

PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CRONICOS (1) (2)

PERSONALITY AND COPING SKILLS IN CHRONIC ILLNESS

Vicente Pelechano Barberá

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife)

RESUMEN

Se presenta una reinterpretación de las estrategias de afrontamiento dentro de un modelo de funcionamiento personal (modelo de parámetros) como habilidades/competencias de personalidad. A partir del inventario de afrontamiento de Lazarus y Folkman se han generado nuevos ítems y eliminado otros con el fin de adaptar la prueba a enfermos físicos crónicos (N = 226). Un procedimiento similar se ha seguido en el caso de otras pruebas. Después de las correspondientes factorizaciones se presenta la lógica y principales resultados de las pruebas en grupos de enfermos (hipertensos, diabéticos, distintas nefropatías, cáncer, diálisis, trasplantados de riñón). Los resultados demuestran que las denominadas personalidades del abecedario (A, B, C...) no ofrecen una imagen coherente al entrar en el análisis distintos grupos de enfermos y que, frente a ello, debería postularse una psicología diferencial y multivariada del enfermo crónico. Asimismo, la estructura factorial de las pruebas presenta ciertas diferencias con la que cabe esperar en poblaciones no enfermas. Los resultados se discuten dentro de un modelo de parámetros.

Palabras clave: *Modelo de parámetros, personalidad, estrategias de afrontamiento, enfermos crónicos, estructura de personalidad.*

SUMMARY

A reinterpretation of coping skills within a model of personal functioning (parameter model) is put forward. The coping skills are seen as abilities/competencies of personality. We have developed a new coping skills questionnaire taking Lazarus and Folkman's instrument as a starting point and we have applied it to 226 chronic patients (physical illness). Other questionnaires were filled in also by the same subjects. We present the factor structure of the questionnaires for the total sample (hypertense, diabetic, different nephropathies, cancer, dialysis, kidney trasplant patients). The results show that the so-called "alphabet personalities" (A, B, C...) don't offer a coherent picture when we take into account different groups of patients and thus we must postulate a multivariate differential psychology of chronic patients (physical). Likewise the factor structure of the questionnaires shows several differences with respect to the structure that we find in non-patient populations. All these results are discussed within a parameter model of personality.

Key Words: *Parameter model, personality, coping-skills, chronic patients, personality structure.*

INTRODUCCION

Una de las últimas derivaciones en el estudio de la personalidad ha dado lugar a una especialidad que, aunque de hecho ha arrancado de ella (en la medida en que una de las grandes tradiciones de estudio de la psicología de la personalidad en occidente se encuentra relacionada directamente con el tema de la salud) se ha independizado funcionalmente muy pronto de ese tronco común. Esta pronta independencia ha tenido como resultado positivo que ha sido cultivada fundamentalmente por estudiosos sin grandes tradiciones "teóricas" que les impidieran "ver" lo que tenían delante de los ojos, en cuanto a problemas graves y reales se refería (fundamentalmente enfermedades cardiovasculares y enfermos con cáncer). Pero, a la vez, la carencia de una formación sólida de base en metodología de estudio de personalidad y estudios diferenciales, así como la premura de la "aplicación de lo inmediato" ha producido una bibliografía que, desgraciadamente, se ha dejado llevar más por las modas científicas y asignación de recursos de la época que por la evolución interna de los modelos teóricos creados y/o evolucionados en función de los resultados que se iban alcanzando. En los últimos años, sin embargo, parece que los psicólogos "académicos" vuelven su mirada a problemas de salud, lo que posibilita la generación de estudios comparativos y, en todo caso, el análisis comparativo de los resultados que se han alcanzado. Estas

afirmaciones que acaban de hacerse posiblemente puedan ser tachadas de radicales o, en todo caso, de presentar unos ciertos sesgos. Sin negar los sesgos, en las páginas que siguen se darán algunas razones por las que las líneas anteriores han sido escritas.

Personalidad y psicología de la salud

Con el desarrollo de la terapia de conducta a partir de la mitad de este siglo se planteó una serie de supuestos que, hasta ese momento se encontraban presentes en el quehacer psicológico y clínico. Uno de estos supuestos era el dualismo psicofísico. En un primer lugar, las alteraciones comportamentales que caían bajo la rúbrica de la psicopatología y, en segundo lugar, todo tipo de enfermedades "físicas" eran susceptibles de ser estudiadas y atacadas desde un punto de vista científico-psicológico. Con ello, la terapia de conducta se amplió dando lugar a la "medicina comportamental".

Esta ampliación, sin embargo, llevó consigo algunos graves problemas. La terapia de conducta intentó convertirse en "la" opción científica de tratamiento psicológico de los problemas; pasados los primeros años de euforia, ni la terapia de conducta era la panacea universal (aunque sí proporcionaba el tipo de tratamientos más eficaces de los conocidos hasta el momento), ni se convirtió en "la" opción sino en "una" de las existentes. Con la nueva ampliación hacia la incorporación de modelos y procedimientos de corte más cognitivo y la ampliación de su campo de acción hacia problemas más complejos, tanto el aparato evaluador como los diseños y criterios de bondad de las técnicas terapéuticas propuestas fueron complicándose hasta el punto de que la primera negación de la "existencia de la personalidad" que habían hecho los propios terapeutas de conducta conductistas fue sustituida por un "es posible, pero" y las antiguas maneras de pensar en psicología de la personalidad y las nuevas maneras (categorías, habilidades) se entremezclaron con nombres tales como "estrategias de afrontamiento", "habilidades de dominio" o "dimensiones/procesos de solución de problemas". La medicina comportamental se amplió hasta una "psicología de la salud", con lo que modelos, procedimientos de análisis y problemas tratados se fueron acercando a algunos de los que trató la tradición clínica en la psicología de la personalidad.

Algo ocurrió, asimismo, dentro del campo de estudio de la personalidad. El crecimiento de la terapia de conducta conductista de los primeros años representó una seria amenaza a la psicología de la personalidad por cuanto que aquella defendía una determinación situacional de la acción humana, tanto normal como patológica; su insistencia en el cambio generó la idea de que "todo se puede cambiar", todo puede modificarse y todo en el ser humano es plástico y moldeable,

olvidando que para la detección del cambio, algo debe emplearse como punto de referencia. El situacionismo conductista obligó a los personólogos a diseños más ingeniosos y eficaces con el fin de mostrar la existencia de invarianzas. Pero, a la vez, se vio la necesidad por incorporar elementos modificables dentro de los esquemas teóricos de la psicología de la personalidad (Pelechano, 1989). Y, junto a ello, la necesaria apertura de la personalidad hacia problemas relevantes y clínicamente importantes; la importancia del ambiente, por otra parte, promovió una psicología de la personalidad en la que los elementos de corte físico-ambiental y social se fueran incorporando. Uno de los frutos de toda esta enmarañada red de interinfluencias fue la psicología de la salud, que se ha convertido en muchos casos en una “psico- o psicosisocio-” bien sea del cáncer (“oncología psicosocial”), de las alteraciones cardiovasculares (“cardiología psicosocial”), y hasta de la nefrología (“psiconefrología” y “nefrología psicosocial” han sido términos propuestos, Levi, 1981, 1983).

