

UNAB



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Psicología
Proyecto de Grado

ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS DE
APFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA

Trabajo presentado por:
María Paola Hernández Salazar
Luz Marina Echeverry Leal

Requisito para optar al Título de Psicólogas

Autores	No. 30/2004	75/37.04	H.S. 7e
Donación	091		9.1
			(000000)
			(\$30000)

Asesora: Cely Cristina Escobar
Bucaramanga, 23 de Noviembre de 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	1
ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA	2
Descripción de la institución	3
Problema	5
Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Antecedentes	10
Marco Teórico	19
Insuficiencia Renal Crónica	25
Tratamiento	28
Aspectos psicológicos de la Insuficiencia Renal	32
Actitud frente a la máquina de hemodiálisis	33
Pérdida de la salud y elbienestar	35
Pérdida de la libertad yde la autonomía	37
Afrontamiento	38
Recursos	45
Estilos de afrontamiento	46
Afrontamiento de la enfermedad	49
Factores predisponentes	51
Factores relacionados conla enfermedad	52
Factores sociales	53
Factores personales	54
Personalidad	57
Doctrinas humorales	57
Concepciones fisiognomicas /frenológicas	58
Proposiciones caracteriales	58

Hipótesis temperamentales	59
Teóricos psicoanalíticos	60
Teorías de la realización	63
Esquemas cognitivos	64
Perspectiva psicobiológica	64
Teorías disposicionales	66
Circumplejos interpersonales	68
Construcciones estadísticas	71
Teoría de Theodore Millón	74
Método	79
Diseño	79
Sujetos	79
Variables	80
Estilos de Personalidad	80
Estrategias de Afrontamiento	81
Hipótesis	81
Instrumento	82
Escala de Ajuste Mental (MAC)	82
Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS)	87
Encuesta Sociodemográfica	92
Procedimiento	91
Resultados	95
Caracterización de la población	95
Género	96
Edad	97
Estado civil	98
Lugar de origen	99
Convivencia	100
Resultados de la escala de ajuste mental (MAC)	101
Resultados de Estilos de Personalidad del MIPS	103
Correlación entre las variables	112
Discusión	117

Referencias	127
Apéndices	135
A. Escala de Ajuste Mental de Watson yGreer	136
B. Inventario de Estilos de Personalidad	139
C. Encuesta sociodemográfica	147
D. Protocolo de Investigación	149
E. Consentimiento Informado	153
F. Perfil arrojado por el MIPS	156

Lista de Figuras

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Distribución de la población respecto al género.	97
<i>Figura 2.</i> Distribución de la población respecto a la edad.	98
<i>Figura 3.</i> Distribución de la población respecto al estado civil.	99
<i>Figura 4.</i> Distribución de la población respecto al lugar de origen.	100
<i>Figura 5.</i> Distribución de la población respecto a la convivencia.	100
<i>Figura 6.</i> Medias de puntajes del MAC.	102
<i>Figura 7.</i> Desviación estándar del MAC.	103
<i>Figura 8.</i> Consistencia de las respuestas del MIPS.	104
<i>Figura 9.</i> Tendencia a impresión positiva y negativa.	105
<i>Figura 10.</i> Medias de puntajes de Metas Motivacionales.	106
<i>Figura 11.</i> Desviación estándar de Metas Motivacionales.	107
<i>Figura 12.</i> Medias de puntajes de Modos Cognitivos.	109
<i>Figura 13.</i> Desviación estándar de modos cognitivos.	109
<i>Figura 14.</i> Medias de puntajes de comportamientos interpersonales.	111
<i>Figura 15.</i> Desviación estándar de comportamientos interpersonales.	111

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Opciones de respuesta del MAC.</i>	83
Tabla 2. <i>Clasificación de cada uno de los ítems por estrategias de afrontamiento de acuerdo a la versión colombiana del MAC.</i>	86
Tabla 3. <i>Definición de las Estrategias de Afrontamiento del MAC.</i>	86
Tabla 4. <i>Escala de Valoración del MAC</i>	87
Tabla 5. <i>Definición de las Escalas de Personalidad del MIPS.</i>	87
Tabla 6. <i>Indicadores de Validez del MIPS</i>	91
Tabla 7. <i>Caracterización de la población.</i>	96
Tabla 8. <i>Puntajes brutos de la calificación de MAC.</i>	99
Tabla 9. <i>Puntajes de escalas de Metas Motivacionales.</i>	105
Tabla 10. <i>Puntajes de escalas de Modos Cognitivos.</i>	108
Tabla 11. <i>Puntajes de escalas comportamientos Interpersonales.</i>	110
Tabla 12. <i>Coefficientes de correlación lineal de Pearson entre los Estilos de Personalidad y cada una de las Estrategias de Afrontamiento.</i>	112
Tabla 13. <i>Coefficiente de correlación Pearson entre los estilos de personalidad y las estrategias de afrontamiento.</i>	115

Resumen

El estudio contó con la participación de 15 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis de la Unidad Renal del Hospital Ramón González Valencia, con edades comprendidas entre los 18 años y los 65 años de edad. El objetivo de la presente investigación fue correlacionar los estilos de personalidad con las estrategias de afrontamiento que utilizan estos pacientes frente al tratamiento de hemodiálisis. Esta investigación fue de tipo cuantitativo no experimental correlacional. El diseño fue de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron: La Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer adaptada a la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) ; El Inventario Estilos de Personalidad de Millón (MIPS) y una encuesta sociodemográfica. De acuerdo con los resultados arrojados se concluyó que los Estilos de Personalidad individualidad, retraimiento, dominio y decisión se asocian a las estrategias de afrontamiento apropiadas (Actitud positiva y Orientación positiva). Mientras que las estrategias de Afrontamiento que dificultan la adaptación del paciente a la enfermedad y el tratamiento (Preocupación Ansiosa y Sin Esperanza) están asociadas a los siguientes Estilos de Personalidad: preservación, protección, sensación, sentimiento, sistematización y sumisión.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS
DE APRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

RAMON GONZALEZ VALENCIA

El padecimiento de una enfermedad provoca en el individuo un desequilibrio físico y psíquico que lo obliga a generar una serie de cambios en el ámbito cognoscitivo, emocional, actitudinal y conductual, que le permiten desarrollar como último resultado una adaptación tanto a la enfermedad como al tratamiento. Lazarus & S. Folkman (1986), definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Son consideradas enfermedades catastróficas aquellas enfermedades que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen, ya que las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. (Oblitas 2004).

Enfermedades catastróficas como la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) , que requiere de un tratamiento imprescindible, bien sea la diálisis peritoneal o la hemodiálisis, produce un gran impacto en la vida emocional del paciente afectándole las esferas psíquica, familiar, laboral y social. En el plano psicológico, el paciente que padece esta enfermedad presenta sentimientos de impotencia, incapacidad para afrontar la enfermedad, depresión, vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad,

angustia, ansiedad entre otros. (Neira, M y Villareal, V; 2001).

Una alternativa de vida para el paciente con IRC, es la hemodiálisis, un tratamiento que trae consigo numerosas limitaciones para el paciente, puesto que coarta su libertad. El paciente tiene que depender de una máquina a la que deberá estar conectado aproximadamente cuatro horas día por medio; además deberá cumplir con regímenes estrictos como la dieta (privación de la ingesta de algunos alimentos), el consumo limitado de líquidos y la asistencia periódica a citas médicas y controles con nefrología.

La asistencia al tratamiento de hemodiálisis provoca cambios en las rutinas cotidianas, en el ámbito familiar, laboral y social dificultando sostener y ejercer los roles sociales previos; lo que obligará al paciente a redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto y largo plazo, enfrentando la alteración de sus relaciones intra e interpersonales.

Considerando la importancia que tiene el afrontamiento y las estrategias que el paciente utilice en el proceso de aceptación y adaptación de la enfermedad, el presente estudio busca tomar en consideración los estilos de personalidad que puedan facilitar estos procesos, buscando de esta manera, mejorar la calidad de vida del paciente y la prolongación de la misma.

Descripción de la Institución

El Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, Empresa Social del Estado (E.S.E), es un establecimiento público descentralizado del orden departamental, formador de profesionales en el área de la salud; y líder en la prestación de servicios integrales de

salud en el Nororiente Colombiano. Ofrece tecnología que corresponde al avance científico, y al desarrollo armónico de la Institución; procede con principios de excelencia para la cual cuenta con personal calificado y humanizado, acorde con las normas y principios de la ley de seguridad social, brinda calidad en la atención a la población usuaria y satisface las expectativas de sus clientes en beneficio de su objeto social.

El Hospital Universitario Ramón González Valencia fue creado por Decreto Nacional 0618 del 16 Noviembre de 1970 de conformidad con sus estatutos aprobados en dicha fecha. En el año de 1951 se compró el terreno, lote situado en Bucaramanga, entre la calle 28 y la avenida Quebradaseca y entre carreras 33 y 32. A partir de esa fecha, siendo presidente de la República el Doctor Laureano Gómez se autorizó la firma Ibáñez y Manner, con la aprobación del Ministerio de Obras Públicas, la construcción del Nuevo Hospital de Bucaramanga.

La construcción estructural fue entregada en 1954, y a partir de entonces, participaron más de 20 firmas constructoras para finalmente ser inaugurado, siendo el Presidente de la República el Doctor Misael Pastrana Borrero, y director del Hospital el Doctor Jorge Ordóñez Puyana. En junio 20 de 1973, el personal y parte de los elementos fueron entregados por el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, se inició su funcionamiento con los servicios de urgencias y medicina interna.

Desde 1993, el Hospital se ha dado a la tarea de liderar el proceso de creación y operativización de la red de urgencias y emergencias para el área metropolitana de Bucaramanga, que incluye los municipio de Floridablanca, Girón y Piedecuesta dentro del marco legal establecidos por

la Ley 10 de 1990 y acatando el Decreto 412 de 1992 donde se reglamenta integralmente los servicios de urgencias.

De esta manera, en Diciembre de 1994, con la colaboración de la red de urgencias, emergencia y desastres del Servicio Seccional de Salud de Santander, se inaugura el Centro Regulador de Urgencias (C.R.U) siendo Director del Hospital el Doctor Luis Gabriel Pinilla Garcia.

De acuerdo a la ley integral de Seguridad Social en salud y mediante ordenanza firmada el 15 de mayo de 1995 por la Asamblea Departamental de Santander, se da un plazo de 90 dias al Gobernador de Santander, para que el Hospital se convierta en Empresa Social del Estado, con autonomía administrativa y financiera. A partir del 14 de febrero de 1995, el Hospital Universitario Ramón González Valencia se constituye como Empresa Social del Estado.

Problema

La interrelación entre la medicina y la psicología es incuestionable, del mismo modo que lo es la relación entre mente y cuerpo. Todas las enfermedades físicas, no solo las denominadas catastróficas, tienen repercusiones psicológicas en el individuo. Desde este punto de vista, en la asistencia médica es importante el conocimiento del espectro y variedad de las reacciones psicológicas de los individuos frente a las enfermedades.

En la última década, estudios estadísticos realizados a escala mundial han mostrado un creciente aumento de enfermedades crónicas e invalidantes para el paciente, encontrando entre éstas la IRC, que exige al enfermo una adaptación vital importante y una aceptación adecuada de la enfermedad (Ancizar, 1999). Se estima que más de un millón de personas en el mundo sufren de IRC y son tratadas con

UNIVERSIDAD

alguna forma de diálisis; esta cifra crece a un ritmo del 8% anual en el mundo y a medida que el número de pacientes aumenta, también lo hacen los costos para el tratamiento de la enfermedad.

El registro de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) correspondiente a 1998 muestran que: la incidencia de nuevos pacientes que iniciaron diálisis en diferentes comunidades de España varió entre 67 y 187 pacientes/millón de población (PMP); la media ponderada por población de dichas comunidades fue de 123 pacientes PMP, cuando en 1993 fue de 66 PMP. En los países de la Unión Europea la media ponderada fue de 131 pacientes PMP en el año 1997; en Estados Unidos también en 1997, la incidencia referida fue de 86 pacientes PMP (ñmenábar, 1998).

La prevalencia media de pacientes en tratamiento renal sustitutivo en España, a 31 de Diciembre de 1998, fue de 785 PMP; en los países de la Unión Europea, la prevalencia de pacientes al 31 de diciembre de 1995, era de 700 PMP; y en Estados Unidos la tasa de prevalencia, al 31 de diciembre de 199, fue de 1041 pacientes PMP. (Amenábar, 1998) .

En la actualidad el número de pacientes que están sometidos a algún tipo de tratamiento sustitutivo de la función renal en España sobrepasa los 34000, al finalizar 1998, 30106 pacientes recibían tratamiento renal sustitutivo. Teniendo en cuenta este Registro, 4680 pacientes iniciaron tratamiento renal sustitutivo y fallecieron 2379 pacientes. Esto supone un incremento anual de 301 pacientes (en 1997 el incremento fue de 1500) nuevos pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Según estadísticas de 1997 del Ministerio de Salud de Colombia, se mostró que las causas más comunes de la IRC son: síndrome nefrótico, nefritis y nefrosis. Los pacientes afectados por esta patología son de diferente edad y sexo, siendo mayor el número de hombres con 4911 casos y mujeres son 4365 casos (Riveros, 1997).

De acuerdo con las estadísticas del año 2003 presentadas por el Hospital Universitario Ramón González Valencia, en los tres últimos años los pacientes que se diagnostican con IRC se ha incrementado; mientras que en el año 2001 el número de pacientes correspondía a 110, en el año 2002 esta cifra aumentó a 158 y ya para el año 2003 esta cifra continuó en aumento, correspondiendo a 173 pacientes. Sin embargo, es necesario aclarar que solo el 15% de la totalidad de los pacientes diagnosticados continúan su tratamiento en esta institución, puesto que la mayoría una vez diagnosticados tramitan a través de la ARS la posibilidad de ser trasladados a entidades privadas.

Regularmente, en el proceso de aceptación de una enfermedad catastrófica, intervienen una variedad de factores que encuadran dentro de un marco bio-psicosocial. En el caso particular del paciente con IRC, existe una realidad única, someterse al procedimiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal para permanecer con vida. Esta única realidad repercutirá indiscutiblemente sobre el paciente y su entorno familiar y social a distintos niveles. En el plano de lo psicológico, la personalidad del paciente facilita o dificulta el ajuste al contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos. De este modo se evidenciará la capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida; su vulnerabilidad al estrés,

sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos ante la angustia.

Factores psicológicos tales como la depresión, la ansiedad, la angustia etc, sumados a variables sociodemográficas tales como la edad, sexo, status entre otras, y a las relaciones que establece el enfermo renal con familiares, amigos y con el grupo médico, serán en parte las responsables de los modos de afrontamiento que tenga el paciente hacia el tratamiento de hemodiálisis; entendidos estos modos como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus, R y Folkman, S;1988)

La presente investigación, se centra específicamente en la influencia que tienen los estilos de personalidad en las estrategias de afrontamiento frente al tratamiento de hemodiálisis, basándose en la definición de personalidad que acuñe Theodore Millón: "La personalidad normal es concebida como el reflejo de los modos específicos de adaptación de los miembros de la especie que resultan eficaces en entornos normales o supuestos" (1994), y contemplando la afirmación de Cantón y Sánchez (1999) quienes consideran los rasgos de personalidad como características estables que actúan como predisponentes para afrontar de una u otra manera los acontecimientos de la vida. Se plantea entonces el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles estilos de personalidad se asocian a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes

con IRC asistentes a la Unidad Renal del Hospital
Universitario Ramón González Valencia (H.U.R.G.V)?

Obj etivos

La finalidad que se persigue a través de este estudio se plantea en los objetivos descritos a continuación, los cuales diseccionaron y orientaron el desarrollo de la investigación.

Objetivo General

Correlacionar los Estilos de Personalidad con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, asistentes a la Unidad Renal del H.U.R.G.V, mediante la aplicación del Inventario Estilos de Personalidad de Millón (MIPS) y la Escala de Ajuste Mental de Watson y Green para enfermedades crónicas; con el fin de brindar una herramienta teórica a los profesionales de la salud que orienten su intervención a facilitar una mejor adaptación y calidad de vida a los pacientes.

Objetivos Específicos

Identificar las variables sociodemográficas de la población de este estudio mediante la aplicación de un cuestionario a los pacientes renales con el fin de describir estas variables externas y de esta manera aumentar la validez del estudio.

Evaluar las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes con IRC frente a su diagnóstico y tratamiento, por medio de la Escala de Ajuste Mental de Watson & Greer para Enfermedades Crónicas.

Describir los Estilos de Personalidad de los pacientes con IRC que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal del H.U.R.G.V, a través del Inventario Estilos de Personalidad de Millón (MIPS).

Antecedentes

El ser humano puede ser concebido como un sistema multidimensional en donde las partes se interrelacionan, al mismo tiempo que se afectan. Es así, como el Psicólogo desde su rol científico - investigativo debe tener en cuenta la estrecha relación que existe entre soma y psique.

Las concepciones acerca de la relación mente y cuerpo han cambiado con el tiempo y en las diferentes culturas. Los antiguos griegos entendían que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente; es así como Aristóteles planteó la dualidad entre materia y alma; donde la materia es el cuerpo, y el alma constituye la mente, que a partir de lo sensible y particular de las cosas abstrae las ideas.

Hipócrates (400 - 300 A.C.) creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con respecto a leyes naturales, y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. De esta manera, los griegos afirmaron que las emociones no solo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino que también podían provocar enfermedades.

Hoy por hoy, se admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen; los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta la totalidad individual, dicho

planteamiento ha sido demostrado a través del método científico, dando como resultado construcciones teóricas que dan razón de las relaciones que hay entre estas dimensiones humanas.

Para el desarrollo de esta investigación, teniendo en cuenta que no se conocen investigaciones que correlacionen estilos de personalidad con las estrategias de afrontamiento en pacientes con IRC, se toman como antecedentes investigativos pertinentes, aquellas que han estudiado estas variables en otras enfermedades crónicas como el cáncer. Además, se han tomado como antecedentes apropiados aquellos que apuntan a establecer relaciones entre factores fisiológicos y factores psicológicos en pacientes con IRC.

En un estudio realizado con pacientes de cáncer de mama, Watson et. Al. (1991), citado por Barez, en su Tesis Relación entre la Percepción del Control y Adaptación a la Enfermedad 2002, plantearon que el MAC además de mostrar diferentes maneras de afrontar el cáncer, puede relacionarse con factores de personalidad. Concretamente, estudiaron las afirmaciones de Temoshock de 1987, como que las personas con un patrón de personalidad tipo C, acostumbran a suprimir sus emociones, especialmente las agresivas, y a presentar en situaciones estresantes, como el cáncer, mayores sentimientos de desesperanza y desamparo (indefensión), y consecuentemente, mayores niveles de depresión. La muestra estuvo constituida por 380 mujeres que hablan sido diagnosticadas recientemente de cáncer de mama (estadio I y II) entre uno y tres meses antes, y que tras la extirpación del tumor habían seguido un tratamiento de radioterapia. Utilizaron además del MAC, dos escalas: por un lado el Courtauld Emocional Control Scale (CECS)

(Watson y Greer, 1983) para determinar hasta que grado los pacientes muestran una tendencia a controlar las emociones de agresividad, ansiedad y depresión. Por otro lado, administraron el HAD ya validado para el uso de pacientes con cáncer por Razavi, Devaux, Farvacques y Robaye en 1989. Los resultados confirmaron el hecho de que las personas con alto "espíritu de lucha" y "negación", presentan escasos signos de ansiedad y depresión, mientras que estos son elevados en personas con "preocupación ansiosa", "desesperanza/desamparo (indefensión)" y "fatalismo". Además los aspectos típicos del patrón C de personalidad como el control de las emociones, se relacionaron con la actitud fatalista hacia la enfermedad, y el control de la ansiedad y de la agresividad con "desesperanza/desamparo (indefensión)", por lo que los autores plantean que una buena manera de desarrollar afrontamiento es relacionándolo con los patrones y factores de la personalidad.

En el campo de la psiconeuroinmunología, Tjemsland et. al. (1997), citado por Barez, en su Tesis Relación entre la Percepción del Control y Adaptación a la Enfermedad 2002, estudiaron la relación entre la alteración emocional, las características de personalidad y el tipo de afrontamiento con el número de linfocitos, y si los parámetros psicológicos podían predecir el número de células del sistema inmune. Seleccionaron una muestra de 106 mujeres con cáncer de mama operable, estadio I y II, a las que se les tomaron muestras de sangre para valorar el sistema inmune el día anterior a la intervención quirúrgica y después de la misma. El principal resultado fue que la ansiedad intrusiva, la "preocupación ansiosa" y, especialmente, los síntomas depresivos, dieron lugar a un menor número de las diferentes células responsables del

sistema inmune. Los autores proponen mas estudios que valoren la relación entre el sistema inmune y variables psicológicas, especialmente los factores de la personalidad que puedan estar relacionados con el estado del sistema inmune.

En Buenos Aires, Dobrovsky G. (1997) realizó un estudio exploratorio en el que tomó las respuestas de 54 pacientes seleccionados al azar, con un promedio de edad de 41 años y una media de tiempo en diálisis de 23 meses. Se evaluó la posición subjetiva predominante con respecto a la vivencia de la experiencia en hemodiálisis. Los resultados mostraron que el 76% de los pacientes vivencian el tratamiento como displacentero; el tratamiento de hemodiálisis esta ampliamente representado como imposición restrictiva de la libertad, tormento, golpe contundente, prueba de minusvalía, es decir, existe un gran sufrimiento psíquico.

Años mas tarde, Levrino y Aouad (2000), después de una serie de investigaciones hechas tanto con varones como con mujeres que padecen IRC encontraron que los trastornos más frecuentes son: a) trastornos del deseo sexual y trastornos de excitación¹, que se presentan no sólo debido a la condición orgánica (IRC), sino también por las características propias del tratamiento hemodialítico y que en muchos pacientes se refleja como disminución del deseo sexual y un aumento de la libidinización de los aspectos más traumáticos de la enfermedad; y b) Trastornos de personalidad, o rasgos que podrían convertirse en

¹ En relación con los criterios del Manual Diagnóstico de Desórdenes mentales (DSM IV).

trastornos, que están asociados con mayor frecuencia en pacientes con IRC.

En Diciembre del 2001, Neira M. y Villareal V., después de haber encontrado que la adaptación emocional del paciente renal a la diálisis se realiza de manera gradual; y que en este proceso de asimilación y acomodación, afrontamiento del diagnóstico y el tratamiento, concluye que en este proceso queda comprometida la personalidad del enfermo, pues éste tiene que reformular todos sus roles con base en 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; proponen un abordaje grupal con la técnica denominada "Grupo de Reflexión". Esta técnica fue utilizada en dos instituciones privadas, en donde participaron los pacientes hemodializados y sus familiares, con una frecuencia mensual y una duración de 90 minutos por sesión. Los resultados mostraron que la Reflexión Grupal posibilita a los pacientes renales crónicos salir del bloqueo emocional generado por la enfermedad y el tratamiento, y les permite generar estrategias de afrontamiento que favorecen la comprensión y aceptación de su situación, con una mejor valoración interna y del entorno.

Posteriormente, en el Instituto de Urología y Nefrología, de Argentina, Vinokur, E. y Bueno, E. (2002) desarrollaron una investigación cuyo objetivo era evaluar los procesos y reacciones psicológicas del paciente en hemodiálisis, su contexto familiar y la utilidad del abordaje psicológico en los mismos, mediante una orientación psicológica a través de entrevistas clínicas semidirigidas. A través del abordaje psicológico se encontró angustia en el 100% de los casos, acompañadas de

sentimientos de incapacidad (90% de los casos), ansiedad (80%), disminución del interés o del placer en todas las actividades (70%), depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio-familiar (40%), disfunción sexual (20%) negación (1%). Se observó también, mecanismos de regresión, egocentrismo y dependencia. Respecto al abordaje familiar se vio con mayor frecuencia abandono familiar y falta de contención; la familia merece un espacio psicológico, frente al diagnóstico de una enfermedad orgánica para poder elaborar mecanismos de afrontamiento respecto a la enfermedad, al sufrimiento y a los duelos, confrontándose con su propia mortalidad. Además, se examinó que en muchos casos el nivel cultural influye en el afrontamiento de la enfermedad, encontrándose en niveles socio-culturales bajos menor utilización de estrategias de afrontamiento y mayores exigencias.

En este mismo año, García Valderrama y Guevara (2002), en Perú, desarrollaron un estudio transversal, descriptivo y de correlación, cuyo objetivo era determinar si los síntomas depresivos o ansioso son responsables del no uso de estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis; después de evaluar 88 pacientes, la frecuencia de síntomas depresivos fue 61,4%, síntomas ansiosos 52,3%, mala adherencia a la restricción de fluidos 53,4% y dieta 35,2%. Los síntomas ansiosos y el tiempo de hemodiálisis mostraron que los pacientes que padecen este tipo de enfermedades tienden a no utilizar estrategias de afrontamiento, lo que consecuentemente impide la buena adhesión al mismo.

En Bucaramanga, en noviembre de este mismo año, en la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia, Santos O., realizó una investigación que tuvo por objeto

describir las características de personalidad en 20 pacientes con IRC atendidos en la Clínica Los Comuneros. Los pacientes tenían un promedio de edad de 52.3 años, pertenecían a ambos géneros y tenían diferentes niveles de formación académica. Para la recolección de información se utilizó el Test de los Colores o Test de Lüscher, instrumento que busca identificar las características de personalidad. El análisis de los resultados otorgó establecer una similitud significativa en términos porcentuales de los rasgos de los pacientes en los aspectos de objetivos deseados, situación presente, características coartadas, focos de tensión, problema actual y pronóstico laboral. Una vez identificadas las características se contrastaron los resultados con los referentes teóricos abordados para el desarrollo de la investigación, concluyendo de esta manera, que tales características coinciden con los rasgos que fueron agrupados por Eysenck (1980) dentro del tipo de personalidad extrovertido-emocional o colérico (susceptibilidad- intranquilidad- agresividad- excitabilidad- variabilidad- impulsividad- optimismo y actividad), siendo estos rasgos característicos en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Finalmente, en Noviembre del 2003, nuevamente en la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Arciniegas S. y Ledesma M., crearon un programa psicológico cognitivo - conductual orientado a incrementar las respuestas de afrontamiento para mejorar la adaptación al diagnóstico y tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Para este programa se contó con la participación de 20 pacientes diagnosticados con IRC, que se encontraban en tratamiento médico desde hace 5 años cuyas edades estaban entre 25 y 50 años. Esta investigación fue de carácter

cuasi - experimental con medida preprueba - postprueba y grupos intactos, uno de ellos de control. El instrumento que se utilizó fue La Escala de Ajuste Mental de Cáncer de Watson y Creer, adaptada a la IRC por medio de juicio de expertos; junto con la observación, la entrevista semiestructurada, autoregistros e historias clínicas. De acuerdo con los resultados arrojados se concluyó que el programa utilizado por estos pacientes fue significativo en las estrategias de afrontamiento evaluadas por el MAC: Preocupación Ansiosa (PA) y Sin Esperanza (SE); mientras que en las otras dos estrategias, Actitud Positiva (AP) y Orientación Positiva (OP), no se logró ningún cambio debido a que el programa indirectamente fue diseñado haciendo énfasis en las estrategias de afrontamiento negativas PA y SE.

Con lo anterior se evidencia que existen un conjunto de investigaciones sobre el estado psicológico del paciente con IRC; teniendo en cuenta que la imprevista y repentina pérdida de su salud, los cambios en el estilo de vida y las alteraciones corporales pueden llevarlo a un estado de crisis, frustración o deterioro psicológico, que se relaciona directamente con un proceso de afrontamiento negativo.

