

Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal

Armando Rivera-Ledesma,¹ María Montero-López Lena,² Rosalba Sandoval-Ávila³

Artículo original

SUMMARY

It has been reported that the impact of the continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) procedure in the patient's quality of life has profound psychosocial consequences for him and his family. This replacement of renal function supports survival but not a complete physical, emotional and social development. These aspects may be crucial to the success of treatment with CAPD for its positive or negative influence on patient adherence to this procedure. This study evaluated the degree of psychological maladjustment in CAPD patients, psychosocial variables, coping strategies and the impact on their quality of life. We interviewed 83 patients on CAPD (43 women and 40 men, mean age, 53.5 years, SD, 15.3), chosen for availability in a dialysis unit of a general hospital.

Quality of life was inversely and significantly associated with depression, anxiety and loneliness. Spirituality based on a full relationship with life is inversely associated with depression, hopelessness, suicidal ideation, loneliness and death anxiety. Depression, hopelessness and loneliness were associated with a cognitive-dysfunctional coping style. The loneliness and suicidal ideation are associated with an emotional-aggressive coping style. The perceived ability of giving and spirituality based on life are associated with positive cognitive coping.

When comparing subjects with a high degree of psychological maladjustment, against a norm group, the subjects showed higher mean depression and hopelessness.

The results are consistent with findings reported in other latitudes, demonstrating the need to implement intervention strategies aimed at reducing the risk of suicide and to create a better psychological adjustment to the situation of CAPD.

Key words: Diabetes, peritoneal dialysis, quality of life, coping, depression, hopelessness.

RESUMEN

Se ha reportado que el impacto del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en la calidad de vida del paciente suele presentar profundas consecuencias psicosociales para él y su familia; dicha sustitución de la función renal promueve la supervivencia pero no un completo bienestar físico, emocional y social. Estos últimos aspectos pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento con DPCA por su influencia positiva o negativa en la adherencia del paciente al mismo. El presente trabajo evaluó el grado de desajuste psicológico en pacientes bajo DPCA, variables psicosociales, las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos y el impacto en su calidad de vida.

Se entrevistó a 83 pacientes en DPCA (43 mujeres y 40 hombres; media de edad, 53.5 años; DE, 15.3), elegidos por disponibilidad de la Unidad de Diálisis de un Hospital General.

La calidad de vida se asoció inversa y significativamente a depresión, ansiedad y soledad. La espiritualidad basada en una relación plena con la vida se asoció de manera inversa con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte.

La depresión, la desesperanza y la soledad se asociaron con un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional. La soledad e ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo; la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-positivo.

Al compararse contra un grupo normativo, los sujetos con un alto grado de desajuste psicológico obtuvieron medias más altas de depresión y desesperanza.

Los resultados son consistentes con hallazgos reportados en otras latitudes, evidenciándose la necesidad de instrumentar estrategias de intervención tendientes a disminuir el riesgo de suicidio y a generar un mejor ajuste psicológico a la situación de DPCA.

Palabras clave: Diabetes, diálisis peritoneal, calidad de vida, afrontamiento, depresión, desesperanza.

¹ Coordinación de Investigación y Producción Científica. Universidad de Londres-México.

² Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Hospital General de Zona con UMF # 8. Jefatura de Trabajo Social. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Armando Rivera Ledesma. Coordinación de Investigación y Producción Científica. Universidad de Londres-México. Tabasco 329, col. Roma Sur, Cuauhtémoc, 06700, México, DF. Tel: 5207-7405. E-mail: armandoriveral@hotmail.com

Recibido primera versión: 1 de febrero de 2011. Segunda versión: 15 de febrero de 2012. Aceptado: 27 de abril de 2012.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema importante de salud pública en México con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año;¹ entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad,² y entre las causas principales se encuentra la diabetes. El término diálisis peritoneal (DP) incluye las técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, membrana biológica que opera como una membrana dialítica. Existen dos modalidades de DP: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que se lleva a cabo manualmente, y otra que se sigue de manera automatizada, la diálisis peritoneal automática (DPA).³ La DPCA consiste en la aplicación de bolsas gemelas para el intercambio de líquido de diálisis previamente introducido en la cavidad peritoneal. Este líquido se vacía en una de las bolsas, para posteriormente introducir líquido nuevo proveniente de la segunda bolsa. Las toxinas y el exceso de agua de la sangre pasan al líquido que se recambia varias veces al día manualmente. Esto mantiene la función renal residual durante más tiempo. Se ha definido como diálisis adecuada "la cantidad y calidad de diálisis necesaria para que el paciente se encuentre bien, sin sintomatología urémica, con la mejor corrección posible de las alteraciones metabólicas y sistémicas relacionadas con la uremia, consiguiendo una larga supervivencia del paciente y de la técnica con la menor morbilidad además de permitir una buena calidad de vida".⁴ Sin embargo, se ha reportado que el impacto de la DPCA en la calidad de vida del paciente suele ser muy importante, con profundas consecuencias psicosociales para él y su familia.^{5,6} Los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social,⁷ por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de la IRC.