Hace ya unos años, Cohen (1979), propuso una ordenación de los tipos de trabajos realizados para detectar la influencia de factores psicológicos en la génesis y mantenimiento de las enfermedades; en una primera y gruesa clasificación se puede distinguir entre el estudio de las *características de personalidad* y el estudio de las *situaciones vitales estresantes*. En el primer caso se trata de aislar las atribuciones que predisponen a desarrollar ciertos estados emocionales, estados que, a su vez, promueven respuestas inadecuadas que van a desembocar en la aparición de ciertas enfermedades. Así, por ejemplo, ciertos atributos de personalidad que pueden predisponer a la realización de conductas de fumar o de beber alcohol y que, a la larga, son perjudiciales para la salud. El caso, respecto a la *Einheitspsychose* y sus componentes hereditarios discutidos no hace mucho por H.J. Eysenck representa un tipo de trabajo ilustrativo al respecto, así como las opciones teóricas respecto a la “personalidad pre-delictiva”, las características premórbidas que se defienden por algunas escuelas de psicopatología y, en esencia, los programas preventivos asentados sobre la detección de personas con características de “alto riesgo” (el modelo de diátesis-estrés).

Por lo que se refiere a las *situaciones vitales estresantes* se trata de acontecimientos que exigen un sobreesfuerzo personal y/o llevan consigo un sufrimiento personal, sufrimiento y sobreesfuerzo que, a la larga, trae consigo la aparición de la enfermedad. Entre estos factores estresantes se encuentran las situaciones que conllevan la pérdida de un ser querido, la acumulación de distintos estresores ambientales o vitales que exigen un profundo reajuste a nivel personal, ocurrencia de sucesos vitales que la persona percibe como estresantes o las transiciones en los papeles a desempeñar, que la sociedad contemporánea exige (paso, por ejemplo, de la niñez a la adolescencia; de la juventud a la vida adulta con la acumulación de muchas responsabilidades; o el paso de adulto productivo a anciano jubilado).

Junto a esta dicotomía polémica acerca de las variables "independientes" psicológicas en el desarrollo y aparición de las enfermedades se encuentra en discusión otra respecto a la especificidad o no de los efectos detectados. Para unos autores se defiende una *posición genérica o inespecífica* en el sentido de que la existencia de unos y otros estímulos-atributos actuaría como desencadenantes de la aparición de "la" enfermedad, sin que se relacionen unos factores con unas enfermedades y otros con otras (por ejemplo, los trabajos acerca de la pérdida de seres queridos y el fenómeno de "tirar la toalla", aparejado con muertes súbitas); otros autores defienden una *especificidad de efectos* en la que una cierta estructura o patrón de actividad lleva aparejada una enfermedad y no otra (los trabajos respecto a los patrones de conducta tipo A y la enfermedad coronaria o el desarrollo de cáncer encontrarían aquí su lugar). Finalmente, una *tercera vía* la representan las *teorías generales de la desadaptación-inadaptación*, que consideran que la enfermedad es un tipo de conducta desadaptativa (junto, por ejemplo, a la delincuencia juvenil) que se da como resultado de las disparidades entre la estructura social y la personalidad del individuo. Este último tipo de teorías son muy genéricas y con poca capacidad predictiva de las alteraciones somáticas frente a otro tipo de alteraciones.

Lo atractivo de estas hipótesis teóricas llevó consigo la realización de muchas investigaciones. Los resultados alcanzados, con todo, no cubrieron las expectativas que las mismas opciones generaron. Tanto las características de personalidad como los estudios acerca de la salud y el estrés han dado resultados inconclusos. Probablemente la línea con menores problemas metodológicos e interpretativos ha sido la que ha relacionado el estrés con la salud y los resultados, aunque significativos, han sido muy pobres. Desde aquí surgió una nueva línea de trabajo: lo importante no sería ni el volumen ni el tipo de estrés sino cómo se estima el estrés presente y cómo lo maneja la persona (Antonovsky, 1979; Lazarus, 1981); también en este caso, aunque los resultados son esperanzadores (cfr. por ejemplo, Caplan, Naidu y Tripathi, 1984; Menaghan y Merves, 1984; Vitaliano, Russo, Carr y Becker, 1985) la verdad es que estos trabajos han provocado más preguntas que respuestas.

En todo caso, la psicología de la personalidad se ha presentado y se presenta como un esperanza en la medida en que puede ofrecer alguna de las respuestas importantes a las preguntas planteadas. Repárese, sin embargo, que se ha presentado como evolución en el estudio del estrés, el estudio de las formas de enfrentarse a los problemas, más que el volumen y gravedad de los problemas planteados; esto es, se ha ofrecido como opción al estudio de los determinantes de personalidad, el de los estilos de enfrentamiento, estrategias o habilidades de dominio de situaciones, lo que se ha denominado en círculos académicos españoles como "estrategias de afrontamiento" del estrés. Veamos la compatibilidad o incompatibilidad de ambos acercamientos³.

Personalidad y estrategias de afrontamiento: una reinterpretación

El estudio de las estrategias de afrontamiento, aunque nuevo en terminología no resulta totalmente nuevo en el pensamiento psicológico y la apelación a alguno de los antecedentes y concomitantes puede iluminar el tema que nos ocupa en este punto (la complementariedad o incompatibilidad de las estrategias de afrontamiento con el estudio de la personalidad entendida de forma tradicional). Recientemente, Endler y Parker (1990) han hecho alusión tanto a los antecedentes como a su posible relación con personalidad⁴. Por una parte, el estudio de los procesos con los cuales las personas intentan dominar los sucesos estresantes posee una larga historia; Freud hizo mención de los mecanismos de defensas como elementos cuyo objetivo era en líneas generales similar, si bien su naturaleza era inconsciente y su descubrimiento, tarea de investigación clínica. Por otra parte, en época reciente, aquéllos se han reconceptualizado y, en lugar de ser respuesta a acontecimientos internos (intrapésicos), se han reorientado consciencialmente: se trata de una respuesta ante sucesos externos considerados amenazantes (Billing y Moos, 1984; Folkman y Lazarus, 1980; McCrae, 1980); estas respuestas son, usualmente, estrategias conscientes o estilos conscientes por parte del individuo y que se obtienen mediante autoinformes o entrevistas directas con las personas, sin necesidad de intervención clínica.

La entidad que se atribuye a estas estrategias de afrontamiento no ha encontrado un consenso satisfactorio entre los autores que han tratado el tema. Para unos se interpretan a partir de las *demandas situacionales o del papel* (Pearlin y Schooler, 1978); otros autores hablan de la influencia que poseen las *prácticas y preferencias culturales* (Aldwin, 1985; Strong, 1984); una tercera línea interpretativa las asimila a *estimaciones-estrategias cognitivas* (Aldwin, Folkman, Schaffer, Coyne y Lazarus, 1980; Folkman y Lazarus, 1980, 1985; McCrae, 1984) y no falta quien las asimila a características de personalidad, buscando en estas características, bien sus determinantes, bien la propia significación (Haan, 1977; Kobasa, 1979, Vaillant, 1979).