Al mismo tiempo, los diferentes estudios que han relacionado las estrategias de afrontamiento, utilizando el MAC como instrumento de medición, con la Calidad de Vida también han encontrado que los estilos de afrontamiento que acompañan o dan lugar a una mejor Calidad de Vida son equivalentes a la escala de Espíritu de Lucha del MAC. Incluso se ha relacionado el MAC con factores de personalidad, concretamente relacionando el patrón tipo C con la escala de "Desesperanza/Desamparo (Indefensión)"

(Fertig, 1997), referido por Barez, en su Tesis Percepción del Control y Adaptación a la Enfermedad, (2002).

Marco Teórico

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como el estado de completo bienestar, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Desde esta perspectiva, todo profesional de la salud debe entender a la enfermedad y procurar su tratamiento con base en los siguientes tres aspectos o factores: físico, mental y social.

Es por eso que en la actualidad, las enfermedades físicas son abordadas también desde un punto de vista psicológico, ya que factores como la presencia de estresores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las conductas relacionadas con la salud y las características personales pueden estar implicados en el desarrollo y evolución de una enfermedad orgánica.

Según Barrull, E. (2000), el enfoque Biopsicosocial se centra en el estudio de los procesos emocionales, afectivos y cognitivos del ser humano desde una perspectiva biológica. Este enfoque se ha venido desarrollando en las últimas décadas, a raíz de la creciente conciencia dentro del conjunto de profesionales de la salud, de que tanto en el origen, como en el desarrollo de la enfermedad intervienen factores psicológicos y sociales de diversa índole; además, busca estudiar las relaciones humanas y su incidencia en el éxito y fracaso del tratamiento, la salud y la enfermedad de los seres humanos.

Cuando se habla de los factores psicológicos que influyen en la causa y curso de las distintas enfermedades físicas es necesario utilizar el término de trastorno psicosomático, referido a la multicausalidad e interrelación entre los factores biológicos y psicosociales

que colaboran en la historia de la enfermedad. Lowenstern (2003) se refiere a enfermedades psicosomáticas como el resultado de una desarmonía entre cuerpo y mente, es decir, una ruptura de la integridad.

Diversas investigaciones demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel fundamental en el origen y trayectoria de distintas enfermedades físicas. De la misma manera, existen distintas teorías que explican desde diferentes enfoques las causas de las enfermedades psicosomáticas. Los psicoanalistas, como Joyce Me Dougall, citado por Iturrate en 1962, postulan que las personas que desarrollan dichas enfermedades tienen una tendencia a ignorar las señales de su cuerpo, o en el caso de ser registradas, las consideran desprovistas de importancia. Son individuos sobreadaptados que ante momentos difíciles o traumatizantes parecen inquebrantables. Muchos de ellos presentan alexitimia¹, y a veces parecen algo desafectivos con los demás.

Es importante tener en cuenta que cada persona percibe y procesa situaciones de su vida de una forma particular y es éste el espacio sobre el que se puede trabajar con el objetivo de modificar los síntomas² en los que es innegable la predisposición constitucional de cada sujeto.

Diez M. (1975) propone cuatro tipos de temperamento: dinámico, emotivo, razonador e intelectual, entendido el temperamento, como desenvolvimiento particular del individuo en su evolución. Representa éste la forma particular del pensamiento y acción seguida por el individuo en su desarrollo.

¹Alexitimia: entendida como la dificultad que tiene una persona para registrar y expresar sus emociones.

² Entendidos éstos como respuestas inconscientes expresadas en un lenguaje corporal.

La mayoría de la gente pertenece al tipo dinámico o al emotivo; estas personas se caracterizan por ser: activas, movidas por la emoción; pero al mismo tiempo, llevan una vida vacía, carente de sentido, sin objetivos y afrontan una tremenda soledad, con sentimientos de que nadie los quiere, que nadie los espera ni protege, a punto de desmoronarse definitivamente. Desarrollan estados de tensión y angustia, padecimientos psicósomáticos o actitudes antisociales, siempre cargados de hostilidad hacia ellos mismos y hacia todo lo que les rodea (depresión y/o angustia).

Existe una minoría encasillada en el tipo razonador, de fuerte voluntad, concentración acrecentada y autodominio; la persona de este tipo es más propensa a crear tensiones nerviosas y musculares. El número de individuos que pertenecen al tipo intelectual es menor aún, se abstraen a la realidad objetiva del mundo que los rodea y viven en la fantasía, no están de acuerdo con nada.

La Asociación Psiquiátrica Americana, por su parte, hace una distinción de las formas en que los factores psicológicos influyen negativamente en el estado físico; alternando el curso de una enfermedad (lo cual puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general); interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general (por ejemplo reduciendo la adhesión al tratamiento médico) y constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo.

En los últimos años, ha habido un creciente aumento de enfermedades crónicas³ e invalidantes para el paciente que exigen al enfermo una adaptación vital importante y una aceptación adecuada de su enfermedad. Es en estos casos donde la pericia y el "saber hacer" del Psicólogo son decisivos para el tratamiento de estas enfermedades en la medida en que ayudarán al paciente a aceptar la enfermedad.

La enfermedad es sinónimo de fracaso de los mecanismos de adaptación, físicos, psíquicos, sociales y cuando una persona cae enferma ello comporta una ruptura con la normal actividad que realiza en su vida social. El hecho de "caer enfermo" supone dos sentimientos muy característicos: por un lado el temor de la gravedad de lo que esta pasando y por otro lado la idea de incapacidad, porque el hombre se ve privado bruscamente de las potencialidades conseguidas hasta el momento de la aparición de la enfermedad; ésta desarma la vida del paciente y la integridad de la familia, haciéndose fuente primaria del sostén emocional del mismo. (Ocaña, E, 1998)

La enfermedad psicósomática constituye una respuesta psicofísica global del organismo. Al demostrarse experimentalmente las alteraciones que se producen en las glándulas, la circulación y los músculos como reacción al miedo y a la ira, se facilitó el camino para estudiar sistemáticamente las reacciones emocionales.

Las reacciones emocionales que presenta el paciente crónico, según Arrastoa (1997), se caracterizan por la presencia de ansiedad, irritabilidad, insomnio, anorexia, y dificultad de concentración; las reacciones emocionales más

³ Tales como: Insuficiencia renal crónica en estado terminal, SIDA, enfermedades oncológicas, coronariopatías etc.

frecuentes al enfermar son: Negación, rabia, depresión, miedo, delirium, entre otras. El miedo, la angustia y la pérdida de autoestima son frecuentemente aumentados por los procedimientos terapéuticos y sus efectos sobre el cuerpo, la personalidad y la imagen social.

De acuerdo con Giner (1983) la reacción psicológica a cualquier enfermedad estará determinada tanto por las características objetivas de la patología como por su significado subjetivo; por la particular predisposición psicológica del paciente (constitución, personalidad, biografía); por la calidad de sus relaciones interpersonales, especialmente las que ha mantenido y mantiene, antes y durante la enfermedad, con su familia y los profesionales de la salud; por la evaluación y la actitud imperantes en su grupo social de pertenencia, en relación con la enfermedad padecida y el sistema de salud, y por las características del ambiente físico en que vive su enfermedad.

Las personas que adquieren una condición o una enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección. Es conocido que el paciente afectado por una patología crónica, se deteriora emocionalmente, sobre todo aquel que padece IRC, en tratamiento de diálisis, donde se encuentra involucrado no sólo el mismo, sino también todo su ámbito familiar. A medida que avanza la tecnología, en tratamientos sustitutivos, queda garantizada la supervivencia de los enfermos, sin embargo, para ello es necesario el cumplimiento de un régimen terapéutico que puede estar influenciado por diversos factores psicológicos. Toda enfermedad crónica produce problemas en la integridad

física y psicológica, lo que a la vez le impide satisfacer las propias necesidades, crecer y desarrollarse normalmente (Filiberti, 1989). La IRC, específicamente, representa una experiencia estresante para el paciente y su familia. Según Hinrich (1989) el estrés se relaciona con las consecuencias de la enfermedad (discapacidades individuales y defectos de tipo cosmético); y con el tratamiento, restricción en actividades, dieta limitada y cambios corporales en general; todo lo cual limita el crecimiento y desarrollo del individuo.

Muchos de los estudios sobre los aspectos psicosociales del tratamiento de la IRC hacen énfasis en las dificultades de ajuste y reacciones emocionales, tales como depresión, dependencia y aislamiento social, entre otros (Smith, 1985). Con base en esta problemática, en el presente trabajo de investigación, el soporte teórico se abordará inicialmente desde el marco de la IRC; abarcando tratamientos e implicaciones y las problemáticas psicológicas que vivencia el paciente, no sólo por padecer una enfermedad sin cura sino también por tener que depender de una máquina, hecho limitante y frustrante en todos los campos.

A partir de estas problemáticas, se tiene en cuenta la importancia del proceso de adaptación del paciente a su enfermedad, por tanto, se hace necesario dentro del marco teórico de esta investigación desarrollar con más profundidad el concepto de afrontamiento y las estrategias que el paciente puede utilizar frente a su enfermedad. Finalmente, se hará una reconstrucción teórica del concepto de personalidad desde los diferentes autores especialistas en este tema, partiendo de la concepción de ésta como factor predisponente para un adecuado o inadecuado afrontamiento del paciente a su condición de salud.

Insuficiencia Renal Crónica

Dentro del grupo de enfermedades catastróficas se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica; enfermedad que carece de cura y que regularmente exige tratamientos rutinarios indispensables para la postergación de la vida del paciente, que van ligados a regímenes alimenticios estrictos; además es una enfermedad limitante, cohibe la libertad del paciente para la realización de actividades ordinarias tales como la ejecución de su trabajo y el cumplimiento de responsabilidades que muchas veces lo hacen disfuncional generando sentimientos de frustración, impotencia, depresión y ansiedad.

La insuficiencia renal, desde la medicina, ha sido conceptualizada como la pérdida de la función de los dos riñones; habitualmente, esta pérdida se produce en ambos a la vez y es importante destacar que un sólo riñón sin problemas es suficiente para mantener una función completamente normal.

Los riñones son dos órganos en forma de fríjol, como del tamaño del puño de una mano, que están ubicados en ambos lados de la columna vertebral en la parte posterior del cuerpo, al nivel de la cintura. Estos órganos se ocupan, entre otras cosas, de limpiar la sangre de las toxinas que se producen en el cuerpo y de filtrar, depurar y nivelar todo lo que bebemos (Guyton 1984).

Los riñones cumplen con cinco funciones principales: eliminar los productos de desecho, principalmente la urea y la creatinina; controlar la cantidad de líquido, ayudando a eliminar el exceso de éste en la sangre; Controlar la presión arterial, lo que disminuye el riesgo de tener problemas del corazón; facilitar la producción de glóbulos

rojos, ya que producen una hormona llamada eritropoyetina la cual ayuda a la producción de éstos; y finalmente, mantener los huesos sanos, puesto que los riñones regulan la cantidad de fósforo y calcio en la sangre.

Latorre, J & Beneit, P (1992) afirman que una vez que los riñones dejan de funcionar, estas cinco funciones dentro del cuerpo dejan de llevarse a cabo en forma adecuada y como consecuencia se presentan síntomas iniciales: pérdida de peso no intencional, náuseas, vómito, sensación de malestar general, fatiga, dolor de cabeza persistente, hipo frecuente, picazón (prurito) generalizado. Síntomas posteriores: producción disminuida de orina o mayor volumen de orina, necesidad de micción durante la noche, se forman fácilmente magulladuras o se produce sangrado, puede haber sangre en el vómito o en las heces, agudeza mental disminuida (somnolencia, letargo, confusión mental, delirio, coma), contorsión muscular o calambres, ataques, pigmentación aumentada de la piel (puede lucir amarillenta o marrón), escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta) , sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo. Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son: micción excesiva durante la noche, sed excesiva, piel anormalmente oscura o clara, palidez, anormalidades de las uñas, aliento con olor, hipertensión, pérdida del apetito, agitación.

Según Harrison (1974), existen numerosas causas potenciales de daño a los riñones:

1. La disminución en el flujo sanguíneo es una de las causas del daño renal. Esto puede ocurrir cuando la presión arterial baja es extrema a causa de trauma, cirugía

complicada, *shock* séptico, hemorragia, quemaduras y deshidratación asociada a otras enfermedades complejas o severas.

2. La necrosis tubular aguda (NTA) es otra de las causas de insuficiencia renal aguda. Puede ser ocasionada por isquemia (disminución de oxigenación de los tejidos) o por obstrucción o angostamiento de la arteria renal.

3. La insuficiencia renal también puede ocurrir por exceso de exposición a metales, disolventes, materiales de contraste radiográfico, ciertos antibióticos y otros medicamentos o sustancias.

4. La mioglobinuria (mioglobina en la orina) es otra de las causas potenciales. Esta condición puede ser causada por rabdomiólisis, abuso del alcohol (alcoholismo), lesión por aplastamiento, necrosis (muerte de tejido muscular) por cualquier causa, convulsiones y otros trastornos.

5. La insuficiencia renal puede presentarse después de una lesión directa al riñón.

6. Como consecuencia de infecciones como la pielonefritis aguda o la septicemia.

7. Esta insuficiencia puede también ser ocasionada por: obstrucción del tracto urinario como el estrechamiento del mismo (estenosis), tumores, cálculos renales, nefrocalcinosis o agrandamiento de próstata con la subsecuente uropatía obstructiva aguda bilateral.

8. El síndrome nefrítico agudo severo es otra de las posibles causas de esta enfermedad.

9. El daño al riñón puede también ser ocasionado por trastornos sanguíneos como la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), una reacción transfusional u otros

trastornos hemolíticos, hipertensión maligna y trastornos ocasionados por sangrado similar al del parto y asociados con desprendimiento de placenta o placenta previa.

10. Los problemas autoinmunes como la escleroderma pueden también causar insuficiencia renal.

11. El síndrome hemolítico urémico es una de las causas cada vez más frecuentes de insuficiencia renal en los niños pequeños. Una bacteria que secreta toxina, *Escherichia. coli*, que se encuentra en carnes contaminadas mal cocidas, ha sido implicada como la causante del síndrome hemolítico urémico.

La insuficiencia renal puede ser aguda cuando aparece de forma brusca y normalmente tiende a recuperarse, y crónica cuando el fallo de función de los riñones se produce de forma lenta y progresiva, sin posibilidades de recuperación.

Tra t ami en to

Si bien, la IRC no tiene cura, si existen tratamientos que buscan reemplazar la función principal de los riñones, es decir, procedimientos mediante los cuales se purifique la sangre, permitiendo prolongar la vida del paciente. Con este fin existen terapias de reemplazo renal: la diálisis peritoneal, el trasplante de riñón y la hemodiálisis; que son técnicas que permiten a las personas cuyos riñones no funcionan, seguir llevando una vida relativamente "normal".

El ideal de la mayor parte de los pacientes con IRC es el trasplante renal, éste consiste en una intervención quirúrgica llevada a cabo por un cirujano para reemplazar el órgano dañado por uno sano de otra persona. Una vez haya sido un éxito, el paciente continúa con su vida

normalmente, afectándose muy levemente su calidad de vida. Éste ha sido una modalidad de reemplazo renal desde ya hace más de treinta años, pero desde hace 12, los resultados a largo plazo han mejorado notablemente después del advenimiento de nuevas drogas inmunosupresoras, mejor conocimiento de la inmunobiología del injerto y el fenómeno de rechazo, nuevas técnicas de preservación de órganos, métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos para detectar y tratar las complicaciones (Borrero, 1980).

La mayoría de los pacientes en lista de espera, tanto a nivel internacional, como nacional están en edad productiva entre 15 - 44 años. El costo de un trasplante renal funcionando es mucho más alto que el de cualquier terapia dialítica, con la ventaja de una capacidad laboral adecuada del paciente y una mejor calidad de vida. La evaluación pre-trasplante debe ser cuidadosamente realizada para obtener un buen resultado a largo plazo; se deben considerar aspectos generales, como el estado de los diferentes sistemas, excluirse enfermedad infecciosa activa o latente con potencialidad de reactivación por inmunosupresión, al igual que en mayores de 45 años la existencia de cáncer a nivel urológico, genital, colon, estómago y pulmón (Schifferli, 1989).

Existen diferentes protocolos de tratamiento para el trasplante, dependiendo de la disponibilidad de los medicamentos y los criterios propios de cada grupo, determinados por su nivel de experiencia.

Como otra opción, desde hace ya más de 20 años, se tiene disponible la alternativa de una diálisis que le permita al paciente mantener una autonomía tal que dicho procedimiento sea hecho en casa o en su sitio de trabajo. Esa modalidad es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, que a

través de los años se le han realizado modificaciones tendientes a mejorar y simplificar la técnica y disminuir las complicaciones inherentes al método (Cala, 1993).

Esta terapia remueve los líquidos extra y desechos de la sangre dentro del cuerpo, utilizando como filtro la propia membrana peritoneal o el tejido abdominal. En esta forma de terapia la sangre nunca sale del cuerpo; el fluido de diálisis entra en la cavidad peritoneal a través de un catéter que ha sido colocado en el abdomen mediante cirugía. Los fluidos extra y desechos viajan a través de la membrana peritoneal por medio del fluido de diálisis, el cual es posteriormente drenado fuera del abdomen.

Las contraindicaciones objetivas son enfermedad intestinal activa, anomalías de la pared abdominal, enfermedad pulmonar restrictiva, incapacidad de aprendizaje del método. Los pacientes en espera de trasplante renal son excelentes candidatos para esta modalidad de tratamiento, al igual que los pacientes pediátricos.

Finalmente está la Hemodiálisis; este es un método de fácil acceso en situaciones de emergencia, como también en circunstancias de tratamiento a largo plazo. Requiere supervisión médica y de enfermería durante las sesiones; tiene como inconvenientes la labilidad hemodinámica que puede generar en pacientes con cardiopatía. No obstante, con los nuevos adelantos técnicos, estos eventos se han visto minimizados. Si se trata de terapia crónica, idealmente debe construirse un acceso vascular nativo para evitar infecciones y reacciones de cuerpo extraño. Tiene limitaciones, como el nutricional en cuanto a líquidos, la necesidad de tratamiento hospitalario y la disminución en la capacidad laboral productiva, por el tiempo que se requiere para el procedimiento.

La hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre. Saca del cuerpo los desechos nocivos y el exceso de sal y líquidos. También controla la presión arterial y ayuda al cuerpo a mantener un equilibrio adecuado de ciertas sustancias químicas, como son el potasio, el sodio y el cloruro; Se hace con un dializador, o sea un filtro especial para limpiar la sangre, éste se conecta a una máquina durante el tratamiento, la sangre circula por unos tubos y va al dializador; éste filtra los desechos y el exceso de líquido, luego la sangre purificada fluye por otro juego de tubos y vuelve al cuerpo (Borrero, 1980) . La hemodiálisis generalmente se hace tres veces por semana. Cada sesión dura entre 2 y 4 horas. Durante el tratamiento, el paciente puede leer, escribir, dormir, conversar o mirar televisión.

La hemodiálisis, junto con una dieta apropiada, ayuda a reducir los desechos que se acumulan en la sangre. Según Brown (1978) el dietista puede ayudarle al paciente a planear las comidas de acuerdo con las instrucciones de su médico, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El paciente debe comer cantidades balanceadas de alimentos ricos en proteínas, como carne y pollo. El cuerpo utiliza mejor las proteínas animales que las proteínas que se encuentran en las verduras y los cereales.
2. Vigilar la cantidad de potasio que come el paciente. El potasio es un mineral que se encuentra en los sustitutos de la sal común, algunas frutas, las verduras, la leche, el chocolate y las nueces. Muy poco o demasiado potasio puede perjudicar el corazón.

3. Restringir la cantidad de líquidos que se bebe. Cuando los riñones no funcionan, los líquidos se acumulan rápidamente en el cuerpo. El exceso de líquido hace que los tejidos se hinchen. También puede causar presión alta y trastornos cardíacos.

4. Evitar la sal. Las comidas saladas causan sed y hacen que el cuerpo retenga líquido.

5. Restringir los alimentos como la leche, el queso, las nueces, los frijoles y las bebidas gaseosas. Estos alimentos contienen fósforo, otro mineral. El exceso de fósforo en la sangre le quita calcio a los huesos. El calcio contribuye a mantener los huesos fuertes y sanos. Para evitar problemas con los huesos, el médico podría recetar medicinas especiales. Se deben tomar esas medicinas todos los días, según instrucciones.

Todas estas implicaciones que tiene el tratamiento de hemodiálisis sumado a la percepción que tiene el paciente frente a las esferas comprometidas (social, laboral, familiar, personal...) por el deterioro de salud, generan cambios no sólo físicos sin también psicológicos característicos de los individuos que padecen IRC.

Aspectos psicológicos de la Insuficiencia Renal

Tratamientos como la hemodiálisis, que se hace imprescindible para los pacientes con insuficiencia renal ocasionan un gran impacto en la vida del paciente. Este deberá enfrentarse no solo al hecho de padecer una enfermedad incurable sino también a la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo; todo este cúmulo

de circunstancias según Kaplan (1976), repercutirán sobre el paciente y su entorno familiar a distintos niveles:

1. En el plano somático aparecerán complicaciones tales como la anemia, la osteoporosis, etc, y el paciente estará sometido a restricción de líquidos y dieta.
2. En el plano psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos. Así se evidenciara 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.
3. 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 (Insuficiencia Renal Crónica Terminal) el catalizador que transforme completamente la vida del paciente. Este cambio movilizará en él todas sus angustias y miedos, requiriendo la mayoría de las veces la atención especializada del psicólogo, quien debe estar atento a los sentimientos que le genera al paciente la lucha por la vida a través de una máquina.

Actitud frente a la máquina de hemodiálisis

El paciente sometido a hemodiálisis 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. De este modo, tal como lo afirma Miller en 1970, la relación del paciente con la máquina es una relación ambivalente donde se pone en juego por un lado sentimientos de atadura, dependencia y amistad⁴, A su vez surgen deseos de conseguir la máxima autonomía personal que sus condiciones le puedan permitir, rechazando la máquina y la dependencia a ella.

Según Levy (1975), un aspecto de primordial importancia en la relación del paciente con la máquina lo constituye la fístula, como acceso vascular que permite la conexión a ella. Es el punto central de la reorganización de la imagen corporal y se convierte en objeto de constante observación y vigilancia por parte del paciente ("su nuevo corazón", según refieren) . No es pues extraño que en relación a la fístula cristalicen toda una serie de comportamientos fóbicos-obsesivos del paciente y que a nivel inconsciente adquiriera el simbolismo de una zona erógena. El constante flujo sanguíneo a través de la fístula (y de los tubos en las diálisis) puede dar lugar a representaciones imaginarias de desgaste corporal pero sobre todo es indicativo del buen funcionamiento de la máquina (Peterson, 1991) .

Como se nombró anteriormente, los sentimientos de pasividad e inferioridad tanto físicos como psicosociales vividos por el paciente lo colocan en una posición de dependencia y sumisión frente al personal sanitario, pero también es un punto de proyección de todos sus fracasos y agresividades considerando a estos, en muchas ocasiones, como responsables de su enfermedad ("...Si el médico me hubiera tratado a tiempo..." "...A mi nadie me avisó..").

⁴ No es extraño que los pacientes refieran su miedo y ansiedad ante un cambio de máquina, centro de diálisis u hospital.

Otras veces se recrimina a dichos profesionales por la falta de apoyo y cuidados que los pacientes precisan ("...ese enfermero me hace mucho daño al pincharme, con otros apenas me entero pero el ya lo hace queriendo..."). Convirtiéndose de este modo, los enfermos en personas tiranas exigentes y poco consideradas con los profesionales médico-sanitarios.

Una vez el paciente toma conciencia de la gravedad de su enfermedad y del peligro de muerte cuando se le notifica la necesidad de dializarse para continuar con vida, éste comienza a elaborar el duelo de pérdidas, de su salud y bienestar, así como de su libertad y autonomía personal, que trae consigo la IRC y el tratamiento de hemodiálisis.

Pérdida de la salud y el bienestar.

Para los pacientes con IRC existe una única realidad, que es la necesidad de dializarse para permanecer con vida y esta realidad supone un corte radical en sus biografías, existiendo un antes y un después de la diálisis. El antes es idealizado y asociado a una vida feliz y el después a una vida sin salud.

De acuerdo con los planteamientos de Kaplan en 1973, la realidad de estos pacientes gira en torno a un tratamiento, la diálisis; ya que tras ella disfrutan de un breve período de bienestar antes de que reaparezcan los signos evidentes del aumento de la uremia (prurito, náuseas, letargia, astenia...) que suponen el recuerdo permanente de la enfermedad y la necesidad de una nueva sesión de diálisis. Durante la Diálisis o inmediatamente después de ella los pacientes pueden presentar el llamado "Síndrome de Desequilibrio Postdiálisis" caracterizado por la aparición de síntomas tales como cefalea, calambres e irritabilidad.

El paciente reaccionará ante la enfermedad mediante una lucha sin cuartel tal como si se tratase de su mayor enemigo y es vivida en la mayoría de los casos como un castigo o el resultado de la mala suerte.

Según este mismo autor, la sexualidad en la vida del paciente que precisa la diálisis, sin duda se verá afectada. Las estadísticas hablan del 30-50% de los pacientes con IRC presentan una disminución del deseo sexual, de la potencia, de la actividad y de la satisfacción, lo cual lógicamente supone un descenso de la calidad de vida y bienestar que se refleja en sus relaciones de pareja. Son muchas las posibles etiologías implicadas en esta disfunción sexual; por un lado se encuentran las alteraciones orgánicas como son los factores endocrinos-metabólicos (disfunciones gonadales, niveles elevados de Prolactina, PTH o Zinc, etc.) y por el otro las alteraciones psicológicas (distorsión de la imagen corporal, la ansiedad, etc.). Así pues esta disminución en su sexualidad es una pérdida más, que es vivida en la mayoría de las ocasiones como una vejez prematura y una muerte que se aproxima.

En el enfermo dializado la dieta restrictiva (disminución de calorías, dieta rica en proteínas de alta calidad, control de líquidos y electrolitos) es también un tema importante ya que les ocasiona un aumento de las pérdidas y limitaciones. Sin embargo, en el quehacer clínico diario se observa que estos pacientes no son rígidos en la dieta, fundamentalmente ignorándola y viviendo la diálisis como "su máquina lavadora" que reparará cualquier exceso o trasgresión en la dieta (Brown, 1978).

El tema de la muerte está presente en el vivir de cada día: en las complicaciones mortales, en el descenso de la

esperanza de vida, en el fallecimiento de los compañeros de diálisis, etc. Esto conlleva a la necesidad de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas sesiones de diálisis (Vega, 1992).

Pérdida de la libertad y de la autonomía.

La pérdida de la función miccional supondrá una herida narcisista, punto de partida de sentimientos de baja autoestima, de inferioridad y sobre todo de impotencia tanto a escala real como imaginario. Garcia en 1987 afirma que esto facilita actitudes de pasividad y dependencia, de tal manera que la relación con el personal médico-sanitario será un reflejo de sus necesidades de dependencia y de búsqueda de seguridad, lo cual se pone de manifiesto en la relación médico-enfermo. Así el paciente intentará establecer dicha relación con un solo médico que es el que quiere que lo trate siempre y que supone de más conocimientos.

De acuerdo con este mismo autor, la familia también tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque a veces en un intento de ayudar potencian aún más los sentimientos de inutilidad y las actitudes regresivas de los pacientes. Este por su parte se resiste frente a esta sumisión y lucha para reivindicar su propia autonomía e independencia. Esta dualidad entre rechazo-aceptación y/o dependencia-independencia también se refleja en su relación con la máquina de diálisis.

El deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad va a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio es vivido con hostilidad (envidia) 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 (Peterson, 1991).

