

HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMOS FISICOS CRONICOS

V. Pelechano

P. Matud

A. de Miguel¹

Facultad de Psicología

Universidad de La Laguna (Tenerife)

RESUMEN

Se presenta un estudio sobre afrontamiento en enfermos físicos crónicos. Tras una reconceptualización de las habilidades de afrontamiento como parte de la inteligencia socio-personal (dentro del modelo general de parámetros y personalidad), se presentan datos de validación interna y diferencial de dos instrumentos de evaluación. Ambos inventarios se refieren a las estrategias que los enfermos utilizan para afrontar la enfermedad: uno de ellos referido al recuerdo de lo utilizado en el momento en que el paciente tuvo conocimiento del diagnóstico, y el otro referido a las estrategias usadas en el momento actual. El intervalo transcurrido entre ambas cumplimentaciones era, al menos, de cuatro días. Los resultados muestran una cierta especificidad en algunos grupos de enfermedad sobre los modos de afrontamiento, si bien existe considerable variabilidad intragrupo tanto en los diferentes factores obtenidos (de primer y segundo orden para cada instrumento) como en función del tipo de enfermedad. Los resultados muestran que frente a la especificidad unidimensional de una enfermedad, resulta más apropiado el análisis multidimensional y varios grupos de enfermedades, pues lo que parece específico de un grupo frente a otro, tiende a desaparecer al incrementar el número de grupos de análisis. Los resultados demuestran la necesidad de desarrollar una psicología diferencial del enfermo físico crónico que permita la mejora de programas eficaces de ayuda psicológica.

Palabras clave: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ENFERMEDAD FISICA CRONICA, PSICOLOGIA DIFERENCIAL.

SUMMARY

A study about coping skills used by chronic physically-ill patients is presented. Following a reconceptualization of coping skills as a component of socio-personal intelligence (within the general parameter model of personality), we present data for reliability (internal consistency) and discriminant validity from two assessment instruments. Both instruments refer to specific strategies used by chronic physically-ill patients to cope with the illness: one of them assessed present coping skills and the other instrument measured them with respect to the moment in which the patient was told the diagnosis of his/her illness. The interval between each measurement was at least four days. The results show specific patterns of coping, according to the criterion-groups; in spite of which one must also point out that there are some differences amongst intra-group patterns of coping. The results shows that an approach taking in a multidimensional analysis of various groups of illnesses is more appropriate than a unidimensional specificity approach, given that what appears to be specific for one group versus another, tends to disappear when the number of groups increases. One arrives at the conclusion that the development of psychology of individual differences is necessary; an individual difference approach towards chronic physically-ill patients allowing one to implement efficient training programmes which offer psychological support.

Key Words: COPING SKILLS, CHRONIC PHYSICAL ILLNESS, INDIVIDUAL DIFFERENCES.

1. INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Si, por lo que se refiere a las aplicaciones tradicionalmente aceptadas de la psicología, la inteligencia representa su aportación más relevante o, al menos la que resulta socialmente más reconocida, posiblemente una de las últimas revoluciones o, cuanto menos, el intento de estudio más ambicioso de la psicología en los 20 últimos años ha sido denominado "psicología de la salud". La salud se presenta en las sociedades industrializadas de fin de siglo como un valor tan preciado que no se encuentra en las distintas "listas de valores" (simplemente porque ocupa siempre el primer lugar y no aparece variabilidad digna de mención). Ocurre, sin embargo, que las actitudes hacia esta especificidad psicológica van desde la duda crítica cercana a la incredulidad (en el editorial de una muy reconocida revista inglesa de medicina, a mitad de los ochenta, uno de los directores llegó a afirmar que la psicología de la salud f

representado un factor beneficioso para los psicólogos que la cultivan, aunque no está tan claro el beneficio que haya aportado a los enfermos) hasta la esperanza crítica (Rachman, en respuesta a lo anterior mostró que la psicología de la salud había hecho algunas aportaciones de cierta relevancia aunque advertía que si los psicólogos deseaban ocupar un lugar y situación de respeto en el campo de la salud debían mostrar que su trabajo poseía un valor algo más que demostrativo), pasando por la defensa a ultranza (posición adoptada, fundamentalmente por psicólogos noveles comprometidos profesional y/o académicamente con alguna especialidad dentro del mundo de la salud).

El presente trabajo se inserta dentro de la psicología de la salud aunque no se dirige a su justificación ni a su valoración crítica. Pensamos que la novedad de la psicología de la salud no se encuentra en la temática que estudia (ya Hipócrates habló de ello y Platón reconocía el defecto de la medicina de su tiempo que pretendía ocuparse solamente del cuerpo, ignorando el alma del enfermo) sino en la forma de hacerlo y, en concreto, en la aplicación de los métodos, modelos y procedimientos de la psicología científica al tema de la salud en general (incluyendo la sanidad en todos sus significados). En el presente trabajo subyace la idea matriz de que se requiere más y mejor psicología de la que tenemos en este momento aplicada al mundo de la salud, tanto en sus vertientes teóricas como aplicadas y, por ello, pretende apuntar un modelo de trabajo (parcial y de valor restringido), referido a una temática sobre la que existe un indudable interés (las habilidades o estrategias de afrontamiento); ofrecer una instrumentación aplicada a enfermos crónicos y presentar algunos de los resultados de validación de esta instrumentación.

En concreto, la temática que nos va a ocupar trata de las denominadas “habilidades y/o estrategias de afrontamiento” y los objetivos que perseguimos aquí son:

(i) Delinear una reconceptualización de las habilidades de afrontamiento como competencias de personalidad (lo que ha sido intentado ya en otra ocasión (Pelechano, 1991a) y, frente a las formas concretas de entenderlas que se encuentran presentes en gran parte de la bibliografía contemporánea, integrarlas en un ambicioso modelo de inteligencia socio-cultural, dentro de un modelo general de personalidad.

(ii) Presentar un instrumento que evalúa algunas de estas habilidades de afrontamiento, específicamente pensado para enfermos físicos crónicos, lo que nos llevará a ofrecer datos acerca de su lógica de construcción, composición factorial, validez diferencial y poder discriminante.

(iii) Insertar las habilidades de afrontamiento dentro de un modelo general de funcionamiento psicológico de parámetros de personalidad, apuntar ideas y resultados acerca de su posible ubicación y relación con otros factores dentro de este modelo general.

(iv) Mostrar con resultados que, mientras continúa siendo plausible seguir cultivando los estudios de planteamiento más tradicional en la psicología de la salud acerca de lo que hemos denominado “personalidades del abecedario” (Pelechano, 1990), puede resultar mucho más ajustado a la realidad y rentable científicamente construir una psicología diferencial del enfermo crónico que permita establecer criterios claros y *específicos* de intervención.

Y todo ello, claro está, a sabiendas de que se trata de un acercamiento muy parcial y que, a la hora de estudiar la salud y la enfermedad, junto a las habilidades de afrontamiento importan otras muchas variables y aspectos en los que los sistemas de creencias acerca de la enfermedad, de las funciones de los equipos de salud, los modelos “implícitos” de la enfermedad que emplean los enfermos y el contexto familiar, desempeñan un papel muy importante a la hora de establecer programas de intervención eficaces (Pelechano, 1991b).

En todo caso, pensamos que antes de intervenir debemos compilar la mayor cantidad de información relevante posible con el fin de evitar la promoción de “terapias” psicológicas ineficaces o estrategias de ayuda que se apoyen en resultados escasamente relevantes, lo que suele llevar a la conclusión de que los resultados son más representativos de lo que les interesa a los “académicos” promotores de publicaciones, que a los profesionales realmente interesados en ofrecer ayuda eficaz y a los propios enfermos y familiares.

Una nota más nos importa señalar aquí. Uno de los problemas sobre los que más se está insistiendo en la investigación de las dos últimas décadas es el de la predicción y/o estudio de los antecedentes que dan lugar a la enfermedad o, dicho con otras palabras, el problema de la prevención. Es nuestra opinión que, siendo importante preveer, no agota, ni con mucho, todos los temas relevantes ni prioritarios de la enfermedad y la salud. Y ello, al menos por varias razones: la primera porque una cosa es la prevención y otra el tratamiento y, por ello, es muy posible que, al igual que lo que ocurre en el caso de los miedos y las fobias, las mejores estrategias de prevención no tengan apenas valor funcional para el tratamiento; la segunda, porque existen personas enfermas que deberían recibir ayuda y, para ello, en el caso por ejemplo de que se presente un estado de depresión en enfermos de cáncer o de enfermedad renal terminal, este problema debe ser tratado, aliviado y, deseablemente, eliminado; en tercer lugar, porque

la prevención eficaz lleva consigo un conocimiento etiológico y funcional profundo, lo que no es el caso en nuestros días, por lo que se ha dicho ya en más de una ocasión, que mejor un buen tratamiento que una mala prevención; en cuarto lugar, porque se tiende a confundir, con demasiada frecuencia, conocimiento con prevención (en especial por lo que se refiere a instituciones oficiales, se supone que las campañas de prevención son, fundamentalmente campañas de información), lo que no es el caso, entre otras cosas, porque la prevención, aparte de conocer exige la realización de acciones concretas y posibles, lo que no siempre va a la par (repárese, por ejemplo en los accidentes de tráfico y la pretendida “racionalidad” del ser humano en cuanto a conductas de conducción observables directamente, en cualquier fin de semana). Ocurre, finalmente que en la medida en que existan enfermos y familias, deberían pensarse y ponerse en acción programas de ayuda y no solamente de prevención. Pensamos que tales programas de ayuda no deberían ser conceptualizados como una suerte de “inversiones a fondo perdido” sino como inversiones altamente rentables en la medida en que alivien el sufrimiento humano.²

2. UNAS CUESTIONES CENTRALES Y LA OFERTA DE UN MODELO DE TRABAJO

En este epígrafe vamos a presentar una serie de ideas matrices que guían la elaboración tanto de un modelo teórico como de programas específicos de intervención para enfermos crónicos, en el contexto específico de las habilidades de afrontamiento y de la psicología de la personalidad. Usualmente tienden a presentarse como contrapuestas dos líneas de trabajo que podrían ser consideradas como complementarias. La primera tiene que ver con la personalidad y la segunda, con el estrés.

2.1. Estrés, afrontamiento, personalidad y salud

Por lo que se refiere al *estrés*, la tradición de estudio es tan antigua como fruto de sentido común. En su versión más primitiva, estrés llama a estimulación (sea ésta conceptualizada de una u otra forma) nociva, punitiva, que recibe un organismo. Esta idea intuitiva se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y, en general, con el bienestar y se presenta con toda claridad en el caso

de que la intensidad de la estimulación nociva sea muy alta pues se convierte en letal (en el caso de que la estimulación no sea letal, pero sí lo suficientemente intensa, debería promover estados de enfermedad, siendo coherentes con un modo de pensamiento lineal). La conceptualización del estrés como estímulo ofrece ventajas indudables por lo que se refiere a la medida "objetiva" de ese estrés y, de hecho, la obra de Selye (1956, 1976) representa un buen exponente de todo ello. Los "estresores" de Selye guardan una estrecha relación con la conceptualización de Holmes y Rahe (1967) de los sucesos vitales estresantes en la medida en que, intencionalmente, el procedimiento de construcción de los instrumentos de medida pretendía ofrecer una estimación "objetiva" de los estresores-sucesos sobre el estado de salud del sujeto³. El problema es que al introducir las complejidades de estimación subjetiva, pesos diferenciales de distintos sucesos vitales estresantes obtenidos por experiencia de análisis con muchos sujetos, empleo sistemático de autoinforme..., la investigación de estos autores y de la escuela a la que han dado lugar ha sido acusada tanto de excesivo subjetivismo como de objetivismo teóricamente desvertebrado⁴. Por otra parte, en los distintos instrumentos aparecen items cargados de ambigüedad (por ejemplo, los reveses económicos o sentirse discriminado-perjudicado ¿son meramente estresantes cuando aparecen o, por el contrario, son signos de algo más profundo y que formaría parte de una característica de la persona como la ansiedad-neuroticismo?). Existe un problema añadido al que no se da respuesta, entre otras cosas, porque ni siquiera ha sido cuestionado ¿existe una relación entre estresores en general y enfermedad en general o hay una especificidad de tipos, formas, maneras o sistemas de estresores y enfermedades específicas? Si la respuesta que se da a esta cuestión es la primera, habría que explicar posteriormente la razón de la diversidad de enfermedades ante los mismos estresores; si se da la segunda, deberían existir algunas hipótesis claras respecto a la generación y relación persistente entre estresores concretos y enfermedades específicas, junto a algunos resultados que pudieran servir como evidencia, aunque indirecta; ninguna de estas últimas opciones ha sido planteada desde la escuela que estamos comentando⁵.

Existe una fuente indirecta que serviría como soporte a la conceptualización "objetiva/consensual" de los estresores y es la apelación al denominado *apoyo social* como protector de las fuentes objetivas de estrés, bien en su subclasificación de oferta de servicios o bien en cuanto a utilización de los mismos. Los resultados existentes al respecto, con todo, no son concluyentes y, en todo caso, como estrategias sociológicas comunitarias eliminan el papel de la individuali-

dad humana, tal y como hemos comentado en otro lugar (Pelechano 1991b).

Existen, finalmente, una serie de críticas a la concepción general que estamos exponiendo y que han sido recientemente ofrecidas por el grupo de Brown (Brown, 1985; Brown y McGill, 1989): para este autor los resultados acerca de las relaciones entre sucesos vitales estresantes y enfermedad son contradictorios porque se trata de un fenómeno de alcance restringido y no general. A partir de la propuesta de un modelo de estrés de la perturbación de la identidad se defiende que cuanto más cambia un suceso el modo en el que una persona piensa y siente sobre el sí mismo (*Identity Disruption Model*), mayor riesgo para que esta persona desarrolle una enfermedad. Por ello, los sucesos vitales estresantes no serán nocivos a menos que cambie la percepción del sí mismo pero, a la vez, cuando los sucesos vitales sean positivos, placenteros y de bienestar y la noción de sí mismo sea negativa, los efectos de ese bienestar serán asimismo perturbadores y, por ello, generadores-disparadores de estados de enfermedad⁶. O dicho, con otras palabras, los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se limitan a los individuos que tienden a pensar de sí mismos en términos negativos.

* * * * *

Cabe una segunda línea de desarrollo, que es la que, posiblemente, ha alcanzado un mayor grado de desarrollo en cuanto a volumen total de publicaciones, que ha consistido, básicamente, en la progresiva “subjetivación” o subjetivización de la realidad del estrés y que ha encontrado en el círculo de Lazarus su mayor desarrollo⁷. Una idea fundamental en este acercamiento es que lo que realmente importa en la definición de lo que es un estresor es la interpretación que de los hechos hagan los seres humanos, más que los hechos en y por sí mismos (los “hechos objetivos”)⁸. Este “funcionalismo cognitivo-emocional” ya fue preluado hace medio siglo por Adolf Meyer (que evaluaba esta interpretación de la realidad personal mediante una “carta vital”), y desde una tradición algo distinta el propio Lazarus reconoce antecedentes provenientes de la psicología del *ego* (Haan, 1969, 1977, Menninger, 1954, Vaillant, 1971, 1977) y así, por ejemplo, Haan emplea la expresión de afrontamiento (*coping*) solamente para identificar los procesos “más sanos” del funcionamiento del *ego*, defensa (*defense*) para los neuróticos y fracaso del *ego* (*ego-failure*) para formas distorsionadas y muy fragmentadas de la actividad adaptativa (las formas “sanas” son calificadas de flexibles y orientadas hacia la realidad y las patológicas, como rígidas y compulsivamente forzadas).

Esencialmente, el grupo de Lazarus asimila estrés a emoción y el objetivo que persigue es mostrar que el “estrés o, hablando más ampliamente, la emoción, es el mediador de las relaciones entre la personalidad y la enfermedad” (Lazarus, 1990, p. 97). De ahí que el estrés no sea conceptualizado como una o más variables sino más bien una “rúbrica” o “tono afectivo”, cuyo referente es vario: a veces, se trata de sucesos, otras veces, de estimaciones de sucesos, esfuerzos de afrontamiento basados en estimaciones o reacciones emocionales de disgusto. La elaboración empírica y teórica de este modo de entender y hacer sobre el estrés posee cuatro características básicas: (i) acento en la descripción de los pensamientos y acciones que están teniendo lugar o han ocurrido en un encuentro concreto con el estrés o en varios estadios de un mismo enfrentamiento con un estresor; (ii) la medida que se propone de ello es contextual, centrada en el análisis del proceso y transaccional, por lo que cambia con los procesos y los contextos⁹; (iii) el diseño básico de estudio requiere que la misma persona sea evaluada en distintos momentos o contextos para determinar la estabilidad y el cambio¹⁰ y, finalmente (iv) se debe evitar valorar un proceso de afrontamiento como bueno o malo en sí mismo puesto que depende de la persona, el contexto, problema, creencias, momento de evolución, etc.