La evaluación de estas estrategias de afrontamiento, coherentemente con la idea que se ha expuesto más arriba, se hace a través de entrevistas (con protocolos estructurados como los de Brown y Harris, 1978; Folkman y Lazarus, 1986); con autoinformes como el *Problem Solving Inventory* (Heppner y Peterson, 1982), el *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman y Lazarus, 1980); la *Self Control Scale* (Rosenbaum, 1980), los cuestionarios de Carver, Scheier y Weintraub (1990), Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley (1990) y el de Endler y Parker (1990). Asimismo, se contabilizan en este apartado el *Coping Strategies Inventory* de Tobin, Holroyd y Reynolds (1982) y el *Means-Ends-Problem-Solving Procedure* de Platt y Spivack (1975). Asimismo, como intentos previos a esta serie de plasmaciones concretas se deben recoger los esfuerzos realizados en la psicología de la persona-

alidad por elaborar cuestionarios “funcionales” esto es, aquellos cuyos items se construían relacionando situaciones con respuestas.

Parece obvio que la incorporación o no de un instrumento a esta categoría de medida depende de la concepción básica que se tenga de las estrategias de afrontamiento. En la revisión que acaba de proponerse se emplea una concepción amplia de lo que este concepto significa y que lo relaciona tanto con la dimensión de articulación de medios para logro de fines del grupo de Spivack que se acaba de mencionar, como con el concepto de competencia (Goldfried y D’Zurilla, 1969), la *capacidad de solución de problemas* (D’Zurilla y Nezu, 1982; Heppner y Peterson, 1982), las conductas antidepresivas (Rippere, 1976), la *fortaleza personal* (Kobasa, 1979) y los denominados *recursos aprendidos* (Meichembaum, 1977; Rosenbaum, 1980). A todo ello habría que añadir nuestra propuesta que sigue a continuación.

En la propuesta de nuestro modelo de parámetros se distinguen, dentro de lo que representan los parámetros de persona, dimensiones de personalidad y aptitudes-habilidades interpersonales. Los dos dominios (dimensiones y aptitudes) se encuentran organizadas jerárquicamente en función de su nivel de consolidación y poder de generalización (aparejados, ambos, con la capacidad de ejercer el control sobre el sistema total). El modelo propone que ambos tipos de dominios *no son reducibles a los procesos cognitivos propios de la solución de problemas impersonales y, por lo tanto, irreducibles a los procesos propuestos por el procesamiento humano de información tradicional*⁵. De ahí que se propongan estudios en los que la inteligencia debiera ser controlada con el fin de delimitar si existe o no relación entre estas habilidades interpersonales y las habilidades intelectuales de solución de problemas abstracto-científico-naturales.

Dentro de este modelo general, las denominadas estrategias de afrontamiento serían una parte importante de las *capacidades-aptitudes de personalidad*, junto a otras que han sido objeto de estudio sistemático por nuestra parte: asunción de alternativas distintas, atribución de causas psicosociales a los problemas interpersonales, delimitación de consecuencias ante acciones propias o ajenas, articulación de medios para logro de fines y búsqueda de alternativas de actuación para la solución de un problema planteado. En este sentido no son antitéticas con las dimensiones de la personalidad, sino complementarias; y en cuya intersección hay que buscar los modelos integrados del funcionamiento personal.

Creemos que dentro de este modelo, una enorme fuente de polémicas actuales sobre la entidad, estabilidad y significación funcional de las estrategias de afrontamiento adquieren una nueva significación. En un sentido muy general habría que hacer las siguientes delimitaciones notacionales:

(i). Las denominadas estrategias de afrontamiento pertenecen al dominio de las capacidades-aptitudes de personalidad, junto a las dimensiones de solución de problemas interpersonales.

(ii). Por lo que se refiere a su estructura, los esfuerzos realizados hasta el momento han sido especialmente insatisfactorios debido a una serie de razones: se han aplicado sobre acontecimientos estresantes rememorados, sobre muestras, fundamentalmente, de estudiantes universitarios con insuficiencias metodológicas graves (cfr. por ejemplo, el intento más elaborado de Carver et al. (1989) con la revisión y propuesta de trece estrategias pero que, desgraciadamente se han sometido a análisis factorial oblicuo sin mayor reelaboración posterior a nivel estructural), con afán generalizador mimetizando los mismos procedimientos de elaboración que en el caso de los rasgos de los años cincuenta, con criterios de valoración escasos y apoyados en la praxis clínica, más en intuiciones y estudios de caso que en estudios experimentales controlados, y sin apelación a estudios temporales de larga duración.

(iii). Desde el modelo de parámetros, sin embargo, la anterior acusación de "generalización" carece de fundamento. Existirían, según este modelo, estrategias que se encuentran muy consolidadas y son eficaces para unos problemas y que son ineficaces para otros. El tipo de problema, grado de consolidación de la estrategia, su eficacia, y tipo de persona desempeñan un papel decisivo a la hora de poder establecer tanto la estructura como la dinámica funcional de estas "dimensiones" que representan modos operativos ante problemas muy concretos. En este sentido deberían reorientarse tanto las investigaciones como la interpretación de los resultados alcanzados de manera específica con el fin de que los resultados pudieran, de hecho, ser operativos. Las poblaciones sobre las que se apliquen estos instrumentos deberían encontrarse identificadas y corresponder a *problemas reales*, con lo que sería posible la elaboración de instrumentación específica. En esta sensibilidad general se inserta el trabajo empírico que nos ocupa en nuestra intervención de hoy⁶.

UN "OLVIDO": LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Un somero análisis acerca de la producción de trabajos científicos en psicología de la salud arroja como un primer resultado que existen dos temas que atraen la atención de los investigadores hasta hace unos diez años y que, desde entonces, aparece un tercero. Los dos temas prioritarios son los de las enfermedades cardiovasculares con especial insistencia en el infarto de miocardio y la angina por un lado y el estudio de los concomitantes y hasta determinantes del cáncer por otro. El primero, por una mala lectura acerca de las causas de muerte en la sociedad occidental (el análisis de las certificaciones de defunción indicaría que poco más de la mitad de muertes humanas se debería a alteraciones cardiovasculares)⁷; el segundo, por la incidencia y riesgo de desenlace fatal, acompañado por una cierta moda científica. En la última década, progresivamente, se añade a estos dos temas

el del sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y también en este último caso, sin quitar un ápice de importancia al problema, diríamos que han hecho más por la difusión de los conocimientos y trabajos realizados los medios de comunicación de masas que los propios científicos. El sida se ha convertido en piedra de toque política y social, con lo que se le dedica un considerable volumen de dinero a la investigación sobre el tema en muchos aspectos (asimismo en psicología de la salud).

El problema, sin embargo, de la enfermedad renal terminal ha pasado y está pasando sin pena ni gloria, al margen de su riesgo, importancia y gravedad. En los manuales y revisiones sobre psicología de la salud no se encuentra presente. Aparecen algunos trabajos en las revistas médicas especializadas en nefrología y, hasta hace una década prácticamente todos los trabajos publicados eran de orientación psiquiátrica fenomenológica o psicoanalítica, con más de una crítica sobre el “rechazo” que los enfermos y los facultativos muestran a la entrada de psiquiatras y psicopatólogos en las salas de enfermos renales. En otras ocasiones se trata de relatos en primera persona de médicos aquejados de la enfermedad que exponen con toda acritud las situaciones psicosociales por las que atraviesan estos enfermos.