La periodicidad de la diálisis supone para el enfermo, según lo plantea Vega en 1993, el constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elaboración del duelo, provocando y manteniendo pues, un duelo permanente y una ansiedad flotante. Esta ansiedad queda reflejada en la constante observación corporal como reflejo de posibles complicaciones y la hipocondrización de fenómenos que son totalmente fisiológicos.

Sin embargo, no se puede hacer una generalización de dicho impacto psicológico, pues éste también está influido por la forma como cada individuo asimile, vivencie y se adapte a la enfermedad. Es decir, cada sujeto utiliza diferentes estrategias de afrontamiento reaccionando de una manera típica ante un evento; dicha reacción, ligada a la forma como se conduzca ante el evento son las manifestaciones de la personalidad.

Afrontamiento

El concepto de afrontamiento⁵ se desarrolló en los años 40-50. Este término ha sido definido por Lazarus, R y Folkman, S en 1986, como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionarán alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio: en definitiva, disminuirán el estrés.

⁵ Que viene del inglés coping.

El fenómeno del afrontamiento no es nada nuevo; había sido estudiado tanto en las investigaciones endocrinofisiológicas (modelo animal) que acerca del estrés se realizaron en los años 40-50, como en la psicología profunda de Freud en el año 1937 (modelo psicoanalítico), que introdujo la cuestión de los mecanismos de defensa del yo según quedaban establecidos en la dinámica inconsciente de la personalidad.

Según el modelo animal el afrontamiento estaría constituido por los actos que intentan controlar las condiciones adversas del entorno, disminuyendo así el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Por ejemplo, N. E Miller (1980) dice que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición.

Otra diferencia entre ambos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Por ejemplo, Menninger (1963) identifica cinco órdenes o recursos, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que

indican. En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre ellas se incluye el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales o, como mínimo, características idiosincrásicas. Sin embargo, si tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma extrema pierden su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y desequilibrio.

Cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivos se vuelven los recursos reguladores. Por ejemplo, los recursos de segundo orden, incluyen el abandono por disociación⁶, el abandono a impulsos más hostiles y la sustitución del yo o de parte del yo como objeto de agresión desplazada. Los recursos de tercer orden vienen representados por conductas explosivas episódicas, o bien energía agresiva, más o menos desorganizados, entre las que se incluyen las agresiones violentas, las convulsiones y las crisis de pánico. El cuarto orden representa un aumento de la desorganización y el quinto es la desintegración total del ego.

Por su parte, las defensas que Vaillant propone en 1977 vienen organizadas en cuatro niveles que van de forma progresiva desde mecanismos psicóticos (negación de la realidad externa, distorsión y proyección ilusoria) a través de mecanismos de inmadures (fantasía, proyección hipocondriasis, conducta agresiva pasiva), mecanismos

⁶ Tales como : narcolepsia, amnesia, despersonalización.

neuróticos (intelectualización, represión, formación reactiva), hasta el nivel más alto de los mecanismos maduros (sublimación, altruismo, supresión, anticipación y buen humor).

Finalmente, Haan (1979) utiliza también un sistema jerárquico para clasificar los procesos del ego. Esta autora propone una organización jerárquica tripartita: afrontamiento, defensa y fragmentación e identifica cada nivel por la forma en que queda expresado un proceso genérico subyacente del ego.

Los modelos psicoanalíticos de la psicología del yo consideran el afrontamiento, como un estilo o rasgo más que como un proceso dinámico.

Mientras tanto, Lazarus y Folkman (1986) elaboran un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo; dicho proceso cuenta con tres aspectos principales: a) Las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace o haría en determinadas condiciones; b) El análisis de lo que el individuo piensa y hace dentro de un contexto específico; c) El cambio de los pensamientos y actos a medida que la interacción se lleva a cabo.

Partiendo de estos aspectos se puede afirmar, que el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos debe contar con estrategias para solucionar problemas.

Lazarus (2000), afirma que existen tres tipos de evaluación cognitiva dentro del proceso de afrontamiento: primario, secundario y reevaluación.

En la evaluación primaria la persona estima si un acontecimiento dado afecta su bienestar, contemplándose tres clases de evaluación primaria así:

1. Evaluación primaria irrelevante: ocurre cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para la persona.

2. Evaluación primaria benigna-positiva : tiene lugar si las consecuencias del encuentro se consideran como positivas, es decir, preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo.

3. Evaluación primaria estresante: aquella sobre aspectos que representan daño/perdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se prevén. Aun cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente como una amenaza por la carga de implicaciones para el futuro que toda pérdida lleva consigo. La importancia primaria⁷ de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo.

En la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

La tercera clase de evaluación primaria estresante, el desafío, tiene mucho en común con la amenaza en el sentido

⁷ Amenaza que adopta el sujeto, es decir, que el sujeto percibe como real.

en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento.

La diferencia principal entre los dos, es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo que se acompaña de emociones negativas como miedo, ansiedad, y mal humor.

Aunque las evaluaciones de amenaza y desafío difieren entre sí por sus componentes cognitivos (valoración del daño o pérdida potencial versus el dominio o la ganancia) y afecto (las emociones negativas versus las positivas), pueden ocurrir de forma simultánea.

Con respecto a la evaluación secundaria, Lazarus y Folkman (1986), se refieren con esta como la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Se sugiere que la reacción ante el estrés depende sustancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento.

Finalmente, la reevaluación cognitiva consiste en modificar y evaluar la información inicial percibida del medio (lo cual puede terminar con tensión o aumentarla) y/o en la información que se desprende de las propias reacciones de este. Los procesos de evaluación cognitiva interceden en las relaciones entre el individuo y el medio, y viceversa. Además se habla de una reevaluación defensiva, que se basa en la reinterpretación de una circunstancia del pasado de manera más positiva, o bien para afrontar los daños y amenazas del presente de manera menos negativa (Lazarus, 2000).

El afrontamiento como proceso hace énfasis en dos funciones principales, una focalizada en el problema, que consiste en cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, manejando o alterando la fuente que genera el estrés; y la otra focalizada en la emoción, que busca el modo en que trata de interpretar lo que esta ocurriendo, para mitigar el estrés.

Así mismo, de acuerdo con Kiely (1972) existen dos tipos básicos de afrontamiento: a) El dirigido a resolver el problema: cuando se cree posible que éste sea susceptible de algún cambio; b) El que pretende controlar la emoción interna: cuando se valora el entorno como inmodificable y el sujeto intenta cambiar ciertas pautas de conducta, aprender nuevos recursos, etc. Ambos se influyen potenciándose o interfiriendo el uno con el otro.

De hecho, las personas que creen que el resultado depende de sus propias conductas, afrontan de distinta forma los problemas que las que piensan que todo es fruto del azar, de la casualidad, del destino o de cualquier otra fuerza que escape a su control personal. Los primeros son los que emplean estrategias activas, mientras que los segundos responden fundamentalmente con estrategias defensivas.

White (1974) distingue tres tipos de actuación: el de defensa que tiene que ver con las respuestas pensadas que se dan ante la situación de peligro y en busca de seguridad; el de dominio de la situación que se corresponde con el buen entrenamiento para superar con éxito los riesgos de la situación y finalmente las estrategias de afrontamiento en cuanto tal, que se aplica específicamente al modo de respuesta y adaptación a la situación de estrés cuando esta situación bien sea por su dificultad o por lo

que tiene de extraordinaria exige de la iniciativa del sujeto el poner en marcha nuevos recursos.

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno.

Recursos

Es imposible intentar catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por ello a continuación se presentan las principales categorías propuestas por Lazarus y Folkman, en 1986; según ellos el individuo dispone de los siguientes tipos de recursos físicos, psicológicos y aptitudes:

Dentro de los físicos se hallan la salud y energía, referidos al importante papel desempeñado por el bienestar físico cuando hay que resistir problemas o interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

Dentro de los recursos psicológicos están las creencias positivas, que son el conjunto de creencias que van a permitirle afrontar las dificultades de forma más satisfactoria; la percepción idiosincrática de cada individuo de su enfermedad condiciona la selección por parte de éste de unas u otras estrategias de afrontamiento.

Las aptitudes son las habilidades que le permiten una mayor o menor comunicación con los demás y con el entorno, de forma adecuada y socialmente efectiva. Así mismo, técnicas de resolución de problemas basadas en experiencias previas (con la enfermedad u otras situaciones estresantes) , información y habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información, así como en la capacidad de autocontrol permiten un mejor afrontamiento.

Otras categorías son más ambientales e incluyen los recursos materiales y sociales:

Recursos materiales, una posición económica favorable aumenta las opciones de afrontamiento, ya que permite un acceso más fácil a la asistencia médica, legal, financiera, etc, con lo que disminuye también en cierto modo la vulnerabilidad del individuo frente a la amenaza.

Recursos sociales incluyen el marco familiar, amigos, apoyo social, condiciones laborales, tipo de vivienda, etc. Todos estos aspectos tienen una importancia fundamental y van a condicionar de manera importante el tipo de respuesta del individuo, dada la interrelación de éste con el medio que le rodea.

Cuanto más adversas o insuficientes sean las condiciones ambientales de un sujeto, tanto más difícil le resultará el hacer frente a cualquier tipo de estrés, incluida la enfermedad, ya que sus recursos de afrontamiento serán más limitados.

Los recursos de los que dispone cada sujeto también van a condicionar el estilo de afrontamiento que éste utiliza; dichos recursos pueden provenir de él mismo o del ambiente.

Estilos de afrontamiento

Los estilos, modos, conductas o estrategias de afrontamiento de acuerdo con Kiely (1972) pueden considerarse desde un punto de vista afectivo, cognitivo y conductual, aunque se piensa que es difícil establecer una separación neta debido a las interrelaciones existentes entre ellos dentro del propio sujeto, entre los distintos individuos y entre cada uno de ellos con el entorno.

Las estrategias o estilos de coping vienen a ser las maniobras que pone en marcha el sujeto para mantenerse estable ante la enfermedad.

El estilo emocional o afectivo es posible predecirlo con certeza en pocas circunstancias. Sin embargo debe admitirse que existen situaciones que permiten suponer con escaso margen de error las respuestas emocionales que desencadenarán⁸.

En cuanto a los estilos cognitivos, cada individuo posee unos patrones más o menos estables, determinados por la influencia que ejercen en él sus percepciones, interpretaciones y actitudes, modelando así una determinada conducta.

Refiriéndonos ahora al estilo conductual, hay que decir que la evaluación cognitiva de la amenaza ante cualquier estímulo, incluida la percepción de la enfermedad, genera una reacción adaptativa hacia el propio reto que se basa en raíces biológicas elementales. Podemos distinguir tres tipos de estilo conductual:

Lucha activa, abarca desde el esfuerzo por minimizar los posibles efectos de la enfermedad sobre la capacidad funcional, hasta la hiperactividad imprudente que frecuentemente refleja el estrés generado por la debilidad e indefensión que lleva implícita la aceptación del rol de enfermo.

Capitulación, se caracteriza por actitudes de pasividad, inactividad y dependencia de los demás (Lipowsky, 1970). Este tipo de pacientes a menudo provoca disgusto, resentimiento o dejadez en el personal sanitario que los atiende, lo cual a su vez puede condicionar una dependencia

⁸ Por ejemplo: la muerte o enfermedad de un ser querido, una gratificación económica etc.

más pronunciada y una mayor demanda de servicios por parte del paciente. De algún modo es más importante para él, el que se le preste atención, que las limitaciones producidas por la propia enfermedad. A veces se recurre a consultar con el psiquiatra ante la resistencia que muestran algunos enfermos frente a ciertas medidas terapéuticas que podrían facilitarles una mayor independencia.

Evitación, Se caracteriza por ser una estrategia orientada a liberarse de la obligación implícita de aceptar la enfermedad. Casi siempre se acompaña del tipo cognitivo de minimización, sobre todo como forma de negación. El miedo suele negarse y a veces llega a ser casi imperceptible.

Por otro lado, Watson y Greer (1988), retoman lo aportes de Lazarus y Folkman y proponen también cinco estrategias de afrontamiento:

Espíritu de lucha, indica que el paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, y que adopta una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la reevaluación positiva de la situación. Así mismo, indica una tendencia a no pensar en la enfermedad, a llevar a cabo una búsqueda moderada de información, con un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir una vida habitual y el sentido del humor.

Desesperanza/Desamparo (Indefensión): indica que el paciente se siente desbordado con el diagnóstico, lo interpreta como una amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción del pronóstico muy negativa y

estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es la de la rendición.

Preocupación ansiosa, indica que el paciente interpreta el diagnóstico como una gran amenaza, se percibe poco control sobre la enfermedad, así como pronóstico' incierto (incertidumbre hacia el futuro) y con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda excesiva de información y uso de medicinas alternativas, rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída.

Fatalismo, indica una aceptación fatalista y estoica del diagnóstico, el cual se interpreta como una amenaza sobre la que no posee ningún control y con estrategias de afrontamiento basada en la aceptación pasiva.

Evitación o negación, representa la negación o minimización del diagnóstico por parte del paciente, quien no se siente amenazado e interpreta siempre que hay un buen pronóstico.

Así mismo, Forero años más tarde (1995), retomó los aportes de Watson y Greer, y a su vez propuso cuatro estrategias de afrontamiento: Actitud positiva, preocupación ansiosa, orientación positiva y sin esperanza.

Afrontamiento de la enfermedad

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 (Lloyd, 1991). 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 resultaría ser un proceso dinámico.

El paciente debe evaluar la situación enfrentándose al dolor, la postración o incluso la invalidez; debe redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto o largo plazo, asumiendo la alteración, temporal o no, de sus relaciones intra e interpersonales. Según Weisman (1991), los sujetos que presentan esta actitud suelen ser optimistas, prácticos, flexibles y detectan y resuelven los problemas eficazmente, aunque hay que admitir que nadie es capaz de lograrlo en todas las circunstancias y de hacerlo además perfectamente, sobre todo en aquellas situaciones que ponen en peligro la propia vida. Existen en cambio otras actitudes que impiden afrontar debidamente las dificultades, aparecen en los sujetos que niegan sistemáticamente todos los problemas o en aquellos que sintiéndose abrumados por su "mala suerte", transfieren todas sus responsabilidades a otros.

Sin embargo, 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.

Mechanic en 1962 se refiere al afrontamiento de la enfermedad adjudicándole tres funciones fundamentales: a) Hacer frente a las demandas sociales y del entorno; b) Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas; y c) Mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas.

Lipowski (1969) afirma con respecto a los estilos y estrategias de afrontamiento, en relación con la enfermedad, que están relacionadas directamente con las

actitudes y con los significados de la enfermedad, la lesión o la incapacidad que tienen para el sujeto; el significado funciona como un núcleo cognoscitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento. Así mismo plantea ciertos factores predisponentes de dicho afrontamiento.

Factores Predisponentes

Aun cuando cada individuo es diferente de los demás, Y tiene su propio estilo y utiliza diversas estrategias de afrontamiento ante cualquier evento, existen ciertas características que comparte con los demás seres humanos por su misma condición, al igual que se maneja cierta igualdad en sus reacciones cuando se trata de la misma situación, en este caso, la vivencia de una enfermedad catastrófica como es la IRC.

De acuerdo con Lipowsky (1969) , el significado subjetivo de enfermedad puede tener las siguientes acepciones:

Amenaza: caracterizada por la ansiedad anticipatoria ante el daño físico o psíquico.

Pérdida (anatómica o simbólica) o castigo: que constituiría la consecuencia negativa (punitiva) derivada de transgresiones previas.

Ganancia: que llevaría consigo las ventajas que el paciente relaciona con la enfermedad.

Insignificancia: el paciente tenderá a minimizar los síntomas o rehusará obtener información sobre ellos.

Desafío o reto: cuando la enfermedad es considerada como un desafío, el paciente manifestará una conducta racional y activa, buscando la opinión del médico y cumpliendo cuidadosamente el tratamiento.

Engel (1977) considera tres posibilidades en cuanto al significado de la enfermedad como desafío y al estrés que conllevaría: a) La pérdida o amenaza ante la pérdida de "objetos" psíquicos, tales como las relaciones personales, las funciones corporales y el rol social, b) Lesiones o amenaza de lesiones del cuerpo, incluyendo el dolor y la mutilación, c) Frustración en cuanto a la satisfacción de impulsos biológicos, especialmente las necesidades de la libido y algunos tipos de descarga de agresividad.

Estas tres categorías pueden superponerse y coexistir, sobre todo en enfermedades de importancia.

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Sólo existen evidencias indirectas de que algunas enfermedades se siguen con mayor probabilidad de reacciones psíquicas patológicas, pudiendo ser éstas más intensas cuanto más se valore la parte del cuerpo afectada. Por otro lado es evidente que, en determinadas sociedades, hay enfermedades que estigmatizan a los pacientes que las sufren: es el caso, entre otras, de la tuberculosis, la epilepsia, el cáncer, las enfermedades venéreas y, actualmente, el SIDA.

Esto puede guardar 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 residual (Lloyd, 1991).

Los tratamientos farmacológicos pueden también contribuir a la aparición de síntomas. Los trastornos afectivos (incluyendo tanto depresión como manía) junto con la ansiedad son los síndromes fármaco-inducidos más frecuentes desde el punto de vista psiquiátrico. Otras alteraciones

son los cambios en la personalidad, los defectos cognitivos y las reacciones psicóticas.

En la interminable lista de fármacos involucrados podríamos citar los agentes antihipertensivos, antiparkinsonianos, anticonceptivos orales, corticoides, betabloqueantes, analgésicos (salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos), hormonas tiroideas, Acyclovir, antibióticos, antihistamínicos, inhibidores del calcio. Los agentes quimioterápicos y la radioterapia producen además una serie de efectos secundarios que conllevan una carga social importante (alopecia, náuseas, vómitos).

No se puede dejar de lado la importancia que el ambiente institucional puede desempeñar en el curso de la enfermedad, siendo determinantes en ello la relación que el paciente establece con los médicos y enfermeras que se ocupan de él, y la de éstos entre sí.

En este sentido, es esencial señalar la labor del psicólogo; su función educadora del personal sanitario, no sólo debe perseguir el facilitar la detección precoz de problemas psíquicos y de pacientes de alto riesgo, sino que además debe sensibilizarles en la importancia de un abordaje global (bio-psico-social) del paciente, tanto en el momento de la evaluación diagnóstica como a lo largo de la evolución de la enfermedad y del proceso terapéutico.

Factores sociales

Actualmente se acepta que existen diferencias entre los distintos grupos socioculturales en cuanto a la forma de afrontar la enfermedad. Aquellos con una mayor disponibilidad de apoyo social y familiar, así como de

recursos culturales y materiales, previsiblemente afrontarán la enfermedad de forma más satisfactoria.

El ambiente familiar y los amigos son sumamente importantes en la velocidad de recuperación y en la adaptación del enfermo a una determinada incapacidad. Si, por ejemplo, los familiares manifiestan una actitud sobreprotectora, favorecerán en el paciente una conducta dependiente, con lo que persistirán más tiempo los síntomas y se prolongará el desvalimiento; esto es frecuente en los accidentes que comportan una incapacidad desproporcionada. Esta conducta también puede aparecer fácilmente cuando, como consecuencia de la enfermedad, se produce un cambio de rol entre los miembros de la familia.

Otro concepto importante es el de "ganancia secundaria"; que según Parson (1951) se refiere a los beneficios que pueden derivarse de la enfermedad al liberar al paciente de muchas de sus responsabilidades sociales y familiares; en estos casos el paciente asume el rol de enfermo solamente en los aspectos de la exención de las responsabilidades sociales y en el derecho a ser cuidado y ayudado por los otros, pero rechaza la cooperación con el tratamiento prescrito sin desear su curación. Cuando ésta se produce cabría esperar que el enfermo asumiera las actividades que realizaba antes de la enfermedad; sin embargo, el nuevo rol de enfermo puede resultarle muy atrayente por numerosos factores que abarcarían desde los aspectos económicos y de dependencia emocional ya citados, hasta ciertas modificaciones de las relaciones familiares.

Factores personales

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. Es importante resaltar la idea de que, el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en el proceso de su adaptación a la situación y se sienta ayudado en ello tiende a producir resultados espectaculares en las actividades cotidianas del paciente e incluso en la prolongación de la supervivencia según experiencias obtenidas con enfermos de cáncer (Rowland, 1991) .

Los condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles incluyen tanto déficits psicológicos como valores y creencias culturales interiorizadas, que prohíben ciertas formas de conducta, acciones y sentimientos. Se han asociado factores de personalidad con 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.

Además la amenaza también estimula la defensa, lo cual puede producir una evaluación incorrecta de información debido a la hipervigilancia que dicha actitud implica. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), todo esto llevará a una disminución del funcionamiento cognitivo, al establecimiento de conclusiones prematuras y, posiblemente, a la aparición de pensamientos de carácter obsesivo.

Es importante reseñar aquí los factores religiosos como determinantes en muchas ocasiones, de la actitud y conducta

del enfermo ante la enfermedad y su desenlace, al influir en sus cogniciones, emociones y en la manera de expresar éstas. Es conocido que aquellas personas que disponen de recursos espirituales de cierta solidez afrontan el estrés que supone la enfermedad de forma más positiva y esperanzada.

En cuanto a la edad, el rango de conductas de afrontamiento que presentan el niño y el adulto es diferente; además los niños tienen un repertorio más limitado de estrategias de afrontamiento. La conducta regresiva y la proyección son más frecuentes y permisibles en la infancia que en la edad adulta. Por el contrario, las situaciones de confusión se dan más en las personas de edad avanzada. Durante la infancia puede quedar predeterminado un patrón específico de afrontamiento ante futuras enfermedades, en función de como un niño experimenta un padecimiento y de la respuesta que su actitud y conducta desencadena en sus familiares. Es de destacar la enorme vulnerabilidad que presentan los niños ante las reacciones y conductas de los adultos responsables de sus cuidados.

No existe evidencia de que los patrones de afrontamiento presenten rasgos específicos ligados al sexo aunque los estudios epidemiológicos han mostrado una mayor prevalencia de trastornos neuróticos en mujeres (Creed, F 1988) .

Si bien cada individuo reacciona y afronta su situación de salud de acuerdo a los recursos sociales con los que cuenta, es importante tener en cuenta características personales que le llevarán a utilizar ciertas estrategias de afrontamiento. A continuación se profundizará en el concepto de personalidad, teniendo en cuenta que ésta es una variable que tiene relevancia en la presente

investigación, como factor que facilita o dificulta el afrontamiento en pacientes con IRC.

Personalidad

El estudio de la personalidad dentro de la Psicología es amplio; los Psicólogos no están de acuerdo con una definición única de la personalidad, cada uno de ellos la define de acuerdo a sus presupuestos teóricos. En amplios términos, se podría decir que una teoría de la personalidad es un intento para explicar la estructura y funcionamiento de ésta, para formular por qué una persona se comporta del modo en que lo hace. A través de la historia muchos teóricos han propuestos diversos conceptos de personalidad, que pueden agruparse en ciertas perspectivas; a continuación se desarrolla un encuadre histórico y conceptual de los aportes a este conocimiento, a partir de la clasificación realizada por Theodore Millón (1999) en su obra *Trastornos de Personalidad*, atendiendo finalmente su teoría que constituye el sustento teórico de este proyecto.

Doctrinas Humorales

Es probable que el primer sistema explicativo creado para especificar dimensiones de la personalidad haya sido la doctrina de los humores corporales propuesta por los antiguos griegos hace unos 25 siglos.

Dentro de esta doctrina, Hipócrates en el siglo IV a C, citado por Millón en 1999, identificó cuatro temperamentos básicos, el colérico, el melancólico, el sanguíneo y el flemático, que correspondían respectivamente a un exceso de bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema. Modificado por galeno siglos después, el temperamento colérico se asoció a la tendencia a la irascibilidad, el temperamento

En la personalidad madura y bien adaptada, el yo es el ejecutor que controla y gobierna al ello y al superyo y media entre sus demandas y el mundo externo, situación que no se da en la personalidad desadaptada, donde el ello versus el yo obtienen el control.

Mientras que Freud describió la estructura de la personalidad en términos de tres fuerzas que están en conflicto, Carl Jung (1939), citado por Engler B. (1995) la concibió como una red compleja de sistemas interactuantes que luchan hacia la armonía final: los primarios son el yo, el inconsciente personal con sus complejos y el inconsciente colectivo y sus arquetipos; también describió dos actitudes primarias frente a la realidad (extraversión e introversión de la realidad), y cuatro funciones básicas (pensamiento, sentimiento, sensación e intuición), las cuales al unirse constituyen aspectos separados pero relacionados de la psique, o personalidad total.

Dentro de los seguidores de Freud, Erick Erickson (1963) hizo un análisis más detallado de las influencias sociales y culturales sobre la personalidad; Erikson considera las etapas del desarrollo en términos similares a los de Freud, pero él examina estas etapas desde la perspectiva de los tipos particulares de los procesos del ego involucrados más que en términos de tensiones libidinales biológicamente determinadas. Erickson no ve el patrón de personalidad completo de un modo tan esencial y sin cambios al tiempo en que el niño ingresa a la escuela. El extiende su análisis del desarrollo para abarcar todo el lapso de la vida desde la infancia hasta la madurez, propone 8 etapas psicosociales en la formación de la personalidad: confianza versus desconfianza, autonomía versus vergüenza y duda, iniciativa versus culpa, laboriosidad versus inferioridad,

identidad versus confusión de roles, intimidad versus aislamiento, generatividad versus estancamiento, integridad versus desesperación. Cada etapa es crítica en el desarrollo de ciertas características de personalidad, y las etapas tempranas preparan el camino para las posteriores.

Por otro lado, Karen Horney (1945) identificó tres formas principales de relación que pueden surgir del enfrentamiento con las inevitables incertidumbres de la vida : "moverse hacia" la gente, "moverse contra" la gente o "alejarse" de la gente. Formuló tres tipos caracteriales que reflejaban cada una de estas soluciones: el movimiento que se encuentra en el tipo sumiso, el movimiento contra se halla en el tipo agresivo, y el alejamiento se encuentra en el tipo independiente.

Dos años más tarde, Erich Fromm, citado por Engler en 1995, diferenció cinco orientaciones caracteriales que se desarrollaban a partir de sendas experiencias interpersonales de aprendizaje: receptivo, explotador, acumulador, mercantil y productivo; de las cuales, las cuatro primeras se identifican como orientaciones improductivas.

Por su parte, Adler (1964), afirmó que el estilo de vida individual representa patrones de esfuerzo distintivos que se derivan de las deficiencias personales y las compensaciones adaptativas para afrontarlas. Además formuló su tipología de del estilo de vida sobre la base de dos polaridades, activa-pasiva y constructiva-destructiva.

Teorías de la realización

Dentro de estas teorías se agrupan autores que asumen que los seres humanos tienen tendencia de autorrealización;

utilizan todas las personas a medida que se esfuerzan por adaptarse al remolino destructor y siempre cambiante de los estímulos internos y externos. Sin embargo, los conocimientos de la dinámica de la personalidad provienen de las observaciones atentas y profundas y de las extensas obras de Sigmund Freud.

Los supuestos que constituyen la base de la doctrina Freudiana por ejemplo, comprenden la idea esencial de que las personalidades se van construyendo durante la vida del individuo y que los primeros factores que entran en ello, son los acontecimientos ambientales, que empiezan en el momento del nacimiento y los pensamientos que se forman de dichos acontecimientos. Freud delineó una serie de etapas psicosexuales (oral, anal, fálica, latencia, genital) por las que las personas atraviesan en la infancia conforme progresan de la actividad sexual autoerótica a la actividad reproductora madura; Los efectos de la no resolución de estas etapas traen como consecuencias algunos rasgos y/o trastornos de la personalidad en la edad adulta.