La primera versión del cuestionario construido para la evaluación del afrontamiento (el *Ways of Coping Checklist*, Folkman y Lazarus, 1980) por este grupo estaba compuesta por 67 elementos, con formato de escala tipo Likert, elementos que, posteriormente revisados se restringieron a 66 que fueron sometidos a análisis factorial (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986) y dieron lugar a ocho factores¹¹:

- (1) Afrontamiento de confrontación (por ejemplo, “Me afirmo en mis convicciones y peleo por lo que quiero”)
- (2) Distanciamiento (“Actué como si nada hubiese ocurrido”)
- (3) Auto-control (“Intenté guardar mis sentimientos para mí mismo”)
- (4) Búsqueda de apoyo social (“Hablé con alguien que pudiera hacer algo concreto para resolver el problema”)
- (5) Aceptación de responsabilidad (“Me critiqué a mí mismo”)
- (6) Escape-evitación (“Quería escapar de la situación o que ya hubiese acabado”)
- (7) Planificación para resolver el problema (“Sabía qué tenía que hacerse y por ello redoblé mis esfuerzos para hacer que las cosas funcionaran”)
- (8) Re-valoración positiva (“Encontré una nueva fe”).

Pese a no haber hecho un análisis factorial de segundo orden, Lazarus

defiende que todos estos factores son tan sólo variaciones de dos formas más básicas: afrontamiento dirigido al problema o afrontamiento dirigido a la emoción. El primero trata de modificar las circunstancias presentes o a modificarse a uno mismo; el segundo, intenta modificar las cogniciones que alteran las significaciones que poseen los hechos¹².

Los autores llegan a formular algunas generalizaciones empíricas respecto a las diferencias individuales en afrontamiento: afirman que la mayoría de las personas emplean las ocho formas de afrontamiento; en segundo lugar, el patrón básico de afrontamiento cambia de un estadio de desarrollo a otro y, finalmente, que algunas formas de afrontamiento son más estables que otras. Más adelante ofreceremos algunos resultados con enfermos crónicos respecto a los dos últimos puntos presentados (la composición factorial por un lado y las diferencias individuales por otro, intentando ser un poco más específicos que estas afirmaciones genéricas que acaban de formularse y mostraremos que, al menos por lo que se refiere a enfermos crónicos, tales afirmaciones no encuentran una contrastación empírica clara).

* * * * *

Ya con Brown, Carver y Rim, por citar tres autores dispares entre sí separados tanto a nivel teórico como geográfico, se atisba una relación entre personalidad y enfermedad y, de hecho, incluso hay autores que defienden que en los comienzos de la psicología de la salud, el estudio de las relaciones entre personalidad y enfermedad fue anterior a la oferta que tuvo su origen en el estudio del estrés y del afrontamiento. De hecho, la mayoría de trabajos realizados con enfermedades "físicas" han sido los que corresponden a personalidad y no a estrés y/o afrontamiento. Desde los primitivos estudios sobre el patrón A de conducta y la enfermedad cardiovascular hasta nuestros días pueden detectarse unas orientaciones genéricas que podrían agrupar este tipo de estudios (Suls y Rittenhouse, 1990). En todas ellas se hace referencia a la base orgánica de las enfermedades físicas y, por ello, se tiende a emplear modelos y dimensiones de personalidad en las que la base orgánica desempeña un papel relevante. En la primera tradición, se entiende que la personalidad actúa provocando una *hiperreactividad fisiológica* (ante la presencia de amenazas o estresores), esta hiperreactividad se encuentra mediada por los sistemas simpático-adrenomedular (denominado por algunos autores como el sistema del esfuerzo), el sistema pituitario adrenocortical (denominado sistema

de conservación-huída o sufrimiento), el sistema de comunicación de péptidos (operacionalmente conectado con el estrés y el dolor) y el sistema inmunológico (relacionado con vigilancia, supervisión, identificación y destrucción de los patógenos extraños que se encuentren en el cuerpo). El segundo modelo se califica como de *predisposición constitucional*: se postula la existencia de unos marcadores genéticos o biológicos que interactúan entre sí y con la personalidad incrementando los riesgos y la susceptibilidad a la enfermedad (por ejemplo, la hipótesis eysenckiana respecto a los ritmos de excitación-inhibición cortical y sus correlatos de extraversión-introversión, los desequilibrios neurovegetativos y neuroticismo y su interacción, todos ellos componentes hereditarios y que serían los que "explicarían" la aparición de determinadas enfermedades y su evolución (como en el caso del cáncer) a través de los sistemas neurofisiológicos y bioquímicos. El tercer modelo genérico se denomina *de conductas peligrosas* y en el que se supone que la personalidad influye decisivamente en la creación de estilos de vida estresantes (conductas peligrosas o de alto riesgo para la salud, tales como exceso de ejercicio físico, de comida, fumar, asunción de riesgos, sobrecarga) lo que incide en la presencia de una mayor tasa de enfermedad entre estas personas.

Como ocurrió en el caso anterior del estudio del estrés, existen escuelas y orientaciones bastante dispersas entre sí. Los trabajos realizados hasta el momento se preocupan más por el estudio de los predisponentes-determinantes de la enfermedad que de las características de las personas enfermas. Por otro lado, se trata de estudios correlacionales en los que, en el mejor de los casos, se emplea un único tipo de enfermedad y, excepcionalmente, un grupo de control ("no enfermo"). No se conoce nada acerca de las características (si las hay) que conforman distintas enfermedades (con el fin de valorar si lo que diferencia a normales-enfermos es específico o por el contrario, es común a otras enfermedades) y en la mayoría de las aportaciones prima un estudio de rasgos temperamentales, en algunos casos con componentes motivacionales y con una carencia casi total de elaboraciones teóricas inspiradas en el compromiso de los procesos cognitivos. Finalmente, en el caso de ofrecer resultados sobre funcionamiento cognitivo se acentúan los estudios de corte tradicional en los que atención, memoria y tiempos de reacción ocupan un lugar central, sin que se haya prestado una atención adecuada (en nuestra opinión, ni siquiera mínima) a los procesos social-cognitivos. Una parte considerable de este trabajo se va a ocupar en la oferta de un modelo de trabajo y unos resultados acerca de esa parcela del comportamiento humano.

2.2. Las habilidades de afrontamiento desde y dentro de un modelo ambicioso y de trabajo sobre la inteligencia humana

Desde hace una década, el autor senior viene insistiendo en la necesidad por incorporar al estudio de la inteligencia una elaboración teórica que vaya más allá de la “inteligencia académica” y la “inteligencia mecánica” que llenaba la mayoría de las páginas sobre la psicología de la inteligencia. Además, ha estado insistiendo reiteradamente acerca de la conveniencia por encontrar eslabones intermedios que se sitúen entre las dimensiones y procesos tradicionalmente entendidos como emocional-motivacionales y/o temperamentales y los intelectuales. A lo largo de los últimos años se han publicado una serie de obras que han replanteado la teoría clásica de la inteligencia desde distintas perspectivas (cfr. por ejemplo Cantor y Kihlstrom, 1987; Gardner, 1983; Sternberg, 1990, por citar ejemplos representativos). A partir de un reanálisis de distintos autores y orientaciones, Pelechano y de Miguel (1992) han presentado un modelo de inteligencia que podría ser calificado de heteromórfico, socio-culturalmente contextualizado y psicológico-funcional. Cercano a Gardner en cuanto que frente a Sternberg o Cantor y Kihlstrom defiende la existencia de diversas inteligencias en el ser humano, dicho modelo se aleja del propuesto por el primer autor en cuanto que lleva consigo unos supuestos menos “biologicistas”¹³. Entre los supuestos que propone se encuentran los siguientes: (i) existencia de muchas formas de ser inteligente (en concreto, en un primer análisis se llegan a proponer 16), estas formas se plasman en contextos socioculturales e históricos distintos, promoviendo una mayor o menor diversificación de unas u otras formas; (ii) estas inteligencias se supone que son relativamente independientes entre sí aunque existan o puedan existir interacciones entre ellas; (iii) el acercamiento psicométrico, aunque ilustrativo y muy útil en muchos casos, no agota las formas de evaluación de las inteligencias humanas; (iv) en la actualidad existe un desnivel considerable en el conocimiento que se tiene de las distintas inteligencias, así como en el desarrollo de instrumentos y recursos adecuados para su evaluación; (v) se supone la existencia de un modelo jerárquico de inteligencia formando parte de un modelo jerárquico de personalidad en general, que incluye elementos cognitivos, temperamentales y conativos, así como complejos tales como creencias y sistemas de valores (Pelechano, 1991c). En ningún caso se propone la existencia de un único concepto operacional que agrupe e integre *coherente y de forma totalmente consistente a todos los elementos constitutivos de la personalidad* (excepto, en todo caso, el sí mismo

como concepto teórico unitario no operacionalizable) ni tampoco un concepto que aúne las diversas clases de inteligencia, de temperamento y motivacionales¹⁴; (vi) la admisión de una inteligencia exige o bien el establecimiento de correlatos biológicos (a nivel de datos clínicos, por ablación o bien a nivel evolucionista), o bien el reconocimiento de una amplia base y tradición cultural (como es el mundo del refranero, por ejemplo, o de la historia de la cultura como en el caso de la música); (vii) el número de inteligencias propuesto se encuentra sometido a fluctuaciones en distintas sociedades y niveles de desarrollo por cuanto que se asume que es el contexto socio-histórico y cultural el que diversifica, potencia, inhibe o restringe el desarrollo de unas u otras. La propia evolución social va generando inteligencias diversas a lo largo de los años; (viii) uno de los requisitos comunes a todo tipo de inteligencia es el manejo de un sistema de símbolos, con la correspondiente codificación, clave de interpretación y posibilidad de desarrollo.

Sobre estos supuestos hemos propuesto unos tipos de inteligencia que se agrupan en grandes categorías: lingüística (que incluye la verbal, musical, imagen y lógico-simbólica), mecánica (corporal-quinestésica e instrumental-aparatos) y socio-cultural, que es la que nos interesa en especial aquí, cuyas principales categorías se presentan en el cuadro número 1 y que pasamos a comentar.

CUADRO 1.-Modelo de trabajo sobre principales factores lógicos de inteligencia socio-cultural

- | |
|--|
| <p>A. SOCIO-INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> A.1. Institucional-organizacional A.2. Económica A.3. Histórico-cultural <p>B. SOCIO-PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> B.1. Intrapersonal B.1. Interpersonal |
| <p>Nota: La explicación en el texto</p> |

La denominada *inteligencia socio-cultural* se encuentra formada por dos grandes grupos de categorías que cubren otras tantas parcelas del funcionamiento social: en (A) y bajo la rúbrica de *socio-institucional* nos referimos al dominio social de las instituciones y organizaciones sociales (tanto políticas como laborales y de ocio) así como a la comprensión de fenómenos y tendencias históricas que cubren largos períodos temporales. De ahí que se diferencien en el cuadro, la inteligencia “institucional-organizacional” que se ocupa de las cuestiones relacionadas con las organizaciones, la “económica” (en sus dos aspectos básicos de macro y microeconomía) y la “histórico-cultural”, ocupada en la gestación de filosofías de la historia y de la cultura. Tan sólo marginalmente los dominios que cubren estos tipos de inteligencia han sido estudiados en la tradición de lo que se venía denominando inteligencia social. En todo caso, en este apartado se incluirían los trabajos dirigidos a la comprensión y fomento del “éxito social” y a la asimilación de inteligencia social como manejo de personas-instituciones, aunque el panorama, tal y como lo hemos dibujado nosotros resulta bastante más amplio.

Más interesante para los propósitos que nos guían en este trabajo es el apartado (B) que hemos calificado de *socio-personal* y que se ocupa de temas de los que existe una cierta tradición en la historia de la psicología como componentes de la “inteligencia social” (empatía, intuición personal, solución de problemas interpersonales), menos comprometida con el éxito y la visibilidad socio-institucional que con el mundo de las relaciones interpersonales y de la amistad. En este dominio distinguimos dos tipos de elementos. El primero de ellos se denomina *inteligencia intrapersonal* y tiene su esfera de actuación en la capacidad para detectar los problemas personales de uno mismo así como de los demás en cuanto exista implicación de uno mismo en ellos, encontrar los medios adecuados para ofrecer vías de solución y la puesta en acción de esos medios. El segundo de los tipos que hemos diferenciado más arriba es la *inteligencia interpersonal*, que se orienta fundamentalmente a la detección y solución de los problemas de índole personal que presentan los demás y en los que no se da una implicación del solucionador de los problemas, de uno mismo.

Este mundo socio-personal representa un puente de unión con elementos más tradicionalmente asentados en el estudio de la personalidad, con el que puede guardar relaciones tanto o más intensas que con las medidas tradicionales de inteligencia (tests de inteligencia general e incluso de cociente intelectual), aunque pueden obtenerse medidas depuradas de cada uno de los sectores que sean prácticamente independientes entre sí. Dentro de este mundo socio-

personal incluimos dos tipos de factores, cuanto menos y sobre los que tenemos ya evidencia experimental y psicométrica. Uno de ellos es al que nos hemos referido más arriba como estrategias-habilidades de afrontamiento (tal y como son operacionalizadas por la mayoría de instrumentos al uso) y ejemplos de procedimientos y de instrumentos son la entrevista estructurada de Brown y Harris (1978), el *Ways of Coping Questionnaire* de Folkman y Lazarus (1980), el *Problem Solving Inventory* de Heppner y Peterson (1982), la *Self-Control Scale* de Rosenbaum (1980), el inventario *COPE* de Carver, Scheier y Weintraub (1989) o los de Rohde, Levinsohn, Tilson y Seeley (1990) o el de Enderly y Parker (1990). El otro gran grupo de dimensiones, conceptos e instrumentos es el de las estrategias-dimensiones de solución de problemas con instrumentos del tipo desarrollado por Tobin, Holroyd y Reynolds (*Coping Strategies Inventory*, 1982), el *Means-Ends-Problem-Solving Procedure* de Platt y Spivack (1975) y la serie de instrumentos que ha ido creando nuestro propio grupo en la última década y que cubre un período de edad entre 3 y 95 años (incluso con alguna batería de habilidades interpersonales especializadas para poblaciones especiales como mujeres delincuentes internas).

Nuestra propuesta teórica, en suma, interpreta las habilidades de afrontamiento como elementos dentro de la inteligencia social socio-personal (en los modos de operacionalización al uso, dentro de la esfera intra-personal). Para ello debe recogerse evidencia experimental que sea coherente con la interpretación de estas habilidades de afrontamiento como modos no-situacionales sino, al menos, contextual-intermedios, que presenten una cierta estabilidad a lo largo del tiempo y de situaciones distintas y cuyas relaciones, si las hay, con otras partes conocidas del funcionamiento personal, no permitan identificarlas con ellas. De hecho, la bibliografía existente y a la que hemos hecho mención más arriba a propósito del grupo de Lazarus sugiere que estas estrategias-habilidades de afrontamiento presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad pero que tal y como se puede detectar en los trabajos de Rim y de Carver et al. (1989), poseen consistencia interna aceptable y una estabilidad temporal incluso a nivel transgeneracional.

Desgraciadamente los datos existentes han sido obtenidos o bien en caso de psicopatología no muy grave y de corte tradicional (ansiedad y depresión en sus diversas formas) o bien con estudiantes de psicología que debían "rememorar" lo que hacen ante un suceso estresante o con cortos períodos temporales y su relación con la aparición de enfermedades usualmente controlables con facilidad y no crónicas. En el presente trabajo presentamos un instrumento pensado

para evaluar habilidades de afrontamiento en enfermos crónicos adolescentes, adultos y ancianos, con enfermedades de distinto nivel de gravedad y con sintomatología bastante dispar.

2.3. Habilidades de afrontamiento y el binomio salud-enfermedad

Acaba de ser mencionado que el estudio de las habilidades de afrontamiento se ha ocupado hasta el momento de elementos comprometidos con depresión y ansiedad, en poblaciones de estudiantes universitarios o de pacientes con psicopatología de corte convencional. Su aplicación al mundo de la salud "física" no ha sido, desgraciadamente, abundante debido, prosiblemente, a la excesiva preocupación de la psicología de la salud en aspectos preventivos. Posiblemente en las enfermedades crónicas (que es nuestro objetivo prioritario) el tipo de enfermedad (y no el afrontamiento) es el que influye conformando unos modos de afrontamiento específicos. Desde nuestro posicionamiento teórico pensamos que el proceso es de corte interactivo: existen previamente unas maneras de afrontar las situaciones de estrés y estas maneras concretas son influidas por, e influyen el curso de la enfermedad. Por la forma de operacionalización (inventarios con instrucciones no situacionales) los resultados dimensionales alcanzados no deben ser situacionales sino, cuando menos, de consolidación intermedia. Aquí es posible que tanto el tipo de enfermedad como su duración incidan sobre la "construcción" de esta parte de la inteligencia socio-personal.