Pensamos que este estado de hechos es enormemente insatisfactorio y que debería corregirse. Las páginas que siguen representan una primera y provisional aproximación al tema y poseen como objetivos prioritarios, no solamente llamar la atención sobre el tema sino, asimismo, ofrecer los primeros datos de un programa de trabajo que comenzó hace unos meses. Pero, antes, veamos una somera descripción de algunas notas características de esta enfermedad, en este estadio.

Una acuarela de tonos grises: descripción y datos epidemiológicos

Hasta comienzos de los años sesenta de este siglo, la denominada “enfermedad renal terminal” (*End Stage Renal Disease*, ESRD) era una condición fatal, que llevaba consigo la muerte a las pocas semanas. En la década de los sesenta se descubrió en laboratorio la posibilidad de alargar la vida de estas personas a base de un riñón artificial que “filtrara” o “depurara” la sangre y, poco después, el trasplante de riñón. Con ello se alargó la vida de estas personas y comenzó una nueva preocupación acerca del tipo de vida y su calidad en estos enfermos. En esta fase nos encontramos nosotros ⁸.

La identificación de la enfermedad renal terminal se encuentra definida, usualmente por el 95% de reducción en el funcionamiento renal y su etiología es muy diversa. A este estado puede llegarse después de períodos temporales muy largos o de forma instantánea (por ejemplo, un accidente de circulación). Pese a que la enfermedad puede aparecer en cualquier edad, suele ser más frecuente

entre los 45 y los 74 años (lo cual, dicho sea de paso, posiblemente explicaría la escasa importancia "oficial" que se le ha dado al problema, al considerarse una "enfermedad de viejos"); lo que sugiere que se trata de un tipo de problema que aparece en la última media parte de la vida y, por lo tanto, con el progresivo incremento en años de vida media, es un problema que va a ser más grave a medida que pasen los años; y más todavía en las sociedades occidentales.

Con el incremento en las tasas de supervivencia y en la expectativa de vida no han desaparecido los problemas. Los enfermos renales terminales con los tipos de tratamientos actuales tienden a sufrir de una serie de problemas: secuelas no deseables de medicación, depresión, anemias y disfunciones sexuales (impotencia), fuertes restricciones dietéticas, no solamente de comida, sino de bebidas (ingesta de menos de medio litro diario de líquidos) y sentimientos de enfermedad grave se encuentran entre los más frecuentes. Los enfermos, además, no pueden desarrollar su vida normal ni su normal ritmo de trabajo de manera que uno de los indicadores más utilizados respecto a la "calidad de vida" es un índice de movilidad (las distintas versiones sobre el llamado índice de Karnofsky); pese a los últimos descubrimientos, la práctica de la diálisis lleva consigo una serie de problemas psicológicos graves para la mayoría de los pacientes entre los que se encuentran la dependencia de una máquina y/o de equipos tecnológicos y sistemas sanitarios de modo continuo y sistemático.

Es un tipo de enfermedad que es más frecuente en hombres que en mujeres (la proporción reseñada con mayor frecuencia es de 3/2 a favor de aquéllos). La edad media del enfermo que recibe su primer tratamiento oscila alrededor de los 50 años, lo que le confiere ciertas peculiaridades. Además, existe una enorme variedad respecto a la accesibilidad de los enfermos a los servicios de tratamiento. Así, por ejemplo, los enfermos que se eligen para trasplante tienden a ser más jóvenes y con mejor salud que los que reciben otros tipos de tratamiento (hemodiálisis); en algunos centros hospitalarios incluso estadounidenses se tiende a restringir los tipos de tratamiento con mayor costo a los más jóvenes y se deja para los enfermos de mayor edad los tratamientos más molestos. La capacidad económica, asimismo, representa un foco de variabilidad puesto que los que realizan la hemodiálisis en régimen hospitalario tienden a tener menos recursos económicos que los que la realizan en su casa.

Principales tipos de tratamiento

Antes de 1960 el tratamiento para este tipo de enfermedad era paliativo. Desde entonces se han desarrollado dos tipos: diálisis y trasplante renal.

La forma más común de diálisis es la *hemodiálisis* que consiste en la circulación sanguínea externa por un riñón artificial que dura entre 3 y 5 horas y tres veces por

semana. Junto a ello deben estar sometidos a distintos regímenes medicamentosos y a una fuerte restricción en la ingestión de flúidos. La forma concreta de la hemodiálisis depende de la disponibilidad de medios económicos y de la política sanitaria (por ejemplo, las sesiones de hemodiálisis pueden llevarse a cabo en un recinto hospitalario o, por el contrario, en el hogar, en el caso de tener una persona significativa que aprenda la técnica de aplicación y se puedan realizar en la casa las adaptaciones oportunas en alguna habitación, instalación de aparatos, etc. que permitan que se pueda aplicar con garantías). En la *diálisis peritoneal* el peritoneo es utilizado como un riñón artificial llenando la cavidad peritoneal con un fluido dializador de modo que los productos de desecho y el exceso de líquidos puedan ser extraídos de los vasos sanguíneos de la membrana peritoneal de modo intermitente (*diálisis peritoneal intermitente*) o de forma continua (*diálisis peritoneal ambulatoria continua*).

El segundo tipo de tratamiento es el trasplante renal, que es lo que se acerca más al estadio previo de la enfermedad renal terminal. Usualmente se requiere solamente la ingestión de medicación inmunosupresora del nuevo órgano. Ahora bien, la disponibilidad del riñón está limitado primordialmente a la disponibilidad de un donante compatible con el receptor a nivel inmunológico. Es importante reseñar que incluso en el caso del trasplante con éxito, el receptor puede rechazar el nuevo riñón inmediatamente o a medio plazo, con lo que el enfermo debe regresar a la diálisis. En los últimos años, parece que con la ciclosporina se ha incrementado la tasa de trasplantes con éxito aunque los efectos de esta medicación a largo plazo son poco conocidos. En la actualidad, todavía existe una fuerte polémica entre nefrólogos y cirujanos renales acerca de la ventaja de un tipo de tratamiento sobre otro, no solamente por lo que se refiere a los efectos a corto plazo sino a medio y largo plazo.

Algunos graves problemas desde un punto de vista psicológico

Existe un acuerdo generalizado entre los profesionales en el sentido de que los tratamientos médicos existentes llevan consigo un considerable volumen de estrés para el enfermo: incertidumbre sobre la supervivencia, dependencia casi diaria de una tecnología médica, limitaciones económicas, situación de diálisis que impresiona (aparatos, contemplación de sangre en circuito externo), capacidad de reproducción limitada tanto en hombres como en mujeres, tal y como se comentará más adelante, graves restricciones dietéticas y variados efectos iatrogénicos de medicación. Pese a ello, también se está de acuerdo en que el enfermo con enfermedad renal terminal tiende a adaptarse de forma relativamente satisfactoria a los estresores que conlleva el tratamiento.

En los trabajos publicados se insiste, fundamentalmente, en los fenómenos de

depresión, anemia y alteraciones sexuales. En parte de estos problemas, al menos, pueden darse confusiones metodológicas graves en la bibliografía existente. Así, por ejemplo, cabe pensar que se den algunas confusiones entre los síntomas médicos y los psicosociales (algunos componentes de los síntomas urémicos de los enfermos con enfermedad renal terminal son componentes de la respuesta psicosocial al sufrimiento y que incluyen apatía, incapacidad de concentración, fatiga, anorexia y pérdida de peso, disminución en actividad y deseo sexual y alteraciones del sueño). No cabe duda de que sea cualesquiera la causa, la aparición de sintomatología depresiva se encuentra presente, aunque en opinión de algunos trabajos recientes sobre el tema, con una sensibilidad más científico-objetiva "la depresión se encuentra, probablemente, entre las perturbaciones no renales que se confunden con mayor frecuencia con el síndrome urémico debido a la sustancial solapación de síntomas" (Binik et al., 1989, p. 309).