En cuanto al funcionamiento, Freud distingue tres instancias, el ello, el yo y el superyo, quienes representan funciones diferentes de la personalidad. El ello, es la función mas antigua y original, incluye la herencia genética, reflejos, instintos e impulsos que motivan; opera de acuerdo con el motivo del placer y usa procesos primarios. El yo, se desarrolla a fin de satisfacer de manera realista los deseos del ello, sigue el principio de la realidad que opera de acuerdo con los procesos secundarios. El superyo, por su parte, está constituido por una conciencia e ideal del yo, que lucha continuamente por la perfección.

la observada en los casos de demencia precoz; los pacientes dotados de un temperamento sanguíneo extremo se caracterizaban por una excitabilidad, un entusiasmo y una desconfianza superficiales, y, por tanto, eran diagnosticados como tipos histéricos, cuyo principal estímulo para la acción eran la vanidad, la necesidad de atención y la búsqueda de placer. El temperamento colérico, se encontraba entre varias subcategorías de pacientes, que incluían los caracteres suspicaces que siempre estaban anticipando traiciones y mala fe, y los tipos gruñones que se mostraban invariablemente críticos con los demás y reivindicativos de una oportunidad para demostrar su superioridad personal sobre todo. Las personas que presentaban una disposición melancólica fueron divididas en dos categorías: las que tenían una inclinación activa estaban dominadas por un pesimismo y una amargura irritables, y las más pasivas se encontraban entre los tipos especulativos y rumiadores.

Siguiendo un método parecido al de Heymans y Wiersma, McDougall (1908) derivó ocho temperamentos: tenaz, voluble, inestable, pesimista, ansioso, optimista, plácido, perezoso; basados en diferentes combinaciones de tres dimensiones : la intensidad (fuerza y urgencia), la persistencia (expresión interna frente a expresión interna), y la afectividad (susceptibilidad emocional) de los impulsos comportamentales.

Teóricos psicoanalíticos

Desde el psicoanálisis, Cohén (1973) define la dinámica de la personalidad como los procesos de ajuste por medio de los cuales cada individuo hace frente a las exigencias de su medio; los procesos están compuestos de la dinámica que

combinaciones de intensidad de tres disposiciones: la emotividad, la actividad y la meditación.

Aproximadamente una década más tarde, Heymans y Wiersma (1906 - 1909); identificaron tres criterios fundamentales para la evaluación del carácter: el nivel de actividad, la emotividad y la susceptibilidad a la estimulación externa frente a la interna. A partir de la combinación de estos tres criterios, Heymans y Wiersma dedujeron la presencia de ocho tipos caracteriales: amorfo, apático, nervioso, sentimental, sanguíneo, flemático, colérico y desapasionado.

Lazusky, por su parte, en 1906, concluye que la aparente diversidad entre los distintos caracteres podía agruparse en tres tipos de orden superior: a) los que se relacionan negativamente con la sociedad, parecen desvinculados de las cuestiones cotidianas y están mínimamente adaptados a las demandas de su entorno; b) los que son moldeados por su entorno y dependen de que las circunstancias externas guien su comportamiento y sus acciones, y c) los que son dueños de su destino, controlan su entorno y son capaces de funcionar independientemente de la voluntad de los demás.

Hipótesis temperamentales

Dentro de esta perspectiva, se intentó identificar los elementos constitutivos del temperamento y determinar la forma en que se combinaban para conformar patrones distintivos de personalidad.

Hirt (1902), psiquiatra, dividió el temperamento de acuerdo con los cuatro humores, pero intentó además encontrar paralelismo con las poblaciones psiquiátricas.

Las personas que poseían un acentuado temperamento flemático se inclinaban a exhibir una apatía mórbida como

sanguíneo incitaba al individuo al optimismo, el temperamento melancólico se caracterizaba por una tendencia a la tristeza y el temperamento flemático era concebido como una disposición a la apatía

Concepciones fisiognómicas / frenológicas

La fisionomía intenta identificar las características de la personalidad a partir de la apariencia externa, en especial de la configuración y las expresiones faciales. En el siglo XVIII, Franz Josef Gall constituyó un intento serio y honesto de construir una ciencia de la personología, al pretender explicar las características de la personalidad a partir de las variaciones del contorno craneal, lo que hoy se conoce como frenología; contribuyó para defender la existencia de una relación directa entre la mente y el cuerpo. Al afirmar que el cerebro era el órgano central de los pensamientos y las emociones, Gall concluyó razonablemente que tanto la intensidad como las características de los pensamientos y emociones se correlacionarían con las variaciones del tamaño y la forma del cerebro o su recipiente, el cráneo.

Proposiciones caracteriales

A finales del siglo XIX Ribot (1890), un psicólogo francés, intentó formular una tipología caracterial; a partir de la variación de la intensidad de dos rasgos, la sensibilidad y la actividad, Ribot pretendió construir varios tipos de personalidad: el carácter humilde, el carácter contemplativo, el tipo emocional, los caracteres apático y calculador.

Otro teórico francés, F. Queyart (1896), aplicó un método similar al formular nueve tipos caracteriales a partir de

ésta ayuda al hombre a darse cuenta de sus metas y potenciales, son llenos de plenitud, satisfactorios y de auto-superación, mientras que las actividades incompatibles con los esfuerzos hacia la autorrealización son frustradas. Rogers (1959), principal promotor de esta perspectiva planteaba que todos los seres vivos tienen una tendencia a cumplir con un fin, a realizarse, dando paso a la consolidación de la personalidad en el ser humano, como un impulso para autorrealizarse de manera individual y volitiva.

Esquemas cognitivos

Los teóricos cognitivos sostienen que las personas reaccionan ante su entorno según la percepción singular que tienen de éste. Aaron Beck, autor que más ha contribuido a la terapia cognitiva, en 1990 aborda el tema de la personalidad partiendo del concepto de esquemas cognitivos, que son los que seleccionan y organizan la experiencia, traduciéndola en forma de estrategias emocionales y de comportamiento habituales; mediante la asignación de significado a los acontecimientos, los esquemas cognitivos inician una reacción en cadena que culmina en patrones de comportamiento manifiestos, que caracterizan lo que se denomina personalidad.

Perspectiva psicobiológica

Allport (1965) entiende por personalidad psicológica la organización dinámica de todos los factores internos a cada individuo humano, que condicionan o determinan su conducta peculiar. Es evidente que estos factores internos, constitutivos de la personalidad psicológica misma del individuo humano, comprenden dos ordenes diferentes: unos

pertenecen al orden físico, es decir a su estructura y constitución corporal, mientras que otros, perfectamente diferenciados pertenecen al orden propiamente psíquico del individuo.

Dentro de las teorías que han enfatizado en la estructura y composición corporal para dar explicación a la personalidad se presenta la genética, la herencia y los procesos evolutivos. Jennings (1930), citado por Liebert (1999) afirma que el temperamento, la mentalidad, la conducta, la personalidad son cosas que en muchos sentidos dependen de los genes; puede decirse con certeza que no hay una característica en que los individuos difieran que no dependa de los genes.

Dentro de esta misma línea, la neuroquímica da explicación a ciertos comportamientos a partir de la acción de los neurotransmisores en el sistema nervioso y en las glándulas, que a su vez, modulan la personalidad del ser humano.

Arnold y Robert Plomin (1975), citados por Liebert (1999) a partir de investigaciones empíricas, han sugerido tres temperamentos fundamentales, la actividad, la emotividad y la sociabilidad. La "actividad" se refiere al total de energía saliente, de manera que las personas activas suelen estar siempre ocupadas; la "emotividad" es equivalente a la intensidad de reacción; y el tercer temperamento, la "sociabilidad" consiste en la necesidad de estar con otros.

De manera similar, Liebert (1999) con base en las afirmaciones de Strelau y Tarter (1988) identifica tres temperamentos básicos que son "la materia prima de la que evoluciona la personalidad ". Éstos son la sociabilidad (si al niño le resulta fácil, difícil o es lento para

entusiasmarse con otros), la emocionalidad (la tendencia a activarse fisiológicamente) y el nivel de actividad; se ha comprobado que éstos tres temperamentos tienen un importante componente hereditario.

Cloninger, citado por Millón (1999), otro autor basado en sustratos genéticos y neurobiológicos, formula una serie de características o dimensiones heredables: la búsqueda de novedad, la evitación del daño y la dependencia de la recompensa; cada una de estas dimensiones esta asociada a diferentes sistemas neurobiológicos, concretamente el dopaminérgico, el serotoninérgico y el noradrenérgico, respectivamente. La interacción de estos rasgos heredables conforma el desarrollo de la personalidad influyendo sobre las experiencias de aprendizaje, el procesamiento de la información, las reacciones del estado de animo y la adaptación general.

Teorías disposicionales

Esta clasificación a diferencia de las otras, es propuesta por Barbara Engler en 1996, aunque es un poco arbitraria, permite complementar la clasificación hecha por Theodore Millón. Las contribuciones de los teóricos disposicionales enfatizan en la importancia de las características a largo plazo en la personalidad; en este grupo, se pueden identificar como representantes a Gordon Allport y Henry Murray.

Gordon Allport en 1937 describió y clasificó más de cincuenta definiciones de personalidad antes de determinar su propia definición: " La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta" (Pág 53) ; afirma que la personalidad se desarrolla a partir de cierto

número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido este en sentido amplio. El mayor énfasis de su teoría lo dan los rasgos, que Allport (1965) define como "un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas equivalentes de conducta expresiva y adaptativa" (Pág 58) . Allport distingue entre rasgos y tipos, el rasgo puede representar la unicidad de la persona, mientras que el tipo debe englobarlo. Él insiste en que, en realidad, dos individuos nunca tienen los mismos rasgos; aunque puedan existir semejanzas en la estructura de aquellos de diferentes individuos, hay siempre factores únicos en la forma en la que cualquier rasgo particular opera en una persona que la distingue de otras con rasgos similares, es así como todos los rasgos son individuales, únicos y aplicables a un solo individuo.

Allport, citado por Cueli (1972), propone la distinción entre rasgos cardinales, centrales y secundarios. Sobre los cardinales dice: estos son tan dominantes que solo algunas actividades pueden escapar de su influencia directa o indirecta. Mientras que los rasgos centrales representan las tendencias altamente características de lo individual y son fáciles de inferir. Finalmente, los rasgos secundarios son más limitados en su ocurrencia, menos cruciales en la descripción de la personalidad, y más fáciles de determinar por las respuestas que se producen. Existen además ciertos rasgos que pueden ser considerados expresivos, como son los intereses, los valores y las intenciones del amplio rango; otros, llamados actitudinales, que son aquellos cuya

influencia se limita a ciertas áreas específicas de la vida.

Murray (1938), por su parte introduce el término de *personología*, para intentar explicar por qué hace el hombre las cosas que hace. Años más tarde, en 1951 Murray define "la personalidad es el órgano gobernante del cuerpo: un instinto que desde el nacimiento hasta la muerte está incesantemente ocupado en las operaciones funcionales" (Pág 68). Según Murray, las principales funciones de la personalidad son: ejercer sus procesos expresivos, aportar o generar y reducir tensiones de necesidades insistentes, formar programas seriados para el logro de metas distintas y, por último, disminuir o resolver urgencias, estableciendo horarios que permitan su satisfacción, y evitando fricciones entre las necesidades principales.

Circuioplejos interpersonales

A pesar de las diferencias entre los teóricos de esta perspectiva, existe un acuerdo en cuanto a que la personalidad es más inteligible en función de tendencias interpersonales recurrentes que perpetúan estilos de comportamiento, pensamiento y sentimiento.

Harry Stack Sullivan (1947) describió brevemente una serie de 10 variedades de personalidad: El primer tipo, denominado personalidad "no integradora", se caracteriza por relacionarse fugazmente con los demás, por la incapacidad para beneficiarse de la experiencia y por ignorar las consecuencias del propio comportamiento. El segundo tipo, denominado personalidad absorta "en si misma" o fantástica, se caracteriza por el pensamiento autista y fantasioso. El tercer tipo, la personalidad "incorregible" se caracteriza por la hostilidad hacia los demás y un

patrón de comportamientos poco amistosos y negativos. El cuarto tipo, es la personalidad "negativista", individuos que se enfrentan a una considerable falta de seguridad en sí mismo mediante el rechazo de cualquier suscripción del punto de vista de los demás, la resistencia pasiva o sutil a las normas sociales. El quinto tipo, es el "titubeante", entendido como un trastorno sintomático. El sexto tipo, personalidades "guiadas por la ambición" se caracterizan por la explotación de los demás, la competitividad y las manipulaciones sin escrúpulos. El séptimo tipo, la personalidad "asocial", suelen ser independientes y solitarias y son incapaces de establecer y mantener relaciones personales cálidas y gratificantes. El octavo tipo, la personalidad "inadecuada" se distingue por necesitar la guía de una persona fuerte que acepte la responsabilidad de tomar las decisiones cotidianas. El noveno tipo, la personalidad "homosexual" cuya característica es la de creer que el amor se ciñe únicamente a las personas de u mismo sexo. El último, se denomina personalidad "crónicamente adolescente", estas personas están siempre persiguiendo sus ideales, pero rara vez son capaces de cumplir sus aspiraciones sentimentales o vocacionales.

Inspirado en el trabajo de Sullivan, Horney y Fromm, Timothy Leary (1957) construyó una teoría interpersonal basada en dos dimensiones: dominancia-sumisión y amor-odio. Leary distinguió 16 segmentos comportamentales que posteriormente agrupó en ocho tipos interpersonales distintos; cada uno de los cuales se identifica por dos variante, una de forma moderada o adaptativa y otra de forma extrema: 1) La personalidad rebelde-desconfiada , se caracteriza por una actitud de resentimiento y por

sentimientos de privación; 2) La personalidad retraído-masoquista es modesta y reservada, y tiende a evitar mostrarse capaz y digna de confianza; 3) La personalidad dócil-dependiente es básicamente sumisa y se caracteriza por las demostraciones de amistad y filiación; 4) La personalidad cooperativa-sobreconventional, incluye a los individuos que se esfuerzan por gustar y ser aceptados por los demás y muestran una extraordinaria simpatía y sociabilidad; 5) La personalidad responsable-hipernormativa se manifiesta mediante el esfuerzo por mantener la apariencia de integridad personal, autosacrificio y preocupación por los demás; 6) La personalidad dominante autocrática se caracteriza por una apariencia vigorosa y de confianza en sí mismo y por una actitud de liderazgo que a menudo suscita a la obediencia y el respeto de los otros; 7) En la personalidad competitiva narcisista se observa un estilo independiente y pretencioso que explota a los demás, los humilla o los invita a mostrarse sumisos; 8) La personalidad agresiva-sádica: son personas caracterizadas por su frialdad, severidad y punición, que obtienen seguridad y placer a partir de ridiculizar a los demás.

Dentro de este grupo, Lorna Benjamín (1947) concibe la personalidad como consecuencia de las primeras interacciones con los padres y las posteriores experiencias con los otros congéneres. El aspecto fundamental de su tesis es que el patrón interpersonal adulto refleja: a) el desarrollo de la competencia instrumental interpersonal; b) el aprendizaje de las consecuencias de la necesidad y la enfermedad; c) la aparición del concepto del sí mismo y de la identidad social, y d) el aprendizaje de las consecuencias interpersonales de la expresión de afecto.

Construcciones estadísticas

Los modelos que utilizan análisis estadísticos intentan identificar las funciones básicas o los factores de personalidad mediante métodos matemáticos. Una vez que estos elementos han sido identificados, los investigadores los agrupan en combinaciones de orden superior que corresponden con los patrones o estilos de personalidad manifiestos.

Uno de los primeros y más productivos autores que utilizaron el método factorial para la construcción de dimensiones de personalidad fue Raymond Catell, quien en 1950 definió la personalidad como lo que permite una predicción de lo que una persona hará en una situación determinada. En el concepto de personalidad de Catell también se habla de rasgos, pero éste autor los conceptualiza como una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento; se compone de rasgos únicos (individuales) y comunes (poseidos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios (estos últimos son la base del comportamiento y son identificables mediante el análisis factorial).

Un rasgo no es algo que exista en la persona, sino es un concepto y una medida derivados de sus relaciones con su ambiente, aunque se le adjudica al sujeto. Los rasgos conductuales son las negociaciones o compromisos necesarios entre las urgencias fisiológicas del organismo por un lado, y las demandas físicas y sociales por otro (Catell, 1965)

Este autor cree que la exploración de los rasgos ayuda a entender la estructura y función de la personalidad, identificando 16 rasgos fuente básicos antagónicos, que representan los bloques constructores de ésta. Catell

(1965) en *The Scientific Analysis of Personality*, informó que había extraído científicamente mediante el análisis factorial y procedimientos afines 16 rasgos antagónicos: reservado - sociable, menos inteligente - más inteligente, emocional - estable, humilde - asertivo, sobrio - despreocupado, oportuno - escrupuloso, tímido - aventurero, realista - idealista, confiado - suspicaz, práctico - imaginativo, franco - astuto, plácido - aprensivo, conservador - experimentador, vinculado al grupo - autosuficiente, causal - controlado, relajado - tenso. Catell pensaba que estos factores representaban las principales dimensiones o diferencias en la personalidad humana.

De modo similar, Joy Paúl Guilford (1959) concibe la personalidad como el patrón único de rasgos de un individuo. Para este autor un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otros; pueden ser de diferentes modalidades : somáticos (fisiológicos y morfológicos) , actitudinales temperamentales y motivacionales (intereses, aptitudes y necesidades).

Para explicar la personalidad en función del concepto de rasgo es necesario, según Guilford, que este concepto cumpla con los siguientes requisitos: a) cada término (rasgo) debe representar una unidad demostrable en la personalidad; b) debe ser exacto, y c) capaz de integrarse a una teoría general de la personalidad. Al respecto del número de rasgos que se requieran para explicar a la personalidad se debe recordar conforme a Guilford, que : a) deben ser el menor número posible; b) deben abarcar en forma comprensiva a toda la personalidad, y c) un acuerdo

al respecto de la lista de conceptos (rasgos) que se van a utilizar, es preciso.

Hasta este punto se puede afirmar, en síntesis, que la personalidad se refiere a (1)Patrones de conducta relativamente constantes y rasgos con que distinguimos a las personas, grupos y culturas; (2)La organización y la estructura de estos patrones constantes de conducta y sus características, (3)La interacción entre estos patrones de conducta y la fluctuación en los estados internos del individuo y la situación estímulo externo.

De otra forma, Eysenck (1970), citado por Engler (1995), define la personalidad como una "estructura organizativa de orden mas o menos duradero del carácter, el temperamento, el intelecto y el físico de una persona; que determina su adaptación única al medio en el que se desenvuelve". Dentro de esa definición, se concibe la personalidad como la suma total de patrones conductuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de cuatro factores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: El sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), sector afectivo (temperamento), y el sector somático (constitución).

El modelo jerárquico de la personalidad de Eysenck, habla de una estructura de cuatro niveles de organización del comportamiento:

Reacciones, respuestas o acciones específicas: (Plano inferior) Se trata de comportamientos que se observan una sola vez, en situaciones experimentales o cotidianas y pueden ser características o no del individuo.

Hábitos: Se trata de componentes que revelan una cierta estabilidad en situaciones análogas de vida cotidiana, en el individuo, es decir, hay respuestas análogas en situaciones diferentes pero con cierta semejanza.

Rasgos de la personalidad: Son los constructos teóricos resultantes de interrelaciones o de relaciones de diversos hábitos de características como: exactitud, perseverancia, rigidez, entre otras.

Tipos generales de la personalidad: Este sería el cuarto nivel, donde se dimensiona la personalidad en tres áreas, cada una de ellas puede considerarse como un continuo al que cada individuo puede acercarse en menor o mayor grado. De ahí que este último nivel de organización de rasgos, correspondería a las dimensiones básicas de personalidad propuestas por Eysenck:

Emocionalidad - estabiliadad, hace referencia a la adaptación del individuo a su medio y la estabilidad de esta condición en un lapso de tiempo; esta dimensión muestra el grado de integración psíquico de la persona, que va desde el extremo estable hasta la personalidad neurótica y marcadamente emocional.

La dimensión extroversión - introversión, refleja el grado de sociabilidad o integración al grupo social que caracteriza al sujeto, que se establece de manera continua, es decir, que va desde el grado de interacción nulo (si es posible que se de esta condición) hasta la total integración con los demás.

Teoría de Theodore Millón

A continuación, se desarrolla la teoría de la personalidad de Theodore Millón, quien la define como la forma que reacciona un sujeto frente a una problemática;

teoría bajo la cual elaboró el Inventario Estilos de Personalidad, prueba utilizada en esta investigación.

Según este autor el término personalidad se emplearía para representar los estilos particulares que exhibe un sujeto en cuanto se relaciona con su habitual gama de hábitats y entornos; de esta manera, los estilos son aquellos modos específicos de adaptación de los seres humanos que resultan eficaces en entornos normales o supuestos.

Desde su obra seminal de 1969, "Psicopatología moderna: un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos", y por más de 30 años, Theodore Millón ha desarrollado una ciencia compleja de la personalidad y su patología. En su modelo, el autor postula la existencia de tres polaridades básicas (placer-dolor, activo-pasivo, yo-otros) para explicar las diferencias básicas entre los diferentes tipos de personalidad. Sin embargo, el modelo original de aprendizaje biosocial fue reformulado en 1990 a la luz de los conceptos evolutivos. A lo largo de todo este tiempo, Millón junto a sus seguidores han establecido un paradigma para comprender la personalidad. Al mismo tiempo, ha argumentado reiteradamente que una ciencia clínica comprensiva de la personalidad necesita integrar cuatro componentes básicos: teoría o esquemas conceptuales explicativos, una nosología formal, herramientas de evaluación, e intervenciones terapéuticas adecuadas

La primera propuesta teórica de Millón estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial (Millón, 1976; Millón & Everly, 1994) y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Al respecto, Millón sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa

para poder optar por ellos? El modelo resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas. Millón decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer a la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron: a) Conducta instrumental (como): activo - pasivo; b) Fuente del refuerzo (donde): sí mismo (independiente) - otros (dependiente); c) Naturaleza del refuerzo (que): placer - dolor.

La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo).

La personalidad, según Millón (1998), es más comprensible desde el punto de vista de sistema adaptativo, con ámbitos Estructurales y Funcionales que se autorregulan. Los ámbitos estructurales se refieren a las representaciones objétales, auto imagen, organización morfológica, estado de ánimo / temperamento. Mientras, que los ámbitos funcionales hacen referencia al nivel comportamental, comportamiento observable, comportamiento interpersonal, nivel fenomenológico, estilo cognitivo; y el nivel intrapsíquico se refiere a los mecanismos de defensa y nivel biofísico.

La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales (de la

evolución) derivados de manifestaciones no psicológicas. Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. "La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales" (Millón 1999, Pág. 22) . Los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo.

El modelo evolutivo postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo: a) objetivos de existencia (polaridad placer-dolor). Como se llega a ser: Apertura (búsqueda de experiencias de recompensa) y Preservación (evitación del peligro y la amenaza) de la vida; b) modos de adaptación (polaridad activo-pasivo). Como se sigue siendo: Acomodación ecológica (atenerse a la realidad favorable) y Modificación ecológica (dominio del propio entorno); c) las estrategias de replicación (polaridad yo-otros: Como se transmite la existencia: Individuación reproductora (consecución del si mismo - Individualismo) y Crianza reproductora (amor constructivo hacia los demás - Protección); d) Procesos de abstracción. Capacidad de simbolizar el mundo interno / externo: Polaridad pensamiento - sentimiento.

En resumen, a través del tiempo se ha dado gran importancia al estudio de la personalidad, como un factor que incide en la forma como una persona reacciona frente a las diferentes situaciones; es por esto que Millón plantea la necesidad de analizar la configuración de la personalidad como un proceso de desarrollo en el que influyen tanto variables biológicas como ambientales. Lo

que el individuo desarrolla no es una globalidad, una "personalidad" de esas de las que se tiene mucha o poca, sino un conjunto de esquemas, de reglas, de formas de procesar la información que él llama patrones de afrontamiento.

Los patrones de afrontamiento, entonces se crean a partir del componente biológico y disposicional, y también de las reacciones que provocan en los demás las acciones del sujeto. Así, las disposiciones biológicas incrementan la probabilidad de aprendizaje de ciertos tipos de conducta y las disposiciones temperamentales tempranas provocan reacciones en los demás que acentúan las tendencias iniciales.

De este modo, a partir de la revisión teórica se hace evidente la relación existente entre el afrontamiento y la personalidad definidos por Lazarus y Folkman, y Millón respectivamente. Revisión que sirve de soporte teórico para investigar la correlación existente entre las estrategias que utiliza un paciente con insuficiencia renal crónica para afrontar no sólo su diagnóstico sino también su tratamiento de hemodiálisis, y los patrones persistentes o estilos de personalidad; al determinar los estilos de personalidad que llevan a la utilización de mejores estrategias de afrontamiento, se permite brindar una herramienta teórica que oriente la intervención psicológica a una mejor adaptación con respecto al tratamiento y por ende a una mejor calidad de vida.

Método

Diseño

Para establecer el tipo de diseño de la investigación, se tomó como referente conceptual el trabajo de Hernández Sampieri y Baptista (2003), pues su modelo investigativo resulta ser el que más se adapta al trabajo que se expone en las presentes páginas.

Para efectos de este estudio, se realizó una investigación tipo cuantitativo, teniendo en cuenta, que las variables han sido medidas numéricamente lo que posibilitó realizar un análisis estadístico. Además, los datos analizados se expresaron en porcentajes y frecuencias representativas de los resultados.

El diseño utilizado fue un diseño no experimental, ya que no se realizó ninguna manipulación de las variables, sino que se hizo un análisis de éstas, en su contexto natural, siendo éste un estudio correlacional, ya que analiza la relación existente entre las variables Estilos de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis.

El diseño es de corte transversal, ya que tiene como fin describir las variables anteriormente nombradas y analizar su incidencia en un momento determinado.

Sujétos

La población para el presente estudio comprendió a todos los pacientes Renales, con edades entre 18 y 65 años, que asistían al tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal del Hospital Universitario Ramón González Valencia, de la ciudad de Bucaramanga, durante el primer semestre del año 2004.

Teniendo en cuenta que la población contaba con solo 15 pacientes, se desarrolló la investigación con la totalidad de ésta.

Los pacientes que hicieron parte de este estudio, cumplieron con las siguientes características:

1. Ser paciente de Unidad Renal del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga.
2. Estar diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica.
3. Encontrarse en Tratamiento de Hemodiálisis.
4. Pertenecer a una rango de edad comprendido entre los 18 y los 65 años de edad.
5. Participar voluntariamente en la investigación.
6. No haber sido diagnosticado con algún tipo de trastorno psiquiátrico.
7. Saber leer y escribir.

Variables

Para esta investigación se estudiaron, midieron y correlacionaron dos variables:

Estilos de Personalidad

Definidos como los estilos particulares de funcionamiento de adaptación que un individuo exhibe en la medida que se relaciona con su habitual gama de entornos; es decir, los modos específicos de adaptación de un individuo que resultan eficaces en entornos normales o supuestos.

Dichos estilos son medidos a través de las puntuaciones de las doce pares de escalas que conforman el inventario Estilos de Personalidad de Millón y se agrupan en: Metas Motivacionales, Modos cognitivos y Comportamientos Interpersonales.

Estrategias de Afrontamiento

Definidas como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Dichos esfuerzos, dentro de esta investigación se han denominado como estrategias de afrontamiento que corresponden a las maniobras que pone en marcha el paciente con Insuficiencia Renal Crónica para mantenerse estable ante la enfermedad.

Las estrategias son medidas a través de la Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer, quienes contemplan cuatro estrategias: Orientación Positiva, Preocupación Ansiosa, Actitud Positiva y Sin Esperanza.

