		0,483	1,767	2,009	0,488	0,375	42,53410	1,27401
Varianza		0,234	3,124	4,035	0,238	0,140	189,150	1,623
Mínimo		1	1	3	0	0	8,00	1,00
Máximo		2	9	13	1	1	193,00	6,00

Principales medidas de dispersión de los sujetos de la muestra de estudio para las variables clínicas.

Figura 22

Representación Gráfica de la Variable Patologías Especialmente Relacionadas con la Diálisis según Género

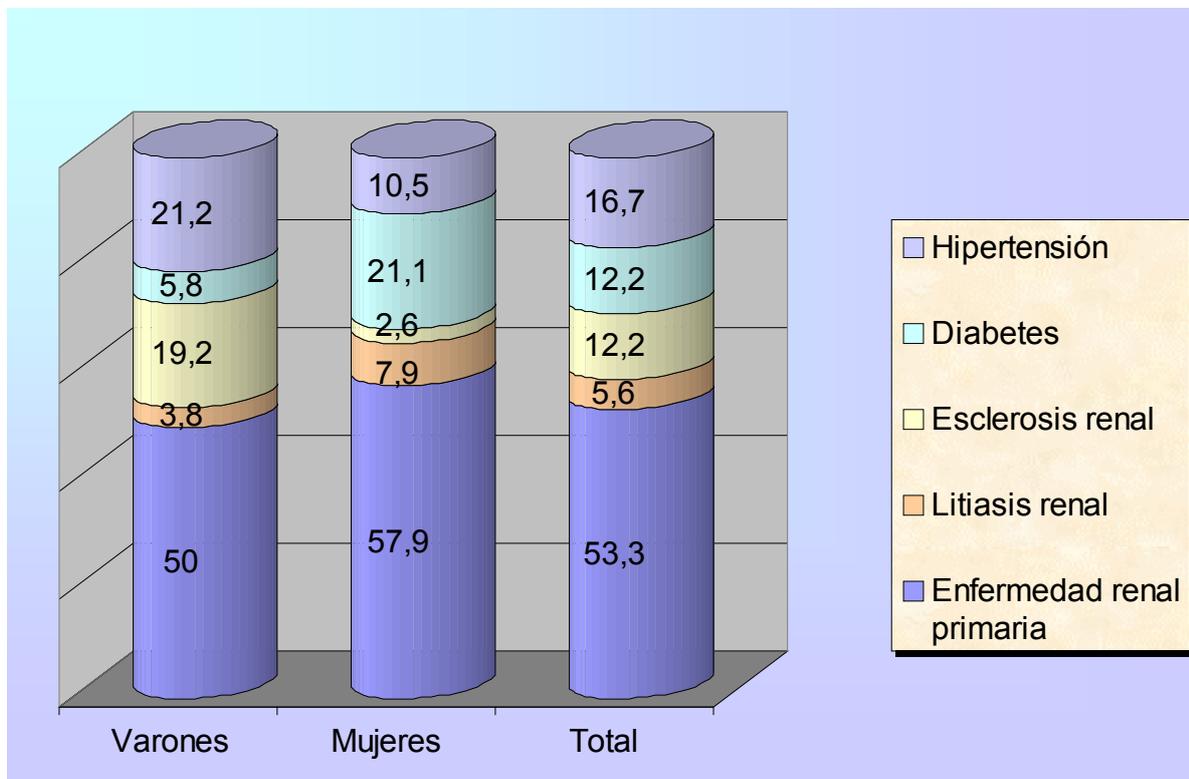


Fig. 22: La patología especialmente relacionada con la diálisis más frecuente es la enfermedad renal primaria con un 50% en hombres, un 57,9% en mujeres y un 53,3% en el total de la población. El resto de patologías se distribuye de distinta manera dependiendo del sexo, siendo la que menos afecta a los hombres la litiasis renal en un 3,8% y la que menos afecta a las mujeres la esclerosis renal en un 2,6%.

Figura 23

Representación Gráfica de la Variable Número de Patologías Diagnosticadas según Género

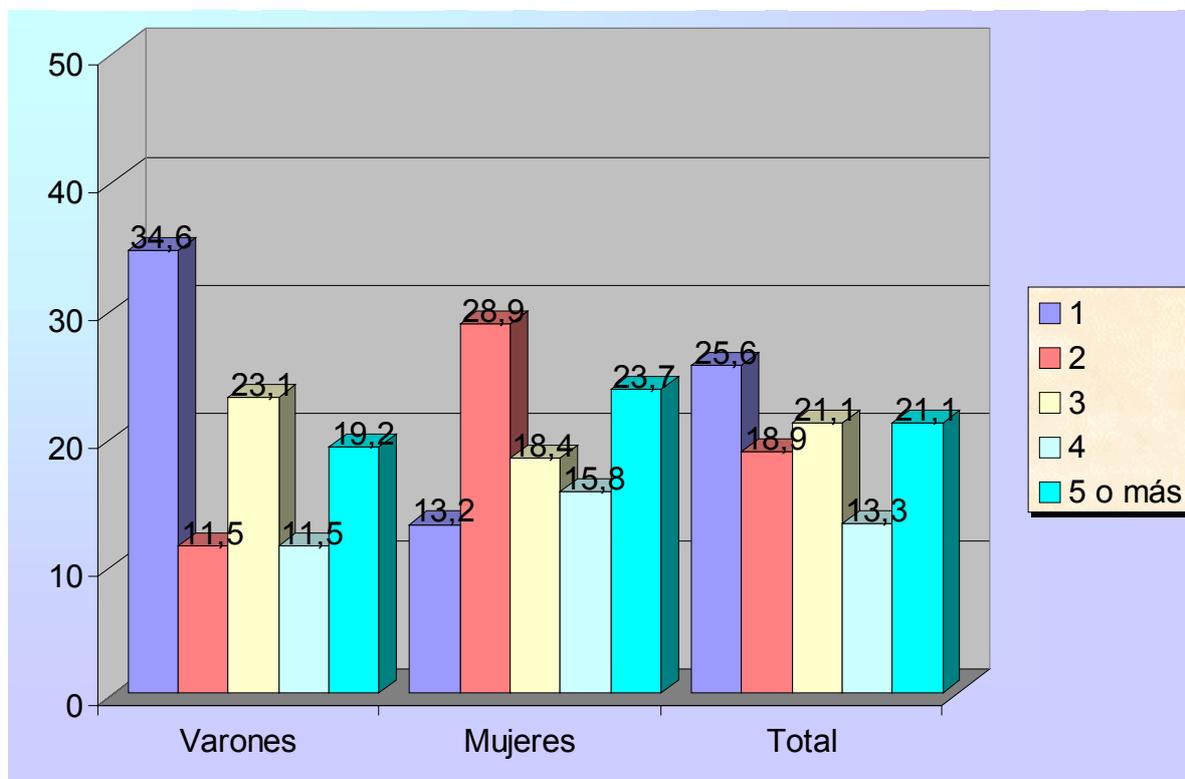


Fig. 23: El número de patologías diagnosticadas, además de las comentadas en la figura 22, más habitual es una en los hombres con un 34,6%, dos en las mujeres con un 28,9% y una en el total de la población con un 25,6%. Es notable el porcentaje de pacientes con cinco o más patologías diagnosticadas, 19,2% en hombres 23,7% en mujeres y 21,1% en el total.

Figura 24

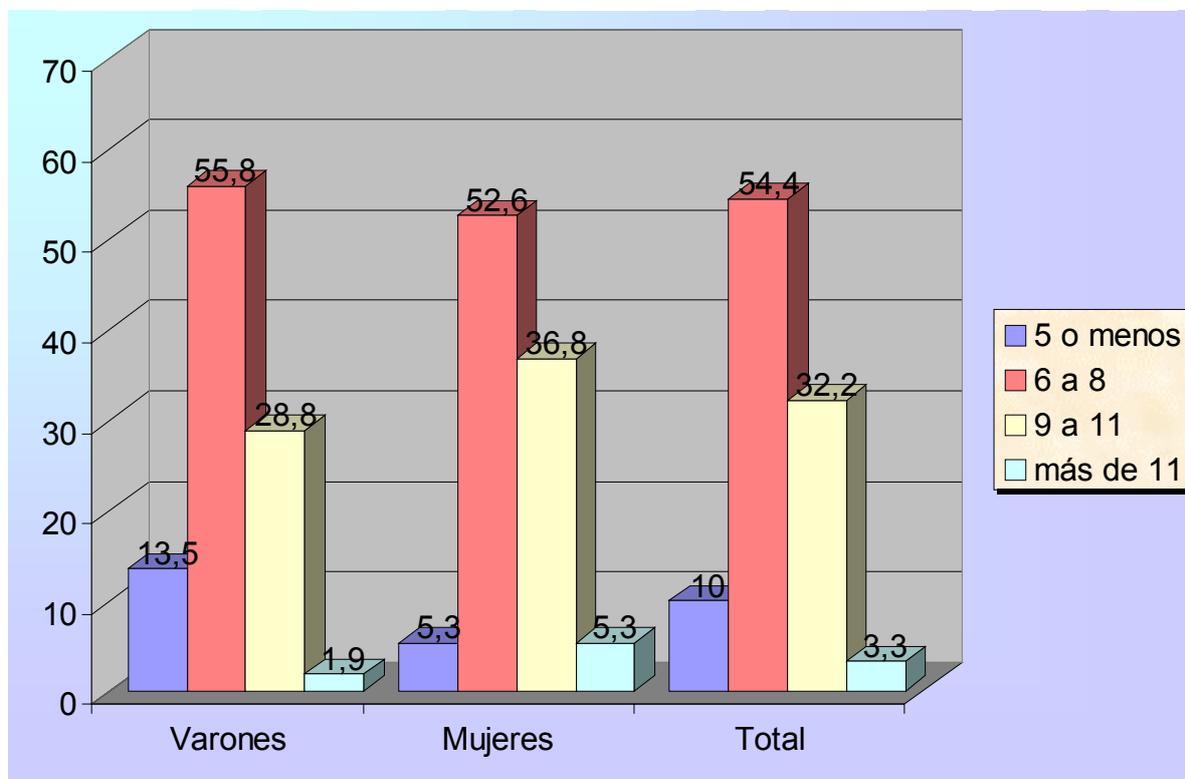
Representación Gráfica de la Variable Número de Fármacos Consumidos en los Últimos Cinco Años según Género

Fig. 24: El número de fármacos consumidos en los últimos cinco años se sitúa habitualmente entre seis y ocho, 55,8% para los hombres, 52,6% para las mujeres y 54,4% en el total. En todos los grupos la categoría con menor porcentaje es la de más de 11 fármacos consumidos 1,9% en varones, 5,3% en mujeres y 3,3% en el total.

Figura 25

**Representación Gráfica de la Variable
Ingestión de Fármacos con Aluminio o Citratos según
Género**

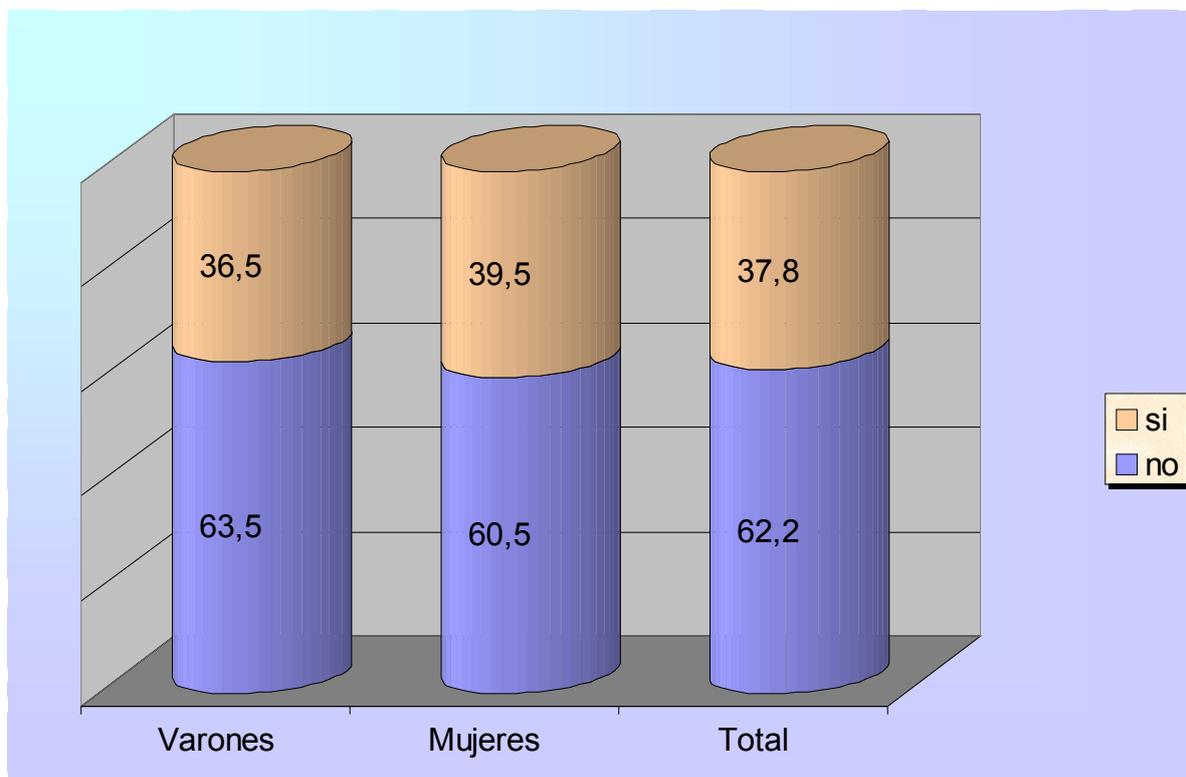


Fig. 25: Los pacientes que habitualmente no toman fármacos con aluminio o citratos son un 63,5% de los hombres, un 60,5% de las mujeres y un 62,2% del total.

Figura 26

Representación Gráfica de la Variable Toma de Psicofármacos según Género

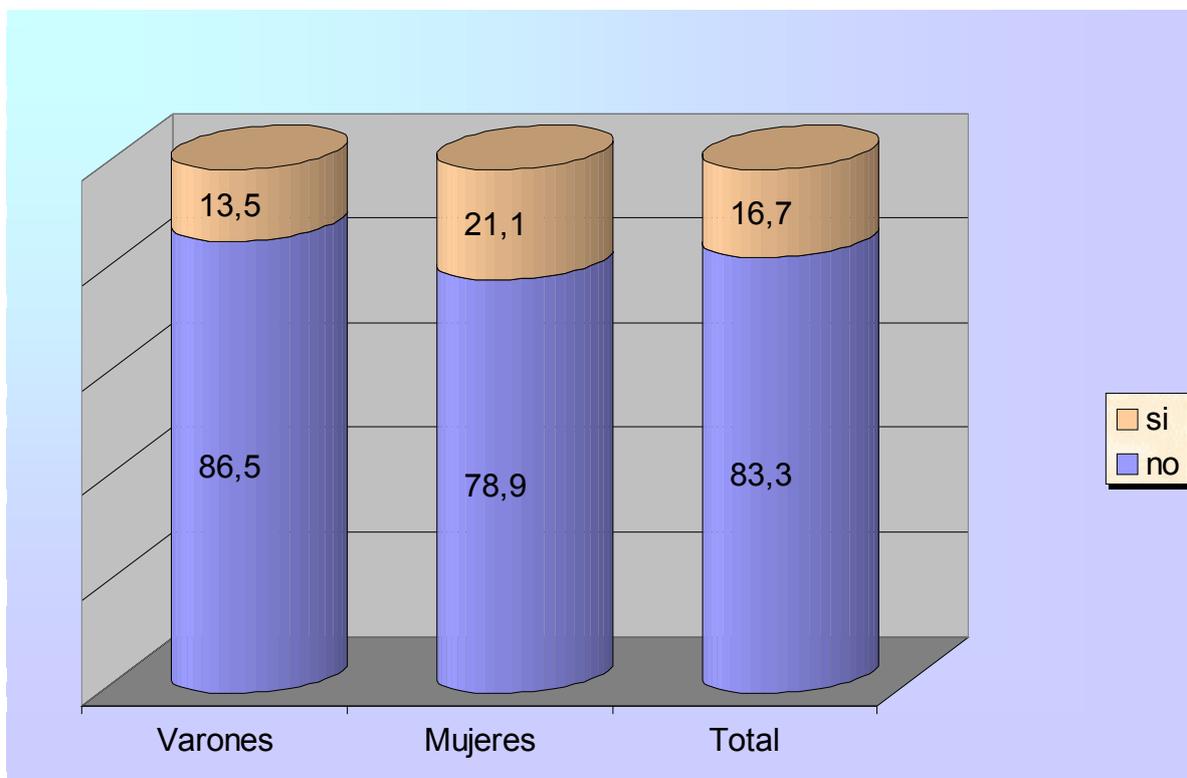


Fig. 26: Los pacientes habitualmente no toman psicofármacos, sólo el 16,7% del total de la muestra, siendo las mujeres que los consumen en un 21,1% frente al 13,5% de los varones.

Figura 27

**Representación Gráfica de la Variable
Tiempo de Duración de la Diálisis (meses) según Género**

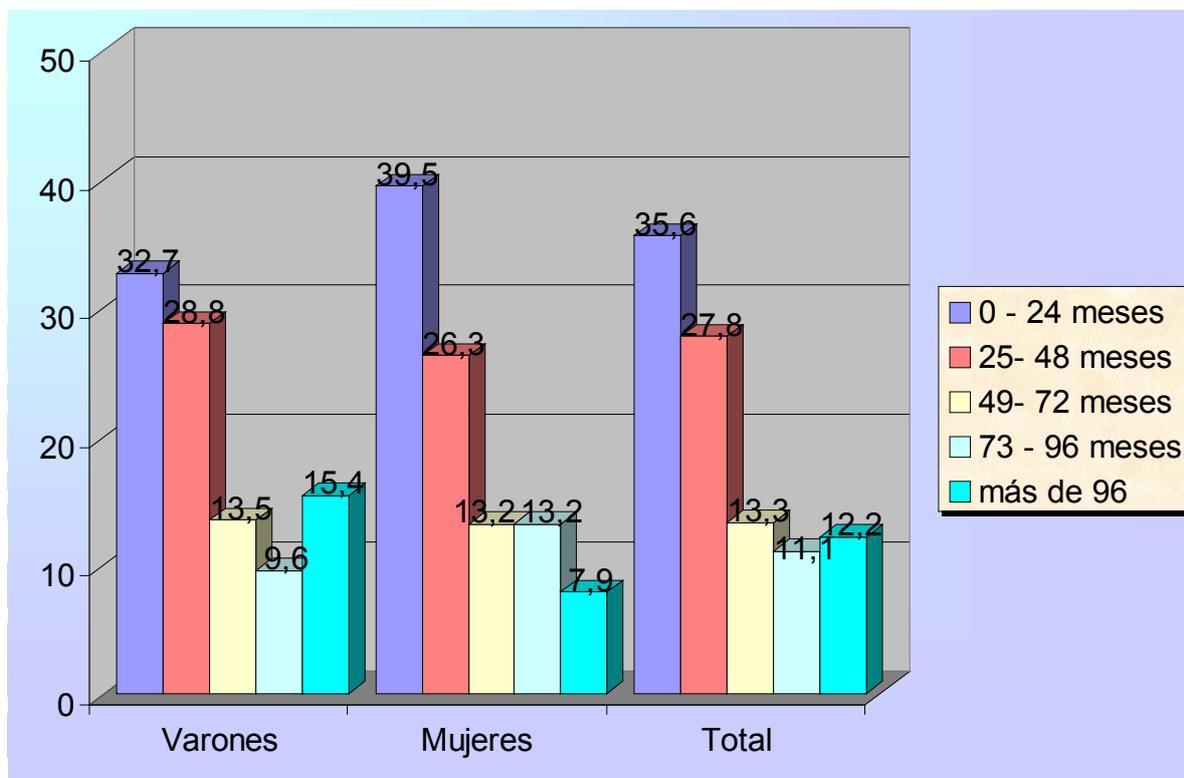


Fig. 27: El tiempo de diálisis más habitual se sitúa entre cero y veinticuatro meses tanto para los hombres 32,7% como para las mujeres 39,5% resultando en el total del grupo estudiado un 35,6%. A partir de ahí los porcentajes muestran una tendencia prácticamente descendente conforme aumenta el tiempo de diálisis.

Figura 28

Representación Gráfica de la Variable Duración de cada Sesión en Minutos según Género

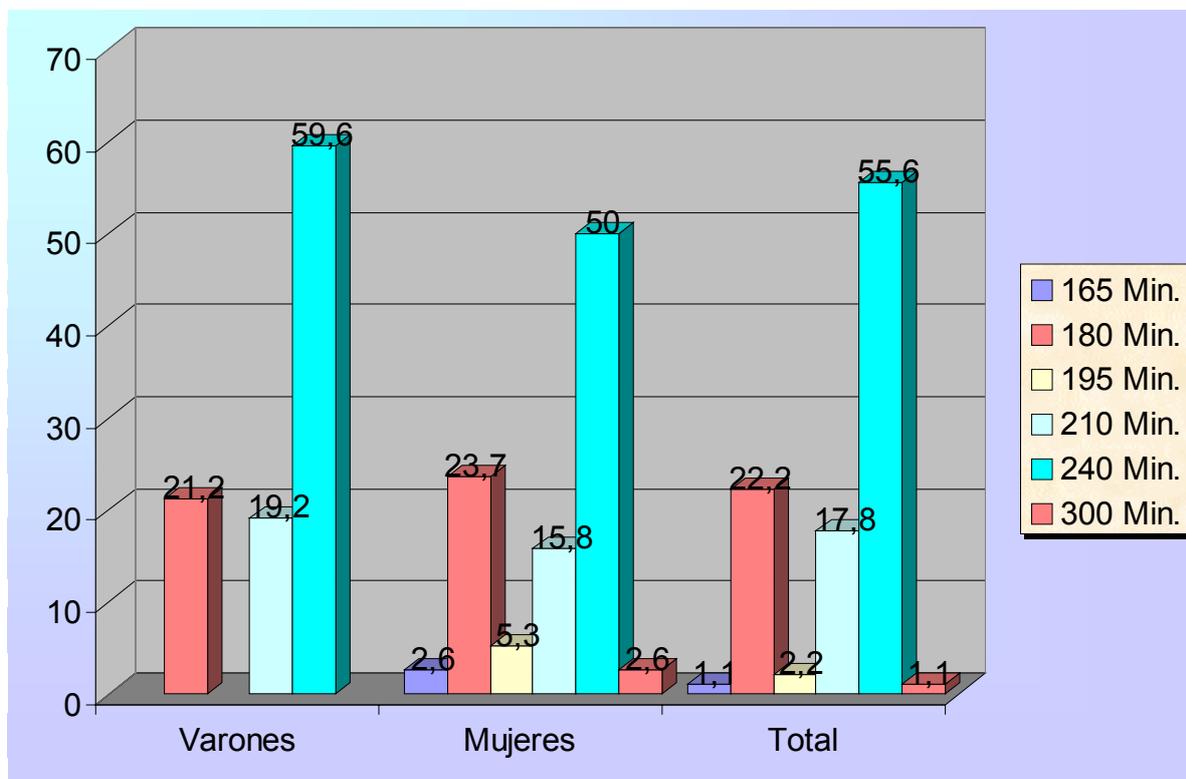


Fig. 28: La duración de la sesión de diálisis más habitual es de 240 minutos, 59,6% en los hombres, 50% en las mujeres y 55,6% en el total, seguida de la sesión de 180 minutos, 21,2% en los hombres, 23,7% en las mujeres y 22,2% en el total.

2.3. Variables Psicológicas

Tabla 13.- Depresión (GDS), Edad y Género.

FACTORES DEL G.D.S.	EDAD	GÉNERO		MEDIA TOTAL
		Media Hombres	Media Mujeres	
Humor Triste	55-65	0,47	0,45	0,46
	66-75	0,50	0,45	
	+ 76	0,36	0,43	
Humor Positivo	55-65	0,14	0,26	0,23
	66-75	0,25	0,27	
	+ 76	0,21	0,27	
Agitación	55-65	0,48	0,41	0,44
	66-75	0,46	0,38	
	+ 76	0,42	0,43	
Ausencia de Energía	55-65	0,29	0,32	0,35
	66-75	0,37	0,34	
	+ 76	0,40	0,45	
Aislamiento Social	55-65	0,34	0,17	0,28
	66-75	0,30	0,27	
	+ 76	0,31	0,33	

Valores medios de los diferentes factores de la escala GDS por grupos de edad y género.

Tabla 14.- Depresión (GDS), Edad y Género.

EDAD	GÉNERO			
	Media Hombres	Media Mujeres	Media Total Hombres-Mujeres	Media Total
55-65	10,68	10,85	10,76(n=30)	11,22(n=90)
66-75	12,00	11,11	11,65(n=46)	
+ 76	10,12	11,66	10,78(n=14)	

Valores medios de la escala GDS en relación a los diferentes grupos de edad, para el total de los sujetos y para ambos géneros.

Figura 29

Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores de la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.)

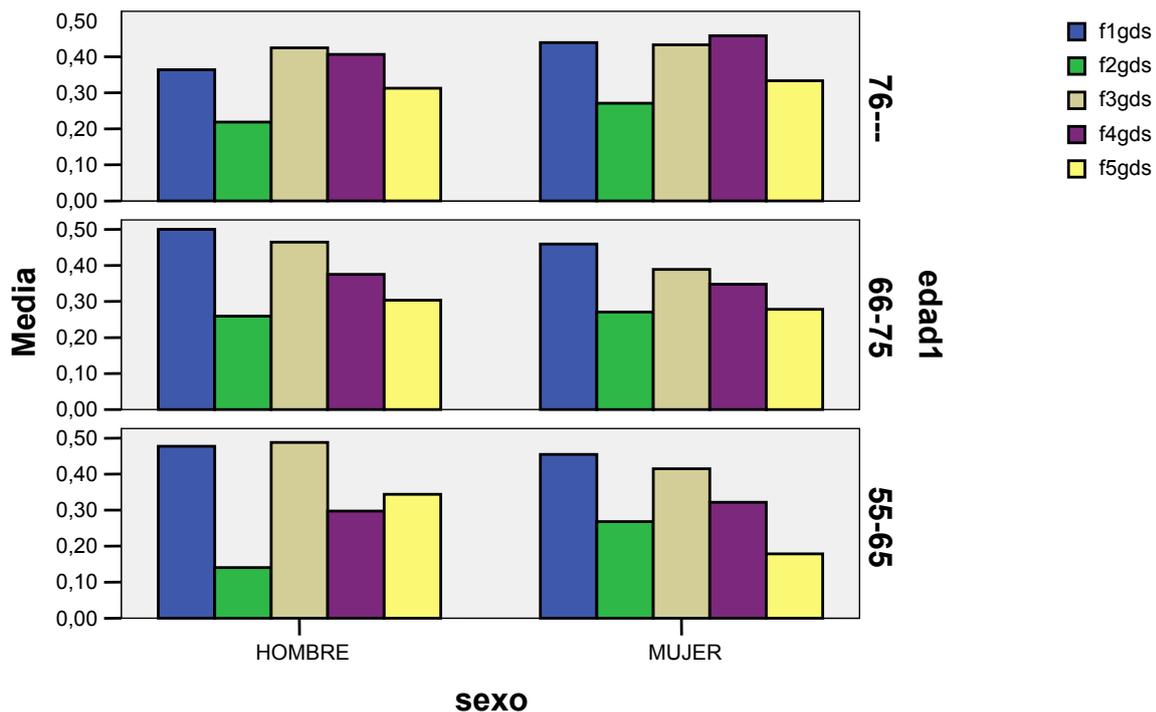


Fig. 29: Distribución por grupos de edad en ambos géneros de los factores de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Figura 30

Representación Gráfica de la Variable Grado de Depresión según Género

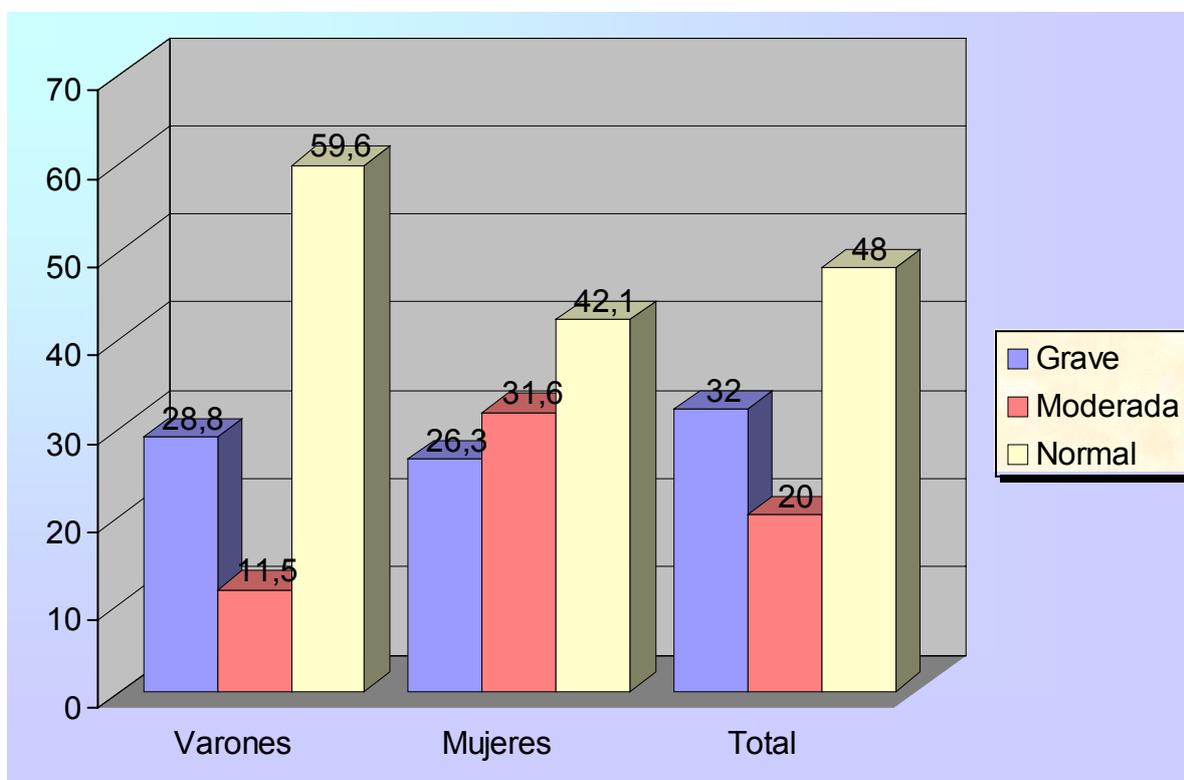


Fig. 30: Respecto a la puntuación G.D.S. los gráficos muestran una tendencia ascendente, menos acusada en el caso de las mujeres. Así, en la categoría normal nos encontramos al 59,6% de los hombres, al 42,1% de las mujeres y al 48% del total.

Tabla 15.- Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman) y Género.

MODOS DE AFRONTAMIENTO	Media Total	Media Hombres	Media Mujeres
Laz-1: Confrontación	5,23	5,07	5,44
Laz-2: Distanciamiento	9,10	9,07	9,13
Laz-3: Autocontrol	8,37	8,36	8,39
Laz-4: Apoyo Social	9,57	8,75	10,71
Laz-5: Aceptación Responsabilidad	3,78	3,61	4,02
Laz-6: Huida-evitación	7,42	6,36	8,86
Laz-7: Planificación	5,64	6,15	4,94
Laz-8: Reevaluación Positiva	8,22	8,53	7,78

Valores medios de las dimensiones de la Escala de Modos de Afrontamiento para todos los sujetos de la muestra y diferenciados por género.

Tabla 16.- Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman) y Género.

AFRONTAMIENTO	FA1	FA2
HOMBRES	6,35	8,06
MUJERES	6,12	9,56

Valores medios globales de los Factores de Afrontamiento por género.

Tabla 17.- Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman), Edad y Género.

MODOS DE AFRONTAMIENTO	EDAD	GÉNERO				MEDIA TOTAL
		Hombres	Media Total Hombres	Mujeres	Media Total Mujeres	
Confrontación	55-65	6,06		5,42		5,23
	66-75	4,96	5,07	5,27	5,44	
	+ 76	3,50		6,00		
Distanciamiento	55-65	8,87		9,28		9,10
	66-75	10,00	9,07	9,22	9,13	
	+ 76	6,25		8,50		
Autocontrol	55-65	7,87		8,21		8,37
	66-75	8,85	8,36	8,44	8,39	
	+ 76	7,62		8,66		
Búsqueda de Apoyo Social	55-65	10,56		10,14		9,57
	66-75	8,03	8,75	10,44	10,71	
	+ 76	7,62		12,83		
Aceptación de la Responsabilidad	55-65	3,50		3,92		3,78
	66-75	3,89	3,61	4,22	4,02	
	+ 76	3,66		3,66		
Huida-Evitación	55-65	6,81		8,14		7,42
	66-75	6,42	6,36	9,16	8,86	
	+ 76	9,66		9,66		
Planificación	55-65	7,06		4,85		5,64
	66-75	6,00	6,15	5,11	4,94	
	+ 76	4,66		4,66		
Re-evaluación Positiva	55-65	9,93		7,64		8,22
	66-75	8,32	8,53	7,22	7,78	
	+ 76	8,33		8,33		

Valores medios de las dimensiones de la Escala de Modos de Afrontamiento según los diferentes grupos de edad y género.

Figura 31

Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos Géneros de los Factores de la Escala Modos de Afrontamiento de los Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman)

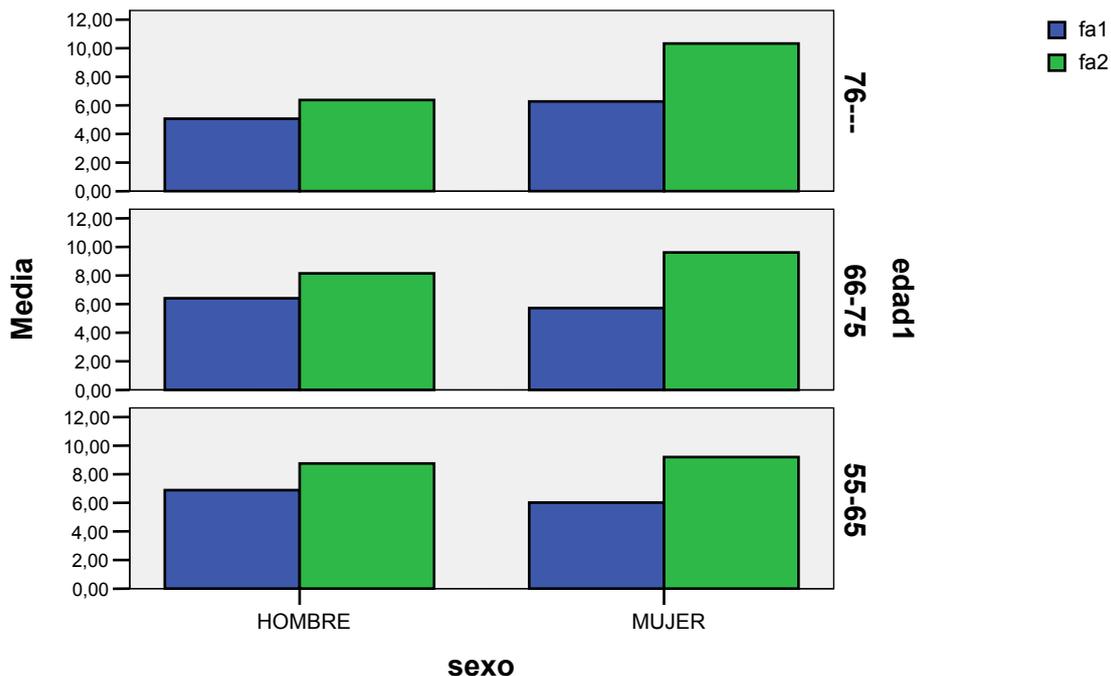


Fig. 31: Distribución de los factores de la Escala de Modos de Afrontamiento de los Sucesos Estresantes (Lazarus-Folkman) para los diferentes grupos de edad y por género.

Figura 32

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Confrontación (Lazarus-Folkman) según Género

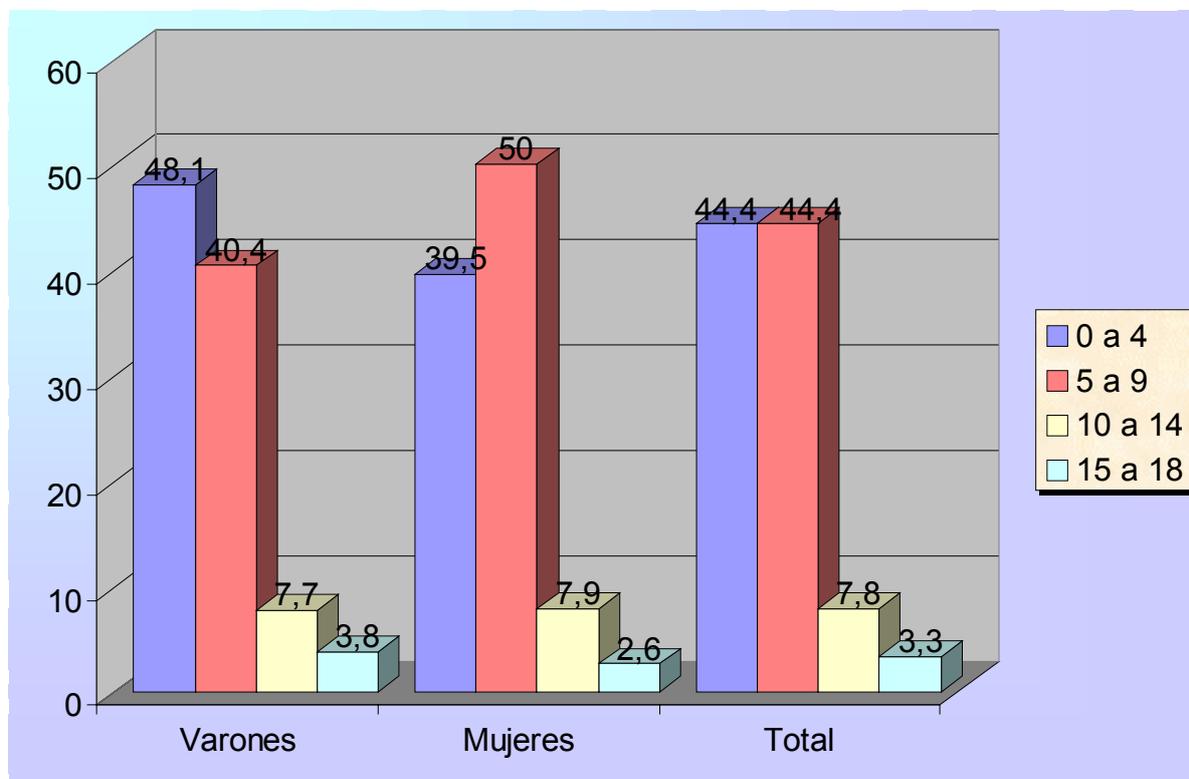


Fig. 32: Las categorías predominantes son las dos de más baja puntuación, en los hombres las categorías de 0 a 4 y de 5 a 9 suman un porcentaje de 88,5%, en las mujeres 89,5% y en el total 88,8%.

Figura 33

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Distanciamiento (Lazarus-Folkman) según Género

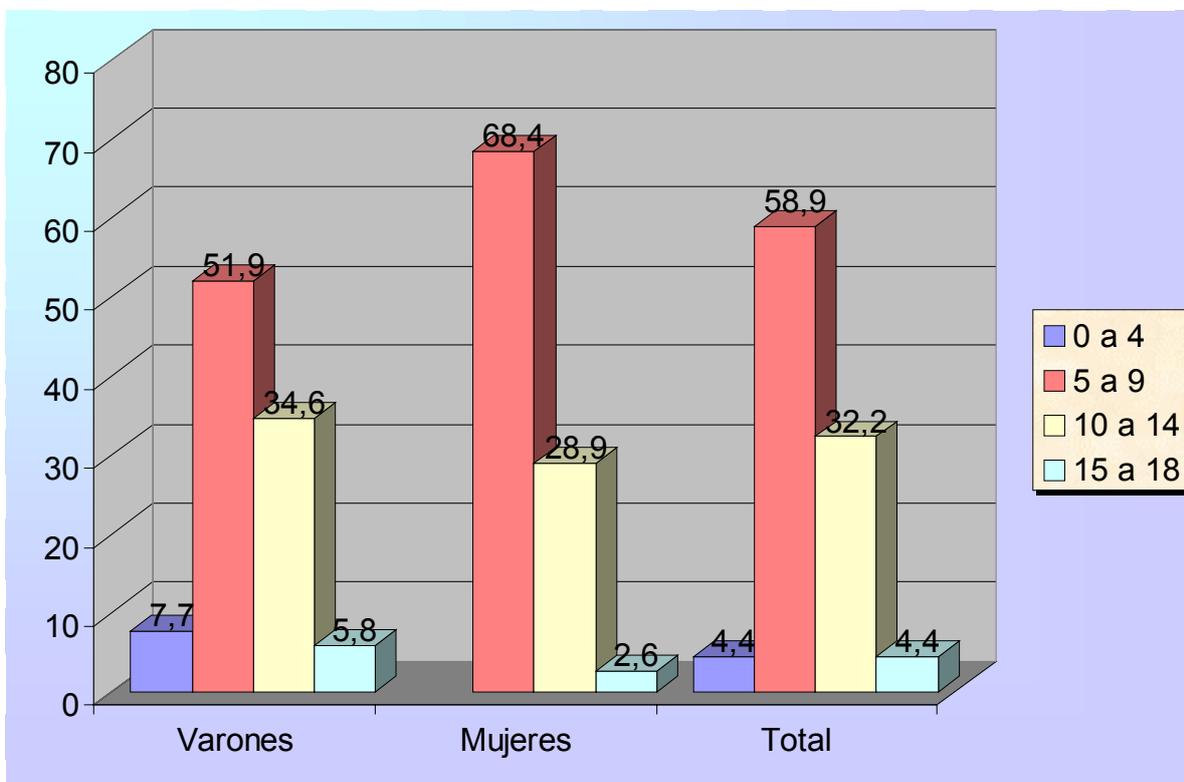


Fig. 33: La categoría predominante en las de 5 a 9 tanto en hombres con un 51,9% como en mujeres 68,4%, resultando un 58,9% en el total. Esta categoría es seguida por la de 10 a 14 con un 34,6% en hombres, 28,9% en mujeres y 32,2% en el total.

Figura 34

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Autocontrol (Lazarus-Folkman) según Género

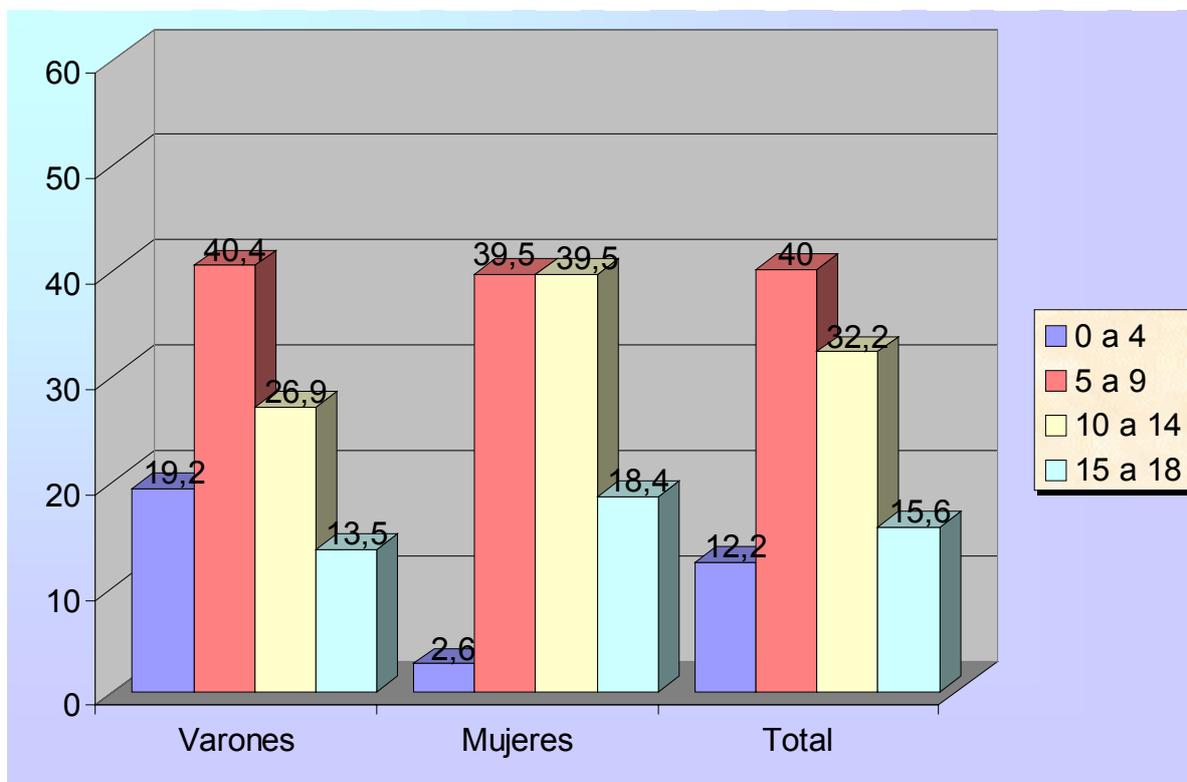


Fig. 34: La categoría predominante es la de 5 a 9 tanto en hombres con un 40,4% como en mujeres, aunque en este caso la categoría de 10 a 14 obtiene el mismo porcentaje un 39,5%, resultando en el total un 40%. Se observan diferencias entre sexos ya que la categoría con menor porcentaje es la de 15 a 18 en hombres con un 13,5% y en las mujeres es la de 0 a 4 con un 2,6%. En el total del grupo estas dos categorías casi se nivelan.