Los enfermos tratados con diálisis, por otra parte, están sometidos a fuertes regímenes medicamentosos con efectos sobre la estructura personal y funcionamiento psicosocial del paciente escasamente conocidos. Así, por ejemplo, se ha sugerido que los inmunopresores poseen un efecto potente sobre los niveles humorales, con lo que, indirectamente actuarían sobre la personalidad y vida emocional del paciente. Y, desgraciadamente, no existen datos provenientes de estudios controlados respecto a los efectos de esta medicación sobre qué tipo y/o parcela de enfermos/cualidades psicológicas de estos enfermos. La restricción de ingesta de proteínas así como de líquidos supone carencias a medio plazo de sodio y potasio (el fracaso en seguir las instrucciones, por otra parte, puede llevar a debilidad, náuseas, problemas cardiovasculares e incluso la muerte); por otro lado, la medicación que lleva fosfatos se prescribe para prevenir incrementos peligrosos en fósforo sérico, disminución en calcio sérico, hiperparatiroidismo secundario y enfermedades metabólicas del hueso, lo que no siempre se logra. La diálisis peritoneal continua exige menor volumen de restricciones aunque parece que, en este caso, los pacientes siguen las instrucciones con menor fidelidad y existe el peligro secundario de infecciones. En los trasplantes se prescribe medicación inmunodepresora que lleva aparejada, asimismo, una serie de restricciones; restricciones que, como en el caso anterior, no suelen ser seguidas fielmente por los enfermos. Desgraciadamente no se conocen ni los factores de personalidad que determinan este seguimiento de instrucciones ni las cualidades psicológicas que determinan la adherencia a las prescripciones médicas, ni, finalmente, los tipos de determinantes psicológicos sobre la adecuación-bondad de cada tipo de tratamiento y sus efectos.

Por otra parte, en pacientes con fracaso renal crónico se observan algunos rasgos de disfunción sexual: inferioridad, disminución en deseo sexual, atrofia testicular y espermatogénesis defectuosa (Campese y Liu, 1990). El análisis del fluido espermático muestra, con frecuencia, un bajo número de espermatozoides,

reducción de motilidad espermática y alto porcentaje de muerte de espermatozoides; la disminución en potencia sexual es muy frecuente y empeora con el tiempo pese al tratamiento de hemodiálisis. Resultados de entrevistas con pacientes indica que entre un 38 y un 80 por cien de pacientes (dependiendo del estudio) confiesa una disminución en potencia sexual y entre un 20 y un 60% de pacientes confiesa una impotencia eréctil completa. Se encuentran en discusión las razones de estos hechos. Entre las razones aducidas se encuentran las alteraciones endocrinas, anormalidades neurológicas, alteraciones vasculares, anormalidad en el metabolismo del cinc (deficiencias en cinc que pueden promover una disfunción gonadal), efectos secundarios de medicinas psicotrópicas (fundamentalmente antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa, carbonato de litio y tranquilizantes menores).

Entre los antihipertensores que pueden ser responsables de esta disminución en potencia y deseo sexual se encuentran la guanitidina, la reserpina, la fenoxibenzamina, la clonidina, la alfa-metildopa, los betabloqueantes, los agentes bloqueantes de los ganglios, la espirinolactona y distintos diuréticos. Otros compuestos que pueden promover alteraciones en la erección son el clofibrato, la cimetidina, la heroína, la metadona, la metaantelina, la digoxina y otros agentes terapéuticos químicos. Asimismo se percibe la aparición de anemia como manifestación más frecuente en las uremias, anemia que es posible corregir con eritropoyetina y, con ello, recuperar la actividad sexual en todo o en parte. De todas maneras no se conocen los concomitantes-determinantes de los efectos de estos fármacos y qué tipos de acción diferencial poseen sobre las personas.

En las mujeres con este tipo de enfermedad, la incidencia de reglas normales es menor al 10% (en el caso de ser premonopáusicas); más del 50% de las enfermas sufren de amenorrea y el resto presentan irregularidades en la secreción de flujo vaginal. En mujeres con regla normal puede darse un embarazo aunque, pese a un tratamiento de diálisis adecuado, es muy raro que el embarazo llegue a término. Existen algunos datos, aunque pocos, sobre la conducta y/o satisfacción sexual en mujeres con fracaso renal. Parece que más de la mitad de mujeres muestran una gran dificultad en la actividad sexual e informan de una dificultad todavía mayor en alcanzar el orgasmo. Parece, además, que con la implantación del tratamiento de hemodiálisis en mujeres, el 80% informan de una reducción significativa de su deseo sexual. Desgraciadamente, de todo esto que se acaba de comentar, no existen trabajos sistemáticos ni tipos de tratamientos específicos psicológicos que especifiquen en concreto las intervenciones adecuadas en función de los concretos problemas renales que poseen.

Tal como puede verse, el mundo del paciente con enfermedad renal terminal representará un país psicológico apenas oteado. El impacto sobre las relaciones familiares y de amistad, el mundo del trabajo, determinantes y concomitantes de medicación, etc. se presentan como regiones ignotas que deberían comenzarse a

investigar. Dado el enorme volumen de desconocimientos sobre el tema no resulta viable siquiera ofrecer un panorama general dadas las complejas implicaciones que cada parcela de alteración lleva consigo. Lo que sigue representa un escorzo en el que presentaremos datos diferenciales referidos al enfermo renal terminal junto a otros tipos de enfermos crónicos, con distinto grado de gravedad, nivel de conciencia de sintomatología y régimen medicamentoso; sabemos que todo ello representa otras fuentes de variabilidad que deberían ser tomadas en consideración pero, en ausencia de datos al respecto, ofreceremos resultados procedentes de nuestra investigación y que representan hitos a tomar en cuenta para posteriores análisis y discusiones⁹.

UN PRIMER ACERCAMIENTO A LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL DEL ENFERMO CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

En la primera parte de esta intervención se ha hecho referencia a un modelo integrador de dimensiones de personalidad y estrategias de afrontamiento. En ambos casos, la mayoría de datos existentes corresponden, o bien a personas "normales" (usualmente estudiantes de psicología de universidades estadounidenses), o bien a muestras de pacientes con psicopatología clara y que han sido muestreados precisamente debido a esta psicopatología (depresión y ansiedad con mayor frecuencia). Los modelos teóricos asentados sobre estos datos, en el mejor de los casos, deberían ser sometidos a contrastación empírica antes de su aplicación a enfermos "físicos". Desgraciadamente no abundan los trabajos al respecto y, precisamente por ello, ha dado lugar a lo que hace ya unos años denominábamos la "personalidad del abecedario" (la A, B, C, D...) cuya entidad científica deja mucho que desear posiblemente debido a una deficiente comprensión de lo que significa "psicología profesional". De ahí, que consideremos necesario explicitar los objetivos que perseguimos en esta última parte de nuestra intervención.