Sin embargo, pensamos que debe ponerse en claro que la idea de "adecuación estrategias de afrontamiento-enfermedad" resulta muy ingé-nua por lo que se refiere a la delimitación de la enfermedad tal y como es entendida por el facultativo¹⁵. Es plausible pensar que las relaciones se den en función de la *idea que tenga el enfermo de su enfermedad y de la instrumentación psicológica que se esté empleando*. Esta idea que posee el enfermo de su enfermedad, está compuesta por lo que sabe de ella, su experiencia personal, las informaciones técnicas (provenientes del cuerpo facultativo) y no técnicas que recibe (provenientes de sus amigos, conocidos, familiares y diversas publicaciones no especializadas en sus secciones de "el médico en casa" y similares) y los sistemas de creencias familiares acerca de la enfermedad en general y de su enfermedad concreta en particular. En la medida en que esta suposición sea correcta, los resultados psicológicos que cabe esperar para caracterizar psico-

lógicamente las distintas enfermedades no serán definitivos. La solución no se encuentra en dejar de investigar sino, al contrario, insistir en investigaciones concretas para delimitar tanto la definición de enfermedad (de la medicina y de los enfermos) como los criterios psicológicos de diferenciación y programas de alivio-promoción del bienestar personal del enfermo y de sus familiares. En esta dirección se mueve el presente trabajo.

3. LA PRESENTE INVESTIGACION

Los datos sobre los que se asientan los resultados que vamos a presentar son parte de una investigación que estamos llevando a cabo desde hace unos años sobre la enfermedad crónica¹⁶. Para tener una idea acerca del trabajo total, hay que decir que comprende dos fases, una descriptiva que estamos acabando y que ha estudiado a 511 enfermos, durante unas 35 horas para cada uno de ellos y otra de intervención, que es la que nos ocupa centralmente en este momento. Se han aislado 106 factores de primer orden además de unas tres horas de entrevista sobre calidad de vida¹⁷. Un trabajo de este estilo resulta imposible de resumir en unas páginas, por lo que nos restringimos tan sólo a unos resultados correspondientes a las estrategias de afrontamiento.

3.1. La lógica seguida en la generación de instrumentación y tipos generales de instrumentos

Ya se ha dicho más arriba que la instrumentación al uso en la evaluación de las estrategias de afrontamiento ha sido pensada para estudiantes universitarios y referida a problemas "menores". La aplicación de esta instrumentación a la población que tenemos que estudiar nosotros lleva consigo notables inconvenientes, desde el vocabulario hasta las maneras concretas de afrontar situaciones. La manera operativa que hemos seguido ha sido la de revisar los distintos instrumentos mencionados más arriba, centrándonos fundamentalmente en el *Ways of Coping* de Lazarus y Folkman, por ser el de más amplio uso. Desde aquí hemos eliminado una serie de elementos, redactado de nuevo otros manteniendo constante la misma idea y, finalmente, generar otros que parecían más relevantes a la población sobre la que teníamos que trabajar. Ello dio lugar a un cuestionario de 81 elementos con 4 alternativas de respuesta ("en absoluto, de

ninguna manera”, “en alguna medida, ligeramente de acuerdo”, “bastante o bastante de acuerdo” y “en gran medida”). Las ocho áreas obtenidas por el grupo de Lazarus en la factorización del *Ways of Coping* se encontraban representadas.

Por otro lado, con el fin de acercarnos al estudio evolutivo de estas estrategias de afrontamiento, se cumplimentó el mismo instrumento dos o tres días más tarde del anterior pero referido al *momento en que cada enfermo fue consciente de la enfermedad*. En el caso de la diabetes, el momento de ser consciente de la enfermedad y de conocimiento de estar enfermo no coincide (porque “conocen que están enfermos” algunos de ellos desde los primeros años de vida, y sin embargo, no adquieren “conciencia de enfermedad” con las secuelas que de ello se derivan para el cuidado de la misma hasta la adolescencia aproximadamente), instrumento al que denominamos “rememoración de las estrategias de afrontamiento”. Ello nos permitirá comparar la manera de organizar la información de afrontamiento al rememorar el conocimiento de la enfermedad frente a la manera de organización actual y, en todo caso, promover un cierto estudio de la dinámica de cambio en estrategias de afrontamiento.

Hay que decir, antes de pasar adelante que *todas las aplicaciones fueron individuales* y, la mayoría en forma de entrevista estructurada en la casa del enfermo. Cada entrevistador tenía que aclarar las dudas que se planteaban y, por otro lado, debía hacer tantas visitas cuantas fueran necesarias. Lo más frecuente fue cuatro visitas domiciliarias a lo largo de un intervalo temporal de quince días naturales.

3.2. Participantes

En el presente trabajo daremos noticia de la participación de 511 enfermos de enfermedades físicas crónicas. Los criterios para la selección de los pacientes fue discutido en cada caso con el servicio facultativo correspondiente de los dos centros hospitalarios. Se eligieron enfermos que, dentro de lo posible, presentaran solamente presencia del diagnóstico principal que se expone más abajo, aunque ello no fue posible en todos los casos. El procedimiento seguido fue el siguiente: en primer lugar, el médico facilitaba los nombres de los enfermos y él les comunicaba en primer lugar la posibilidad de participar en el estudio. A continuación, si el enfermo asentía con ello, se llevaba a cabo una primera toma de contacto con el equipo de psicólogos que le explicaban la marcha y objetivos

prioritarios del trabajo a realizar, su grado de participación (cumplimentación de pruebas en una primera fase y posibilidad de recibir ayuda psicológica en una segunda y en cualquier momento que lo desearan tras una cita con un teléfono de contacto). En el caso de que aceptaran se comenzaba el pase de pruebas en el propio servicio, o se establecía una cita en casa del enfermo, con el fin de evitar al máximo las molestias que la participación podía llevar consigo. Los principales datos de identificación que consideramos pertinentes para este trabajo se presentan en el cuadro número 2 que pasamos a comentar.

Por lo que se refiere a los diagnósticos principales hay que decir que se trata de rúbricas muy genéricas en este trabajo a la espera de otras presentaciones más específicas. En el caso de la enfermedad renal terminal (diálisis), predominaba la diálisis hospitalaria (no peritoneal), con 2/3 de hombres y aunque con un rango de edad amplio, casi una cuarta parte se encontraba entre los 50 y 59 años. Se trata de un estado de fracaso renal por encima del 95% y que necesitan la asistencia médica tres veces por semana al menos con el fin de seguir con vida. Deben seguir un régimen dietético y de vida bastante duro y su calidad de vida se encuentra seriamente mermada con relación a su situación anterior. El futuro de estos enfermos no es muy esperanzador, planteándose el trasplante como una opción viable de recuperación¹⁸.

Bajo el nombre de nefropatías se encuentran recogidos casos de glomérulonefritis y pielonefritis fundamentalmente, que presentan sintomatología clara y que siguen un tratamiento medicamentoso y régimen dietético aunque no tan estricto como en el caso anterior. Aproximadamente la mitad de los participantes han sido mujeres y la edad se encuentra muy repartida, aunque casi la mitad de los casos se encontraba en el rango de 30 a 49 años.

Un tercer grupo de enfermos renales es el que corresponde a trasplante renal con éxito, casi dos terceras partes de ellos eran varones. Se trata de un grupo que ha tenido un trasplante renal con éxito y que vive con él sin graves problemas un período mínimo de cinco años. Este grupo de enfermos sigue tomando inmunosupresores y debe seguir un régimen dietético aunque no tan estricto como en el caso de los dializados, su calidad de vida es considerablemente mayor e incluso puede seguir trabajando en tareas que no exijan un esfuerzo físico agotador (por ejemplo, no pueden ser deportistas de élite). Aunque el rechazo puede aparecer en uno u otro momento, viven como si ello no fuera a ocurrir ya nunca.

Un cuarto grupo de enfermos lo forman el que hemos calificado como hipertensos. Usualmente remitido a partir de los servicios de nefrología de

CUADRO 2.- Datos descriptivos y relevantes de la muestra de enfermos crónicos que han participado en este estudio (N = 511)

Variable descriptiva	N	%
Sexo: mujeres	275	53,8
Edad: rango		
< 20 años	25	4,9
> 60 años	60	11,7
Moda intervalo 50-59	132	25,8
Estado civil: casado	342	66,9
Nivel educativo: < EGB	225	43,1
EGB	147	28,8
Zona demográfica:		
< 10.000 habitantes	139	27,2
Capital	154	30,1
Número de hijos: Moda rango 1-2	180	35,2
Nivel profesional:		
- trabajo manual no cualificado	85	16,6
- trabajo manual cualificado	92	18
- amas de casa	157	30,7
- profesiones liberales	11	2,2
Enfermos:		
- diálisis: 71; hombres	47	66,2
edad: moda rango 50-59	17	23,9
- hipertensión: 101; mujeres	56	55,4
edad: moda rango 50-59	30	29,7
- nefropatías: 72; mujeres	40	55,6
edad: moda		
rango 30-39	17	23,6
rango 40-49	17	23,6
- trasplante: 41; hombres	27	65,8
edad: moda rango 50-59	11	26,8
- cáncer: 117; mujeres	81	69,2
edad: moda rango 40-49	39	33,3
- diabetes: 109; mujeres	60	55,1
edad: moda rango 50-59	33	30,3

ambos hospitales. Se trata de un grupo, aproximadamente la mitad de los cuales son mujeres y que presentan una tensión igual o superior a 19, que reciben terapia farmacológica y deben seguir un régimen alimentario y de vida distinto. Son sometidos a revisión cada seis meses aproximadamente con el fin de ir ajustando el régimen farmacológico y estudiar los efectos secundarios que tales regímenes llevan consigo. Usualmente poseen niveles altos de colesterol y ácido úrico. La moda del rango de edad está entre los 50 y los 59 años (poco menos de una tercera parte) aunque otro tanto se encuentra en el rango de edad inmediatamente anterior (40-49 años).

El grupo denominado como diabéticos está formado por 109 enfermos, un poco más de la mitad de los cuales son mujeres. La mayoría insulino-dependientes y casi la tercera parte de los mismos se encuentran en el rango de edad de los 50 a los 59 años (otro gran grupo de la misma cuantía se encuentra entre los 20 y los 29 años). Aparte el régimen farmacológico, deben seguir un severo régimen dietético carente de azúcar. Gran parte de ellos es seguida en el Servicio de Diabetología del Hospital "La Candelaria" de la Seguridad Social de Santa Cruz de Tenerife.

Finalmente, por lo que se refiere al grupo calificado como "cáncer", todos ellos conocen perfectamente el diagnóstico y reciben quimioterapia en el Servicio de Oncología del mismo hospital que acabamos de mencionar más arriba. Poco más de 2/3 de la muestra son mujeres (intervenidas quirúrgicamente) y la tercera parte de la muestra se encuentra en un rango de edad entre 40 y 49 años (del resto, la cuarta parte aproximadamente cubre la franja de 50 a 59 años).

Tomando en consideración toda la muestra de enfermos crónicos habría que decir que existe un ligero predominio de mujeres (53,8%), predominio asimismo de una edad entre 50 y 59 años, dos terceras partes de todos ellos están casados (y viven con sus parejas y familia, teniendo entre 1 y 2 hijos la tercera parte; poco más de la cuarta parte, el 25,2% tienen entre 3 y 4 hijos y otro tanto -1/4 de la muestra- no tienen ninguno; el resto 5 o más) y, por lo que se refiere a la zona demográfica de vida hay que decir que se encuentran repartidos a lo largo de toda la escala posible (una cuarta parte vive en municipios de menos de 10000 habitantes y un poco más en la capital de provincia). Existe un predominio de un nivel educativo bajo (casi la mitad no alcanza lo que actualmente es el graduado escolar y solamente poco más de la cuarta parte llegaría a este nivel y no más). Estos últimos datos serían la razón de los niveles profesionales que tienden a ser bajos (solamente un 2,2% de ellos desempeñan profesiones liberales o son administrativos de nivel intermedio-alto o empresarios).

En suma, pensamos que nos encontramos ante un tipo de persona que abunda en nuestro país, enfermos crónicos con distinto nivel de gravedad y experiencia con la enfermedad, con distinto tipo de sintomatología, régimen medicamentoso y secuelas del mismo, muy diferente calidad de vida y que depende, en mayor o menor medida, de la farmacopea disponible actualmente en el mercado.

A sabiendas de que se trata de caracterizaciones muy gruesas pensamos que, si aún con ellas se alcanzan resultados psicológica y estadísticamente relevantes y significativos, pensamos que ello sería una razón poderosa para seguir adelante con los análisis. Vamos ya con la presentación de resultados pertinentes a los objetivos que nos hemos fijado al comienzo de la intervención.

3.3. La reacción ante el conocimiento diagnóstico: las formas principales de afrontar el problema de la enfermedad

Para ello empleamos el cuestionario denominado *rememoración de estrategias de afrontamiento*. Se pedía a los enfermos que respondieran pensando en la situación en la que fueron conscientes del diagnóstico tal y como les fue dado por el médico. Obviamente se trata de una *reconstrucción* de lo que sucedió y, solamente, desde el punto de vista del enfermo y sin contrastación de la información por parte de algún otro observador, familiar o compañero(a). Pero es iluminador acerca de la manera concreta tanto de recordar como de revivir esos primeros días.

Recordamos que se trataba de un cuestionario con 81 elementos con cuatro alternativas de respuesta. Tales alternativas fueron codificadas numéricamente con valores de 0 a 3 y los resultados sometidos a análisis factorial (rotación oblicua) sobre factores principales. Para que un ítem fuese seleccionado debía poseer una saturación igual o mayor a 0,30 en uno de los factores (en caso de saturar en más de uno, se tomaba en aquel en el que mayor fuera el peso). Para que se seleccionara un factor, debía estar formado, al menos por tres elementos que no estuvieran repetidos en otro factor.

Se obtuvo así una matriz factorial de 14 factores de primer orden. La inspección de los coeficientes de correlación y de la matriz factorial demostró con claridad que estos factores no eran independientes entre sí, por lo que se llevó a cabo un análisis factorial de segundo orden (rotación varimax en esta ocasión, sobre factores principales), lo que arrojó una solución de *cuatro factores claros*. En la matriz factorial se observó que uno de los factores de primer orden no presentaba pesos factoriales iguales o mayores a 0,30 en ninguno de los cuatro

obtenidos (el que fue denominado "Apelación a la familia como apoyo"). Además, dos factores de primer orden ("Reestructuración de valores y visión del mundo" por una parte y "Propósito de cambio" restringido a un intento de arreglar los problemas con la familia) presentaban pesos factoriales superiores a 0,30 en más de un factor, por lo que se decidió "separarlos" con el fin de obtener una estructura factorial de cuatro factores más "pura" e independiente. Este último factor, fue calificado como *artefactual* y será presentado, asimismo más adelante. Para los prosósitos que nos guían posiblemente será suficiente con la presentación de los factores de segundo orden.

En el cuadro número 3(A) se presenta un esquema del *primer factor de segundo orden*. Con el fin de no perturbar se presenta la denominación de los factores de primer orden que lo forman. El número entre paréntesis se refiere al número original del factor en la estructura factorial de primer orden (oblicua). El orden de inclusión refleja el orden en función del peso factorial. Caso de que el signo de la saturación haya sido negativo, se incluyen dos asteriscos antes de la denominación del factor.

El primer factor se encuentra representado por tres variables, dos de ellas con carga negativa (rechazo de la religión como estrategia de consolación, pero también del especialista y de una descarga emocional al conocer el diagnóstico; y negación de realismo, con autoinculpación y de mala suerte) y uno positivo en el que predomina una gran preocupación por la enfermedad incluso con tintes obsesivos. Hemos denominado a este factor *primacia de enfermedad con autoinculpación y aceptación de religión como consolación*. Explica una varianza del 63 por 100 y presenta una consistencia interna de 0,86. Parece recoger una primera reacción de gran preocupación por sufrir una enfermedad grave, presumiblemente el volumen de casos de diálisis y cáncer, junto con ciertas informaciones alarmistas en el caso de la hipertensión podrían explicar la aparición de este factor tan potente.

Los resultados correspondientes al segundo factor se encuentran en el cuadro número 3(B) que presenta una información paralela al caso anterior.

Se encuentra definido asimismo por tres factores que parecen recoger una idea positiva de apego a la vida, reanálisis de la situación considerando los aspectos positivos y un intento de búsqueda de objetividad a base de "alejarse" cognitivamente del problema. En este sentido lo hemos calificado como *apego a la vida con intento de alejamiento del problema para buscar solución y objetividad*. Explica el 20,1 por 100 de la varianza y tiene una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,81$).

CUADRO 3.- Afrontamiento en enfermos crónicos: análisis factorial de segundo orden (varimax) sobre rememoración de afrontamiento al ser consciente de enfermedad.