Figura 35

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Búsqueda Apoyo Social (Lazarus-Folkman) según Género

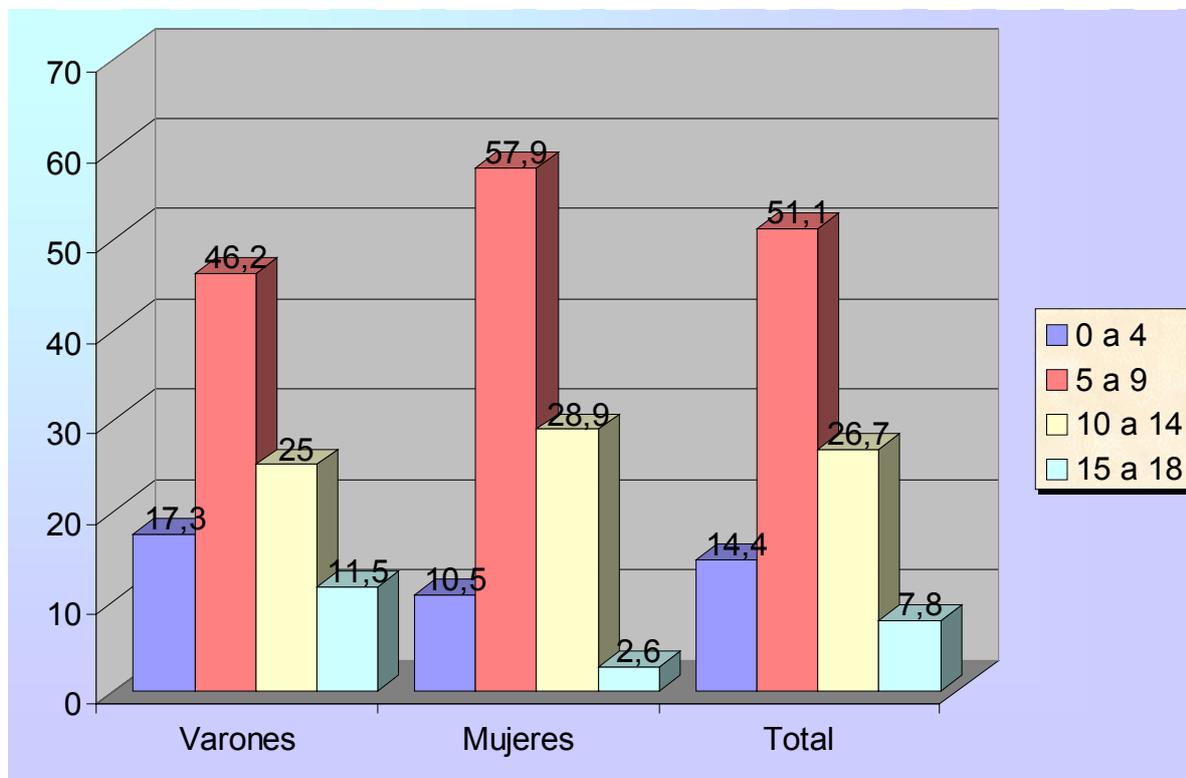


Fig. 35: La categoría predominante es la de 5 a 9 en todos los grupos, en hombres un 46,2%, en mujeres un 57,9% y en el total un 51,1%. La categoría con menos porcentaje ha sido en todos los casos la de 15 a 18 con un 11,5% en hombres, un 2,6% en mujeres y un 7,8% en el total.

Figura 36

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Aceptación Responsabilidad (Lazarus-Folkman) según Género

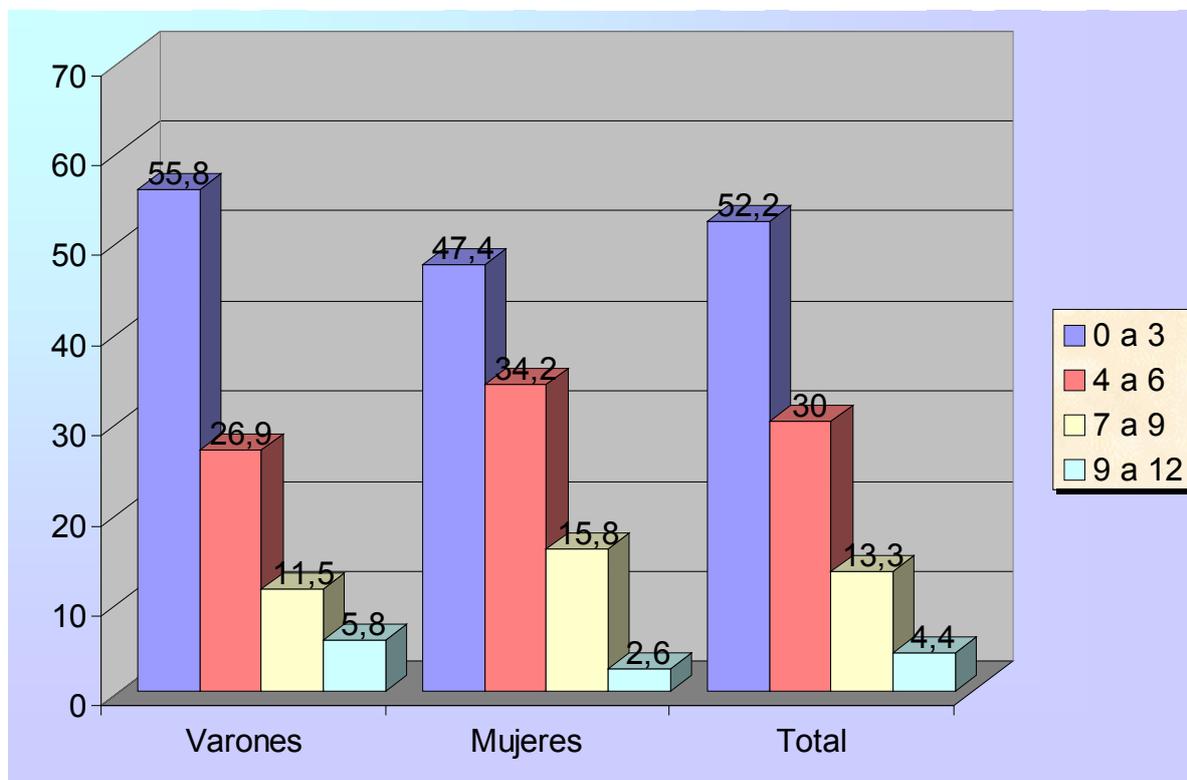


Fig. 36: En todos los casos la categoría predominante es la primera, de 0 a 3, con un 55,8% en hombres un 47,4% en mujeres, lo que da un 52,2% en el total. Los porcentajes del resto de categorías van decreciendo.

Figura 37

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Huída - Evitación (Lazarus-Folkman) según Género

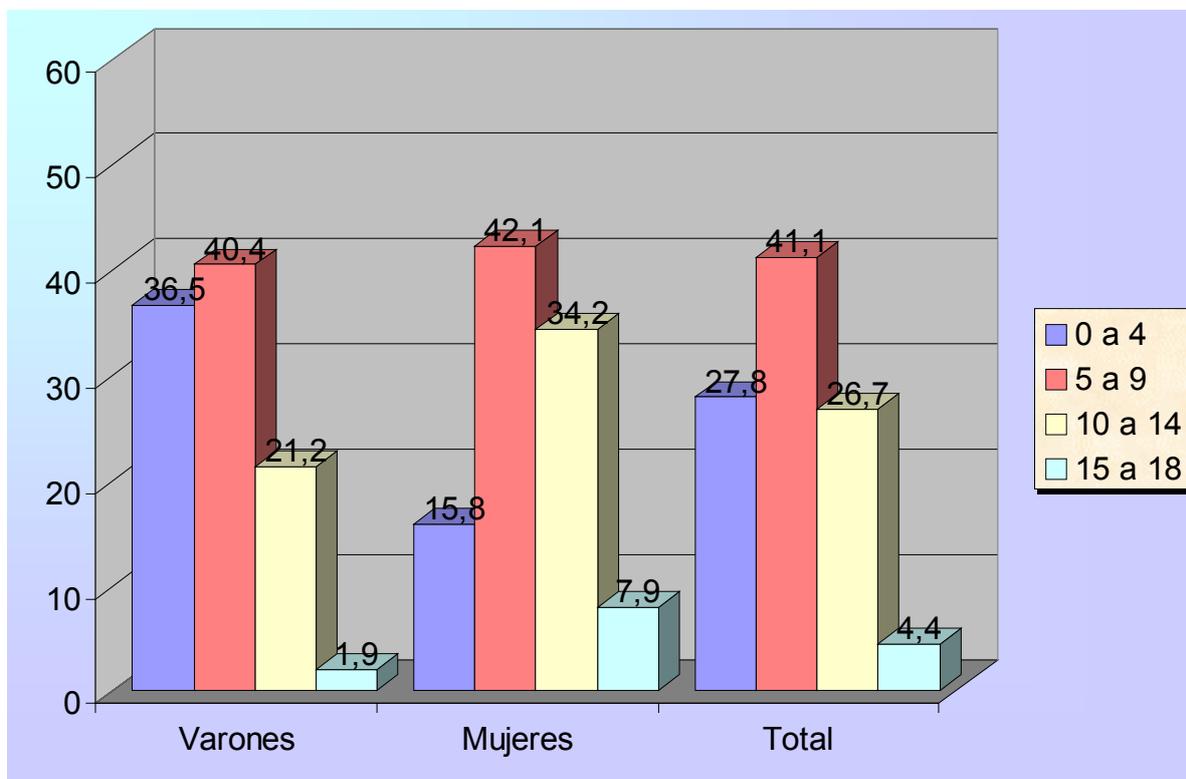


Fig. 37: La categoría predominante en todos los grupos es la de 5 a 9 con un 40,4% en hombres, un 42,1% en mujeres y un 41,1% en el total del grupo. Se observan diferencias entre sexos ya que la categoría con segundo mayor porcentaje es la de 0 a 4 en hombres con un 36,5% y en las mujeres es la de 10 a 14 con un 34,2%.

Figura 38

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Planificación (Lazarus-Folkman) según Género

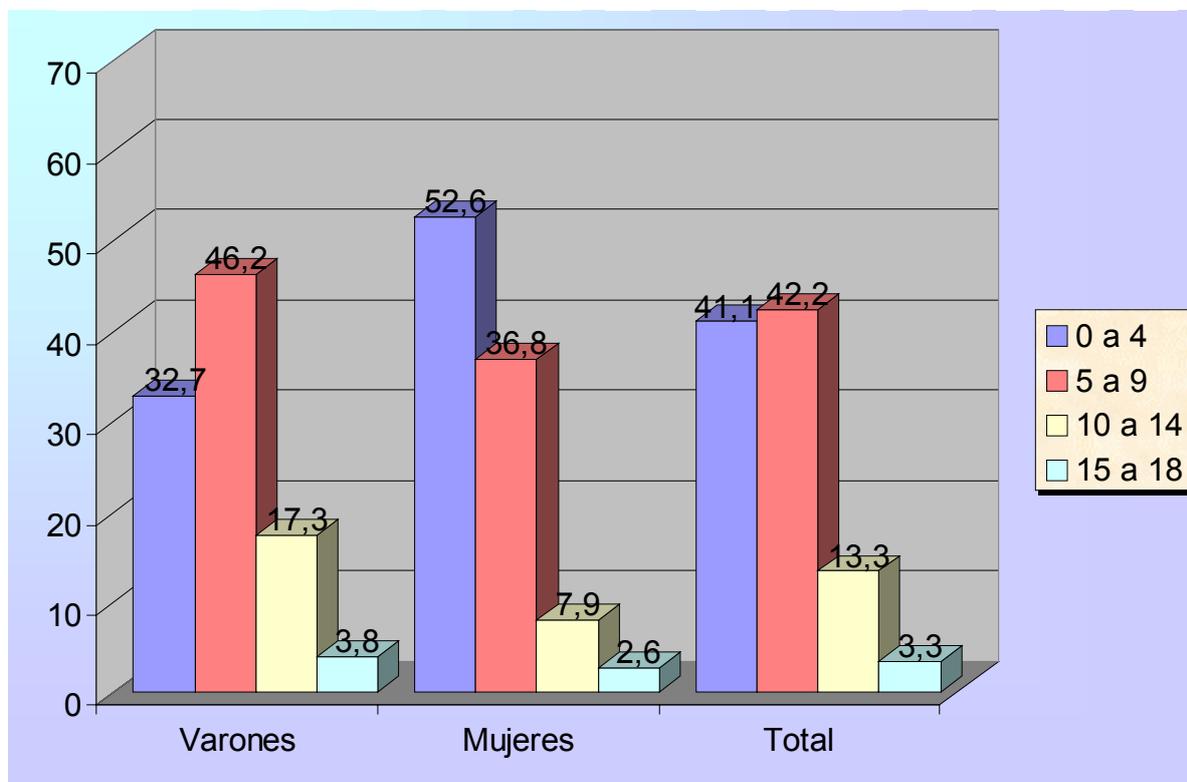


Fig. 38: La categoría predominante en hombres es la de 5 a 9 con un 46,2%, sin embargo en mujeres es la de 0 a 4 con un 52,6%, en el total del grupo estas dos categorías se equilibran con unos porcentajes de 42,2% y 41,1% respectivamente.

Figura 39

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Reevaluación Positiva (Lazarus-Folkman) según Género

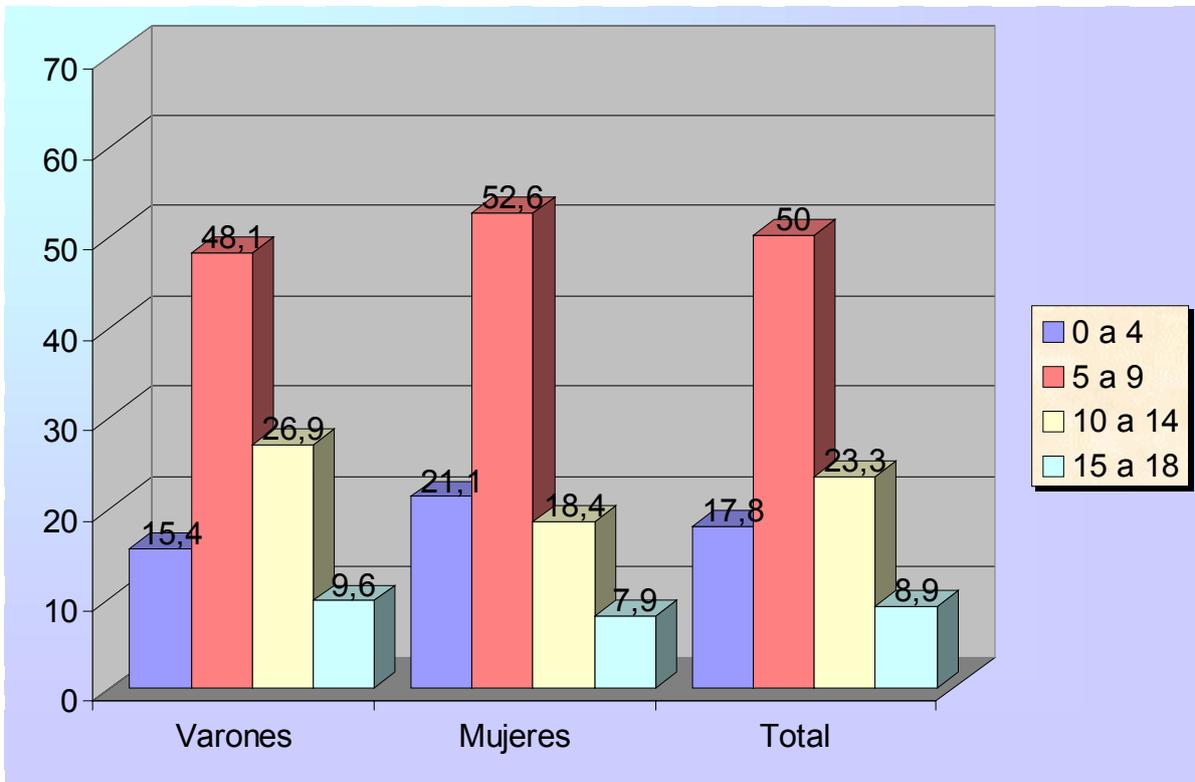


Fig. 39: La mitad de la población ha obtenido una puntuación entre 5 y 9, los hombres un 48,1% y las mujeres un 52,6%. La categoría con segundo mayor porcentaje es la de 10 a 14 en hombres, 26,9%, en las mujeres dicha categoría ha sido la de 0 a 4 con un 21,1%.

Tabla 18.- Personalidad (BFQ) y Género.

Dimensiones de Personalidad	Media Total	Media Hombres	Media Mujeres
1. Energía	78,35	81,26	75,11
2. Afabilidad	69,68	72,00	67,11
3. Tesón	86,00	87,93	83,85
4. Estabilidad emocional	44,15	43,76	44,59
5. Apertura mental	64,17	69,50	58,25
6. Distorsión	32,14	32,13	32,14
7. Dinamismo	38,50	39,73	37,14
8. Dominancia	39,84	41,53	37,96
9. Cooperación	38,33	39,33	37,22
10. Cordialidad	31,35	32,66	29,88
11. Escrupulosidad	43,05	42,93	43,18
12. Perseverancia	42,94	45,00	40,66
13. Control de emociones	22,14	22,43	21,81
14. Control de impulsos	22,01	21,33	22,77
15. Apertura a la cultura	33,05	35,93	29,85
16. Apertura a la experiencia	31,12	33,56	28,40

Valores medios de las dimensiones del Cuestionario de Personalidad (BFQ) para todos los sujetos de la muestra y diferenciados por género.

Tabla 19.- Personalidad (BFQ) y Género.

PERSONALIDAD	FP1	FP2	FP3	FP4	FP5
HOMBRES	48,66	46,33	29,17	48,00	58,62
MUJERES	45,59	38,83	29,72	44,74	55,90

Valores medios globales de los Factores de Personalidad por género.

Tabla 20.- Personalidad (B.F.Q.), Edad y Género.

DIMENSIONES DE PERSONALIDAD	EDAD 55-65				EDAD 66-75		EDAD +76		MEDIA TOTAL
	Media Hombres	Media Mujeres	Media Total del Factor Hombres	Media Total del Factor Mujeres	Media Total del Factor Hombres	Media Total del Factor Mujeres	Media Total del Factor Hombres	Media Total del Factor Mujeres	
1. Energía	81,26	75,11	78,00	78,75	87,27	69,72	77,20	79,00	78,35
2. Afabilidad	72,00	67,11	71,14	72,75	72,18	68,36	74,00	46,75	69,68
3. Tesón	87,93	83,85	85,07	85,08	90,36	79,36	90,60	92,50	86,00
4. Estabilidad Emocional	43,76	44,59	42,14	46,16	44,27	44,00	47,20	41,50	44,15
5. Apertura Mental	69,50	58,25	73,50	60,66	69,90	58,45	57,40	50,50	64,17
6. Distorsión	32,13	32,14	29,42	31,91	35,63	32,29	32,00	32,50	32,14
7. Dinamismo	39,73	37,14	37,85	39,66	42,54	34,27	38,80	37,50	38,50
8. Dominancia	41,53	37,96	40,14	39,08	44,72	35,45	38,40	41,50	39,84
9. Cooperación	39,33	37,22	38,50	41,33	38,63	37,54	43,20	24,00	38,33
10. Cordialidad	32,66	29,88	32,64	31,41	33,54	30,81	30,80	22,75	31,35
11. Escrupulosidad	42,93	43,18	42,28	43,00	43,54	41,90	43,40	47,25	43,05
12. Perseverancia	45,00	40,66	42,78	42,08	46,81	37,45	47,20	45,25	42,94
13. Control de Emociones	22,43	21,81	21,07	22,66	22,45	21,72	26,20	19,50	22,14
14. Control de Impulsos	21,33	22,77	21,07	23,50	21,81	22,27	21,00	22,00	22,01
15. Apertura a la Cultura	35,93	29,85	38,28	31,58	35,63	30,54	30,00	22,75	33,05
16. Apertura a la Experiencia	33,56	28,40	35,21	29,08	34,27	27,90	27,40	27,75	31,12

Valores medios de las dimensiones del Cuestionario de Personalidad BFQ para los distintos grupos de edad y género.

Figura 40

**Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos
Géneros de los Factores del Cuestionario de Personalidad
(BFQ)**

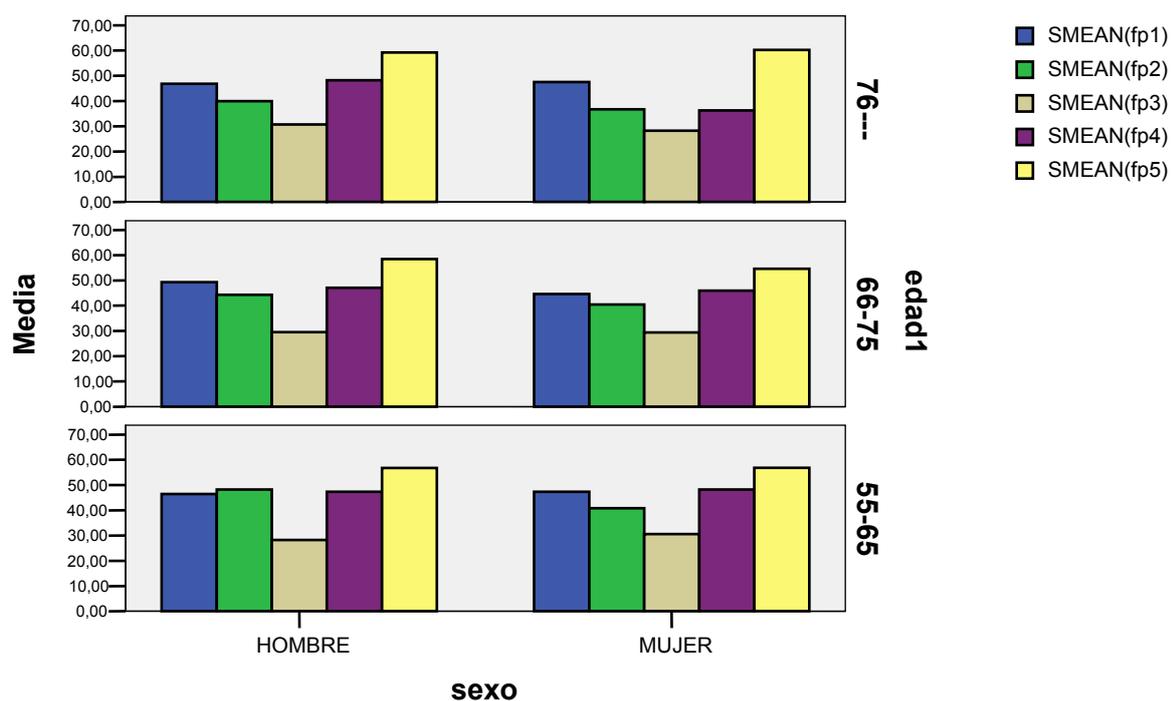


Fig. 40: Distribución de los factores del cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ) para los diferentes grupos de edad y género.

Figura 41

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Energía (BFQ) según Género

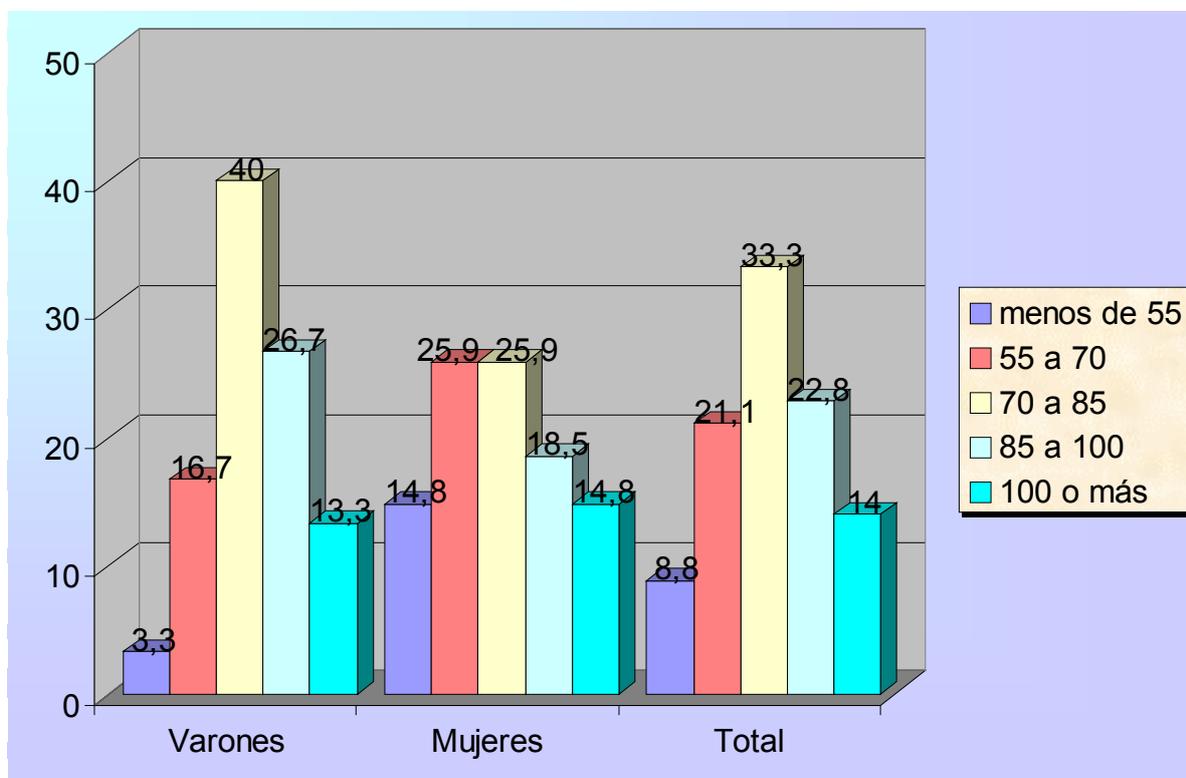


Fig. 41: En lo que respecta a la energía la categoría predominante es la de 70 a 85 puntos, con un 40% de los hombres, un 33,3% del total y en las mujeres se equipara con la de 55 a 70 ambas con un 25,9%. La categoría con menor proporción es, en los hombres y en el total, la de menos de 55 con un 3,3% y 8,8%, respectivamente. En las mujeres se equipara con la de 100 o más, ambas con un 14,8%.

Figura 42

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Afabilidad (BFQ) según Género

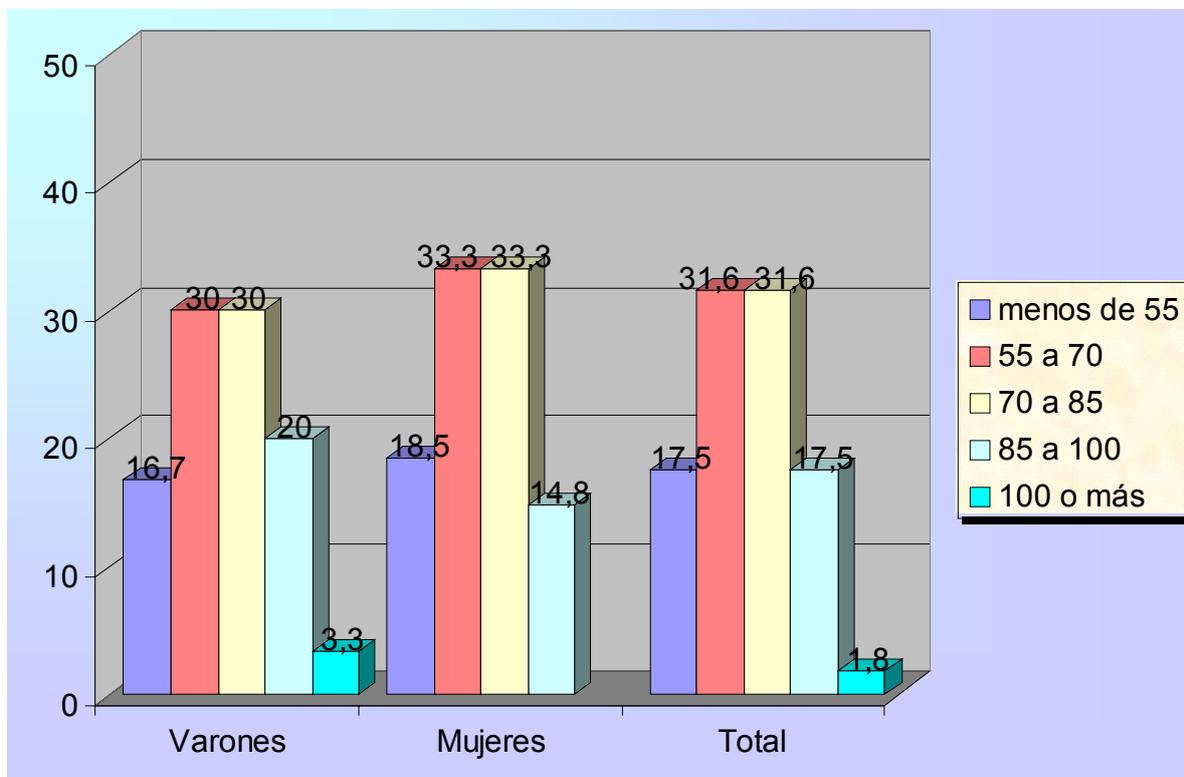


Fig. 42: En la dimensión afabilidad las categorías predominantes son las de 55 a 70 y 70 a 85 con un 30% en los hombres, un 33,3% en las mujeres y un 31,6% en el total. La categoría de menor proporción es la de 100 o más con un 3,3% de los hombres, un 0% de las mujeres y 1,8% en el total.

Figura 43

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Tesón (BFQ) según Género

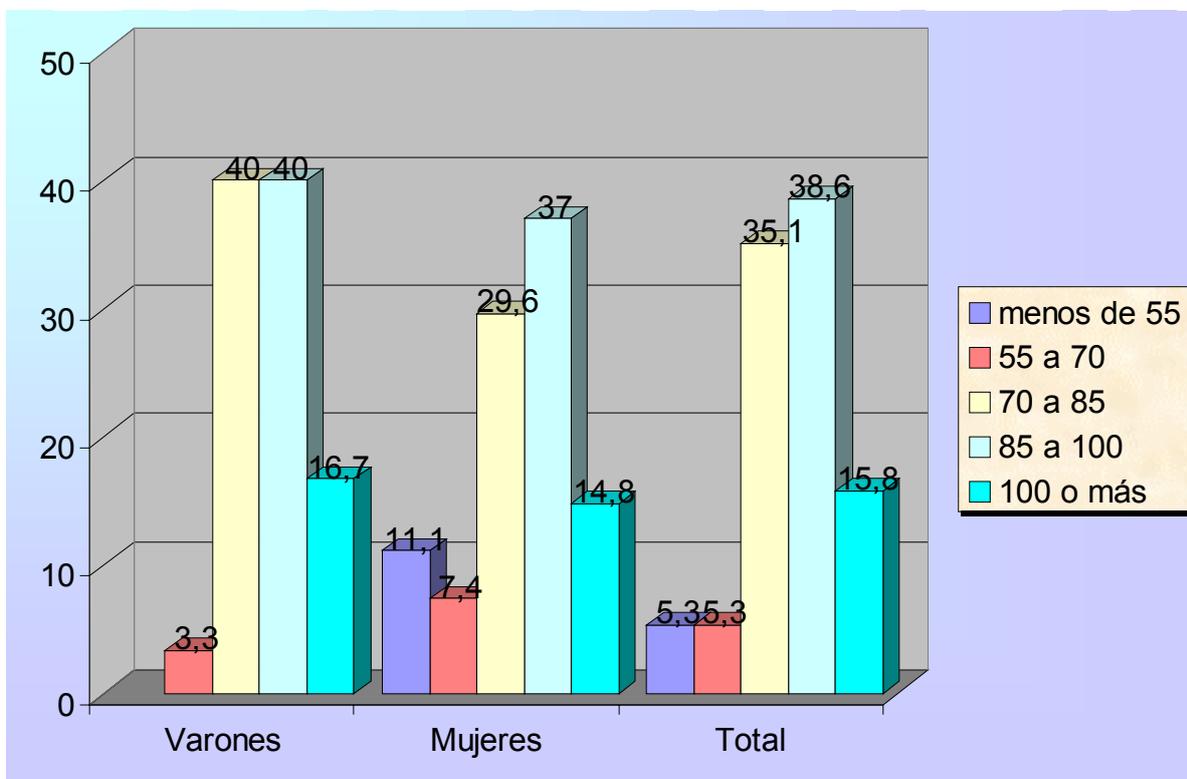


Fig. 43: En lo que respecta al tesón la categoría predominante es la de 85 a 100 puntos con un 38,6% del total, un 37% de las mujeres y en los hombres se equipara con la de 70 a 85 ambas con un 40%. La categoría con menor proporción es, en los hombres la de menos de 55 con un 0%, la de 55 a 70 en las mujeres con un 7,4%, en el total la categoría de 55 a 70 se equipara con la de menos de 55 ambas con un 5,3%.

Figura 44

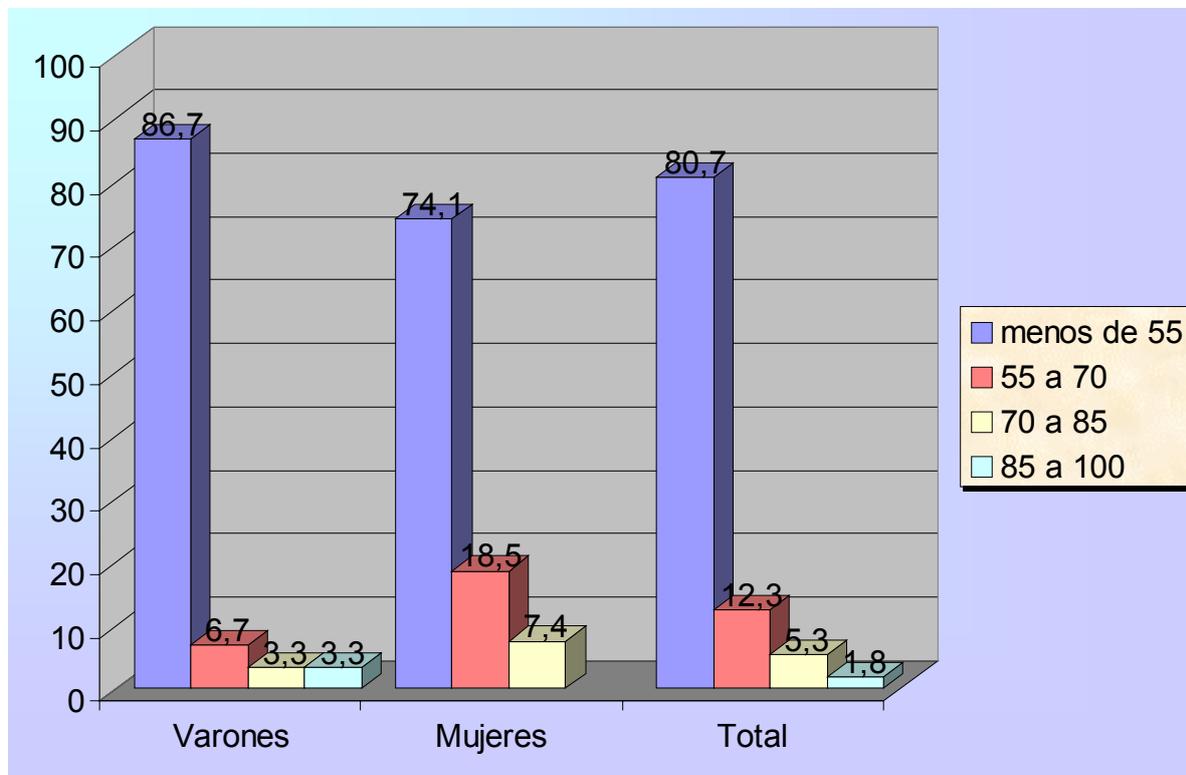
Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Estabilidad Emocional (BFQ) según Género

Fig. 44: En el apartado de estabilidad emocional la categoría predominante es la de menos de 55 con un 86,7% en los hombres, un 74,1% en las mujeres y un 80,7% en el total. La categoría de menor proporción es la de 85 a 100 con un 3,3% de los hombres, un 0% de las mujeres y 1,8% en el total.

Figura 45

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura Mental (BFQ) según Género

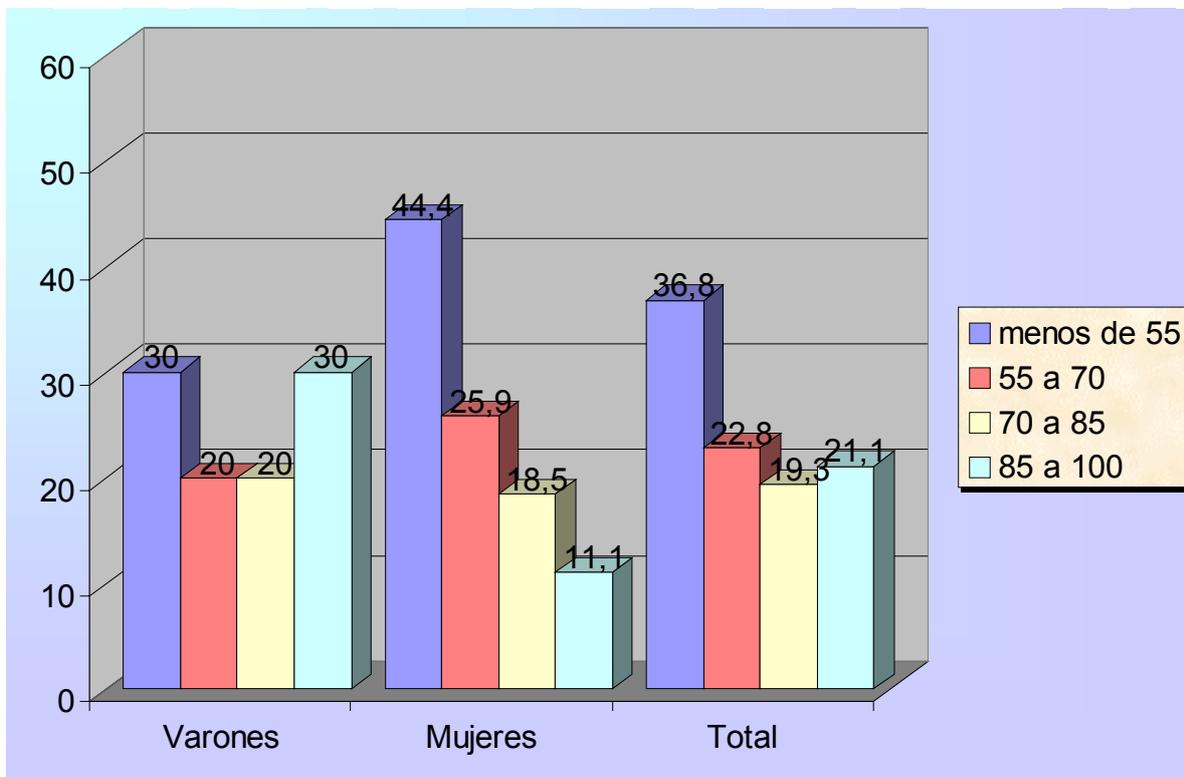


Fig. 45: En lo que respecta a la apertura mental la categoría predominante es la de menos de 55 puntos con un 36,8% del total, un 44,4% de las mujeres y en los hombres se equipara con la de 85 a 100 ambas con un 30% del total. La categoría con menor proporción es, en el total la de 70 a 85 con un 19,3%, la de 85 a 100 en las mujeres con un 11,1%, en los hombres la categoría de 55 a 70 se equipara con la de 70 a 85 ambas con un 20%.

Figura 46

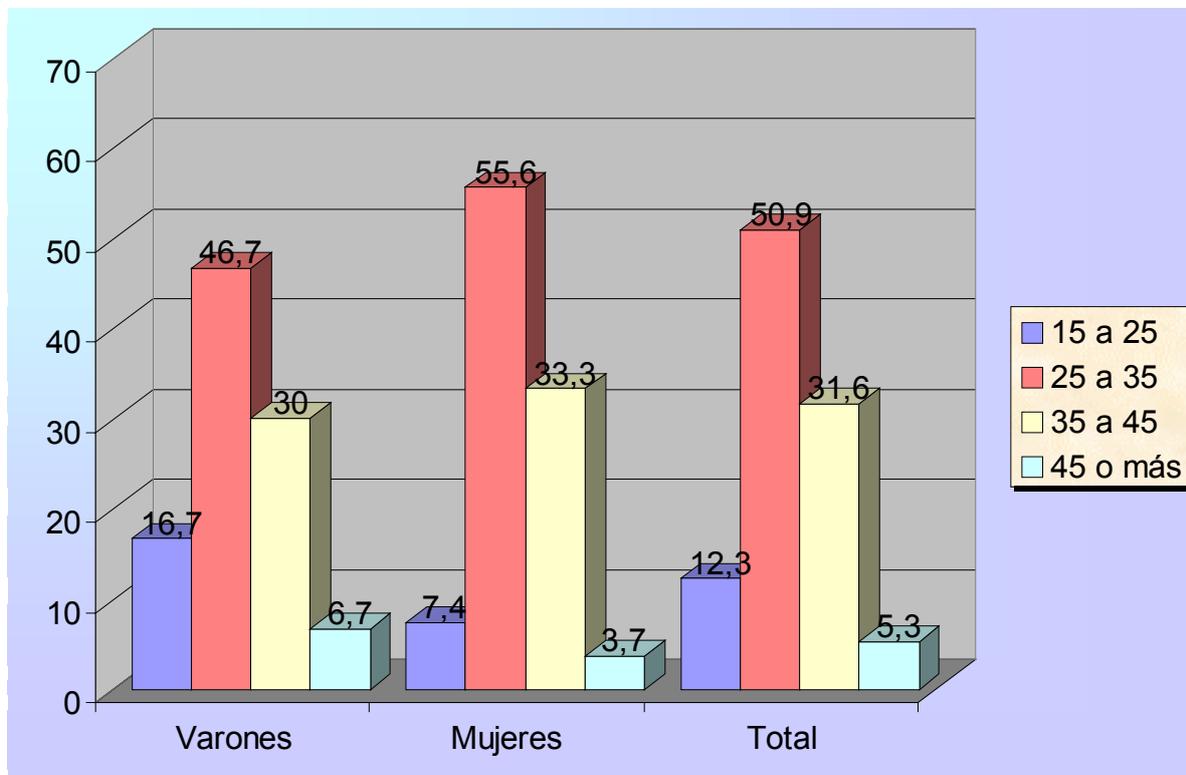
Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Distorsión (BFQ) según Género

Fig. 46: En el apartado de distorsión la categoría predominante es la de 25 a 35 con un 46,7% en los hombres, un 55,6% en las mujeres y un 50,9% en el total. La categoría de menor proporción es la de 45 o más con un 6,7% de los hombres, un 3,7% de las mujeres y 5,3% en el total.

Figura 47

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Dinamismo (BFQ) según Género

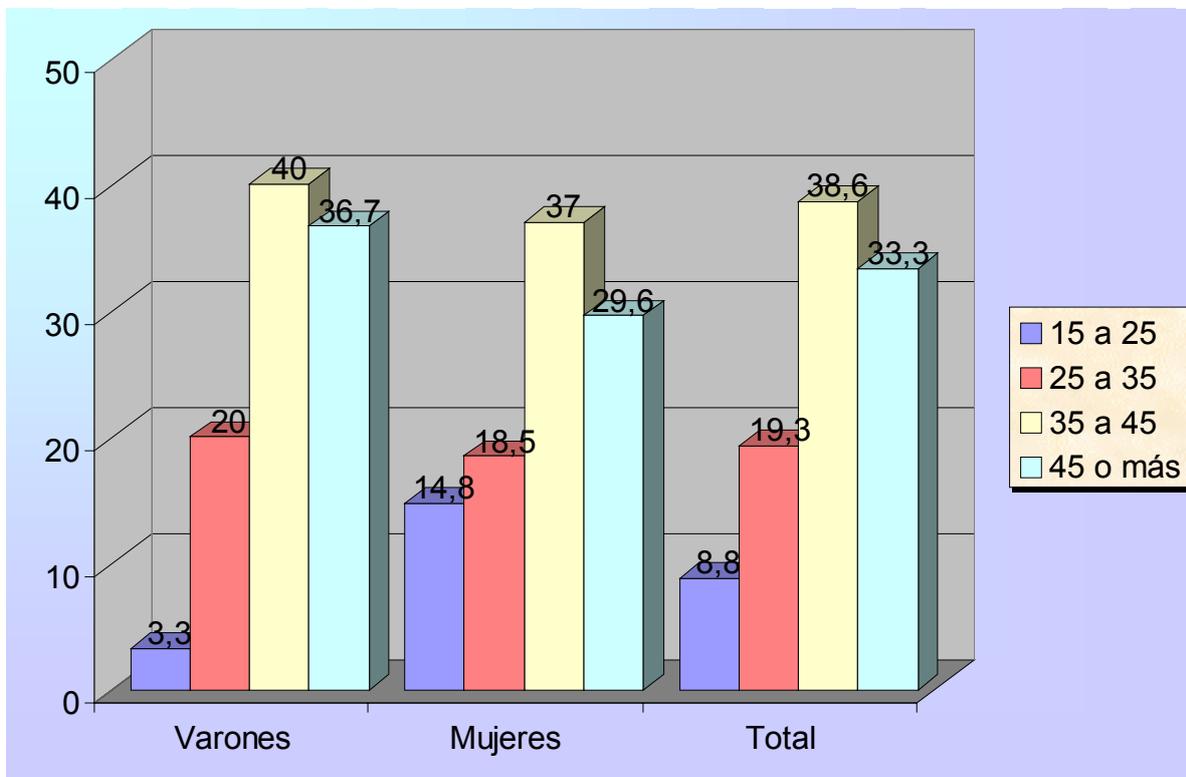


Fig. 47: En el apartado de dinamismo la categoría predominante es la de 35 a 45 con un 40% en los hombres, un 37% en las mujeres y un 38,6% en el total. La categoría de menor proporción es la de 15 a 25 con un 3,3% de los hombres, un 14,8% de las mujeres y 8,8% en el total.