Los objetivos de esta intervención

(i). Ofrecer resultados con la aplicación de instrumentación de personalidad frecuente en poblaciones no enfermas (cuestionarios de personalidad y de motivación).

(ii). Intentar acercarnos al modo de estructurar las estrategias de afrontamiento por parte de los enfermos crónicos (dentro de los cuales se encuentran los renales terminales).

(iii). Ofrecer resultados respecto a la posible estructura personal de personalidad y estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos.

(iv). Ofrecer resultados respecto a las posibles diferencias que en los factores de estrategias de afrontamiento y de rasgos de personalidad existan, utilizando como grupos criterios distintos tipos de enfermedades crónicas, con distinto nivel de gravedad de síntomas, así como de diferente nivel de conciencia en el caso de la sintomatología que se registra.

Bien entendido, por lo demás, que se trata de un primer acercamiento que puede ofrecer más un cúmulo de hipótesis que de resultados ya consolidados y en firme, puesto que las muestras son todavía escasas. Dado este nivel sugerencial insistiremos menos de lo que acostumbramos en la descripción de las personas que han participado y no se modularán los resultados en función de distintos criterios tal y como resulta usual en nuestro procedimiento de análisis. Baste con decir que se trata de un total de 226 enfermos, de los que 60 se encuentran en hemodiálisis hospitalaria (existe un grupo reducido de diálisis peritoneal pero su número no aconseja introducirlos en este trabajo); 30 son transplantados con éxito; 48 sufren de distintas alteraciones renales (nefropatías de índole distinta, litiasis, etc.); 60 hipertensos y 24 diabéticos. Todos ellos adultos y con el anterior como diagnóstico principal, sin alteraciones subsiguientes más graves. La mayoría son hombres en una relación aproximada de 2/1 y con un nivel cultural muy escaso. Todos ellos enfermos acogidos al régimen de la Seguridad Social y viviendo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Todos estos enfermos fueron previamente elegidos en función de criterios diagnósticos médicos y se tomó contacto con ellos en los respectivos servicios asistenciales. Después del primer contacto se pasó a la cumplimentación de pruebas (en el caso de aceptación) en el domicilio de los enfermos y con cita previa. Todas las pruebas fueron cumplimentadas de forma individual y tipo entrevista en el caso de que los enfermos tuviesen problemas en leer y escribir. Fueron necesarias cuatro sesiones como media, de unas cinco horas para la cumplimentación de todas las pruebas (menos en el caso de las que aquí presentaremos resultados) entre las que se encontraban entrevistas semiestructuradas acerca de la enfermedad en concreto (que era un poco distinta en el caso de diabetes, hipertensión y patología renal), una larga entrevista sobre calidad de vida y unos cuestionarios de personalidad y de estrategias de afrontamiento. En el presente trabajo nos vamos a ocupar de una parte de cuestionarios de personalidad. Un cuadro resumen acerca de estos cuestionarios así como un pequeño inventario acerca de los factores que los componen y han sido utilizados aquí, se encuentran en el cuadro número 1 que pasamos a comentar brevemente.

En primer lugar, el *cuestionario sobre estrategias de afrontamiento actuales*. Se trata de un cuestionario de 82 elementos, con cuatro alternativas de respuesta respecto a estrategias de afrontamiento que está utilizando el enfermo en la actualidad que incorpora el instrumento de Lazarus y Folkman al que se le han añadido una serie de elementos que se consideraban importantes y se han

reformulado otros con el fin de adaptarlos a las necesidades actuales. Más adelante se expondrá la composición factorial así como el procedimiento empleado para su validación.

Por lo que se refiere a las *dimensiones básicas de personalidad* se han cumplimentado dos cuestionarios. El de *extraversión social y neuroticismo*, que incorpora las dos dimensiones básicas de Eysenck y que se han incorporado definitivamente, al parecer, a la estructura básica de personalidad formando parte de los cinco factores defendidos por la mayoría de los autores. El cuestionario de *rigidez*, por otra parte, aísla tres factores comprometidos fundamentalmente con el mundo laboral y el mundo social: un factor de *autoexigencia rígida en el trabajo*, aunado con detallismo, en el que se evalúa una hipervaloración del trabajo y de los detalles (preferencia por la simetría y la realización de trabajos de detalle en lugar de tareas de planificación); otro factor que denominamos *sobreesfuerzo personal y actitud de élite* cuyos contenidos llaman a una hipervaloración del esfuerzo para el logro de metas en la vida y, a la vez, la verbalización de un sentimiento de élite social y/o pertenencia al cuerpo de los "elegidos". El tercer factor representa una actitud de sobrevaloración de los primeros principios o principios básicos que sostienen el sistema social entendido en el sentido de un sistema productivo jerarquizado y con especialización de funciones (por ejemplo: hay que trabajar más antes de pedir incrementos de salario), por ello lo hemos denominado *principalismo*.

El último bloque de factores de personalidad lo componen los tres cuestionarios motivacionales. Puede parecer, en principio, que la situación del *locus de control* como un núcleo motivacional que dentro del modelo de parámetros posee un grado de consolidación y de generalización intermedio, resulte un poco extraño. Sin embargo esta ha sido la hipótesis de base en la construcción del cuestionario desde el comienzo (Pelechano y Báguena, 1983) y los tres factores empleados en esta ocasión cumplen la condición original¹⁰: el factor que denominamos de *fatum externo* se refiere a la creencia de que existen leyes que rigen las relaciones personales pero que son ignotas y funcionan de manera independiente de las acciones de las personas (de ahí el *fatum*, el destino ciego, al margen del *esfuerzo de las personas*); el segundo factor es el de *atribución de exculpación personal en los fracasos sociales* y, a la vez, autoatribución de mérito personal en éxitos; el tercer factor, claramente interno es el de creencia en la *auto-responsabilidad en las relaciones personales*, defendiendo la idea de que los éxitos y los fracasos personales dependen de la propia acción personal y no de lo que piensen o crean los demás.

Este cuestionario puede situarse, además, en el polo de la motivación realista para la acción en el caso de las relaciones personales. Otro cuestionario, el MAE, muestrea otros factores que se refieren, fundamentalmente, a la motivación realista dentro del mundo socio-laboral. Con 72 ítems se evalúan seis factores: la tendencia a sobrecarga en el trabajo se refiere a la tendencia a llevarse trabajo para realizarlo fuera del horario estrictamente laboral puesto que, en principio, nada