Es sabido que la presencia de un trastorno emocional (e. g., depresión, desesperanza, ansiedad) suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional,⁷ lo cual plantea un círculo vicioso de importancia. Caporale⁸ ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con DPCA. Se ha destacado la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad,⁷ enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social;⁹ alteración de la auto-percepción,⁹ irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo. Evidentemente, estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente en DPCA (vida laboral; temor a la discriminación social, conflictos familiares, estresores fisiológicos como el

dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño, frecuentes hospitalizaciones)¹⁰ y por lo tanto, tener un efecto importante sobre la calidad de vida del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.⁷ En relación con la salud, la calidad de vida incluye la evaluación personal con respecto a la salud y el grado de funcionamiento en la realización de actividades cotidianas en cuanto a factores físicos, psicológicos, sociales, funcionalidad y bienestar emocional.¹¹ Se ha reportado una importante relación entre el estado emocional de un paciente y su calidad de vida.^{7,12-14}

Por otro lado, estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento dialítico,¹⁴⁻¹⁶ en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en la intervención terapéutica.^{15,17,18}

El afrontamiento religioso constituye una estrategia comúnmente seguida por los pacientes bajo tratamiento de diálisis.¹¹ El afrontamiento religioso puede ser visto como una estrategia dirigida a conseguir ayuda de un ser superior sobrenatural, y de acuerdo con Pargament,¹⁹ está diseñado para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual.

Se han destacado dos aspectos básicos de la vida espiritual: uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino.²⁰ Se ha reportado una importante relación entre salud mental, espiritualidad y la habilidad para afrontar la enfermedad y las situaciones de duelo,²¹ aunque algunos investigadores han obtenido resultados poco alentadores en pacientes diabéticos,²² con IRC¹¹ o en sujetos de la comunidad.²³⁻²⁵ Es probable que esta contradicción se deba a que la religión y la vida espiritual producto de la experiencia religiosa a menudo son asumidas como una estrategia de afrontamiento temporal circunscrita a situaciones críticas extremas para el sujeto, por lo demás desligadas de una intensión de cambio y crecimiento personal. En este orden de ideas, el afrontamiento religioso se asume como un acto supersticioso que puede aportar apoyo emocional para el individuo pero no una modificación más profunda del carácter. Por otro lado, se ha encontrado,* en sujetos mexicanos, que la espiritualidad resultante de una productiva relación con la vida y las personas, sin relación directa con lo religioso, genera

* Rivera-Ledesma A., Montero-López Lena M. ¿Realmente se beneficia el adulto mayor mexicano de su vida espiritual? Artículo en revisión editorial.

cambios de carácter que pueden impactar positivamente la salud mental del sujeto. Dada la importancia de este recurso adaptativo en la cultura mexicana, es necesario evaluar su papel dentro de la dinámica psicológica del paciente en DPCA con miras al delineamiento de posibles estrategias de intervención. Es clara e importante la necesidad de contar con evidencia empírica que permita delimitar la problemática emocional y adaptativa del paciente con IRC y generar, con base en evidencia, estrategias de intervención centradas en la realidad clínica de los sujetos mexicanos que acuden a los centros hospitalarios en busca de una atención integral. Dado lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue describir la relación entre desajuste psicológico, por un lado, y la calidad de vida, variables de relación social y el afrontamiento ejercido por los pacientes en DPCA, como una contribución inicial a la problemática citada. Al efecto, tres preguntas dirigieron la presente investigación: 1. ¿Existe relación entre las variables clínicas de desajuste psicológico, la calidad de vida, las variables de relación y el estilo de afrontamiento en una muestra de pacientes con DPCA? 2. ¿Cuál es la magnitud del desajuste psicológico y sobre qué variables de calidad de vida y afrontamiento ejerce influencia? y 3. ¿Qué diferencias existen en la calidad de vida, afrontamiento y variables de relación social en pacientes con y sin desajuste psicológico?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomó una muestra no probabilística elegida por disponibilidad de la Unidad de Diálisis de un Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México, compuesta por 83 pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con DPCA, bajo los siguientes criterios de inclusión: 1. Sujetos alfabetizados. 2. Sin problemas de ceguera, sordera o mudez. 3. Sin deterioro cognitivo evidente o grave. 4. Consentimiento informado de participación en la investigación. 5. Estar en DPCA con antigüedad mínima de dos meses. 6. Diabetes como causa de IRC. La muestra quedó compuesta por el 51.9% (N=43) de mujeres; con media de edad de 53.5 años (D.E. 15.3; hombres, 54.8, D.E.= 13.3; mujeres, 52.2, D.E.=17.1). El 79.5% (N=66) mantenían algún tipo de compromiso marital (ser casado o en unión libre), y sólo el 19.3% (N=16) trabajaban; el 90.4% (N=75) practicaban la religión católica; los sujetos que alcanzaron la primaria, secundaria, preparatoria o estudios universitarios, terminados, fueron respectivamente el 45.8% (N=38), 26.5% (N=22), 16.9% (N=14) y 10.8% (N=9). La media de antigüedad en DPCA fue de 20.0 meses (D.E. = 16.8). Sólo los sujetos que extendieron su consentimiento informado fueron admitidos en la investigación de acuerdo con lo acordado en el protocolo de investigación aprobado por el Comité de Investigación y Ética del IMSS.