A) FACTOR I.- PRIMACIA DE ENFERMEDAD CON AUTOINCUPLACION Y ACEPTACION DE CONSOLACION POR RELIGION

1. **Rechazo de religión, de especialista y de descarga emocional (4)

2. Primacía de idea de enfermedad con tintes obsesivos (5)

3. **Realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte (11)

Valor propio: 4,02; % varianza explicada: 63; consistencia interna (alfa): 0,86

B) FACTOR II.- APEGO A LA VIDA CON INTENTO DE ALEJAMIENTO DEL PROBLEMA PARA BUSCAR SOLUCION

1. Apego optimista a la vida y a la acción (14)

2. Reestructuración cognitiva positiva y enfoque hacia lo positivo (2)

3. "Alejamiento" del problema como búsqueda de objetividad (12)

Valor propio: 1,28; % varianza explicada: 20,1; consistencia interna (alfa): 0,81

C) FACTOR III.- BUSQUEDA INFORMACION Y SOLUCION

1. Búsqueda de información relevante (3)

2. Búsqueda de solución (en otros o en pasado) (13)

Valor propio: 0,65; % varianza explicada: 10,2; Consistencia interna (alfa): 0,69

D) FACTOR IV.- NEGACION CON INCUPLACION A FAMILIA Y DAR INFORMACION A AMIGOS

1. Dar información a amigos (9)

2. Inculpación a familia y huida hacia adelante (10)

3. Negación de diagnóstico y gravedad (8)

Valor propio: 0,43; % varianza explicada: 6,7; consistencia interna(alfa): 0,64

(CONTINUACION CUADRO NUMERO 3)

E) FACTOR V (ARTEFACTUAL): CAMBIOS EN ACCION Y VISION DEL MUNDO

1. Reestructuración de valores y visión del mundo (con arreglo de problemas con familia) (1)

2. Propósito de cambio (arreglo de problemas con familia, aceptación) (7)

Consistencia interna (alfa): 0,82

Nota: ()** saturación negativa en el factor de segundo orden.

Queda fuera de solución factorial de segundo orden el factor 7 de primer orden: "apelación a la familia como apoyo", con consistencia interna (alfa) de 0,60.

El tercer factor de segundo orden está definido por dos factores de primer orden: la búsqueda de información relevante para la solución de la enfermedad y la búsqueda de solución bien sea en lo que han hecho otros o buscando en el pasado. Explica el 10,2 por 100 de varianza y el valor de la alfa de Cronbach para consistencia interna es de 0,69. Los principales resultados se encuentran en el cuadro número 3(C). La denominación elegida para este factor es el de *búsqueda de información y de solución*.

Los datos relevantes correspondientes al cuarto factor se encuentran en el cuadro número 3(D). Se encuentra definido por tres factores de primer orden que, ordenados por el valor absoluto de sus saturaciones son: dar información a los amigos acerca de lo que le pasa, inculpación a la familia y huida hacia adelante y negación de diagnóstico y gravedad.

Llamamos la atención sobre el hecho de que la negación de la enfermedad y de su gravedad forma parte o va unido funcionalmente a dar información acerca de la enfermedad a los amigos en un primer momento y en la atribución de responsabilidad a la familia. Tentativamente denominamos al factor *negación con inculpación a la familia y dar información a los amigos*.

Finalmente, en el cuadro número 3(E) se presentan los factores de primer orden que saturan en más de uno de los factores de segundo orden presentados hasta el momento (saturan alrededor de 0,35 en el primero y por encima de 0,45 en el quinto o cuarto, originales).

Estaría formado este factor artefactual por dos variables: la reestructuración en la visión del mundo y un propósito de cambio consistente en el intento por

arreglar los problemas con la familia. Denominamos al factor como *intento de cambio en acción y visión del mundo*. El valor del alfa de Cronbach como índice de consistencia interna es alto, 0,82.

En suma, los 16 factores de primer orden formarían cuatro núcleos funcionales y uno artefactual: (i) *primacia de enfermedad con autoinculpción y aceptación de consolación por religión*; (ii) *apego a la vida con intento de análisis objetivo*; (iii) *búsqueda de información y solución* y (iv) *negación de gravedad con inculpción a familia*. El quinto factor (artefactual) lo hemos denominado (v) *intento de cambio en acción y visión del mundo*. Esta estructuración no parece solapable con la propuesta por Lazarus acerca de estrategias orientadas a la emoción y a la solución puesto que parece que ambas orientaciones se encuentran entremezcladas en la mayoría de núcleos funcionales. Asimismo, tampoco se encuentra repetida la estructura encontrada por el grupo de Lazarus en el análisis factorial que hemos comentado más arriba, ni en primero ni en segundo orden; los contenidos de los ítems que representan a los factores estadounidenses se encuentran presentes, aunque su ordenación-estructuración es francamente distinta.

3.4. La estructura actual de las habilidades de afrontamiento en enfermos crónicos.

La misma mecánica operativa que en el caso de la rememoración se ha empleado para el estudio de las estrategias de afrontamiento actuales. El análisis factorial de primer orden (con los mismos requisitos y exigencias para la selección de ítems y factores) con rotación oblicua dio lugar a 16 factores de primer orden, que un análisis de segundo orden (varimax sobre factores principales) dejó reducidos a tres factores claros que pasamos a comentar¹⁹.

En el cuadro número 4(A) se informa acerca de los factores de primer orden que forman el primer factor de segundo orden, ordenados por la cuantía de su saturación. Entre paréntesis, el número original del factor de primer orden en la matriz correspondiente. La inclusión de asteriscos indica que la saturación en el factor es negativa, por lo que debe interpretarse al revés (o en el polo semántico opuesto del que reza el factor). Se trata de un factor muy potente, que explica poco más de dos terceras partes de la varianza total y en el que tiende a predominar una idea general positiva de adaptación y enganche con la vida: entereza, reestructuración de valores y visión del mundo, consideración de

aspectos positivos en el futuro, adecuación de acción y eliminación de actos impulsivos, olvido y distanciamiento del problema de diagnóstico y enfermedad, aceptación de la religión como estrategia de consolación, búsqueda de información y de la acción por la acción y un cierto tono de responsabilidad personal y autoinculpación.

Todas estas notas, básicamente positivas de reacción ante la situación de enfermedad es lo que nos ha llevado a calificar a este factor como *adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal*. El factor presenta, asimismo, una consistencia interna muy alta (alfa con valor de 0,93).

La información relevante correspondiente al segundo factor se encuentra en el cuadro número 4(B).

Se encuentra definido por tres factores: negación de diagnóstico y de la gravedad de la enfermedad, inculpación familiar y ocultación de información a la familia y los amigos. Explica casi una cuarta parte de la varianza total (22,5 %) y muestra una consistencia interna adecuada (0,72). Lo hemos denominado *negación con inculpación familiar y huida hacia adelante*. Guarda a nivel lógico-racional, relaciones estrechas con el factor cuatro de segundo orden que se refiere a la rememoración de estrategias de afrontamiento.

En el cuadro número 4(C) se encuentran los datos relevantes y correspondientes al tercer factor obtenido en la solución factorial de segundo orden.

Se encuentra formado por dos factores de primer orden: el impacto intenso y negativo de la enfermedad y, con una carga negativa, la aceptación-conformismo y serenidad; parece ser un factor que debería presentar relaciones fuertes con ansiedad-neuroticismo y con componentes depresivos. Explica un 7,7 por 100 de la varianza y muestra un índice alfa de consistencia interna de 0,90.

En resumen: el análisis factorial de segundo orden de las habilidades de afrontamiento actuales ha arrojado una solución trifactorial muy clara cuya denominación semántica de los factores ha sido la siguiente: (i) *adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal*, (ii) *negación con inculpación familiar* y (iii) *desesperación con inconformismo y protesta*. La estructura factorial de segundo orden no se solapa con la correspondiente a la obtenida en el caso de la rememoración de las estrategias de afrontamiento aunque guarda unas relaciones claras con ella. Para la rememoración, pese a que el número de factores de primer orden es menor que en el caso del afrontamiento actual, la estructura de segundo orden es más compleja y confusa que la actual. Aquí habría que decir que, pese a que el paso del tiempo tiende a limar asperezas y hacer olvidar elementos importantes de las situaciones de vida, la verdad es

CUADRO 4.- Afrontamiento actual en enfermos crónicos: análisis factorial de segundo orden (rotación varimax) con tres factores

A) FACTOR I.- ADAPTACION GENERAL A ENFERMEDAD CON REESTRUCTURACION PERSONAL (pcsos > 0,30)

-
1. Entereza (junto a "siempre es posible un peor")(12)
 2. Reestructuración de valores y visión del mundo (14)
 3. **Inevitabilidad con futuro negativo (15)
 4. Adecuación de acción y calma (8)
 5. Enganche a la vida con hedonismo (6)
 6. **Autoencapsulamiento (11)
 7. **Rechazo de religión como consolación (5)
 8. Negación: olvido y distanciamiento del problema (10)
 9. **Rechazo de información y de análisis cualificados (2)
 10. Búsqueda de información y de acción por acción (13)
 11. Autoinculpación (7)

Valor propio: 5,22; % varianza explicada: 69,8; consistencia interna (alfa): 0,93

B) FACTOR II.- NEGACION CON INCULPACION FAMILIAR Y HUIDA HACIA ADELANTE (pcsos > 0,30)

-
1. Negación de diagnóstico y gravedad (3)
 2. Inculpación a familia y huida hacia adelante (9)
 3. Ocultación de información a familia y amigos (4)

Valor propio: 1,68; % varianza explicada 22,5; consistencia interna (alfa): 0,72

C) FACTOR III.- DESESPERACION CON INCONFORMISMO Y PROTESTA (pcsos > 0,30)

-
1. Impacto intenso y negativo de enfermedad (16)
 2. **Aceptación-conformismo y serenidad (1)

Valor propio: 0,57; % varianza explicada: 7,7; consistencia interna (alfa): 0,90

Nota: ()** saturación negativa en el factor de segundo orden.

que, por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento, el estudio de las primeras reacciones ante el conocimiento de la enfermedad no “aminora” ni “resulta más esclarecedor” sino, en todo caso, indicaría unos tipos de reacción más indiferenciados y en los que predominaría la ansiedad, desesperación e impotencia. Reacciones que van aminorándose con el paso del tiempo y la progresiva adaptación a la enfermedad. Tal y como ocurría con la rememoración, estas estructuras factoriales poco se parecen a la presentada por el equipo de Lazarus, tanto en el primero como en el segundo orden. Al parecer, los elementos emocionales comprometidos con la acción y el pensamiento, al menos en enfermos crónicos, se encuentran fuertemente entremezclados.

3.5. Afrontamiento y tipo de enfermedad

Los dos instrumentos de afrontamiento tenían el mismo número de ítems y contenidos y, con el fin de poder llevar a cabo unas comparaciones intra e intergrupo, se volvieron a corregir en función de la clave correspondiente a las estrategias de afrontamiento actuales (los tres factores de segundo orden que se acaban de comentar). Ello permite ofrecer resultados de las posibles diferencias existentes entre maneras de afrontar las situaciones de estrés para cada tipo de enfermedad. Repetimos que se trata todavía de un nivel de análisis muy grueso pero que permite ir perfilando hipótesis y caracterizaciones diferenciales.

En la figura número 1 se encuentra una representación esquemática acerca de las diferencias significativas encontradas entre los distintos grupos de enfermos, caracterizados por su diagnóstico médico principal.

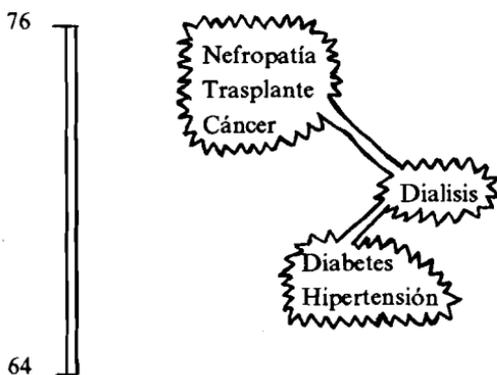
En la figura los resultados correspondientes al primer factor denominado *adaptación general a la enfermedad*. En la parte (A) de la figura, datos correspondientes a la rememoración de las reacciones ante el conocimiento o toma de conciencia de la enfermedad; en la parte (B), inferior, los resultados correspondientes al afrontamiento actual.

La significación del gráfico es la siguiente: se han agrupado en el mismo “bocadillo” aquellos grupos de enfermos para los cuales no existe una diferencia estadísticamente significativa (prueba de t). En el caso de que no haya relación entre unos y otros grupos, se encuentra abierto un “pasillo” entre los bocadillos. Así, por ejemplo, en el caso de la rememoración y el primer factor, no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre nefropatías, cáncer y grupo de trasplante renal con éxito. Estos grupos, a su vez, no son

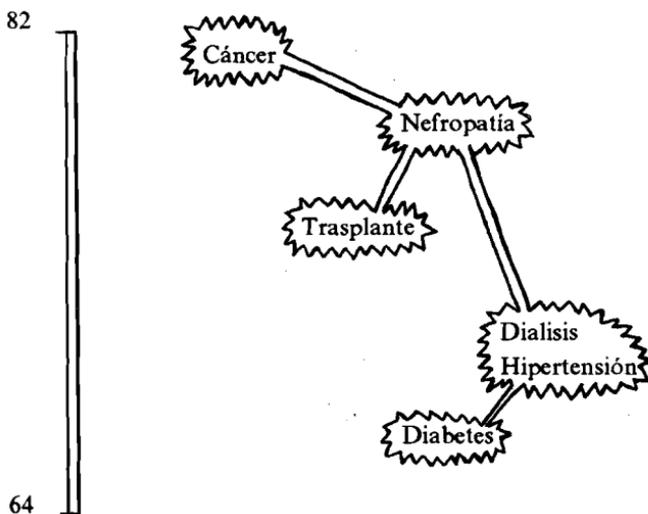
FIGURA 1.- Diferencias en afrontamiento para distintos grupos de enfermos crónicos. La explicación en el texto

FACTOR I.- ADAPTACION GENERAL A ENFERMEDAD

A) Rememoración al conocer la enfermedad



B) Afrontamiento actual



estadísticamente distintos del grupo de diálisis. El primer grupo (nefropatía, trasplante y cáncer), sin embargo, presenta puntuaciones mayores estadísticamente a los grupos de diabetes y de hipertensión. Estos dos últimos grupos, sin embargo, presentan un comportamiento estadístico similar con el de diálisis.

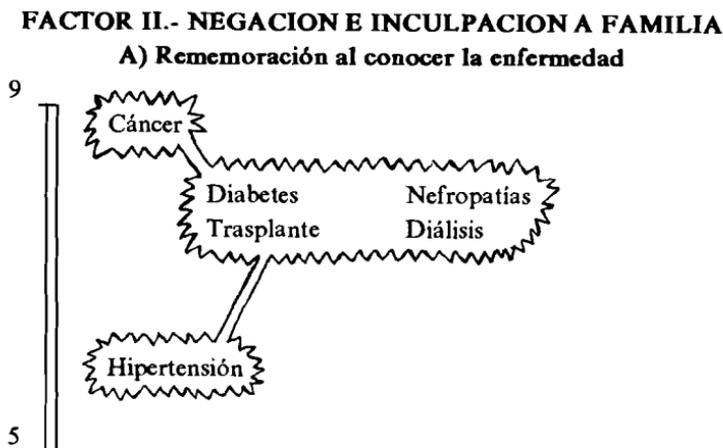
En suma: por lo que se refiere a las primeras reacciones ante el conocimiento de la enfermedad, se da una indiferenciación funcional en cuanto a la adaptación a la misma en el caso de nefrópatas, trasplantados con éxito y enfermos oncológicos. A mitad de camino se encuentra el grupo de diálisis (con puntuaciones similares al grupo anterior y al grupo formado por diabetes e hipertensos). Finalmente, los que menos se adaptan a la enfermedad cuando conocen el diagnóstico son los dos últimos mencionados.

Una imagen bastante distinta a la que acaba de presentarse es la que se encuentra en la parte (B) de la figura y que corresponde a la adaptación actual a la enfermedad. Los que muestran una mayor adaptación *positiva* a la enfermedad es el grupo de enfermos oncológicos, a poca distancia y funcionalmente equivalentes se encuentran los nefrópatas. Este último grupo es similar al de los trasplantados con éxito (aunque estos trasplantados se muestran significativamente menos adaptados que los cancerosos). Los nefrópatas, además, se muestran más adaptados que los de diálisis e hipertensión (aunque las diferencias no son estadísticamente significativas). Las diferencias claras se dan entre diabéticos (los menos adaptados actualmente a su enfermedad), los trasplantados renales con éxito y nefrópatas, que presentan una adaptación intermedia y los de cáncer que presentan la máxima adaptación a la enfermedad.

En la figura número 2 se presentan los resultados generales alcanzados y correspondientes al *segundo factor de negación de la enfermedad e inculpaación a la familia*. En el caso de la rememoración de lo hecho y sentido en los primeros días de conocer el diagnóstico, el grupo de enfermos oncológicos niega significativamente más que los hipertensos (curiosamente este resultado no sería muy coherente con los previstos desde la aceptación de un patrón de personalidad y/o conductual para las alteraciones cardiovasculares, aunque esta disonancia no la hemos encontrado solamente aquí). El grupo formado por diabéticos, nefrópatas, trasplantados con éxito y dializados presenta unas puntuaciones intermedias entre los dos anteriores. Por lo que se refiere al afrontamiento actual *no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos*.