escaparía a ese horario laboral; teóricamente y en poblaciones normales, se trata de un factor favorecedor del rendimiento en trabajos de vida diaria y no al principio de la actividad sino ya cuando ésta se encuentra en ejercicio: las previsiones con relación al presente trabajo en el que hay muchas personas que se encuentran en situación de paro o de baja laboral definitiva no está clara y estos factores pueden encontrarse desplazados hacia estrategias de rememoración y/o imágenes ideales del funcionamiento laboral de la persona que cumplimenta la prueba. El segundo factor lo denominamos *indiferencia laboral* que suele ir acompañado con una búsqueda de recompensa concreta (ganar más para trabajar más; no trabajar más allá de lo que se pide); se trata de un factor teóricamente perturbador del rendimiento en grupos normales y favorecedor en el caso de grupos creativos y trabajos de innovación. El tercer factor es identificado como *autoexigencia en el trabajo* y se refiere a un factor teóricamente favorecedor del rendimiento en poblaciones normales y que indica una alta exigencia personal en el cumplimiento de las obligaciones laborales y responsabilidad en la toma de decisiones. El cuarto factor representa una *motivación general positiva hacia la acción*: las personas que puntúan alto en esta dimensión tienden a ser difíciles de relajar, no disfrutar de vacaciones con tranquilidad y tienden a aburrirse cuando “no se hace nada”. Asimismo se trata de un factor teóricamente favorecedor del rendimiento laboral. El quinto factor es un componente de ansiedad y se refiere a una *reacción de inhibición en situaciones de estrés*: esta dimensión evalúa la típica reacción de retraimiento y colapso comportamental en situaciones de estrés o de trabajo bajo presión y, por lo tanto, resulta un factor perturbador del rendimiento. El sexto factor de este cuestionario se denomina *superación en situaciones de estrés* y recoge la idea de que hay personas que tienden a superarse y a reaccionar mejor en situaciones de presión física y social que en situaciones “cotidianas” y, en este sentido, parece un factor facilitador del rendimiento. Al igual que hemos hecho más arriba, hay que recordar que hipótesis concretas respecto a estos factores no se han hecho en poblaciones de enfermos físicos crónicos. Dado que la mayoría de estos factores son teóricamente relevantes para la conceptualización del denominado patrón de conducta tipo A, cabría pensar que el grupo de hipertensos debería presentar mayor puntuación en los factores teóricamente favorecedores del rendimiento aunque, en opinión del autor de estas líneas la hipótesis resulta demasiado ingenua como para que tenga una cumplimentación precisa.

El tercer cuestionario de este bloque motivacional muestrea dos factores correspondientes a la motivación fantasiosa y extrema. Son factores que, por la extremosidad de su enunciado deberían tener una puntuación de cero y, de hecho, se obtienen puntuaciones muy bajas en poblaciones normales y social y personalmente integradas. El primer factor se denomina *valoración extremada de uno(a) mismo(a)* en la medida en que se trata de ítems que reflejan una imagen extremadamente positiva de uno(a) mismo(a), una autoestima positiva extremada.

El segundo factor lo identificamos como *valoración extremada del mundo laboral* en la medida en que se trata de elementos en los que se defiende a ultranza el trabajo que se esté haciendo y se supone que es el más esencial (o uno de los más esenciales) para el funcionamiento social actual. Estos dos factores, son criterios de personalidad intensivos y suelen presentar relaciones más estrechas con rigidez que los correspondientes a la motivación para el rendimiento; debido a los componentes afectivos fantasiosos sobre el sí mismo, se han encontrado asimismo relaciones con neuroticismo y distintas escalas de ansiedad. Tienden a ser perturbadores con trabajos creativos y facilitadores con puntuaciones bajas y trabajos de corte más rutinario.

Veamos una muestra de resultados relevantes alcanzados con estos instrumentos.

CUADRO Nº 1.- Relación de instrumentos y factores empleados en los estudios diferenciales en este trabajo

1. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Nuevo, se estudiará la composición factorial y su poder diferencial

2. DIMENSIONES BASICAS DE PERSONALIDAD

- 2.1. *Cuestionario de extraversión y neuroticismo* (2 factores: extraversión social y neuroticismo)
- 2.2. *Cuestionario de rigidez* (3 factores: autoexigencia rígida en el trabajo, sobreesfuerzo personal y actitud de élite y principalismo social)

3. FACTORES MOTIVACIONALES

- 3.1. *Cuestionario MAE de motivación realista para el rendimiento* (6 factores: tendencia a sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral, autoexigencia en el trabajo, motivación general positiva hacia la acción, reacción de inhibición en situaciones de estrés, reacción de superación en situaciones de estrés)
- 3.2. *Cuestionario EM de motivación fantasiosa y extremada* (2 factores: valoración extremada de uno mismo y valoración extremada del trabajo que uno realiza)
- 3.3. *Cuestionario LUCAM de locus de control para adultos* (parte y con 3 factores: creencia en un fatum externo, autodisciplina en los fracasos sociales y auto-responsabilidad en relaciones personales)

Estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos adultos

En primer lugar nos ocuparemos en la presentación de la nueva prueba de estrategias de afrontamiento y en apresar su estructura factorial, que viene a representar la manera común en la que los enfermos crónicos adultos organizan la información de modo sistemático y coherente dentro de su situación. A continuación, se darán algunos resultados acerca del poder diferencial entre grupos de los factores aislados.

Estructura factorial. Las respuestas han sido calificadas de 0 a 3 (0 = en absoluto, de ninguna manera; 1 = en alguna medida, ligeramente de acuerdo; 2 = bastante o bastante de acuerdo y 3 = en gran medida) y los resultados obtenidos han sido sometidos a análisis factorial (rotación oblicua a partir de factores principales sin iteraciones, con el paquete SPSS). Se obtuvo un total de 22 factores con un valor propio igual o superior a 1; 11 factores tenían un valor propio superior a 1,5. A la vista de estos resultados se sugirió una nueva estrategia de análisis. En primer lugar, seleccionar aquellos items que poseían una saturación igual o mayor a 0,30 en algún factor. En segundo lugar, si tenían una saturación de esta cuantía en más de un factor, se elegía solamente (y se señalaba) en aquel factor que presentaba la saturación de mayor cuantía en valor absoluto. En tercer lugar, una vez marcados de esta manera todos los items, se elegían los factores que presentaban, al menos, tres items. Esta estrategia dio lugar a 14 factores de primer orden con un número de items que variaban entre 3 y 16. Los resultados así obtenidos fueron de nuevo sometidos a análisis factorial utilizando como puntuaciones, las obtenidas en cada uno de los 14 factores. Se pidió una rotación varimax y los resultados correspondientes se encuentran en el cuadro número 2.

En el cuadro se encuentra la denominación provisional de los 14 factores de primer orden, los pesos factoriales iguales o mayores a 0,40 (criterio de selección empleado en esta segunda factorización), la comunalidad, valor propio de cada factor y el porcentaje de varianza total explicada por cada uno de los tres factores de segundo orden obtenidos.

El *primero* está compuesto por un total de 33 items en el que los factores de primer orden que lo forman son los siguientes: continuidad en las actividades de vida y replanteamiento vital (“No permito que la enfermedad me venza; sigo mi vida normal”), búsqueda de información y replanteamiento del sentido de la vida (“Voy al médico para saber a qué atenerme”, “Han cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y no vale en la vida”); planificación de actividades y maduración personal (“Estoy cambiando, creo que he madurado como persona”; “Hago lo posible para que se arreglen los problemas que tengo con mi familia y amigos”); búsqueda de consuelo religioso (“Pienso que solamente Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia”); disfrute y fruición de la vida (“Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella”); intento de contemplar

la vida personal como un "espectador" en un afán de objetividad y distanciamiento ("Intento verme 'desde fuera', como lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas"). Tentativamente hemos denominado a este primer factor, en toda su complejidad, como *cotidianeidad con búsqueda activa de información y anclajes socioculturales*.