Figura 48

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Dominancia (BFQ) según Género

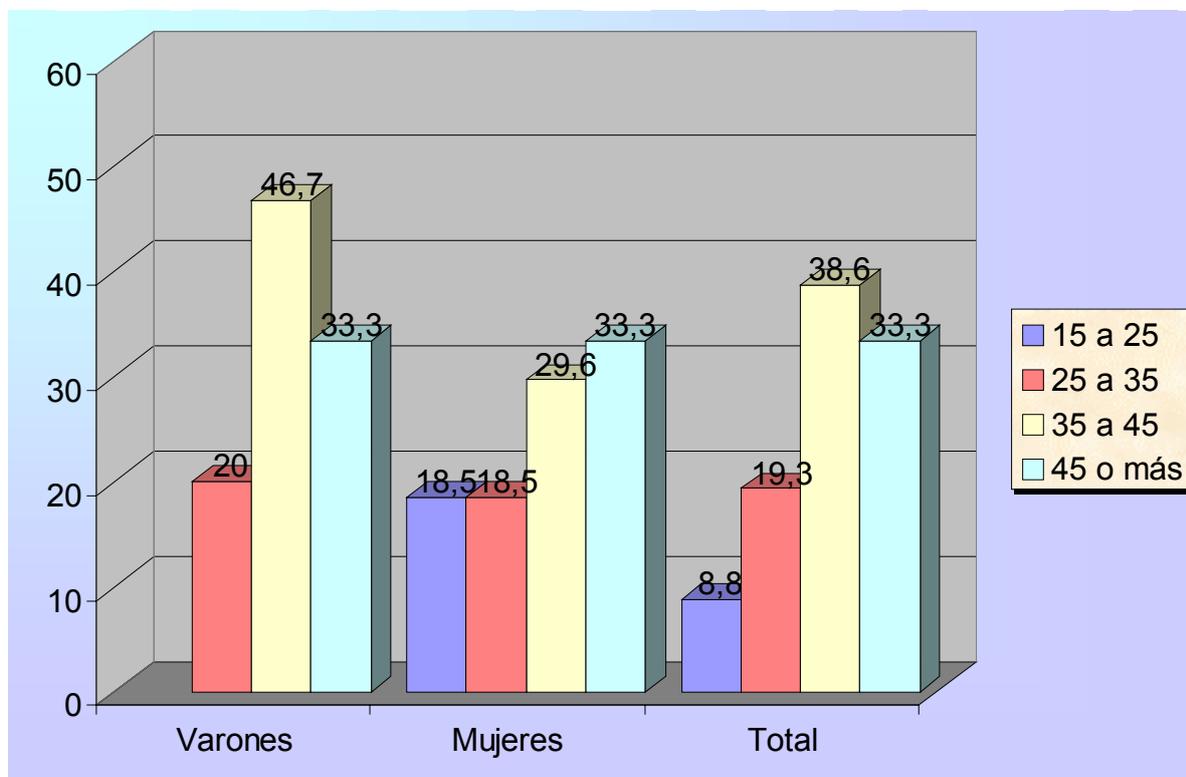


Fig. 48: En el apartado de dominancia la categoría predominante es, en los hombres y en el total la de 35 a 45 con un 46,7% y un 38,6% respectivamente, la de 45 o más un 33,3% en las mujeres. La categoría de menor proporción es la de 15 a 25 con un 0,0% en los hombres y un 8,8% en el total, en las mujeres se equipara con la de 25 a 35 ambas con un 18,5%.

Figura 49

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Cooperación (BFQ) según Género

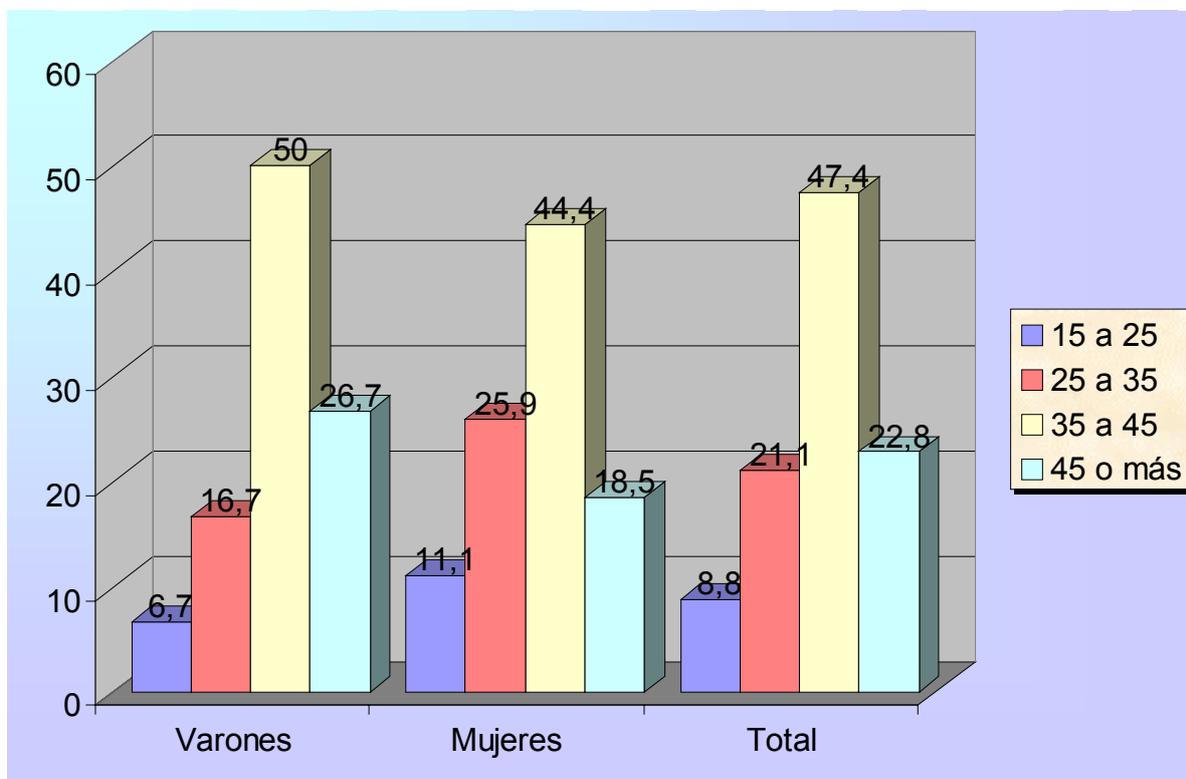


Fig. 49: En el apartado de cooperación la categoría predominante es la de 35 a 45 con un 50% en los hombres, un 44,4% en las mujeres y un 47,4% en el total. La categoría de menor proporción es la de 15 a 25 con un 6,7% de los hombres, un 11,1% de las mujeres y 8,8% en el total.

Figura 50

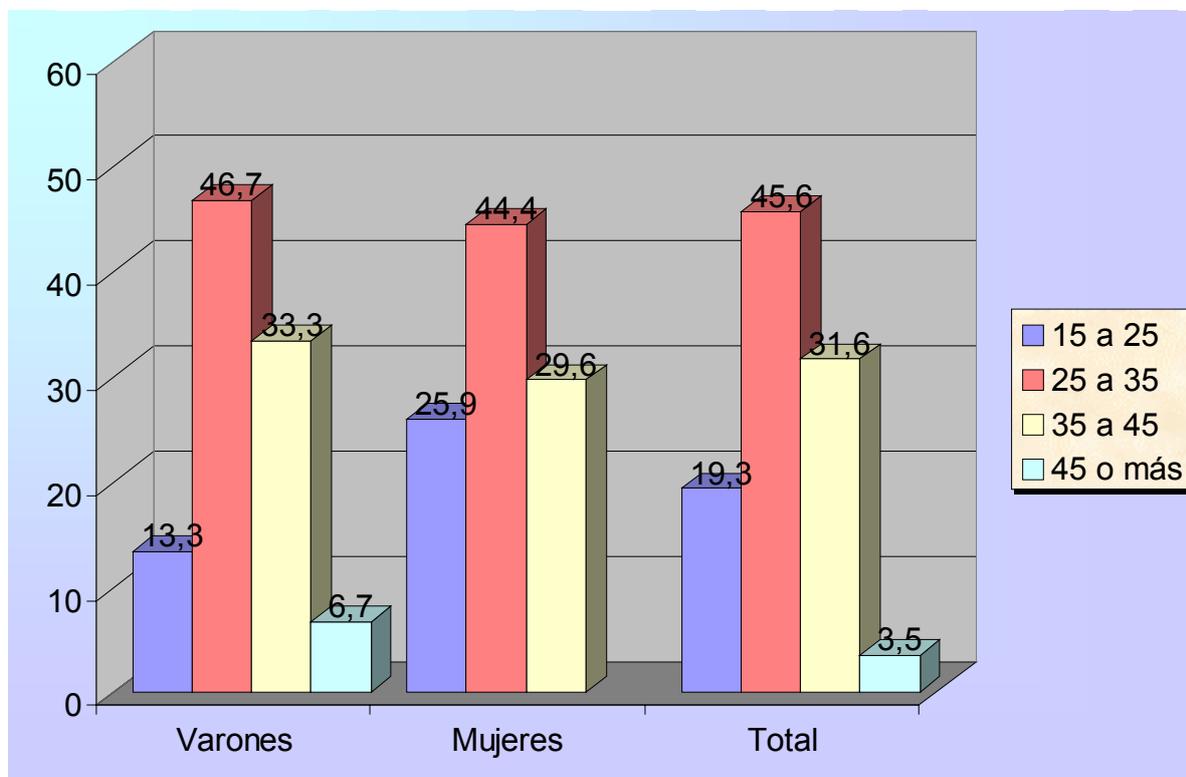
Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Cordialidad (BFQ) según Género

Fig. 50: En el apartado de cordialidad la categoría predominante es la de 25 a 35 con un 46,7% en los hombres, un 44,4% en las mujeres y un 45,6% en el total. La categoría de menor proporción es la de 45 o más con un 6,7% de los hombres, un 0% de las mujeres y 3,5% en el total.

Figura 51

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Escrupulosidad (BFQ) según Género

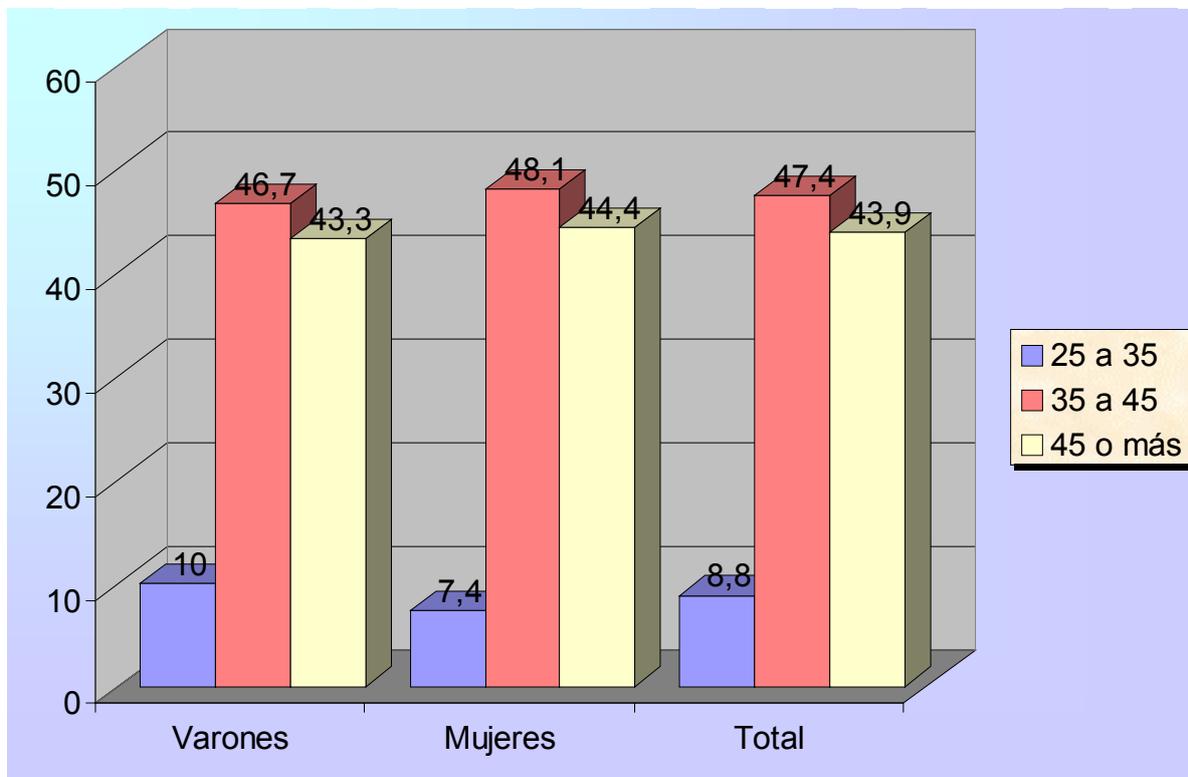


Fig. 51: En el apartado de escrupulosidad la categoría predominante es la de 35 a 45 con un 46,7% en los hombres, un 48,1% en las mujeres y un 47,4% en el total. La categoría de menor proporción es la de 25 a 35 con un 10% de los hombres, un 7,4% de las mujeres y 8,8% en el total.

Figura 52

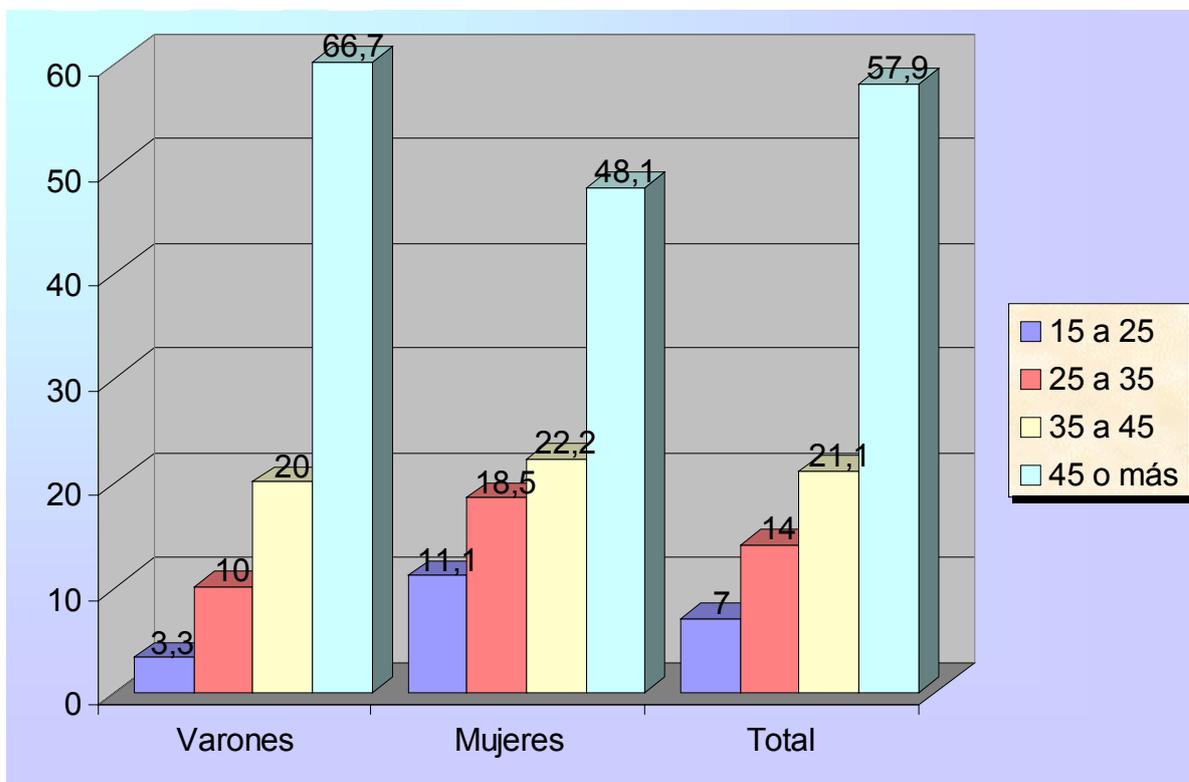
Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Perseverancia (BFQ) según Género

Fig. 52: En el apartado de perseverancia la categoría predominante es la de más de 45 con un 66,7% en los hombres, un 48,1% en las mujeres y un 57,9% en el total. La categoría de menor proporción es la de 15 a 25 con un 3,3% de los hombres, un 11,1% de las mujeres y 7% en el total.

Figura 53

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Control de Emociones (BFQ) según Género

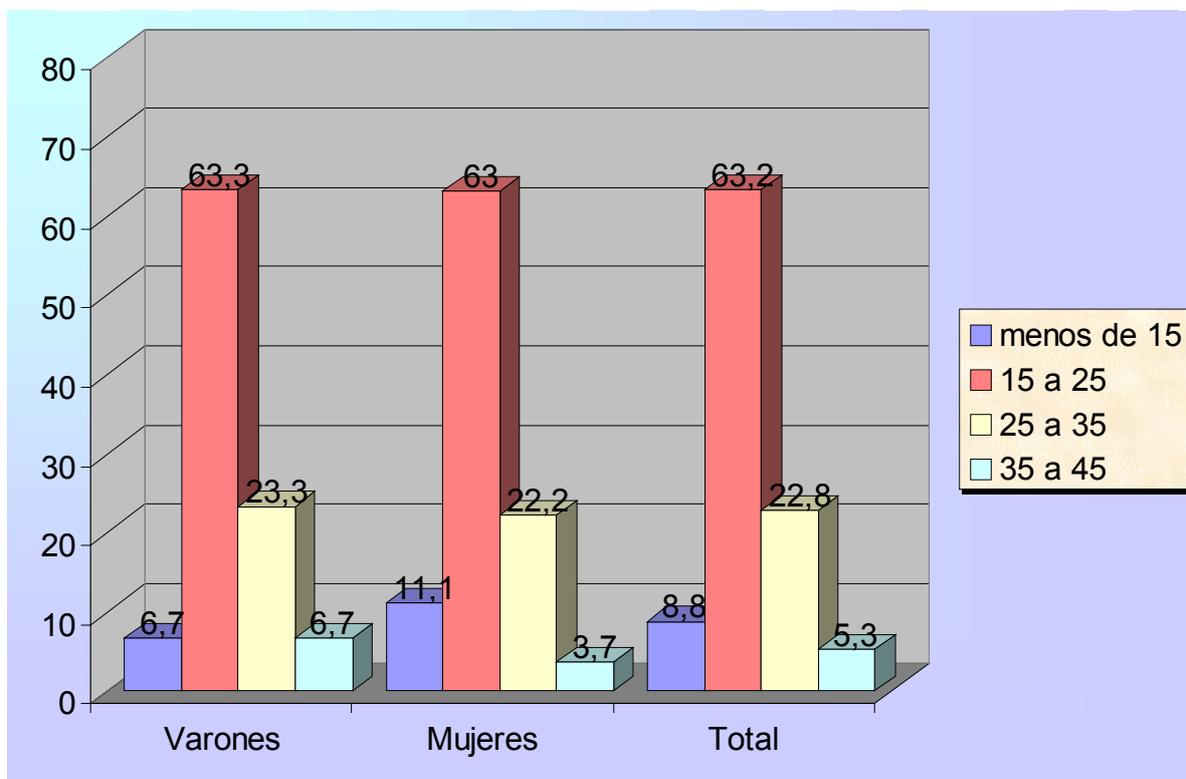


Fig. 53: En el apartado de control de emociones la categoría predominante es la de 15 a 25 con un 63,3% en los hombres, un 63% en las mujeres y un 63,2% en el total. La categoría de menor proporción es la de 35 a 45 con un 3,7% de las mujeres y 5,3% en el total, en los hombres se equipara con la de menos de 15 ambas con un 6,7%.

Figura 54

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Control de Impulsos (BFQ) según Género

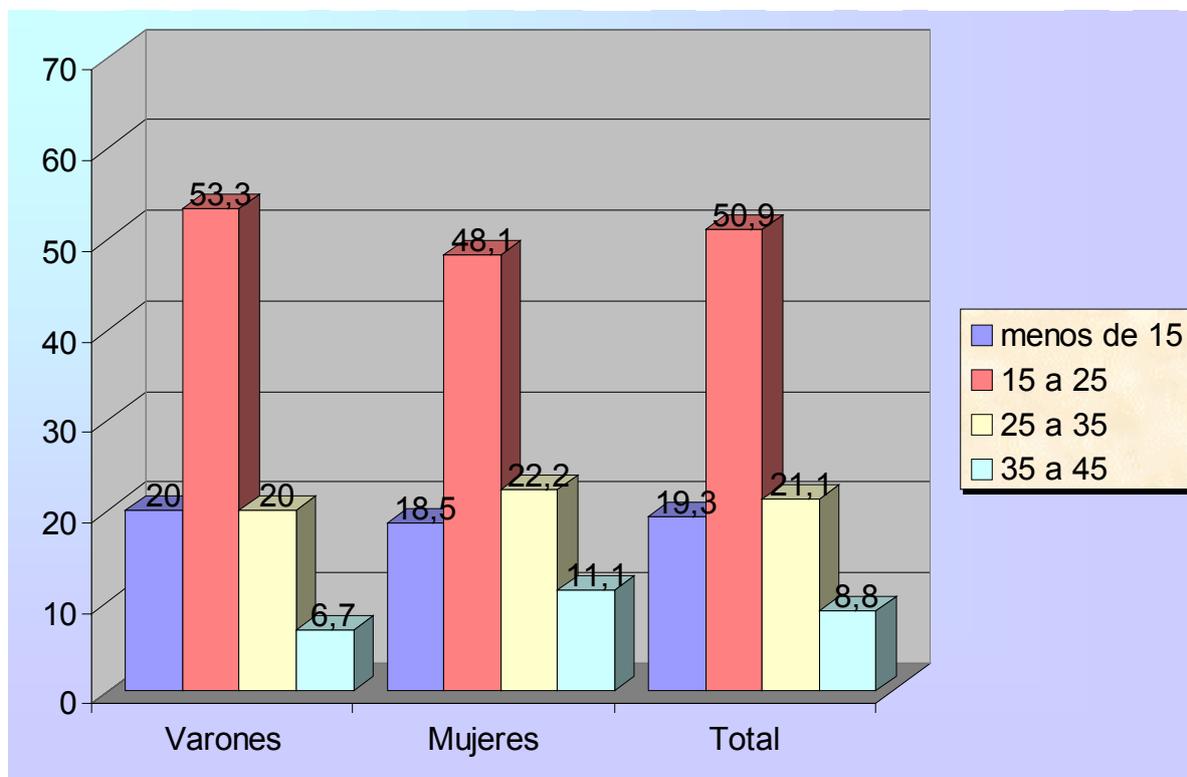


Fig. 54: En el apartado de control de impulsos la categoría predominante es la de 15 a 25 con un 53,3% en los hombres, un 48,1% en las mujeres y un 50,9% en el total. La categoría de menor proporción es la de 35 a 45 con un 6,7% de los hombres, un 11,1% de las mujeres y 8,8% en el total.

Figura 55

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura a la Cultura (BFQ) según Género

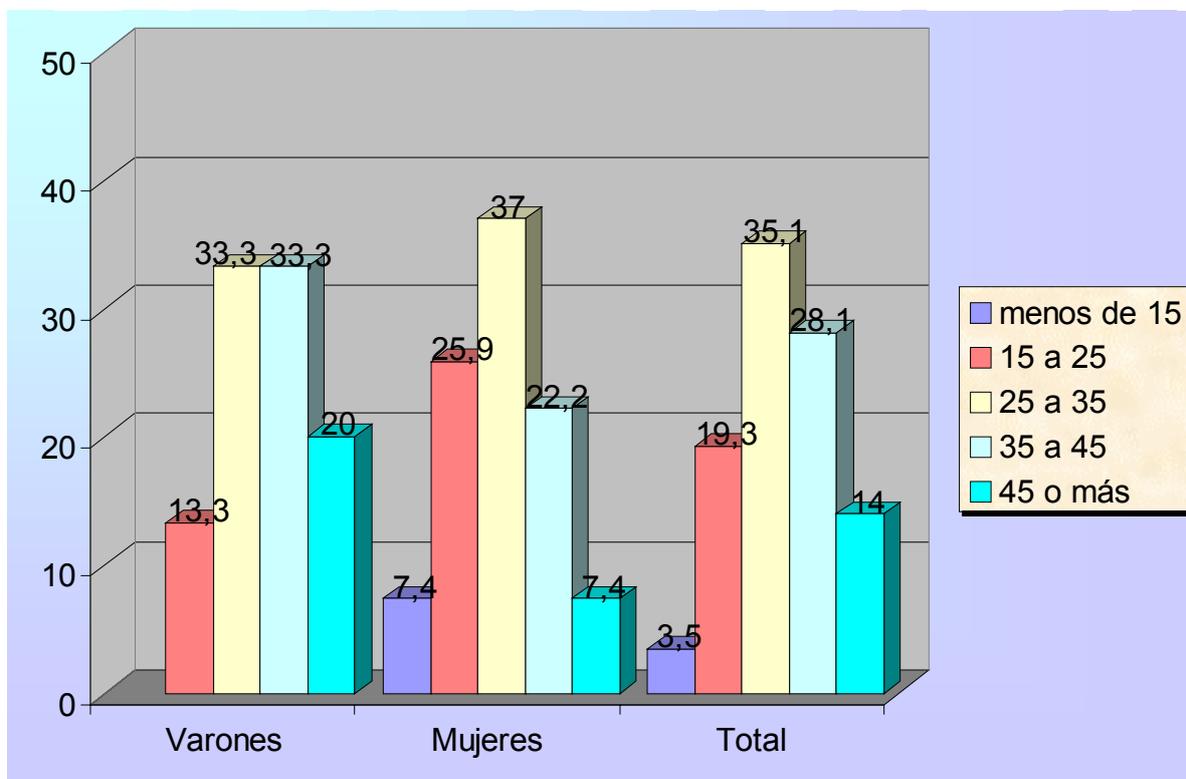


Fig. 55: En lo que respecta a la apertura a la cultura la categoría predominante es la de 25 a 35 puntos con un 35,1% del total, un 37% de las mujeres y en los hombres se equipara con la de 35 a 45 ambas con un 33,3% del total. La categoría con menor proporción es, en el total y en los hombres la de menos de 15 con un 3,5% y 0% respectivamente, en las mujeres se equipara con la de 45 o más, ambas con un 7,4%.

Figura 56

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Apertura a la Experiencia (BFQ) según Género

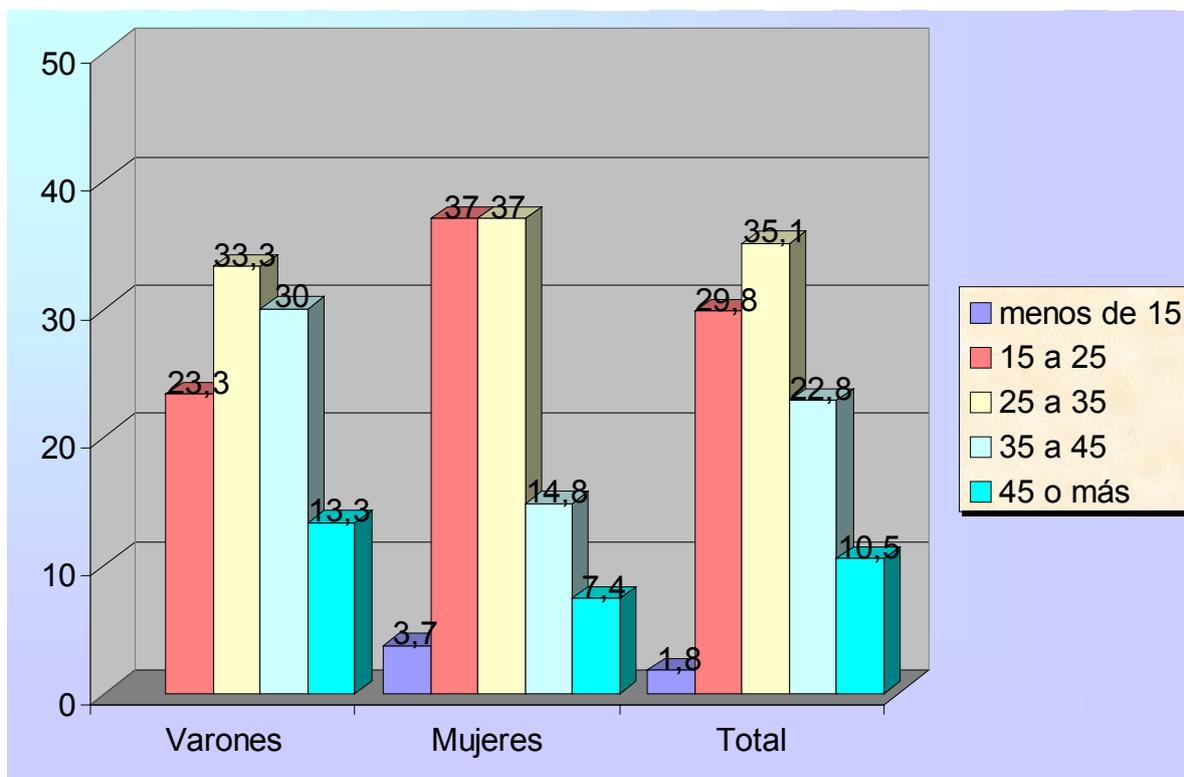


Fig. 56: En lo que respecta a la apertura a la experiencia la categoría predominante es la de 25 a 35 puntos con un 35,1% del total, un 33% de los hombres y en las mujeres se equipara con la de 15 a 25, ambas con un 37% del total. La categoría con menor proporción es la de menos de 15 con un 1,8% en el total, 0% en los hombres y 3,7% en las mujeres.

2.4. Variables de Calidad de Vida

Tabla 21.- Calidad de Vida (CUBRECAVI) y Género.

Dimensiones de Calidad de Vida	Media Total	Media Hombres	Media Mujeres
Salud Subjetiva	1,5889	1,7115	1,4211
Salud Objetiva	2,8051	2,9161	2,6531
Salud Psíquica	2,3074	2,5962	1,9123
Habilidades Funcionales	2,7944	3,1875	2,2566
Actividad y Ocio	1,8778	2,0035	1,7057
Ocupación del Tiempo	3,6704	3,4615	3,9561
Satisfacción con la Vida	2,5222	2,5962	2,4211
Nivel de Alfabetización	1,7778	2,1538	1,2632
Ingresos Económicos	2,3111	2,4808	2,0789
Integración Social	4,0933	3,9346	4,3105
Satisfacción en la Relación Social	2,4667	2,4423	2,5000
Calidad Ambiental	2,7037	2,7147	2,6886
Satisfacción con la Vivienda	2,8333	2,8077	2,8684
Frecuencia del Uso de los Servicios Sociales y Sanitarios	1,0111	1,0192	1,0000
Satisfacción con los Servicios Sociales y Sanitarios	3,0778	3,0385	3,1316

Valores medios de las dimensiones del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) para todos los sujetos de la muestra y diferenciados por género.

Tabla 22.- Calidad de Vida (CUBRECAVI) y Género.

CALIDAD DE VIDA	FCV1	FCV2	FCV3	FCV4	FCV5
HOMBRES	53,31/2,47	51,13/2,41	40,48/3,69	45,33/2,76	44,13/3,03
MUJERES	34,82/2,07	37,79/1,92	52,37/4,13	45,74/2,77	47,37/3,13

Valores medios globales de los Factores de Calidad de Vida por género.

Tabla 23.- Calidad de Vida (CUBRECAVI), Edad y Género.

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	EDAD 55-65		EDAD 66-75		EDAD +76	
	Media Hombres	Media Mujeres	Media Hombres	Media Mujeres	Media Hombres	Media Mujeres
1. Salud Subjetiva	1,87	1,50	1,60	1,38	1,75	1,33
2. Salud Objetiva	3,11	2,77	2,82	2,55	2,83	2,65
3. Salud Psíquica	2,72	2,33	2,65	1,74	2,12	1,44
4. Habilidades Funcionales	3,56	2,14	3,21	2,44	2,34	1,95
5. Actividad y Ocio	2,22	1,64	1,90	1,71	1,90	1,83
6. Ocupación del Tiempo	3,34	3,66	3,27	3,98	4,33	4,55
7. Satisfacción con la Vida	3,06	2,42	2,42	2,50	2,25	2,16
8. Nivel de Alfabetización	3,18	1,21	1,64	1,55	1,87	0,50
9. Ingresos Económicos	4,00	2,64	1,75	1,88	2,00	1,33
10. Integración Social	4,18	3,92	3,61	4,53	4,55	4,53
11. Satisfacción en la Relación Social	2,50	2,57	2,50	2,55	2,12	2,16
12. Calidad Ambiental	2,71	2,77	2,67	2,65	2,83	2,58
13. Satisfacción con la Vivienda	3,00	2,85	2,64	2,88	3,00	2,83
14. Frecuencia del Uso de los Servicios Sociales y Sanitarios	1,00	1,00	1,00	1,00	1,12	1,00
15. Satisfacción con los Servicios Sociales y Sanitarios	3,18	3,35	2,92	3,00	3,12	3,00

Valores medios de las dimensiones del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) para los distintos grupos de edad y género.

Figura 57

**Representación Gráfica por Grupos de Edad en Ambos
Géneros de los Factores del Cuestionario Breve de Calidad
de Vida (CUBRECAVI)**

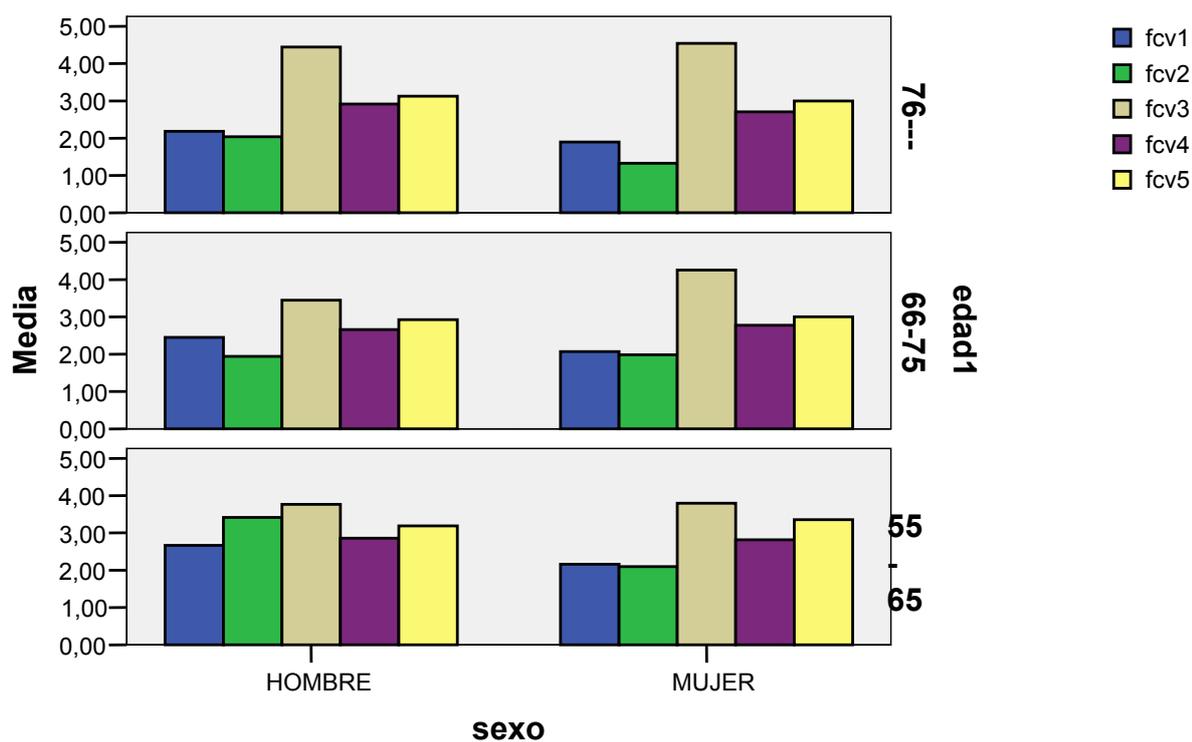


Fig. 57: Distribución de los factores del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) para los diferentes grupos de edad y género.

Figura 58

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con el Estado de Salud: Salud Subjetiva (CUBRECAVI) según Género

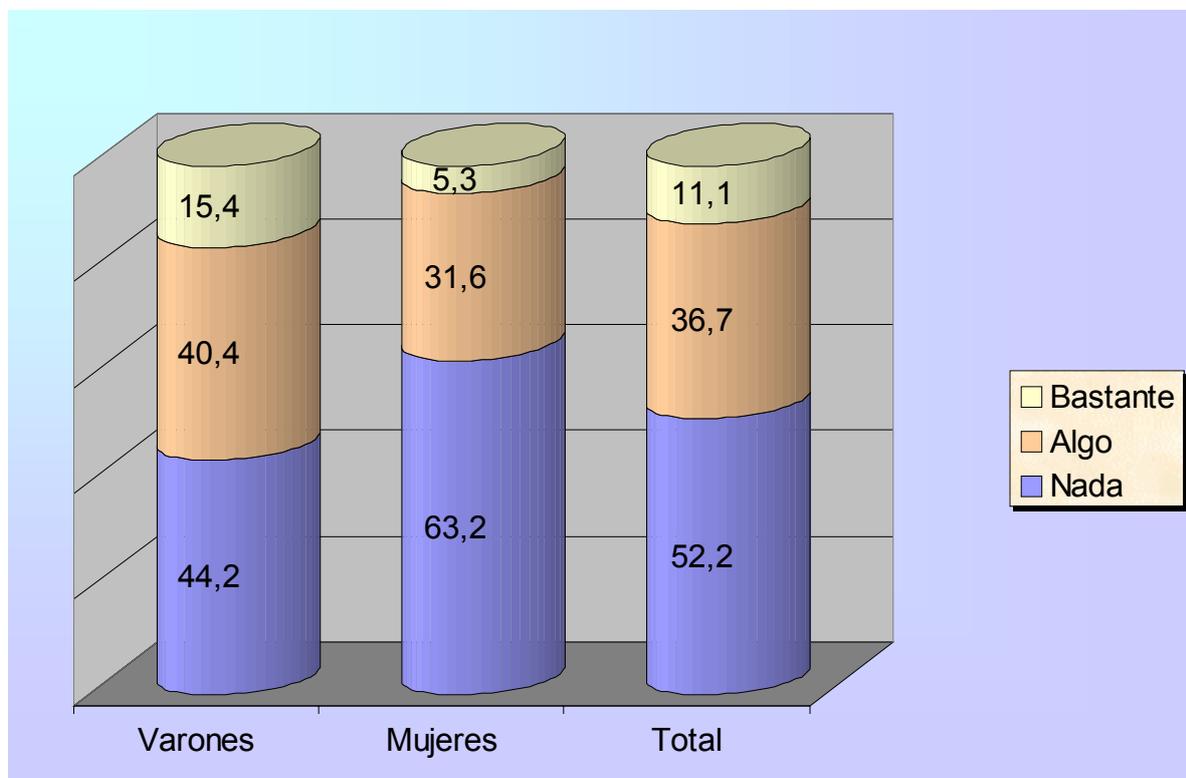


Fig. 58: En general los pacientes no se encuentran satisfechos con su estado de salud, así, en los hombres el 44,2% se declara nada satisfecho y el 40,4% algo satisfecho, en las mujeres estos porcentajes son 63,2% y 31,6% resultando que en el total de la población sólo el 11,1% se encuentra bastante satisfecho con su estado de salud.

Figura 59

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Salud Objetiva (CUBRECAVI) según Género

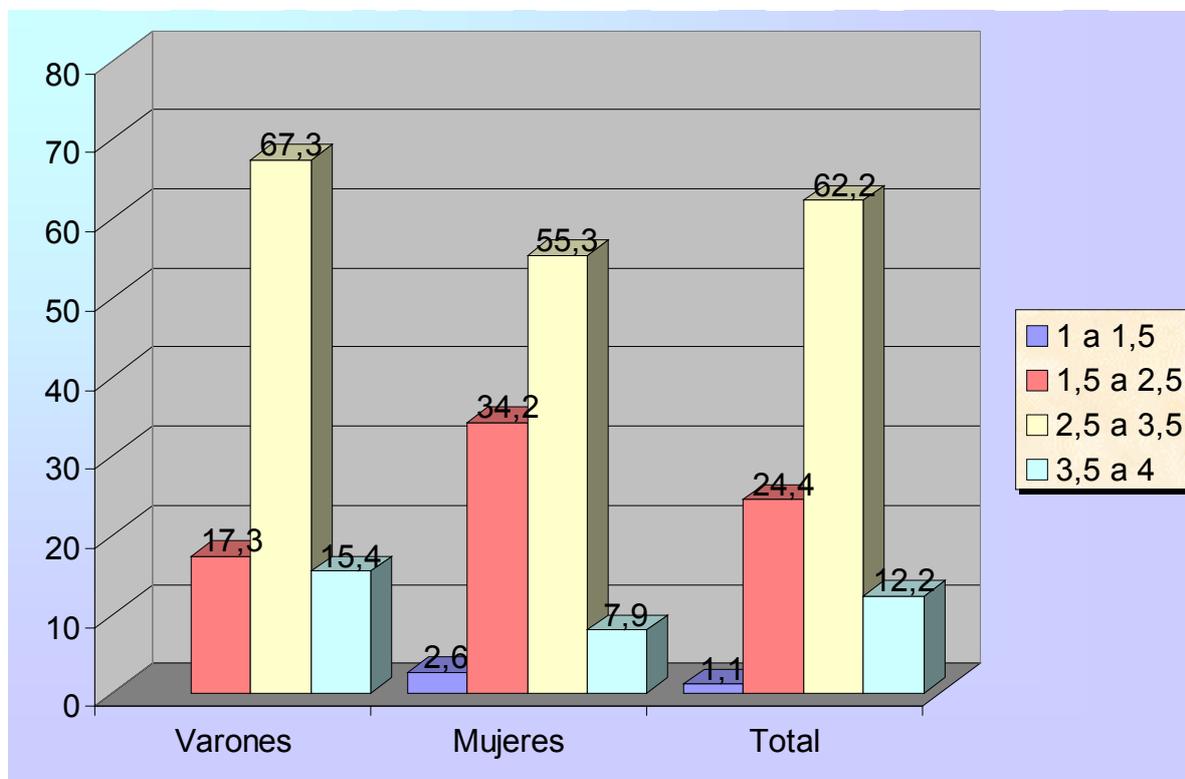


Fig. 59: El estado de salud en general de los pacientes parece ser bueno ya que el 62,2% de ellos obtiene una media de entre 2,5 y 3,5 puntos de los cuatro posibles, siendo esta proporción de 67,3% para los hombres y 55,3% para las mujeres. Es notable el hecho de que la categoría de mínima puntuación aparezca sólo en el 1,1% de la población.

Figura 60

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Salud Psíquica (CUBRECAVI) según Género

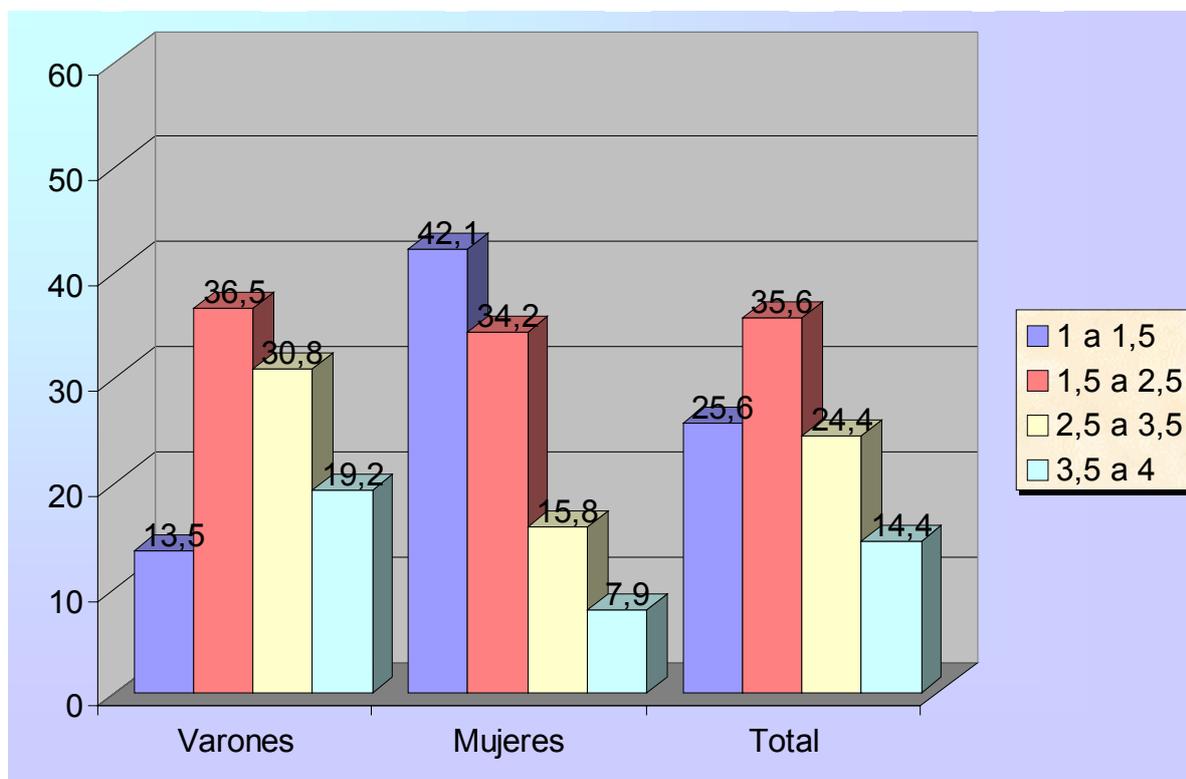


Fig. 60: En los hombres las categorías predominantes son las centrales, o sea, de 1,5 a 2,5 y de 2,5 a 3,5 con un 36,5 y 30,8% respectivamente, y en las mujeres sin embargo las categorías predominantes son las dos primeras, o sea, de 1 a 1,5 y de 1,5 a 2,5 con unos porcentajes de 42,1% y 34,2% respectivamente. En el total de la población se observa cierto grado de simetría siendo la categoría predominante la de 1,5 a 2,5 con un 35,6% de los sujetos.