Los resultados correspondientes al tercer factor, denominado *desesperación, inconformismo y protesta* se encuentran recogidos en la figura número 3.

FIGURA 2.- Diferencias en afrontamiento para distintos grupos de enfermos crónicos. La explicación en el texto



En el caso de la reacción rememorada ante el conocimiento del diagnóstico se encuentran cuatro grupos. El primero de ellos, con una puntuación más alta, es el de los enfermos oncológicos, significativamente con mayor desesperación que el de diabetes, trasplante renal con éxito e hipertensión. También el grupo formado por diálisis y nefropatías presenta una puntuación significativamente superior a hipertensión.

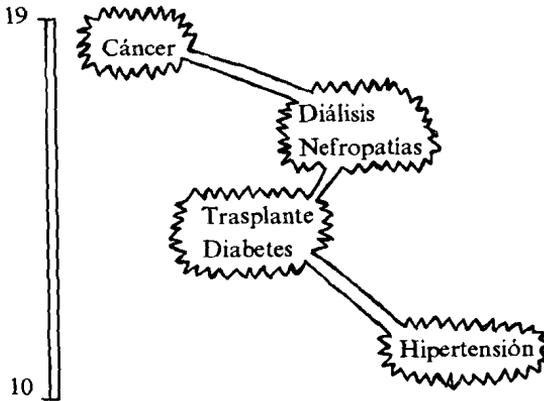
Por lo que se refiere al afrontamiento actual aparecen dos grupos claramente diferenciados: el de mayor puntuación lo forman cáncer, diálisis y nefropatías y que son estadísticamente distintos a otro grupo en el que se encuentran diabetes, trasplante e hipertensión.

En una consideración general de todos estos resultados parece darse alguna tendencia clara. Por una parte, el factor de adaptación general a la enfermedad con tintes positivos y de acción adecuada muestra una progresiva diferenciación funcional entre los grupos, si se compara con la reacción original al conocer la enfermedad y su gravedad; por otro, en los otros dos factores (negación-inculpación y desesperación-inconformismo) tiende a presentarse una tendencia hacia una progresiva indiferenciación funcional entre los grupos de enfermos.

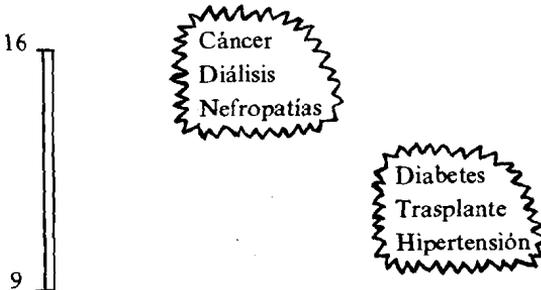
FIGURA 3.- Diferencias en afrontamiento para distintos grupos de enfermos crónicos. La explicación en el texto.

FACTOR III.- DESESPERACION, INCONFORMISMO Y PROTESTA

A) Rememoración al conocer la enfermedad



B) Afrontamiento actual



Todas estas comparaciones, sin embargo, son inter-grupo, manteniendo constante el referente de contestación a la prueba. En el próximo apartado ofreceremos los datos correspondientes a las comparaciones intra-grupo.

3.6. Los cambios a lo largo de la duración de la enfermedad para distintos grupos criterio

Dos tipos de resultados nos van a ocupar en este apartado. El primero de ellos se refiere a los cambios, si los hay, en puntuaciones sobre los tres factores de segundo orden "actuales" de afrontamiento para cada grupo de enfermos. El otro, una nota ilustrativa acerca de los cambios que se dan con el acercamiento del enfermo a la jubilación.

En la figura número 4 se encuentran representados gráficamente, con diagramas de barras las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos en el primer factor (adaptación general a la enfermedad)

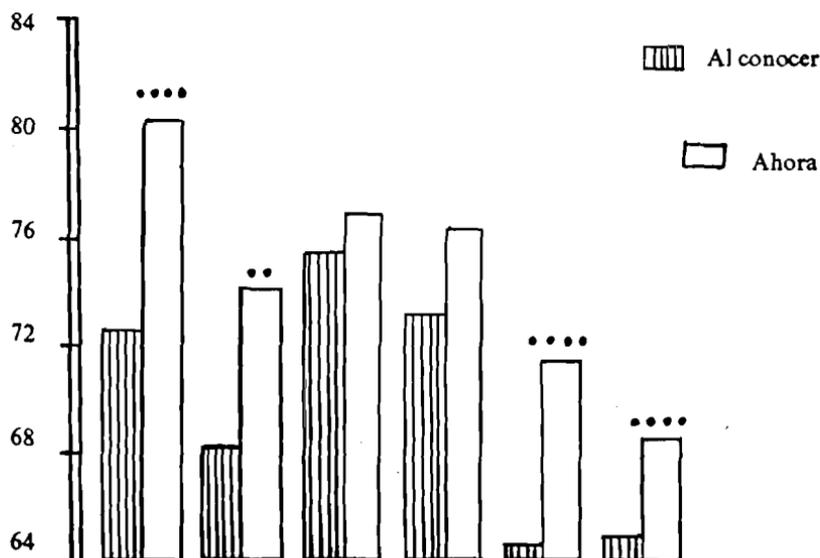
En la ordenada el valor de las medias en el factor en cada ocasión; en la abscisa los distintos grupos. Se encuentra representado, asimismo, el número de enfermos para cada grupo, el nivel de significación estadística (puntos encima de los diagramas de barras) y el coeficiente de correlación entre las puntuaciones sobre el factor para cada grupo.

En todos los casos se observa una mayor adaptación a la enfermedad en el momento actual que en los primeros días de conocimiento del diagnóstico. Estas diferencias son significativas en el caso de los enfermos oncológicos, diálisis, hipertensión y diabetes y no presenta cambios estadísticamente significativos en nefropatías y en trasplante renal. La diferencia más notoria se da en el caso de los hipertensos graves y de diabetes.

Cabría pensar que esta diferenciación intragrupo pueda ser debida a una cuestión procedimental y/o de variabilidad intragrupo no pautada o, dicho con otras palabras, que la responsabilidad máxima se encuentre en los coeficientes de correlación hallados entre las puntuaciones correspondientes a rememoración y a la situación actual. En el caso de cáncer, el coeficiente (Pearson) es de 0,48, lo que indicaría que solamente alrededor del 20% de enfermos repiten puntuación en las dos ocasiones, toda vez que este porcentaje sube por encima del 60% en los casos de hipertensión y diabetes. Sin embargo, esta diferencia en "estabilidad"- "redundancia funcional" no es suficiente para explicar los resultados por cuanto que el grupo de nefropatías presenta un coeficiente similar

FIGURA 4.- Cambio en estrategias de afrontamiento en enfermos físicos crónicos al conocer el diagnóstico y en la actualidad en seis grupos. (En la ordenada, la media del grupo; los puntos representan el nivel de significación estadística de las diferencias)

**FACTOR: ADAPTACION GENERAL A ENFERMEDAD
CON REESTRUCTURACION PERSONAL**



	Cáncer (n=114)	Diálisis (n=69)	Nefrop. (n=67)	Traspl. (n=41)	Hipert. (n=91)	Diabetes (n=101)
--	-------------------	--------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

r	.48	.74	.81	.72	.85	.83
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

al de los hipertensos y diabéticos y sin embargo, no se detectan diferencias significativas. Lo que parece claro es que existe una mayor diversidad en la diferencia de respuestas entre enfermos oncológicos que en todo el resto, lo que sugeriría una reacción muy distinta dentro de este grupo a lo largo del tiempo por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento.

En la figura número 5 se presentan los diagramas de barras sobre el mismo tipo de información correspondiente al segundo factor, *negación de gravedad con inculpación a la familia*.

Los coeficientes de correlación son de cuantía un poco menor como media y la tendencia observada es de una menor consistencia, en este factor, por lo que se refiere al grupo de hipertensión (0,52), seguido de cerca por el de diálisis (0,58) y el de trasplante renal con éxito (0,61). Se dan dos tendencias generales en los resultados: por una parte cáncer, diálisis, nefropatías e hipertensión tienden a incrementar la puntuación en este factor en la situación actual, frente a la rememoración; por otro lado, trasplante renal con éxito y diabetes tienden a disminuir las puntuaciones (y la disminución es significativa en el caso de los diabéticos, aunque la significación resulta estadísticamente marginal, $p < .07$).

La figura número 6 presenta los resultados correspondientes al tercer factor para todos los grupos de enfermos.

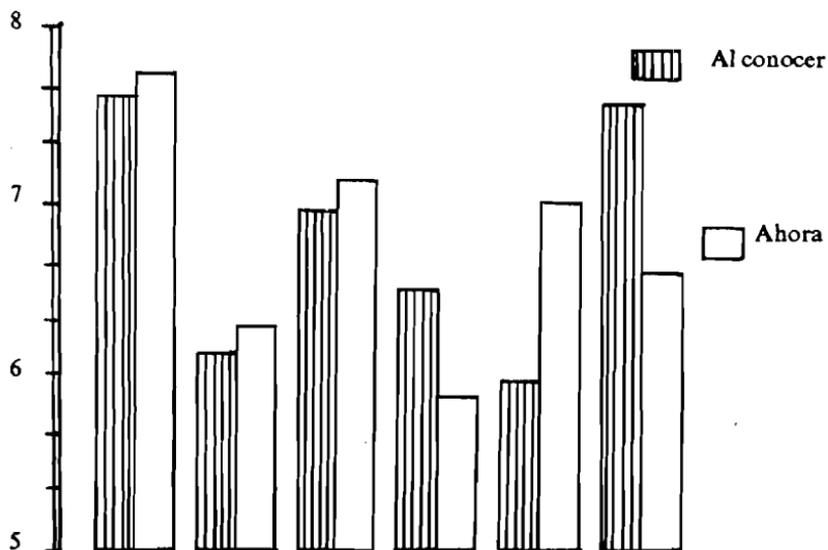
En el factor de *inconformismo-protesta* la tendencia en todos los grupos es la misma y, además, todas las diferencias son estadísticamente significativas. El inconformismo disminuye en todos ellos y, por lo que se refiere a la uniformidad-consistencia de los distintos grupos de enfermos, parece que en este factor es el de trasplante renal con éxito el que posee una mayor variabilidad intraindividual ($r = 0,31$).

* * * * *

Un segundo aspecto que se ha comentado más arriba se refiere a una estimación acerca de la "estabilidad" de las estrategias de afrontamiento empleadas por los enfermos a lo largo de su vida. Hasta este momento hemos presentado resultados indicativos de que existe una cierta dinámica en cuanto a las estrategias de afrontamiento que siguen los enfermos (excepto en un caso la tendencia no siempre es la misma) desde el comienzo de ser conscientes de la enfermedad y la actual. Sin embargo estos cambios pueden encontrarse influenciados por distintos tipos de variables: uno, al que ya hemos hecho referencia más arriba se refiere a la heterogeneidad en respuesta y la diversidad

FIGURA 5.- Cambio en estrategias de afrontamiento en enfermos físicos crónicos al conocer el diagnóstico y en la actualidad en seis grupos. (En la ordenada, la media del grupo)

**FACTOR: NEGACION CON INCULPACION A FAMILIA
Y HUIDA HACIA ADELANTE**

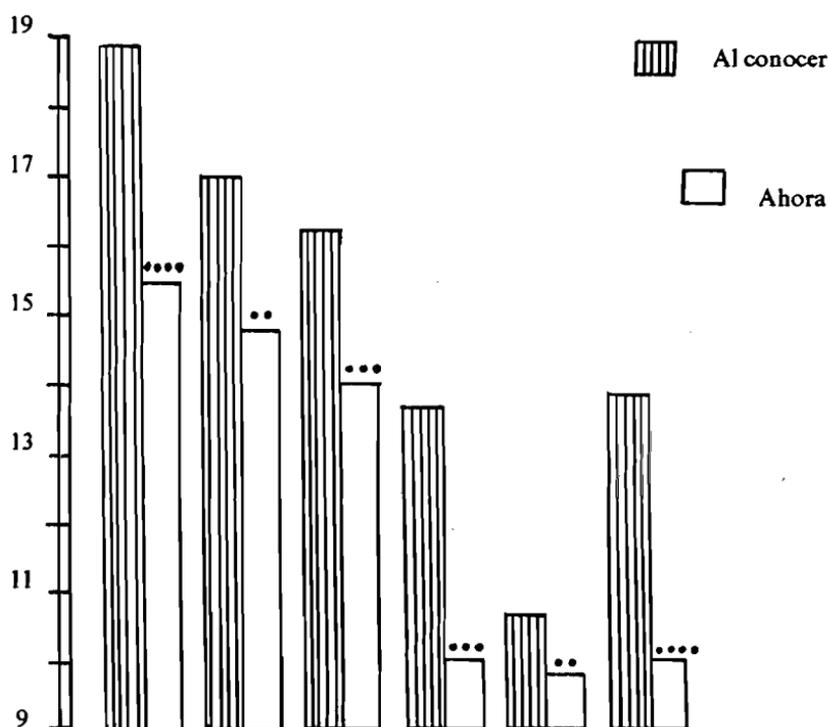


	Cáncer (n=117)	Diálisis (n=70)	Nefrop. (n=69)	Traspl. (n=40)	Hipert. (n=96)	Diabetes (n=108)
--	-------------------	--------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

r	.67	.58	.75	.61	.52	.76
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

FIGURA 6.- Cambio en estrategias de afrontamiento en enfermos físicos crónicos al conocer el diagnóstico y en la actualidad en seis grupos. (En la ordenada, la media del grupo; los puntos representan el nivel de significación estadística de las diferencias)

FACTOR: INCONFORMISMO-PROTESTA



Cáncer (n=117) Diálisis (n=71) Nefrop. (n=70) Traspl. (n=41) Hipert. (n=94) Diabetes (n=104)

r .74 .80 .84 .31 .77 .72

de experiencias vitales dentro de cada grupo (y de unos grupos más que de otros) lo que derivaría en coeficientes de correlación de escasa cuantía en las puntuaciones alcanzadas entre ambas pruebas (desgraciadamente, esta argumentación no se mantiene por cuanto que se observan fenómenos distintos incluso con el mismo coeficiente de correlación, lo cual podría dar que pensar que se trata de elementos característicos del curso de cada interacción enfermo-tipo de enfermedad). Otro tipo de argumento es el que defiende la posibilidad de que los resultados presentados hasta el momento, pertenezcan a enfermos con un intervalo temporal muy largo de enfermedad, incluso dentro de la mayoría de los grupos, va de unos meses a más de 20 años. Es posible que estos resultados se encuentren mediados por la duración de ese intervalo temporal.

Con el fin de evaluar la relevancia del intervalo temporal en la obtención de diferencias entre rememoración y afrontamiento se llevó a cabo un estudio relacional en el que se utilizaron como variables el tiempo de duración de la enfermedad por un lado y las puntuaciones en los factores de primer orden (tanto de afrontamiento rememorado como actual) por otro, *para cada tipo de enfermedad estudiada*. Los resultados significativos se encuentran resumidos en el cuadro número 5.

En el cuadro se encuentra identificado, en primer lugar, el tipo de enfermedad; en segundo lugar, si se trata de un factor de afrontamiento actual o rememorado; en tercer lugar, el nombre descriptivo del factor que ha presentado correlaciones estadísticamente significativas: un asterisco significa $p < 0,05$; dos asteriscos $< 0,01$; tres asteriscos, $p < 0,001$. Como aclaración final habría que decir que el tiempo ha sido agrupado en una serie de intervalos temporales: menos de un año, entre 1 y 2 años, 3-4 años, 5-8 años, 9-10 años, 11-20 años y más de 20 años y estos intervalos fueron puntuados de 1 a 7 en función del menor a mayor tiempo de sufrimiento de la enfermedad²⁰. Veamos algunas conclusiones que cabe entresacar de estos resultados:

(1) En primer lugar, que de todos los coeficientes calculados tan solo un pequeño número de ellos es estadísticamente significativo, lo que vendría a querer decir que, al menos en nuestras muestras, la duración de la enfermedad, como tal, no parece afectar decisivamente a las diferencias observadas en las puntuaciones en afrontamiento en las enfermedades crónicas.