A todos los participantes se les evaluó cognitivamente mediante el Mini-Mental State Examination,^{26,27} y fun-

cionalmente mediante la Escala de Actividades de la Vida Diaria,²⁸ y la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.^{29,30} Se seleccionaron aquellos pacientes con una funcionalidad general conservada, los cuales recibieron un cuestionario para resolver en casa. La información recogida mediante este procedimiento fue capturada y analizada en el sistema PASW Statistics 18. De acuerdo con condiciones de normalidad o no en la distribución de los datos y el nivel de medición, se calcularon pruebas t o χ^2 , correlaciones Pearson y puntuaciones T para la comparación de variables. El nivel de significancia mínimo establecido fue de $p=.05$.

Para la evaluación del desajuste psicológico se utilizaron instrumentos de medición previamente validados en sujetos mexicanos, como sigue: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos,^{31,32} Inventario de Ansiedad de Beck (IAB),³³ Escala Hunter Opinions and Personal Expectations Scale (HOPES)^{34,35} para valorar Desesperanza; Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM),³⁶ la Sub-escala de Enfermedad percibida (WHOQoL-Brief),^{37,38} Escala de Ansiedad ante la Muerte³⁴ y Escala de Ideación Suicida.^{34,39-41}

Para evaluar el modo de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE);⁴² y el Cuestionario de Salud (SF-36)^{43,44} para la evaluación de la Calidad de Vida. Para estimar variables de relación, se utilizaron la Escala de Soporte Social de Salud (SSS);²⁵ Escala de Soporte Social Percibido (ESS);^{34,45} Escala de Bienestar Espiritual (EBE);^{20,46} Escala sobre la Capacidad Percibida de Dar³⁴ y la Escala de Economía Percibida.³⁴ Todos los instrumentos reportaron en esta investigación índices de consistencia interna alfa adecuados (entre .75 y .90).

RESULTADOS

A fin de dar respuesta a la pregunta sobre si ¿Existe relación entre las variables clínicas de desajuste psicológico, la calidad de vida, las variables de relación y el estilo de afrontamiento?, se estimó el grado de asociación entre dichas variables con los resultados descritos en el cuadro 1. Los datos arrojados mostraron que las variables de desajuste mayormente asociadas de manera significativa e inversa con la calidad de vida fueron la depresión, seguida por la ansiedad y la soledad, evidenciando un amplio compromiso de estas tres variables de desajuste con la calidad de vida vinculada a la salud. Al evaluar la Ansiedad ante la muerte se halla una moderada e inversa correlación, entre ésta y el total de la calidad de vida asociada a lo físico: a menor calidad de vida física, mayor ansiedad ante la muerte. Este dato es importante porque dicha variable se encuentra asociada de manera directa con depresión, desesperanza e ideación

* Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., Sandoval-Ávila, R. y Alcalá, N. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés de Sandin y Chorot: Adaptación en pacientes en diálisis peritoneal. Artículo en revisión editorial.

Cuadro 1. Correlaciones entre variables psicosociales, de calidad de vida y afrontamiento

	Depresión	Ansiedad	Desesperanza	Soledad	Ansiedad ante la muerte	Ideación suicida	Capacidad percibida de dar	Espiritualidad (Vida)
VARIABLES CLÍNICAS								
• Ansiedad	.52**							
• Desesperanza								
• Soledad	.65**	.41**	.47**					
• Ansiedad ante la muerte	.43**	.48**	.42**					
• Ideación suicida	.46**			.61**	.42**			
• Soporte social				-.43**				
• Capacidad de dar								
• Espiritualidad (Vida)	-.48**		-.43**	-.62**	-.45**	-.43**		
VARIABLES DE AFRONTAMIENTO								
• Cognitivo positivo							.44**	.40**
• Emotivo-Agresivo				.41**		.40**		
• Cognitivo-Disfuncional	.43**		.42**	.45**				
Calidad de vida								
• Función física	-.47**							
• Desempeño físico	-.46**							
• Salud general	-.57**	-.50**		-.45**				
• Vitalidad	-.56**	-.40**		-.40**				.51**
• Función social	-.48**							.42**
• Desempeño emocional	-.43**							
• Salud mental	-.60**	-.51**	-.46**	-.54**		-.43**		.54**
• Total físico	-.65**	-.52**		-.42**	-.41**			.41**
• Total mental	-.62**	-.48**	-.41**	-.51**			.57**	.47**

Nota: Sólo se incluyen correlaciones Pearson, significativas y mayores o iguales a .40; ** Significativo con $p \leq .01$.

suicida. Se observa concomitantemente que la espiritualidad basada en una relación plena con la vida (vida con sentido, adecuada integración con el otro, aceptación mutua) está asociada inversamente con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte, lo cual es consistente con resultados obtenidos en sujetos de una muestra no clínica.*

Por otro lado, la depresión, la desesperanza y la soledad están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional; este estilo favorece una autofocalización negativa (*v. gr.*, "Me convengo de que haga lo que haga las cosas siempre me salen mal").