Figura 61

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Media de las Habilidades Funcionales (CUBRECAVI) según Género

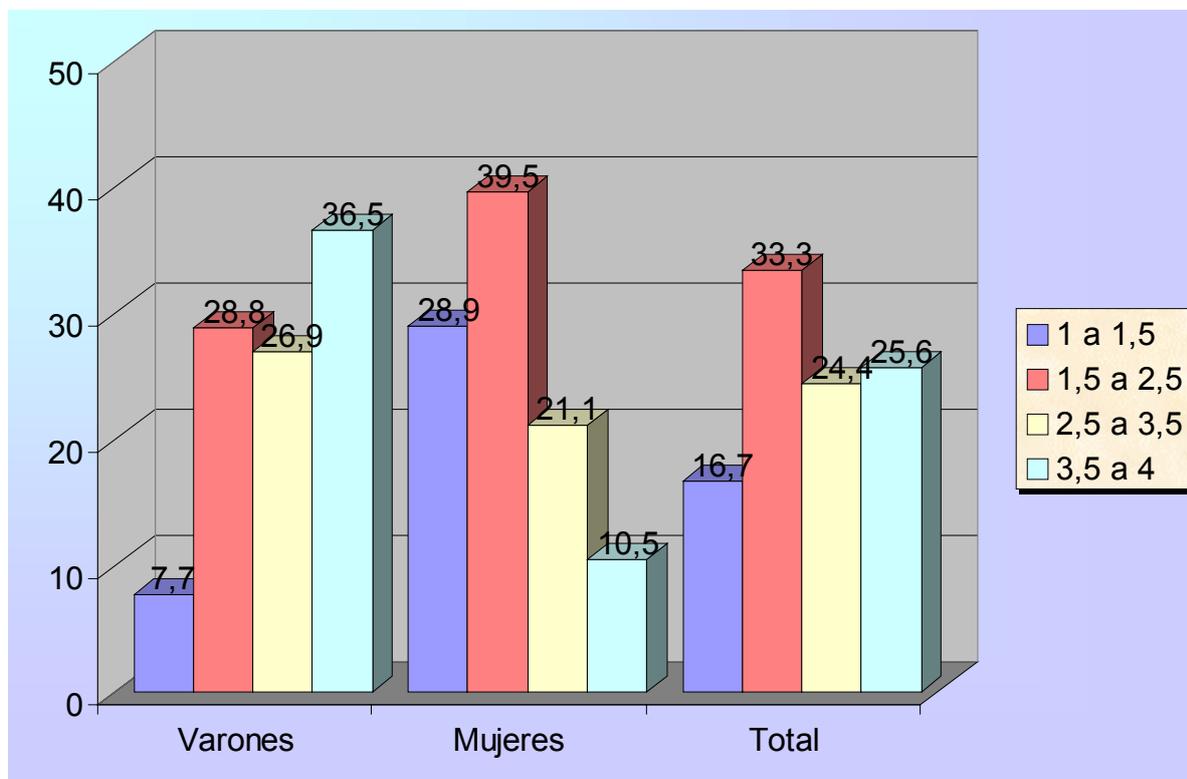


Fig. 61: Las diferencias entre sexos son bastante acusadas ya que la categoría predominante en los hombres es la de máxima puntuación, de 3,5 a 4, con un 36,5% y sin embargo en las mujeres la categoría predominante es la de 1,5 a 2,5, con un 39,5%. La categoría de mínima puntuación ofrece un porcentaje del 7,7% en los hombres y del 28,9% en las mujeres. En el total del grupo la categoría predominante es la de, de 1,5 a 2,5 con un 33,3% seguida de la de 3,5 a 4, con un 25,6%.

Figura 62

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión de la Media Actividad y Ocio (CUBRECAVI) según Género

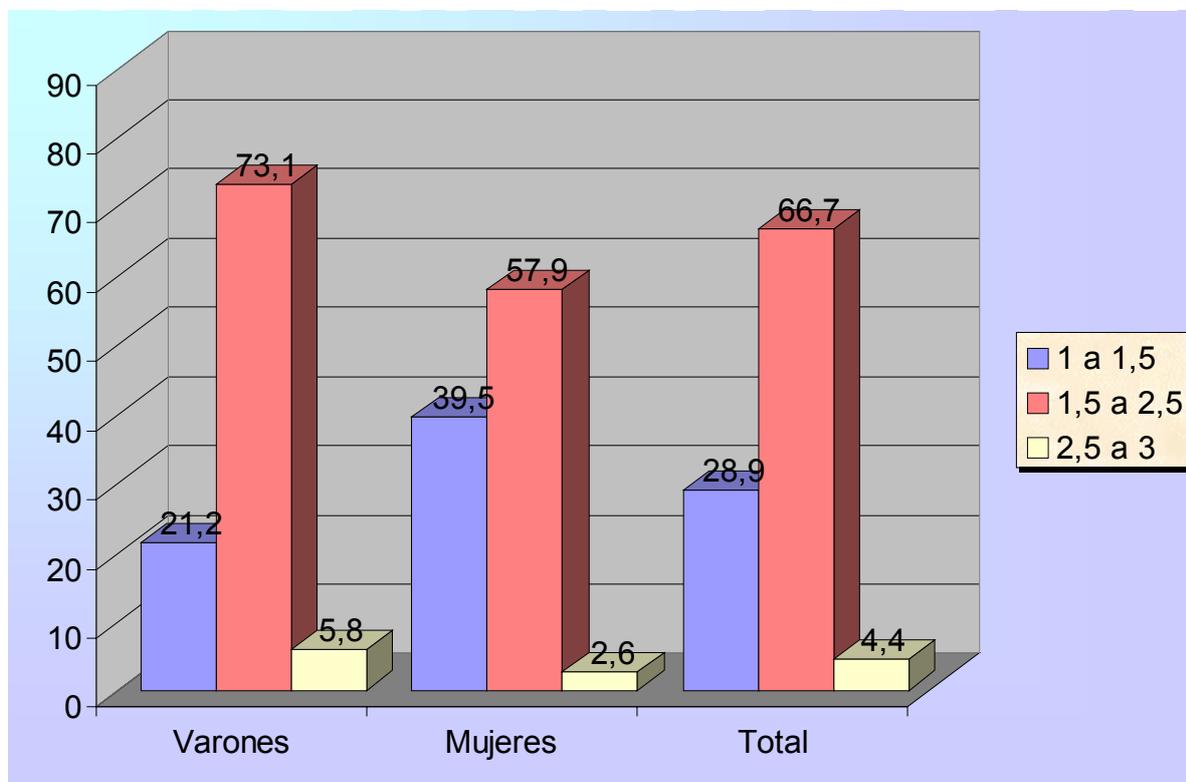


Fig. 62: Se podría calificar a los individuos de la población como medianamente activos ya que la puntuación media predominante se halla en la categoría central, de 1,5 a 2,5 con un 73,1% de los hombres, un 57,9% en las mujeres resultando un 66,7% en el total de la población. Aunque el porcentaje de mujeres con poca actividad, de 1 a 1,5, es del 39,5% frente al 21,2% de los hombres.

Figura 63

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción de la Ocupación del Tiempo (CUBRECAVI) según Género

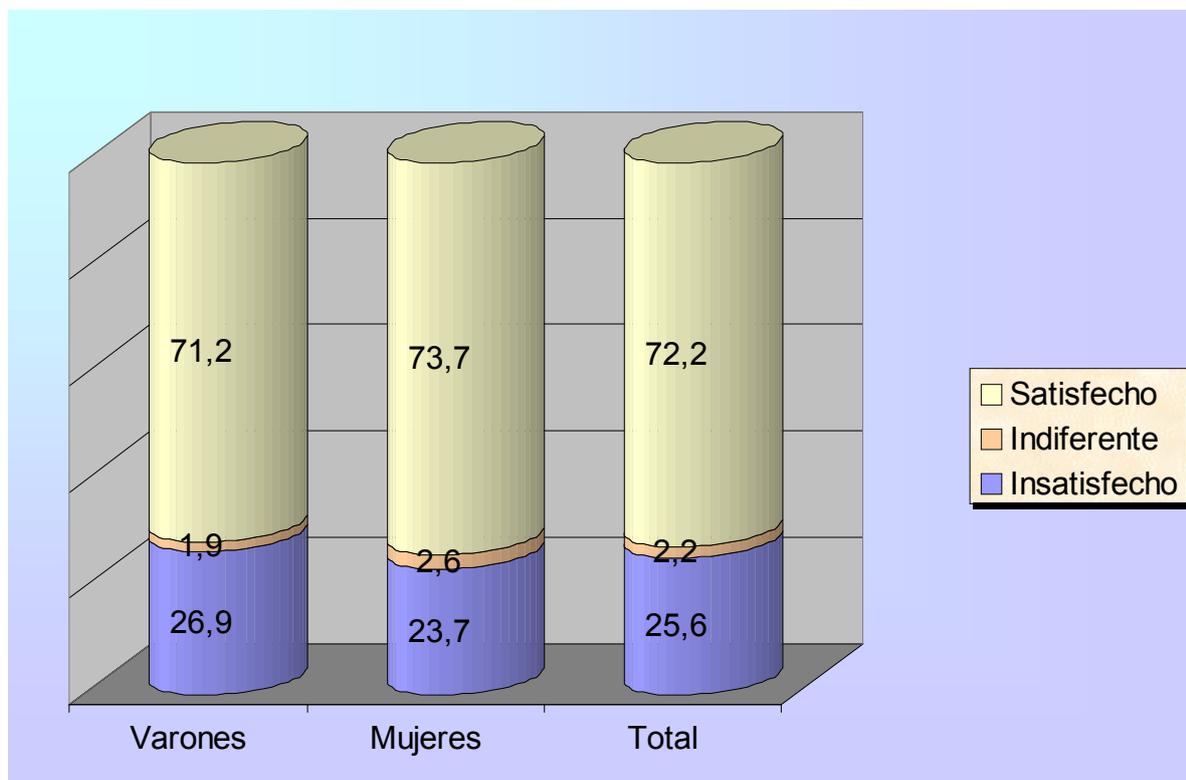


Fig. 63: Los pacientes están en general satisfechos de como ocupan su tiempo un 71,2% de los hombres, un 73,7% de las mujeres y un 72,2% del total.

Figura 64

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con la Vida (CUBRECAVI) según Género

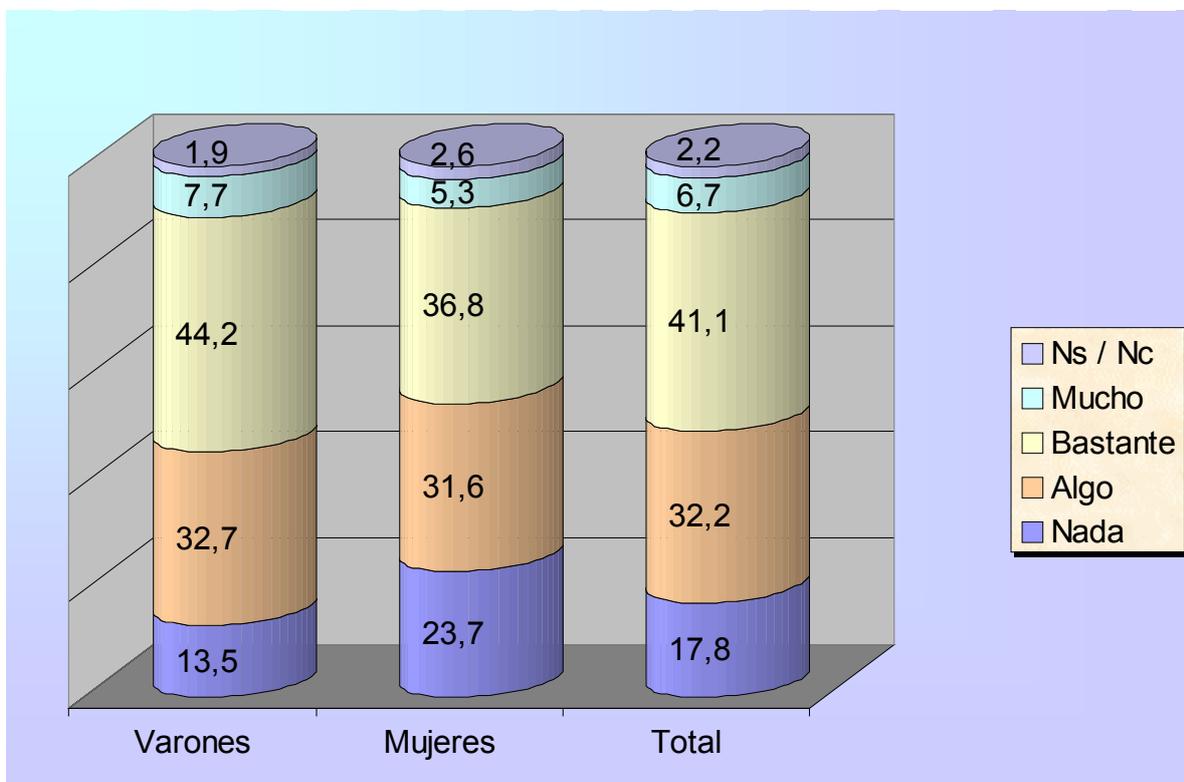


Fig. 64: La categoría predominante es la de bastante con un 44,2% en los hombres, un 36,8% en las mujeres y un 41,1% en el total. Sin embargo un 13,5% de los hombres, en un 23,7% de las mujeres y un 17,8% del total manifiesta no estar nada satisfecho con la vida.

Figura 65

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Nivel de Alfabetización (CUBRECAVI) según Género

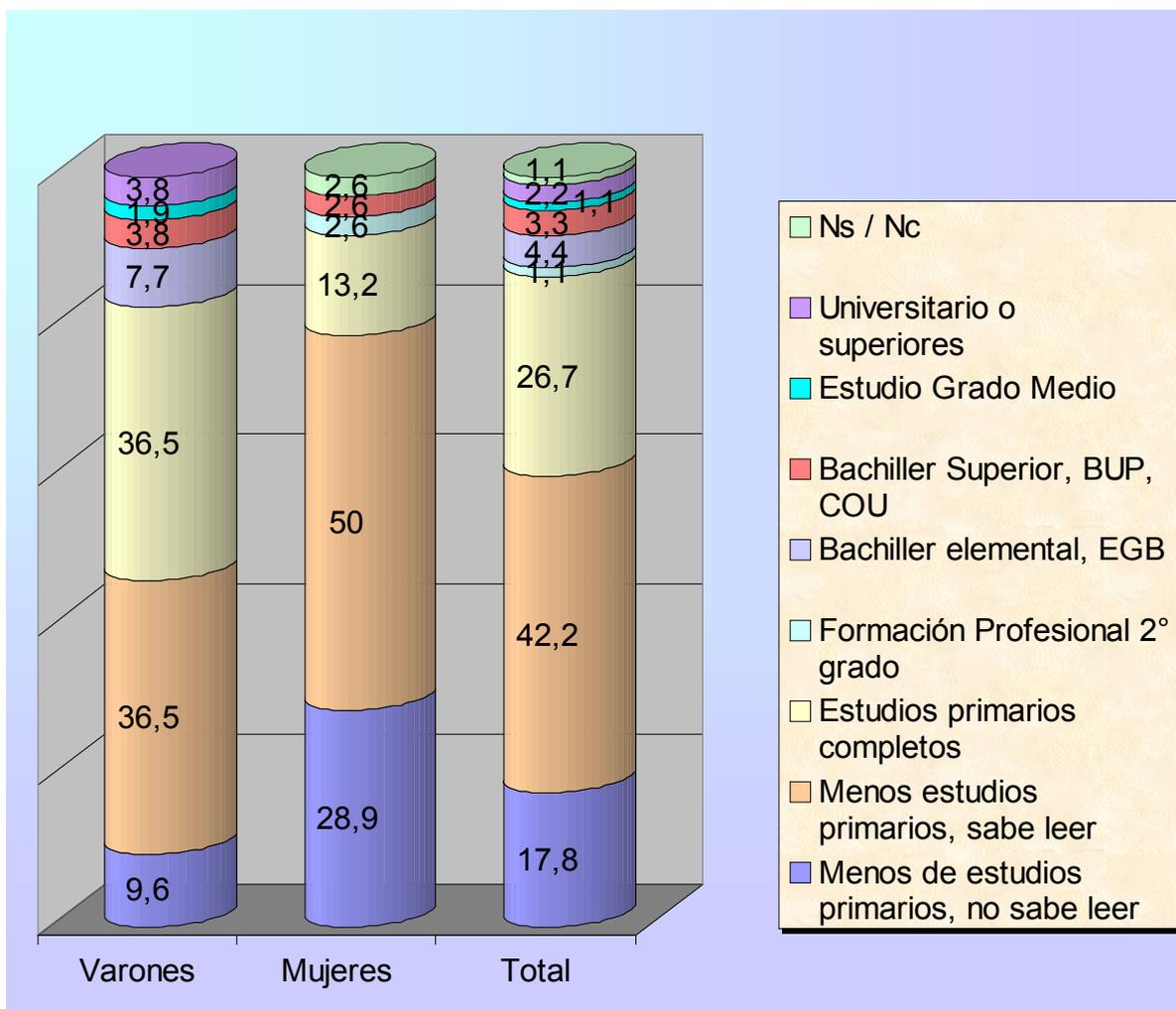


Fig. 65: El nivel de alfabetización se muestra mayor en los hombres que en las mujeres ya que el 9,6% de aquellos son analfabetos frente al 28,9% de estas y además no encontramos mujeres con estudios universitarios aunque éstos sólo han sido llevados a cabo por el 3,8% de los hombres. En el total las categorías predominantes son la de estudios primarios incompletos 42,2% y la de estudios primarios completos 26,7%.

Figura 66

Representación Gráfica de la Dimensión Ingresos Económicos (CUBRECAVI) según Género

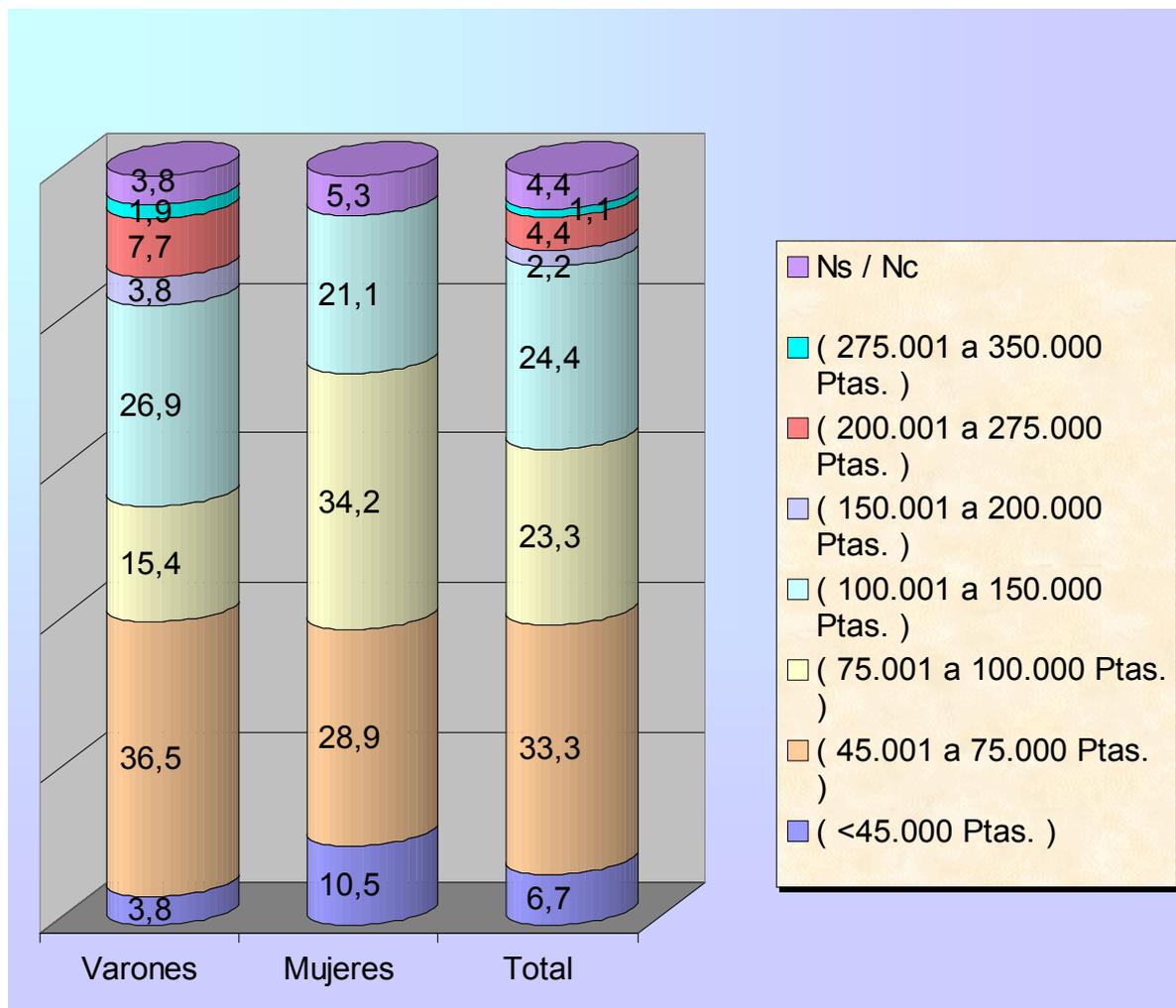


Fig. 66: La mayoría de la población un 80% del total tiene su renta entre 45.001 y 150.000 pesetas. Por sexos encontramos ciertas disparidades, como por ejemplo que el 10,5% de las mujeres tiene una renta inferior a 45.000 pesetas frente al 3,8% de los hombres y que no haya mujeres con rentas superiores a 200.000 pesetas frente a un 9,6% de los hombres cuya renta si supera dicha cantidad.

Figura 67

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión de la Media Integración Social (CUBRECAVI) según Género

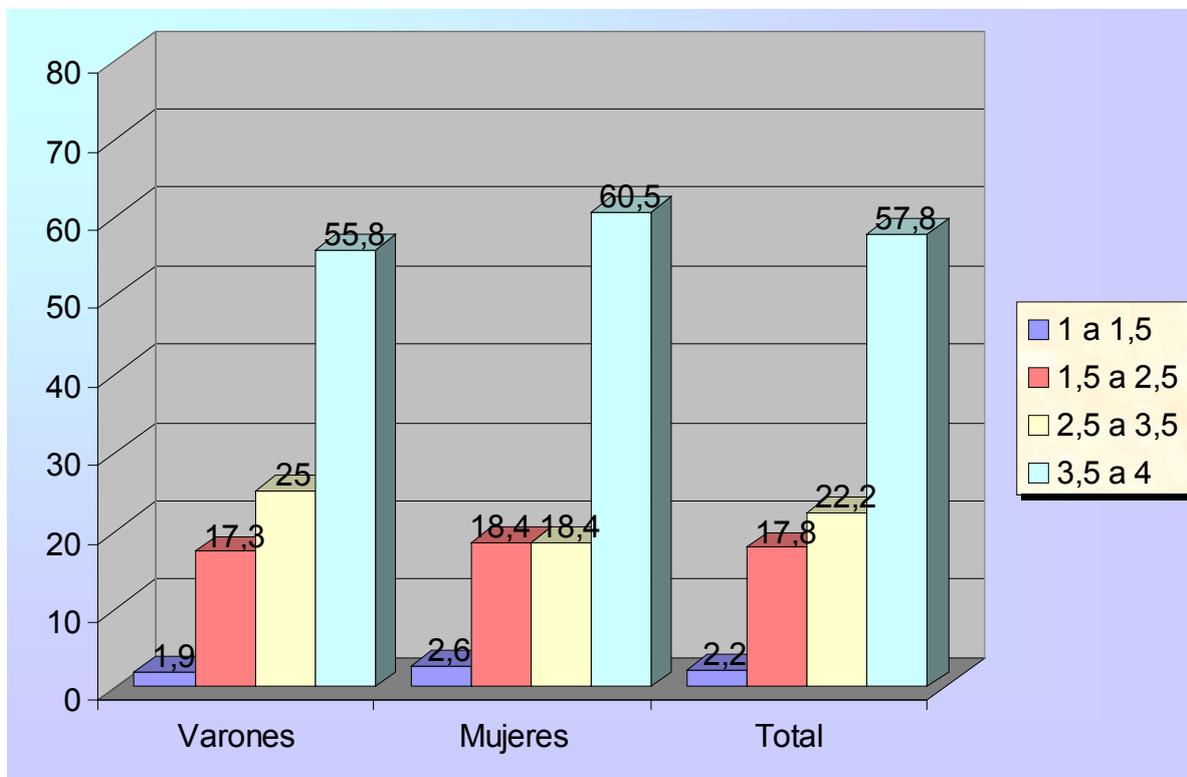


Fig. 67: Podemos calificar la media de la integración social como bastante buena tanto para hombres con un 55,8% en la categoría de mayor puntuación como en las mujeres con un 60,5% en dicha categoría, por lo tanto el 57,8% del total de pacientes obtienen una media entre 3,5 y 4. Además la categoría de menor puntuación, de 1 a 1,5, sólo aparece en el 1,9% de los hombres, en el 2,6% de las mujeres y en el 2,2% del total.

Figura 68

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Satisfacción de la Relación Social (CUBRECAVI) según Género

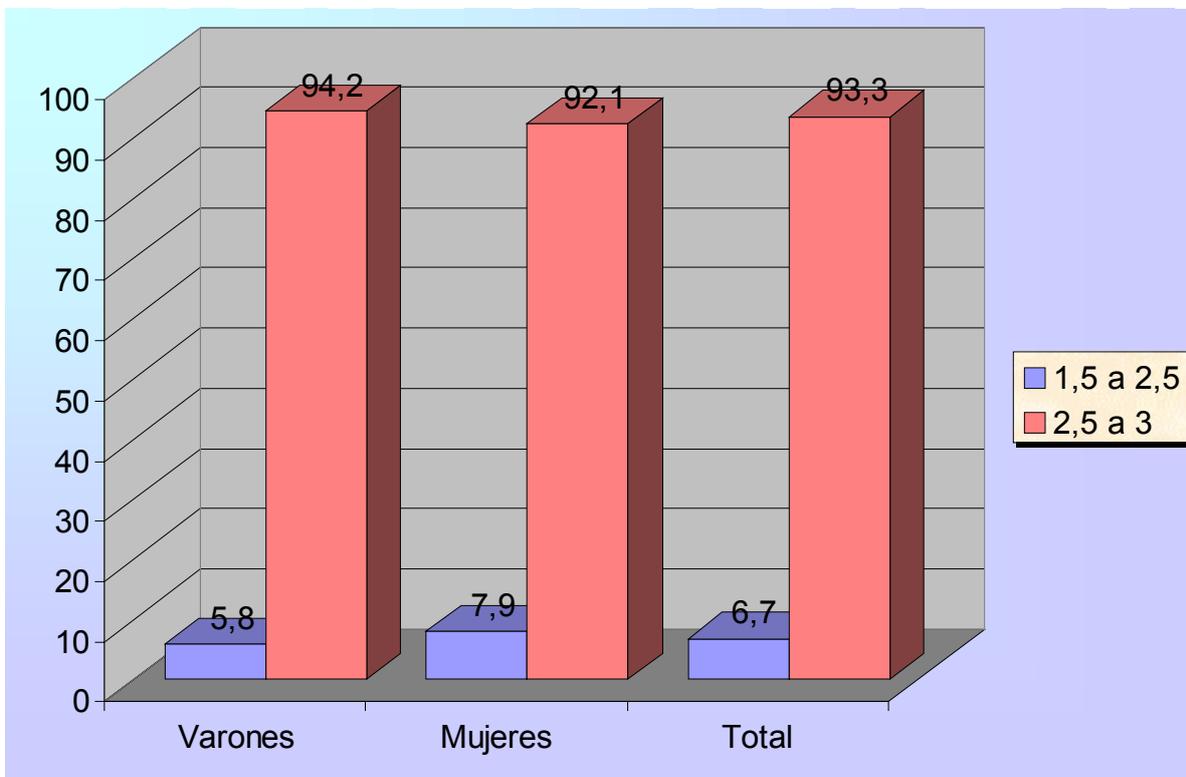


Fig. 68: Se puede decir que en su gran mayoría los sujetos están muy satisfechos con su relación social ya que el 94,2% de los hombres obtienen una puntuación media entre 2,5 y 3 siendo este porcentaje de 92,1% para las mujeres y de 93,3% para el total del grupo.

Figura 69

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Media de la Calidad Ambiental (CUBRECAVI) según Género

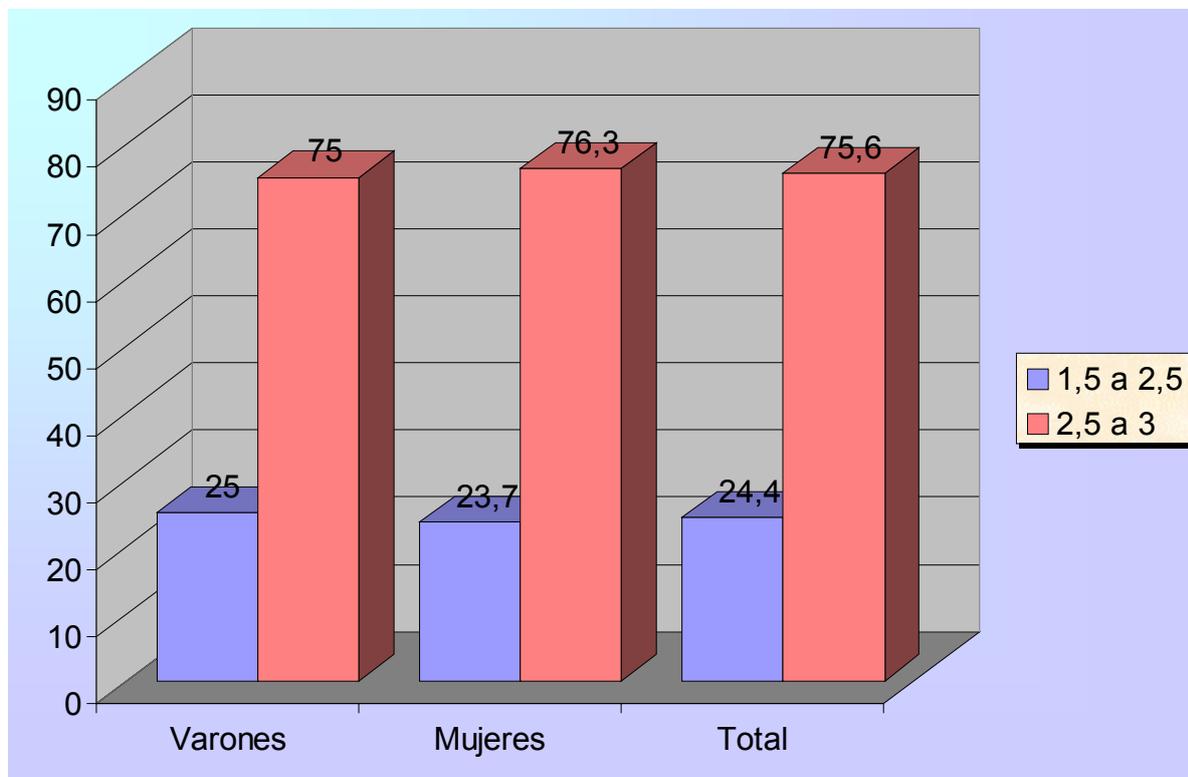


Fig. 69: Podemos afirmar que gran parte de los pacientes se encuentra bastante satisfecho con respecto a la calidad ambiental ya que el 75% de los hombres, el 76,3% de las mujeres y el 75,6% del total obtienen una media de 2,5 a 3.

Figura 70

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Grado de Satisfacción con la Vivienda en General (CUBRECAVI) según Género

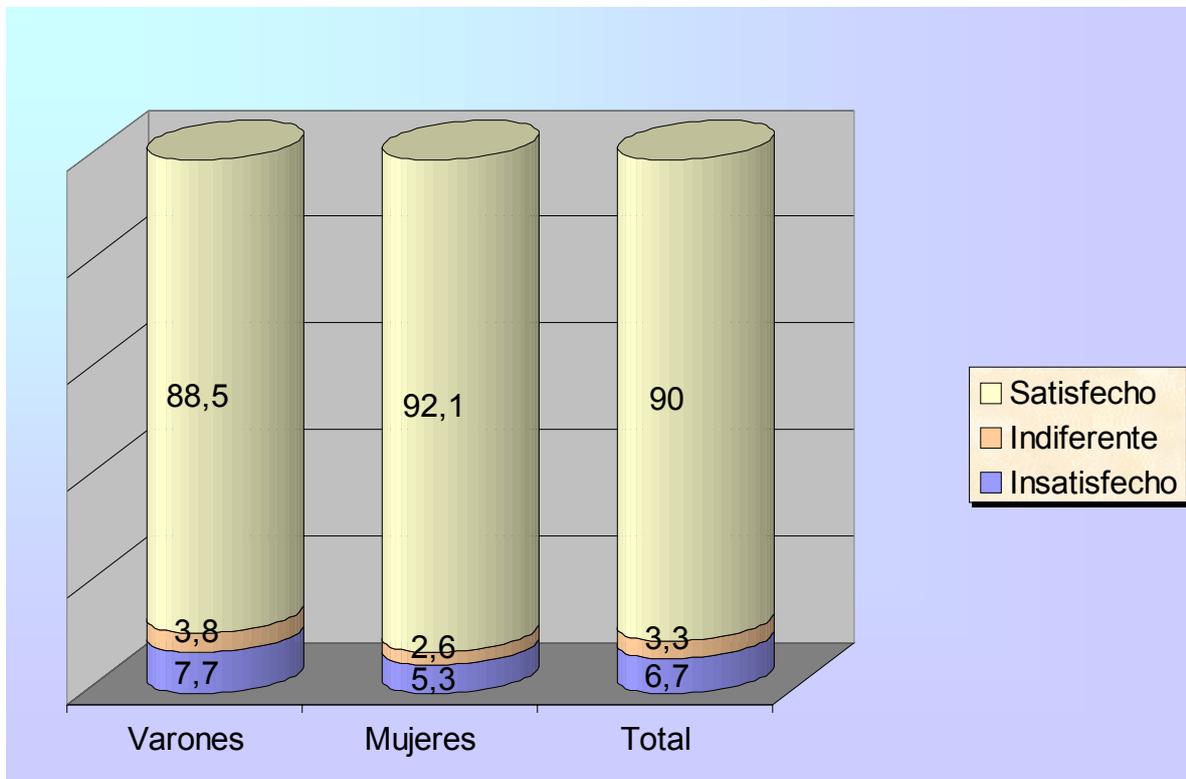


Fig. 70: La gran mayoría de los pacientes 90% del total se encuentra satisfecho con su vivienda, por sexos el 88,5% de los hombres se manifiesta satisfecho y en las mujeres este porcentaje es del 92,1%.

Figura 71

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Frecuencia del Uso de Servicios Sociales y Sanitarios (CUBRECAVI) según Género

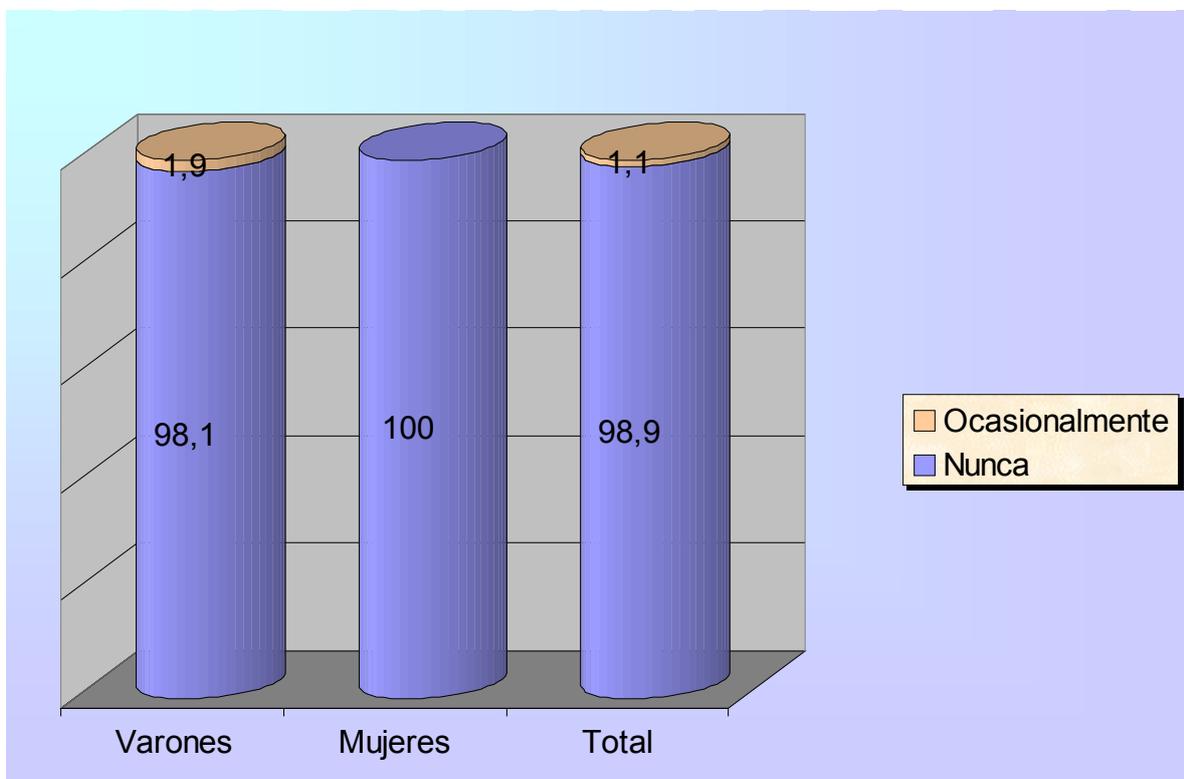


Fig. 71: La gran mayoría de los encuestados 98,1% de los hombres, 100% de las mujeres, y 98,9% del total nunca utiliza servicios sociales y sanitarios.

Figura 72

Representación Gráfica de las Puntuaciones Obtenidas en la Dimensión Satisfacción con los Servicios Sociales y Sanitarios (CUBRECAVI) según Género

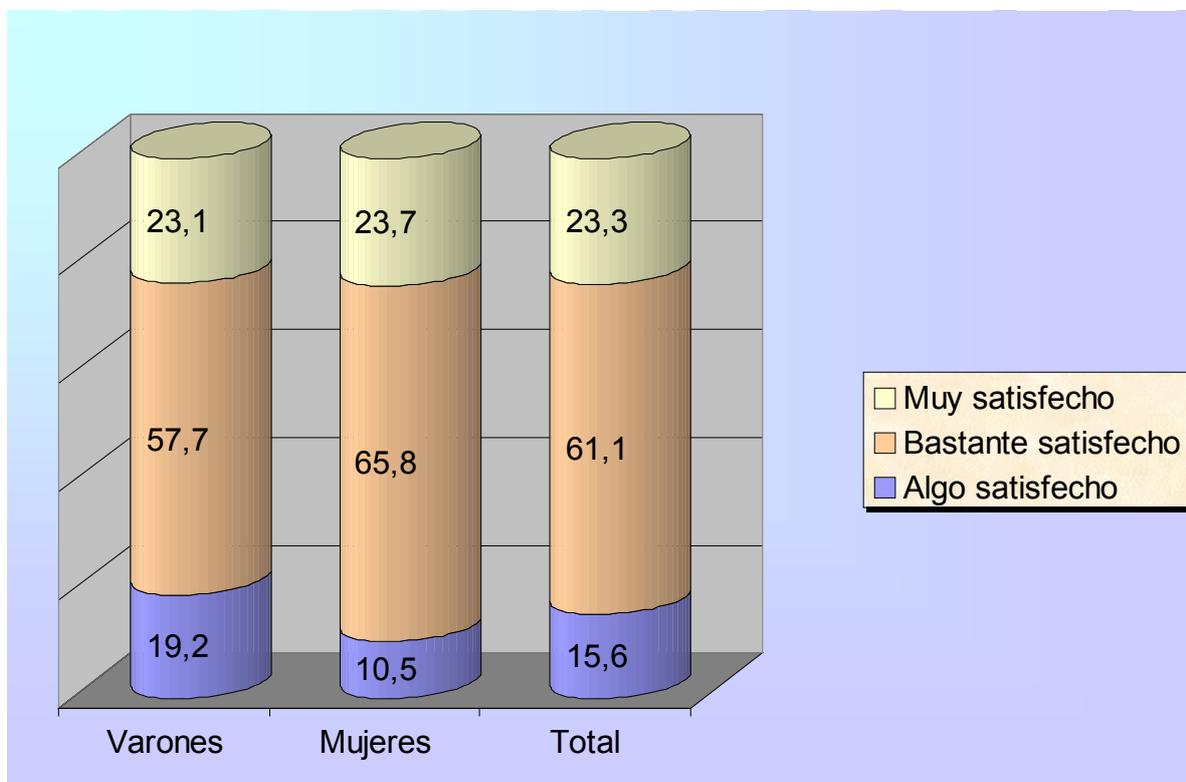


Fig. 72: Gran parte de los encuestados se encuentra “bastante satisfecho” con los servicios el 57,7% de los hombres, el 65,8% de las mujeres y el 61,1% del total. Cabe destacar que el 23,3% de los pacientes que se encuentra “muy satisfechos” con dichos servicios siendo este porcentaje de 23,1% para los hombres y 23,7% para las mujeres.

Figura 73

Representación Gráfica de la Valoración de la Calidad de Vida (CUBRECAVI) según Género

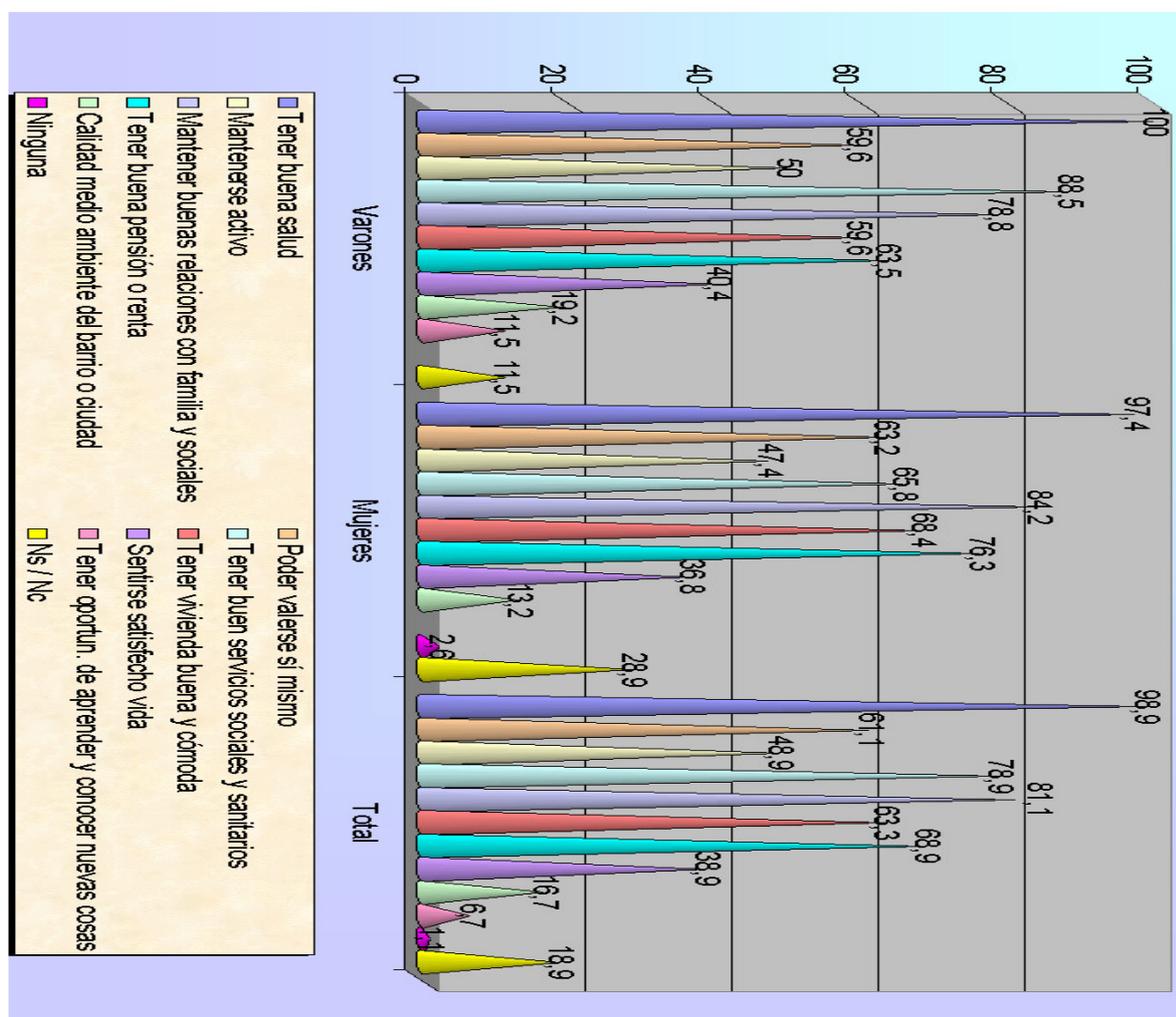


Fig. 73: Los tres aspectos a los que los hombres conceden mayor importancia son: tener buena salud 100%, tener buenos servicios sociales y sanitarios 88,5% y mantener buenas relaciones sociales, ya sea con la familia o en general, 78,8%. En las mujeres los tres aspectos de mayor importancia son: tener buena salud 97,4%, mantener buenas relaciones sociales 84,2% y tener buena pensión o renta 76,3%. En el total de la población los aspectos más importantes son: tener buena salud 98,9%, mantener buenas relaciones sociales 81,1% y tener buenos servicios sociales y sanitarios 78,9%. Los aspectos menos valorados, sin contar los que no saben o no contestan, han sido para los hombres la calidad medioambiental del barrio o ciudad 19,2%, tener oportunidad de aprender y conocer cosas nuevas 11,5% y ninguna de las anteriores 0%, en las mujeres los aspectos menos valorados son los mismos que en los hombres y en el mismo orden, los porcentajes son 13,2%, 0% y 2,6%, idéntica situación encontramos en el total de la población con unos porcentajes de 16,7%, 6,7%, y 1,1%, respectivamente.

3. Análisis Inferencial

3.1. Variables Contrastadas y Correlacionadas

Tabla 24.- Correlaciones entre los Factores de las Variables Psicológicas y de Calidad de Vida.