Además de las variables, se midieron también variables sociodemográficas, debido a que la población objeto de estudio no fue homogénea; se hizo una medición de éstas contemplándolas como variables influyentes en los resultados del estudio; dentro de las cuales están: edad, género, lugar de origen, tiempo en tratamiento, estado civil.

Hipótesis

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, el objetivo de la investigación y el tipo de estudio (correlacional) se formulan las siguientes hipótesis:

Hipótesis de investigación: existe relación significativa entre los Estilos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes con IRC asistentes al tratamiento de hemodiálisis en la Unidad renal del H.U.R.G.V.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre los Estilos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes con IRC asistentes al tratamiento de hemodiálisis en la Unidad renal del H.U.R.G.V.

Instrumento

Para la presente investigación, se utilizaron dos instrumentos, el MAC (Escala de Ajuste Mental) y el MIPS (inventario Estilos de Personalidad), con el fin de medir las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los pacientes con IRC frente al tratamiento de hemodiálisis y los Estilos de Personalidad de los mismos, respectivamente.

Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer (MAC).

El MAC (Mental Adjustment to Cáncer Scale) es un cuestionario auto-administrado para ser aplicado en estudios clínicos y en centros masificados, con el fin de determinar de la manera más rápida, posibles respuestas desadaptadas ante el diagnóstico de Cáncer y poder establecer el apoyo psicológico pertinente.

El cuestionario en su versión original está compuesto por 40 Ítems (afirmaciones) de acuerdo a una escala likert, que representa cuatro categorías de respuesta: "Definitivamente no se me aplica", "No se me aplica", "Se me aplica" y "definitivamente si se me aplica". (Ver Apéndice A). Cada ítem puede ser contestado con una de las cuatro opciones. (Ver tabla 1); las dos primeras equivalen a contestar "falso y las dos últimas a "verdadero".

Tabla 1.

Opciones de Respuesta del MAC

Estoy seguro/a de que no es aplicable a mi caso.	Creo que no es aplicable a mi caso.	Creo que es aplicable a mi caso.	Estoy seguro/a de que es aplicable a mi caso.
Se obtiene una puntuación de 1.	Se obtiene una puntuación de 2.	Se obtiene una puntuación de 3.	Se obtiene una puntuación de 4.
Falso		Verdadero	

Los ítems se clasifican en cuatro modos generales de afrontamiento:

1. Espíritu de Lucha: compuesta por 16 ítems. Son afirmaciones que indican que el/la paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, lo que lo lleva a adoptar una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la re-evaluación positiva de la situación. Así mismo, indica una tendencia a no pensar en la enfermedad, a llevar a cabo una búsqueda moderada de información, con un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual y el sentido del humor (Ferrero, 1995); el tono emocional será positivo.

2. Desesperanza/ Desamparo: Compuesta por seis ítems. Son afirmaciones que indican que el paciente se siente desbordado con el diagnóstico, lo interpreta como una gran amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción

del pronóstico muy negativa y estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es la de rendición. El tono emocional predominante será la depresión. Sería el polo opuesto a la anterior escala.

3. Preocupación Ansiosa: Compuesta por nueve Ítems. Representan afirmaciones que indican que el paciente interpreta el diagnóstico como una gran amenaza; se percibe poco control sobre la enfermedad, así como un pronóstico incierto (incertidumbre hacia el futuro) y con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda compulsiva de seguridad (búsqueda excesiva de información y uso de medicinas alternativas) , rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída (Ferrero, 1994); el tono emocional básico será la ansiedad.

4. Fatalismo: Compuesta por ocho ítems. Contiene afirmaciones que indican una aceptación fatalista o estoica del diagnóstico, el cual se interpreta como una amenaza, sobre la que no se posee ningún control y con estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación pasiva. El tono emocional será sereno.

5. Evitación o Negación: compuesta en la versión original por un solo ítem, el 38. Esta escala representa una negación o minimización del diagnóstico por parte del paciente, quien no se siente amenazado e interpreta siempre que hay un buen pronóstico, manteniéndose un tono emocional sereno. Contestar este único ítem con la opción 3 o 4, indicará la presencia de "negación".

Esta escala, con la anterior descripción, fue diseñada para el Cáncer, pero puede utilizarse para otras enfermedades crónicas que contengan las mismas características. Para esto, la escala fue evaluada por

juicios de expertos para ser adaptada a la Insuficiencia Renal Crónica.

La revisión para Colombia de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) fue llevada a cabo por Bernal y Forero (2002) del departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de realizar la adaptación y validación del MAC, en pacientes renales colombianos. Como resultado de este proceso, el MAC ha sufrido algunos cambios.

Al respecto, se exponen a continuación las características del MAC adaptado a pacientes con Insuficiencia Renal en Colombia. De esta forma, el primer factor estuvo compuesto por los ítems 4,6 y 31, y estaría evaluando respuestas de Actitud Positiva hacia la enfermedad. Los ítems 3,14,21,22,24,30,36, y 37 conformaron el factor dos, denominado como Preocupación Ansiosa. En este caso, las formas de control de la enfermedad producen inquietud; también, el curso de la IRC genera intranquilidad. El factor de Orientación Positiva está constituido por los ítems 11,15,19,20,27,28,29,32,39 y 40, y está referido a creencias positivas sobre sí mismo y sobre las posibilidades de control de la situación, por ejemplo, mediante mecanismos de comparación social (ítems 27 y 28). Finalmente, el factor Sin Esperanza, el último de los aislados en este estudio, incluyó los ítems 7,9,17,23,33 y 35 que están asociados con una actitud pasiva o de resignación del paciente hacia la enfermedad; las expectativas sobre el pronóstico son negativas. (Ver tabla 2) .

Tabla 2.

Clasificación de cada uno de los ítems por estrategias de afrontamiento de acuerdo a la versión colombiana del MAC

Factores	Número de ítems
Actitud Positiva	4, 6, 31
Preocupación Ansiosa	3, 14, 21, 22, 24, 30, 36, 37
Orientación Positiva	11, 15, 19, 20, 27, 28, 29, 32, 39, 40
Sin esperanza	1, 2

A continuación se presentan las definiciones de las estrategias de afrontamiento según Bernal y Forero en el 2002 (Ver tabla 3).

Tabla 3.

Definición de las Estrategias de Afrontamiento del MAC

Estrategias de Afrontamiento	Descripción de la interpretación
Actitud Positiva AP	Conjunto de actitudes y conductas destinadas a asumir una posición optimista frente al diagnóstico de IRC y tratamiento de hemodiálisis y activa en términos del papel del paciente en su propio proceso de tratamiento y recuperación.
Preocupación Ansiosa PA	Consiste en la visión de la enfermedad como amenaza y cuyas formas de control (tratamientos) producen inquietud que generan incertidumbre.

Orientación Positiva OP	Se caracteriza por las creencias positivas del paciente sobre si mismo y sus posibilidades de controlar la situación.
Sin Esperanza SE	Consiste en una actitud pasiva o de resignación del paciente frente a la enfermedad, caracterizada por expectativas negativas frente al pronóstico.

Este instrumento presenta una escala de valoración para cada uno de sus indicadores, cuantificando la medición de dichos indicadores en puntajes que conforman una variable de intervalo discreta, puesto que los puntajes son números enteros (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Escala de Valoración del MAC

Indicadores del MAC	Escalas de Valoración
Actitud Positiva	1-12
Preocupación Ansiosa	1-26
Orientación Positiva	1-34
Sin Esperanza	1-16

Inventario de Estilos de Personalidad de Millón (MIPS).

Es un instrumento, diseñado para medir los estilos de personalidad de adultos normales. La prueba está compuesta por 180 ítems de verdadero y falso (Ver apéndice B).

El MIPS consta de 27 escalas, 24 de personalidad y 3 de índices de control; las primeras se agrupan en 12 pares, cada uno de estos pares consta de dos escalas yuxtapuestas. A su vez los 12 pares están organizados en 3 áreas: Metas Motivacionales, en las que se evalúa la actitud que adopta la persona para obtener refuerzo de su entorno; Modos cognitivos, en los que se analizan los estilos que adoptan las personas para procesar la información; y los Comportamientos Interpersonales, en los que se evalúa la forma como prefiere el individuo que sea su trato con los demás.

A continuación se presenta la definición de las escalas de personalidad del MIPS.

Tabla 5.

Definición de las Escalas de Personalidad del MIPS

ESCALAS DEL MIPS	Descripción de las personas con puntajes altos
METAS	
MOTIVACIONALES	
I ^a - Expansión	Tienden a mirar el lado positivo de la vida, se muestran optimistas con respecto a las posibilidades futuras, les es fácil divertirse y enfrentan sus altibajos con ecuanimidad
Ib- Preservación	Centran su atención en los problemas y los agudizan. Al percibir su pasado como algo personalmente problemático, siempre parecen estar esperando que algo nuevo salga mal y sienten que las cosas probablemente

	irán de mal en peor.
2a- Modificación	Se hacen cargo de sus vidas e intervienen para que las cosas sucedan, en vez de esperar que sigan su curso
2b- Adecuación	Hacen poco por dar forma a sus vidas o modificarla. Ante los acontecimientos, reaccionan adaptándose a las circunstancias que otros crean.
3a- Individualidad	Se encauzan en satisfacer sus deseos y necesidades, es decir, buscan realizarse ellos mismos en primer lugar
3b- Protección	Están motivados por satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás. Se les considera reforzadores y protectores.
MODOS COGNITIVOS	
4a- Extraversión	Recurren a los demás para encontrar estímulo y animo.
4b- Introversión	Prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recursos; obtienen más inspiración y estímulo de ellos mismos que de los demás
5a- Sensación	Adquieren su conocimiento de lo tangible y lo concreto. Lo que da bienestar y confianza es lo práctico y lo real, lo exacto y lo objetivo.
5b- Intuición	Prefieren lo simbólico y lo

	desconocido
6 ^a - Pensamiento	Prefieren procesar el conocimiento que tienen mediante la lógica y el razonamiento analítico.
6b- Sentimiento	Forman sus criterios según sus propias respuestas afectivas ante las circunstancias.
7 ^a - Sistematización	Son muy organizados y predecibles en cuanto al enfoque de sus experiencias en la vida.
7b- Innovación	Prefieren ser creativos y arriesgados, están dispuestos a cambiar y dar nueva forma a cualquier cosa que se les presente.
COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES	
8 ^a - Retraimiento	Se caracterizan por no demostrar sus emociones y por su indiferencia social
8b- Sociabilidad	Buscan la atención, el entusiasmo y el estímulo social.
9 ^a - Indecisión	Son cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales, desean fervientemente gustar y ser aceptados por los demás, temen ser rechazados.
9b- Decisión	Tienden a sentir que son más competentes y que tienen más talento que las personas que las rodean.
10 ^a -- Discrepancia	Tienden a mostrar que son independientes, se resisten a seguir las normas tradicionales.

10b- Conformismo	Se relacionan con la autoridad de una forma respetuosa y cooperadora, tienden a comportarse de un modo apropiado y formal en contextos sociales.
11 ^a - Sumisión	Están acostumbrados más bien a sufrir que a experimentar placer, acatan y tienden a rebajarse ante los demás.
11b- Dominio	Son enérgicos, generalmente dominantes y agresivos socialmente.
12 ^a - Descontento	Tienden a ser pasivo-agresivos, hoscos y en general, insatisfechos. Sus estados de animo y su comportamiento son inmensamente cambiantes
12b- Aquiescencia	Suelen agradar muy fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil

Las escalas anteriormente mencionadas tienen una valoración que va de 1 a 100, en la que las puntuaciones son número enteros, lo que indica que la variable estilos de personalidad es de intervalo discreta.

Además de estas 24 escalas, el MIPS contiene 3 escalas que indican la validez de los resultados: Impresión positiva, Impresión negativa y Consistencia (Ver tabla 6).

Tabla 6.

Indicadores De Validez del MIPS

1.	Impresión Identifica a las personas que Positiva (IP) intentan producir una impresión
----	---

	demasiado favorable en el test
2. Negativa	Impresión Identifican a las personas cuyas respuestas tienden a ser asociadas con una autopercepción negativa generalizada de si mismos.
3. Consistencia	Es la validez de los datos recogidos y si son consistentes las respuestas dadas a determinados ítems.

Encuesta Sociodemográfica

Con el propósito de obtener información que permita caracterizar la población desde el punto de vista sociodemográfico, se aplicó una ficha que abordó variables organismicas como la edad, género, tiempo de enfermedad; y variables sociodemográficas tales como: nivel de educación, ocupación, estado civil, estrato, entre otros (Ver apéndice C) .

Procedimiento

La primera parte de la investigación fue denominada Anteproyecto. En esta etapa se realizó un esquema general de lo que sería la investigación, lo que facilitó la visualización y alcance del proyecto, focalizando la problemática a estudiar, para luego realizar la revisión bibliográfica pertinente. Así mismo, se realizó una búsqueda continua de antecedentes investigativos y de instrumentos que midieran las variables a estudiar de manera satisfactoria, considerando finalmente pertinentes la utilización del MIPS y del MAC. Todo este proceso siempre estuvo acompañado por la asesoría de psicólogos y

expertos quienes orientaban la viabilidad, confiabilidad y utilidad del proyecto.

Una vez se elaboró el anteproyecto de la investigación, se procedió a la búsqueda de la población, para la que se hizo necesario la sustentación del proyecto, así como la elaboración y presentación del Protocolo de Investigación (Ver Apéndice D) ante el Comité Ético y Científico del Hospital Universitario Ramón González Valencia, teniendo como último resultado la aprobación de este y el acceso a la población (Pacientes de la Unidad Renal sometidos a Tratamiento de Hemodiálisis).

Una vez aprobado el Anteproyecto por el Comité de Evaluadores de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se dio inicio a la segunda parte de la Investigación (Proyecto II), etapa que se caracterizó básicamente por la aplicación de los instrumentos. La etapa de recolección de datos se realiza de manera individual en tres secciones, en espacios de 10 días; en la primera sección de aplicación se hizo un acercamiento con cada paciente con el fin de sensibilizarlo con respecto a su participación en el estudio, momento en el cual se le explica al paciente los objetivos de este, las condiciones de participación, los beneficios y se firma el compromiso por parte de los pacientes y de las investigadoras a través del Consentimiento Informado (Ver apéndice E). Una vez el paciente ha aceptado la participación voluntaria en el estudio, se da inicio a la segunda sección, en donde se realiza el registro de cada paciente mediante la encuesta de variables sociodemográficas; acto seguido se hace la aplicación de la Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer. Y finalmente, en la tercera sección, se realiza la aplicación del MIPS.

Terminada la recolección de datos, se calificaron los instrumentos (MAC y MIPS) cuyos resultados conformaron la base de datos brutos construida en excel. A partir de esta base de datos se efectuó el análisis estadístico de los mismos, el cual fue corroborado con el programa estadístico SPSS. Finalmente, con las correlaciones obtenidas y con los antecedentes investigativos que fueron considerados pertinentes, se planteó la discusión estableciendo conclusiones y hallazgos relevantes para la línea de Psicología Clínica.

Resultados

En este apartado se describe los resultados obtenidos durante el desarrollo del Proyecto de Investigación con la población que conforman los pacientes con IRC sometidos a tratamiento de Hemodiálisis en la Unidad Renal del Hospital Universitario Ramón González Valencia.

Para llevar a cabo la recolección de la información se exploraron aspectos socio-demográficos y médicos relacionados con el diagnóstico de los pacientes. A su vez se le aplicó a dicha población la Escala de Ajuste Mental (MAC) y El Inventario Estilos de Personalidad (MIPS) con el fin de evaluar las estrategias de afrontamiento y los estilos de personalidad respectivamente, teniendo en cuenta que son las variables prioritarias del presente estudio.

A continuación se presenta la información recopilada según el orden en el cual se nombró anteriormente; es decir, en primera instancia se hará una descripción estadística de la población estudiada. Posteriormente se presenta cómo fue el comportamiento estadístico de la población frente a las variables: estrategias de afrontamiento y estilos de personalidad, para luego determinar la correlación existente entre dichas variables.

Caracterización de la población

La población que participó en este estudio estuvo conformada por la totalidad de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad Renal del H.U.R.G.V. correspondiente a 17 personas, de las cuales 2 no estaban aptas mentalmente para participar. Finalmente participaron en la investigación un total de 15 personas.

Tabla 7.

Caracterización de la población.

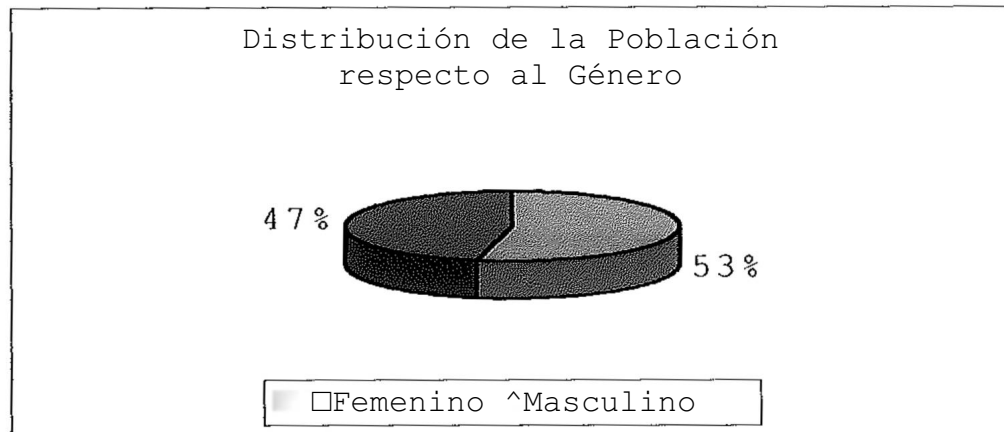
Sujeto	Género	Edad	Estado Civil	Lugar de Origen	Convivencia
1	Femenino	48	Casada	Afuera	Cónyuge-hijos
2	Masculino	65	Uni.libre	Afuera	Cónyuge-hijos
3	Masculino	65	Uni.libre	B/manga	Cónyuge-hijos
4	Masculino	49	Separado	B/manga	Solo
5	Femenino	43	Uni.libre	Afuera	Cónyuge-hijos
6	Femenino	39	Soltera	Afuera	Paterna
7	Masculino	55	Casado	B/manga	Cónyuge-hijos
8	Femenino	61	Uni.libre	Afuera	Cónyuge-hijos
9	Femenino	43	Casada	B/manga	Cónyuge-hijos
10	Femenino	36	Separada	Afuera	Paterna
11	Masculino	54	Separado	B/manga	Hijos
12	Femenino	48	Separada	B/manga	Solo
13	Masculino	24	Soltero	B/manga	Paterna
14	Femenino	25	Separada	Afuera	Paterna
15	Masculino	19	Soltero	B/manga	Paterna

Las variables socio-demográficas recolectó la información a través de la Encuesta de variables socio-demográficas: Género, edad, estado civil, lugar de procedencia y convivencia.

Género

Respecto a ésta variable socio-demográfica los participantes se distribuyeron así: ocho personas se ubicaron en la categoría "femenino" representando un 53%, mientras que en la categoría "masculino" se ubicaron siete personas representando el 47% de la población.

Figura 1. Distribución de la población respecto al género.

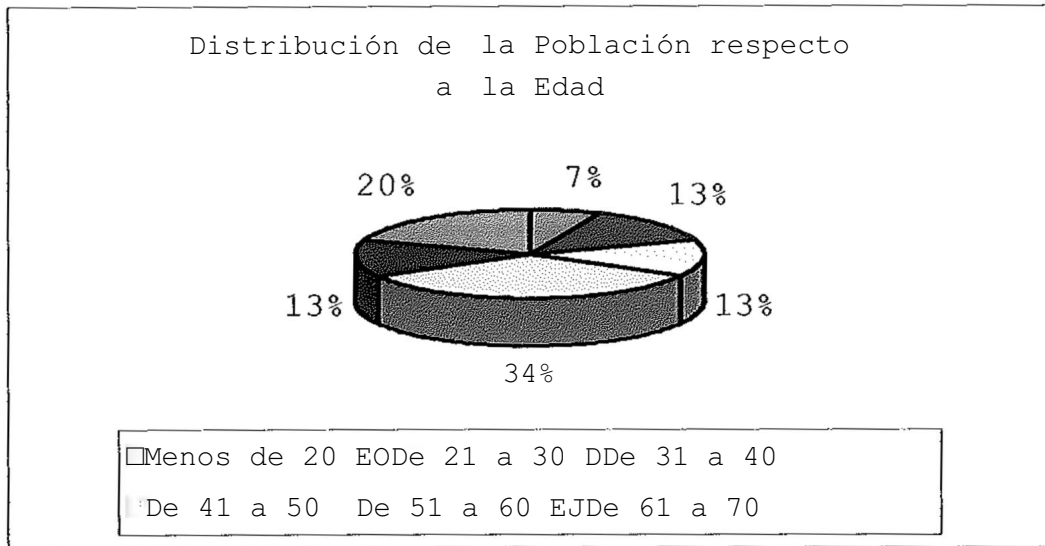


Aun cuando los porcentajes son relativamente iguales en las dos categorías de análisis, con una diferencia leve de un sujeto más en la categoría "Femenino", la incidencia del género masculino es alta teniendo en cuenta que la población en general está conformada por un número mayor de mujeres.

Edad

Respecto a ésta variable socio- demográfica los participantes se distribuyeron así: una persona se ubico en el rango de edad menores de 20 años representando el 7%; dos personas en el rango de edad de 21 a 30 años representando el 13%; otras dos personas en el rango de 31 a 40 años representando el 13%; cinco en el rango de 41 a 50 años representando el 34%; dos entre 51 y 60 años representando el 13%; y finalmente tres personas se ubicaron dentro del rango de 61 a 70 años de edad representando el 20%.

Figura 2. Distribución de la población respecto a la edad.

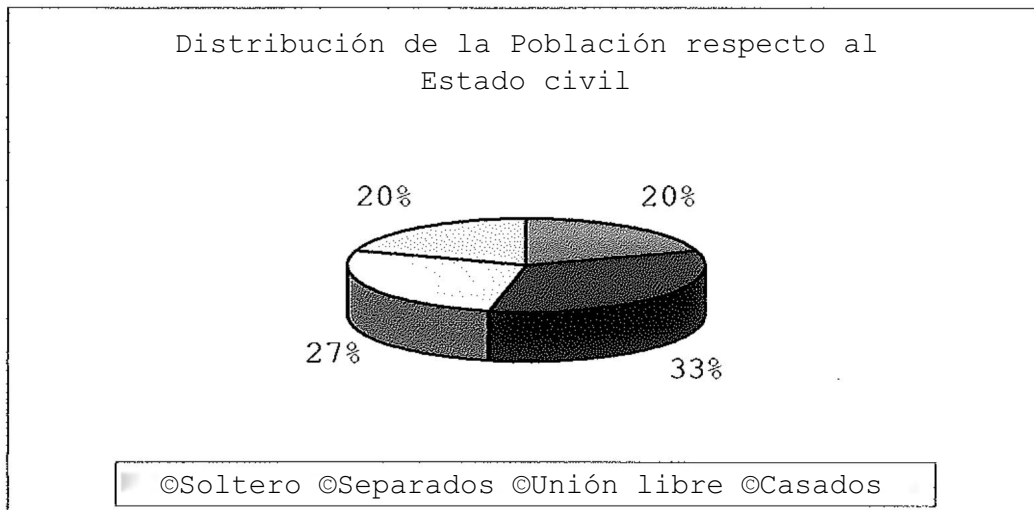


Es evidente la incidencia de la enfermedad en los pacientes con edades entre 41 y 50 años, cabe resaltar que la incidencia en los pacientes menores, con edades de menos de 20 años y entre 21 a 30 años, conforman un 20% de la población, que alcanza a ser un porcentaje alto en una población tan joven, teniendo en cuenta que la prevalencia de la IRC en general tiende a ser mayor en los adultos.

Estado civil

En relación a ésta variable socio- demográfica, los participantes se distribuyeron así: tres personas se ubicaron dentro de la categoría de solteros, constituyendo el 20%, cinco personas dentro de la categoría de separados, representando un 33%; tres personas dentro de la categoría de casados representando otro 20%; y finalmente cuatro personas se ubicaron dentro de la categoría de unión libre, equivalente al 27% de la población.

Figura 3. Distribución del estado civil de la población



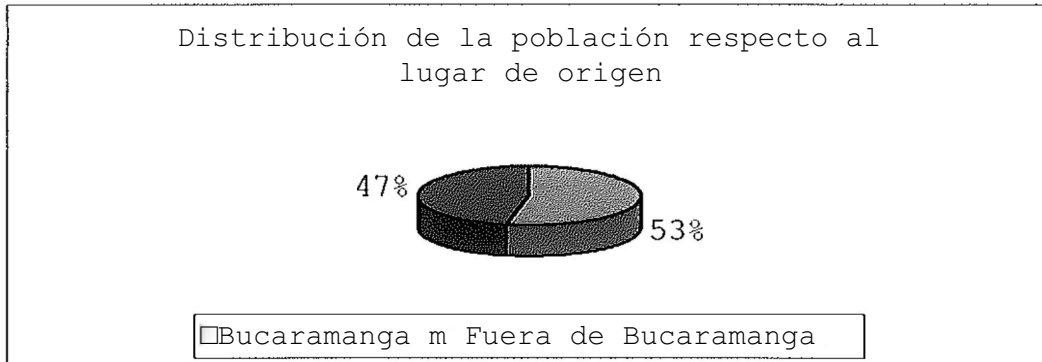
En cuanto a la variable estado civil, la población tiende a conformar cuatro grupos con similar proporción, sobresaliendo un poco más el grupo de las personas separadas, se debe tener en cuenta que ya se ha demostrado como el padecimiento de la IRC afecta la relación de pareja, sin embargo en la presente investigación no se ahondó acerca este tema con respecto a la enfermedad.

Lugar de origen

Respecto a ésta variable socio-demográfica, los participantes se distribuyeron así: siete personas se ubicaron dentro de la categoría proveniente fuera de Bucaramanga, constituyendo el 47% mientras que ocho personas encuadraron dentro de la categoría proveniente de Bucaramanga, representando un 53%.

Con respecto al lugar de procedencia de los pacientes participantes en el estudio, la proporción de sujetos en cada categoría es similar, compartiendo la característica de pertenecer a estratos bajos o vivir en áreas rurales.

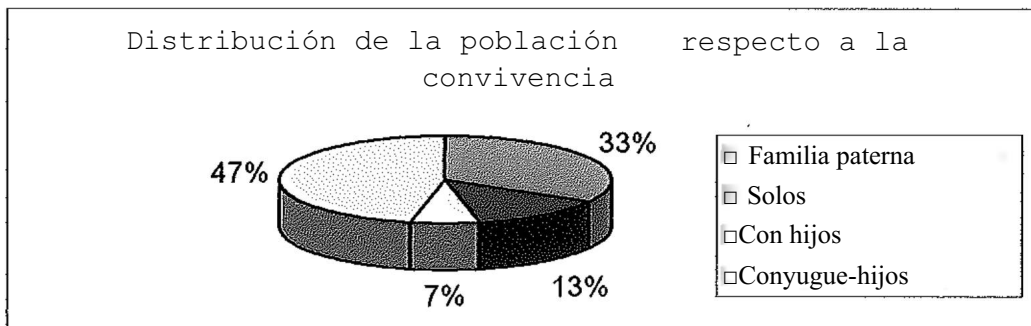
Figura 4. Distribución de la población respecto al lugar de origen.