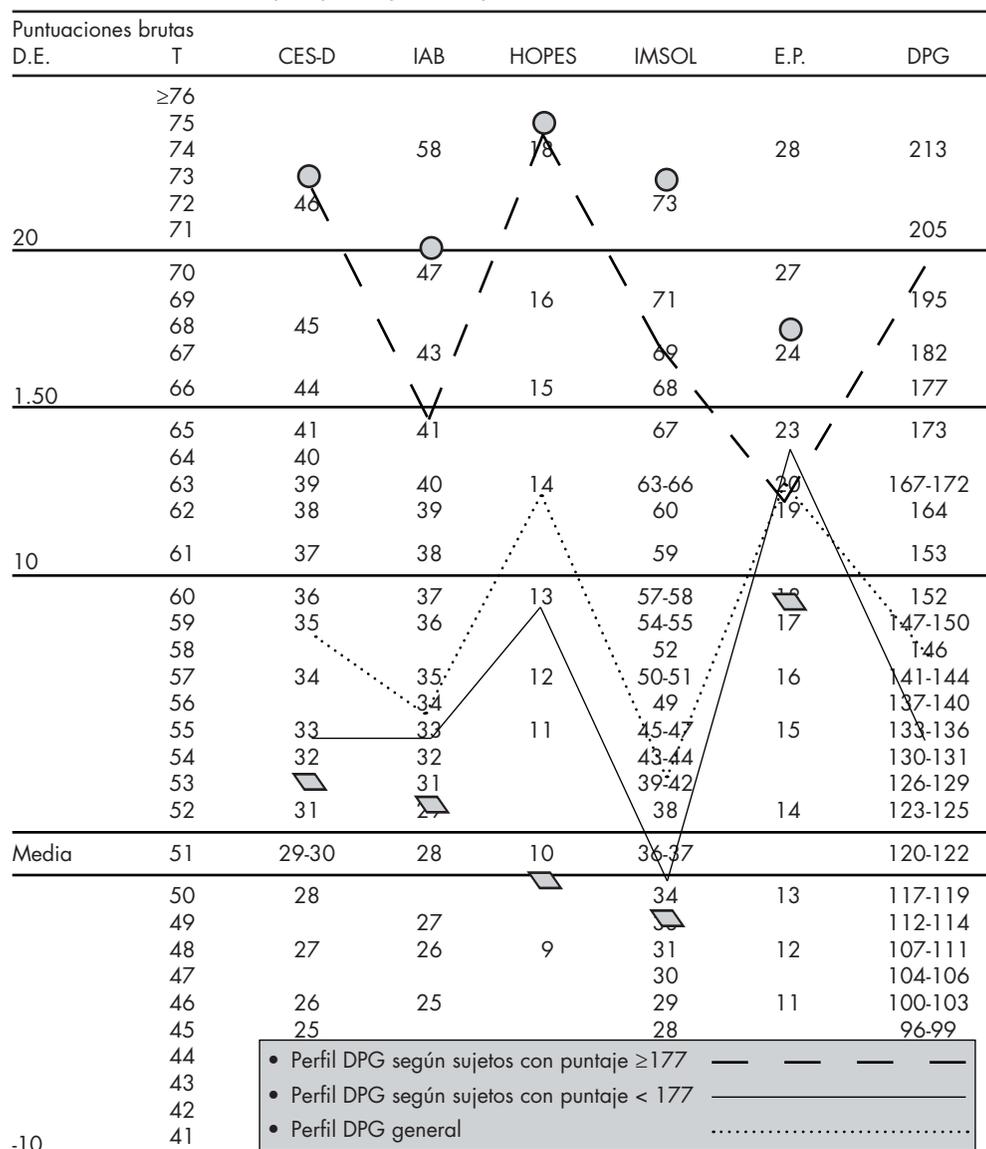
La soledad y la ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo caracterizado por una expresión emocional abierta (*v. gr.*, "Descargo mi mal humor con los demás, Agredo a algunas personas, Suelo comprender que soy el principal causante del problema"). Finalmente, la capacidad percibida de dar (sentir que se puede brindar apoyo emocional o instrumental al otro) y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-positivo; éste se centra en la solución de problemas y es positivamente adaptativo.