(2) Repárese, sin embargo, que, aún siendo poco numerosos, los coeficientes significativos no se reparten por igual en todos los casos. Así, en el grupo de hipertensos no se ha encontrado ningún coeficiente estadísticamente significativo, mientras que el mayor número de ellos se encuentra en el grupo de enfermos

CUADRO 5.- Tiempo de conocimiento de la enfermedad y estrategias de afrontamiento en seis grupos de enfermos físicos crónicos. La explicación en el texto

ACTUAL	REMEMORACION
1. DIALISIS	- Búsqueda de información relevante(-*)
2. NEFROPATIAS	- Realismo y rechazo de inculpación(*)
- Aceptación-conformismo y serenidad(*)	
3. TRASPLANTE RENAL CON EXITO	- Realismo y rechazo de inculpación(-*)
- Rechazo de religión(*)	
4. DIABETES	
- Autoinculpación(*)	
- Adecuación de acción y calma(***)	
- Entereza con "siempre es posible un peor"(*)	
5. HIPERTENSION	
6. CANCER	
- Negación de diagnóstico y gravedad (-*)	- Reestructuración de valores, visión del mundo y arreglo de problemas con familia(*)
- Autoencapsulamiento(-*)	- Primacia de idea de enfermedad(**)
	- Dar información a amigos(*)
	- Realismo y rechazo de inculpación

Nota.- Intervalo temporal empleado en análisis de conocimiento de enfermedad: (1) <1 año; (2) 1-2 años; (3) 3-4 años; (4) 5-8 años; (5) 9-10 años; (6) 11-20 años; (7) > 20 años.

oncológicos. Asimismo hay que decir que no poseen la misma importancia en este punto los factores de afrontamiento actual que los correspondientes a rememoración. Los actuales parecen ser más relevantes en el caso de los enfermos diabéticos, mientras que los rememorados poseen mayor significación en el caso de los enfermos oncológicos.

(3) En tercer lugar, hay que reparar en que no existe un factor que, reiterativamente aparezca en todos los casos, lo que sugeriría que la influencia de la duración de la enfermedad sobre los factores de afrontamiento posee una importancia desigual y muy diferenciada en distintos tipos de enfermedad crónica. En todo caso, el factor de realismo y rechazo de inculpación, correspondiente a rememoración de las estrategias de afrontamiento parece encontrarse relacionado positivamente con la duración de la enfermedad en el caso de nefropatías, trasplante renal con éxito y cáncer (mayor realismo y rechazo de inculpación rememorado a mayor tiempo de sufrimiento de la enfermedad).

(4) Como ilustración, en aquellos tipos de enfermedad con mayor volumen de coeficientes significativos, habría que hacer notar que los diabéticos tienden a mostrar en la actualidad mayor puntuación en autoinculpación, adecuación de acción y entereza cuanto más tiempo hace que sufren de la enfermedad. En el caso de los enfermos oncológicos, cuanto más tiempo sufren la enfermedad menos negación de gravedad de enfermedad y mayor apertura personal hacia los demás. Asimismo en el caso de los enfermos oncológicos, cuanto más tiempo sufren la enfermedad tienden a puntuar más en los siguientes factores de rememoración de afrontamiento: reestructuración de valores, primacía de la idea de enfermedad, compartir la información con los amigos y rechazo de inculpación personal.

(5) Estos resultados serían indicativos, en todo caso, de que el tiempo de duración de la enfermedad, si bien presenta algunas relaciones estadísticamente significativas con las estrategias de afrontamiento, la cuantía de los coeficientes no permite hacer, una predicción muy precisa acerca del tipo de afrontamiento (coeficientes que no llegan a 0,50 en ningún caso) y, por lo mismo, no deberían ser empleados como argumentos explicativos de las diferencias en afrontamiento registradas en el apartado anterior.

* * * * *

Un segundo aspecto que comentamos más arriba se refería a la importancia de la vejez en el empleo de unas u otras estrategias de afrontamiento, frente a

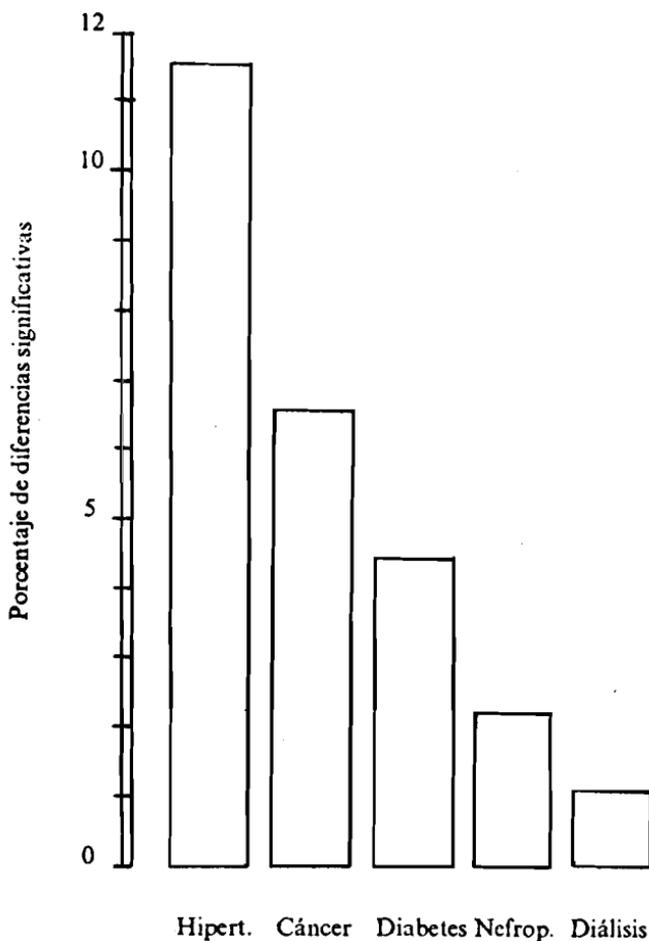
otras fases evolutivas. Dado el tipo de casos con el que estamos trabajando, la estrategia de análisis ha sido la siguiente: agrupar las edades en una serie de intervalos (menos de 20 años, entre 20 y 39, de 40 a 49, 50-59 y más de 60 años). En función del número de casos en cada categoría se llevó a cabo una prueba de contraste (t ó U de Mann-Whitney) entre el grupo de más de 60 años y cada uno de los otros grupos de edad con relación a los factores de primer orden de cada cuestionario de afrontamiento. El primer resultado claro es que *no existe una diferenciación clara de estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos de menos y más de 60 años de edad*: el volumen total de diferencias estadísticamente significativas no llegó al 4 por 100, de entre todas las comparaciones realizadas.

En las dos figuras siguientes (números 7 y 8) presentamos los correspondientes porcentajes de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad para cada enfermedad en concreto (figura número 7) y para los dos tipos de referentes temporales (rememoración al conocer la enfermedad y en la actualidad). En cada caso, los porcentajes se relativizan con relación a las comparaciones realizadas, en cada grupo de factores.

Tal y como se puede ver en la figura número 7, no todos los grupos presentan un mismo porcentaje de diferencias significativas: el que mayor volumen presenta es el de hipertensos (11,6%) y el que menos el de diálisis (1,1%). El segundo lugar, con poco más del 6%, lo ocupan los enfermos oncológicos y, a corta distancia, los diabéticos.

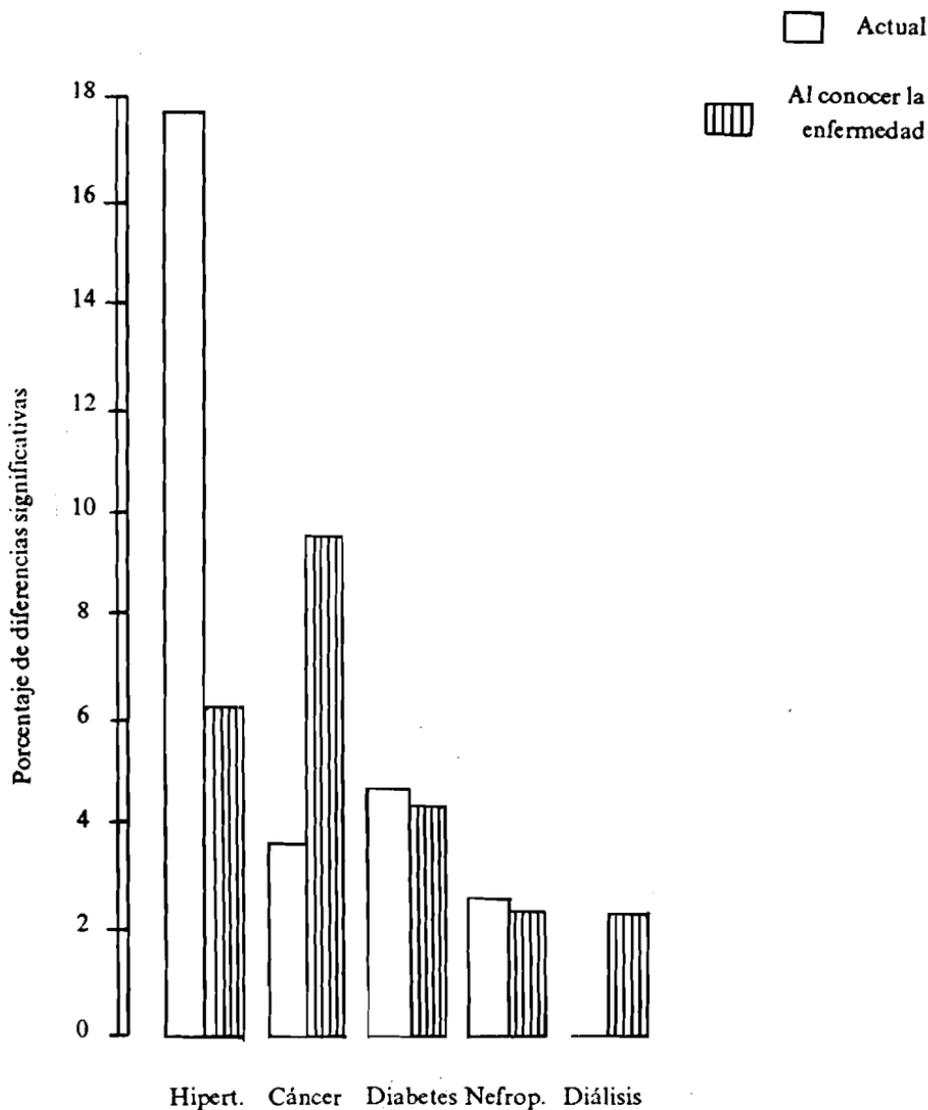
Asimismo, se ha hecho un análisis en función de las dos grandes categorías de factores (actuales o rememorados), y los resultados se presentan en la figura número 8. Aquí el panorama todavía se esclarece más. En el grupo de hipertensos, una de cada cinco comparaciones aproximadamente (el 17,8 %) es estadísticamente significativa en los *factores de afrontamiento actual* (este porcentaje baja al 6,25% cuando se trata de rememoración de estrategias de afrontamiento²¹). Con unos porcentajes menores aunque con toda claridad con una tendencia totalmente opuesta se presenta el caso de los enfermos *oncológicos*: una de cada 10 comparaciones aproximadamente (9,4%) es estadísticamente significativa en el caso de la rememoración, bajando el porcentaje al 3,6 % en el caso de las estrategias de afrontamiento actuales (aquí si habría diferencias en la rememoración entre ancianos y no ancianos, aunque el volumen de las mismas no sea muy elevado). El tercer grupo, en cuanto a volumen total, se refiere a los diabéticos, que oscilan, en ambos tipos de factores, alrededor del 5% (4,4 y 4,7). Las diferencias en nefropatías y diálisis son apenas perceptibles.

FIGURA 7.- Porcentajes de diferencias estadísticamente significativas entre ancianos enfermos y otros grupos de edad, en afrontamiento. La explicación en el texto



En suma: ni el análisis correlacional ni el diferencial con relación a grupos de edad parecen dar razón de las diferencias registradas entre afrontamiento actual y rememorado, por lo que cabría sospechar que se trataría de algo específico de los tipos de enfermedad (dicho con más precisión, de la interacción entre la enfermedad física y los problemas e intentos de resolverlos que se les

FIGURA 8.- porcentaje de diferencias significativas entre ancianos enfermos y otros grupos de edad, en afrontamiento actual y al conocer la enfermedad. La explicación en el texto



hayan presentado a los diversos pacientes). Estos resultados, además, apuntarían a la aceptación de una considerable estabilidad en cuanto a afrontamiento a lo largo de edades muy distintas²², lo que no iría en la misma dirección de lo apuntado por el grupo de Lazarus de considerar las estrategias de afrontamiento como algo prácticamente situacional-contextual; al menos cuando se trata de enfermos crónicos como los que hemos estudiado nosotros.

3.7. La especificidad-adequación de afrontamiento y enfermedad

Desde la presentación de este trabajo hemos ido sugiriendo la conveniencia de llevar a cabo estudios en los que, además de un grupo de enfermos identificado tomen parte en él, al menos, más de dos “controles” con el fin de poder irse acercando a la posible especificidad psicológica de las enfermedades, frente al tipo de diseño presente en la mayoría de estudios acerca del patrón A en el que se considera que la “hostilidad” es específico de los enfermos con alteraciones cardiovasculares y en riesgo de infarto o accidente cardiovascular en general, como resultado de comparar un grupo de enfermos identificados con esta enfermedad y un grupo de normales. Tal y como hemos ido encontrando a lo largo de la exposición de resultados, esta pretendida “especificidad” no parece existir como tal sino que los enfermos que sufren distintas enfermedades crónicas tienden a agruparse. Con el fin de abundar a nivel operativo en esta lógica, se ha llevado a cabo un análisis discriminante (procedimiento de Rao, paso a paso) en el que se han incluido, como predictores, todos los factores de afrontamiento de primer orden y, como criterio a predecir, la pertenencia a uno u otro grupo de enfermedad de los que hemos estudiado. Repárese que se trata de seis grupos de enfermos diferentes y, por ello, la adscripción correcta por azar de un enfermo a un grupo es del 16,6 %. El número máximo de funciones discriminantes a obtener es de cinco (una menos que el número de grupos).

Como resultado general hay que decir que se han obtenido cuatro funciones discriminantes identificadas por 17 factores de afrontamiento (11 de ellos con aportaciones estadísticamente significativas con los criterios al uso, 4 de estos factores corresponden a factores de afrontamiento actual y siete a factores de rememoración). El porcentaje medio de clasificaciones correctas es del 40,95 por 100, lo que no es un mal resultado. El grupo para el que las funciones de afrontamiento poseen menos poder de discriminación es el de hipertensión (33,3

FIGURA 9.- Valor de los centroides en la primera función discriminante: impacto intenso y negativo en enfermedad con aceptación. La explicación en el texto

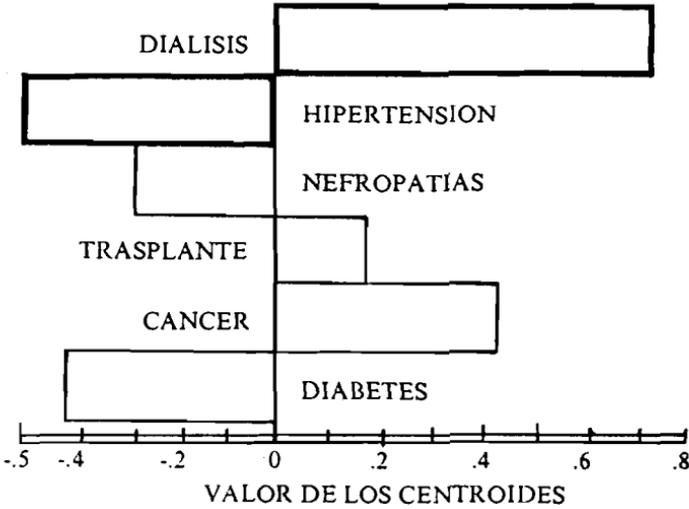
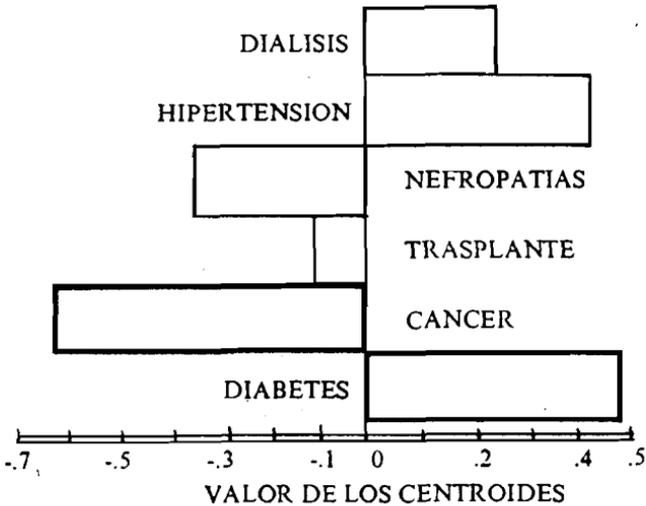


FIGURA 10.- Valor de los centroides en la segunda función discriminante: rechazo de religión con autoimplicación e inculpación a familia. La explicación en el texto



% de clasificaciones correctas); el grupo mejor clasificado es el de cáncer (46,5 % de clasificaciones correctas).

Con el fin de poder identificar de forma más adecuada los tipos de variables que mejor identifican a cada función, se ha llevado a cabo un análisis factorial de los coeficientes tipificados en las funciones discriminantes para cada sujeto y, posteriormente, esta matriz factorial ha sido rotada a varimax (para maximizar la independencia de los factores que definen cada función). Los resultados alcanzados, aunque tentativamente, permiten identificar cinco funciones discriminantes que pasamos a presentar. En las siguientes figuras (diagramas de barras) se encuentran representados los valores de los centroides dentro de cada función para cada grupo de enfermos, lo que ofrece una imagen intuitiva acerca de la especificidad-adequación de cada función para los distintos grupos. En ello entramos a continuación

En la figura número 9 se encuentran los centroides de los grupos correspondientes a la primera función.