Factores	FP1	FP2	FP3	FP4	FP5	FA1	FA2	FCV1	FCV2	FCV3	FCV4	FCV5
FP1 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N	1 90	0,447*** 0,000 90	-0,085 0,528 90	0,205 0,127 90	0,564** 0,000 90	0,043 0,749 90	0,037 0,784 90	-0,018 0,894 90	-0,018 0,897 90	-0,355 0,007 90	-0,058 0,670 90	-0,147 0,275 90
FP2 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N		1 90	0,288* 0,030 90	0,506** 0,000 90	0,250 0,060 90	0,158 0,242 90	0,023 0,869 90	0,381** 0,003 90	0,301* 0,023 90	-0,081 0,549 90	-0,032 0,811 90	-0,158 0,242 90
FP3 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N			1 90	0,472** 0,000 90	-0,074 0,586 90	0,027 0,843 90	0,003 0,980 90	0,110 0,414 90	-0,012 0,931 90	0,034 0,804 90	-0,152 0,258 90	-0,186 0,167 90
FP4 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N				1 90	0,016 0,906 90	0,077 0,567 90	0,116 0,393 90	0,109 0,420 90	0,169 0,208 90	0,028 0,836 90	-0,034 0,803 90	0,071 0,598 90
FP5 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N					1 90	0,164 0,223 90	-0,108 0,429 90	0,201 0,134 90	0,121 0,369 90	-0,265 0,047 90	-0,160 0,234 90	-0,109 0,418 90
FA1 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N						1 90	0,538** 0,000 90	0,047 0,660 90	0,051 0,631 90	-0,071 0,509 90	-0,058 0,586 90	0,038 0,719 90
FA2 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N							1 90	-0,227* 0,033 90	-0,088 0,410 90	-0,099 0,356 90	-0,075 0,485 90	0,033 0,762 90
FCV1 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N								1 90	0,281** 0,007 90	-0,052 0,627 90	0,121 0,256 90	0,093 0,382 90
FCV2 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N									1 90	0,042 0,694 90	0,064 0,552 90	0,065 0,546 90
FCV3 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N										1 90	-0,077 0,472 90	-0,079 0,461 90
FCV4 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N											1 90	0,200 0,059 90
FCV5 Correlación Pearson Sig. (bilateral) N												1 90

***= La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). **= La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). (FP1= Factor de Personalidad 1 o Energía; FP2= Factor de Personalidad 2 o Apertura Mental; FP3= Factor de Personalidad 3 o Estabilidad Emocional; FP4= Factor de Personalidad 4 o Afabilidad; FP5= Factor de Personalidad 5 o Tesón; FA1= Factor de Afrontamiento 1 o Centrado en el Problema; FA2= Factor de Afrontamiento 2 o Centrado en la Emoción; FCV1= Factor de Calidad de Vida 1 o Salud Física, Psíquica y Social; FCV2= Factor de Calidad de Vida 2 o Aspectos Socioeconómicos; FCV3= Factor de Calidad de Vida 3 o Integración Social; FCV4= Factor de Calidad de Vida 4 o Calidad Ambiental; FCV5= Factor de Calidad de Vida 5 o Servicios Socio-Sanitarios).

Tabla 25.- Análisis bivariado entre la variable Edad y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida.

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. Asintót.
FP1	0,245	2	0,885
FP2	3,590	2	0,166
FP3	0,209	2	0,901
FP4	2,009	2	0,366
FP5	1,220	2	0,543
FA1	1,264	2	0,532
FA2	0,945	2	0,624
FCV1	3,361	2	0,186
FCV2	13,459	2	0,001
FCV3	2,105	2	0,349
FCV4	1,740	2	0,419
FCV5	4,466	2	0,107

a- Prueba de Kruskal-Wallis. b.- Variable de Agrupación: Edad1. En azul se muestran las correlaciones significativas.

Tabla 26.- Análisis bivariado entre la variable Sexo y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FP1	332,500	710,500	-1,159	0,247
FP2	267,500	645,500	-2,200	0,028
FP3	391,000	856,000	-0,224	0,823
FP4	347,000	725,000	-0,927	0,354
FP5	360,500	738,500	-0,712	0,477
FA1	924,500	1665,500	-0,519	0,604
FA2	684,500	2062,500	-2,313	0,021
FCV1	582,000	1323,000	-3,317	0,001
FCV2	695,000	1436,000	-2,414	0,016
FCV3	727,000	2105,000	-2,140	0,032
FCV4	979,000	2357,000	-0,078	0,938
FCV5	917,000	2295,000	-0,667	0,505

a- Prueba de Kruskal-Wallis. b- Variable de Agrupación: Sexo. En azul se muestran las correlaciones significativas.

Tabla 27.- Análisis bivariado entre la variable Patologías Diagnosticadas y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FP1	244,500	740,500	-0,716	0,474
FP2	203,500	374,500	-1,568	0,117
FP3	255,000	426,000	-0,498	0,618
FP4	276,000	447,000	-0,062	0,950
FP5	247,500	418,500	-0,654	0,513
FA1	563,500	1739,500	-0,933	0,351
FA2	426,000	877,000	-2,345	0,019
FCV1	499,000	877,000	-1,645	0,100
FCV2	520,000	898,000	-1,428	0,153
FCV3	625,500	1801,500	-0,250	0,803
FCV4	642,500	1818,500	-0,064	0,949
FCV5	536,000	914,000	-1,400	0,161

a- Prueba de Kruskal-Wallis. b.- Variable de Agrupación: Patodia. En azul se muestran las correlaciones significativas.

Tabla 28.- Análisis bivariado entre la variable Número de Patologías y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida.

	Chi-Cuadrado	Gl	Sig. Asintót.
FP1	7,686	7	0,361
FP2	9,551	7	0,215
FP3	7,339	7	0,394
FP4	6,677	7	0,463
FP5	6,880	7	0,441
FA1	8,178	7	0,317
FA2	8,087	7	0,325
FCV1	22,535	7	0,002
FCV2	13,378	7	0,063
FCV3	3,274	7	0,859
FCV4	8,652	7	0,279
FCV5	5,995	7	0,540

a.- Prueba de Kruskal-Wallis. b.- Variable de Agrupación: Numepato. En azul se muestran las correlaciones significativas.

Tabla 29.- Análisis bivariado entre la variable Duración de la Diálisis y los Factores de Personalidad, Modos de Afrontamiento y Calidad de Vida

	Chi-Cuadrado	gl	Sig. Asintót.
FP1	4,647	4	0,326
FP2	5,164	4	0,271
FP3	6,083	4	0,193
FP4	7,138	4	0,129
FP5	4,663	4	0,324
FA1	6,763	5	0,239
FA2	3,091	5	0,686
FCV1	5,223	5	0,389
FCV2	8,002	5	0,156
FCV3	4,223	5	0,518
FCV4	13,641	5	0,018
FCV5	3,990	5	0,551

a.- Prueba de Kruskal-Wallis. b.- Variable de Agrupación: Duradía. En azul se muestran las correlaciones significativas.

Tabla 30.- Análisis bivariado entre las variables Sexo, Estado Civil, Edad y los Factores de Calidad de Vida.

		FCV1	FCV2	FCV3	FCV4	FCV5
SEXO	Hombre	53,31	51,13	40,48	-	-
	Mujer	43,82	37,79	52,37	-	-
	Sig. Asintót.	0,001	0,016	0,032	0,938	0,505
EDAD	55-65	-	59,47	-	-	-
	66-75	-	39,65	-	-	-
	Mayor 76	-	34,79	-	-	-
	Sig. Asintót.	0,186	0,001	0,349	0,419	0,107
ESTADO CIVIL	Solo	-	-	57,44	-	-
	Acompañado	-	-	40,91	-	-
	Sig. Asintót.	0,256	0,076	0,007	0,107	9,675

a.- Prueba de Kruskal-Wallis. b.- Variables de Agrupación: Sexo, Edad y Estado Civil. En azul se muestran las correlaciones significativas.

DISCUSIÓN

Con la finalidad de conseguir mayor objetividad en este apartado, se discutirá en primer lugar la metodología utilizada en el estudio y a continuación los resultados obtenidos en cada una de las variables estudiadas, intentando seguir el mismo orden que para el análisis de los datos establecido en el apartado Material y Métodos, finalizando con las posibles implicaciones y aportaciones de los resultados del estudio.

Para alcanzar los objetivos propuestos, hemos realizado un estudio de corte transversal, para conocer la situación de los pacientes renales crónicos mayores de 55 años, en un momento concreto de la evolución de su patología, en el que es necesaria para la supervivencia, la hemodiálisis como terapia. El estudio así planteado, facilita la descripción de la magnitud y alcance del problema, proporcionando a su vez información sobre los modos de afrontamiento, su relación con variables sociodemográficas, con factores de personalidad y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

La utilización de un diseño de tipo transversal, supone la aplicación de una serie de medidas y precauciones por parte del investigador. En general desde un punto de vista metodológico, el desarrollo de este tipo de diseño, requiere el uso de un muestreo probabilístico o aleatorio con objeto de poder comparar la prevalencia de determinadas situaciones entre distintos grupos o poblaciones.

En nuestro caso por tratarse de una población diana bien definida, así como para atender de forma adecuada los objetivos del estudio, hemos optado como estrategia por conocer la prevalencia de las variables del estudio, en todos los sujetos de la población, es decir en todos los que cumplieran el criterio de inclusión establecido para el estudio. De esta forma se intentó evitar uno de los problemas más frecuentes de los diseños transversales, el que se refiere a la selección de los sujetos que participan en el estudio.

Con relación al ámbito de estudio hemos elegido a todos los pacientes sometidos a hemodiálisis en los diferentes centros de Granada capital, a partir de 55 años de edad, por ser los mayores de 55 años los que presentan las menores expectativas de ser sometidos a trasplante renal.

Para la recogida de la información se ha utilizado la entrevista por parte de un único entrevistador, a través de los cuestionarios reseñados en el apartado de Material y Métodos, además de la información aportada por las historias clínicas.

1.- DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

La construcción de instrumentos específicos para la evaluación de los diferentes aspectos o problemas de salud, se compone de tres partes: selección de ítems, reducción de ítems e identificación de las dimensiones.

En la primera, el investigador debe generar un conjunto de ítems relevantes al objeto de estudio. Este conjunto de ítems pasará por un proceso de reducción, para finalmente componer y construir el instrumento final, existiendo dos maneras de hacer esto: el Método del Impacto Clínico y las técnicas psicométricas o Análisis Factorial, método más utilizado. Definidos los ítems estos deberán ser distribuidos en dimensiones evaluables y pertinentes para el asunto o problema en estudio y para la población diana.

En nuestro estudio, hemos dispuesto de instrumentos ya validados para medir o evaluar el grado de depresión (GDS), los modos de afrontamiento (Lazarus y Folkman), personalidad (BFQ) y calidad de vida (CUBRECAVI), y lo que abordamos en nuestra muestra es la aplicabilidad de dichos instrumentos en la población mayor hemodializada.

Hemos realizado el análisis factorial, para describir la estructura conceptual subyacente de los instrumentos, examinando si los ítems tienen concordancia o no para medir uno o más campos comunes. Se usa el patrón o modelo de inter-correlaciones entre las respuestas a los ítems, agrupando las cuestiones en factores, que parecen medir campos comunes, siendo los factores diferentes unos de los otros.

Las dimensiones compuestas por ítems constituyen los instrumentos utilizados, que son a su vez las variables de nuestro estudio: psicológicas (depresión, modos de afrontamiento y personalidad) y calidad de vida, siendo el objetivo alcanzar el equilibrio entre ítems y dimensiones, toda vez que ambos son fundamentales en un instrumento eficaz.

El análisis factorial se justifica en la identificación de las dimensiones en estudio, en cuanto que éstas se mimetizan con los factores haciendo menos subjetivo este tipo de análisis, usando como coeficiente de fiabilidad el Alfa de Crombach.

1.1.- Análisis Factorial de los Cuestionarios de Evaluación Psicológica y Calidad de Vida para las Personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal

Los test psicológicos deben poseer una razonable fiabilidad si se pretende que sean útiles, tanto cuando se emplean con fines de investigación, como cuando se aplican con un propósito práctico. Existen varios tipos de fiabilidad y diferentes métodos para su obtención.

Aceptadas las dimensiones teóricas que integran los cuestionarios de depresión, afrontamiento, personalidad y calidad de vida, según la construcción original de sus autores y con el objetivo de comprobar la aplicabilidad de dichas escalas en la evaluación de los pacientes en diálisis, hemos analizado la fiabilidad de los factores mediante indicadores de consistencia interna.

1.1.1.- Escala de Depresión Geriátrica, Cuestionario GDS

Para estudiar la Depresión y la aplicación de la escala a la población de estudio se realizó un análisis factorial para examinar la estructura de los factores que componen la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.). Los resultados del análisis factorial se exponen a continuación y en el apartado correspondiente del presente estudio [Figuras 9 y 10][Tabla 8].

Aceptadas las dimensiones teóricas que integra la Escala de Depresión Geriátrica y con el objetivo de valorar su adecuación a la población de estudio, hemos analizado la fiabilidad de las dimensiones mediante indicadores de consistencia interna. Los diferentes estados anímicos se agrupan en 5 factores: Factor 1 o Humor Triste,

Factor 2 o Humor Positivo, Factor 3 o Agitación, Factor 4 o Ausencia de Energía y Factor 5 o Aislamiento Social.

FACTOR 1: Humor Triste. Este Factor agrupa en nuestra población, los siguientes ítems y por este orden:

GDS-30: ¿Ha sentido que su mente está tan clara como antes?, (Alfa de Crombach 0,617).

GDS-29: ¿Ha sido fácil para usted tomar decisiones?, (Alfa de Crombach 0,582).

GDS-24: ¿Se ha preocupado frecuentemente por cosas sin importancia?, (Alfa de Crombach 0,623).

GDS-6: ¿Ha estado preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?, (Alfa de Crombach 0,574).

GDS-16: ¿Se ha sentido desanimado y triste?, (Alfa de Crombach 0,541).

GDS-12: ¿Ha preferido quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?, (Alfa de Crombach 0,550).

GDS-22: ¿Cree que su situación es desesperada?, (Alfa de Crombach 0,496).

GDS-25: ¿Ha sentido frecuentemente ganas de llorar?, (Alfa de Crombach 0,490).

GDS-27: ¿Se ha encontrado alegre al levantarse por la mañana?, (Alfa de Crombach 0,444).

GDS-11: ¿Ha estado a menudo intranquilo y nervioso?, (Alfa de Crombach 0,464).

GDS-4: ¿Se ha aburrido usted a menudo?, (Alfa de Crombach 0,431).

El Factor 1 tiene globalmente una media de 0,4646, una desviación típica de 0,28503, explica el 21,009 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,816 (n=90), indicando buena consistencia interna.

FACTOR 2: Humor Positivo. Este Factor agrupa en nuestra población, los siguientes ítems y por este orden:

GDS-1: ¿Se ha encontrado usted básicamente satisfecho con su vida?, (Alfa de Crombach 0,731).

GDS-3: ¿Ha sentido que su vida está vacía?, (Alfa de Crombach 0,658).

GDS-10: ¿Se ha sentido desamparado o indefenso a menudo?, (Alfa de Crombach 0,507).

GDS-19: ¿Le ha parecido que la vida es emocionante?, (Alfa de Crombach 0,488).

GDS-9: ¿Se ha sentido feliz la mayor parte del tiempo?, (Alfa de Crombach 0,532).

GDS-17: ¿Se ha sentido usted inútil?, (Alfa de Crombach 0,505).

GDS-21: ¿Se ha sentido usted lleno de energía?, (Alfa de Crombach 0,457).

GDS-7: ¿Ha estado de buen humor la mayor parte del tiempo?, (Alfa de Crombach 0,510).

El Factor 2 tiene globalmente una media 0,2389, una desviación típica de 0,25255, explica el 8,172 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,735 (n=90), indicando buena consistencia interna.

FACTOR 3: Agitación. Este Factor agrupa en nuestra población, los siguientes ítems y por este orden:

GDS-13: ¿Se ha preocupado frecuentemente por el futuro?, (Alfa de Crombach 0,692).

GDS-18: ¿Se ha preocupado por cosas del pasado?, (Alfa de Crombach 0,615).
GDS-23: ¿Ha pensado que muchas personas se encuentran en mejor situación que usted?, (Alfa de Crombach 0,540).
GDS-20: ¿Ha encontrado duro empezar nuevos proyectos?, (Alfa de Crombach 0,539).
GDS-8: ¿Ha tenido miedo de que le pueda ocurrir algo malo?, (Alfa de Crombach 0,462).

El Factor 3 tiene globalmente una media 0,4400, una desviación típica de 0,32596, explica el 6,412 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,680 (n=90), indicando buena consistencia interna.

FACTOR 4: Ausencia de Energía. Este Factor agrupa los siguientes ítems con diferente peso dentro del factor:

GDS-26: ¿Ha tenido problemas para concentrarse?, (Alfa de Crombach 0,595).
GDS-14: ¿Ha pensado que ha tenido más problemas de memoria que los demás?, (Alfa de Crombach 0,538).
GDS-2: ¿Ha abandonado muchas de sus actividades o intereses?, (Alfa de Crombach 0,480).
GDS-5: ¿Se ha encontrado usted optimista sobre el futuro?, (Alfa de Crombach 0,307).

El Factor 4 tiene globalmente una media de 0,3556, una desviación típica de 0,29504, explica el 5,044 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,440 (n=90), indicando una razonable consistencia interna.

FACTOR 5: Aislamiento Social. Este Factor agrupa los siguientes ítems con diferente peso dentro del factor:

GDS-15: ¿Ha pensado que es maravilloso estar vivo?, (Alfa de Crombach 0,651).
GDS-28: ¿Ha preferido evitar grupos de gente?, (Alfa de Crombach 0,639).

El Factor 5 tiene globalmente una media de 0,2889, una desviación típica de 0,31780, explica el 4,918 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,300 (n=90), indicando una razonable consistencia interna.

A modo de resumen podemos destacar que la Escala de Depresión Geriátrica presenta buena fiabilidad para la evaluación del estado anímico de las personas en diálisis, presentando un Alfa de Crombach global de 0,858 para los 30 ítems. Por otra parte los estados anímicos de mayor consistencia interna en nuestra muestra de estudio se corresponden con: el Factor 1 o Humor Triste (persistencia de pensamientos de tristeza); Factor 2 o Humor Positivo (afecto y visión del mundo positivos) y Factor 3 o Agitación (aspectos de inquietud).

1.1.2.- Modos de Afrontamiento, Cuestionario de Lazarus y Folkman

Para estudiar los Modos de Afrontamiento, se realizó igualmente el análisis factorial para examinar la estructura de los factores que componen el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los resultados del análisis factorial se exponen en el apartado correspondiente del presente estudio [Figuras 11 y 12][Tabla 9].

Aceptadas las dimensiones teóricas que integra el cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman y con el objetivo de valorar su aplicabilidad a la población de estudio, hemos analizado la fiabilidad de las dimensiones mediante indicadores de consistencia interna. Los distintos modos de afrontamiento se agrupan en dos factores: Factor 1 o Afrontamiento Centrado en el Problema y Factor 2 o Afrontamiento Centrado en la Emoción.

FACTOR 1: Afrontamiento Centrado en el Problema. Este Factor agrupa en nuestra población, los siguientes modos de afrontamiento y por este orden:

L7- Planificación: Esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta, (Alfa de Crombach 0,878).

L8- Reevaluación Positiva: Esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal, (Alfa de Crombach 0,838).

L5- Aceptación de la Responsabilidad: Reconocimiento de la responsabilidad en el problema, (Alfa de Crombach 0,648).

L1- Confrontación: Acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación, (Alfa de Crombach 0,590).

L3- Autocontrol: Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones, (Alfa de Crombach 0,588).

El Factor 1 tiene globalmente una media de 6,25, una desviación típica de 2,83, explica el 46,369 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,824 (n=90), indicando buena consistencia interna.

FACTOR 2: Afrontamiento Centrado en la Emoción. Este Factor agrupa los siguientes modos de afrontamiento con diferente peso dentro del factor:

L6- Huida-Evitación: De la situación de estrés, (Alfa de Crombach 0,911).

L4- Búsqueda de Apoyo Social: Acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión, (Alfa de Crombach 0,681).

L2- Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación, (Alfa de Crombach 0,442).

El Factor 2 tiene globalmente una media de 8,70, una desviación típica de 2,86, explica el 15,296 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,606 (n=90). Los dos Factores explican en conjunto el 61,665 de la varianza. A modo de resumen podemos destacar que el cuestionario sobre modos de afrontamiento presenta buena fiabilidad para la evaluación del afrontamiento de las personas en diálisis presentando un Alfa de Crombach global de 0,824. Por otra parte las estrategias de mayor consistencia interna en nuestra muestra de estudio para el Factor 1: Estrategias centradas en el problema, han sido, planificación y reevaluación positiva y en el Factor 2: Estrategias centradas en la emoción, la huida-avoidancia y búsqueda de apoyo social.

1.1.3.- Personalidad, Cuestionario BFQ

Para el análisis de la fiabilidad se ha utilizado un análisis de homogeneidad que determina la consistencia interna. El análisis se obtuvo mediante el estadístico Alfa de Crombach, el cual arrojó un índice de 0,864 lo que nos indica que la probabilidad de error del cuestionario es de 0,136, resultando el instrumento utilizado en esta población

muy fiable. Igualmente se realizó un análisis factorial para examinar la estructura de los factores que componen el cuestionario.

A través de este análisis se investiga la validez de constructo de un instrumento. La validez de constructo se relaciona con la extensión en la cual un instrumento mide el concepto que se desea medir y para lo cual fue diseñado de acuerdo con las expectativas teóricas.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales y con rotación ortogonal (Varimax) para encontrar los factores necesarios que expliquen las relaciones entre el conjunto de los ítems, o para explorar cuantos factores agrupan los ítems comunes. El objetivo de este análisis es el de explorar las interrelaciones entre los ítems del cuestionario, de este modo se identifican los que son capaces de agruparse y describir un constructo más amplio denominado Factor. Con este objetivo, y aceptadas las dimensiones teóricas que integra el Cuestionario de Personalidad BFQ, de aplicarlo a la población de estudio, hemos analizado la fiabilidad de los factores mediante indicadores de consistencia interna de las escalas y subescalas del test.

FACTOR 1: En nuestra muestra es el de **Energía (E)** y hace referencia a los mismos aspectos que en la literatura se asocian a los términos Extraversión (Costa y McCrae, 1987) o Surgencia (Goldberg, 1990). La persona que alcanza una puntuación alta en esta dimensión, tiende a describirse como muy dinámica, activa, enérgica, dominante y locuaz. Por el contrario, la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como poco dinámica y activa, poco enérgica, sumisa y taciturna. Esta dimensión viene definida por las subdimensiones Dinamismo (Di) y Dominancia (Do). La primera tiende a medir aspectos relativos a comportamientos enérgicos y dinámicos, la facilidad de la palabra y el entusiasmo. La segunda tiende a medir aspectos relacionados con la capacidad de imponerse, sobresalir y hacer valer la propia influencia sobre los demás.

La media para este factor en nuestra población fue de 47,21, con una desviación típica de 9,53. Este factor explica el 36,227 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,823 (n=90), indicativo de una buena consistencia interna. El coeficiente de fiabilidad en los estudios españoles fue de 0,750.

FACTOR 2: En nuestra muestra es el de **Apertura Mental (AM)**. Con este factor se alude a la dimensión que otros autores han definido como Cultura (Norman, 1963), Intelecto (Goldberg, 1990) y Apertura a la Experiencia (Costa y McCrae, 1985). La persona que alcanza una puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como muy culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas, dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas. Por el contrario la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como persona poco culta, poco informada, poco interesada por las cosas y experiencias nuevas y refractaria al contacto con culturas y costumbres distintas.

Esta dimensión viene definida por dos subdimensiones de Apertura a la Cultura (Ac) y Apertura a la Experiencia (Ae). La primera tiende a medir aspectos que atañen al interés por mantenerse informados, interés hacia la lectura e interés por adquirir conocimientos. La segunda mide aspectos de la Apertura Mental referidos a la disposición favorable hacia las novedades, a la capacidad de considerar cada cosa desde

perspectivas diversas y a la apertura favorable hacia valores, modos de vida y culturas distintos. La media para este factor fue de 42,78, con una desviación típica de 12,84. Este factor explica el 26,006 de la varianza y tiene un Alfa de Crombach de 0,910 (n=90), indicando una muy buena consistencia interna. Este factor en el estudio español presentó un Alfa de 0,760.

FACTOR 3: En nuestra muestra es el de **Estabilida Emocional (EE)**. Con este factor se alude a características que remiten esencialmente a lo opuesto del afecto negativo (Watson y Tellegen, 1985; Costa y McCrae, 1987). La persona que obtiene una puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable. Por el contrario, la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable.

Esta dimensión se define por las subdimensiones de Control de las Emociones (Ce) y Control de los Impulsos (Ci). La primera mide básicamente aspectos concernientes al control de los estados de tensión asociados a la experiencia emotiva. La segunda mide aspectos relativos a la capacidad de mantener el control del propio comportamiento incluso en situaciones de incomodidad, conflicto y peligro. La media para este factor fue de 29,43, con una desviación típica de 9,25. Este factor explica el 11,85 de la varianza y tiene un Alfa de Crombach de 0,890 (n=90), indicando buena consistencia interna. Este factor en el estudio español presentó un Alfa de 0,870.

FACTOR 4: En nuestra muestra es el de **Afabilidad (A)**. Con este factor se hace referencia a la dimensión comúnmente identificada como Agrado (Costa y McCrae, 1987) o Cordialidad vs Hostilidad (Digman, 1990). La persona que alcanza puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como muy cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática. Por el contrario, la persona que logra puntuación baja tiende a describirse como poco cooperativa, poco cordial, poco altruista, poco amigable, poco generosa y poco empática. Esta dimensión se define por las subdimensiones de Cooperación/Empatía (Cp) y Cordialidad/Amabilidad (Co). La primera pretende medir aspectos asociados a la capacidad para comprender y hacerse eco de los problemas y necesidades de los demás y cooperar eficazmente con ellos. La segunda mide aspectos relacionados con afabilidad, confianza y apertura hacia los demás. La media para este factor fue de 46,45, con una desviación típica de 10,31. Este factor explica el 8,35 de la varianza y tiene un Alfa de Crombach de 0,900 (n=90), indicando buena consistencia interna. Este factor en el estudio español del cuestionario presenta un Alfa de Crombach de 0,730.

FACTOR 5: En nuestra muestra es el **Tesón (T)**, o capacidad de autorregulación o autocontrol, tanto por lo que concierne a los aspectos inhibitorios, como por lo que concierne a los aspectos proactivos (McCrae y Costa, 1989; Digman, 1990). La persona que presenta alta puntuación en esta dimensión tiende a describirse como muy reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente y perseverante. Por el contrario, la persona que logra puntuación baja tiende a describirse como poco reflexiva, poco escrupulosa, poco ordenada, poco diligente y poco perseverante. Esta dimensión se define por las subdimensiones de Escrupulosidad (Es) y Perseverancia (Pe). La primera pretende medir aspectos relativos a fiabilidad, meticulosidad y amor por el orden. La segunda mide aspectos que se refieren a la persistencia y tenacidad con que se llevan a cabo las tareas y actividades emprendidas y el no faltar a lo prometido. La media para

este factor fue de 57,33, con una desviación típica de 9,56. Este factor explica el 6,86 de la varianza y tiene un Alfa de Crombach de 0,870 (n=90), indicando buena consistencia interna. Este factor en el estudio español presentó un Alfa de Crombach de 0,790.

El cuestionario BFQ tiene validez de constructo (factorial). Existe correspondencia entre los factores considerados originales y nuestros resultados. Esta validez factorial se manifiesta en 5 Factores que explican el 89,311 de la varianza, aunque con diferente peso en la explicación de esta variabilidad en los datos [Figuras 13 y 14][Tabla 9], lo cual está indicando que la probabilidad de error del instrumento es de 0,11 aproximadamente. A modo de resumen, podemos destacar que el cuestionario B.F.Q. presenta muy buena fiabilidad para la evaluación de la personalidad en personas sometidas a diálisis presentando un Alfa de Crombach global de 0,864. Por otra parte las dimensiones que dan mayor consistencia interna en nuestra muestra de estudio son: Energía, Apertura Mental y Estabilidad Emocional.

1.1.4.- Calidad de Vida, Cuestionario CUBRECAVI

Para valorar la Calidad de Vida y aceptadas las dimensiones teóricas que integra el cuestionario CUBRECAVI y con el objetivo de valorar su adecuación a la población objeto de estudio, hemos analizado la fiabilidad mediante indicadores de consistencia interna. Las dimensiones de Calidad de Vida del cuestionario se agrupan alrededor de 5 Factores [Figuras 15 y 16][Tabla 10]. A continuación se exponen las agrupaciones factoriales y su fiabilidad.

FACTOR 1: Salud Global (Física, Psíquica y Social). En este Factor se agrupan las variables que en el cuestionario se relacionan con la salud en sus tres dimensiones:

- 1) Satisfacción con la Salud Subjetiva, (Alfa de Crombach, 0,601).
- 2) Media de la Salud Objetiva, (Alfa de Crombach, 0,647).
- 3) Media de la Salud Psíquica, (Alfa de Crombach, 0,724).
- 4) Media de las Habilidades Funcionales, (Alfa de Crombach, 0,754).
- 5) Media de Actividad y Ocio, (Alfa de Crombach, 0,750).
- 6) Satisfacción con la Ocupación del Tiempo, (Alfa de Crombach, 0,681).

Este Factor globalmente tiene una media de 2,30, una desviación típica de 0,563, explica el 25,664 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,774.

FACTOR 2: Aspectos Socioeconómicos. En este Factor se agrupan las variables, que en el cuestionario, se relacionan con aspectos económicos y sociales:

- 1) Satisfacción con la Vida, (Alfa de Crombach 0,571).
- 2) Nivel de Alfabetización, (Alfa de Crombach 0,832).
- 3) Ingresos Económicos, (Alfa de Crombach 0,873).

Este Factor globalmente tiene una media de 2,20, una desviación típica de 1,372, explica el 13,122 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,700.

FACTOR 3: Integración Social. En este Factor se agrupan las variables que en el cuestionario se relacionan con las relaciones sociales y el nivel de satisfacción e integración:

- 1) Media de la Integración Social, (Alfa de Crombach 0,918).
- 2) Media de la Satisfacción en la Relación Social, (Alfa de Crombach 0,919).

Este Factor tiene una media de 3,88, una desviación típica de 1,045, explica el 11,396 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,822.

FACTOR 4: Calidad Ambiental. En este Factor se agrupan las variables, que en el cuestionario se relacionan con el entorno y las condiciones de vivienda:

- 1) Media de la Calidad Ambiental, (Alfa de Crombach 0,813).
- 2) Grado de Satisfacción con la Vivienda, (Alfa de Crombach 0,769).

Este Factor tiene una media 2,76, una desviación típica de 0,364, explica el 10,108 de la varianza y presenta un Alfa de Crombach de 0,822.

FACTOR 5: Servicios Socio-Sanitarios. Variable que hace referencia a la satisfacción con los servicios sociales y sanitarios y su uso (Alfa de Crombach 0,872). Este Factor, con una única variable, tiene una media de 3,07, una desviación típica de 0,622 y explica el 8,190 de la varianza.

En el Cuestionario CUBRECAVI los 5 Factores en conjunto explican un 68,481 de la varianza y con diferente peso en la explicación de esta variabilidad en los datos [Figuras 15 y 16][Tabla 10], lo cual está indicando que la probabilidad de error del instrumento es de aproximadamente 0,11. A modo de resumen, podemos destacar que el cuestionario CUBRECAVI presenta una fiabilidad para la evaluación de la calidad de vida en personas dializadas expresada con un Alfa de Crombach global de 0,664. Por otra parte las dimensiones que aportan mayor consistencia interna a nuestra muestra de estudio corresponden a los siguientes factores: Factor 3 o Integración Social, Factor 4 o Calidad Ambiental y Factor 5 o Servicios Socio-Sanitarios.

2.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El presente estudio trata de analizar los aspectos generales y específicos de la calidad de vida en una cohorte de pacientes renales crónicos sometidos a diálisis, haciendo especial énfasis en el aspecto modulador de la personalidad, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento de los pacientes, entre otros factores. Se trata pues de valorar si la calidad de vida se ve afectada en un contexto tan específico como puede ser el de una enfermedad crónica terminal, que hace al paciente dependiente de una técnica hospitalaria durante una parte importante de su vida, imponiéndole una serie de limitaciones físicas, psicológicas y sociales, pero por otra parte dándole la oportunidad de seguir con vida.

La discusión de los resultados se ha realizado siguiendo la clasificación de las variables del estudio en los cuatro grupos siguientes:

- 1- Variables Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, domicilio, ocupación actual o anterior.
- 2- Variables Clínicas: patologías especialmente relacionadas con la diálisis, número de patologías diagnosticadas además de las anteriores, número de

fármacos consumidos en los 5 últimos años, ingestión de fármacos con aluminio o citratos, toma de psicofármacos, tiempo de diálisis en meses, duración de cada sesión de diálisis en minutos.

3- Variables Psicológicas:

3.1.- Depresión: humor triste, ausencia de energía, humor positivo, agitación, aislamiento social.

3.2.- Modos de Afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, huída-avoidance, planificación, reevaluación positiva.

3.3.- Personalidad: energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura mental, distorsión, dinamismo, dominancia, cooperación, cordialidad, escrupulosidad, perseverancia, control de las emociones, control de los impulsos, apertura a la cultura, apertura a la experiencia.

4- Variables de Calidad de Vida: Valoración de las dimensiones de Calidad de Vida: salud subjetiva, salud objetiva, salud psíquica, integración social, satisfacción de la relación social, habilidades funcionales, actividad y ocio, satisfacción de la ocupación del tiempo, calidad ambiental, satisfacción con la vivienda, satisfacción con la vida, educación, ingresos económicos, frecuencia de uso de servicios sociales y sanitarios, satisfacción con los servicios sociales y sanitarios, valoración de los estados de calidad de vida.

2.1.- Análisis Descriptivo para las Variables Sociodemográficas, Clínicas, Psicológicas y Calidad de Vida

2.1.1. Variables Sociodemográficas

En este grupo de variables hemos realizado una descripción de la población de estudio con relación a la edad, sexo, estado civil, domicilio y ocupación actual o anterior a la diálisis. Otras variables sociodemográficas no se han individualizado por encontrarse incluidas en diferentes dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida.

Edad y Sexo: La descripción de esta variable se ha realizado considerando la edad como una variable continua y medida en años. La edad media de la población hemodializada de Granada en el periodo de estudio ha sido de 68,06 años con una desviación típica de 6,51 y un rango de 55 a 81 años [Tabla 11]. Para su utilización en los distintos análisis realizados, la variable edad ha sido estratificada en tres grupos: 1) de 55 a 65 años, 2) de 66 a 75 años y 3) mayores de 76 años. La proporción de varones en nuestra muestra es de 58% (n=52), superior al de mujeres de 42% (n=38) [Figuras 17 y 18]. Cuando diferenciamos por sexo los grupos de edad descritos, observamos que el número de mujeres en el primer tramo de edad, que corresponde al de 55-65 años es de 14 (36,8%) y el de hombres es de 16 (30,7%); para el segundo tramo de edad que corresponde al de 66-75 años el número de hombres es de 28 (55,9%) y el de mujeres es de 18 (57%); y para el último tramo de edad que se corresponde con mayores de 76 años, el número de hombres es de 8 (15,5%) y el de mujeres es de 6 (15,1%).

Estado Civil: El 82,7% de los hombres y el 57,9% de las mujeres estaban casados, destacando el considerable porcentaje de mujeres viudas, 26,3% frente al 1,9% de viudos e igualmente el hecho de que las mujeres sobreviven un mayor número de años a los hombres, siendo su esperanza de vida aún mayor en un estado de enfermedad o patología crónica respecto a los hombres [Figura 19].

Domicilio Rural o Urbano (relacionado con el Apoyo Social que recibe): Según nuestros resultados se observa que la muestra estudiada es primordialmente urbana en un 42,2%, siendo el domicilio habitual un municipio con más de 100.000 hab. en un 36,5% de los varones y un 50% de las mujeres. Un 12,2% corresponde al medio rural entre 15.000 a 100.000 hab., un 21,1% entre 5.000 y 15.000 hab. y un 24,4% menos de 5.000 hab., respectivamente [Figura 20]. Estas referencias no son nada despreciables ya que informan del lugar de origen y/o procedencia de los pacientes hemodializados así como del contexto biopsicosocial en que han desarrollado su trayectoria vital de salud-enfermedad hasta el momento actual.

Ocupación Actual o Anterior: Con respecto a la ocupación laboral y observando la distribución de las diferentes categorías profesionales, encontramos como ocupaciones más habituales, la agricultura o jardinería y el hogar, ambas con un 25,6%, distribuidas por género, en un 32,7% de los hombres y un 60,5% de las mujeres respectivamente. Puede observarse un bajo nivel de ocupación laboral, destacando la elevada proporción de sujetos jubilados, bien por edad, o por incapacidad laboral, asociada con bajos índices de cualificación profesional, lo que debe repercutir directamente en los recursos económicos [Figura 21], especialmente en las mujeres entre las cuales hay un elevado porcentaje de viudas, cuyas pensiones de viudedad son considerablemente inferiores a las de jubilación de los hombres.

2.1.2.- Variables Clínicas

En este grupo de variables hemos realizado una descripción de la población de estudio con relación a las siguientes variables clínicas [Tabla 12]:

Patologías Especialmente Relacionadas con la Hemodiálisis: Entre las patologías especialmente relacionadas con la diálisis en nuestra muestra, es la Enfermedad Renal Primaria la más prevalente tanto en hombres (50%) como en mujeres (57,9%), siguiéndole en frecuencia la Hipertensión Arterial con un 21,2% en los hombres, la Diabetes Mellitus con un 21,1% en las mujeres. Las menos frecuentes fueron la Litiasis Renal para los hombres con un 3,8% y la Esclerosis Renal para las mujeres con un 2,6% [Figura 22].

Existe una interfase entre el fracaso renal y los problemas cardiovasculares del paciente renal, mediada por la Hipertensión Renal, siendo esta la entidad nóxica más prevalente en los pacientes estudiados, estando a la cabeza de las principales patologías diagnosticadas en los pacientes hemodializados.

Número de Patologías Diagnosticadas además de las Anteriores: (Patologías Asociadas o Co-morbilidad). En nuestra muestra el número de patologías asociadas además de las relacionadas con la Insuficiencia Renal en varones fue, que un 34,6% presentó una patología asociada, mientras que el 28,9% de las mujeres presentaron dos patologías asociadas. Cabe destacar que un elevado porcentaje de pacientes (21,1%)

presentaron cinco o más patologías asociadas, siendo esta situación más frecuente en las mujeres [Figura 23]. Puede observarse una alta co-morbilidad entre los pacientes críticos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que requieren terapia sustitutiva, relacionada con las alteraciones hemodinámicas pre-existentes y los daños causados por la uremia que la hemodiálisis contribuye a frenar, reduciendo también la tasa de mortalidad.

Fármacos Consumidos en los Últimos Cinco Años: El uso excesivo de medicamentos puede exponer a los pacientes hemodializados y con especial vulnerabilidad a los que pertenecen a edades gerontológicas, a efectos colaterales innecesarios e interacciones potencialmente peligrosas.

En este sentido podemos apuntar que en los países más desarrollados, aún representando las edades gerontológicas sólo el 18% de la población general, son las personas mayores las responsables de casi el 40% de las prescripciones, siendo concretamente en nuestra muestra un 10% los que utilizan al menos cinco medicamentos (Cattwrioth y Smith, 1998), como se observa en la Fig. 24.

Casi todos los medicamentos pueden, teóricamente tener efectos secundarios adversos, incluso medicamentos de bajo riesgo son susceptibles de causar graves interacciones, cuando se hace un uso continuado de ellos. La elevada prevalencia de la poli-medicación está asociada al número de diagnósticos médicos presentes, o sea, cuanto mayor es el número de problemas médicos identificados, mayor es la lista de prescripciones, aunque no siempre sea esta la conducta o praxis correcta (Carvalho-Filho et al., 1996).

Ingestión de Fármacos con Aluminio o Citratos: En el paciente renal crónico en hemodiálisis se está corrigiendo la eliminación de fósforo en equilibrio mineral con el calcio para evitar su acumulación en sangre (Andrés et al., 1987), lo que tendría consecuencias indeseables (Andress et al., 1987).

Inicialmente este control se realiza con la diálisis y una dieta restrictiva en fósforo, sin embargo en determinadas condiciones la diálisis no es suficiente para mantener los niveles de fósforo dentro de los parámetros deseados y las dietas no siempre son seguidas por los pacientes, pudiendo en algunos casos comprometer el aporte de proteínas, por lo que se suele recurrir a los quelantes del fósforo y quelantes cálcicos (Carbonato de Calcio, Acetato de Calcio, Hidróxido de Aluminio y el Citrato de Calcio) que aumentan la absorción de Aluminio (Cannata et al., 1983). En nuestra muestra el consumo habitual de este tipo de fármacos se confirma en el 36,5% de los hombres y el 39,5% de las mujeres (37,8% de la muestra) [Figura 25].

Toma de Psicofármacos: La terapia hemodialítica implica en muchos casos el uso combinado de polifarmacia (Levy, 1990) y dentro de ella, especialmente de psicofármacos (estabilizadores del humor, asociados o no a antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, etc...). En la muestra estudiada, la terapia psicofarmacológica no es utilizada habitualmente, solo en el 16,7% del total, siendo este consumo en las mujeres del 21,1% frente al 13,5% en los hombres [Figura 26]. La utilización simultánea de diversas drogas determina la adicción o potenciación de efectos colaterales (Carvalho-Filho et al., 1998). La co-morbilidad de la enfermedad clínica complica el manejo del tratamiento psiquiátrico y puede empeorar incluso su pronóstico.

La presencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo no impide el uso de psicofármacos, pero implica la adaptación de la dosis y un seguimiento cuidadoso ya que existe la posibilidad de que cuadros psiquiátricos en curso con uso de psicotrópicos pueden estar asociados a Nefritis Intersticial (Schou, 1997).

Por otro lado, el paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, es clínicamente bastante vulnerable a los efectos colaterales de los psicofármacos, incluso con niveles plasmáticos dentro de la normalidad. El perfil farmacológico de un paciente renal crónico con patología psiquiátrica, como el de un paciente psiquiátrico en hemodiálisis, responden al de una persona polimedicada, con alto riesgo de efectos secundarios y colaterales (Chugh y Yager, 1997).

Tiempo de Diálisis: El concepto de diálisis adecuada (Walls, 1995) es muy amplio e incluye las medidas necesarias para disminuir la tasa de morbi-mortalidad de los pacientes urémicos en hemodiálisis con una “óptima tolerancia” al procedimiento y una buena calidad de vida. Al valorar el tiempo de permanencia en diálisis en nuestra muestra observamos que un 27,8% superan los 2 años de estancia en la unidad de hemodiálisis, distribuyéndose en un 28,8% para el sexo masculino y en un 26,3% para el femenino, observamos igualmente que llevan sometidos a la hemodiálisis un tiempo inferior a los 2 años, el 32,7% de los hombres y el 39,5% de las mujeres, que representan un 35,6% del total de la muestra estudiada [Figura 27].

Duración de Cada Sesión Hemodialítica: Es el tiempo de diálisis que se debe prescribir a cada paciente de forma individual y personalizada para lograr la máxima eficacia depuradora de toxinas urémicas, incluyendo la vigilancia de los diferentes aspectos técnicos como la ultrafiltración, la temperatura y composición del líquido de diálisis, la biocompatibilidad, permeabilidad y modo de esterilización de las membranas y de todos los componentes del sistema de circulación extracorpórea y el correcto control de todos los índices de diálisis adecuada (Blake y Daugirdas, 1996).

La duración de cada sesión hemodialítica en nuestra muestra, osciló entre 180-240 minutos siendo este último caso el más frecuente, en la mayoría de los varones (59,6%) y mujeres (50%) [Figura 28]. Los pacientes renales a partir del momento que inician el proceso dialítico, sufren extraordinarias alteraciones en su vida cotidiana. La experiencia de la hemodiálisis (3 veces por semana durante aproximadamente 4 horas cada sesión) lleva al paciente a volverse dependiente de la máquina de diálisis y del equipo sanitario.

2.1.3.- Variables Psicológicas

A continuación hemos realizado una descripción de la muestra atendiendo a las variables psicológicas consideradas en el estudio, primero la depresión, continuando con modos de afrontamiento y terminando con personalidad.

DEPRESIÓN

Los pacientes sometidos a diálisis, llevan una vida poco convencional, pues están ligados a una máquina, de un modo que no tiene precedentes en la historia de la tecnología médica, y sometidos a un ritual repetitivo necesario para realizar los

recambios del líquido vital (Zigmond y Snaith, 1983). Todos los pacientes en diálisis son dependientes de un procedimiento, de un centro y de un personal sanitario, además de estar expuestos a otros tipos de estrés.

Cuando analizamos los datos relativos a la escala GDS en su totalidad y teniendo en cuenta que la mínima puntuación a obtener en la escala es 0 y la máxima 30, observamos que el 48% de la muestra obtienen en la escala una puntuación entre 0 y 10 y por tanto no tienen depresión, el 20% obtienen puntuaciones entre 11 y 14 lo que está indicando depresión moderada y el 32% de nuestra muestra obtienen puntuaciones entre 15 y 28 lo cual está señalando depresión grave [Figura 30]. Estos datos por si mismos son bastante importantes ya que como hemos indicado en las variables clínicas el 86,5% de hombres y un 78,9% de mujeres no toman medicación psicofarmacológica.

Si el análisis lo hacemos teniendo en cuenta la variable edad y la de género y siendo la media total de la escala de 11,22 con $n=90$, obtenemos que en la categoría de edad comprendida entre 55-65 años los hombres obtienen una puntuación media de 10,68 siendo $n=16$ y las mujeres obtienen una puntuación media de 10,85, siendo la media total de esta categoría de 10,76. Los valores obtenidos por hombres y mujeres en el GDS en esta banda de edad están dentro de valores medios. En la categoría de edad 66-75 años los hombres obtienen una media de 12 y las mujeres de 11,11, siendo la media total de 11,65. En esta categoría aparecen puntuaciones mas elevadas en el GDS y por último en la categoría de edad más de 76 años, los hombres obtienen una puntuación media de 10,12 y las mujeres de 11,66 siendo la media total de 10,78 [Tabla 14].

En resumen, el 52% de nuestra muestra presenta niveles de depresión entre moderada y grave, siendo las personas con edades comprendidas en la categoría de 65-75 y en la de más de 76 años las que presentan niveles de depresión. En el tramo de 65-75 años, hay una presencia mayor de depresión en los hombres y en el tramo de más de 76 años hay una mayor presencia de depresión en las mujeres. Hay que considerar que en este último tramo de edad hay mayor número de mujeres viudas como se planteó en la descripción de la muestra.