A fin de responder a la pregunta: "¿Cuál es la magnitud del desajuste psicológico y sobre qué variables ejerce influencia?", se obtuvo una muestra paralela a la investi-

gada en este trabajo, formada por sujetos provenientes de población abierta (sin afectación renal). La muestra fue seleccionada de otra de mayor tamaño que cumplió criterios de inclusión de ausencia de deterioro cognitivo evidente, salud general conservada (sin padecimientos crónicos graves que afectasen la funcionalidad de los sujetos), funcionalidad conservada, y edad igual o mayor a 50 años). Se tuvo cuidado en documentar la equivalencia entre ambas muestras mediante la ausencia de diferencias significativas mediante la prueba *t* en variables focales de orden sociodemográfico. Así, ambas muestras son equivalentes en cuanto a número de participantes por sexo y edad; el número total de sujetos, y el número de hombres y mujeres, así como la edad media de cada uno de estos grupos y la edad general no reportaron diferencias significativas. A la muestra con sujetos de población abierta se le consideró como grupo normal.³⁴ El grupo normal proporcionó datos normativos para las escalas CES-D (depresión), IAB (ansiedad), IMSOL (soledad), HOPE (desesperanza) y enfermedad percibida (EnP), así como una medida compuesta de Desajuste Psicológico Global (DPG) constituida por la suma de los puntajes de las escalas individuales citadas, y que fue empleada aquí con fines de tamizaje. Esta medida compuesta fue necesaria en virtud de que los sujetos suelen presentar diferencias individuales que se manifiestan en una sintomatología también diferencial (mayores o menores grados en cada variable de desajuste investigada), que dificulta su comparación. El DPG puede ser entendido como una medida integrada por variables

* Rivera-Ledesma A. y Montero-López Lena M. ¿Realmente se beneficia el Adulto Mayor mexicano de su vida espiritual? Artículo en revisión editorial.

Cuadro 2. Perfiles de desajuste psicológico en sujetos con IRC



D.E.: Desviación estándar; T: Puntuaciones T; E.P.: Enfermedad percibida.
 Perfil DPG: Perfil de desajuste psicológico global, formado por las medias de depresión, ansiedad, etc., correspondientes a sujetos con un puntaje de DPG mayor o igual, o menor a 177 puntos.
 Rombos y Círculos con cruz: Describen las medias de depresión, ansiedad, etc., derivadas de cada una de estas variables desligándolas del DPG, y considerando en cada una los casos que puntuaron por arriba o por abajo de 1.5 desviaciones estándar.

que evidencian un desequilibrio en la capacidad de un individuo para manejar adaptativamente la presencia (amenazante, real o imaginaria) o la ausencia (pérdidas reales o imaginarias) de los estímulos del medio ambiente interno o externo. Lasher y Faulkender⁴⁷ (1993) han señalado que el desajuste puede manifestarse en cuatro dimensiones principales, a saber: física, psicológica, social y transpersonal o espiritual. Para los efectos de esta investigación, el DPG ha sido integrado con las variables de enfermedad percibida (dimensión física), depresión, ansiedad, desesperanza (dimensión psicológica) y soledad (dimensión estrechamente

ligada a pérdidas del orden social, es decir, de fuentes proveedoras de afecto).⁴⁸

Se ha asumido en trabajos de evaluación del desajuste psicológico⁴⁹ (personalidad) que niveles de 1.5 desviaciones estándar o puntuaciones de T65 pueden indicar niveles significativamente altos. Asumiendo esta medida como punto de corte para el inicio de desajuste psicológico significativo, se procedió a evaluar la validez de este criterio mediante el grado de acuerdo entre un criterio de verdad, representado por cada variable individual de desajuste, y el criterio proporcionado por la medida compuesta de DPG, aplicados a

Cuadro 3. Análisis de diferencias entre variables clínicas, de relación, calidad de vida y estilos de afrontamiento