Convivencia

Respecto a esta variable socio-demográfica, los participantes se distribuyeron así: cinco personas se ubicaron dentro de la categoría convivencia con la familia paterna, constituyendo el 33%, dos personas dentro de la categoría viven solos, representando un 13%; una persona dentro de la categoría convivencia con hijos, representando el 20%; y finalmente siete personas se ubicaron dentro de la categoría convivencia con cónyuge e hijo, equivalente al 47% de la población.

Figura 5. Distribución de la población respecto a la convivencia.



Resultados de la Escala de Ajuste Mental (MAC)

Para llevar a cabo la calificación del MAC se inició con la calificación de los puntajes brutos obtenidos de cada ítem de la prueba por cada participante seleccionado, es necesario considerar que cada uno de los factores es una variable cuantitativa, ya que sus valores son numéricos, luego se procedió a agrupar los ítems que correspondían a cada factor, realizando la sumatoria de los puntajes brutos de cada uno de ellos. Una vez obtenidas las puntuaciones de cada sujeto se calculó la media (\bar{x}), la desviación estándar (s_f) el puntaje máximo (Pte. max) y el puntaje mínimo (Pje. Min) (Ver tabla 8).

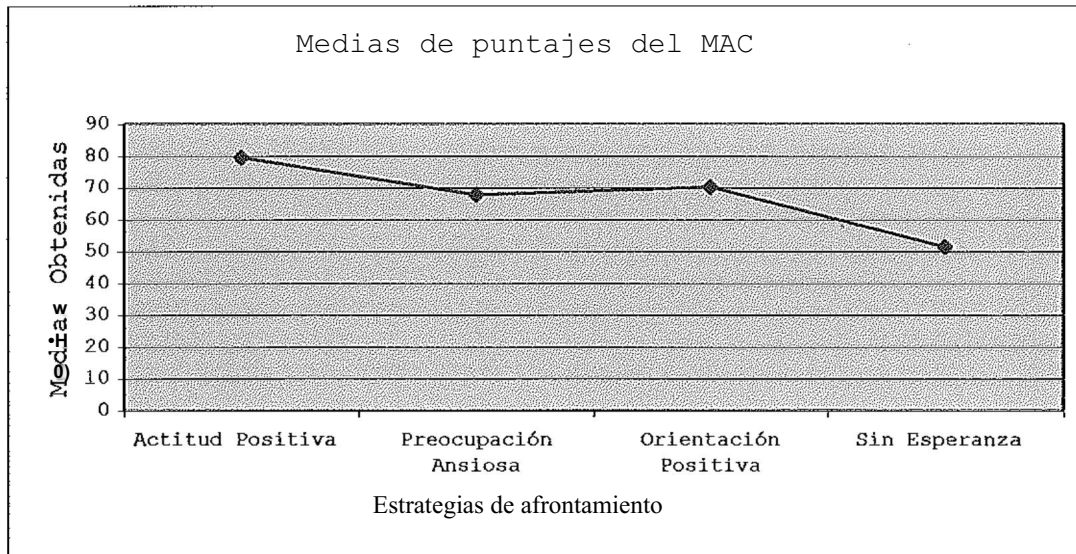
Tabla 8.

Puntajes brutos de la calificación de MAC

Sujetos	Actitud Positiva	Preocupación Ansiosa	Orientación Positiva	Sin Esperanza
1	10	20	27	15
2	9	20	30	11
3	8	16	25	9
4	8	21	25	14
5	12	25	34	11
6	9	24	20	14
7	10	21	31	14
8	10	25	31	14
9	11	24	31	11
10	12	15	28	8
11	11	20	25	8
12	9	22	29	16
13	7	26	26	15
14	9	23	30	14
15	8	23	29	11
X	9,42	21,43	27,85	12,05
s	1,51	3,18	3,47	2,64
P. Min	7	15	20	8
P. Max	12	26	34	16

Para el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación del MAC, con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con IRC del H.U.R.G.V, se halló la media aritmética X , medida de tendencia central que indica el valor promedio de los datos (ver figura 6); y la desviación estándar, medida de dispersión que representa el valor medio de los datos de la diferencia de éstos al valor central (ver figura 7), con el fin de identificar la estrategia más utilizada.

Figura 6. Medias de puntajes del MAC

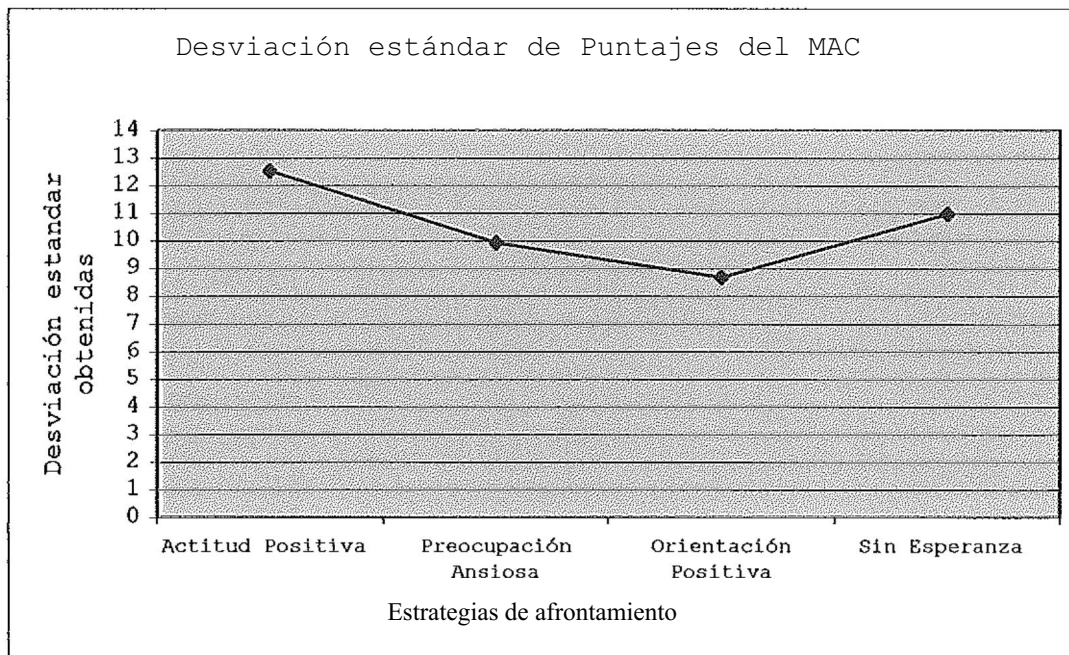


Al hallar la media y la desviación estándar de los puntajes del MAC se pudo identificar que la estrategia más utilizada por los pacientes con IRC es Actitud positiva tiene una X de 79,44, sin embargo, es necesario tener en cuenta que tiene una S de 12,54, lo que indica que existen puntajes altos y bajos, es decir los datos están muy dispersos; la segunda estrategia más utilizada por estos pacientes es la Orientación positiva con un X de 70,16 y una S de 8,68; aun cuando la estrategia Se puede observar

que las estrategias más utilizadas por estos pacientes son estrategias que facilitan la adaptación del sujeto a los cambios que se generan por el padecimiento y tratamiento de su enfermedad.

Así mismo, la estrategia menos utilizada por los pacientes con IRC del H.U.R.G.V es Sin Esperanza, con una media relativa de 4,67 una X de 51,88 y una S de 10,98. La estrategia Preocupación Ansiosa tuvo una media 67,70 y una S de 9,92.

Figura 7. Desviación estándar de Puntajes del MAC



Resultados del Inventario de Estilos de Personalidad

En el MIPS hay 24 escalas y tres índices de control, y las alternativas de respuesta de sus elementos pueden recibir entre 0 y 3 puntos. Dada esta multiplicidad de escalas y la complejidad del sistema de puntuación, la prueba cuenta con un soporte informático (contenido en un disquete) que permite fácilmente corregir los 180 elementos del MIPS, obtener todas las puntuaciones directas,

transformarlas en puntuaciones de prevalencia y elaborar un perfil (Ver apéndice F).

En primer lugar se revisó las puntuaciones en las escalas de control: Consistencia, impresión positiva e impresión negativa.

El índice de consistencia se valora en una escala de 0 a 5 puntos; respecto a esta escala un 97% de los pacientes mostraron consistencia en sus repuestas, con un promedio de cuatro puntos dentro de esta escala, y solo un 7% equivalente a un paciente, quien obtuvo una puntuación de dos en esta escala (Ver figura 8).

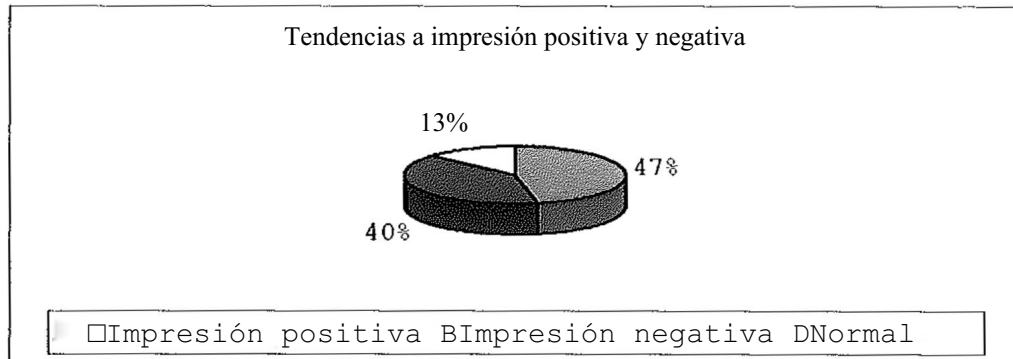
Figura 8. Consistencia en las respuestas del MIPS.



En cuanto a las escalas de impresión positiva e impresión negativa, un 47% de la población correspondiente a siete personas obtuvieron un puntaje alto en la escala de impresión positiva, es decir, muestran una tendencia a dar una imagen más positiva de si mismo; mientras que en un 40% correspondiente a siete pacientes, tienden a mostrar una imagen más negativa de si misma obteniendo un puntaje más alto en la escala de impresión negativa. Solo un 13% de la población obtuvo puntajes bajos en las dos escalas

nombradas anteriormente, equivalente a dos pacientes (Ver figura 9).

Figura 9. Tendencia a impresión positiva y negativa.



En cuanto a las 24 escalas de personalidad del MIPS se agrupan en 12 pares, cada uno de los cuales consta de dos escalas yuxtapuestas; de la misma manera éstas se agrupan en tres dimensiones básicas: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos, y Comportamientos Interpersonales.

En los tres pares de escalas que pertenecen a metas motivacionales se evalúa la actitud que aporta la persona para obtener refuerzo de su entorno. Como se nombró anteriormente cada una de dichas escalas proporciona puntuaciones entre 0 y 100; donde una puntuación superior a 50 en cualquier escala manifiesta la representación de la característica que se mide en esa escala (Ver tabla 9).

Tabla 9.

Puntajes de Escalas de Metas Motivacionales

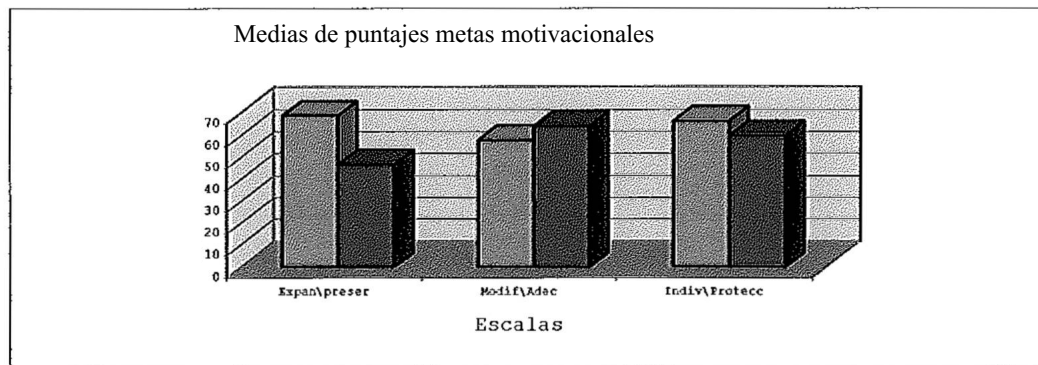
Suj	Expansión	Preservación	Modificación	Adecuación	Individualidad	Protección
1	73	34	3	98	21	81
2	75	37	86	56	89	89
3	98	9	32	89	61	44
4	86	32	82	40	89	38

5	73	37	36	78	43	81
6	54	52	24	92	40	66
7	72	46	89	66	86	85
8	77	49	52	67	89	85
9	73	66	64	52	61	77
10	67	38	32	52	57	24
11	63	41	92	4	86	15
12	58	73	67	85	40	98
13	69	49	78	47	82	44
14	41	73	80	41	57	63
15	53	62	46	94	94	5

Para el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación del MIPS, con respecto a las escalas de los Estilos de Personalidad correspondientes a las Metas Motivacionales presentes en los pacientes con IRC del H.U.R.G.V; se halló la media aritmética X (Ver figura 10), y la desviación estándar (Ver figura 11) , con el fin de identificar los estilos más utilizados.

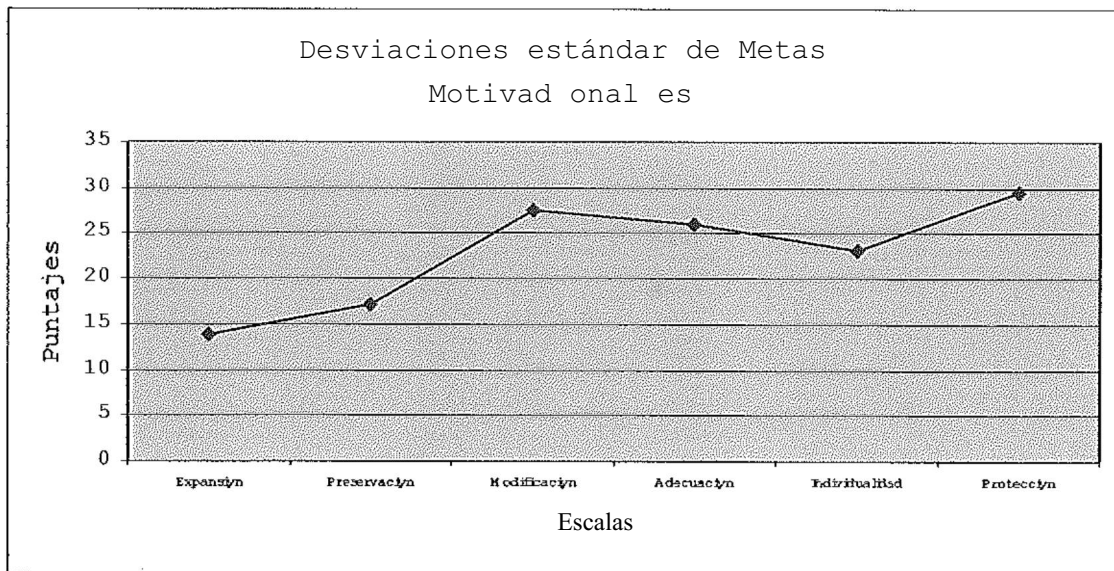
Al hallar la media y la desviación estándar de los puntajes de las escalas pertenencias a las Metas Motivacionales del MIPS se pudo identificar que: las escalas con mayor puntaje son las de expansión con una X de 68,80 y $S = 13,9$, adecuación con una X de 64,2 y $S = 26$, y individualidad con una X de 66,3 y $S = 23,21$.

Figura 10. Medias de puntajes de Metas Motivacionales.



Mientras que las escalas de los estilos preservación, modificación, protección; con una X de 46,5, 57,5 y 59,57, y una S de 17,16, 27,61, y 29,39 respectivamente. Es decir, estos estilos no solo tienen un promedio menor en comparación con los estilos yuxtapuestos, además sus datos son más dispersos.

Figura 11. Desviación estándar de Metas Motivacionales.



En los cuatro pares de escalas de los Modos cognitivos se analizan los estilos que adoptan las personas para procesar la información. Al igual que las Metas Motivacionales, las escalas de esta dimensión se puntúan de 0 a 100, y una puntuación superior a 50 en cualquier escala representa la manifestación de la característica que se mide en esa escala (Ver tabla 10)

Tabla 10.

Puntajes de Escalas Modos Cognitivos

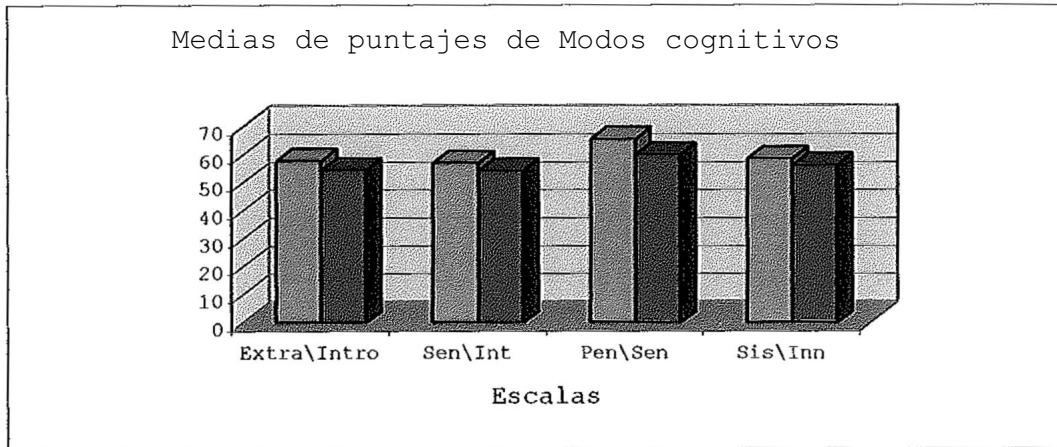
Suj.	Extraversión	Introversión	Sensación	Intuición	Pensamiento	Sentimiento	Sistemático	Innovación
1	32	69	41	41	60	55	38	41
2	86	39	24	91	92	65	81	76
3	49	42	66	22	49	53	65	29
4	61	65	37	65	94	43	67	39
5	58	38	100	17	12	87	66	13
6	3	96	76	32	34	89	58	25
7	86	57	66	72	89	65	81	80
8	63	47	69	60	21	99	52	77
9	29	90	57	89	32	99	56	79
10	42	29	19	52	49	29	23	44
11	49	79	49	35	100	4	87	42
12	65	61	41	80	92	79	66	56
13	96	25	45	61	86	53	53	94
14	96	24	89	52	79	58	76	52
15	52	57	76	44	95	21	9	96

En cuanto al análisis estadístico con respecto a las escalas de los estilos de personalidad correspondientes a los Modos Cognitivos presentes en la población objeto de estudio; al igual que con las metas motivacionales se halló la media aritmética (Ver figura 12), y la desviación estándar (Ver figura 13) , con el fin de identificar la estrategia más utilizada.

Al hallar la media y la desviación estándar de los puntajes de las escalas pertenencias a las modos cognitivos

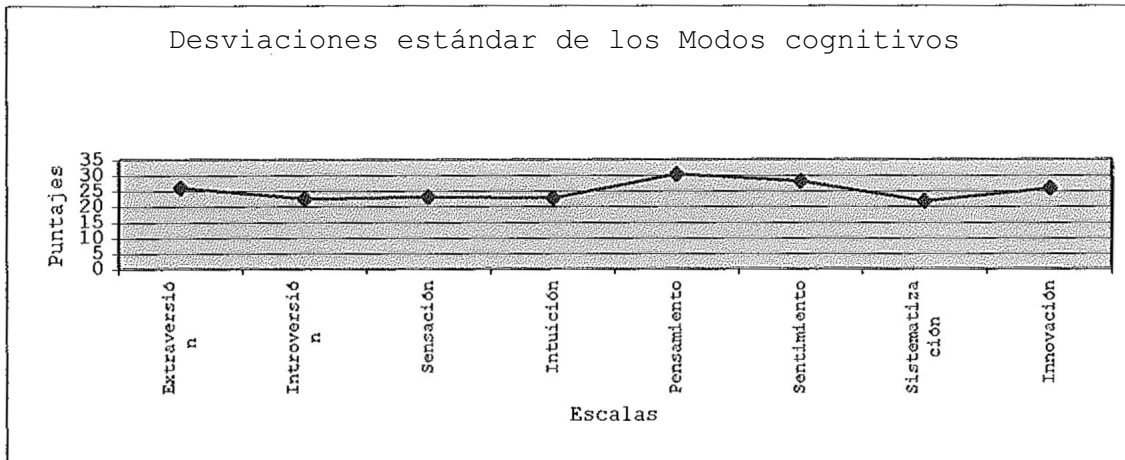
del MIPS se pudo identificar que: las escalas con mayor puntaje son las de extraversión con una X de 57,8 y S = 26,09, sensación con una X de 57 y S = 23,22, pensamiento con una X de 65,6 y S = 30,42 y sistematización con una X de 58,53 y S = 21,65.

Figura 12. Medias de puntajes de Modos cognitivos.



Mientras que las escalas de los estilos con una puntuación menor fueron: introversión, intuición, sentimiento e innovación; con una X de 54,53, 54,2, 59,93 y 56,2 respectivamente. Sin embargo la diferencia entre los estilos que más prevalecen con los nombrados anteriormente es muy pequeña.

Figura 13. Desviación estándar de los Modos cognitivos.



En los cinco pares de escalas que corresponden a los Comportamientos Interpersonales, se evalúa hasta qué punto el estilo de la persona en su relación con los demás genera retraimiento o sociabilidad, indecisión o decisión, discrepancia o conformismo, sumisión o dominio y descontento o aquiescencia; en dichas escala los pacientes obtuvieron los puntajes descritos en la tabla 11.

Tabla 11.

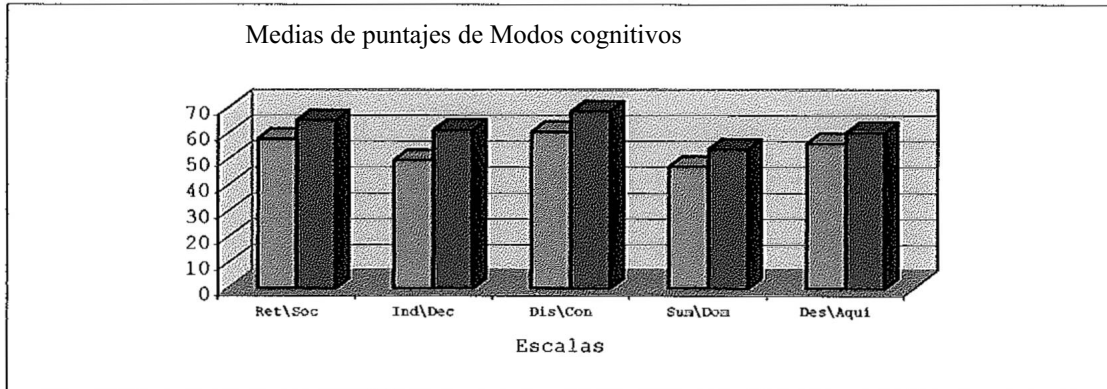
Puntajes de Escalas Comportamientos interpersonales.

Suj.	Retraim iento	Sociab ilidad	Indeci sión	Deci sión	Discre pancia	Confor mismo	Sumí sión	Domi nio	Descon tentó	Aquies cencia
1	56	41	63	25	45	60	72	17	41	84
2	64	87	31	89	77	72	37	81	47	72
3	45	55	33	69	49	76	16	63	27	63
4	69	65	35	74	26	76	39	52	38	46
5	39	51	55	29	45	69	44	25	45	96
6	100	24	93	27	69	69	72	8	80	89
7	35	94	64	69	94	83	72	63	87	52
8	47	77	52	69	86	79	44	59	59	63
9	87	61	61	78	79	83	44	76	66	72
10	45	51	29	72	53	36	29	64	41	49
11	81	67	37	86	44	47	12	84	29	9
12	59	75	69	51	45	92	72	21	69	81
13	29	97	21	95	49	76	44	72	47	43
14	47	92	49	58	53	83	57	40	76	58
15	67	43	55	32	98	29	53	84	92	29

En cuanto al análisis estadístico con respecto a las escalas de los estilos de personalidad correspondientes a los Comportamientos interpersonales presentes en la población objeto de estudio; al igual que con dimensiones

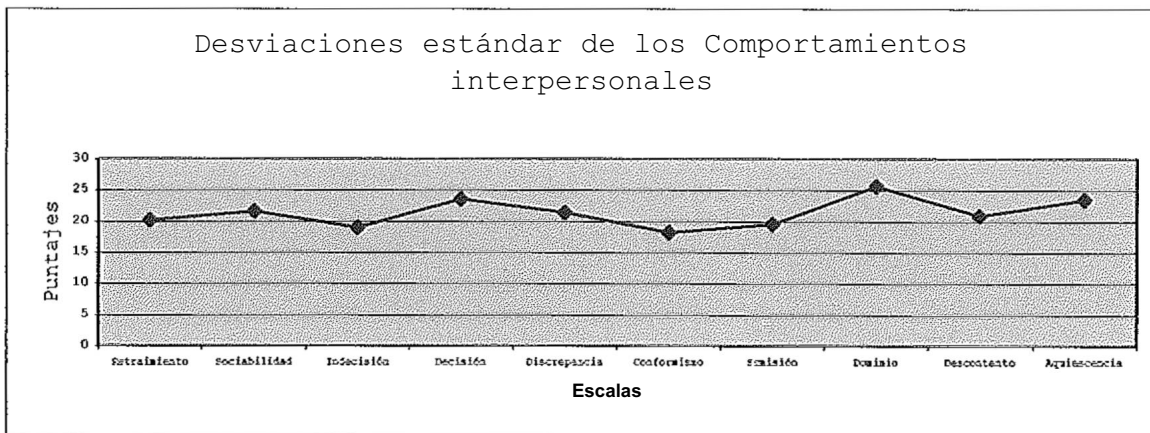
anteriores se halló la media aritmética (Ver figura 14), y la desviación estándar (Ver figura 15) , con el fin de identificar los estilos más utilizados.

Figura 14. Medias de puntajes de Comportamientos Interpersonales.



Al hallar la media y la desviación estándar de los puntajes de las escalas pertenencias a las modos cognitivos del MIPS se pudo identificar que: las escalas con mayor puntaje son las de sociabilidad con una X de 65,33 y S = 21,67, decisión con una X de 61,53 y S = 23,54, conformismo con una X de 68,67 y S = 18,18, dominio con una X de 53,93 y S = 25,69 y aquiescencia con una X de 60,40 y S = 23,44.

Figura 15. Desviación estándar de los Comportamientos Interpersonales.



Correlación entre los Estilos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento

Con el fin de establecer la relación entre las variables Estilos de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con IRC sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal del Hospital Ramón González Valencia, se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson; teniendo en cuenta que estas variables, mediada por el MIPS y el MAC con haremos de valoración de escalas de intervalo discreta.

Se utilizó la Correlación de Pearson (r), conceptualizada por Sampieri y Baptista (2004) en su libro Metodología de la Investigación como un prueba estadística que sirve para analizar y establecer el grado de relación entre dos variables, medidas en un nivel por intervalo o de razón. El coeficiente (r) de Pearson puede variar de -1.00 a +1.00.

Para el cálculo de las correlaciones se utilizó el software estadístico SPSS 12.0 para windows. Inicialmente se establecieron los coeficientes de correlación de Pearson, con el fin de establecer el grado de relación entre cada uno de los estilo de personalidad y cada una de las estrategias de afrontamiento (Ver tabla 12).

Tabla 12.

Coefficientes de correlación lineal de Pearson entre los Estilos de Personalidad y cada una de las Estrategias de Afrontamiento.