Si realizamos el análisis a partir de los factores de la escala GDS observamos lo siguiente [Figura 29] [Tablas 13 y 14]:

Como hemos planteado anteriormente la variable edad ha sido estratificada en tres grupos, siendo la proporción de varones mayor en nuestra muestra que la de mujeres. Cuando diferenciamos por sexos los grupos de edad descritos, observamos que el número de mujeres en el primer tramo de edad, que corresponde al de 55-65 años, es de 14 (36,8%) y el de hombres es de 16 (30,7%).

La puntuación media obtenida por las mujeres, en este tramo de edad, respecto de los hombres ha sido mayor para el factor 2 del GDS, Humor Positivo: afecto y visión del mundo positivo. Las mujeres han obtenido una puntuación media de 0,26 frente a la media en hombres que ha sido de 0,14. En el factor 4 o Ausencia de Energía: quejas cognitivas, dificultades de concentración y ausencia de iniciativa, las mujeres han obtenido una puntuación media de 0,32 y los hombres de 0,29. Las mujeres han contestado más a ítems como: se han sentido más satisfechas con su vida y de buen

humor, han tenido más problemas para concentrarse y abandonado muchas de sus actividades e intereses.

Sin embargo, la puntuación media obtenida por los hombres en este tramo de edad ha sido moderadamente mayor en el factor 1 o Humor Triste: pensamientos persistentes de tristeza, 0,47 en hombres y 0,45 en mujeres, y mayor en el factor 3 o Agitación: aspectos de inquietud, con una media de 0,48 frente a las mujeres que obtienen una media de 0,41, y por último en el factor 5 o Aislamiento Social los hombres obtienen puntuaciones medias de 0,34 y las mujeres de 0,17.

Para el segundo tramo de edad, el que corresponde a 66-75 años, el número de hombres es de 28 (55,9%) y el de mujeres es de 18 (57%). En este segundo tramo de edad se observa que la puntuación media de las mujeres es menor en todos los factores excepto en el factor 2 o Humor positivo como también ocurría en el primer tramo de edad. Las mujeres presentan una puntuación media de 0,27 y los hombres de 0,25. Por el contrario, los hombres presentan una puntuación media moderadamente más alta en los factores 1 o Humor Triste, en el factor 3 o Agitación, en el 4 o Ausencia de Energía y en el factor 5 o Aislamiento Social.

Para el último tramo de edad que se corresponde con mayores de 76 años, el número de hombres es de 8 (15,5%) y el de mujeres es de 6 (15,1%). En este tramo de edad las mujeres obtienen una puntuación media mayor en todos los factores, pero especialmente en el factor 1 o Humor Triste con una media de 0,43 y en hombres de 0,36, en el factor 2 o Humor Positivo con una media 0,27 y en hombres de 0,21 y en el factor 4 o Ausencia de Energía con una media de 0,45 frente a los hombres con una media de 0,40.

A modo de resumen y teniendo en cuenta las puntuaciones medias obtenidas en los distintos factores del GDS, el factor que permanece constante en las mujeres en los distintos grupos de edad es el factor 2 o Humor Positivo, seguido del factor 4 o Ausencia de Energía, presente en el primer y último tramo de edad. Y en los hombres los factores que permanecen presentes en los distintos grupos de edad son el factor 1 o Humor Triste seguido del factor 3 o Agitación y el factor 5 o Aislamiento Social.

MODOS DE AFRONTAMIENTO

El proceso del estrés envuelve a todo el organismo. La persona asume una cierta postura (modo de afrontamiento) frente a los estímulos proporcionados por la vida. Esta postura dependerá tanto de la naturaleza de esos estímulos como del estado vital de la persona (Hays et al., 1994), saludable o enferma, y dentro de la enfermedad, de su evolución, aguda o crónica, pues los recursos de afrontamiento así como su eficacia, intensidad y acierto variarán en función de estos parámetros.

La escala de Lazarus diferencia ocho dimensiones de afrontamiento, agrupadas en dos factores, que no deben entenderse como formas diferentes de afrontar una situación, sino como estrategias y por tanto nos ofrecen información complementaria acerca de la forma en que cada persona hace frente a las situaciones que se le presentan en cada momento de su vida. Entendemos que la enfermedad terminal renal que conduce al paciente a un tratamiento con hemodiálisis, representa una situación compleja que puede marcar diferencias no sólo de género, sino incluso en la manera de

afrontar la situación respecto de lo referenciado en la bibliografía especializada para otras formas de enfermedad crónica e irreversible.

Respecto a los Modos de Afrontamiento, en las Figuras 32 - 39 se presentan los resultados referentes a la distribución de la muestra en los distintos modos de afrontamiento y en las categorías predominantes teniendo en cuenta las puntuaciones establecidas por el test (0 a 4; 5 a 9; 10 a 14 y de 15 a 18).

Por otra parte si describimos nuestra población atendiendo a la puntuación media obtenida en los ocho modos estudiados, obtenemos que [Tablas 15 y 17]:

La Búsqueda de Apoyo Social es el modo utilizado en la muestra de estudio con un valor medio de 9,57, el Distanciamiento es utilizado con un valor medio de 9,10, el Autocontrol con 8,37, la Reevaluación Positiva y la Huida-evitación con 8,22 y 7,42 respectivamente, todos ellos son los modos más frecuentemente utilizados por nuestra población, siendo, la Planificación usada con un valor medio de 5,64, la Confrontación con un 5,23 y, por último, la Aceptación de la Responsabilidad con un 3,78, las estrategias que obtienen en nuestra muestra valores medios menores.

Si hacemos un análisis descriptivo por género, los hombres presentan valores claramente superiores en Reevaluación Positiva (8,53) y Planificación (6,15), al que presentan las mujeres en esos mismos modos de afrontamiento (7,78) y (4,94) respectivamente.

Por el contrario las mujeres presentan valores superiores a los hombres y por este orden en Búsqueda de Apoyo Social (10,71), Distanciamiento (9,13), Huida-evitación (8,86), Autocontrol (8,39), Confrontación (5,44) y Aceptación de la Responsabilidad (4,02).

En relación a la edad observamos que la tendencia en el modo de Confrontación en los hombres es de mayor a menor. Obtienen valores por encima de la media a los 55-65 años y para disminuir considerablemente a los 76 años. Por el contrario en las mujeres esta tendencia es a la inversa, menor en el primer tramo de edad y mayor en el último. Las mujeres de más de 76 años confrontan más en nuestra muestra que sus compañeros hombres y que sus compañeras mujeres en otros tramos de edad.

Respecto al Distanciamiento observamos que la tendencia en los hombres es de menor a mayor del primer tramo al segundo tramo para disminuir en el tercero, y en las mujeres el Distanciamiento es mayor en los dos primeros tramos y menor en el último. En Autocontrol los hombres presentan valores mayores en el tramo de 66-75 años y en las mujeres se observa una tendencia ascendente.

En la Búsqueda de Apoyo Social observamos que la tendencia, al considerar los tramos de edad es que las mujeres usan este modo de afrontamiento en todas las edades de forma mayoritaria y ascendente, siendo en el último tramo de edad cuando mayores puntuaciones se observan. En los hombres, observamos que los incluidos dentro del tramo de 55-65 años presentan valores superiores a la media total, a la media en hombres y puntúan por encima de la media obtenida por las mujeres para esta misma banda de edad. Los hombres de 55-65 años buscan más Apoyo Social que incluso las mujeres de estas edades en nuestra muestra.

Referente a la Aceptación de la Responsabilidad son las mujeres las que presentan valores más altos que los hombres en los dos primeros tramos de edad. Resaltando que este modo de afrontamiento iguala sus valores tanto para los hombres como para las mujeres que tienen más de 76 años. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres se muestran más responsables en el segundo tramo de edad (66-75 años) y éstas últimas más que los hombres a esta misma edad.

En Huida-Evitación son las mujeres las que presentan valores más altos que los hombres en todos los dos primeros tramos de edad. Resaltar que las mujeres en este modo de afrontamiento tienen valores superiores a la media en todos los tramos de edad y la tendencia es ascendente, siendo este modo más utilizado por las mujeres y los hombres en el tramo de más de 76 años. En Planificación, son los hombres de los dos primeros tramos quienes obtienen puntuaciones más altas que los del último tramo y las mujeres presentan valores por debajo de la media en los tres tramos. Y por último, la Reevaluación Positiva es una estrategia usada por los hombres del primer tramo de edad y poco en los dos últimos tramos y a la inversa es usado por las mujeres de más de 76 años de edad.

Si describimos nuestra población por la agrupación de los distintos modos de afrontamiento en los dos factores resultantes, Afrontamiento Centrado en el Problema y Afrontamiento Centrado en la Emoción y teniendo en cuenta que la puntuación mínima puede ser 0 y la máxima 18 en cada uno de los modos de afrontamiento estudiados encontramos que [Figura 31][Tablas 9 y 16]:

Para el Factor 1 o Afrontamiento Centrado en el Problema, la media ha sido de 6,25 con una desviación típica de 2,83 y unos rangos de respuesta de 1,80 y 14. Los hombres en este factor han presentado una media de 6,35 y las mujeres de 6,12. Este factor en nuestra muestra está compuesto y en este orden por Planificación, Reevaluación Positiva (que es una estrategia normalmente centrada en la emoción), Aceptación de la Responsabilidad, Confrontación y Autocontrol. Los hombres parecen usar más un tipo de Afrontamiento Centrado en el Problema que es como han señalado Suls y Fletcher (1985) más eficaz y tiene mejores efectos a largo plazo.

Para el Factor 2 o Afrontamiento Centrado en la Emoción (Apoyo Social, Huida-*evitación*, Distanciamiento) la media ha sido de 8,68, una desviación típica de 2,88 y un rango de respuesta de 3,67 y 15. Los hombres de nuestra muestra han obtenido una media de 8,06 y las mujeres de 9,56. Las mujeres parecen usar más estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción, que como han señalado, también, los autores anteriores son más eficaces y tienen mejores efectos a corto plazo.

PERSONALIDAD

La personalidad humana constituye en efecto, una integración dinámica de todos los elementos descritos en la persona (Allport, 1965). Los rasgos de personalidad incluyen características como la sociabilidad, sensibilidad, control emocional, autoseguridad, iniciativa, capacidad de observación, imaginación, perseverancia, “voluntad”, que en la escala que hemos utilizado, quedarían traducidos en los 5 factores de personalidad y sus correspondientes dimensiones: Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional, Apertura Mental, Distorsión, Dinamismo, Dominancia,

Cooperación, Cordialidad, Escrupulosidad, Perseverancia, Control Emocional, Control Impulsivo, Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia.

En las Figuras 41 - 56 se presentan los resultados referentes a la distribución de la muestra en los distintos factores de personalidad y en las categorías predominantes teniendo en cuenta las puntuaciones establecidas por el test (menos de 55; 55 a 70; 70 a 85; 85 a 100 y 100 o más, para los cinco factores y 15 a 25; 25 a 35; 35 a 45; 45 o más, para las subdimensiones de cada factor).

Según se desprende de nuestros resultados, la Energía es un factor presente en el 33,3% del total, siendo este aspecto personal más frecuente en los hombres en un 40% que en las mujeres en un 25,9%. La Afabilidad se encuentra como característica de personalidad en un 31,6% del total, tanto en el 30% de los varones como en el 33,3% de las mujeres. El Tesón se observa en el 38,6% del total de la muestra, siendo este aspecto personal predominantemente masculino en un 40%.

De una manera general, se observa también, falta de Estabilidad Emocional, que afecta al 80,7% del total de la muestra, un 86,7% de varones y un 74,1% de mujeres. En cuanto a la Apertura Mental, es este un aspecto que predomina en los hombres, un 30% frente al 11,1% de las mujeres. La muestra estudiada se encuentra poco distorsionada en la evaluación de la personalidad ya que los valores obtenidos son del 50,9% del total, en el 55,6% de las mujeres y en el 46,7% de los hombres. La Distorsión mide la tendencia a ofrecer un perfil falseado de sí mismo y la deseabilidad social, es decir el tipo de respuesta que ofrece el sujeto para mostrar aspectos más favorables de su personalidad y no afecta por igual a todos los factores. Los más afectados serían la falta de Neuroticismo: Estabilidad Emocional y sus componentes (control de las emociones y de los impulsos).

El Dinamismo es un aspecto observable en el 38,6% de los pacientes, 40% de los varones y 37% de las mujeres, al igual que la Dominancia, presente también en el 38,6% de los pacientes, con una proporción de 46,7% de hombres y de 29,6% de mujeres. Respecto a la Cooperación se da en el 47,4% del total, distribuyéndose en un 50% de varones y un 44,4% de mujeres. En nuestra muestra los pacientes se muestran poco cordiales en un 45,6% del total, sin apenas diferencias entre hombres (46,7%) y mujeres (44,4%). Contrariamente se observa que son muy poco escrupulosos en un 8,8%, distribuyéndose este aspecto personal en un 10% para los hombres y en un 7,4% para las mujeres. Por otro lado los pacientes del estudio se auto-valoran como muy perseverantes en el 57,9% del total, 66,7% de los hombres y 48,1% de las mujeres. En cuanto al Control de las Emociones, observamos que en el 63,2% del total de la muestra existe poco control emocional, con valores casi equiparables en ambos sexos, 63,3% de los hombres y 63% de las mujeres. De la misma manera se observa un predominio del bajo Control de los Impulsos en un 50,9% del total de la muestra, 53,3% de los hombres y 48,1% de las mujeres. A su vez el grupo estudiado se muestra de un modo global moderadamente abierto a la cultura en el 63,2%, siendo este aspecto personal evidente en el 66,6% de los hombres y en el 59,2% de las mujeres. Finalmente y en cuanto a la Apertura a la Experiencia, esta se presenta como una característica personal moderada, en un 63,3% de los hombres y en un 51,8% de las mujeres.

A modo de resumen, tenemos una población moderadamente dinámica, extravertida y dominante, moderadamente informada, creativa y fantasiosa. Poco

equilibrada, ansiosa, irritable y nerviosa. Moderadamente altruista, comprensiva y tolerante y muy responsable, ordenada y diligente.

Cuando analizamos los valores medios de los factores del BFQ y las subdimensiones integradas en cada uno de los factores estratificando por sexo y grupos de edad [Figura 40][Tablas 9, 18 y 19], observamos que:

Para el Factor 1 o Energía, nuestra población obtiene una puntuación media de 47,21 con una desviación típica de 9,53 y un rango de respuesta entre 27,75 mínimo y 64,25 máximo. Los hombres tienen una puntuación media en este factor de 48,66 y las mujeres de 45,59.

Para el Factor 2 o Apertura Mental, nuestra muestra obtiene una puntuación media de 42,78 y una desviación típica de 12,84 con un rango de respuesta máxima de 66 y mínima de 20,67. La puntuación media para los hombres de nuestra muestra es de 46,33 y para las mujeres de 38,83.

Para el Factor 3 o Estabilidad Emocional, la puntuación media de la población estudiada es de 29,43 con una desviación típica de 9,25 y un rango de respuesta comprendido entre 16,67 como valor mínimo y 57,33 como valor máximo. Los hombres tienen una media de 29,17 y las mujeres de 29,72.

Para el Factor 4 o Afabilidad, la puntuación media es de 46,45, con una desviación típica de 10,31 y un rango de respuesta entre 22,67 y 66,67. Los hombres tienen una media de 48 y las mujeres de 44,74.

Para el Factor 5 o Tesón, la media es de 57,33 con una desviación típica de 9,56 y un rango de respuesta comprendido entre 34,67 y 76,00. Los hombres presentan una media de 58,62 y las mujeres de 55,90.

En cuanto a las subdimensiones y a modo de resumen podemos decir que los hombres de nuestra muestra, en general, presentan valores mayores relacionados con las subdimensiones de Dominancia y Dinamismo, Cooperación y Cordialidad, Perseverancia, Control de las Emociones y Apertura a la Cultura y a la Experiencia. Por el contrario las mujeres presentan valores mayores relacionados con las subdimensiones de Escrupulosidad y Control de los Impulsos [Tabla 20].

Por categorías de edad, en la categoría de 55-65 años, los hombres de nuestra muestra presentan valores más altos en: Dominancia (siendo esta una característica claramente diferencial), Cordialidad, Perseverancia, Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia y las mujeres de nuestra muestra presentan valores más altos en Dinamismo, Cooperación, Escrupulosidad, Control de las Emociones y Control de los Impulsos.

En la categoría de 66-75 años, los hombres de nuestra muestra presentan valores más altos en Dinamismo, Dominancia, Cordialidad, Cooperación, Escrupulosidad, Perseverancia, Control de las Emociones y así mismo en Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia. Por el contrario las mujeres de nuestro estudio en esta banda de edad, sólo presentan valores mayores en la subdimensión Control de los Impulsos.

En la categoría de más de 76 años, los hombres de nuestra muestra presentan valores más altos en Dinamismo, Cooperación y Cordialidad y claramente mayores en Perseverancia, Control de las Emociones y Apertura a la Cultura. Por el contrario las mujeres presentan valores más altos en Dominancia, claramente mayores en Escrupulosidad y también valores altos en Control de los Impulsos y Apertura a la Experiencia.

Atendiendo a ambos géneros, el perfil de personalidad podría describirse de la siguiente manera:

A).- HOMBRES: en todas las categorías de edad, están presentes las subdimensiones Perseverancia, Apertura a la Cultura y Cordialidad.

- Perseverancia: Persistencia y tenacidad con que se llevan a cabo las tareas y actividades emprendidas y el no faltar a lo prometido.
- Cordialidad: Afabilidad, confianza y apertura hacia los demás.
- Apertura a la Cultura: Mantenerse informados, interés hacia la lectura e interés por adquirir conocimientos.

Dinamismo, Dominancia, Apertura a la Experiencia, Cooperación y Control de las Emociones aparecen sólo en dos categorías de edad.

B).- MUJERES: en todas las categorías de edad, están presentes las subdimensiones Control de los Impulsos y en dos de ellas Escrupulosidad.

- Control de los Impulsos: Mide aspectos relativos a la capacidad de mantener el control del propio comportamiento incluso en situaciones de incomodidad, conflicto y peligro.
- Escrupulosidad: Fiabilidad, meticulosidad y amor por el orden.

2.1.4.- Variables de Calidad de Vida

En este grupo de variables hemos realizado un análisis descriptivo y factorial de las diferentes dimensiones y factores.

FACTOR 1: En nuestro análisis factorial definido por las dimensiones Salud Global o Salud Física, Psíquica y Social, con un valor promedio para hombres de 2,47 y para las mujeres de 2,07 [Tabla 22].

Salud Subjetiva: En general el estado de salud percibido subjetivamente por los pacientes, es valorado en nuestra muestra con bastante insatisfacción en el 52,2% del total, 44,2% de los hombres y 63,2% de las mujeres [Figura 58].

La diálisis es una forma de tratamiento, que requiere la presencia del paciente en la unidad hemodialítica en torno a 4 horas al día, 3 veces por semana. La hospitalización es un hecho extraordinario en la vida de una persona (Meleiro, 1993), durante la que experimenta sentimientos que causan sufrimiento psíquico (Steele et al., 1996), como la despersonalización, inminencia de muerte, angustia y reacciones singulares (Sensky, 1993) como la disminución de productividad, sentimientos de inutilidad, sensación de pérdida de tiempo (Sensky, 1997). Todo ello conforma una difícil situación que necesita

tiempo de meditación, de reflexión y aceptación (Craven, Rodin y Littlefield, 1988), siendo en muchas ocasiones y en la mayoría de los casos percibida con gran insatisfacción. No siempre resulta posible conseguir un estado de equilibrio (Vam Dam, 1983; Kutner, Brogan y Kutner, 1986).

Salud Objetiva: En relación a la salud objetiva, son muchos los síntomas generales que dichos pacientes experimentan, tales como, malestar, fatiga, insomnio, pérdida de peso, calambres, cefaleas, atrofia muscular, malnutrición, infección de la derivación, alteraciones conductuales, estados de hipotensión causados por la excesiva ultrafiltración, síndrome del desequilibrio, muchos de ellos debidos a la propia diálisis (Freeman, Lawton y Chamberlein, 1967). Sin embargo la salud física, es percibida por la mayoría de los pacientes en diálisis como buena (62,2%), para un 67,3% de los hombres y un 55,3% de las mujeres [Figura 59].

Las causas que pueden llevar a la pérdida de la función renal son múltiples. Hasta la década de los 60 poco se podía hacer en favor del paciente hemodializado. A partir de entonces surgen dos formas de tratamiento para el enfermo renal crónico: La Hemodiálisis o Riñón Artificial y el Trasplante Renal. Indudablemente este avance de la Medicina representado por estas dos técnicas, ha ayudado mucho al paciente renal crónico, pero a pesar del éxito, ambos procedimientos acaban por imponerle serias limitaciones físicas, sociales y psicológicas (Holmes, 1989; Rebollo et al., 1998). Estamos ante una persona expuesta a un severo régimen terapéutico, que le genera una situación de estrés, tanto físico como psicológico. Al margen de los efectos del estrés y de las complicaciones que se derivan del propio tratamiento, los pacientes sometidos a hemodiálisis están sujetos a las complicaciones secundarias al avance del proceso urémico.

Salud Psíquica: Lo realmente importante en relación a la salud psíquica de los pacientes, es que ellos tengan la oportunidad de sentirse libres para expresar sus sentimientos de ansiedad, dolor, disconfort y las frustraciones relacionadas con la diálisis (Corbí Rico et al., 1996). En nuestra muestra la salud psíquica es valorada como “regular” por el 35,6% del total, existiendo diferencias de género, ya que las mujeres hacen una valoración negativa de su salud psíquica en un 42,1%, mientras que un 36,5% de los hombres la valoran como “regular” [Figura 60].

Habilidades Funcionales: En relación a las habilidades funcionales, su importancia reside en la independencia de las personas para desarrollarlas y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En nuestra muestra observamos diferencias entre géneros, ya que el 36,5% de los hombres se consideran muy capaces funcionalmente, mientras que el 39,5% de las mujeres valoran como regular sus habilidades funcionales, predominando en el total de la muestra esta valoración respecto de la autonomía personal en el 33,3% [Figura 61]. La perspectiva mundial para el año 2050 es que el número de personas incapacitadas dentro y fuera de las instituciones se multiplicará por tres y el número de ancianos viviendo en la comunidad con cinco o más limitaciones para las actividades de la vida diaria, aumentará de 1,3 a 4,5 millones. Las condiciones de cronicidad que conducen a limitaciones para las actividades cotidianas, afectan alrededor del 25% de las personas entre 45 y 64 años de edad y en más de la mitad con una edad por encima de los 65 años.

En el contexto de la diálisis, tales referencias dibujan un serio problema que viene definido de un lado, por los cambios funcionales a nivel de los sistemas biológicos y de otro, por los cambios psicológicos (Levy y Anderson, 1980; Levy 1981). La adaptación al proceso dialítico, y muy especialmente el incremento de las pérdidas orgánicas y sensoriales, contribuirán a un aumento de la vulnerabilidad, sin olvidar el aspecto social (Gallagher et al., 1982), con determinados comportamientos en el entorno del paciente que fomentan los sentimientos de dependencia e inutilidad.

Actividad y Ocio y Satisfacción con la Ocupación del Tiempo: En relación a la variable actividad y ocio, nuestra muestra se clasifica como medianamente activa en un 66,7% del total, 73,1% de los varones y 57,9% de las mujeres, expresando satisfacción con la ocupación de su tiempo un 72,2% del total de la muestra, 71,2% de los hombres y 73,7% de las mujeres [Figuras 62 y 63].

Cuando analizamos los valores medios de las dimensiones del CUBRECAVI integradas en el Factor 1, estratificando por sexo y grupos de edad [Tablas 21 y 23], observamos que para todas ellas, los hombres superan a las mujeres en todos los grupos de edad, indicando la mejor calidad de vida relacionada con este factor (Salud Global), con excepción de la dimensión “satisfacción con la ocupación del tiempo” donde las mujeres superan a los hombres en todos los grupos de edad considerados, lo que resulta evidente al considerar que las mujeres mantienen sus roles de ama de casa hasta el final de su vida.

FACTOR 2: Que hemos definido como aspectos Socioeconómicos, con un valor promedio para hombres de 2,41 y para mujeres de 1,92 [Tabla 22].

Satisfacción con la Vida: Cuando la diálisis surgió como terapia, la preocupación de pacientes y médicos era casi exclusivamente la prolongación de la vida, pero actualmente y alcanzadas cotas importantes de supervivencia, la preocupación se ha desplazado hacia el grado de satisfacción con la vida por el paciente hemodializado, que va a estar condicionada por la existencia o identificación con un determinado estado anímico, pues los aspectos psicológicos son claros contribuyentes de la calidad de vida (Sesso, Yoshihiro y Azjen, 1996). De manera general los pacientes están bastante satisfechos con la vida, el 41,1% del total de nuestra muestra, siendo mayor el grado de satisfacción en los hombres, del 44,2% y del 36,8% en las mujeres [Figura 64].

En nuestro estudio, es preciso tener en cuenta que se trata de una muestra de personas en edad gerontológica (Evans et al., 1985; Merkus et al., 1997), característica que nos indica, que el tiempo histórico y su escala de valores son los que rigen los ciclos individuales y los parámetros vitales que componen las vivencias (Evans, Blagg y Bryan, 1981), los estados emocionales y el grado de satisfacción global con la vida y es esto lo que al final queda reflejado en las variaciones individuales de la calidad de vida (Álvarez-Ude, Vicente y Badía, 1995).

Educación e Ingresos Económicos: Observamos en nuestro estudio la existencia de un elevado porcentaje de pacientes con unos ingresos económicos que les imponen una limitada capacidad adquisitiva (Rocco et al., 1997), siendo muy pocos los que disfrutan de una situación desahogada. Los ingresos económicos en el total de nuestra muestra son bajos en un 33,3% con pensiones que oscilan entre 45.000 y 75.000

ptas. mensuales. Con relación a la variable educación, el 42,2% del total de los pacientes tenían estudios primarios incompletos, siendo este el nivel de instrucción del 50% de las mujeres y de un 36,5% de los hombres [Figuras 65 y 66].

Cuando analizamos los valores medios de las dimensiones del CUBRECAVI integradas en el Factor 2, estratificando por sexo y grupos de edad [Tablas 21 y 23], observamos que para todas ellas, los hombres superan a las mujeres de forma global, mientras que en el grupo de edades comprendidas entre 66-75 años, son las mujeres las que disfrutan de mayor satisfacción con la vida y mayores ingresos económicos, lo que puede ser interpretado de forma relativa, al valorar que son mujeres viudas muchas de ellas, que aún disfrutan de independencia física y sus pensiones les permiten cierta independencia económica.

FACTOR 3: Definido como Integración Social, con un valor promedio para hombres de 3,69 y para mujeres de 4,13 [Tabla 22].

Integración Social y Satisfacción en la Relación Social: De una forma global observamos que los enfermos crónicos en hemodiálisis, se benefician o disfrutan de menos actividades de grupo, consecuencia derivada de su situación. Esta limitación impide la apertura de las relaciones interpersonales y las posibilidades de desarrollar mecanismos de búsqueda de apoyo o ayuda (Held, Pauly y Diamond, 1987), lo que representa un condicionamiento en el modo de optimizar las estrategias frente a los estados de tensión emocional y soledad. La integración social es valorada como bastante buena por el 57,8% del total de la muestra, 60,5% de las mujeres y 55,8% de los hombres. Igualmente el 93,3% del total de los pacientes de nuestro estudio valoran muy satisfactoriamente sus relaciones sociales, de forma similar para el 94,2% de los hombres y el 92,1% de las mujeres [Figuras 67 y 68].

Cuando analizamos los valores medios de las dimensiones del CUBRECAVI integradas en el Factor 3, estratificando por sexo y grupos de edad [Tablas 21 y 23], observamos que para todas ellas, son las mujeres las mejor integradas y más satisfechas de forma global y en los dos grupos de mayor edad, y siempre se encuentran más satisfechas con las relaciones sociales. En cambio los hombres se muestran mejor integrados en el primer tramo de edad en el que probablemente mantienen aun los vínculos laborales aunque se muestran más insatisfechos que las mujeres con su situación.

FACTOR 4: Definido como Calidad Ambiental, con un valor promedio para hombres de 2,76 y para mujeres de 2,77 [Tabla 22].

Calidad Ambiental y Satisfacción con la Vivienda: De forma mayoritaria, la calidad ambiental es valorada con satisfacción por el 75,6% de los pacientes, y por géneros, el 75% de los varones y el 76,3% de las mujeres. Los pacientes se encuentran satisfechos con su vivienda en un 90% de los casos, las mujeres en mayor proporción que los hombres, 92,1% y 88,5% respectivamente [Figuras 69 y 70]. Este hogar se sustituye frecuentemente por una habitación o sala, la mayoría de las veces compartida en la unidad de hemodiálisis, donde el cambio de las condiciones ambientales lleva aparejados cambios de comportamiento, pautas de interacción con los demás pacientes en diálisis, alteraciones de la intimidad, seguridad,... La calidad ambiental representa un factor de gran influencia en el estado de humor de los pacientes en diálisis (Montorio

Cerrato, 1995). Los problemas atribuidos a las condiciones ambientales y sociales constituyen una importante fuente de ansiedad y estrés.

Cuando analizamos los valores medios de las dimensiones del CUBRECAVI integradas en el Factor 4, estratificando por sexo y grupos de edad [Tablas 21 y 23], observamos que las mujeres superan a los hombres en la satisfacción con la vivienda, aunque por grupos de edad están más satisfechos los hombres del primer y último tramo de edad. En relación con la satisfacción con el entorno, del que forma parte importante la terapia dialítica, son los hombres mayores de 76 años los que mejor valoran la situación.

FACTOR 5: Definido como Servicios Socio-sanitarios, con un valor promedio para hombres de 3,03 y para mujeres de 3,13 [Tabla 22].

Servicios Sociales y Sanitarios: La hemodiálisis crónica no sólo constituye una situación de tensión para los pacientes y sus familias sino que también exige del esfuerzo de todos ellos y de los equipos y grupos socio-profesionales y sanitarios implicados en el cuidado de estos enfermos crónicos. A pesar de las características de la terapia dialítica, sólo el 1,1% del total de nuestra muestra declara hacer un uso ocasionalmente frecuente de los servicios sociales y sanitarios de la comunidad, siendo del 1,9% para los hombres. El 61,1% del total de la muestra se encuentra bastante satisfecha con los servicios sociales y sanitarios que utiliza, valorándolos con este grado de satisfacción el 65,8% de las mujeres y el 57,7% de los hombres [Figuras 71 y 72].

Calidad de Vida o Valoración de los Estados de Calidad de Vida: El tratamiento de la persona portadora de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis alcanzó grandes conquistas tecnológicas. Los parámetros bioquímicos de evaluación y el arsenal medicamentoso de tratamiento también se ampliaron. Con todo, la evaluación del impacto de la enfermedad sobre la persona (Elgueta, Manalich y Saffie, 1994), teniendo en cuenta sus características personales y sociales y la manera como se relaciona con el tratamiento con frecuencia es ignorada por el médico.

Atendiendo a la respuesta priorizada dada a esta variable, los pacientes opinan que lo más importante en primer lugar para ellos es tener buena salud en el 98,9%, en segundo lugar mantener buenas relaciones sociales en el 81,1% y en tercer lugar tener buenos servicios sociales y sanitarios en el 78,9% del total. Por géneros, los hombres conceden mayor importancia primeramente a tener buena salud en el 100% de los casos, seguido de tener buenos servicios sociales y sanitarios en el 88,5% y en tercer lugar mantener buenas relaciones sociales en el 78,8%. Para las mujeres los tres aspectos prioritarios serían tener buena salud en el 97,2%, mantener buenas relaciones sociales en un 84,2% y tener buena pensión o renta en el 76,3% [Figura 73]. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia y la valoración que para las personas estudiadas supone no sólo tener y gozar de autonomía sino de no ser una carga para la familia, para quienes los cuidan, ya que la calidad de vida de ambos puede ser alterada cuando el papel del cuidador es percibido como una responsabilidad o sobrecarga.

A partir de esta priorización podemos establecer dos contextos: 1) Objetivo, compuesto de 4 factores básicos: bienestar físico, bienestar material, bienestar social y bienestar psicológico. El óptimo desarrollo de cada uno de estos factores dará lugar a un máximo de calidad de vida cuyo potencial estará limitado por la medida en que estos se

desarrollen. 2) Relativo, derivado de las restricciones de cualquier de estos factores, o de todos ellos y su sinergia con los demás, lo que nos acerca de forma más directa a la realidad interactiva de naturaleza psicosocial (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

Cuando analizamos los valores medios de las dimensiones del CUBRECAVI integradas en el Factor 5, estratificando por sexo y grupos de edad [Tablas 21 y 23], observamos que para todas ellas, los hombres utilizan más los servicio socio-sanitarios, haciéndose más dependientes de los mismos, pero muestran mayor insatisfacción que las mujeres, que recurren menos a ellos y están más satisfechas, excepto las más mayores.

2.2.- *Análisis Bivariado: Estadística Inferencial*

En el Análisis Bivariado se ha realizado el contraste de Medias entre las variables:

- 2.2.1. Sociodemográficas, con clínicas, psicológicas y de calidad de vida [Tablas 25, 26 y 30].
- 2.2.2. Clínicas, con psicológicas y calidad de vida [Tablas 27 - 29].
- 2.2.3. Psicológicas, con calidad de vida [Tabla 24].

Sólo se discuten aquellas variables que mostraron correlación significativa en todos o alguno de los factores y como siguen a continuación:

2.2.1. ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A) CON PSICOLÓGICAS

Existe unanimidad en torno a la existencia de diferencias individuales para afrontar las situaciones estresantes y las investigaciones sugieren su naturaleza multideterminada tanto por factores personales como situacionales. Parece ser que los factores situacionales y personales en interacción contribuyen a la existencia de las diferencias individuales a la hora de afrontar el estrés.

Rueda y Aguado (2003) señalan que entre los factores personales que explican las variaciones en el afrontamiento se han señalado características sociodemográficas como la edad, el género y el nivel socioeconómico (Pelechado, Matud y De Miguel, 1994; Augusto y Martínez, 1998; De Miguel y García, 2000). Mientras que el papel de la edad no ha quedado aclarado en las diferentes investigaciones y el nivel socioeconómico no parece relevante si hay evidencia de las diferencias de afrontamiento entre los géneros.

En nuestra muestra y en la línea de lo expuesto anteriormente, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ni con la edad, en ninguna de las tres categorías de edad establecidas en este estudio ni con el nivel socioeconómico, respecto a los modos de afrontar el problema. Pero si hemos encontrado diferencias significativas respecto al género.

La diferencia más importante se presenta respecto al Factor 2 que en nuestro estudio corresponde al de Afrontamiento Centrado en la Emoción, con un rango

promedio para hombres de 8,06 y para mujeres de 9,56 y un nivel de significación estadística de $p=0,021$. El afrontamiento centrado en la emoción, factor que agrupa, en nuestro estudio, a los modos de afrontamiento: Huida-Evitación, Búsqueda de Apoyo Social y Distanciamiento, se muestra en nuestra población significativamente superior en mujeres que en hombres [Tabla 26]. Nuestros resultados están en la línea de lo que plantea la bibliografía consultada respecto al diferente modo de afrontar si consideramos la variable género. Las diferencias encontradas apuntan hacia una mayor eficacia selectiva y flexibilidad de las mujeres ante los cambios (Frankenhauser, 1982; Hyyppá, 1987), citados por Rueda y Aguado (2003), junto a una mayor utilización de la evitación, del afrontamiento centrado en la emoción y del apoyo social frente a los hombres que utilizan más eficazmente el Afrontamiento Centrado en el Problema (Hovanitz y Koroza, 1989), como también se observa en nuestro estudio. En el área de la salud y de las enfermedades crónicas los resultados están en la misma línea. Las mujeres presentan una mayor utilización de estrategias de tipo emocional y de corte social a diferencia de los hombres que usan más modos centrados en la búsqueda de información y tratamiento (De Miguel y García, 2000). Resultados similares se han encontrado en pacientes con dolor crónico (Lawson et al., 1990).

Los resultados de nuestro estudio indican que las pacientes con enfermedad renal crónica presentan un estilo de afrontamiento al estrés focalizado en la emoción, distanciándose de los posibles estresores que hayan surgido diariamente.

Se suele aceptar que las estrategias de afrontamiento son eficaces si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar y en el estado de salud. Suls y Fletcher (1985), compararon la eficacia de las estrategias de evitación respecto a las centradas en el problema y concluyeron que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción parece ser más eficaz a corto plazo mientras que las estrategias de aproximación al problema están, asociadas con un mejor efecto a largo plazo. Pero también se ha planteado que una respuesta asociada con el bienestar a corto plazo puede, en determinadas circunstancias estar negativamente asociada con el bienestar cuando la situación se prolonga o cuando se hace incompatible con los cambios que han tenido lugar en la misma (Menaghan, 1982). A este respecto hay que tener en cuenta que el 27,8% del total de la muestra supera los dos años de estancia en hemodiálisis, de este total, el 28,89% son hombres y el 26,3% son mujeres. El 35,6% del total, lleva menos de dos años en terapia hemodialítica siendo el 32,7% hombres y el 39,5% mujeres. Con una duración media de las sesiones entre 180-240min. [Figuras 27 y 28].

Peralta, Pérez y Jiménez (2003) han comunicado resultados de un estudio con enfermos de Lupus, en los que las personas que estaban por debajo de la media de eventos extraordinarios estresantes así como las personas que sufrían tantos eventos extraordinarios estresantes como la media de la población, utilizaban la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva y las personas que poseían niveles de eventos extraordinarios estresantes superiores a la media, empleaban en mayor grado la estrategia de afrontamiento de Huida-avoidación.

Los autores también observaron que las personas que presentaban un bajo nivel de estrés cotidiano utilizaron como estrategia de afrontamiento la Reevaluación Positiva, las que presentaban un nivel medio de estrés cotidiano, utilizaron las

estrategias de Autocontrol y Planificación y las que presentaban elevados niveles de estrés cotidianos utilizaron la estrategia de Huida-avoidancia.

Desde nuestro punto de vista, coincidimos con dichos autores en que es imprescindible considerar la evaluación que la persona lleve a cabo sobre si puede o no hacer algo para cambiar dicha situación. Si la persona percibe que planificando una estrategia de solución de problemas puede resolver el estrés planteado, es especialmente interesante que focalice su afrontamiento hacia el problema, pero si la persona que experimenta el estresor percibe que de su actuación no depende la eliminación de éste, probablemente será más adaptativo cambiar la interpretación de amenaza que estableció, con el objetivo de que éste sea menos devastador. Por lo tanto, y debido a las connotaciones que presenta cualquier enfermedad de carácter incapacitante, adoptar un afrontamiento focalizado en el problema, puede ser adecuado en un primer momento en el que se busca información sobre la enfermedad y se producen cambios en los hábitos de vida, pero en un segundo momento, en el que el paciente tiene que empezar a convivir con la enfermedad, y no depende de su actuación que ésta desaparezca de su vida, un afrontamiento focalizado en la emoción puede ser más rentable para el paciente. En nuestro estudio la Reevaluación Positiva es una estrategia usada de forma mayoritaria por los hombres. Lazarus (2000) afirma que la reevaluación positiva es el modo más eficaz de manejar las situaciones vitales estresantes.

En el estudio de Peralta, Pérez y Jiménez (2003), las personas que tienen niveles de eventos estresantes extraordinarios superiores a la media, utilizan mayoritariamente la estrategia de Huida-avoidancia y en nuestro estudio son las mujeres las que más usan este modo de afrontamiento. Esta estrategia es considerada desadaptativa por unos autores (Sandi, Venero y Cordero, 2001) mientras que, por otro lado, el grupo de Lazarus (2000) la considera neutra o inocua. Ambas posturas pueden tener parte de razón ya que, por un lado, esta estrategia protege del daño percibido frente al estresor (ya que no se afronta). Algunos estudios han mostrado que las mujeres que afrontan un cáncer de mama con una estrategia de Evitación o de Reevaluación Positiva, presentan menor cantidad de recidivas que las mujeres que se enfrentan a dicha situación con otro tipo de estrategias. Sin embargo, por otro lado, cuando se utiliza la estrategia de Huida-avoidancia en la que huimos o evitamos afrontar una situación problema, puesto que no la resolvemos, aumentamos el tiempo de exposición del sujeto al estresor y, por tanto, las consecuencias de éste. Nuestros resultados muestran que las personas que utilizan la estrategia de Huida-avoidancia, que en nuestra muestra son las mujeres, tienen peor calidad de vida y peor salud global. Las personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la Huida-avoidancia son las que presentan también más connotaciones desadaptativas. Así mismo, encontramos que los pacientes con un nivel de salud mejor, utilizan la Reevaluación Positiva, y por lo tanto, quizás estén disminuyendo la percepción de amenaza suministrada por el estresor, mientras que las personas que utilizan la estrategia de Huida-avoidancia mantienen el contacto con el estresor durante más tiempo siendo así sometidos a mayores niveles de estrés que la población que utiliza otras estrategias. Los resultados encontrados sobre estrés cotidiano y estilo de afrontamiento también corroboran esta tendencia (Peralta, Pérez y Jiménez, 2003).

Nuestros resultados coinciden, en cierto modo, con los encontrados por McCracken, Semenchuk y Goetsch (1995), en un estudio longitudinal realizado con 46 pacientes lúpicos que utilizaban un estilo de afrontamiento basado en la Reevaluación positiva, los cuales mostraban un mejor ajuste posterior con la enfermedad que las

personas que utilizaban otro tipo de estrategias. Esto viene a destacar la importancia de utilizar esta estrategia para conseguir un efecto menos devastador del estrés. Pero estos autores también encontraron que las personas que utilizaban estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción (pasivas) mostraron peor ajuste psicológico y peor estatus funcional. Los resultados obtenidos por estos autores en su investigación de carácter longitudinal, relacionan los estilos de afrontamiento con el empeoramiento físico y psicológico producido en los 7 meses posteriores.

Como afirma Lazarus (2000), la eficacia de cualquier estrategia de afrontamiento depende de su continua adaptación a las demandas, situaciones y oportunidades que ofrecen las condiciones ambientales a las que se enfrenta diariamente el individuo así como de los criterios de resultados empleados para evaluarlas. Los resultados obtenidos muestran una vez más la importancia del estilo de afrontamiento en la percepción del estrés y nos orienta para futuras intervenciones clínicas con pacientes crónicos, en los que sería especialmente interesante trabajar estos estilos y ayudarles a que aprendan a reevaluar positivamente las diversas situaciones estresantes concomitantes a la enfermedad crónica.

Respecto a las relaciones encontradas entre variables de personalidad, sexo y edad hay que señalar que en nuestra muestra no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas de las variables de personalidad con la edad, en la línea de lo ocurrido en los modos de afrontamiento.

La diferencia más importante encontrada en nuestra muestra se presenta respecto al Factor 2 de Personalidad que en nuestro análisis factorial es el de Apertura Mental, con un rango promedio para hombres de 46,33 y para mujeres de 38,83 y un nivel de significación estadística de $p=0,028$ [Tabla 26]. Los hombres puntúan significativamente más alto que las mujeres en Apertura Mental.

Los autores que han examinado la relación de los Cinco Grandes Factores de personalidad con el modo de afrontamiento han encontrado que el Neuroticismo y la Apertura a la Experiencia son factores predictores del mismo y este último factor se relaciona con estrategias de afrontamiento activo y centrado en el problema. En nuestra muestra no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre variables de personalidad y afrontamiento pero como reflejan nuestros datos los hombres puntúan más alto que las mujeres en Apertura Mental tanto en el factor total como en sus dos subdimensiones: Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia siendo los hombres los que muestran un mayor interés por los temas externos y también son los hombres los que usan más estrategias centradas en el problema y los que mejor calidad de vida presentan.

B) CON CALIDAD DE VIDA

En la actualidad podemos afirmar que nos encontramos en un entorno envejecido. Nunca antes se habían alcanzado edades tan avanzadas en nuestras sociedades, ni superado obstáculos de salud tan importantes que permitieran la supervivencia incluso más allá de lo que pudiera considerarse admisible o ético. El planteamiento actual de las investigaciones sobre el envejecimiento, se centran más en aspectos cualitativos que cuantitativos.

Desde esta perspectiva, las diferencias más importantes observadas en la calidad de vida de nuestra muestra se presentan para los siguientes factores [Tabla 30]:

1) Diferencias respecto al Factor 1 que según el análisis factorial, hemos definido como Salud física, psíquica y social. La Calidad de Vida relacionada con la Salud, física, psíquica y social (Salud Global) es significativamente superior en hombres que en mujeres.

La mayoría de las descripciones de calidad de vida se basan en aspectos subjetivos pero incluyen también aspectos objetivos (Thomae, 1970; Schölmerich, 1990). En salud, la definición de calidad de vida se basa en el propio juicio del paciente sobre su bienestar y capacidad funcional en lo que respecta a los aspectos psicológicos, físicos, sociales y emocionales de la vida (Kohlmann, 2000), así la experiencia subjetiva en este contexto, parece más importante que los hechos clínicos objetivables.

El concepto de envejecimiento satisfactorio se ha equiparado con el de envejecer en buena salud, aunque un enfoque más integral añadiría la satisfacción con la vida (Lehr, 2004). Para Baltes (Baltes y Baltes, 1989) habría que conceptualizarlo también en términos de competencia cognitiva y afrontamiento ante los problemas que se plantean con la vejez. En nuestra muestra, las mujeres tienen peor calidad de vida que los varones, aunque sus expectativas sean mayores. Nuestros resultados están en la línea de lo observado en la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en los mayores (Lehr, 2004) siendo la salud (Factor 1) significativamente peor valorada por las mujeres que por los hombres ($p < 0,001$) con un rango promedio de 2,07 frente a 2,47 respectivamente [Tabla 26]. El Factor 1 representa la salud de forma global, incluyendo los aspectos relativos a la salud física y funcionalidad, psicológica y social.

Baltes (Baltes y Baltes, 1989) sugiere que las personas mayores envejecen satisfactoriamente porque utilizan estrategias de compensación para equilibrar pérdidas en ciertos ámbitos y porque tienen ganancias en otros.

En nuestro estudio observamos como la satisfacción con la vida puede ser reflejo del propio hecho de seguir con vida, gracias al avance de la tecnología médica sin la cuál la supervivencia no sería posible. Así los pacientes en diálisis, a pesar de las circunstancias de su enfermedad y de las limitaciones impuestas por su tratamiento, mantienen niveles de calidad de vida compatibles con los de las personas de su edad con problemáticas de menor trascendencia (Lehr, 2004).