Variable	Grupo A con desajuste psicológico		Grupo B con ajuste normal		t	gl	p
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Clínicas							
• Depresión	49.0	4.7	33.2	7.0	10.2	23.3	.000
• Ansiedad	41.0	10.1	32.8	7.4	3.4	81.0	.001
• Desesperanza	20.0	5.4	13.0	5.4	4.3	81.0	.000
• Soledad	69.5	17.5	34.7	12.8	8.4	81.0	.000
• Enfermedad percibida	19.8	4.2	22.6	5.1	1.8	81.0	.071
• Ansiedad ante la muerte	37.1	13.1	24.8	7.5	3.3	13.5	.006
• Ideación suicida	8.3	2.5	5.8	1.7	3.5	14.0	.004
• Acto suicida	0.2	0.6	0.2	0.6	0.1	81.0	.896
Relación							
• Soporte social percibido	21.4	6.9	26.5	7.1	2.4	81.0	.018
• Capacidad percibida de dar	8.8	3.0	11.7	5.0	1.9	81.0	.049
• Economía percibida	6.3	1.1	7.7	4.7	1.0	81.0	.301
• Espiritualidad (con respecto a lo divino)	33.7	8.3	36.7	7.7	1.3	81.0	.210
• Espiritualidad (con respecto a la vida)	19.0	4.4	25.8	4.7	4.8	81.0	.000
Calidad de vida							
• Función física	14.6	3.8	19.2	5.8	3.6	23.5	.001
• Desempeño físico	4.4	1.1	5.4	1.7	2.8	24.6	.009
• Dolor corporal	6.9	2.2	7.2	2.3	0.4	81.0	.711
• Salud general percibida	9.1	2.5	13.5	4.1	3.7	81.0	.000
• Vitalidad	10.4	4.3	13.8	5.2	2.3	81.0	.025
• Función social	6.0	3.0	7.7	2.7	1.9	81.0	.057
• Desempeño emocional	4.0	1.3	4.9	1.3	2.3	81.0	.025
• Salud mental	16.7	5.5	21.5	5.2	3.0	81.0	.004
• Total físico	35.0	6.8	45.3	9.8	3.6	81.0	.000
• Total mental	37.1	12.9	48.0	12.4	2.9	81.0	.005
Afrontamiento							
• Focalizado en la solución de problemas	9.2	4.9	13.8	5.4	2.8	81.0	.006
• Expresión emocional abierto-emo. agresivo	5.0	2.8	3.4	2.5	2.1	81.0	.035
• Afrontamiento religioso	4.6	3.4	5.5	3.6	0.8	81.0	.435
• Búsqueda de apoyo social	2.8	2.6	4.4	3.4	1.6	81.0	.112
• Auto-focalización negativa	4.8	2.4	2.0	1.4	2.9	13.5	.011
• Reevaluación positiva-resignación	3.9	2.8	4.2	2.2	0.4	81.0	.703

12 sujetos caso y 12 sujetos no caso, según el criterio de esta última medida, y mediante el cálculo de los valores kappa para cada área de desajuste (Spitznagel y Helzer; Bartko y Carpenter). Los resultados arrojaron valores kappa (entre .500 y .667) razonables y significativos ($p < .005$), asumiéndose la utilidad del DPG como medida adecuada de tamizaje a partir de una puntuación bruta de 173 puntos.

A partir de aquí se procedió a la descripción del perfil clínico de los grupos con DPG (grupo A) y sin DPG (grupo B), utilizando los datos del Grupo normal. Los grupos A y B difirieron significativamente entre sí en prácticamente todas las variables con excepción de la variable enfermedad percibida. El grupo A mostró característicamente altos niveles de

depresión y desesperanza, seguidos de soledad. El grupo B, por su parte, siguió de cerca el perfil general de la muestra dentro de límites normales.

En otro análisis, se examinó cuántos sujetos habían presentado elevaciones más allá de T65 en cada variable y con independencia del criterio inicial de clasificación basado en el DPG. El cuadro 2 muestra con pequeños rombos la ubicación de las medias de los sujetos no desajustados en cada variable individual, y con pequeños círculos las medias de los sujetos desajustados en cada variable individual. Así, el número de sujetos con altos niveles de desajuste en cada variable fue: desesperanza: 33 (39.8%); enfermedad percibida: 36 (43.4%); depresión: 17 (20.5%); ansiedad: 15 (18.1%); soledad: 7 (8.4%).

Retomando la pregunta de investigación, vale destacar que la muestra de pacientes en diálisis peritoneal (N=83) mostró que 19.2% (N=16) de los sujetos alcanzaron un DPG significativo, caracterizándose por altos niveles de depresión, desesperanza y soledad, y que aun cuando los pacientes no alcanzaran el nivel de DPG, la frecuencia de desesperanza es considerable; 39.8% (N=33) padecen un grado significativo de esta variable.

Continuando con el análisis entre los grupos A y B, se buscaron diferencias significativas entre las variables de ambos grupos con los resultados descritos en el cuadro 3. Con respecto a las variables clínicas se detectaron diferencias entre prácticamente todas las variables con excepción de enfermedad percibida y acto suicida; en general, las medias más altas correspondieron al grupo desajustado, como era de esperarse. Este último grupo presentó el nivel más alto de depresión, desesperanza e ideación suicida, variables a las que se ha dado amplia responsabilidad en los casos de suicidio consumado. Este mismo grupo reportó niveles más altos de ansiedad ante la muerte, lo cual toma sentido si se considera el difícil diagnóstico de este tipo de pacientes.

Por otro lado, ciertas variables asociadas al soporte social tomaron una relevancia especial. El soporte social percibido fue menor en el grupo desajustado, y la soledad presentó una media más alta; ambas variables se asociaron de manera inversa y significativa ($r=-.43$, $p<.01$) (cuadro 1). Una variable vinculada con la integración socioemocional de las personas es la espiritualidad basada en la vida; ésta reportó una media significativamente más baja en el grupo A. Cabe destacar que esta variable se asoció inversa e importantemente con soledad, depresión, desesperanza, ansiedad ante la muerte e ideación suicida (cuadro 1). En esta misma tesitura, la capacidad percibida para dar de sí al otro reportó una media más baja en el grupo A.

A su vez, la espiritualidad basada en lo divino no reportó diferencias significativas entre los grupos A y B.