Esta primera función se encuentra definida, prioritariamente, por el factor actual de impacto negativo e intenso de la enfermedad, con conformismo y serenidad; además, se tiende a no dar información a amigos ni buscar información relevante. De ahí que hayamos denominado a la función *impacto negativo e intenso de enfermedad*. Tal y como puede verse en la figura, hipertensión y cáncer presentan puntuaciones similares (mayores en el caso de la hipertensión) y, por el otro extremo, diálisis y diabetes se encontrarían en el polo opuesto. Ello sugeriría que se trata de una función en la que se distinguirían con claridad diálisis-cáncer por un lado (en ambos casos con amenaza sentida de muerte y con molestias graves en su mayor parte) y diabetes-hipertensión por otra (en su mayor parte, asintomáticos y sin grandes restricciones de vida). O dicho de otra forma: cáncer y diálisis mostrarían el mayor impacto de la enfermedad acompañado de conformismo (todos ellos factores actuales). El menor impacto lo presentarían los hipertensos y diabéticos.

En la figura número 10 se presentan los resultados correspondientes a la segunda función.

La segunda función se encuentra definida por el rechazo actual a la religión como estrategia de consolación, con autoimplicación en la enfermedad e inculcación a la familia (en los primeros momentos de conocimiento de la enfermedad). Complementariamente tienden a no encapsularse ni a reestructurar la realidad que les rodea como consecuencia del conocimiento del diagnóstico. Hemos calificado a esta función como *rechazo de religión con autoimplicación e inculcación a la familia*.

FIGURA 11.- Valor de los centroides en la tercera función discriminante: reestructuración de valores y negación actual de enfermedad. La explicación en el texto.

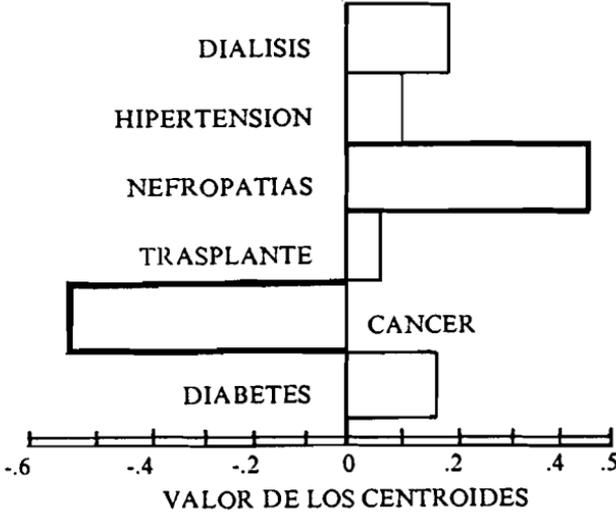
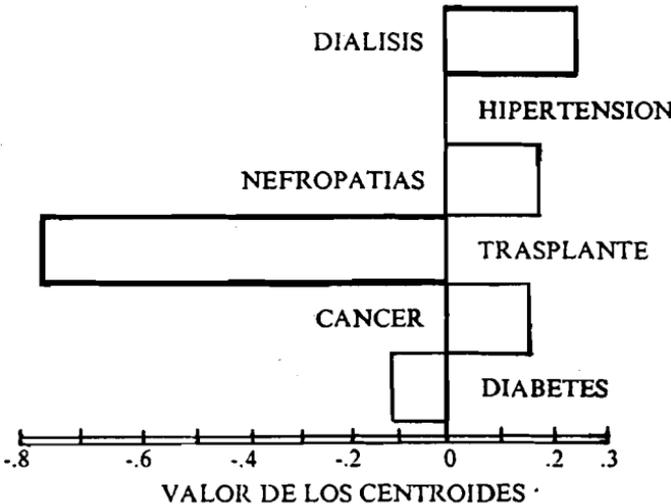


FIGURA 12.- Valor de los centroides en la cuarta función discriminante: apelación a familia como apoyo. La explicación en el texto.



Tal y como puede verse en la figura, en esta función la distribución de los grupos por las puntuaciones en los centroides es bastante distinta al caso anterior: diálisis, hipertensión y diabetes son los que puntúan más positivamente y, en el polo opuesto se encuentran cáncer y nefropatías (menor rechazo de religión y menor autoimplicación e inculpación familiar). En suma, se trataría de una función que diferenciaría al máximo entre hipertensión-diabetes y cáncer.

En la figura número 11 se encuentran recogidos los resultados correspondientes a la tercera función.

La función se encuentra definida por factores de rememoración: rechazo de la primacía de idea de enfermedad, una reestructuración personal y negación de gravedad. La hemos denominado *reestructuración de valores y negación (actual)*. La máxima diferenciación de la función se encuentra entre nefropatías (máxima reestructuración de valores) y cáncer (mínima reestructuración primeros momentos y, más bien, rechazo de esa reestructuración). El resto de grupos no presenta una tendencia claramente definida.

La cuarta función se encuentra representada en la figura número 12.

Esta función se encuentra caracterizada fundamentalmente por un factor de rememoración que es la *apelación a la familia como apoyo en los primeros momentos*. Las puntuaciones positivas en la función (y no muy altas, la verdad) se refieren al grupo de diálisis, seguido de cerca por las nefropatías y el cáncer. Sin embargo, aparece un rechazo muy fuerte de ese factor en el caso del grupo de trasplante renal con éxito. Dicho con otras palabras: se trata de un factor que diferenciaría al máximo entre diálisis y trasplante renal con éxito, posiblemente, reflejando dos momentos en un proceso de "recuperación".

Finalmente, en la figura número 13 se encuentran representados los centroides obtenidos por los seis grupos en la quinta función.

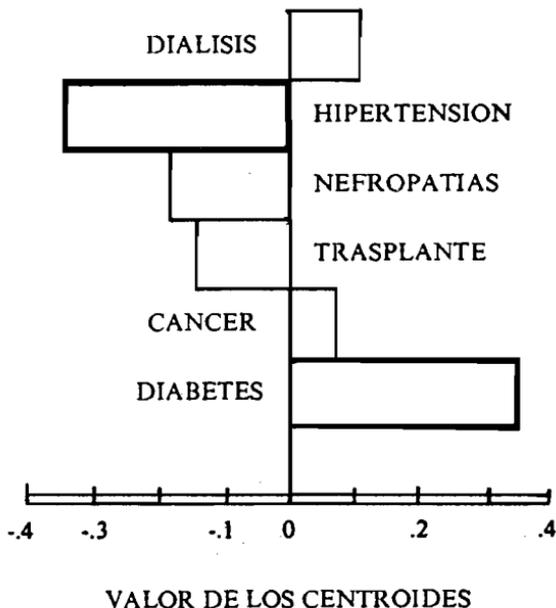
Esta función se encuentra definida por dos factores de rememoración (negación de diagnóstico y gravedad por un lado y propósito de arreglar las cosas con la familia) y dos de afrontamiento actual (enganche a la vida y rechazo de búsqueda de información y acción por el mero hecho de no estar quieto). La hemos denominado *rememoración de negación y propósito de cambio con familia*. En esta función los grupos que se diferencian al máximo son diabetes (puntuación más alta y positiva, seguido a corta distancia por diálisis y cáncer) y el grupo de hipertensión (puntuación negativa mayor en valor absoluto, seguido a corta distancia por nefropatías y trasplante renal con éxito).

Lo que parece claro de todos estos resultados es que la pretendida

especificidad unidimensional de una enfermedad frente a las demás debería irse dejando de lado en aras de un análisis multidimensional con participación de más de un grupo de enfermos puesto que, tal y como se ha visto en los resultados presentados hasta el momento, lo que parece ser específico de un grupo frente a otro tiende a desaparecer al incrementar el número de grupos de análisis.

Repárese, finalmente, que a la hora de delimitar el poder de discriminación, tal y como se observa en las figuras, su potencial va disminuyendo a medida que se incrementa el universo de funciones (así, la primera, posee mayor poder de discriminación que la segunda, ésta más que la tercera y así sucesivamente).

FIGURA 13.- Valor de los centroides en la quinta función discriminante: rememoración de negación y propósito de cambio con familia. La explicación en el texto.



4. UNAS NOTAS ACERCA DE LA RELACION ENTRE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO

Hasta ahora se ha estado hablando de afrontamiento como un mundo aparte, que aparentemente se presenta como independiente de la tradición de estudio de la psicología de la personalidad. De hecho, sin embargo, no es este el caso. Ya desde la introducción hemos hecho mención a los antecedentes psicodinámicos y, en concreto a la forma de responder ante las demandas ambientales del ego. Además, este afrontamiento ha sido bautizado, en ocasiones, como habilidades de solución de problemas, capacidad para superar situaciones de conflicto y, como capacidad, la posibilidad de dimensionalización. Existe ya un cierto precedente de que las estrategias de afrontamiento presentan una serie de relaciones con algunas dimensiones temperamentales de la personalidad y los trabajos de los grupos de Carver, de Brown y de Plutchik con estudiantes universitarios, han demostrado que no son independientes de ciertas dimensiones de personalidad, e incluso se ha postulado que la personalidad media y determina gran parte de las estrategias de afrontamiento empleadas y de sus efectos.

Con el fin de acercarnos a este problema, en la primera parte de la investigación se pasaron cuestionarios de personalidad y motivación que se encuentran situados a niveles de consolidación distintos (un total de 106 factores de primer orden, que, tras una factorización de segundo orden, quedaron reducidos a 26, entre ellos, tres correspondientes a afrontamiento actual y cinco a rememoración de afrontamiento). Posteriormente, con el fin de acercarnos a la estructura general de estos factores, llevamos a cabo un análisis factorial (rotación varimax sobre factores principales). Con el fin de no alargar más este trabajo diremos que se obtuvo una solución de cinco factores y, en ella, el factor de afrontamiento actual de desesperación e inconformismo se presentó con relaciones muy estrechas con diversas formas de ansiedad. La adaptación general a la enfermedad (afrontamiento actual) formaba un factor común con la mayoría de factores de rememoración del afrontamiento al conocer el diagnóstico de la enfermedad (lo que sugiere que mayor adaptación general a la enfermedad actual iría aparejado con el reconocimiento de un mayor impacto al comienzo, apego a la vida y búsqueda de información relevante). Parece que, por los datos que tenemos, los factores de afrontamiento presentan alguna relación con otros temperamentales pero que, fundamentalmente, cubren un área del funcionamiento personal distinta (lo que, de entrada, sería un resultado coheren-

te con la propuesta de una inteligencia socio-personal distinta funcionalmente del mundo temperamental.

5. RESUMEN Y ALGUNAS CONCLUSIONES POSIBLEMENTE RELEVANTES

A partir de un modelo sobre inteligencia socio-cultural, hemos englobado las habilidades de afrontamiento dentro de la denominada inteligencia intra e interpersonal. Se han creado dos instrumentos para la evaluación del afrontamiento en enfermos crónicos y se han presentado datos de validación interna y diferencial de estos instrumentos en seis grupos de enfermos crónicos de distinta gravedad, pronóstico y que les obliga a vivir con una distinta calidad de vida. Los resultados apuntan a la necesidad por llevar a cabo estudios multivariados con el fin de irse acercando a la caracterización de cada una de las enfermedades a nivel psicológico. La opción unidimensional parece muy pobre y no da los resultados esperados y los acercamientos multivariados, aunque más complejos, promueven un tipo de conocimiento posiblemente más acertado de la realidad del enfermo crónico.

Pensamos que los resultados que hemos presentado son, cuando menos, sugerentes y que han demostrado que es posible estudiar las habilidades de afrontamiento en enfermos crónicos de distinto tipo. La obtención de estos resultados, aun empleando categorías gruesas en cuanto a diagnóstico de enfermedad permite esperar sensatamente que un análisis más fino y ajustado puede arrojar resultados mejores.

Los resultados muestran, asimismo, con claridad, que algunos tipos de enfermedad conjuntamente con todos los aditamentos socio-culturales y familiares que rodean a cada etiqueta diagnóstica, tienden a conformar modos de afrontamiento específicos para estos grupos y que son distintos a otros grupos de enfermedades. Sin embargo, este resultado no debe hacer olvidar que existe una considerable variabilidad intragrupo (tal y como se ha demostrado) y que esta variabilidad es distinta para cada factor de afrontamiento y tipo de enfermedad. Ni el error de medida ni el tiempo de duración de la enfermedad parecen desempeñar un papel decisivo en este punto.

Pensamos que, posiblemente, tanto o más importante que el diagnóstico médico, lo es la manera concreta en la que los enfermos creen, piensan y sienten sobre su enfermedad. Al menos, por lo que se refiere a enfermedad crónica, los

“modelos” que los enfermos construyen acerca de su enfermedad resultan más relevantes a la hora de poder elaborar una “psicología de la enfermedad del enfermo crónico” y de poder promover programas eficaces de ayuda psicológica.

En cualquier caso, los resultados presentados demuestran con toda claridad la conveniencia por desarrollar una *psicología diferencial del enfermo crónico*, puesto que, incluso restringiéndonos a las habilidades de afrontamiento y con elementos diagnósticos gruesos, aparecen diferencias que no son susceptibles de ser explicadas ni por el tiempo de conocimiento de la enfermedad ni por la edad de los enfermos.

Hemos presentado evidencia, asimismo, de que la estructura del recuerdo del afrontamiento al comienzo de conocer la enfermedad y en la actualidad es distinta y que pueden detectarse dinámicas distintas de reconstrucción y de paso de la rememoración hasta la actualidad para distintos grupos de enfermedades. Estos resultados, además, no son coherentes con los propuestos por la psicología de la salud inspirada en la detección de patrones comportamentales y sugiere la necesidad por modificar el valor diferencial de los “patrones” a grupos de enfermedades y no a uno u otro de ellos. No parece haber algún rasgo específico de una enfermedad crónica.

Los resultados presentados muestran que, al menos por lo que se refiere a enfermos crónicos del tipo que hemos empleado nosotros, la tipología de estrategias propuesta por el grupo de Lazarus no aparece con claridad. Creencias, acciones, sentimientos y emociones, forman conjuntos funcionales más complejos que los propuestos por Lazarus. Asimismo, los datos apuntan a la existencia de estabilidades más allá de los contextos situacionales en el caso de los factores de afrontamiento y, por ello, la posibilidad de poder interpretar los factores de afrontamiento como dimensiones de habilidades intra e interpersonales.

Finalmente, recordar que este trabajo forma parte de otro más amplio y ambicioso en el que, junto a la descripción, se propone una intervención encaminada a paliar los sufrimientos y problemas que presentan estos enfermos a nivel psicológico-personal, intervención que se está ya realizando, y que, frente a la crítica médica con la que comenzamos este trabajo, no está reportando beneficios a los psicólogos (ni profesionales ni, mucho menos, económicos y/o de creación de puestos de trabajo) sino más bien promueven para ellos el lema de una de las elecciones de M. Churchill (y que las perdió), “*blood, sweat and tears*”; por lo que sabemos hasta ahora, ayudan a que estos enfermos mejoren

en su bienestar personal y relaciones interpersonales. Incluso la participación en la fase descriptiva ha tenido efectos terapéuticos de apertura personal y oferta de confianza.

Tal y como se ha dicho al comienzo, mientras existan enfermos de estos tipos, la psicología debería ocuparse no solamente de los elementos predictivos de la aparición de la enfermedad sino de los concomitantes-correlatos y/o conformaciones de personalidad que identifican a los enfermos con sus síntomas, tipos de enfermedades, regímenes medicamentosos y de vida y, en definitiva, de interacciones personales que realizan a lo largo de su vida. Pensamos que con trabajos como este ayudamos a conocer algunos de estos temas.