2) Observamos también diferencias significativas entre ambos géneros, para el Factor 2 de Calidad de Vida, representado por los aspectos socioeconómicos ($p < 0,01$), siendo estos peor valorados por las mujeres (1,92) que por los hombres (2,41) [Tabla 26]. Este dato se ve apoyado por el importante número de mujeres viudas en la muestra [Figura 19] que han sobrevivido a sus parejas (26,3%) frente al de viudos (1,9%). Las mujeres viudas reciben pensiones de viudedad, que disminuyen considerablemente sus ingresos, al ser inferiores a las pensiones de jubilación percibidas por los varones. Las mujeres no sólo perciben pensiones inferiores si están viudas, sino que también ven reducido el apoyo social que se deriva de vivir en pareja. Así, los recursos económicos y en consecuencia la calidad de vida disminuyen significativamente conforme aumenta la edad ($p < 0,001$) como puede observarse en las Tablas 25 y 26, viéndose reducida en las mujeres por la mayor longevidad y precariedad de recursos económicos. Este papel de

los recursos económicos en la mejor Calidad de Vida se observa para el grupo de menor edad, 55-65 años, cuya correlación es estadísticamente significativa con el Factor 2 de Calidad de Vida siendo $p < 0,001$.

Nuestros resultados corroboran lo observado por otros autores (Evans et al., 1985) acerca del estado civil, que condiciona simultáneamente otros aspectos socio-demográficos como la capacidad económica (buenos o malos ingresos), dependiendo de las diferentes situaciones laborales desempeñadas (profesión actual o jubilación), nivel de formación-información asociadas al nivel cultural, etc..., los cuales influyen en el tipo de residencia urbana o rural y en la red de apoyo social tanto previa a la patología como posterior a la misma, configurando este aspecto físico del domicilio, un factor determinante de la frecuencia y calidad de los soportes y apoyos sociales que un paciente hemodializado puede llegar a disponer, lo que se refleja en la calidad de vida

3) En nuestra muestra, el nivel de instrucción, las pensiones y el grado de satisfacción con la vida, es menor para las mujeres, mayoritariamente amas de casa (60%) con un elevado porcentaje de viudedad [Figuras 19, 21, 64, 65 y 66].

Todo ello representa, la suma de una serie de factores, que añadidos a la pérdida del cónyuge, afectan de forma negativa la satisfacción con la vida. De acuerdo con el grupo de investigación de Evans (1985) resulta fácil comprender, que esta situación haga que las mujeres de nuestro estudio, se beneficien especialmente de las relaciones sociales en las que van a buscar y a encontrar mayor apoyo que los hombres, (52,37% frente a 40,48%) siendo significativamente superior ($p < 0,03$) la Calidad de Vida relacionada con el nivel de Integración y Satisfacción con las relaciones sociales en las mujeres que en los hombres, factor para el que las mujeres se muestran especialmente dispuestas [Tabla 26].

Algunos autores aseguran (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993) que el estado civil representa para la gran mayoría de los enfermos un factor de contención de vulnerabilidad para afrontar la enfermedad, lo que se refleja en una mejor calidad de vida del enfermo hemodializado crónico que vive en pareja, siendo lógico que aquellos que disfrutaban de una vida compartida presenten un nivel de bienestar social y personal más alto que aquellos que no profundizan en las relaciones interpersonales o han fracasado en ellas, experimentando así un estado de mayor retraimiento social con aislamiento del medio, en detrimento de los soportes que la interacción interpersonal proporciona.

Compartimos lo sugerido por dichos autores acerca de la importancia del estado civil en el grado de socialización de las personas de edad, caracterizando la forma en que se establecen las relaciones sociales y convirtiéndose en un importante factor protector del psiquismo frente a la soledad y también a favor de la dependencia que representa la propia diálisis como observaron Orley y Kuyken (1994), ya que el 82,7% de los varones de nuestra muestra vivían en pareja frente al 57,9% de las mujeres, dato que contribuye a explicar las diferencias observadas para la satisfacción con la vida, menor en las mujeres [Figuras 19, 64, 67 y 68][Tabla 26], lo que justifica las diferencias encontradas con los hombres para el Factor 3 de Calidad de Vida, relativo a la mejor integración social como hemos comentado.

2.2.2.- ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES CLÍNICAS

A) CON PSICOLÓGICAS

La diferencia más importante encontrada en nuestra muestra se presenta respecto al factor de Afrontamiento Centrado en la Emoción. El Factor 2 o Afrontamiento Centrado en la Emoción se relaciona con la patología dialítica con una significación de 0,019 en el caso de otras patologías ajenas a la enfermedad renal [Tabla 27]. No existe significación estadística entre las variables psicológicas y el consumo de psicofármacos en concreto depresión, ni entre variables psicológicas y el tiempo medio de diálisis.

B) CON CALIDAD DE VIDA

Para las variables clínicas existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de duración en diálisis y el Factor 4 de Calidad de Vida ($p < 0,01$), indicativa de mejor valoración de su Calidad de Vida cuanto menor es el tiempo de terapia dialítica en relación con todo lo que representa el entorno terapéutico o unidad de diálisis [Tabla 29]. Por su parte, el número de patologías se correlaciona con el Factor 1 de Calidad de Vida ($p < 0,002$), es decir cuanto menor es la co-morbilidad asociada a su situación renal, mejor valoran su salud global y en consecuencia mejor perciben su calidad de vida relacionada con la salud [Tabla 28].

2.2.3.- ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA Y PSICOLÓGICAS

Uno de los objetivos de nuestro estudio ha sido valorar las posibles asociaciones entre la calidad de vida de estos pacientes con depresión, factores de personalidad y estrategias de afrontamiento. Es decir, si estas variables psicológicas modulan o tienen relación con la calidad de vida de estos enfermos crónicos terminales.

En nuestra muestra hemos encontrado que existe una correlación positiva entre el Factor 1 de Calidad de Vida que hemos denominado como Salud Global (física, psíquica y social) y el Factor 2 de Personalidad o Apertura Mental, con un valor de $p = 0,003$ [Tabla 24]. Las personas que muestran interés por temas externos, que se mantienen informadas y se preocupan por lo nuevo son también las que mejor salud global presentan. Recordemos que en nuestra muestra son los hombres los que puntúan más alto en Apertura Mental tanto globalmente como en sus dos subdimensiones, Apertura a la Cultura y Apertura a la Experiencia y son también los que presentan un mejor estado de salud.

También existe correlación entre el Factor 2 de la Calidad de Vida relativo a los ingresos económicos con el Factor 2 de Personalidad o Apertura Mental con una $p = 0,023$ [Tabla 24]. Las personas con una mayor Apertura Mental son también las de mayor nivel de ingresos económicos, las de mayor nivel de instrucción y las que se sienten más satisfechas con la vida. Nuevamente comprobamos que en nuestra muestra estas condiciones que se muestran correlacionadas las presentan más los hombres que las mujeres.

Existe, una correlación negativa entre el Factor 3 de Calidad de Vida que hemos definido como Integración Social con el Factor 1 de Personalidad o Energía, con una $p=0,007$ [Tabla 24]. Las personas más activas, dinámicas y más extravertidas son las menos satisfechas y las que más estrés social padecen. Sugerimos que a menos relación social (Evitación), menos estrés para alguien que es extravertido y dinámico. Verse sometidos a los cambios y restricciones que la enfermedad les impone hace que vivan la situación, al ser más dinámicos, como más frustrante y estresante para ellos.

Por otra parte, los hombres más activos y dinámicos, tienen más comportamientos enérgicos, con más capacidad para imponerse y hacer valer su propia influencia sobre los demás y son más dominantes, por tanto más individualistas y con menos integración social. Las mujeres menos activas, con menos comportamientos enérgicos y menos entusiastas, no se imponen, están más integradas, buscan más apoyo social o son más dependientes.

Existe, igualmente una relación negativa entre el Factor 3 de Calidad de Vida o Integración Social y el Factor 5 de Personalidad o Tesón, con una $p=0,047$ [Tabla 24]. Las personas más perseverantes y auto-controladas, con más tesón, tienen menor integración social, en la medida en que esas características de personalidad tienden a aislar a las personas del resto porque tienden más a la autonomía, más a la individualización y necesitan menos de la gente. Como tienen Tesón no necesitan tanto a los otros. Cuanto menos perseverante se es, más integración social se tiene y cuanto más escrupuloso se es menos integración social. En nuestra muestra los hombres puntúan más alto (87,93) que las mujeres (83,85) globalmente, siendo la media total superior (86,00) y en cada una de las subdimensiones del factor. En Escrupulosidad (42,93) los hombres puntúan menos que (43,18) las mujeres, siendo la media (43,05) y en Perseverancia (45,00) los hombres puntúan más que (40,66) las mujeres, siendo la media (42,94). Los hombres se auto-controlan más, son mucho más perseverantes, ordenados, diligentes y más persistentes llevando a cabo las tareas y actividades emprendidas de forma más tenaz. Respecto a la Escrupulosidad no existen diferencias entre unos y otros, siendo igualmente fiables, meticulosos y aman el orden por igual.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el Factor de Calidad de Vida 1 y el Factor de Afrontamiento Centrado en la Emoción 2, con una $p=0,033$ [Tabla 24]. Los datos de nuestro estudio sugieren que hay una mayor calidad de vida o mayor salud cuantas menos estrategias centradas en la emoción se utilizan. Cuanto mayor es el estado de salud más autónomas e independientes se sienten las personas y menos apoyo social necesitan. En nuestra muestra los modos de afrontamiento relacionados con la emoción están estrechamente relacionados con el nivel de salud física, psíquica y social de los sujetos. Los hombres que presentan una mejor calidad de vida o estado de salud mayor, son aquellos que también se caracterizan por un menor uso del Distanciamiento, la Huida-evitación y el Apoyo Social. Por el contrario, son las mujeres las que peor salud física, psíquica y social presentan y son también las que mayoritariamente usan más estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción, huyen más y necesitan más apoyo social.

EN RESUMEN: La enfermedad renal crónica y el deterioro progresivo a que contribuye tanto la enfermedad como el proceso dialítico se acentúa en las personas mayores, con repercusiones físicas, psicológicas, sociales y familiares. Por todo ello resulta de gran interés el estudio evaluando la Calidad de Vida de esta población y su

relación con los recursos de afrontamiento y tipo de personalidad de los pacientes en diálisis.

La metodología seguida desarrolla un estudio observacional y correlacional, donde no se manipula ninguna variable y donde el investigador no interviene, utilizando procedimientos de medida/observación consistentes y estandarizados para todos los sujetos del estudio, de forma que se garantiza la comparabilidad de los datos y su replicabilidad.

Para la realización del estudio se ha dispuesto de una batería de instrumentos ya validados, abordándose su aplicabilidad a las personas mayores sometidas a diálisis. Las escalas empleadas han sido: para medir o evaluar el grado de depresión (G.D.S.), los modos de afrontamiento (Lazarus y Folkman), personalidad (B.F.Q.) y calidad de vida (CUBRECAVI) y para la identificación de las correspondientes dimensiones se ha llevado a cabo el Análisis Factorial con el coeficiente Alfa de Crombach.

De la globalidad de los resultados se desprende que la población presenta diferencias en la Calidad de Vida relacionadas con el género fundamentalmente, siendo la Calidad de Vida relacionada con la Salud menor en las mujeres, en su mayoría viudas, las cuales presentan menores ingresos económicos, menor formación y mayor esperanza de vida y afrontan de manera emocional priorizando la búsqueda de apoyo social y la evitación. Por el contrario los hombres presentan mejor Calidad de Vida relacionada con la salud, mayor nivel de formación, mayor apertura mental, mejores ingresos económicos y modos de afrontamiento centrados en el problema. Paralelamente, son los hombres que destacan con un perfil de personalidad que sobresale en perseverancia, apertura a la cultura y cordialidad, entre tanto que las mujeres destacan en control de los impulsos y escrupulosidad.

Parece ser que la autopercepción de la Calidad de Vida está condicionada por la necesidad de desarrollar mecanismos de afrontamiento frente a los estresores diarios, al deterioro integral derivado de la insuficiencia renal crónica tratada con Hemodiálisis y al tipo de personalidad, destacándose la importancia de estas variables situacionales y moderadoras/moduladoras en la relación personalidad-salud.

RESUMO

A doença renal crónica e o deteriorar progressivo para que contribui tanto a doença como o processo dialítico apresenta-se nas pessoas idosas, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e familiares. Por tudo isto, é de grande interesse o estudo avaliando a Qualidade de Vida desta população e a sua relação com os recursos de afrontamento e tipo de personalidade dos doentes em diálise.

A metodologia utilizada desenvolve um estudo observacional e correlacional, onde não se manipula nenhuma variável e onde o investigador não interveio, utilizando procedimentos de medida/observação consistentes e estandardizados para todos os sujeitos do estudo, de forma que se garanta a comparabilidade dos dados e a sua replicabilidade.

Para a realização do estudo tem-se utilizado uma série de instrumentos já validados abordando-se a sua aplicabilidade nas pessoas idosas submetidas à diálise. As escalas empregadas têm sido: para medir ou avaliar ao grau de depressão (GDS), os modos de afrontamento (Lazarus e Folkman), a personalidade (BFQ) e a qualidade de vida (CUBRECAVI) e para a identificação das correspondentes dimensões têm-se levado a cabo a Análise Factorial com o coeficiente Alfa de Crombach.

Da globalidade dos resultados deduz-se que a população apresenta diferenças na Qualidade de Vida relacionadas fundamentalmente com o género, sendo a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde menor nas mulheres, na sua maioria viúvas, as quais apresentam menores recursos económicos, menor formação e maior esperança de vida e afrontam de maneira emocional priorizando a procura de apoio social e a evitação. Pelo contrário, os homens apresentam melhor Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, maior nível de formação, maior Abertura Mental, melhores recursos económicos e modos de afrontamento centrados no problema. Paralelamente, são os homens que se destacam com um perfil de personalidade que sobressai em Perseverança, Abertura Mental e Cordialidade, embora as mulheres se destacam em Controlo dos Impulsos e Escrupulosidade.

Parece ser que a auto-percepção da Qualidade de Vida está condicionada pela necessidade de desenvolver mecanismos de afrontamento perante os estressores diários, o deteriorar integral derivado da insuficiência renal crónica tratada com Hemodiálise e o tipo de personalidade, assinalando-se a importância destas variáveis situacionais e moderadoras/moduladoras na relação personalidade-saúde.

CONCLUSIONES

1. El análisis de validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en los pacientes sometidos a diálisis renal en Granada durante el periodo de estudio, ha mostrado resultados altamente satisfactorios expresados mediante el coeficiente Alfa de Crombach que superó en todas las escalas el valor de 0,80.
2. La edad media de la población de estudio fue de 68 años. Aunque la proporción de varones supera la de mujeres, la proporción de mujeres viudas es superior a la de varones. Se trata de una muestra urbana, con un bajo nivel de ocupación laboral asociado a una baja cualificación profesional, que repercute negativamente en sus recursos económicos.
3. La prevalencia de enfermedad renal primaria fue del 50% en varones y del 57,9% en mujeres, siendo la Hipertensión Arterial en los varones y la Diabetes Mellitus en las mujeres las patologías más frecuentes. La muestra presentó una elevada co-morbilidad con más de cinco patologías, siendo esta situación más frecuente en las mujeres que en los varones.
4. El 10% de la muestra consumían al menos cinco fármacos. Un 37,8% consumían fármacos con aluminio o citratos y el 21,1% de las mujeres y el 13,5% de los varones recibían tratamiento con psicofármacos.
5. Sólo el 35,6% de la muestra llevaba menos de dos años sometido a terapia dialítica, sin grandes diferencias por género, con una duración media de las sesiones superior a tres horas en el 98,9% de los casos.
6. Según las puntuaciones medias obtenidas en el GDS, los factores que prevalecen en los distintos grupos de edad de las mujeres del estudio son, Humor Positivo seguido de Ausencia de Energía, mientras que en los hombres son, Humor Triste, seguido de Agitación y Aislamiento Social.
7. Existen diferencias de género para los Modos de Afrontamiento, utilizando preferentemente los varones, estrategias centradas en el problema y las mujeres, estrategias centradas en la emoción. Las mujeres priorizan la Búsqueda de Apoyo Social como estrategia de afrontamiento en todos los tramos de edad, mientras que sólo los hombres más mayores recurren a ella de forma prioritaria.
8. Las características de Personalidad predominantes en la muestra fueron, Perseverancia, Cordialidad y Apertura a la Cultura en los hombres y Escrupulosidad y Control de los Impulsos en las mujeres, siendo la Apertura Mental el factor predominante en los varones frente al de Estabilidad Emocional en las mujeres.
9. La Calidad de Vida es mejor valorada por los hombres para los dos Factores de mayor peso (1 y 2), como son la Salud Global y los Aspectos Económicos, mientras que las mujeres muestran mayor satisfacción para los Factores 3 y 5, relativos a Integración Social y Asistencia Sanitaria, igualándose ambos géneros para la Calidad Ambiental (Factor 4).
10. La Calidad de Vida en los aspectos relacionados con el Factor 1, Salud física, psíquica y social (Salud Global) es significativamente superior en hombres que en mujeres; respecto al Factor 2 o Aspectos Socioeconómicos, también es superior en varones que en mujeres, mientras que el Factor 3 o Integración Social, es significativamente superior en mujeres que en hombres. Para el resto de los factores no se han observado diferencias significativas por género. También existe una correlación significativa entre el estado civil y el Factor 3 de Calidad de Vida, así como entre la edad (>76 años) y el Factor 2 de Calidad de Vida.
11. Para las variables clínicas existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de duración en diálisis y el Factor 4 de Calidad de Vida ($p < 0,018$), así

- como entre el número de patologías con el Factor 1 de Calidad de Vida ($p < 0,002$).
12. Los hombres de nuestra muestra son los que presentan una mayor Apertura Mental, tienen una mejor Salud Global y también son aquellos que poseen un mayor nivel adquisitivo.
 13. Las personas más dinámicas y extrovertidas son aquellas que también se resienten más y padecen más estrés como efecto de las restricciones que la enfermedad impone. Así mismo, las personas más perseverantes y auto-controladas, con mayor Tesón, se muestran también en nuestra muestra, con más autonomía social.
 14. En nuestra muestra los Modos de Afrontamiento centrados en la Emoción están estrechamente relacionados con el nivel de Salud Global. Las mujeres tienen peor estado de salud, son las que mayoritariamente usan más estrategias de Afrontamiento centradas en la Emoción y son también las que presentan una mayor co-morbilidad. Por el contrario los hombres que presentan una mejor Calidad de Vida en general son los que también se caracterizan por un menor uso del Distanciamiento.

CONCLUSÕES.

1.- A análise de validade e fiabilidade dos instrumentos utilizados nos doentes submetidos à diálise renal em Granada ao longo do período de estudo, tem mostrado resultados altamente satisfatórios expressados mediante o coeficiente Alfa de Crombach que ultrapassou em todas as escalas o valor de 0,80.

2.- A idade média da população de estudo foi de 68 anos. Embora a proporção de homens ultrapassa à das mulheres, a proporção de mulheres viúvas é superior à dos homens. Trata-se duma amostra urbana, com um baixo nível de ocupação laboral associado a uma baixa qualificação profissional, que se repercute negativamente nos seus recursos económicos.

3.- A prevalência da doença renal primária foi do 50% em homens e do 57,9% em mulheres, sendo a Hipertensão Arterial nos homens e a Diabetes Mellitus nas mulheres as patologias mais frequentes. A amostra apresentou uma elevada co-morbilidade com mais de cinco patologias associadas em 21,1% dos sujeitos, sendo esta situação mais frequente nas mulheres do que nos homens.

4.- 10% da amostra consumiam pelo menos cinco fármacos. 37,8% consumiam fármacos com alumínio ou citratos e 21,1% das mulheres e 13,5% dos varões recebiam tratamento com psico-fármacos.

5.- Só 35,6% da amostra levava menos de dois anos submetidos a terapia dialítica, sem grandes diferenças por género, com uma duração média das sessões superior às três horas em 98,9% dos casos.

6.- Segundo as pontuações médias obtidas no GDS, os factores que prevalecem nos diferentes grupos de idade das mulheres do estudo são, Humor Positivo seguido de Ausência de Energia, enquanto que nos homens são, Humor Triste, seguido de Agitação e Isolamento Social.

7.- Existem diferenças de género para os Modos de Afrontamento, utilizando preferentemente os varões, estratégias centradas no problema e as mulheres, estratégias centradas na emoção. As mulheres priorizam a Procura de Apoio Social como estratégia de afrontamento em todas as faixas etárias, enquanto que só os homens mais idosos recorrem a ela de forma prioritária.

8.- As características de personalidade predominantes na amostra foram, a Perseverança, a Cordialidade e a Abertura à Cultura nos homens e a Escrupulosidade e o Controlo dos Impulsos nas mulheres, sendo a Abertura Mental o factor predominante nos varões face ao Estabilidade Emocional nas mulheres.

9.- A qualidade de vida é melhor valorizada pelos homens para os dois Factores de maior peso (1 e 2), como são a Saúde Global e os Aspectos Económicos, entretanto as mulheres mostram maior satisfação para os Factores 3 e 5, relativos à Integração Social e Assistência Sanitária, igualando-se ambos os géneros para a Qualidade Ambiental (Factor 4).

10.- A Qualidade de Vida nos aspectos relacionados como Factor 1, Saúde física, psíquica e social (Saúde Global) é significativamente superior nos homens do que nas mulheres, no que diz respeito ao Factor 2 ou Aspectos Socioeconómicos, também é superior nos varões do que nas mulheres, entretanto que o Factor 3 ou Integração Social, é significativamente superior em mulheres do que nos homens. Para o resto dos Factores não se têm observado diferenças significativas por género. Também existe uma correlação significativa entre o estado civil e o Factor 3 de Qualidade de Vida e a idade (>76 anos) e o Factor 2 de Qualidade de Vida.

11.- Para as variáveis clínicas existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de duração na diálise e o Factor 4 de Qualidade de Vida ($p < 0,018$) e o número de patologias com o Factor 1 de Qualidade de Vida ($p < 0,002$).

12.- Os homens da nossa amostra são os que apresentam uma maior Abertura Mental, tem uma melhor Saúde Global e também são aqueles que possuem um maior nível aquisitivo.

13.- As pessoas mais dinâmicas e extrovertidas são aquelas que também se afectam mais e padecem mais estrés como efeito das restrições que a doença impõe. Assim mesmo, as pessoas mais perseverantes e auto-controladas, com maior Tensão, mostram-se também na nossa amostra, com mais autonomia social.

14.- Na nossa amostra os Modos de Afrontamento centrados na Emoção estão estreitamente relacionados com o nível de Saúde Global. As mulheres têm pior estado de saúde, são as que maioritariamente usam mais estratégias de Afrontamento centradas na Emoção e são também as que apresentam uma maior co-morbilidade. Pelo contrário os homens que apresentam uma melhor Qualidade de Vida em geral são os que também se caracterizam pelo um menor uso do Distanciamento.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, J.L., Larkin, K.T., Edens, J.L.** (1995). *Women, anger and cardiovascular responses to stress*. Journal of Psychosomatic Research, 39(3):251-259.
- Abram, H.S., Moore, G.I., Westevelt, F.B.** (1971). *Suicidal behavior in chronic dialysis patients*. Am. J. Psychiatry, 127:1119-1127.
- Acosta, J.H.** (1982). *Hypertension in chronic renal disease*. Kidney Int., 22:702-712.
- Almanza, M.J.J., Blum-Gordillo, B., Gordillo, P.G., Riestra, C.M., Altamirano, M.S.** (1995). *Psicoterapia de grupo con pacientes renales*. Rev. Sanid. Milit. Mex., 49(5):127-130.
- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M.** (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Med. Clin., 104(20):771-776.
- Álvarez Rayón, G.L., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J.M.** (1998). *Evaluación de la personalidad del paciente con infarto de miocardio: Un estudio exploratorio*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 44(4):335-340.
- Álvarez-Ude, F., Vicente, E., Badía, X.** (1995). *La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria en Segovia*. Nefrología, 15(6):572-580.
- Allport, G.W.** (1965). *Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- American Psychiatric Association-APA** (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson, (Orig., 1994).
- Andress, D.L., Kopp, J.B., Maloney, N.A., Coburn, J.W., Sherrard, D.J.** (1987). *Early deposition of aluminum in bone in diabetic patients on hemodialysis*. N. Engl. J. Med., 316(6):292-296.
- Andress, D.L., Maloney, N.A., Coburn, J.W., Endres, D.B., Sherrard, D.J.** (1987). *Osteomalacia and aplastic bone disease in aluminum-related osteodystrofic*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 65(1):11-16.
- Arnetz, B.B., Akerstedt, T., Andersen, I.** (1990). *Sleepiness in physicians on night call duty*. Work and Stress, 4(1):71-73.
- Augusto, J.M., Martínez, R.** (1998). *Afrontamiento al estrés y salud. Panorama actual de la investigación*. Boletín de Psicología, 58(1):31-48.
- Baltes P.B., Baltes, M.M.** (1989). *Erfolgreiches altern: Mehr jahre und mehr leben*. Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie, 3:5-10.
- Bandura, A., Taylor, C.B., Willians, S.L., Mefford, I.N., Barchas, J.D.** (1985). *Catecholamine secretion as a function of perceived self-efficacy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(3):406-414.
- Barriga Jiménez, S.** (1992). *El estrés en la vida actual: Anotaciones para la intervención psicosocial*. Revista de Psicología de la Salud, 4(2):3-28.
- Bastide, R.** (1988). *Sociología de las enfermedades mentales*. Madrid: Siglo XX, (Orig. 1965).

- Belani, K.G., Palahniuk, R.J.** (1991). *Kidney Transplantation*. Int. Anesthesiol. Clin. Summer, 29(3):17-39.
- Benbuna Bentata, B.** (2003). Impacto emocional de las experiencias clínicas en estudiantes de enfermería. Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención. Tesis Doctoral del Departamento de Enfermería. Granada: Universidad de Granada.
- Bermúdez, J.** (1997). *La Personalidad*. Madrid: Aguilar.
- Berrios, G.E.** (1993). *Personality disorders: A conceptual history*. En: Tyrer, P., Stein, G. *Personality Disorders Reviewed*. London: Gaskell, 17-41.
- Bestuzhev-Lada, I.** (1980). *Way of life and related concepts as parts of a system of social indicators*. En: Szalai, A., Andrews, F. (Eds). *The quality of life: Comparative studies*. Beverly Hills: Sage Publications, 159-170.
- Blake, P., Daugirdas, J.** (1996). *Quantification and prescription general principles*. En: Jacobs, C., Kjellstrand, C.M., Koch, K.M., Winchester, F.J. (Eds). *Replacement of renal function by dialysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 619-656.
- Bleger, J.** (1980). *Psicología de la conducta*. Barcelona: Paidós.
- Booth-Kewley, S., Friedman, H.S.** (1987). *Psychological predictors of heart disease: A quantitative review*. *Psychological Bulletin*, 101:343-362.
- Borrás, F.X.** (1995). *Psiconeuroinmunología: Efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos*. *Ansiedad y Estrés*, 1(1):21-35.
- Breva, A., Chóliz, M., Fernández-Abascal, E.G., Martínez, F., Palmero, F.** (1996). *El constructo Patrón de conducta tipo A. ¿Existe algo aprovechable?*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_a-d.htm
- Breva, A., García-Brisach, I., García-Verdugo, M., Córdoba, J.** (1996). *Expresión vs experiencia de la hostilidad y propensión al riesgo de trastorno cardiovascular*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_a-d.htm
- Breznitz, S., Ben-Zur, H., Berson, Y., Weiss, D.W., Levitan, G., Tarcic, N., Lischinski, S., Greenberg, A., Levi, N., Zinder, O.** (1998). *Experimental induction and termination of acute psychological stress in human volunteers: Effects on immunological, neuroendocrine, cardiovascular and psychological parameters*. *Brain Behavior and Immunity*, 12(1):34-52.
- Brody, N., Ehrlichman, H.** (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice-Hall.
- Brunner, F.P.** (1989). *End-stage renal failure due to diabetic nephropathy: Data from the EDTA registry*. *J. Diabetic. Complications*, 3(2):127-135.
- Buceta, J.M^a.** (1991). *Psicología clínica y salud: Aplicación de estrategias de intervención*. Cuadernos de la UNED. Universidad de Educación a Distancia. Madrid: UNED.

- Bueno, B., Navarro, A.B.** (2004). *Afrontamiento y calidad de vida*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39(3):31-37.
- Bueno, J., Dourdil, F., Gasca, R.** (1983). *Morbilidad depresiva en pacientes hemodializados por insuficiencia renal crónica*. En: Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones: Las depresiones en el curso de las enfermedades somáticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Burdmann, E.A., Oliveira, M.B., Ferraboli, R., Malhiero, P., Abdulkader, R.C.R.M., Yu, L., Galvão, P.C.A., Monteiro, J.L., Sabbaga, E., Marcondes, M.** (1997). *Epidemiologia*. En: Schor, N., Boim, M.A., dos Santos, O.F.P. (Org.). Insuficiencia renal aguda: Fisiología, clínica e tratamento. São Paulo: Savier.
- Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B., Vega, J.L.** (2004). *Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39(3):38-45.
- Cameron, J.S.** (1992). *The future of nephrology with special regard to advances in treatment*. Kidney Int., 42(38):S203-S214.
- Cannata, J.B., Briggs, J.D., Junor, B.J.R., Fells, G.S., Beastall, G.** (1983). Effect of acute aluminium overload on calcium and parathyroid hormone metabolism. Lancet, 1:501.
- Caporale, B.** (2000). *Aspectos psicológicos en pacientes en diálisis peritoneal*. 1st Congress of Nephrology in Internet. Disponible en: www.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L.** (1995). *Manual BFQ. Cuestionario "Big Five"*. Publicaciones de Psicología Aplicada, 234. Madrid: Ediciones TEA.
- Carbonell, C.** (1998). *Attitudes devant la mort et mécanismes de defense pendant l'hemodialyse*. L'Evolution, Fasc., 2:417-426.
- Cardenal Hernández, V., Oñoro Carrascal, I.** (2000). *Psicobiología, neuropsicología y desórdenes emocionales. Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer*. 1º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2000, 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 58-CI-F:[33pantalla]. Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_f.htm
- Carvalho-Filho, E.T., Saporetti, L., Souza, M.A.R., Arantes, A.C.L.Q., Vaz, M.Y.K.C., Hojaiji, N.H.S.L., Alencar, Y.M.G., Curiatti, J.E.** (1998). *Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados*. Revista de Saúde Pública, 32(1):36-42.
- Carvalho-Filho, E.T., Souza, M.A.R., Vaz, M.Y.K.C., Hojaiji, N.H.S.L., Yoshihara, L.A.K.** (1996). *Iatrogenia no idoso*. Rev. Bras. Med., 53(3):117-137.
- Cattwrigth, A., Smith, C.** (1998). *Elderly people, thair medicines and their doctors*. London: Rontledge.
- Caufield, M., Lavender, P., Farral, M., Munroe, P., Lawson, M., Turner, P., Clark, A.** (1994). *Linkage of the angiotensinogen gene to essential hypertension*. N. Engl. J. Med., 330(23):1629-1633.

Centeno, J.R., Pascoal, I.F., Mion, Jr.D. (1996). *Hipertensão arterial na doença parenquimatosa renal*. En: Riela, M.C. (Ed.). *Princípios de nefrologia e distúrbios electrolíticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 529-532.

Clark, W.R., Mueller, B.A., Kraus, M.A., Macias, W.L. (1997). *Dialysis prescription and kinetic in acute renal failure*. *Adv. Ren. Replace Ther.*, 4(suppl.1):64-71.

Clements, A., Sharpe, M., Simkin, S., Borril, L., Hawton, K. (1997). *Chronic fatigue syndrome: A qualitative investigation of patients belief about the illness*. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6):615-624.

Cohen, L.M. (1996). *Renal Disease*. En: Remdell, J.R., Wire, M.G. *Textbook of Consultation-Liasion Psychiatry*. Washintong, D.C.: American Psychiatric Press, 573-578.

Contrada, R.J., Leventhal, H., O'Leary, A. (1990). *Personality and Health*. En: Pervin, L.A. (Ed.). *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press, 638-669.

Corbí Rico, F.D., Iborra Moltó, C., Cases Ruiz, M., Soriano Serna, M.T., Birkholz, H., Roca Alonso, M., Gamuz González, M.J., Ferrando Ramírez, J.M. (1996). *Hemodiálisis y calidad de vida: Estudio en función del tiempo de tratamiento*. *Revista Rol de Enfermería*, 219:55-57.

Corten, P., Mercier, C., Pelc, I. (1994). *Subjective quality of life: Clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(4):178-183.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., McCrae; R.R. (1987). *Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite?*. *Journal of Personality*, 55: 299-316.

Cox, T. (1985). *The nature and measurement of stress*. *Ergonomics*, 28(8):1155-1163.

Craven, J.L., Rodin, G., Littlefield, C. (1988). *The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients*. *Int. J. Psych. Med.*, 18:365-374.

Cruzado, J.A., Labrador Encinas, F.J. (1990). *Modificación de conducta en pacientes de cáncer*. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8:225-259.

Chambers, L.P.W., McDonald, L.A., Tugwell, P., Buchanan, W.W.; Kraag, G. (1982). *The McMaster Health index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease*. *Journal of Rheumatology*, 9:780-784.

Chanoit, P.F., Lermuzeaux, C. (1995). *Sociogenése des troubles mentaux*. *Encycl. Med. Chir. Psychiatric*. Paris: Techniques, 37:876-A-60.

Cheigh, J.S., Milite, C., Sullivan, J.F., Rubin, A.L., Stenzel, K.H. (1992). *Hypertension is not adequately controlled in hemodialysis patients*. *Am. J. Kidney Dis.*, 19(5):453-459.

- Chertow, G.M., Levy, E.M., Hammermeister, K.E., Grover, F., Daley, J.** (1998). *Independent association between acute renal failure and mortality following cardiac surgery*. *Am. J. Med.*, 104:343-348.
- Chorot, P., Sandin, B.** (1994). *Life events and stress reactivity as predictors of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders*. *Int. J. Psychosom.*, 41(1-4):34-40.
- Christensen, A.J., Smith, T.W., Turner, C.W., Cundick, K.E.** (1994). *Patient adherence and adjustment in renal dialysis: A person treatment interactive approach*. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(6):549-566.
- Christensen, A.J., Turner, C.W., Smith, T.W., Holman, J.M., Gregory, M.C.** (1991). *Health locus of control and depression in end-stage renal disease*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3):419-424.
- Chugh, S., Yager, H.** (1997). *End-stage renal disease after treatment with lithium*. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 17:495-496.
- Da Costa, D., Dobkin, P., Pinard, L., Fortin, P.R., Danoff, D.S., Estadille, J.M., Clarke, A.E.** (1999). *The role of stress in functional disability among women with systemic lupus erythematosus. A prospective study*. *Arthritis Care and Research*, 12(2):112-119.
- De Girolano, G., Reich, J.H.** (1993). *Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas sociales: Trastornos de la personalidad*. Madrid: Meditor (OMS), 67.
- De Miguel, A., García, L.** (2000). *Estrategias de afrontamiento: Un estudio comparativo con enfermos crónicos y personas sin enfermedad crónica*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(105):29-55.
- Denollet, J.** (2000). *Type D personality: A potential risk factor refined*. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4):255-266.
- Denollet, J., Vaes, J., Dirk, L., Brutsaert, M.D.** (2000). *Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life*. *Circulation*, 102(6):630-635.
- De-Nour, K., Czaczkes, J.W.** (1976). *The influences of patient's personality on adjustment to chronic dialysis*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 162:323-333.
- Díaz Palarea, M.D., Martínez Pascual, B., Calvo Francés, F.** (2002). *Determinantes psicosociales de la salud mental en la población anciana*. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2002. Disponible en: www.interpsiquis.com/2002/areas/at17/index.html.
- Digman, J. M.** (1990). *Personality structure: Emergence of the Five-Factors Model*. *Annual Review of Psychology*, 41:417-440.
- Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P.** (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist, 114-135.
- Elgueta, L., Mañalich, J., Saffie, H.** (1994). *Hemodiálisis crónica: Programa para evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años*. *Rev. Med. Chile*, 122(6):679-685.

- Engel, G.** (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196(4286):129-136.
- Esparter, M.L., Diago, J.L., Andrés, J., Palmero, F.** (1996). *La hostilidad en la cardiopatía isquémica*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_e-g.htm
- Espinosa, M., Palmero, F.** (1996). *Recuperación psicofisiológica y propensión a los trastornos cardiovasculares*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_e-g.htm
- Estebaranz Rendón, G., Vidal Verdú, M.L.** (1999). *Rehabilitación Emocional en la Incapacidad*. Sindicato Independiente de los Trabajadores (S.I.T.). Cádiz: Cooperativa de San Rafael.
- Evans, R.W., Blagg, C.R., Bryan, F.A.Jr.** (1981). *Implications for Health Care Policy. A social and demografic prolife of hemodialysis patients in the United States*. JAMA, 245(5):487-491.
- Evans, R.W., Manninen, D.L., Garrison, L.P.Jr., Hart, L.G., Blagg, C.R., Gutman, R.A., Hull, A.R., Lorrie, E.G.** (1985). *The Quality of Life of patients with end-stage renal disease*. N. Engl. J. Med., 312(9):553-559.
- Everly, G.S.Jr.** (1989). *A clinical guide to the treatment of humam stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Eysenck, H.J.** (1995). *The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease*. En: Spielberg, Ch. D., Saranson, I.G. Series in stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity. Washintong, D.C.: Taylor & Francis, 15:3-12.
- Ferguson, B., Tyrer, P.** (1988). *Classifying personality disorders*. En: Tyrer, P. Personality disorders. London: Wright, 12-32.
- Fernández San Martín, M.I., Villagrasa Ferrer, F.R., Fe Gamó, M., Vázquez Gallego, J., Cruz Canas, E., Aguirre Trigo, M.V., Andradas Aragonés, V.** (1995). *The study of ocupacional satisfaction and its determining factors among health professionals working in one of the areas in Madrid*. Revista Española de Salud Pública, 69(6):487-497.
- Fernández-Argüelles, P., Duque, A., Iglesias, J.E.** (1985). *Relaciones del cáncer con las situaciones de pérdida y la personalidad*. Anales de Psiquiatría, 1(2):64-68.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2004). *¿Calidad de vida, es un concepto psicológico?*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 39(Suppl. 3):18-22.
- Fernández-Concepción, O., Verdecie-Feria, O.I., Chávez-Rodríguez, L., Álvarez-González, M.A., Fiallo-Sánchez, M.C.** (2002). *Patrón de conducta de tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral*. Rev. Neurol., 34(7):622-627.
- Fichera, L.V., Andreassi, J.L.** (1998). *Stress and personality as factors in women's cardiovascular reactivity*. International Journal of Psychophysiology, 28(2):143-155.

- Flórez Lozano, J.A.** (1996). *Calidad de vida en el anciano: Aspiraciones y necesidades*. Geriatrika, 12(3):124-133.
- Folkman, S., Lazarus, R.S.** (1988). *Coping as mediator of emotion*. J. Pers. Soc. Psychol., 54(3):466-475.
- Forner, C., Guerrero, A., Gilabert, E., Emilio Rojo, J.** (2002). *La adaptación o afrontamiento ante la pérdida de salud*. Aula Médica Psiquiátrica. Disponible en: www.grupoaulamedica.com
- Franco de Oliveira, J.M.** (1997). *Revisão/Atualização em Diálise: Hipertensão arterial em hemodializados. Factores relacionados ao seu controle adequado ou inadequado e tratamento*. J. Br. Nefrol., 19(2):212-214.
- Frankenhauser, M.** (1982). *Challenger-control interaction and reflected in sympathetic adrenal and pituitary-adrenal activity: Comparison between the sexes*. Scandinavian Journal of Psychology, 1:158-164.
- Fraser, C.L., Arieff, A.I.** (1997). *Manifestaciones neurológicas de la insuficiencia renal crónica*. En: Llach, F., Valderrábano, F. (Eds). Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y Transplante. Madrid: Ed. Norma, 147-172.
- Freeman, R.M., Lawton, R.L., Chamberlein, M.A.** (1967). *Hard water syndrome*. N. Engl. J. Med., 276(20):1113-1117.
- Fukunishi, I., Moroji, T., Okabe, S.** (1995). *Stress in middle-aged women: Influence of Type A behavior and narcissism*. Psychother. Psychosom., 63(3-4):159-164.
- Galla, J.H., Luke, R.G.** (2000). *Hypertension in renal parenchymal disease*. En: Brenner, B.N. (Ed.). Brenner and Rector's The Kidney. Philadelphia: WB Saunders Company, 2035-2058.
- Gallagher, D., Breckenridge, J., Dessonville, C., Thompson, L.W., Amaral, P.** (1982). *Similarities and differences between normal grief and depression in the elderly*. Essence, 5(2):127-140.
- García, L., Ledesma, A., Llorca, G.** (1990). Estudio de la personalidad y de la agresividad en pacientes cancerosos. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica, 18(1):34-46.
- García-Rodríguez, P., Martínez Luna, F.R.** (2004). *Reacciones psicológicas en pacientes somáticos*. Conducta de Enfermedad. Disponible en: www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html.
- Garrity, T.E., Max, M.B.** (1985). *Effects of moderator variables on the response to stress*. En: Burchfield, S.R. (Ed.). Stress: Psychological and physiological interactions. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Gelder, M., Gath, D., Mayon, R., Cowen, P.** (1996). *Personality disorders*. En: Oxford Textbook of Psychiatry (3ªEd.). Oxford: Oxford University Press, 105-133.
- Gentil, M.A., Gili, M., Pereira, J., Sandoval, E., Nájera, E.** (1988). *Diferencias regionales en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en España*. Nefrología, 7(1):61-69.

Giles, M.V., Richard's, M. (2001). *Estrés, estrategias de afrontamiento y personalidad: Su rol en las patologías isquémicas*. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2001. Disponible en: www.interpsiquis.com/2001/areas/at8/index.html

Giner, J., Fernández-Argüelles, P., Iglesias, J.E., (1983). *Aspectos médico-psicológicos en pacientes oncológicos (personalidad y trastornos psíquicos)*. Psiquis, 6(6):37-44.

Goldberg, L.R. (1990). *An alternative "Description of Personality": The Big Five Factor Structure*. Journal of Personality and Social Psychology, 59:1216-1229.

Gómez-Vela, M., Sabeh, E.N. (2004). *Calidad de Vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Investigación en la Comunidad. Facultad de Psicología de Salamanca. Disponible en: <http://www.3.usa.es/~inicio/investigación/invesinico/calidad.htm>

González de Ribera, J.L. (1991). *Factores de estrés y enfermedad*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 19:290-297.

González Leandro, P. (2004). *Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2004. Disponible en: www.interpsiquis.com/2004/areas/at8/index.html

Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A., Ramelli, E. (1997). *Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer*. Journal of Affective Disorders, 44(1):21-30.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1990). *Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory*. Psychological Reports, 66(2):355-373.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1991). *Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease*. Psychological Reports, 69:1027-1045.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1995). *Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study*. Personality and Individual Differences, 19(6):781-795.

Guerrero Barona, E. (2003). *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario*. Anales de Psicología, 19(1):145-158.

Gunderson, J.G., Phillips, K.A. (1995). *Personality disorders*. En: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry (6ªEd.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1434-1436.

Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993). *Measuring health-related quality of life*. Ann. Int. Med., 118:622-629.

Haenel, T.H., Brunner, F., Battegay, R. (1980). *Renal dialysis and suicide: Occurrence in Switzerland and in Europe*. Compr. Psychiatry, 21(2):140-145.

Hakim, R.M., Depner, T.A., Parker, T.F. (1992). *Adequacy of hemodialysis*. Am. J. Kidney Dis., 20(2):107-122.

- HarpersCollins Publishers** (1994). Collins Concise Diccionario Inglés-Español. Barcelona: Gribalbo Mondadori.
- Hays, R.D., Kallich, J.D., Mapes, D.L., Coons, S.J., Carter, W.B.** (1994). *Development of the kidney disease quality of life (KDQOL-TM) instrument*. Quality of Life Research, 3:329-338.
- Held, P.J., Pauly, M.V., Diamond, L.** (1987). *Survival analysis of patients undergoing dialysis*. JAMA, 257(5):645-650.
- Hentschel, U.** (1993). *Cognitive and affective aspects of information processing in psychosomatic disorders*. En: Hentschel, U. Eurelings-Bontekoe, (Eds). Experimental researchs in psychosomatics. Leiden: DSWO Press.
- Hernández, G., Martín-Malo, A.** (1997). *Concepto de diálisis adecuada y métodos para medirla*. En: Hernando, L., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J., Lamas, S. (Eds). Nefrología Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 631-635.
- Holmes, C.A.** (1989). *Health care and the quality of life: A review*. Journal of Advances Nursing, 14(10):833-839.
- Horina, J.H., Holzer, H., Reisinger, E.C., Krejs, G.J., Neugebauer, J.S.** (1992). *Elderly patients and chronic haemodialysis*. Lancet, 339:183-183.
- Hovanitz, C.A., Koraza, E.** (1989). *Life stress and clinically elevated MMPI scale: Gender differences in the moderating influence of coping*. Journal of Clinical Psychology, 45(5):2021-2024.
- Hyppá, M.T.** (1987). *Psychoendocrine aspects of coping with distress*. Annals of Clinical Research, 19(1):78-92.
- Jacobs, C., Selwood, N.H. et le Comité du Registre de L'EDTA** (1990). *Evolution démographique et méthodes de traitement de l'urémie chronique au stade terminal chez les sujets âgés de plus de 65 ans en France au cours des années 1980*. Néphrologie, 11:317-319.
- Kase, C.S., Wolf, P.A., Chodosh, E.H., Zacker, H.B., Kelly-Hayes, M., Kannel, W.B., D'Agostino, R.B., Scampini, L.** (1989). *Prevalence in silent stroke in patients presenting with initial stroke: The Framingham Study*. Stroke, 20(7):850-852.
- Kavan, M.G., Engdahl, B.E., Kay, S.** (1995). *Colon cancer: Personality factors of onset and stage of presentation*. Journal of Psychosomatic Research, 39(8):1031-1039.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R.** (1988). *Behavioral influences on immune function: Evidence for the interplay between stress and health*. En: Field, T.M., McCabe, P.M., Schneiderman, N. (Eds). Stress and coping across development. Hillsdale, N.J.: LEA Publishing, 189-205.
- Kimmel, P.L., Weihs, K.L., Peterson, R.A.** (1993). *Survival in hemodialysis patients: The role of depression*. J. Am. Soc. Nephrol., 4:12-27.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmens, S.J., Alleyne, S., Cruz, I., Veis, J.H.** (1998). *Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients*. Kidney Int., 54(1):245-254.

- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S.** (1982). *Hardiness and health: A prospective study*. Journal of Personality and Social Psychology, 42(1):168-177.
- Kohlmann, T.** (2000). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität*. En: Nikolaus, T., (Ed.). Klinische Geriatrie. Berlin/Heidelberg: Springer, 93-99.
- Kurtze, J.F.** (1985). *Epidemiology of cerebrovascular disease*. En: McDowell, F.H., Caplan, L.R. (eds). Cerebrovascular survey report, 1985. The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke. New York: Springer-Verlag, 1-34.
- Kutner, N.G., Brogan, D., Kutner, M.H.** (1986). *End-stage renal disease treatment modality and patient's quality of life*. Longitudinal assessment. Am. J. Nephrol., 6(5):396-402.
- Kuz, T.L.** (1987). *Quality of Life, an objective and subjective variable analysis*. Regional Studies. Taylor and Francis Journals, 12(4):409-417. Disponible en: <http://www.ideas.repec.org/altaf/regstd/v12y1978i4p409-412.html>
- Labbrozzi, D., Carinci, F., Nicolucci, A., Bettinardi, O., Zotti, A.M., Tognoni, G.** (1996). *Psychological characteristics of patients with infarction: Results of the GISSI-2. Italian Group for the Study of Survival in Myocardial Infarction (GISSI)*. G. Ital. Cardiol., 26(1):85-106.
- Labrador, F.J.** (1984). *Técnicas de Biofeedback*. En: Mayor, J., Labrador, F.J. (Eds). Manual de Modificación de la Conducta. Madrid: Alhambra.
- Labrador, F.J.** (1995). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Lawson, K., Reesor, K.A., Keefe, F.J., Turner, J.A.** (1990). *Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire*. Pain, 43:195-204.
- Lazarus, R.S.** (1990). *Theory-based stress measurement*. Psychological Inquiry, 1(1):3-13.
- Lazarus, R.S.** (1996). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S.** (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S.** (2000). *Toward better research on stress and coping*. American Psychologist, 55:665-673.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1984). *Coping and Adaptation*. En: Gentry, W.D. (Ed.). Handbook of Behavioral Medicine. New York: The Guilford Press, 282-325.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1986). *El concepto de afrontamiento*. En: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 140-163.

- Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1986). *El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales*. En: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 164-202.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lehr, U.** (2004). *Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 39(Suppl. 3):2-7.
- Lesperance, F., Frasere-Smith, N.** (1996). *Negative emotion and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter*. Lancet, 347(8999):414-415.
- Levenson, J.L., Bemis, C.** (1995). *Cancer onset and progression*. En: Stoudemire, A. (Ed.). Psychological factors affecting medical conditions. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 81-97.
- Levy, E.M., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I.** (1996). *The effect of acute renal failure on mortality. A cohort analysis*. JAMA, 275(19):1489-1494.
- Levy, L., Anderson, L.** (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Levy, N.B.** (1990). *Psychopharmacology in patients with renal failure*. International Journal of Psychiatric in Medicine, 20(4):325-334.
- Levy, N.B., Wynbrandt, G.D.** (1975). *The quality of life on maintenance hemodialysis*. Lancet, 1:1328-1330.
- Levy, S.M.** (1981). *The psychosocial assessment of the chronically ill geriatric patients*. En: Prokop, C., Bradley, L.A. (eds). Medical Psychology. A new perspective. New York: Academic Press.
- Lewis, E.J., Hunsicker, L.G., Bain, R.P.; Rohde, R.D.** (1993). *The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy*. New England Journal Medicine, 329:1456-1462.
- Liaño, F., Pascual, J.** (1996). *Epidemiology of acute renal failure: A prospective, multicenter, community-based study*. Madrid acute renal failure Study Group. Kidney Int., 50(3):811-818.
- Linares, F.** (2003). *Estrés y ciclos vitales*. 4º Congreso Virtual de Psiquiatria-Interpsiquis-2003. Disponible en: www.interpsiquis.com/2003/areas/at8/index.html
- Lipowski, Z.** (1977). *Psychosomatic medicine in the seventies: An overview*. American Journal of Psychiatry, 134: 233-244.
- Liu, B.C.** (1978). *Variations in social quality of life indicators medium metropolitan areas*. American Journal of Economics and Sociology, 37(3):241-260.
- Lloid, G.C.** (2001). *Psychological reactions in physically ill patients*. En: Judd, F.K., Burrows, G.D., Lipsitt, D.R. (Eds). Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry. London: Elsevier Science, 29-41.

- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I., Pérez, G.** (2004). *Emoción en la vejez: Una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 39 (Suppl. 3):46-53.
- Martín de Francisco, A.L., Martín-Malo, A.** (1998). *Hemodiálisis adecuada*. En: Lorenzo, V., Torres, A., Hernández, D., Ayús, J.C. (Eds). Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal. Madrid: Harcourt Brace, 461-474.
- Marusic, A.** (2000). *Psychological factors associated with coronary heart disease*. Irish Journal of Psychological Medicine, 17(4):135-139.
- Mason, J.W., Maher, J.T., Hartley, L.H., Mougey, E.H., Perlow, M.J., Jones, L.G.** (1976). *Selectivity of corticosteroid and catecholamine response to various natural stimuli*. En: Serban, G. (Ed.). Psychopathology of human adaptation. New York: Plenum, 147-171.
- Mass Hesse, B., Marín, M.** (1998). *La enfermedad renal: Sus repercusiones en la vida del paciente*. Psiquiatría Pública, 10(5):322-324.
- Mc Kegney, F.P., Runge, C., Berstein, R., Willmuth, R.** (1981). *Sever psychiatric disorders in dialysis-transplant patients: The low incidence of psychiatric hospitalization*. En: Levy, N.B. (Ed.). Psychonephrology, 1: Psychological factors in hemodialysis and transplantation. New York: Plenum, 49-60.
- McCracken, L.M., Semenchuk, E.M., Goetsch, V.L.** (1995). *Cross-sectional and longitudinal analyses of coping responses and health status in persons with Systemic Lupus Erythematosus*. Behavioral Medicine, 20(4):179-187.
- McCrae, R.R., Costa, P.T.** (1989). *Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO-PI*. Multivariate Behavioral Research, 24(1):107-124.
- McGuffin, P., Thapar, A.** (1992). *The genetics of personality disorders*. Br. J. Psychiatry, 160:12-23.
- Mechanic, D.** (1962). *The concept of illness behaviour*. J. Chron. Dis., 15:189-194.
- Mechanic, D.** (1968). *Medical Sociology*. New York: The Free Press.
- Mechanic, D.** (1974). *Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions*. En: Coelho, G.V., Hamburg, D.A., Adams, J.E. (Eds). Coping and adaptation. New York: Basic Books.
- Medina Amor, J.L., Marcos González, J.L., Pérez-Iñigo Gancedo, J.L., Robles Sánchez, J.I., Gómez-Trigo Ochoa, J.** (2002). *Variables implicadas y respuestas de estrés en situaciones de amenaza*. 3º Congreso de Psiquiatría Virtual-Interpsiquis-2002. Disponible en: www.interpsiquis.com/2002/areas/at8/index.html.
- Meichenbaum, D.H., Turk, D.C.** (1982). *Stress, coping and disease: A cognitive-behavioral perspective*. En: Neufeld, R.W.J. (Ed.). Psychological stress and psychopathology. New York: McGraw Hill.
- Meleiro, A.M.A.S.** (1993). *Abordagem da depressão no hospital geral*. En: Fráguas, R.Jr., Meleiro, A.M.A.S., Spinelli, M.A., Assumpção, F.B.Jr. (Ed.). Psiquiatría e psicologia no Hospital Geral: A clínica das depressões. São Paulo: Asturias, 73-80.

- Melzack, R.** (1999). *Pain and stress: A new perspective*. En: Gatchel, R.J., Turk, D.C. (Eds). *Psychosocial factors in Pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press, 89-106.
- Menaghan, E.G.** (1982). *Measuring doping effectiveness: A panel analysis of marital problems and doping efforts*. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(3):220-234.
- Merino Fernández-Pellón, A., Riesco, D., Vilaplana, M., Cervilla, J.** (2003). *Trastornos de personalidad en edades avanzadas*. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2003. Disponible en: www.interpsiquis.com/2003/areas/at17/index.html.
- Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., Boeschoten, E.W., Stevens, P., Krediet, R.T.** (1997). *Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment*. The Necosad Study Group. *Am. J. Kidney Dis.*, 29(4):584-592.
- Mignon, F., Siohan, P., Legallicier, B., Khayat, R., Viron, B., Michel, C.** (1995). *The management of uraemia in the elderly: Treatment choices*. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 10(6):55-59.
- Miller, S.M.** (1980). *Wen is a little information a dangerous thing?: Coping with stressful life-events by monitoring versus blunting*. En: Levine, S., Ursin, H. *Coping and Health*. New York: Plenum.
- Millon, T., Everly, G.S.** (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mirzel da Silva, A.M., Tizano Branco Martins, C., Ferraboli, R., Torgetti, V., Romão Junior, J.E.** (1996). *Revisão/Atualização em Diálise: Água para Hemodiálisis*. *J. Bras. Nephrol.*, 18(2):180-188.
- Monchietti, A., Krzemien, D.** (2003). *Trauma psicosocial y afrontamiento en la última etapa de la vida*. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2003. Disponible en: www.interpsiquis.com/2003/areas/at8/index/html.
- Montes Santana, M.I., Bayle Montero, M.S.** (2002). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización*. Área de conocimiento 7. Disponible en: www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria.html
- Montorio Cerrato, I.** (1995). *La atención psicológica*. En: *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (S.E.G.G.). Ministerio de Asuntos Sociales. Barcelona: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Moreno, B., Peñacoba, C., Rigueiro, F.J., Sanz, E.** (1996). *Personalidad resistente y salud. Dimensiones asociadas a la "resistencia" al estrés*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_h-o.htm
- Morris, P.L.P., Robinson, R.G., Andrzejewski, P., Samuels, J., Price, T.R.** (1993). *Association of depression with 10 year poststroke mortality*. *Am. J. Psychiatry.*, 150:124-129.
- Múñoz, A.** (2004). *Psicología de la Salud*. *Revista Virtual de Psicología y Salud-CEPVI*. Disponible en: www.cepvi.com/articulos/articulos.htm

- Nathan, D.M., Meigs, J.B., Singer, D.E.** (1997). *The epidemiology of cardiovascular disease in type 2 Diabetes Mellitus: How sweet it is or is it?*. *Lancet*, 350:SI4-SI9.
- Neira, M.C., Villareal, V.** (2001). *Abordaje psicoterapéutico en diálisis: Grupo de reflexión para pacientes y familiares*. *Rev. Nefrol. Diál. y Transpl.*, 55:29-31.
- Nogueira-Antuñano, F., Nogueira-Bonanata, G.J., Plá-Gaspari, G.B.** (2003). *Estudio exploratorio de la relación entre los accidentes cerebrovasculares y las estructuras de personalidad*. *Revista de Neurología*, 36(9):821-828.
- Nolph, K.D., Henderson, L.W.** (1993). *Options in renal therapy*. *Kidney Int.*, 43(40):S1-S127.
- Norman, W.T.** (1963). *Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66:574-583.
- O'Donnell, K., Chung, J.Y.** (1997). *The diagnosis of major depression in end-stage renal disease*. *Psychother. Psychosom.*, 66:38-43.
- Olié, J.P., Caroli, F., Gay, C.** (1984). *Les déséquilibrés*. *Encycl. Med. Chir. Psychiatric*. Paris: Psychiatrie, 373:10-A-12.
- Omar, A.G.** (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Organisation de Coopération et de Développement-O.C.D.E.** (1973). *List of social concerns common to most O.C.D.E. countries*. Paris: O.C.D.E.
- Organización Mundial de la Salud-O.M.S.** (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades-CIE10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orley, J., Kuyken, W.** (1994). *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- Páez, D., Basabe, N., Valdoseda, M., Velasco, C., Iraurgi, I.** (1995). *Confrontation: Inhibition, alexithymia and health. En: Emotion, disclosure and health*. Washintong D.C.: American Psychological Association, 195-222.
- Palmero, F., Breva, A.** (1998). *Estrés: De la adaptación a la enfermedad*. Valencia: Promolibro.
- Paris, J.** (1996). *Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. New York: Cambridge University Press.
- Parson, T.** (1951). *The social system*. Clencoe: The Free Press, 436-437.
- Paterson, R.J., Neufeld, R.W.J.** (1989). *The stress response and parameters of stressful situations*. En: Neufeld, R.W.J. (Ed.). *Advances in the investigation of psychological stress*. Nueva York: Jonh Wiley & Sons, 7-42.
- Pedrero Pérez, E.J.** (2002). *Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire*. *Trastornos Adictivos*, 4(3):138-150.

- Pedrero Pérez, E.J.** (2004). *Personality disorders in addicts from the perspectives of the five factor model*. Adicciones, 15(3). Disponible en: www.socidrogalcohol.psiquiatria.com/adicciones/vol_15/revista3.html.
- Pelechano, V., Matud, M.P., De Miguel, A.** (1994). *Estrés no sexista, salud y personalidad*. Análisis y Modificación de la Conducta, 20(71-72):317-611.
- Peñacoba, C., Rigueiro, F.J., Sanz, E., Moreno, B.** (1996). *Personalidad resistente. Validación del constructo en dos muestras españolas*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_p-z.htm
- Peralta Ramírez, M.I., Morente, G., López-Osa, A., Jiménez-Alonso, J., López Segarra, M.D., Pérez-Álvarez, A.F., Reche, I., Hidalgo-Tenorio, C., Sabio, J.M., Jaímez, L., Cádiz, R., Pérez, M.** (2001). *Correlation between daily stress and clinical symptoms informed by the patients with systemic lupus erythematosus (SLE)*. Sixth International Lupus Conference. Lupus, 10:106.
- Peralta Ramírez, M.I.** (2002). *Efecto del estrés cotidiano en la evolución de la sintomatología clínica del lupus: Un estudio prospectivo*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Peralta Ramírez, M.I., Pérez-García, M., Jiménez-Alonso, J.** (2003). *Afrontamiento al estrés y sus repercusiones físicas y psicológicas en un grupo de pacientes con lupus eritematoso sistémico y lupus crónico cutáneo*. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2003. Disponible en: www.interpsiquis.com/2003/areas/at8/index.html
- Perczek, R., Carver, Ch.S., Price, A., Pozo-Kaderman, Ch.** (2000). *Coping, mood and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English version*. Journal of Personality Assessment, 74(1):63-87.
- Pérez Sales, P., Vázquez Valverde, C.** (2001). *Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: Apuntes para una visión alternativa*. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2001. Disponible en: www.interpsiquis.com/2001/areas/at8/index.html
- Pérez-Trullén, A., Clemente Jiménez, M.L., Hernández Mézquita, M.A., Morales Blánquez, C.** (2001). *La autoeficacia como método de deshabituación tabáquica*. Anales de Psiquiatría, 17:22-29.
- Powch, I.G., Houston, B.K.** (1996). *Hostility, anger-in and cardiovascular reactivity in white women*. Health Psychology, 15(3):200-208.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J.M., Díaz-Corte, C., Navacués, R.A., Naves, M., Ureña, A., Badía, X., Álvarez-Ude, F., Álvarez-Grande, J.** (1998). *Health related quality of life in end-stage renal disease patient over 65 years*. Geriatr. Nephrol. Urol., 8(2):85-94.
- Redondo Delgado, M.M., Pérez Nieto, M.A.** (2001). *Respuesta fisiológica de estrés y artritis reumatoide*. Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS, 14:12-20. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/Boletin/boseas14.pdf
- Revidi, P.** (1986). *Facteurs d'agression et mécanismes de défense du moi dans les maladies somatiques graves. Les mécanismes de défense*. Annales de Psychiatrie, 1(1):93-98.

- Rincón, L.** (1995). *Problemas del campo de la salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Roca, M., Labrador, F.J.** (1984). *Diferencia en la forma de percibir el medio de sujetos con y sin cefaleas en base a sus respuestas de orientación y defensa*. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2:1-16.
- Rocco, M.V., Gassman, J.J., Wang, S.R., Kaplan, R.M.** (1997). *The modification of diet in renal disease study group. Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: The modification of diet in renal disease study*. *Am. J. Kidney Dis.*, 29(6):888-896.
- Rodríguez Abuín, M.J.** (2001). *Reactividad al estrés y psicopatología*. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2001. Disponible en: www.interpsiquis.com/2001/areas/at8.html
- Rodríguez Benítez, P., Gómez Campelerá, F.J.** (1999). *Intervención del médico de Atención Primaria en los enfermos sometidos a diálisis*. *JANO*, 57(1312):58-60.
- Routier, A.** (1991). *Le stress. Rappel du concept in archives de maladies professionnelles*. *XXI Journées Nationales*, 52(2):2.
- Rowland, J.H.** (1989). *Intrapersonal resources: Coping*. En: Holland J.C., Rowland, J.H. (Eds). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patients with cancer*. New York: Oxford University Press, 44-57.
- Rozanski, A., Blumenthal, J., Kaplan, J.** (1999). *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. *Circulation*, 27:2192-2217.
- Rueda Ruiz, MªB., Aguado Díaz, A.L.** (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Colección estudios e informes, Serie Estudios nº10. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 351-352.
- Sánchez, R.O., Urquijo, S.** (2003). *Personalidad y trastornos de la personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Estudio descriptivo en una población de la ciudad de Mar del Plata*. 4º Congreso Virtual de psiquiatría-Interpsiquis-2003. Disponible: www.interpsiquis.com/2003/areas/at16.html
- Sánchez-López, M.P.** (1997). *El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: Un ejemplo basado en los estilos de vida*. *Revista de Psicología*, 15(2):223-252.
- Sancho, M.T., Vega, J.L.** (2004). *Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(Suppl. 3):1-7.
- Sandi, C., Venero, C., Cordero, M.I.** (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño neuronal y en el envejecimiento*. Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Sandin, B.** (1995). *El estrés*. En: Belloch, A., Sandin, B., Ramos, F. (Eds). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill, 2:3-52.

- Sanjay Srivastava, Ph. D., Oliver, P.J., Gosling, S.D., Potter, J.** (2003). *Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change?*. Journal of Personality and Social Psychology, 84(5):1041-1053.
- Sanz, A., Villamarin, F., Álvarez, M.** (1996). *Papel modulador de la competencia percibida sobre el afecto y el estrés*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_p-z.htm
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Carver, C.S.** (1986). *Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists*. Journal of Personality and Social Psychology, 51:1257-1264.
- Schmitz, P.G.** (1996). *Personalidad, afrontamiento y salud*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_p-z.htm
- Schneider, K.** (1970). *Patopsicología Clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 73-153.
- Schölmerich, P.** (1990). *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Thews G, editores. Stuttgart: Fischer, 12.
- Schou, M.** (1997). *Forty years of lithium treatment*. Arch. Gen. Psychiatry, 54(1):9-13.
- Schubert, C., Lampe, A., Rumpold, G., Fuchs, D., Köning, P., Chamson, E., Schüssler, G.** (1999). *Daily psychosocial stressors interfere with the dynamics of urine neopterin in a patient with Systemic Lupus Erythematosus: An integrative single-case study*. Psychosomatic Medicine, 61:876-882.
- Schulman, G., Hakim, R.M.** (1996). *Improving outcomes in chronic hemodialysis: Should dialysis be initiated earlier?*. Seminars in Dialysis, 9:225-229.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G., Ceretti, T.** (1999). *Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad*. Revista Médica del Uruguay, 15(2):103-109. Disponible en: www.rmu.org.uy/rmu_num.php?vol=15&num=2
- Selye, H.** (1975). *Confusion and controversy in the stress field*. Journal of Human Stress, 1:37-44.
- Selye, H.** (1976). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sempere Canals, M.M., Martínez Sánchez, F.** (1996). *Cambios en los patrones de respuestas emocionales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, durante las fases predialítica y dialítica*. I Congreso de la SEAS. Benidorm. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/congreso/1/resu_p-z.htm
- Sensky, T.** (1993). *Psychosomatic aspects of end-stage failure*. Psychother. Psychosom., 59:56-68.
- Sensky, T.** (1997). *Depression in renal failure and in its treatment*. En: Robertson, M.M., Katona, C.L.E. (Eds). *Depression and physical illness*. Chichester: John Wiley & Sons, 359-375.

- Sesso, R., Yoshihiro, M.M., Ajzen, H.** (1996). *Late diagnosis of chronic renal failure and the quality of life during dialysis treatment*. *Bras. J. Med. Biol. Res.*, 29(10):1283-1289.
- Shulman, R., Prince, J.D.F., Spinelli, J.** (1989). *Biopsychosocial. Aspects long-term survival on end-stage renal failure therapy*. *Psychol. Med.*, 19:945-954.
- Siegmán, A.W., Townsend, S.T., Civelek, A.C., Blumenthal, R.S.** (2000). *Antagonistic behavior, dominance, hostility and coronary heart disease*. *Psychosomatic Medicine*, 62(2):248-257.
- Siever, L.J., Davis, K.L.** (1991). *A psychobiological perspective on the personality disorders*. *Am. J. Psychiatry*, 148(12):1647-1658.
- Singer, J.L.** (1995). *Repression and dissociation: Implications for personality. Theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Smith, B.D., Cranford, D., Mann, M.** (2000). *Gender, cynical hostility and cardiovascular function: Implications for differential cardiovascular disease risk?*. *Personality and Individual Differences*, 29(4):659-670.
- Snyder, S., Strain, J.J., Wolf, D.** (1990). *Differentiating major depression from adjustment disorders with depressed mood in a medical setting*. *General Hospital Psychiatry*, 12:159-165.
- Soucase Lozano, B., Monsalve Dolz, V., Soriano Pastor, J.F., De Andrés Ibáñez, J.A.** (2004). *Valoración y estrategias de afrontamiento al dolor: Diferencias en función del sexo y nivel de estudios*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis-2004. Disponible en: www.interpsiquis.com/2004/areas/at8.html
- Steele, T.E., Baltimore, D., Finkelstein, S.H., Juergensen, P., Klinger, A.S., Finkelstein, F.O.** (1996). *Quality of life in peritoneal dialysis patients*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 184:368-374.
- Stefani, D.** (2004). *Estrés y mecanismos de afrontamiento en la vejez: Un análisis a partir del género*. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 20(1):133-137.
- Stephoc, A., Fieldman, G., Evans, O., Perry, L.** (1996). *Cardiovascular risk and responsivity to mental stress: The influence of age, gender and risk factors*. *J. Cardiovasc. Risk*, 3(1):83-93.
- Stephoe, A., Wardle, J.** (1994). *Psychosocial processes and health: A reader*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stoudemire, A.** (1995). *Psychological factors affecting medical conditions*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Suls, J., Fletcher, B.** (1985). *The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis*. *Health Psychology*, 4(3):249-288.
- Symister, P., Friend, R.** (1996). *Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective*. En: Resnick, R.J., Rosensky, R.H. (Eds). *Health*

- Psychology Throuh the Life Span. Washington D.C.: American Psychological Association, 265-287.
- Terleckyj, N.E.** (1977). *Economic growth and the quality of life: Some past trends and implications for the future*. En: Banett, H.J., Juster, F.T., Terleckyj, N.E. U.S. Economic growth from 1976 to 1986: Prospects, problems and patterns. Washington, D.C.: Government Printing Office, 20.
- Thomae, H.** (1970). *Theory of aging and cognitive theory of personality*. Human Development, 13:1-16.
- Torres Barrenechea, R.** (1995). *Interconsultas y enlace en psiquiatría*. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile, 24(2):92-96.
- Tyrer, P., Ferguson, B.** (1989). *Development concept of abnormal personality*. Disorders diagnosis, management and course. London: Wrigh Butterworth Scientific, 1-11.
- Urcullu, B., Martinho, V.** (1994). *Por la prevención del estrés en el trabajo: La estrategia de la O.I.T.* Salud y Trabajo, 102:17-23.
- Vam Dam, F.** (1983). *Quality of life: Methodological aspects*. Bulletin of Cancer, 73(5):607-613.
- Van't-Spijker, A., Trijsburg, R., Duivenvoorden, H.J.** (1997). *Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980*. Psychomatic Medicine, 59(3):280-293.
- Vega, J.L., Mayoral, P., Buz, J., Bueno, B.** (2004). *Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39(Suppl. 3):23-30.
- Walker, A.** (2004). *Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39(Suppl. 3):8-17.
- Walls, J.** (1995). *Hemoglobin is more better?*. Nephrol. Dial. Transplant., 10(suppl.2):56-61.
- Watson, D., Pennebaker, J.W.** (1989). *Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity*. Psychological Review, 96:234-254.
- Watson, D., Tellegen, A.** (1985). *Toward a consensual structure of mood*. Psychological Bulletin, 98:219-235.
- Willson, J.F.** (1985). *Stress, coping styles, and physiological arousal*. En: Burchfield, S.R. (Eds). Stress psychological and physiological interactions. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Yanguas, J.J.** (2004). *Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: Aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39(Suppl. 3):54-66.

Zantra, A., Hempel, A. (1984). *Subjective well-being and physical health: A narrative literature review with suggestions for future research*. International Journal of Aging Human Development, 19:95-110.

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). *The Hospital, anxiety and depression scale*. Acta Psychiatr. Scand., 67:361-370.

Zucchelli, P., Santoro, A., Zuccalà, A. (1998). *Genesis and control of hypertension in hemodialysis patients*. Semin. Nephrol., 8:163-167.

ANEXOS

[Anexo 1]**VALORACION DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ANCIANOS (G.D.S.)**

A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas sobre como se ha sentido Ud. la semana pasada.

1 - ¿se ha encontrado usted básicamente satisfecho con su vida?	SI NO
2 - ¿ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SI NO
3 - ¿ha sentido que su vida esta vacía?	SI NO
4 - ¿se ha aburrido usted a menudo?	SI NO
5 - ¿se ha encontrado usted optimista sobre el futuro?	SI NO
6 - ¿ha estado preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	SI NO
7 - ¿ha estado de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI NO
8 - ¿ha tenido miedo de que le pueda ocurrir algo malo?	SI NO
9 - ¿se ha sentido feliz la mayor parte del tiempo?	SI NO
10 - ¿se ha sentido desamparado o indefenso a menudo?	SI NO
11 - ¿ha estado a menudo intranquilo y nervioso?	SI NO
12 - ¿ha preferido quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI NO
13 - ¿se ha preocupado frecuentemente por el futuro?	SI NO
14 - ¿ha pensado que ha tenido más problemas de memoria que los demás?	SI NO
15 - ¿ha pensado que es maravilloso estar vivo?	SI NO
16 - ¿se ha sentido desanimado y triste?	SI NO
17 - ¿se ha sentido usted inútil?	SI NO
18 - ¿se ha preocupado por cosas del pasado?	SI NO
19 - ¿le ha parecido que la vida es emocionante?	SI NO
20 - ¿ha encontrado duro empezar nuevos proyectos?	SI NO
21 - ¿se ha sentido usted lleno de energía?	SI NO
22 - ¿cree que su situación es desesperada?	SI NO
23 - ¿ha pensado que muchas personas se encuentran en mejor situación que usted?	SI NO
24 - ¿se ha preocupado frecuentemente por cosas sin importancia?	SI NO
25 - ¿ha sentido frecuentemente ganas de llorar?	SI NO
26 - ¿ha tenido problemas para concentrarse?	SI NO
27 - ¿se ha encontrado alegre al levantarse por la mañana?	SI NO
28 - ¿ha preferido evitar grupos de gente?	SI NO
29 - ¿ha sido fácil para usted tomar decisiones?	SI NO
30 - ¿ha sentido que su mente esta tan clara como antes?	SI NO

[Anexo 2]

VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES

- 0 = En Absoluto
- 1 = En Alguna Medida
- 2 = Bastante
- 3 = En Gran Medida

- 1... Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo paso).
- 2... Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor
- 3... Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.
- 4... Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.
- 5... Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.
- 6... Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
- 7... Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
- 8... Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.
- 9... Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.
- 10... No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.
- 11... Confié en que ocurriera algún milagro.
- 12... Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).
- 13... Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.
- 14... Intenté guardar para mí mis sentimientos.
- 15... Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.
- 16... Dormí más de lo habitual en mí.
- 17... Manifesté mi enojo a la/s persona/s que lo había/n provocado.
- 18... Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 19... Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.
- 20... Me sentí inspirado para hacer algo creativo.
- 21... Intenté olvidarme de todo.
- 22... Busqué la ayuda de un profesional.
- 23... Cambié, maduré como persona.
- 24... Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.
- 25... Me disculpé o hice algo para compensar.
- 26... Desarrollé un plan de acción y lo seguí.
- 27... Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquella en la que yo confiaba.
- 28... De algún modo expresé mis sentimientos.
- 29... Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.
- 30... Salí de la experiencia mejor que como entré.
- 31... Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.
- 32... Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.
- 33... Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
- 34... Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.

- 35... Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.
- 36... Tuve fe en algo nuevo.
- 37... Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.
- 38... Redescubrí lo que es importante en la vida.
- 39... Cambié algo para que las cosas fueran bien.
- 40... Evité estar con la gente en general.
- 41... No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.
- 42... Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.
- 43... Oculté a los demás las cosas que me iban mal.
- 44... No me tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.
- 45... Le conté a alguien cómo me sentía.
- 46... Me mantuve firme y peleé por lo que quería.
- 47... Me desquité con los demás.
- 48... Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.
- 49... Sabía lo que había que hacer; así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.
- 50... Me negué a creer lo que había ocurrido.
- 51... Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.
- 52... Propuse un par de soluciones distintas al problema.
- 53... Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.
- 54... Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.
- 55... Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en que me sentía.
- 56... Cambié algo de mí mismo.
- 57... Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.
- 58... Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo.
- 59... Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.
- 60... Recé.
- 61... Me preparé para lo peor.
- 62... Repasé mentalmente lo que haría o diría.
- 63... Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo.
- 64... Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.
- 65... Me recordé a mí mismo que las cosas podrían ser peor.
- 66... Hice footing u otro ejercicio.
- 67... Intenté algo distinto a todo lo anterior. Por favor, escríbalo:

FACTORES	ÍTEMS
CONFRONTACIÓN	6,7,17,28,34,46
DISTANCIAMIENTO	12,13,15,21,41,44
AUTOCONTROL	10,14,35,43,54,62
BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	8,18,22,31,42,45
ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD	9,25,29,51
HUÍDA-EVITACIÓN	11,33,40,50,58,59
PLANIFICACIÓN DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	1,26,39,48,49,52
REEVALUACIÓN POSITIVA	30,23,30,36,38,55

[Anexo 3]

VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO BIG FIVE (BFQ)

5 = Completamente Verdadero para mí.

4 = Bastante Verdadero para mí.

3 = Ni Verdadero ni Falso para mí.

2 = Bastante Falso para mí.

1 = Completamente Falso para mí.

- 1.- Creo que soy una persona activa y vigorosa.
- 2.- No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas.
- 3.- Tiendo a implicarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas.
- 4.- No me preocupan especialmente las consecuencias que mis actos puedan tener sobre los demás.
- 5.- Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo.
- 6.- Nunca he dicho una mentira.
- 7.- No me gustan las actividades que exigen empeñarse y esforzarse hasta el agotamiento.
- 8.- Tiendo a ser muy reflexivo.
- 9.- No suelo sentirme tenso.
- 10.- Noto fácilmente cuándo las personas necesitan mi ayuda.
- 11.- No recuerdo fácilmente los números de teléfono que son largos.
- 12.- Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás.
- 13.- Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas, más que a condescender con ellas.
- 14.- Ante los obstáculos grandes, no conviene empeñarse en conseguir los objetivos propios.
- 15.- Soy más bien susceptible.
- 16.- No es necesario comportarse cordialmente con todas las personas.
- 17.- No me siento muy atraído por las situaciones nuevas e inesperadas.
- 18.- Siempre he resuelto de inmediato todos los problemas que he encontrado.
- 19.- No me gustan los ambientes de trabajo en los que hay mucha competitividad.
- 20.- Llevo a cabo las decisiones que he tomado.
- 21.- No es fácil que algo o alguien me hagan perder la paciencia.
- 22.- Me gusta mezclarme con la gente.
- 23.- Toda novedad me entusiasma.
- 24.- Nunca me he asustado ante un peligro, aunque fuera grave.
- 25.- Tiendo a decidir rápidamente.
- 26.- Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles consecuencias.
- 27.- No creo ser una persona ansiosa.
- 28.- No suelo saber cómo actuar ante las desgracias de mis amigos.
- 29.- Tengo muy buena memoria.
- 30.- Siempre he estado absolutamente seguro de todas mis acciones.
- 31.- En mi trabajo no le concedo especialmente importancia a rendir mejor que los demás.
- 32.- No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada.
- 33.- Me siento vulnerable a las críticas de los demás.
- 34.- Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.

- 35.- No me atraen las situaciones en constante cambio.
- 36.- Nunca he desobedecido las órdenes recibidas, ni siquiera siendo niño.
- 37.- No me gustan aquellas actividades en las que es preciso ir de un sitio a otro y moverse continuamente.
- 38.- No creo que sea preciso esforzarse más allá del límite de las propias fuerzas, incluso aunque haya que cumplir algún plazo.
- 39.- Estoy dispuesto a esforzarme al máximo con tal de destacar.
- 40.- Si tengo que criticar a los demás, lo hago, sobre todo cuando se lo merecen.
- 41.- Creo que no hay valores y costumbres totalmente válidos y eternos.
- 42.- Para enfrentarse a un problema no es efectivo tener presentes muchos puntos de vista diferentes.
- 43.- En general no me irrito, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos suficientes para ello.
- 44.- Si me equivoco, siempre me resulta fácil admitirlo.
- 45.- Cuando me enfado manifiesto mi malhumor.
- 46.- Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto.
- 47.- No pierdo tiempo en aprender cosas que no estén estrictamente relacionadas con mi campo de intereses.
- 48.- Casi siempre sé cómo ajustarme a las exigencias de los demás.
- 49.- Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos.
- 50.- No suelo sentirme sólo y triste.
- 51.- No me gusta hacer varias cosas al mismo tiempo.
- 52.- Habitualmente muestro una actitud cordial, incluso con las personas que me provocan una cierta antipatía.
- 53.- A menudo estoy completamente absorbido por mis compromisos y actividades.
- 54.- Cuando algo entorpece mis proyectos, no insisto en conseguirlos e intento otros.
- 55.- No me interesan los programas televisivos que me exigen esfuerzo e implicación.
- 56.- Soy una persona que siempre busca nuevas experiencias.
- 57.- Me molesta mucho el desorden.
- 58.- No suelo reaccionar de modo impulsivo.
- 59.- Siempre encuentro buenos argumentos para sostener mis propuestas y convencer a los demás de su validez.
- 60.- Me gusta estar bien informado, incluso sobre temas alejados de mi ámbito de competencia.
- 61.- No doy mucha importancia a demostrar mis capacidades.
- 62.- Mi humor pasa por altibajos frecuentes.
- 63.- A veces me enfado por cosas de poca importancia.
- 64.- No hago fácilmente un préstamo, ni siquiera a personas que conozco bien.
- 65.- No me gusta estar en grupos numerosos.
- 66.- No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles.
- 67.- Nunca me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos.
- 68.- No dudo en decir lo que pienso.
- 69.- A menudo me noto inquieto.
- 70.- En general no es conveniente mostrarse sensible a los problemas de los demás.
- 71.- En las reuniones no me preocupo especialmente por llamar la atención.
- 72.- Creo que todo problema puede ser resuelto de varias maneras.
- 73.- Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía.
- 74.- Normalmente tiendo a no fiarme mucho de mi prójimo.

- 75.- Dificilmente desisto de una actividad que he comenzado.
- 76.- No suelo perder la calma.
- 77.- No dedico mucho tiempo a la lectura.
- 78.- Normalmente no entablo conversación con compañeros ocasionales de viaje.
- 79.- A veces soy tan escrupuloso que puedo resultar pesado.
- 80.- Siempre me he comportado de modo totalmente desinteresado.
- 81.- No tengo dificultad para controlar mis sentimientos.
- 82.- Nunca he sido un perfeccionista.
- 83.- En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente.
- 84.- Nunca he discutido o peleado con otra persona.
- 85.- Es inútil empeñarse totalmente en algo, porque la perfección no se alcanza nunca.
- 86.- Tengo en gran consideración el punto de vista de mis compañeros.
- 87.- Siempre me han apasionado las ciencias.
- 88.- Me resulta fácil hacer confidencias a los demás.
- 89.- Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni siquiera ante las emociones fuertes.
- 90.- No creo que conocer la historia sirva de mucho.
- 91.- No suelo reaccionar a las provocaciones.
- 92.- Nada de lo que he hecho podría haberlo hecho mejor.
- 93.- Creo que todas las personas tienen algo de bueno.
- 94.- Me resulta fácil hablar con personas que no conozco.
- 95.- No creo que haya posibilidad de convencer a otro cuando no piensa como nosotros.
- 96.- Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo.
- 97.- Siempre me han fascinado las culturas muy diferentes a la mía.
- 98.- A menudo me siento nervioso.
- 99.- No soy una persona habladora.
- 100.- No merece mucho la pena ajustarse a las exigencias de los compañeros, cuando ello supone una disminución del propio ritmo de trabajo.
- 101.- Siempre he comprendido de inmediato todo lo que he leído.
- 102.- Siempre estoy seguro de mí mismo.
- 103.- No comprendo qué empuja a las personas a comportarse de modo diferente a la norma.
- 104.- Me molesta mucho que me interrumpan mientras estoy haciendo algo que me interesa.
- 105.- Me gusta mucho ver programas de información cultural o científica.
- 106.- Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo.
- 107.- Si algo no se desarrolla tan pronto como deseaba, no insisto demasiado.
- 108.- Si es preciso, no dudo en decir a los demás que se metan en sus asuntos.
- 109.- Si alguna acción mía puede llegar a desagradar a alguien, seguramente dejo de hacerla.
- 110.- Cuando un trabajo está terminado, no me pongo a repasarlo en sus mínimos detalles.
- 111.- Estoy convencido de que se obtienen mejores resultados cooperando con los demás, que compitiendo.
- 112.- Prefiero leer a practicar alguna actividad deportiva.
- 113.- Nunca he criticado a otra persona.
- 114.- Afronto todas mis actividades y experiencias con gran entusiasmo.
- 115.- Sólo quedo satisfecho cuando veo los resultados de lo que había programado.
- 116.- Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones.

- 117.- No se obtiene nada en la vida sin ser competitivo.
 118.- Siempre intento ver las cosas desde distintos enfoques.
 119.- Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control.
 120.- A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme.
 121.- Generalmente no me comporto de manera abierta con los extraños.
 122.- No suelo cambiar de humor bruscamente.
 123.- No me gustan las actividades que implican riesgo.
 124.- Nunca he tenido mucho interés por los temas científicos o filosóficos.
 125.- Cuando empiezo a hacer algo, nunca sé si lo terminaré.
 126.- Generalmente confío en los demás y en sus intenciones.
 127.- Siempre he mostrado simpatía por todas las personas que he conocido.
 128.- Con ciertas personas no es necesario ser demasiado tolerante.
 129.- Suelo cuidar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
 130.- No es trabajando en grupo como se pueden desarrollar mejor las propias capacidades.
 131.- No suelo buscar soluciones nuevas a problemas para los que ya existe una solución eficaz.
 132.- No creo que sea útil perder tiempo repasando varias veces el trabajo hecho.

$$D_i = 36 + \dots - \dots = \dots$$

$$D_o = 36 + \dots - \dots = \dots$$

E

$$C_p = 36 + \dots - \dots = \dots$$

$$C_o = 36 + \dots - \dots = \dots$$

A

$$E_s = 36 + \dots - \dots = \dots$$

$$P_e = 36 + \dots - \dots = \dots$$

T

$$C_e = 36 + \dots - \dots = \dots$$

$$C_i = 36 + \dots - \dots = \dots$$

EE

$$A_c = 36 + \dots - \dots = \dots$$

$$A_e = 36 + \dots - \dots = \dots$$

AM

D

[Anexo 4]

VALORACIÓN DEL BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)

CUBRECAVI

SALUD

SALUD SUBJETIVA

¿Se siente Ud. satisfecho con su actual estado de salud?

1. Nada
2. Algo
3. Bastante
4. Mucho

SALUD OBJETIVA

En los dos últimas semanas ¿Ha tenido Vd. Alguno de los siguientes dolores o síntomas?

- 1 Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones
- 2 Mareos o vahídos
- 3 Tos, catarro o gripe
- 4 Tobillos hinchados
- 5 Cansancio sin razón aparente
- 6 Dificultad para dormir
- 7 Flojedad en las piernas
- 8 Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
- 9 Palpitaciones
- 10 Dolor u opresión en el pecho
- 11 Manos y pies fríos
- 12 Adormilado durante el día
- 13 Boca seca
- 14 Sensación de náuseas o ganas de vomitar
- 15 Gases
- 16 Levantarse a orinar por las noches
- 17 Escapársele la orina
- 18 Zumbido de oídos
- 19 Hormigueos en los brazos o en las piernas
- 20 Picores en el cuerpo
- 21 Sofocos
- 22 Llorar con facilidad

$$- \text{MEDIA} = (1 + 2 + \dots + 22)/22 \quad [\quad]$$

SALUD PSÍQUICA

¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurren a Vd. Las siguientes cuestiones que le voy a indicar?

- 1 ¿Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?
- 2 Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo, donde puso sus objetos personales
- 3 Se desorienta o se pierde en algún lugar

$$- \text{MEDIA} = (1 + 2 + 3)/3 \quad [\quad]$$

INTEGRACIÓN SOCIAL

¿Con qué frecuencia suele Vd. Verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

- 1 Hijos/as que no viven con Vd. en la misma casa
- 2 Nietos/as que no viven con Vd. En la misma casa
- 3 Familiares que no viven con Vd. En la misma casa
- 4 Vecinos
- 5 Amigos que no sean vecinos

$$- \text{MEDIA} = (1 + 2 + 3 + 4 + 5)/5 \quad [\quad]$$

¿En qué medida está Vd. satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas a Vd. que le voy a indicar?

- 1 Su cónyuge
- 2 Sus hijos
- 3 Sus nietos
- 4 Otros familiares
- 5 Vecinos
- 6 Amigos no vecinos

$$- \text{MEDIA} = \text{Puntuación } (1+2+3+4+5+6)/6 \quad [\quad]$$

HABILIDADES FUNCIONALES

¿Considera Vd. que se puede valer por sí mismo?

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Regular
- 4 Mal
- 5 Ns/Nc

¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

- 1 Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)
- 2 Realizar tareas caseras
- 3 Caminar
- 4 Realizar tareas fuera de casa

$$- \text{MEDIA} = \text{PUNTUACIÓN} (1 + 2 + 3 + 4)/4 \quad [\quad]$$

ACTIVIDAD Y OCIO

¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que Vd. tiene diariamente?

- 1 Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.).
- 2 Actividad, normal doméstica (gestiones, ir a la compra, al cine).
- 3 Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.
- 4 Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- 5 Entrenamiento físico varias veces a la semana.
- 6 Ns/Nc.

¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?

- 1 Leer un libro / periódico
- 2 Visitar amigos y parientes
- 3 Ver la televisión
- 4 Escuchar la radio
- 5 Caminar
- 6 Jugar con otras personas a juegos recreativos
- 7 Cuidar niños
- 8 Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto)
- 9 Hacer recados o gestiones
- 10 Ir de compras
- 11 Viajar

$$- \text{MEDIA} = \text{Puntuación} (1 + 2 + 3 + \dots + 11)/11 \quad [\quad]$$

¿En general está Vd. satisfecho de la forma en que ocupa su tiempo?

- 1 Satisfecho
- 2 Indiferente
- 3 Insatisfecho
- 4 Ns/Nc

CALIDAD AMBIENTAL

¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. en relación con los siguientes aspectos de la casa / residencia donde vive?

- 1 El ruido/silencio
- 2 La temperatura
- 3 La iluminación
- 4 Orden y limpieza
- 5 El mobiliario
- 6 Las comodidades (electrodomésticos, etc)

- MEDIA = Puntuación (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6)/6[]

¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con la vivienda/residencia en general?

- 1 Satisfecho
- 2 Indiferente
- 3 Insatisfecho
- 4 Ns/Nc

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

¿En qué medida está Vd. satisfecho en términos generales con la vida?

- 1 Nada
- 2 Algo
- 3 Bastante
- 4 Mucho
- 5 Ns/Nc

EDUCACIÓN

¿Podría decirme el nivel máximo de estudios alcanzados por Vd.?

- Menos de estudios primarios, no sabe leer
- Menos de estudios primarios, sabe leer
- Estudios primarios completos
- Formación Profesional 1^{er} Grado
- Formación Profesional 2^o Grado
- Bachiller Elemental, EGB
- Bachiller Superior, BUP, COU
- Estudios de Grado Medio
- Universitarios o Superiores
- Ns/Nc

INGRESOS

¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

- Hasta 45.000 Ptas.
- De 45.001 a 75.000 Ptas.
- De 75.001 a 100.000 Ptas.
- De 100.001 a 150.000 Ptas.
- De 150.001 a 200.000 Ptas.
- De 200.001 a 275.000 Ptas.
- De 275.001 a 350.000 Ptas.
- De 350.001 a 450.000 Ptas.
- Más de 450.000 Ptas.
- Ns/Nc

SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

¿Con qué frecuencia utiliza Ud. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad / residencia?

- 1 Frecuentemente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Nunca
- 4 Ns/Nc

¿En qué medida está Ud. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- 1 Muy satisfecho
- 2 Bastante satisfecho
- 3 Algo satisfecho
- 4 Nada satisfecho
- 5 Ns/Nc

CALIDAD DE VIDA

Como Ud. sabe, hoy en día un objetivo importante de lograr una mayor *calidad de vida*. ¿Podría decirme qué importancia concede Ud. a cada uno de los aspectos que le voy a indicar para determinar su calidad de vida, indicando cuál es el más importante?

- Tener buena salud
- Poder valerse por sí mismo
- Mantenerse activo
- Tener buenos servicios sociales y sanitarios
- Mantener buenas relaciones con la familia y sociales
- Tener una vivienda buena y cómoda
- Tener una buena pensión o renta
- Sentirse satisfecho con la vida
- Calidad medio ambiente del barrio o de la ciudad
- Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas
- Otras ¿cuáles?
- Ninguna
- Ns/Nc