Fue evidente en los resultados que la calidad de vida de los pacientes psicológicamente desajustados se encuentra significativamente más afectada en comparación con el grupo B en prácticamente todas las variables con excepción de dolor corporal y función social.

Finalmente, el grupo A se caracterizó por ejercer estrategias de afrontamiento basadas en la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta o la expresión de emociones agresivas, en tanto el grupo B reportó una media más alta en la estrategia de focalización en la solución de problemas.

DISCUSIÓN

Los resultados descritos sumaron evidencia con respecto a la estrecha relación existente entre salud mental y calidad de vida en pacientes en DPCA en concordancia con otros investigadores.^{7,22} Variables como la depresión, ansiedad, desesperanza y

soledad mostraron la pertinencia de considerar su inclusión dentro de los protocolos de atención clínica hospitalaria. Al considerar el total de la muestra de pacientes en DPCA, la depresión, desesperanza y soledad (características también en la submuestra de pacientes con alto desajuste psicológico), se asociaron a un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional, por definición desadaptativo, que puede favorecer el desarrollo de una actitud pasiva y desesperanzada con respecto al tratamiento, afectando la adherencia al mismo.

En esta misma línea de análisis, un hallazgo en cierta medida inesperado fue el importante riesgo de suicidio. Fue posible identificar que los sentimientos de soledad acentuados a ideación suicida están asociados en el paciente en DPCA a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo, lo cual debe ser considerado con seriedad por el efecto potenciador sobre la generación de un acto suicida, y muy especialmente en pacientes que reúnan la triada depresión-desesperanza-ideación suicida. La importancia de tales sugerencias encuentra respaldo adicional en el hecho de que 30% de los pacientes entrevistados padecían grados importantes de desesperanza, depresión, ansiedad y soledad. Otros investigadores⁵⁰ han señalado en pacientes en hemodiálisis que la actitud suicida puede expresarse por medio de conductas de no adherencia al tratamiento, el no seguimiento de la dieta o intentos suicidas directos, destacando que la depresión puede incrementar en 84% la probabilidad de suicidio.

A juzgar por los resultados vertidos en esta investigación, el desajuste psicológico significativamente elevado está asociado a medias más altas de ansiedad ante la muerte, depresión, desesperanza e ideación suicida; a menor calidad de vida, mayor soledad consecuente con una baja percepción de soporte social. Los sujetos muy desajustados psicológicamente afrontan su situación con un bajo enfoque en la solución de problemas, una alta expresividad emocional abierta y una alta autofocalización negativa. Como corolario es posible decir que tal estilo estratégico es claramente desadaptativo, pudiéndose traducir en recaídas, incremento de estadía hospitalaria, mayor consumo de medicamentos, complicación del cuadro clínico, etc., con el consecuente incremento en costos de atención. A la luz de estos resultados, es muy importante atender el estado emocional de los pacientes en IRCT a fin de favorecer una adecuada adaptación al proceso terapéutico prescrito por el médico tratante.

Los hallazgos asociados en el presente estudio con la calidad de vida fueron consistentes con los resultados de otros investigadores en los que se han evidenciado relaciones inversas significativas entre Depresión y Ansiedad y Calidad de vida en pacientes bajo DPCA.^{7,22} La calidad de vida del paciente en DPCA se encuentra significativamente comprometida según se desprende de su comparación contra sujetos de la comunidad sin IRCT. Por otro lado, concordando con Sánchez,²¹ fue posible arribar al hallazgo sobre la importancia de la espiritualidad que se desprende de la vida misma (vida

con sentido; adecuada integración con el otro; aceptación mutua), variable asociada de manera inversa con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte, lo cual es consistente con otras investigaciones que han evaluado la relación entre estas mismas variables.*

Finalmente, es importante considerar que los resultados de la presente investigación deben ser interpretados con cuidado en virtud de que la muestra no fue probabilística, y por tanto, estos no pueden ser generalizados. Debe recordarse que los sujetos que participaron en la investigación fueron elegidos intencionalmente bajo criterios de inclusión que exigían funcionalidad y capacidad cognitiva conservadas. Estas exigencias seguramente desestimaron pacientes cuya psicopatología pudo ser causada por la situación clínica derivada de la IRC y sus consecuencias [e. g., deterioro cognitivo asociado a depresión (pseudodemenia)].

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el especial apoyo y dedicación de la señora Consuelo Ledesma Galindo; a los doctores Verónica Cervantes Alcalá y Javier Castro Bucio por su valioso apoyo para la realización de esta investigación; a la maestra Claudia Iveth Astudillo García de la Universidad de Londres-México que apoyó la etapa final de este proyecto.