6. BIBLIOGRAFIA

- Brown, J.D. (1985).- *An identity disruption model of stress*, Manuscrito no publicado, Southern Methodist University, Dallas, Texas.
- Brown, G y Harris T. (1978).- *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*, Free Press, New York.
- Brown, J.D. y McGill K.L. (1989).- The cost of good fortune: When positive events produce negative health consequences, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, pp. 1103-1110.
- Cantor, N. y Kihlstrom, N.J. (1987).- *Personality and social intelligence*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Carver, C., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989).- Assessing coping strategies, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 267-282.
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1990).- Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, pp. 844-854.
- Epstein, S. (1973).- The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, pp. 404-416.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980).- An analysis of coping in a middle-aged community sample, *J. Health of Social Behavior*, 21, pp. 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, D., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986).- The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, health status, encounter outcomes, *Personal. and Soc. Psychology*, 50, pp. 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986).- Appraisal, coping, health status and psychological symptoms, *Personal. and Soc. Psychol.*, 50, pp. 571-579.
- Gardner, H. (1983).- *Frames of Mind: The theory of multiple intelligences*, Basic Books, New York.
- Haan, N. (1969).- A tripartite model of ego functioning: Values and clinical research

- applications, *J. Nervous and Mental Health Disease*, 148, pp. 14-30.
- HAAN, N. (1977).- *Coping and defending: Processes of self-environment organization*, Nueva York, McGraw-Hill.
- HOLMES, T.H y RAHE, R.H. (1967).- The social readjustment rating scale, *J. Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218.
- HEPPNER, P.P. y PETERSON, C.H. (1982).- The development and implementation of a personal problem-solving inventory, *J. of Counseling Psychology*, 29, pp. 66-75.
- LAZARUS, R.S. (1990).- Stress, coping, and illness. En H.S. FRIEDMAN (ed.).- *Personality and disease*, John Wiley & Sons.
- LECKY, (1945).- *Self-consistency: A theory of personality*, Nueva York, Island Press
- MADDI, S.R. (1990).- Issues and interventions in stress mastery. En H.S. FRIEDMAN (ed.).- *Personality and disease*, John Wiley & Sons.
- MENNINGER, K. (1954).- Regulatory devices of the ego under major stress, *Intern. J. of Psychoanalysis*, 35, pp. 412-420.
- PELECHANO, V. (1990).- Unas notas con algunas reflexiones respecto a la psicología de la personalidad y terapias-intervenciones científico-psicológicas, *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 44, pp. 177-192.
- PELECHANO, V. (1991a).- Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes renales terminales, planteamiento y primeros resultados, *Análisis y Modificación de Conducta*, pp.
- PELECHANO, V. (1991b).- Familia, stress y enfermedad, *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, pp. 729-774.
- PELECHANO, V. (1991c).- La personalidad desde la perspectiva de parámetros, *Psicologemas*, 10, pp. 153-176.
- PELECHANO, V. y DE MIGUEL, A. (1992).- Habilidades interpersonales en la vejez y salud, Conferencia en *IV Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud*, Murcia
- PLATT, J.J. y SPIVACK, G. (1975).- *Manual for the Means-Ends-Problem-Solving Procedure*, Department of Mental Health Sciences, Hahneman Community Mental Health/Mental Retardation Center, Filadelfia.
- PLUTCHIK, R. (1980).- *Emotion, a psychoevolutionary synthesis*, Nueva York, Harper & Row.
- PLUTCHIK, R. (1985).- Development of a scale for the measurement of coping styles: a preliminary report. Revisado, Nueva York, A. Einstein College of Medicine.
- RIM, Y. (1991).- Coping styles of (first- and second- generation) holocaust survivors, *Person. individ. Diff.*, 12, pp. 1315-1317.
- RIM, Y. (1992a).- Machiavellianism and coping styles, *Person. Individ. Diff.*, 13, pp. 487-489.
- RIM, Y. (1992b).- Moral development and coping styles, *Person. individ. Diff.*, 13, pp. 627-629.
- ROHDE, P., LEWINSOHN, P.M., TILSON, M. y SEELEY, J.R. (1990).- Dimensionality of coping and its relation to depression, *J. Personality and Soc. Psychology*, 58, pp.499-511.
- ROSENBAUM, M. (1980).- A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings, *Behavior Therapy*, 11, pp. 109-111.
- SELYE, H. (1956, 1976).- *The stress of life*, Nueva York, McGraw-Hill
- SPIVACK, G., PLATT, J.J. y SHURE, M.B. (1976).- *The problem-solving approach to*

- adjustment*, Jossey-Bass Publ., San Francisco, California.
- STERNBERG, R.J. (1990).- *Metaphors of Mind*, Cambridge Univ. Press, Nueva York.
- STERNBERG, R.J. y DETTERMAN, D.K. (eds.) (1986).- *What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition*, Norwood, New Jersey, Ablex.
- SULS, J. y RITTENHOUSE, J.D. (1990).- Models of linkage between personality and disease. En H.S. FRIEDMAN (ed.).- *Personality and disease*, Nueva York, Wiley.
- SWANN, W.B.Jr. (1987).- Identity negotiation: where two roads meet, *J. Personality and Social Psychology*, 53, pp. 1038-1051.
- TOBIN, D.J., HOLROYD, K. y REYNOLDS, R. (1982).- *The assessment of coping: Psychometric development of the coping strategies inventory*, Trabajo presentado en la *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Los Angeles, California.
- VAILLANT, G.E. (1971).- Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms, *Arc. of General Psychiatry*, 24, pp. 107-118.
- VAILLANT, G.E. (1977).- *Adaptation to life*, Boston, Little, Brown

NOTAS

¹ Este trabajo ha sido posible y forma parte de un proyecto de investigación subvencionado por el Gobierno Autónomo de Canarias de tres años de duración acerca de "Estilos, calidad de vida y programas de intervención psicológica en pacientes renales" del que es investigador principal el autor senior.

² Es posible, además, que una razón, y no la de menor peso, acerca de la insistencia en la prevención, consista no solamente en impedir el sufrimiento sino, además, en que no se han logrado avances espectaculares en la curación de ciertas enfermedades. El autor senior tiene para sí que la prevención, en el caso de las enfermedades no infecciosas (e incluso en algunas de ellas de aparición más reciente) resulta todavía más difícil que el tratamiento. Y, en todas las ocasiones, conociendo la manera de funcionamiento de la alteración es como se puede actuar sobre ella o, mejor aún, en el caso de la psicología debería especificarse con claridad la manera concreta de reaccionar y hacerse con la realidad que le toca vivir a cada persona con la alteración que está sufriendo.

³ En la medida en que se trate de aplicar esta conceptualización a la experiencia cotidiana, el asunto ya no está tan claro puesto que lo que para alguien puede ser muy estresante, para otro no lo es (he aquí, ya, la aparición de un reconocimiento de diferenciación psicológica). La solución propuesta por Holmes y Rahe consistió, en dar pesos distintos a los "estímulos" en función de las respuestas y la estimación de importancia dada por grandes números de sujetos a los mismos estímulos. El problema es que, con esta solución, se ha pasado de una objetividad-estímulo a una objetividad-consenso, por lo que, posiblemente, se ha transformado la "validez objetiva" en "validez de consenso" a base de autoinformes de grupos de personas. Que ambos

tipos de validez son distintos, parece claro, y que la equiparación entre las dos crea confusión, también parece bastante claro. La solución al problema de la diferenciación entre ambas, así como el intento por generar pruebas "objetivas" como diferentes de las "consensuadas" representa un reto no sólo en la investigación en salud sino en la mayoría de dominios de la psicología. Lo que parece claro es que la identificación entre ambos tipos de valideces no sirve para aclarar el problema. Maddi (1990) ha escrito unas líneas muy iluminadoras respecto a esta confusión que está presente en la mayoría de trabajos "experimentales" publicados.

⁴. Como muestra de posiciones contrapuestas repárese en los dos textos de Maddi (1990) respecto de la obra de estos autores: "Although social consensus measures of stress make an important contribution to the mix of factors whereby we try to understand health and illness, we are deterred from this gain by misunderstanding such measures as objectives" (op. cit., p. 126). "It is certainly expressive of the plurality of views in psychology that their checklist could be criticized at the same time as insufficiently objective and insufficiently subjective!" (op. cit., p. 125).

⁵. Las cuestiones, aunque no contestadas, poseen una enorme relevancia. Y no solamente por cuanto representan hipótesis causales a investigar sino asimismo por lo que se refiere a los factores estresantes mantenedores de una u otra enfermedad (a partir de los sucesos vitales estresantes). Para esta argumentación la apelación a sucesos vitales "importantes" y que suceden pocas veces en la vida o, complementariamente, apelar a sucesos desagradables (los "hassless") cotidianos, no desempeñan ningún papel relevante. El peso argumental acerca de la especificidad queda en pie.

⁶. Brown parte del supuesto de que el sí mismo desempeña el papel de organizador y guía de la experiencia personal (Epstein, 1973; Lecky, 1945; Swann, 1987). El impacto patogénico de los sucesos vitales puede ser delineado, en parte, a partir de un proceso en dos pasos en el que (a) los sucesos vitales crean alteraciones en la identidad de uno mismo y (b) la perturbación de la identidad posee un impacto negativo sobre la salud. Desde (a) los sucesos vitales estresantes pueden producir que los sujetos abandonen las identidades que tenían hasta ese momento (como cuando se deja el colegio o la facultad, uno deja de ser estudiante), pueden producir la adopción de nuevas identidades (al casarse, la adopción del papel de marido o mujer), pueden cambiar la estructura del concepto de sí mismo (al vivir fuera de la casa de los padres, el role de hijo puede perder importancia y, en su lugar, aparecer otros más relevantes), finalmente, los sucesos vitales estresantes pueden promover una re-valoración de las identidades existentes (después de la pérdida de un trabajo, la identidad de persona con éxito en los negocios puede entrar en crisis). Desde (b), cabe esperar que aquellas personas con una imagen negativa de sí mismas resulten poco afectadas por sucesos vitales estresantes y lo sean por la "buena fortuna" o sucesos vitales positivos, toda vez que las personas con una imagen positiva de sí mismas sean afectadas muy negativamente por los sucesos vitales estresantes y no les afecten los sucesos vitales positivos para su estado de salud-enfermedad. Sobre esta opción hay que decir que existen algunos datos a favor de la hipótesis si bien con muestras de estudiantes universitarios y referido a enfermedades más bien leves como resfriados y gripe. Pensamos que los determinantes de las enfermedades son algo más que la percepción positiva o negativa de la propia identidad personal.

⁷. Existe una segunda opción, posiblemente más elaborada a nivel de teoría de las emociones y propuesta por Plutchik (1980, 1985). Para este autor existen ocho emociones primarias: aceptación, miedo, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, expectación y alegría. Desde esta teoría de las emociones se deriva una serie de posibilidades de estudio, una de las cuales se refiere a las "defensas del ego" en el sentido de que estas respuestas se han desarrollado para ocuparse de emociones particulares. Plutchik denomina a los modos de ocuparse del estrés y de la frustración "estilos de afrontamiento" y propone ocho: (1) para la negación, minimización; (2) para la represión, supresión; (3) para la regresión, búsqueda de socorro; (4) para la sublimación, re-situación (o sublimación); (5) para la proyección, descubrimiento de fallos (o inculpación); (6) para el desplazamiento, sustitución; (7) para la intelectualización, mapeo y para la (8) formación reactiva, inversión, todas ellas evaluadas a través de una escala. Rim (1991, 1992a y b) ha presentado datos de validación de este instrumento en contextos de variables de personalidad, desarrollo moral y supervivientes judíos del Holocausto, con un estudio de diferenciación entre primera y segunda generación.

⁸. Sea dicho lo que sigue como aclaración: posiblemente muchos autores piensan que el nombrar unos fenómenos de una manera distinta promueve una novedad no solamente terminológica sino conceptual y hasta "entitativa". El grupo de Lazarus, tal y como se verá más adelante, ha estado negando que su conceptualización del estrés y del afrontamiento tenga que ver con la psicología de la personalidad aunque, la verdad sea dicha, para bien o para mal, las interpretaciones personales de los hechos representan el material del que está hecha la experiencia humana y son, y siempre han sido, el material primario de investigación en personalidad. El nombre parece ser que ha sido modificado, pero no los elementos sustanciales. De todas formas algo más sobre este punto se mencionará más adelante.

⁹. La verdad, sin embargo, es que todo este acercamiento calificado por el propio Lazarus como "microanalítico" no se ha plasmado en un estudio del o de los procesos concretos que suceden en las situaciones de afrontamiento más que después de la segunda mitad de la década de los ochenta y, en este caso, todavía se encuentra en un estadio en el que se apuntan fases del proceso de afrontamiento sin base experimental y que no van mucho más allá del análisis introspectivo y de sentido común (cfr. al respecto, por ejemplo, Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986) y en donde los enunciados empleados para evaluar cada una de las fases son excesivamente parecidos entre sí, nada sabemos en concreto acerca de los tipos de personas que se comprometen en las distintas secuencias de proceso-resultados, etc. A responder algunas de las cuestiones sobre las diferencias individuales en afrontamiento nos dedicamos más adelante.

¹⁰. Dicho sea siquiera de paso, este requisito "básico" del grupo no ha sido seguido usualmente por el propio grupo de investigadores y menos aún por otros grupos. Algo acerca de este punto en cuanto a datos empíricos va a ser presentado más adelante en este trabajo.

¹¹. La calificación de Lazarus (1990) sobre estos trabajos es, cuanto menos, contundente: "a rigorous factor analysis that resulted in eight coping factor subscales" (op. cit., p. 101).

¹². Realmente el reanálisis aporta más bien poco. De antiguo se viene diciendo en

intervención psicológica que no existen más que dos maneras básicas de intervención: o bien se modifica el problema, resolviéndolo (mediante modificaciones del ambiente o de uno mismo), o bien se cambia la manera de pensar y sentir sobre el problema (con lo que el problema sigue pero “se piensa” ó “se siente” de otra forma).

¹³. No quiere decir esto que se defienda que la inteligencia exista en un vacío biológico. A lo que nos referimos es que en la inteligencia humana existe una serie de elementos que no parecen encontrar antecedentes claros en el mundo animal tales como la interpretación-comprensión socio-histórica, la creación musical o literaria, o la organización político-institucional.

¹⁴. Uno de los supuestos del modelo de parámetros es conceptualizar al ser humano como un complejo sistema de subsistemas que funcionan de forma relativamente independiente entre sí, hasta el punto que la incoherencia relativa y/o la existencia de una relativa inconsistencia comportamental forman parte esencial del modelo y con ellas debe contarse si se desea elaborar un modelo científico psicológico del ser humano que se acerque a la realidad observada.

¹⁵. A todo lo que sigue debe añadirse que la definición de lo que sea una enfermedad desde dentro mismo de la ciencia médica no está claro. En algunos casos se define la enfermedad por su sintomatología, en otras por sus “efectos inmediatos” y en otras ocasiones por los procesos bioquímicos que subyacen y no son directamente observables. Todo ello implica que tampoco en medicina la definición de lo que sea una enfermedad es unívoca, ni sigue solamente un patrón definicional, por lo que difícilmente puede encontrarse un solo tipo de correlato psicológico. En la mayoría de ocasiones los procesos bioquímicos como tales poco tienen que ver con las repercusiones psicológicas observables para el propio sujeto o para un observador exterior.

¹⁶. Ya se ha dicho que se trata de un proyecto de investigación subvencionado por el Gobierno Autónomo de Canarias. Damos las gracias a las últimas cuatro generaciones de alumnos de psicología de la universidad de La Laguna por su colaboración en la recogida de información, a los enfermos que se han prestado voluntariamente a colaborar en el trabajo, y al personal facultativo y sanitario de los distintos servicios de los hospitales “Universitario de Canarias” y de “La Candelaria” de la Seguridad Social de Tenerife. Sin ellos tampoco hubiera sido posible la realización de la investigación.

¹⁷. Estamos preparando una monografía en la que se presentarán los instrumentos empleados, con datos de validación.

¹⁸. Hay que decir que en la actualidad no está clara la opción que va seguir la medicina en el futuro. Por un lado hay quien sostiene la mejora de los sistemas de diálisis con el fin de lograr un tratamiento paliativo eficaz que permita una vida normal de estos enfermos; por otro, hay quien defiende que la solución se encuentra en el trasplante. La verdad es que existen razones para ambas opciones. Lo grave es que la política de cada centro es la que decide, en último término la opción de un enfermo acerca de su posible trasplante renal y, en el caso de

las edades que representan la moda de esta muestra, el trasplante se encuentra muy alejado como posibilidad realista.

¹⁹Se puede lograr una copia de las matrices factoriales originales escribiendo al autor senior. Una información más detallada respecto a los resultados que se han obtenido en la factorización aparecerá en una monografía que se está preparando en estos momentos.

²⁰Debemos decir que, conjuntamente con ello se ha llevado a cabo un análisis transformando el tiempo de duración en meses y si agrupar. Los resultados han sido equiparables y las pequeñas diferencias observadas pueden ser debidas y explicadas apelando al error típico de medida. Lo que sigue, pues, podría ser generalizado a los dos tipos de análisis.

²¹Este resultado hablaría de la estabilidad-indiferenciación de la rememoración de las primeras reacciones, sentimientos y pensamientos al conocer el diagnóstico de la enfermedad entre ancianos y no ancianos, lo que indicaría una indiferenciación por la edad y no un deterioro. El hecho, por otra parte de que hayan sobrevivido los enfermos y sus relaciones interpersonales cuando llegan a edad avanzada podría querer decir que las estrategias empleadas por ellos no han sido del todo ineficaces.

²²Debemos dejar constancia que esta afirmación representa una hipótesis de trabajo y no un resultado concluyente por cuanto que los datos corresponden a un análisis "transversal" en donde edad, enfermedad, tipos de tratamientos de la enfermedad y efectos generación (*cohort effects*) se encuentran mezclados sin posibilidad de aislarlos como factores independientes. Sin embargo pensamos que deberíamos apuntar los resultados alcanzados como sugerencia.