Estilos de	Estrategias de Afrontamiento
Personalidad	

	<i>Actitud</i>	<i>Preocupación</i>	<i>Orientación</i>	<i>Sin</i>
	<i>Positiva</i>	<i>Ansiosa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Esperanza</i>
Expansión	0,39	0,35	0,085	0,22
Preservación	0,15	0,57	0,26	0,42
Modificación	0,22	0,18	0,19	0,52
Adecuación	0,18	0,40	0,04	0,70
Individualidad	0,48	0,75	1,00	0,21
Protección	0,16	0,31	0,41	0,56
<i>Extraversión</i>	0,33	0,15	0,46	0,25
Introversión	0,13	0,13	0,41	0,59
Sensación	0,41	0,53	0,24	0,26
Intuición	0,12	0,12	0,30	0,31
Pensamiento	-0,50	0,18	0,18	0,12
Sentimiento	0,12	0,52	0,31	0,47
Sistematización	0,19	0,63	0,27	0,82
Innovación	0,35	0,32	0,30	0,21
Retraimiento	0,54	0,68	-0,48	0,13
Sociabilidad	0,23	0,17	0,40	0,27
Indecisión	0,16	0,36	0,17	0,43
Decisión	0,13	0,17	0,74	0,25
Discrepancia	0,17	0,23	0,32	0,25
Conformismo	0,22	0,35	0,17	0,60
Sumisión	0,13	0,42	0,77	0,55
Dominio	0,90	0,17	0,17	-0,55
Descontento	0,15	0,47	0,20	0,42
Aquiescencia	0,18	0,20	0,18	0,38

Para el presente estudio se han tomado como correlaciones significantes aquellas con un coeficiente de correlación mayor o igual a 0,45. Para la interpretación de los

resultados se ha tomado como referencia los siguientes rangos:

- +0.0 a +0.1 Correlación positiva débil.
- +0.11 a +0.5 Correlación positiva moderada.
- +0.51 a + 0.75 Correlación positiva fuerte.
- +0.76 a +0.90 Correlación positiva muy fuerte.
- +0.91 a + 1.0 Correlación positiva total.
- 0.0 a -0.1 Correlación negativa débil.
- 0.11 a -0.5 Correlación negativa moderada.
- 0.51 a -0.75 Correlación negativa fuerte.
- 0.76 a -0.90 Correlación negativa muy fuerte.
- 0.91 a -1.0 Correlación negativa total.

De esta manera, en las Metas Motivacionales las correlaciones fuertes estuvieron dadas entre preservación y Preocupación Ansiosa ($r=0.57$); modificación con Sin Esperanza ($r^0.52$); adecuación con Sin Esperanza ($r=0.70$); individualidad con Preocupación Ansiosa ($r=0.75$) y protección con Sin Esperanza ($r=0.56$). No obstante, dentro de esta dimensión se encontró una correlación total entre individualidad y Orientación Positiva ($r=1.00$).

Dentro de los Modos Cognitivos igualmente se hallaron correlaciones fuertes entre Introversión y Sin Esperanza ($r=0.59$); Sensación con Preocupación Ansiosa ($r=0.53$); Sentimiento y Preocupación Ansiosa ($r=0.52$). En el estilo de personalidad sistematización se hallaron dos coeficientes de correlación significativos; una correlación fuerte con preocupación ansiosa ($r=0.63$) y otra correlación muy fuerte con sin esperanza ($r=0.82$).

Finalmente, en la dimensión Comportamientos Interpersonales se establecieron relaciones significativas entre algunos de los estilos de personalidad que la conforman y las estrategias de afrontamiento, encontrando

una correlación fuerte entre retraimiento y actitud positiva ($r=0.54$) y preocupación ansiosa ($r=0.68$); decisión con orientación positiva ($r=0.74$); conformismo con sin esperanza ($r=0.60$); sumisión con sin esperanza ($r=0.55$).

Dentro de esta dimensión se halló una correlación negativa fuerte entre dominio y sin esperanza ($r=-0.55$). Del mismo modo se encontró una correlación positiva muy fuerte entre sumisión y orientación positiva ($r=0.77$).

Posteriormente, se hallaron los coeficientes de correlaciones multivariable, que establecen el grado de relación existente entre cada uno de los estilos de personalidad con las estrategias de afrontamiento (Tabla 13)

Tabla 13♦

Coefficiente de correlación Pearson entre los estilos de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

Estilos de Personalidad	Estrategias de Afrontamiento
Expansión	0,40
Preservación	0,61
Modificación	0,40
Adecuación	0,36
Individualidad	0,63
Protección	0,76
Extraversión	0,75
Introversión	0,63
Sensación	0,58
Intuición	0,49
Pensamiento	0,58
Sentimiento	0,66
Sistematización	0,10
Innovación	0,63

UNMS: ...

Retraimiento	0, 65
Sociabilidad	0, 61
Indecisión	0, 67
Decisión	0, 40
Discrepancia	0,42
Conformismo	0, 62
Sumisión	0,84
Dominio	0,77
Descontento	0,53
Aquiescencia	0,55

En general, la mayoría de los estilos de personalidad tuvieron una correlación fuerte y muy fuerte respecto a las estrategias de afrontamiento. Las correlaciones fuertes se observaron en los estilos de personalidad preservación ($r=0.61$), conformismo ($r=0.62$), descontento ($r=0.53$) y aquiescencia ($r=0.55$); y las muy fuertes estuvieron dadas en los estilos de personalidad de dominio ($r=0.77$), sumisión ($r=0.84$) y protección ($r=0.76$).

Se puede concluir que los Estilos de Personalidad asociados a las Estrategias de Afrontamiento adecuadas son: dominio, individualidad, decisión; mientras que existe un número mayor de correlaciones significativas entre Estrategias de Afrontamiento que dificultan la adaptación del paciente y los Estilos de Personalidad: Individualidad, Preservación, Sentimiento, Sistematización, Retraimiento, Protección y Sensación.

Discusión

Este estudio ofrece un análisis en profundidad de la relación existente entre la personalidad y el afrontamiento, variables medidas a través de las Escalas de Ajuste Mental (MAC) y el Inventario Estilos de Personalidad de Millón (MIPS). Al hablar de afrontamiento se hace necesario abordar las diferentes maniobras que utiliza un sujeto para acomodarse a una situación abrumadora; situaciones como problemas de duelo, enfermedades crónicas, determinados tipos de problemas familiares etc, involucran demandas adaptativas que exigen la participación a diferentes niveles de la capacidad de adaptación. Teorías evolutivas como la de Darwin afirman que un organismo durante su historia vital, desarrolla un conjunto de características que contribuyen a su supervivencia individual y al éxito reproductivo; este conjunto de características que en la bibliografía de la ecología evolutiva se ha denominado complejo de adaptaciones y estrategias, se puede conceptualizar como el equivalente biológico de los estilos de personalidad en la bibliografía sobre salud mental.

Las enfermedades crónicas y terminales, y sus mismos tratamientos generan en quienes las padecen un cambio sustancial del estilo de vida, comprometiendo todas sus habilidades cognitivas, afectivas, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. En el caso de esta población, pacientes con Insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis, deben enfrentarse no sólo al hecho de padecer una enfermedad incurable sino también a la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo. El proceso de aceptación y ajuste de la enfermedad, estará dado en gran

medida por la percepción, valoración y respuesta de la enfermedad por parte del paciente; es dentro de este proceso donde, según Rowland (1991), 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 el que el sujeto se enfrenta a ella.

De acuerdo con lo descrito anteriormente y con el análisis de resultados realizado, se procede a estudiar los datos arrojados por los instrumentos, teniendo como referente la información contenida dentro del marco teórico, así como los antecedentes que respaldan dicho estudio. En un primer momento, se estudian los resultados de la Escala de afrontamiento MAC de Watson y Greer, retomando los datos más sobresalientes, es decir, las estrategias más utilizadas por los pacientes con IRC frente a su diagnóstico y tratamiento de hemodiálisis; estudiándolos a la luz de los aportes de Lazarus y Folkman, Watson y Greer y demás autores contemplados en el marco teórico.

Así mismo, se procede a estudiar los resultados arrojados por estos pacientes respecto a la prueba de personalidad Inventario de Estilos de Personalidad de Theodoro Millón, retomando principalmente los aportes de este autor para el análisis de dichos resultados.

Una vez establecidos los datos más sobresalientes respecto a las estrategias utilizadas por los pacientes con IRC frente a su diagnóstico y tratamiento, así como a los estilos de personalidad que presentan, se procede a realizar posibles inferencias en cuanto a las relaciones existentes entre estas variables.

Las estrategias más utilizadas por los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis fueron aquellas que facilitan la adaptación del paciente a las consecuencias generadas por su enfermedad y tratamiento; dentro de estas la actitud positiva con una X de 79.44, muestran en este tipo de pacientes un conjunto de actitudes y conductas que los llevan a asumir una posición optimista frente al diagnóstico de IRC, haciéndose partícipe en su propio proceso de hemodiálisis así como de la recuperación de la descompensación emocional sufrida. De esta misma manera, los pacientes utilizaron la orientación positiva con una X de 70.17 dentro de su repertorio de maniobras para enfrentar su situación; es decir, poseen creencias positivas sobre sí mismos y sus posibilidades de controlar su situación. De esta manera, se corroboran los resultados de la investigación realizada por Neira, M y Villareal, V (2001), quienes encontraron que los pacientes después de asistir a una reflexión grupal y de salir del bloqueo emocional que causa la notificación de padecer una enfermedad como la IRC, tienden a generar estrategias de afrontamiento que favorecen la comprensión y aceptación de su situación, con una mejor valoración interna y del entorno.

Sin embargo, en esta población, aunque en menor grado, también se identificó la utilización de estrategias inapropiadas para un proceso de adaptación favorable; preocupación ansiosa con una X de 67.71 evidencian la percepción de la enfermedad como amenaza generando inquietud, ansiedad e incertidumbre; teniendo en cuenta los resultados hallados en la investigación de Watson et. Al. (1991) citado por Barez, que confirmaron el hecho de que las personas con "Preocupación Ansiosa",

"desesperanza/desamparo (indefensión)" y "fatalismo" presentan elevados signos de ansiedad y depresión; sin esperanza, con una X de 51.39, fue la estrategia menos utilizada por estos pacientes, manifestada en una actitud pasiva o de resignación del paciente frente a la enfermedad en las que éste tiene expectativas negativas frente a su pronóstico.

Continuando con el orden descrito anteriormente, en cuanto personalidad se refiere, a través de los resultados obtenidos del Inventario Estilos de Personalidad (MIPS), se puede establecer un perfil conformado por tres dimensiones: metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales. En cuanto a metas motivacionales, se puede afirmar que los pacientes con IRC participantes de este estudio, son personas que tienden a mirar el lado positivo de la vida mostrándose optimistas respecto a las posibilidades futuras, lo que les facilita enfrentar sus altibajos con ecuanimidad (tendencia a puntuaciones altas en el estilo de expansión con una X de 68.80), esto confirma los resultados obtenidos por Santos O. (2002) quien al estudiar una población con la misma enfermedad encontró como rasgo característicos el optimismo y la actividad entre otros. No obstante, estas personas ante los acontecimientos reaccionan adaptándose a las circunstancias que otros crean, es decir, hacen poco por dar forma a sus vidas o por modificarlas (tendencia al estilo de personalidad adecuación con una X de 64.2). Del mismo modo, estas personas se encausan en satisfacer sus deseos y necesidades, buscando realizarse ellos mismos en primer lugar, y preocupándose poco por la repercusión que pueda tener su comportamiento en los demás, es decir,

suelen ser egocéntricos (tendencia a la individualidad con una X de 66.3).

En cuanto a los modos cognitivos, no se debe dejar de lado que la diferencia entre las escalas yuxtapuestas no son significativas; sin embargo a partir de los puntajes mas altos se puede inferir un perfil de la población estudiada de acuerdo con el cual se afirma que estas personas recurren a los demás buscando hallar estímulo y ánimo, utilizando sus amigos como fuente de ideas, inspiración y energías y de esta manera acumular confianza en sí mismos (tendencia a la extraversión con una X de 57.8). Como fuente de conocimiento para esta población prevalece lo tangible y lo concreto, pues confían en la experiencia directa y en los fenómenos observables, es decir, lo práctico, lo real y lo objetivo. Estas personas basan sus decisiones mas en juicios fríos, impersonales y objetivos que en emociones subjetivas (tendencia a pensamiento con una X de 65.6). Además, son personas que se caracterizan por ser muy organizadas y predecibles en cuanto al enfoque de sus experiencias en la vida, adaptando sus nuevos conocimientos a los ya habituales (tendencia a la sistematización con una X de 58.53).

En cuanto a los comportamientos interpersonales, esta población se caracteriza por buscar la atención, el entusiasmo y el estímulo social, en tanto que pueden llegar a ser exigentes y manipuladores (tendencia a la sociabilidad con una X de 65.33). Como se nombró anteriormente, son personas egocéntricas, seguros de sí mismos que tienden a sentir que son mas competentes que las personas que los rodean (tendencia a la decisión con una X de 61.53). Sin embargo, se relacionan con la autoridad de una forma respetuosa y cooperadora lo que les lleva a que

en muchas ocasiones no expresen sus emociones espontáneamente (tendencia al conformismo con una X de 68.67). Para ellos la calidez y la ternura son signos de debilidad, por lo que generalmente son dominantes y en ocasiones agresivos socialmente (tendencia al dominio con una X de 53.93).

Finalmente y respondiendo al objetivo planteado al inicio de la investigación a continuación se presentan los hallazgos encontrados al correlacionar los estilos de personalidad con las estrategias de afrontamiento mediante el software SPSS 12 para Windows, utilizando los estadísticos de Pearson y Chi cuadrado.

Dentro de las correlaciones lineales halladas se encontró una correlación total entre individualidad, definida por el MIPS como el estilo que poseen aquellas personas que se encauza a satisfacer sus deseos y necesidades, es decir, buscan realizarse ellos mismos en primer lugar; con Orientación Positiva, entendida como las creencias positivas del paciente sobre si mismo y sus posibilidades de controlar su situación, con una $r=1$. Se puede inferir entonces que el egocentrismo que caracteriza a este tipo de pacientes los lleva a encauzar sus conductas a involucrarse en su tratamiento luchando por mantener una calidad de vida. Por lo tanto dicho estilo facilita el proceso de adaptación a los cambios generados por la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis.

Sin embargo, la individualidad también se relaciona fuertemente ($r=0,75$), con la estrategia de afrontamiento preocupación ansiosa en la cual el paciente visualiza la enfermedad como una amenaza cuyas formas de control produce inquietud, por lo que se infiere que el paciente, dada la importancia que da, en este caso a su tratamiento, y sin

tener la certeza ni la garantía de un bienestar físico, le provoca inquietud y ansiedad por la incertidumbre de su futuro. Frente a este planteamiento cabe citar a Vinokur y Bueno (2002) quienes en su investigación evaluaron los procesos y reacciones psicológicas de los pacientes en hemodiálisis, encontrando que éstos pacientes presentan angustia en el 100% de los casos, acompañadas de sentimientos de incapacidad, ansiedad, negación; además se observó que utilizan mecanismos de regresión y egocentrismo.

La Preservación, estilo que también corresponde a la dimensión de Metas Motivacionales, se caracteriza porque el sujeto centra su atención en los problemas y los agudiza, estando siempre a la espera de que las cosas irán de mal en peor; tiene una correlación fuerte de 0,57 con Preocupación Ansiosa. Esto indica tal como lo afirma Lipowsky (1969), que el significado subjetivo que tenga el paciente de la enfermedad influirá en la manera como va a afrontarla, y es así como una percepción de amenaza estará caracterizada por la ansiedad anticipatoria ante el daño físico o psíquico.

Se halló también correlación fuerte ($r=0,56$) entre el Estilo de Personalidad protección, en el cual el sujeto está motivado a satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, y la Estrategia de Afrontamiento Sin Esperanza, que consiste en adoptar una actitud pasiva o de resignación del paciente frente a la enfermedad.

Se puede identificar el contraste que se presenta en el tipo de estrategias utilizadas de acuerdo a las escalas yuxtapuestas de individualidad versus protección; de esta manera, se observa en este par de Estilos de Personalidad

la equivalencia con la utilización de determinado tipo de estrategias.

Dentro de las escalas correspondientes a la dimensión de Modos Cognitivos, se encontró una correlación fuerte equivalente a 0,53 en Sensación, donde los sujetos adquieren sus conocimientos solo a través de lo tangible, lo concreto y lo real, y Sin Esperanza. El paciente con IRC se enfrenta a un panorama aterrador en sus terapias de hemodiálisis, en las que en ocasiones presencian quejas, dolores y hasta pérdida de compañeros de diálisis; el modo en el que adquieren la información de su enfermedad, de manera tangible, muestra como se nombró anteriormente un panorama desconsolador, de tal forma que ellos evalúan su situación de estas vivencias.

Otra correlación fuerte es la de Sentimiento con Preocupación Ansiosa, con un $r=0,5$, muestra como si las personas manifiestan sus criterios según sus propias respuestas afectivas ante las circunstancias, es decir el paciente se siente amenazado en su integridad debido a la enfermedad, ya que ésta genera incertidumbre y preocupación frente al rumbo de su vida. Según el estudio realizado por Arrastoa (1997), las reacciones emocionales que presentan estos pacientes son negación, rabia, depresión, delirio y miedo; este último, la angustia y la pérdida de autoestima son frecuentemente aumentados por los procedimientos terapéuticos y sus efectos sobre el cuerpo, la personalidad y la imagen social.

El Estilo de Personalidad Sistematización, que hace referencia al tipo de personas organizadas y predecibles en cuanto al enfoque de sus experiencias en la vida, se correlacionó con ambas estrategias inadecuadas, Preocupación Ansiosa ($r=0,62$) y Sin Esperanza ($r=0,82$). La

rigidez que muestran los pacientes con este estilo de personalidad dificulta la adaptación del paciente con las consecuencias generadas por la enfermedad y el tratamiento que provocan la pérdida de control frente a la organización de sus vidas.

Dentro de la dimensión de Comportamientos Interpersonales, el Estilo de Personalidad Retraimiento, definido como la incapacidad para demostrar emociones mostrando indiferencia social, se correlacionó fuertemente ($r=0,68$) con la estrategia de preocupación ansiosa. Tal como lo postula Joyce McDougall citado por Iturrate en 1962, las personas que desarrollan enfermedades crónicas tienen una tendencia a ignorar las señales de su cuerpo, o en el caso de ser registradas, las consideran desprovistas de importancia; son individuos sobreadaptados que ante momentos difíciles o traumatizantes parecen inquebrantables, muchos de ellos presentan alexitimia y a veces parecen algo desafectivos con los demás.

Continuando con los estilos correspondientes a esta dimensión, la Decisión, definida como la tendencia que tiene un sujeto de sentir que es más competente y que tiene más talento que los demás, influirá positivamente en la forma como se enfrente a situaciones adversas como es el padecimiento de una enfermedad crónica como la IRC, influencia demostrada en la correlación fuerte que tiene este estilo con la Orientación Positiva ($r=0,74$).

Finalmente, se evidenció una correlación muy fuerte entre Dominio y Actitud Positiva ($r=0,90$), por lo que se infiere que los pacientes enérgicos que tienden a imponerse sobre los demás, enfrentan su situación adoptando un conjunto de actitudes y conductas destinadas a asumir una situación positiva, lo que facilita mantener una calidad de vida.

Se comprueba entonces, la hipótesis de investigación en la que se afirma la relación existente entre personalidad y afrontamiento, rechazando la hipótesis nula.

De esta manera se concluyen los hallazgos proporcionados por este estudio, ofreciendo una herramienta teórica para la línea clínica que permita proporcionar una intervención psicológica pertinente a este tipo de pacientes de acuerdo a sus Estilos de Personalidad con el fin de encausarlos a la utilización de Estrategias de Afrontamiento más adecuadas que mejoren su calidad de vida.

Aun cuando este estudio arroja resultados significativos, que confirman los antecedentes investigativos no se debe perder de vista el hecho de que se contó con una población (n=15) que no permite generalizar los resultados encontrados. Por otro lado, este estudio corroboró que aun hace falta estudiar desde la perspectiva psicológica este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que su condición de enfermedad crónica y el posible tratamiento desborda lo fisiológico hacia lo psicológico y social, comprometiendo su calidad de vida. El estudio realizado señala la necesidad de dar continuidad a la exploración de la esfera psicológica del paciente con IRC dentro de la línea de investigación clínica del programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Referencias

Allport, G. (1965). *La personalidad*. España. Ed. Herder S.A.

Amenábar, J. (1997). *Órgano Oficial de la Sociedad de Nefrología*. (en red). Recuperado en, <http://www.aulamedica.com/web/nefrologia/>

Ancizar, E. (1999). *Insuficiencia Renal*. (en red). Recuperado en, http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/gui/insuficiencia_renal.pdf.

Antón & Borrás (1998). *Adhesión al tratamiento antirretrovirico en pacientes VIH+*. Servicio de farmacia, Hospital Universitario de Elche.

Arbeláez, M. (1999). *Insuficiencia Renal Crónica*. Medellín. Proyecto ISS - Ascofame.

Arciniegas y Ledesma (2003). *Programa psicológico cognitivo-conductual orientado a incrementar las respuestas de aprontamiento para mejorar la adaptación al diagnóstico y tratamiento en pacientes con IRC*. UNAB. Bucaramanga.

Arrastoa, J (1997). *Cáncer, diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ed. Mediterráneo.

Barex, M. (2002). *Relación entre la percepción del control y adaptación a la enfermedad*. Universidad Autónoma de Barcelona.

Barull, E (2000). *¿Cuál es el objeto de estudio de la Psicología?*. En Internet (en red). Recuperado en, <http://www.Biopsychology.org>

Bernal y Forero (2002). *Adaptación y validación de la escala de Ajuste Mental de Cáncer (MAC) (Watson, Greer & Bliss 1989) en una muestra de pacientes con cáncer Colombianos*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

Blum -Gordillo B, Gordillo G y Grunberg J (1996). *Psiconefrología y Econefrología en Gordillo G*. México. Ed. Nefrología Pediátrica (Pp 467-481).

Borrero, J. (1980) *Nefrología: líquidos y electrolitos*. Medellín . Ministerio de salud Pública.

Blunno, G. Marchetta, N. y Nizetich, S. (2000). *Elección del Tratamiento en pacientes con IRC*. Revista de Nefrología de Diálisis y Trasplante. N° 50. Pp 25-27

Brown, J. (1978). *Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patient*. Psychosomatic Research 32.

Cala, R.(1993) *Nefrología*. Medellín : CIB.

Catell, R. (1965). *The scientific Análisis of Personality*. Chicago. Ed. Aldine Publishing Co.

Cantón, E. (1999) . *Estrategias de cambio de actitudes: la intervención mediada psicológicamente en el tratamiento*. VII congreso chileno de psicología de la enfermedad y la salud.

Cohén J. (1973). *Psicodinámica de la personalidad*. México. Ed. Trillas.

Codina, C. Thused, M y Martínez, M. (2000). *Importancia y monitorizaciones de la adherencia al tratamiento*. Hospital Clínico Provincial de Barcelona.

Creed, F. (1988). *Anxiety in general medical patients*. London. Elsevier Science Publishers.

Cueli, J. (1990) *Teorías de personalidad*. México. Ed. Trillas.

Diez. M(1975). *Proceso Psicossomático Terapéutico*. México. Ed. Trillas. Tomo I.

Dobrovsky. (1997). *Exploración psicológica de pacientes en lista de espera para trasplante renal*. Diagnóstico situacional y expectativas. Buenos Aires.

Engel, G. (1977). *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine.* Science.

Engler, B. (1995). *Introducción a las teorías de personalidad.* México. Ed. McGraw- Hill

Erickson, E (1963). *Childhood and society.* Nueva York. Ecl. Norton. Segunda Edición.

Eysenck HJ. (1972). *Fundamentos Biológicos de la personalidad.* Barcelona. Ed. Fontanella.

Filiberti, A. (1989). *Oncología Clínica: Aspectos psicológicos.* México. Ed. Dolor.

Forero, J. (1994). *Mental Adj ustment to cáncer and quality of Ufe in breast cáncer patients: an exploratory study.* Psycho-oncology. 3. Pp. 223-232.

Forero, J. (1995). *Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de los pacientes con cáncer de mama.* Revista Latinoamericana de Psicologia, 27. Pp. 87-102.

FRIAT, (2002). *La Insuficiencia Renal.* En Internet (en red). Recuperado en,

<http://www.friat.es/general/general.htm>.

García, M. (1987) *Alteraciones psicopatológicas en la Insuficiencia Renal Crónica. Criterios de Selección al Programa de hemodiálisis, trasplante y técnicas de rehabilitación psicosocial.* Nefrología 3.

Garcia, F y Guevara, R (2002) *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos.* Revista de Nefrología, Vol XXII. Número 3. Perú

Giner, J. (1983) . *Aspectos médicos-psicológicos en pacientes oncológicos (personalidad previa y trastornos psíquicos)* Psiquis VI.

Gordillo, M y de la Cruz, J (2003) . *Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH*

- + ; *Algunas hipótesis desde la psicología.* Madrid. Ed. Pshicotema, Vol 15. Pp 227 a 233
- Guilford, P.P (1959). *Personalidad.* México. Ed. McGraw-Hill.
- Guyton, A. (1984) . *Fisiología médica.* México. Ed. Interamericana.
- Haan, N. (1979). *Coping and defending of self-environment organization.* New York: Academic Press.
- Harrison, T. (1974). *Medicina Interna.* México. Ed. La prensa médica Mexicana.
- Hernández, Sampieri y Baptista. (2003). *Metodología de la Investigación.* Tercera Edición. México. Ed. Me Graww Hill.
- Hinrich, J. (1989). *Psychological consequences of surgery.* *Psychosom. Med* 51.
- Hirt, E (1902). *Die temperamente.* Leipzig: Barth.
- Huteau M. (1989). *Las concepciones cognitivas de personalidad.* España. Ed. Fundamentos.
- Iturrate, M (1962). *Psicoanálisis y personalidad.* Buenos Aires. Ed. Compañía General Fabril Editora.
- Kaplan, D. (1976) *The influence of patient's personality in adjustment to chronic dialysis : A predictive study.* *Ment Dis* 2.
- Kaplan, D. (1973). *Roles and reactions of psychiatritis in chronic hemodialysis programas.* *Psychiatry Méd* 4.
- Kiely, W. (1972). *Coping with severe illness.* New York. Basic Books.
- Latorre, J & Beneit, P (1992). *Psicología de la salud.* Argentina. Ed. Lumen.
- Lawrence, P (1998). *La ciencia de la personalidad.* España. Ed. McGraw-Hill.

Lazarus RS, Folkman S. (1986) *El concepto de afrontamiento. En: Estrés y procesos cognitivos.* Editorial Martinez-Roca S.A., Barcelona.

Lazarus RS, Folkman S. (1986) *El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. En: Estrés y procesos cognitivos.* Editorial Martinez-Roca S.A., Barcelona.

Levrino y Aouad (2000). *Psiconefrologia.* En Internet (en red). Recuperado en, [http:// www.psiconefrologia.com](http://www.psiconefrologia.com)

Levy, N. (1975) . *The quality of Ufe on maintenance hemodialysis.* London. Ed. Lancet.

Liebert, R. (1999). *Personalidad.* México. Ed. International Thomsom Editores.

Lipowsky, Z. (1969). *Psychosocial aspects of disease.* Intern Med.

Lipowsky, Z. (1970) . *Physical illness, the individual, and the coping process.* Psychiat. Med.

Lloyd, G. (1991) . *Psychological reactions in physically ill patients.* London. Science Publishers.

Lowenstern, E. (2003). *Enfermedades Psicósomáticas.* México. Ed. Centro Gestalt de México.

Masur, F. (1988). *Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud.* Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 20. N° 1. Pp 103-126.

Mechanic, D. (1974). *Social structure and personal adaptation: someneglected dimensions.* New York. Basic Books.