REFERENCIAS

- Alonso ML, Sánchez VPM, Vallejo GJL, Ramos CMG. Competencia y productividad laboral de pacientes en control con diálisis automatizada. *Boletín Salud Trabajo, IMSS* 2005;8:47-1-2.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Gobierno de México; 2001.
- Sociedad Española de Nefrología. Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal. Madrid: SEN; 2005.
- Doñate T. Guías de diálisis peritoneal y la práctica diaria. *Nefrología* 2005;25:2:33-38.
- Azcárate-García E, Ocampo-Barrío P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos Medicina Familiar* 2006;8:2:97-102.
- White Y, Grenyer BF. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 1999;30:1312-1320.
- García H, Calvancece N. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Psicología Salud* 2008;18-1.
- Caporale B. Aspectos psicológicos en pacientes en diálisis peritoneal. Investigación presentada en la Mesa redonda sobre diálisis peritoneal del First Congress of Nephrology in Internet 2000. Recuperado el 12 de enero del 2011 en: <http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html>
- Alarcón-Rosales MA. Modelo de adaptación: Aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social* 2007;15:3:155-160.
- Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *J Adv Nurs* 1996;27:312-319.
- Contreras F, Esguerra GA, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicología* 2007;10:169-179.
- López J, Sanz D, Jofré R, Valderrábano F. The spanish cooperative renal patients quality of life in dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1999;11:125-129.
- Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas FJ, Bochicchio-Ricardelli T et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Med Mex* 2008;144:91-98.
- Khechane N, Mwaba K. Treatment adherence and doping with stress among black South African hemodialysis patients. *Social Behavior Personality* 2004;32:777-782.
- Carroble JA, Remor E, Rodríguez-Alzamora L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003;15:420-426.
- Lindqvist R, Sjöden P. Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs* 1998;27:312-319.
- Arraras JL, Wright SJ, Josue G, Tejedor M et al. Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health Medicine* 2002;7:181-187.
- Brown GK, Nicassio PM, Woolston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consulting Clinical Psychology* 1989;57:652-657.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Pérez I. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion* 1998;37:4:710-724.
- Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. En: Peplau LA, Perlman D (eds). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley; 1982.
- Sánchez HB. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Revista Aquichan* 2004;4:6-9.
- Zavala MR, Martínez OV, Whetsell MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan* 2006;6:8-21.
- Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental* 2005;28:51-58.
- Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M. Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del Adulto Mayor. *J Behavior, Health Social Issues* 2009;1:1:59-67.
- Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M, Sandoval-Ávila R. Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Psicología Salud* 2011;21:2:173-183.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
- Ostrosky-Solís F, López-Arango G, Ardila A. Influencias de la edad y de la escolaridad en el Examen Breve del Estado Mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano-parlante. *Salud Mental* 1999;22:3:20-26.
- Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J American Medical Association* 1963;185:914-919.
- Lawton MP. Assessing the competence of older people. En: Kent D, Kastenbaum R, Sherwood S (eds). *Research Planning and Action for the elderly*. Nueva York: Behavioral Publications; 1972.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-185.
- Medina-Mora M, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. México: Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1992.
- Montero-López Lena M. Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes? La psicología social en México AMEPSO 1998;7:62-67.

* Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2012). ¿Realmente se beneficia el Adulto Mayor de su vida espiritual? En proceso de revisión editorial.

33. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consulting Clinical Psychology* 1988;56:6893-897.
34. Rivera-Ledesma A. Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico del adulto mayor en un contexto religioso. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2007.
35. Nunn KP, Lewin TJ, Walton JM, Carr VJ. Construcción y características de un instrumento para medir la esperanza personal. *Psychological Medicine* 1996;26:531-545.
36. Montero-López Lena M, Rivera-Ledesma A. IMSOL-AM: Escala de soledad en el adulto mayor. En: González-Celis RALM (ed). *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno; 2009; pp. 123-132.
37. WHOQoL-Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. *Social Science Medicine* 1998;46:12:1569-1585.
38. González-Celis RAL, Sánchez Sosa JJ. Efectos para una intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria; 2002.
39. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The J General Psychology* 1970;82:165-177.
40. Roberts E. Reliability of the CES-D Scale in different ethnical contexts. *Psychiatry Research* 1980;2:125-134.
41. Gonzalez-Fp rteza C, Andrade PP. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental* 1995;18:441-48.
42. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista Psicopatología Psicología Clínica* 2003;8:1:39-54.
43. Ware JE, Snow KK, Kosinsky M, Gandek. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993; pp. 1-31.
44. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995;104:20:771-776.
45. Tagaya A, Okuno S, Tamura M, Davis A. Social Support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing Health Sciences* 2000;2:131-137.
46. Montero-López Lena M, Sierra CL. Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación. *Psicología Social México* 1996;1:28-33.
47. Lasher PK, Faulkender PJ. Measurement of aging anxiety: developing of anxiety about aging scale. *Int J Aging Hum Dev* 1993;37:4:247-259.
48. Montero-López Lena M, Sánchez-Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental* 2001;24:1:19-27.
49. Gómez Dupertuis D. La evaluación de la personalidad: El MMPI-II. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 1998.
50. Páez AE, Jofré MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psicológica* 2009;8:1:117-124.

Artículo sin conflicto de intereses