Mechanic, D. (1962). *The concept of illness behavior.* New York. Basic Books.

McDougall, W (1932) . *Introduction to social psychology.* New York. Ed. Scribners.

Miller, F. (1970). *Psychiatry complications of renal diálisis desequilibrion: case report*. Psychiatry.

Miller, N.E (1980). *A perspective on the effects of stress and coping on disease and healt*. New York. Plenum.

Millón, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

Millón, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona. Ed. Salvat.

Millón, Y. (1994). *MIPS Inventario Estilos de Personalidad*. EEUU. Ed. TEA Ediciones.

Millón, T. & Davis, R. (1998) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Ed. Masson.

Millón, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II [MCMI-II]*. Manual. Madrid. Ed. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

Murray, H. (1938). *Exploratioons in personality*. New York. ED. Oxford Press.

Neira C. Y Villareal V. (2001). *Abordaje Psicoterapéutico en diálisis: Grupo de reflexión para pacientes y familiares*. Colombia. Nefrología, diálisis y trasplante. Pp 29-31.

Oblitas, L. (20004) . *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. Thomson editores.

Ocaña E, (1998) . *XI Congreso Argentino de Nefrología*. Mendoza.

Parson, T. (1951). *The social system*. Cleoncoe. Free • Prees. London.

Peterson, R. (1991). *Deression, perception of Illness and mortality in patients with end-stage renal disease*. Psych in Med, Vol 21.

Queyart, F (1896). *Les caracteres et l'education morale*.
París. Ed. Alean.

Remor, E (2002) *Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+*. Ed. Psicothema, Vol 14, N° 2, pp. 266 - 267.

Ribot, T. (1890). *Psychologie des sentiments*. París. Ed. Delahaye and Lecrosnier.

Riveros, G. (1997). *Perfil epidemiológico de enfermedades crónicas*. (en red) Recuperado en <http://www.col.ops.oms.org>

Rogers, C (1959) . *A theory of therapy, personality , and interpersonal relationships as developd in the client-centered framework*. New York . Ed. Me Graw-Hill.

Rowland, J. (1991) . *Intrapersonal resources: Coping*. New York. Oxford university.

Santos, O. (2002) . *Características de personalidad en pacientes con IRC atendidos en la Clínica Los Comuneros del Instituto Seguro Social de Bucaramanga*. UNAB. Bucaramanga

Schifferli, J. (1989) *Physiological and pathological aspects of circulating immune complexes*. Kidney. International.

Schmitz, P. (2001). *Personalidad, Afrontamiento y Salud*. Universidad de Boo. Alemania.

Smith, M. (1985). *Diagnosis of deresión in patients with end stage renal disease*. Med 79.

Sullivan, H.S. (1947) *Conceptions of modern psychiatry*. New York. Ed. Norton.

Tobo, N, Martínez, G. (1995) *Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación son las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis*. Colombia Médica, 26.

- Trióla, M. (2000). *Estadística elemental*. México: Pearson.
- Vaillant, G. (1971) . *Theoretical hierarchi of adaptative ego mechanisms*. Arch Psychiatry.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to Ufe*. Boston: Little, Brown.
- Vinokur, E y Bueno, D (2002) . *Aspecto psicológico del paciente renal*. Revista de nefrologia diálisis y transplante renal. N° 56.
- Watson M. y Creer S. (1983). *Developed of a questionnaire measure Psychological consideration social science and medicine*.
- Weisman, A. (1991) . *Coping with illness*. New York. Mosby.
- White RW. (1974) *Strategies of adaptation: An attempt at systematic description*. In: *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York .

Apéndices

Apéndice A

Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer

ESCALA DE AJUSTE MENTAL DE WATSON Y GREER PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBREFECHA

INSTRUCCIONES: Las frases que va a leer a continuación describen reacciones de las personas que tienen Insuficiencia Renal. Por favor, rodee con un círculo el número correspondiente en la escala que aparece a la derecha de cada frase indicando en que medida cada una de ellas se aplica a usted en este momento. Por ejemplo, si la frase definitivamente no se le aplica, deberá colocar entonces un círculo en el número 1 ubicado en la primera columna. Sea sincero (a) en sus respuestas. Gracias por su participación.

	Definitivamen te no se me aplica	No se me aplica	Se me aplica	Definitiva mente se me aplica
1. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.	1	2	3	4
2. Creo que mi actitud positiva beneficiará mi salud.	1	2	3	4
3. Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
4. Siento que nada de lo que haga va a cambiar mi situación.	1	2	3	4
5. Siento que en la vida no hay esperanza.	1	2	3	4
6. Por mi diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho	1	2	3	4
7. Me preocupa la evolución de la enfermedad	1	2	3	4
8. He vivido bien y lo que me queda es ganancia adicional	1	2	3	4
9. Siento que no puedo hacer nada para ayudarme a mi mismo.	1	2	3	4
10. Me gustaría conocer personas que se encuentren en la misma situación.	1	2	3	4

11. Estoy decidido (a) a darle la espalda a esta situación.	1	2	3	4
12. me cuesta trabajo creer que esto me está sucediendo	1	2	3	4
13. Sufro una gran angustia por esto.	1	2	3	4
14. No tengo mucha esperanza sobre mi futuro	1	2	3	4
15. Por el momento, vivo el día a día	1	2	3	4
16. Otras personas se preocupan por mi más de lo que yo lo hago	1	2	3	4
17. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
18. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre la Insuficiencia Renal.	1	2	3	4
19. siento que no puedo controlar lo que esta sucediendo.	1	2	3	4
20. Intento tener una actitud muy positiva.	1	2	3	4
21. Me mantengo bastante ocupado(a) para no tener tiempo de pensar en esto.	1	2	3	4
22. Evito averiguar más acerca de mi enfermedad.	1	2	3	4
23. Siento que estoy resignado(a) frente a esto.	1	2	3	4
24. No tengo ni la menor idea de que debo hacer.	1	2	3	4
25. Siento mucha rabia por lo que me está sucediendo.	1	2	3	4
26. Reconozco mis fortalezas.	1	2	3	4
27. Intento luchar contra la enfermedad.	1	2	3	4

Apéndice B

Inventario Estilos de Personalidad de Millón (MIPS)

- 1 Soy una persona tranquila y colaboradora.
- 2 Siempre he hecho las cosas a mi manera y he aceptado las consecuencias.
- 3 Me gusta ser la persona que asume el control de las cosas.
- 4 Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.
- 5 Contesto las cartas el mismo día que las recibo.
- 6 A veces me las arreglo para estropear las cosas buenas que me pasan.
- 7 Ya no me entusiasman tantas cosas como antes.
- 8 Preferiría ser un seguidor más que un líder.
- 9 Hago un gran esfuerzo por ser popular.
- 10 Siempre he tenido talento para tener éxito en lo que hago.
- 11 Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.
- 12 Me siento incómodo cuando me tratan bien.
- 13 Con frecuencia me siento tenso y tímido en reuniones sociales.
- 14 La policía abusa del poder que tiene.
- 15 Algunas veces he tenido que ser bastante brusco con la gente.
- 16 Los niños deben obedecer siempre las normas de sus mayores.
- 17 A menudo me molesta cómo marchan las cosas.
- 18 A menudo espero que me pase lo peor.
- 19 No me importaría tener pocos amigos.
- 20 Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.
- 21 Aunque esté en desacuerdo, por lo general, dejo que la gente haga lo que quiera.

22 De nadie debería esperarse que diga siempre la verdad.

23 Hago comentarios groseros si considero que la persona se los merece.

24 Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.

25 Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.

26 Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil.

27 Últimamente me he convertido en una persona más encerrada en mí misma.

28 Soy una persona que exagera sus sentimientos y presume para atraer la atención.

29 Siempre trato de hacer lo que es correcto.

30 Dependo poco de la amistad de los demás.

31 Nunca he estado estacionado durante más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.

32 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que he querido.

33 Me gusta organizar todas las cosas en sus mínimos detalles.

34 A menudo los demás logran irritarme.

35 Jamás he desobedecido las normas de mis padres.

36 Consigo lo que quiero, aunque tenga que amenazar a los demás.

37 Nada es más importante que proteger la reputación personal.

38 Los demás tienen mejores oportunidades que yo.

39 Ya no expreso lo que realmente siento.

40 Es improbable que lo que tengo que decir interese a los demás.

41 Hago un gran esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.

42 Me tomo con poca seriedad muchas de las responsabilidades que tengo.

43 Soy una persona dura, nada sentimental.

& Aparentemente hay pocas cosas en la vida que me afecten mucho.

O Me pongo muy tenso cuando tengo que conversar con gente que no conozco.

CD> Soy una persona colaboradora que cede ante les demás.

O Actúo sin pensar.

O Primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.

O A menudo he estado inquieto y con ganas de marcharme a casi cualquier otro lugar.

44 Lo mejor es controlar nuestras emociones»

45 Desearía que la gente no me culpara a mi cuando algo sale mal.

46 Probablemente soy mi peor enemig \

47 Tengo muy pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.

O Me siento intranquilo con personas que no conozco muy bien.

48 Está bien bordear la ley si no se incumple.

49 Hago mucho por los demás, pero eUos hacen poco per mí.

O Siempre he creído que los demás no tienen buena opinión de mí.

O Tengo mucha confianza en mí mismo.

50 Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.

60 Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.

61 Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.

62 Me siento mejor cuando estoy solo.

63 Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.

& Siempre trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.

64 Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.

& Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas para mantenerme a raya.

O Siempre termino mi trabajo antes de descansar.

68 Otros consiguen oportunidades que yo no logro.

69 A veces siento que merezco ser infeliz.

70 Espero que las cosas sigan su curso antes de decidir qué hacer.

71 Procuro ocuparme más de los demás que de mí mismo.

& A menudo creo que mi vida va de mal en peor.

72 El simple hecho de estar con otras personas me hace sentir inspirado.

74 Cuando conduzco siempre estoy atento a las señales sobre límites de velocidad y procuro no sobrepasarlos.

75 Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.

76 Generalmente, me guío por mi intuiciones) no por la Ir.fun naden que tengo sobre algo.

CT* Jamás envidio los éxitos de otros.

78 En el colegio me gustaban más las asignaturas prácticas que las teóricas.

79 Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.

80 Mi corazón controla mi cerebro.

81 Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.

87 A menudo espero que alguien solucione mis problemas.

& Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.

Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.

Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.

Sí algo sale mal, aunque no sea importante, se me arruina todo el día. ¿7

Disfruto más de mis fantasías que de la realidad cotidiana.

88 Me siento satisfecho dejando que las cosas sigan su curso sin intervenir.

& Trato de ser más lógico que emocional.

90 Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.

91 Me resulta difícil conversar con alguien que acabo de conocer.

92 Ser bondadoso es más importante que ser frío y racional.

93 Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.

94 Me resulta fácil disfrutar de las cosas.

95 Me siento incapaz de influir en el mundo que me rodea.

96 Vivo según mis propias necesidades y no según las de los demás.

& Nunca espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.

98 Nunca digo tacos, aun cuando estoy muy enfadado con alguien.

99 La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.

100 A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.

101 Ni siquiera siendo adolescente intenté copiar en un examen.

102 Siempre soy frío y objetivo en el trato con los demás.

103 Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular por qué funciona de ese modo.

104 Soy una persona difícil de conocer bien.

105 Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.

106 Manejo fácilmente mis cambios de estado de ánimo.

107 Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.

108 Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.

CS > Jamás haría algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.

Mis amigos y mis familiares recurren a mí en primer lugar para encontrar afecto y apoyo.

111 Aun cuando todo está bien, generalmente pienso que pronto va a empeorar.

112 Planifico y organizo con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.

113 Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.

114 Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.

115 Algunos de mis mejores amigos desconocen lo que realmente siento.

116 La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.

Mi sentido de la realidad es mejor que mi imaginación.

Primero me preocupo por mí y después de los demás.

Dedico mucho esfuerzo para que las cosas me salgan bien.

(EJ) > Siempre mantengo la compostura, sin importar lo que esté pasando.

- 121) Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
- 122) Muy pocas cosas me han salido bien.
- <E> /*e gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.
- 123) Puedo prescindir de los aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.
- 125) Prefiero ocuparme de realidades y no de posibilidades.
- 126) Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.
- 127) Los sentimientos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.
- 128) Me gustan más los soñadores que los realistas.
- 129) Soy más ^apaz que los demás de reírme de los problemas.
- 130) Es poco lo que yo puedo hacer, así que prefiero esperar a ver qué pasa.
- 131) Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enfadado.
- 132) Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.
- 133) Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por (o que siente la gente que participa en su realización.
- <@> Para mí, lo ideal sería trabajar con ideas creativas.
- 135) Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio; prefiero ser más espectador que actor.
- 136) Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.
- 137) Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.
- 138) Disfruto más de las realidades cotidianas que de las fantasías.
- 139) Muchas cosas sin importancia me alteran.

íSi) Aprendo mejor observando y hablando con la gente.

- 141) No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.
- 142) No me atrae conocer gente nueva.
- 143) Pocas veces sé cómo mantener una conversación.
- 144) Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las personas.

tfgp) Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.

CTD Trato de no actuar hasta saber qué van a hacer los demás.

- 147) Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.
- 148) Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.
- 149) Me gusta ser popular y participar en muchas actividades sociales.
- 150) Raramente cuento a otros mis pensamientos íntimos.
- 151) Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.
- 152) En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.
- 153) La mayor parte del tiempo la dedico a organizar lo que tengo que hacer.
- & No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.
- 155) Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.
- 156) Realmente disfruto con los debates sobre temas o sucesos místicos.
- 157) Decido cuáles son mis prioridades y luego tomo medidas firmes para lograrlas.
- 158) No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.

- 159) Me siento orgulloso de ser eficiente y organizado.
 - 160) Realmente me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.
 - 161) Soy ambicioso.
 - 162) Sé cómo agradar a la gente.
 - 163) La gente puede confiar siempre en que voy a realizar mi trabajo con minuciosidad.
 - 164) Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.
 - 165) Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.
 - 166) Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.
 - 167) Generalmente logro convencer a los demás para que hagan exactamente lo que yo quiero que hagan.
 - 168) Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.
 - 169) Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.
 - 170) Confío mucho en mis habilidades sociales.
 - 171) Evacuó las situaciones rápidamente y luego actuó para que las cosas salgan como yo quiero.
 - 172) En una discusión soy capaz de convencer a casi todos para que apoyen mi posición.
 - 173) Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.
- CEZ)** Como si fuera un buen vendedor, puedo influir con éxito sobre los demás, con modales agradables.
- 175) Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.

CTj/% Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente implicada.

177) Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.

178) Mi imaginación es superior a mi sentido de la realidad.

179) Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.

<EE> Tengo una forma de ser agradable que logra gustar fácilmente a la gente.

FIN DE LA PRUEBA
SI HA TERMINADO ANTES DEL TIEMPO
CONCEDIDO COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

Apéndice C

Encuesta Sociodemográfica

ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS DE
 APRONTAMIENTO UTILIZADAS POR PACIENTES CON INSUFICIENCIA
 RENAL ASISTIENTES AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

Hospital Universitario Ramón González Valencia

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Datos Personales			
Nombre			
Genero	Masculino		Femenino
Nivel de educación	Primaria	Incompleta	Completa
	Bachillerato	Incompleto	Completo
	Universitarios	Incompleto	Completo
Estado civil	Soltero (a)		Separado (a)
	Casado (a)		Unión libre
Ocupación			Edad
Dirección		Barrio	
Ciudad		Estrato	Teléfono
Convivencia	Solo		
	Familia Paterna		
	Con hijos		
	Cónyuge-hijos		
Datos clínicos			
Fecha de diagnóstico		Fecha de inicio de tratamiento	
Número de veces que dializa a la semana	se	Menos de 1 vez	
		1 vez	
		2 veces	
		3 veces	
Relación con el equipo asistencial	Buena		
	Regular		
	Mala		

Apéndice D

Protocolo de Investigación

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
Hospital Universitario Ramón González Valencia

ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS DE
APRONTAMIENTO UTILIZADAS POR PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL ASISITENTES AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

A continuación se presenta un esquema general de la investigación: estilos de personalidad asociados a las estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico IRC y al tratamiento de hemodiálisis, en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; con el fin de brindar mayor claridad en los objetivos, procedimientos y beneficios que se pretenden llevar a cabo.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN?

Identificar las características de la forma de ser que tienen las personas con Insuficiencia Renal Crónica, que les lleva a utilizar diferentes estrategias para hacer frente a la enfermedad como tal y a las instrucciones del tratamiento, tales como la dieta, la asistencia a consulta médica y a las terapias de hemodiálisis en las horas y en los días establecidos.

¿QUÉ SE PRETENDE MEDIR?

En el presente estudio, se pretende medir dos aspectos: la personalidad y el afrontamiento al diagnóstico y al tratamiento de hemodiálisis.

La personalidad se entiende como la forma de reacción y adaptación de una persona frente a las diferentes situaciones que se le presentan en el transcurso de su vida, es decir, la forma de ser de cada quien, lo que le permite diferenciarse de los demás.

Por otra parte, el afrontamiento al diagnóstico y al tratamiento se refiere a la forma como la persona evalúa la situación (enfermedad), como reacciona frente a ella y como asume las consecuencias de dicha situación.

¿QUÉ PASARÁ EN ESTE ESTUDIO?

Este estudio comprende dos etapas : la primera etapa consiste en la aplicación de un cuestionario llamado Escala de Ajuste Mental de Watson & Creer para Enfermedades Crónicas valorará las estrategias de afrontamiento al diagnóstico de IRC y al tratamiento de hemodiálisis por parte del paciente. Esta escala consta de 27 preguntas, con respuesta de elección múltiple con única respuesta (Definitivamente no se me aplica, No se me aplica, Se me aplica, , Definitivamente se

me aplica) , el tiempo aproximado para responderlo es de 15 a 20 minutos.

Después de obtener esta información se aplicará una prueba que mide la forma de ser de cada persona, lo que Iso diferencia de los demás y la forma en que responden a distintas situaciones. Este cuestionario tiene 180 preguntas cuyas respuestas pueden ser: falso (F) ó verdadero (V); el tiempo que una persona puede emplear respondiéndolo es de 30 o 45 minutos.

A demás se accederá a la información recopilada en la historia clínica de cada paciente como son la edad, el género, dirección, nivel de educación, el tiempo de inicio del tratamiento, etc.

Finalmente, con los datos recogidos de las pruebas aplicadas, se procede a describir la relación que existe entre la forma de ser de las personas con insuficiencia renal y el tratamiento a seguir, en este caso hemodiálisis.

¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÁ EL PACIENTE EN EL ESTUDIO?

El estudio dura cuatro meses durante los cuales se pretende hacer un acercamiento al paciente posibilitando la aplicación de los instrumentos antes mencionados (pruebas); así mismo la retroalimentación de los resultados de dicha aplicación con el fin de realizar una breve intervención al respecto.

El paciente que decida participar en el presente estudio investigativo, es libre de dejar el estudio en el momento que así lo quiera, sin tener que dar ninguna información por la decisión tomada. Además, su decisión no perjudicará su tratamiento, ni la relación que este tenga con el grupo asistencial; el paciente seguirá contando con los beneficios proporcionados hasta el momento con el Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia.

¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN EL ESTUDIO?

Participarán el total de las personas con Insuficiencia Renal crónica sometidas a tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal del Hospital Universitario Ramón González Valencia durante el primer semestre del año 2004.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN?

Los riesgos que tiene el paciente son mínimos, pues no se hará ningún tipo de intervención quirúrgica (no se harán cirugías, ni se suministrarán medicamentos). Las pruebas que se aplicarán no afectarán de ninguna forma al sujeto, ni su comportamiento, ni sus sentimientos, ni su pensamiento; tampoco interferirá con el tratamiento, ni las consultas con el médico; tampoco afectará el curso de su enfermedad.

¿QUÉ GANA EL PACIENTE QUE PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO?

Le permitirá conocer al paciente las estrategias que está utilizando para afrontar su enfermedad, identificando las fortalezas con las que cuenta, sirviéndose de estas para el mejoramiento de su calidad de vida y de su proceso terapéutico.

Finalmente, la experiencia en esta investigación, también servirá como herramienta para orientar al grupo asistencias en el tratamiento de pacientes con Insuficiencia Renal crónico.

¿QUIÉN SABRÁ DE LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN EL ESTUDIO?

La información personal y los datos arrojados por los cuestionarios que se manejan en el estudio son totalmente confidenciales, a esta información sólo tendrán acceso las investigadoras principales: Luz Marina Echeverri Leal y Maria Paola Hernández Salazar. Toda la información será manejada en una base de datos, en donde no habrá nombres ni utilización de referentes que pudieran permitir la identificación de los sujetos que están participando.

¿QUÉ COSTO TIENE LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN?

La participación en la investigación no tiene costo en dinero, el costo que tiene es el tiempo que el paciente le dedica a la entrevista y al responder a las pruebas. El costo de las pruebas y la papelería necesaria será asumido por las investigadoras.

¿CUÁLES SON LOS DERECHOS QUE TIENE LA PERSONA QUE PARTICIPE EN EL ESTUDIO?

La persona será informada de los resultados obtenidos en el estudio. Además, si durante el desarrollo de la investigación se encuentra alguna información importante o que pudiera ocasionar cambios en el estudio, de inmediato se informará a los participantes, confirmando nuevamente su permanencia, o bien, su renuncia a continuar en el estudio.

En constancia de haber leído y comprendido, el paciente firma aceptando participar en la investigación.

Firma

C.C

Apéndice E

Consentimiento Informado

ESTILOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LAS ESTRATEGIAS DE
APRONTAMIENTO UTILIZADAS POR PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL ASISITENTES AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

Hospital Universitario Ramón González Valencia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE
ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Nombre _____ N° de paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Investigado r _____

1. Soy mayor de 18 años y menor de 65 años, y estoy voluntariamente de acuerdo con participar en este estudio.
2. Conozco que el propósito de este estudio es el de identificar los estilos de personalidad asociados a las estrategias de afrontamiento al diagnóstico IRC y al tratamiento de hemodiálisis, y sé que para ello es necesario que yo responda una serie de preguntas respecto a mi comportamiento y a mi forma de ser. Se me ha explicado que los resultados de esta investigación no afectarán mi tratamiento de hemodiálisis ni ninguno de los beneficios que me ofrece el Hospital, tampoco afectará mi comportamiento.
3. Entiendo que el Comité de Ética del Hospital Universitario Ramón González Valencia y las autoridades regulatorias, necesitan de mi permiso para acceder a mi historia clínica, aún si me retiro del estudio.
4. Soy consciente de que la recolección, procesamiento, reporte y transferencia de mis datos clínicos personales son con fines médicos y de investigación.
5. Entiendo perfectamente que los datos de mi historia clínica son esenciales para verificar la información

recolectada en el estudio investigativo. Estoy de acuerdo en que sea revelada esta información comprendiendo que será tratada confidencialmente. Entiendo que no habrá ninguna referencia a mi nombre en ningún reporte del estudio, a cambio yo no puedo evitar de ninguna manera los resultados que puedan salir de este estudio.

6. Comprendo que soy libre de retirarme como sujeto participante de la investigación en cualquier momento y entiendo que ese retiro no afectará de ninguna manera mi tratamiento y mi relación con el grupo asistencial.
7. Estoy informado de que mi participación en la investigación no implica gasto alguno.
8. Conozco el contacto para acceder a las investigadoras a cargo en caso de duda o necesidad.
9. Estoy al tanto de la duración del estudio y el número de sujetos participantes en la investigación.

Como constancia de que he leído y comprendido lo anterior firmo

PACIENTE

TESTIGO

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Cédula:

Cédula:

Teléfono:

Teléfono:

INVESTIGADOR

INVESTIGADOR

Nombre:

Nombre:

Firma:

Firma:

Cédula:

Cédula:

Teléfono:

Teléfono:

Apéndice F

Ejemplo del Perfil Arrojado por el MIPS

DATOS PERSONALES

Identificación: 0123456789

Nombre: Ejemplo Ilustrativo

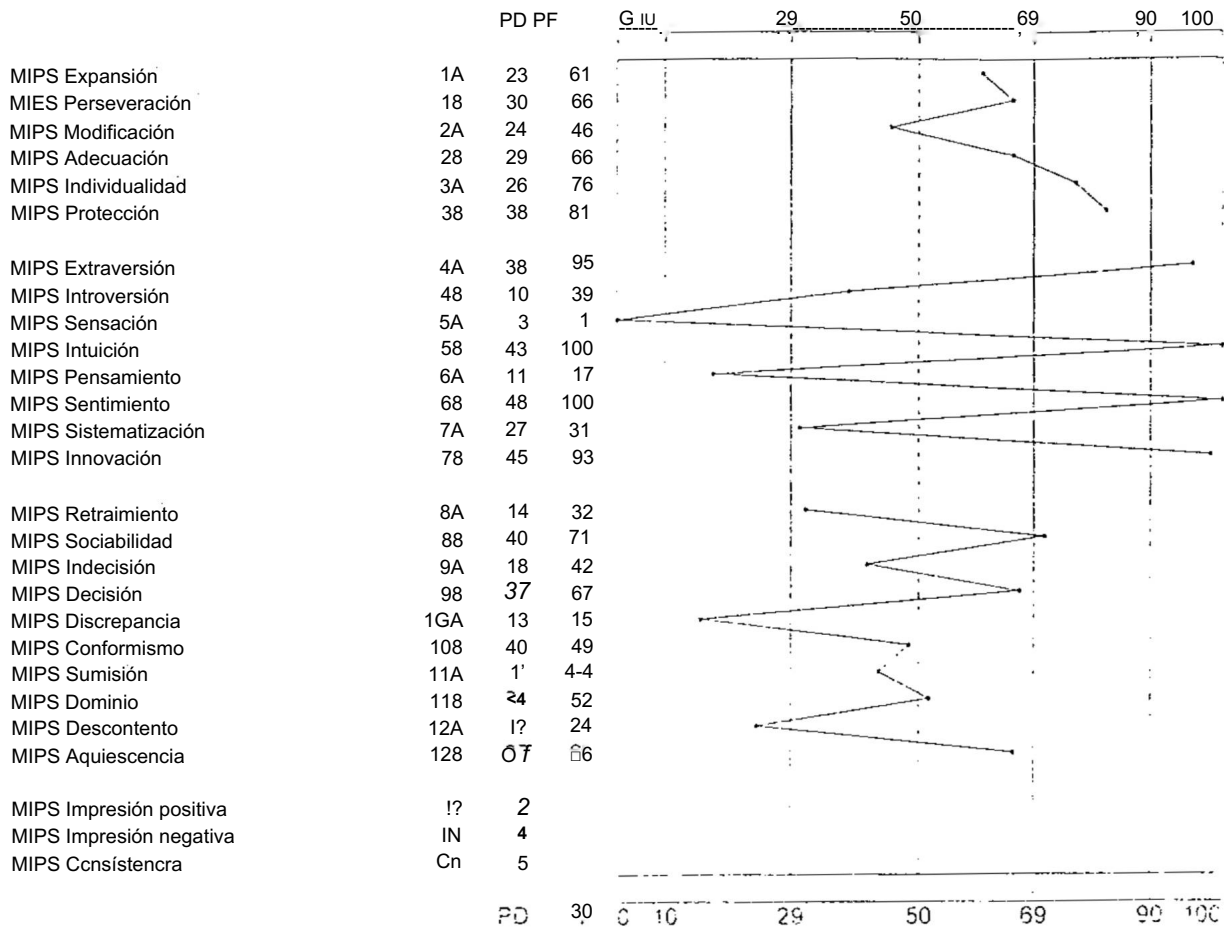
Edad: 25 Sexo: Varón

Fecha: 12/7/2001

Responsable: TEA Ediciones. S.A.

8aremo: Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



Indice de ajuste (Iaj) PD = 9 Típica = 42

PD=Puntuación directa PP=Puntuación de Prevalencia