CUADRO Nº 2.- Resultados del análisis factorial de segundo orden del cuestionario de estrategias de afrontamiento con enfermos físicos (N = 226). Varimax sobre factores principales sin iteración. La explicación en el texto

FACTORES	I	II	III	h ²
1. Fracaso emocional y desesperanza	--	83	--	71
2. Búsqueda de información y replanteamiento de sentido de la vida	74	--	--	59
3. Continuidad en actividades de vida y replanteamiento vital	84	--	--	72
4. Planificación de actividades y maduración personal	75	--	--	72
5. Apelación a la religión	50	--	--	37
6. Disfrute y fruición por la vida	78	--	--	65
7. Intento de contemplar como "espectador"	67	--	--	61
8. Búsqueda de confirmación y autocrítica	--	50	--	41
9. Autocrítica y recelo de médicos	--	65	--	49
10. Encapsulamiento del problema con actitud ambivalente hacia la familia	--	--	53	39
11. Autoengaño e irritabilidad	--	68	--	62
12. Inculpación a familia y ganas de "hacer lo prohibido"	--	--	80	68
13. Adherencia a actividad como escape/negación	--	58	45	60
14. Devaluación de enfermedad (negación aminorada)	--	--	66	48

Valor propio	5.48	1.47	1.10	
% de varianza	39.2	10.5	7.8	

NOTA: En el cuadro se han omitido los ceros y la coma decimal en las saturaciones y comunalidades. Las variables que se identifican en el cuadro corresponden a la denominación provisional de los factores de primer orden.

El *segundo factor* está compuesto por un total de 26 elementos (tres de ellos comunes al tercer factor) y se encuentra formado por los siguientes factores de primer orden: fracaso emocional y desesperanza (“Me desespero y lloro solo”, “Desde que lo sé no puedo dormir, aunque no digo lo que pasa”), búsqueda de confirmación y autocrítica (“Después de ir al ambulatorio visito a otro médico”; “Me critico porque creo que tengo parte de culpa”); autocrítica y recelo de los médicos (“Pienso que soy el principal responsable del problema”, “Confío en que lo que me dicen no sea verdad; lo mío no puede ser eso”); autoengaño e irritabilidad (“Me siento más irritable que de costumbre y lo pagan los que están más cerca”; “Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los médicos siempre tienden a exagerar”) y adherencias a la actividad como escape/negación (“Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada”). Lo hemos denominado *autovaloración crítica de la vida con autoengaño y recelo*.

El *tercer factor* se encuentra muestreado por 12 ítems (3 de ellos comunes con el segundo factor). Se encuentra formado por los factores de primer orden siguientes: encapsulamiento del problema con actitud ambivalente hacia la familia (“Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a la familia”), inculpación a la familia y ganas de hacer “lo prohibido” (“Pienso, más de una vez, que la culpa la tiene mi familia y los disgustos que me dan”; “Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...)”) y devaluación de la enfermedad o negación aminorada (“Pienso que los médicos se han equivocado; eso no puede pasarme a mí”, “Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece”).

Esta estructura recuerda, de alguna manera, los factores sugeridos por Lazarus y Folkman después de un análisis racional de estrategias orientadas a problema, orientadas a emoción y no-clasificables, pero no pueden reducirse a ellas. Análisis del problema y expresión emocional se encuentran entremezcladas en esta muestra española y no es posible hacer una clara diferenciación en este sentido.

En suma: tres factores de segundo orden, complejos aunque con honda significación psicológica a los que hemos denominado como cotidianeidad con búsqueda de información y anclajes socioculturales, autovaloración crítica de la vida con autoengaño y recelo de los médicos y un tercer factor de inculpación familiar con una huída hacia adelante (negación).

En el cuadro número 3 se presentan los coeficientes de consistencia interna de estos tres factores, teniendo presente que, como unidad de análisis, se ha empleado la puntuación en el factor de primer orden y no en cada uno de los ítems que componen, a la postre, el factor.

Los coeficientes obtenidos, siguiendo el procedimiento que acaba de mencionarse son satisfactorios, oscilando entre 0,58 y 0,86, lo que sugiere, dada la enorme heterogeneidad de contenidos en cada uno de los ítems que se trata de factores con una notable generalización trans-situacional, por lo que se refiere a conducta

verbal. Si estos coeficientes se complementaran con unos altos coeficientes de estabilidad nos encontraríamos ante factores muy consolidados los dos primeros y un tercero de consolidación-generalización intermedia. La respuesta a estas cuestiones debe esperar a la realización de otros trabajos empíricos.

CUADRO Nº 3.- Coeficientes de consistencia interna de los tres factores de afrontamiento de segundo orden (N = 226). Alfa de Cronbach

FACTOR	Nº items	Alfa
1. Cotidianeidad con búsqueda activa de información y anclajes socioculturales	33	0.88
2. Autovaloración crítica, autoengaño y recelo de médicos	26	0.78
3. Inculpación familiar y huida hacia adelante	12	0.58

NOTA: Los coeficientes alfa se han calculado asumiendo como unidad de ítem el factor de primer orden y no los elementos componentes de cada uno de los factores. En este sentido es en el que habría que decir que la estimación de estos coeficientes de consistencia interna es muy estricta y un poco menor a la que se obtendría en el caso de contar con las respuestas aisladas de los ítems.

Resultados diferenciales. Un primer tipo de análisis después de la delimitación de la estructura factorial ha consistido en la realización de los estudios diferenciales bivariados en los grupos criterio de enfermos crónicos y empleando como variables dependientes las puntuaciones en los tres factores.

Por lo que se refiere a *diálisis*, frente al grupo de nefropatías diversas, aquéllos tienden a emplear más que éstos estrategias de *cotidianeidad con búsqueda activa de información* ($F, p < 0,04$); los enfermos dializados frente a los trasplantados con éxito muestran una mayor *autovaloración crítica de la vida, autoengaño y recelo médico* ($F, p < 0,08$) y mayor *inculpación familiar y huida hacia adelante* ($F, p < 0,05$); frente a los hipertensos, los enfermos dializados poseen puntuaciones significativamente más altas en dos de los tres factores (*cotidianeidad y autovaloración crítica de la vida*, con $p < 0,09$ y $p < 0,007$ respectivamente).

El grupo de *distintas nefropatías* se diferencia significativamente del grupo de trasplantados en el factor de *cotidianeidad* ($F, p < 0,001$), no se detecta ninguna diferencia con el grupo de diabéticos y presenta puntuaciones significativamente más altas que los hipertensos en la *autovaloración crítica de la vida* ($F, p < 0,03$).

Esta *autovaloración crítica de la vida* es la principal fuente de variabilidad entre

los grupos de hipertensos y diabéticos (más los diabéticos, $F, p < 0,07$) y entre hipertensos y trasplantados (más los hipertensos, $F, p < 0,07$). Este mismo factor junto con el de inculpción familiar son las distinciones significativas entre el grupo de trasplantados y el de diabéticos, siempre con puntuaciones más altas en el caso de estos últimos.

En resumen, las comparaciones realizadas sugieren que los tres factores de segundo orden aislados poseen poder de diferenciación entre los grupos-criterio que han participado en este estudio si bien con una potencia discriminadora no muy fuerte ni igual para todos. Parece que el factor con mayor capacidad de diferenciación entre grupos es el de *autovaloración crítica de la vida, autoengaño y recelo*, que tiende a presentar mayores puntuaciones cuanto mayor volumen de sintomatología y efectos colaterales de medicación tienden a sufrir los enfermos. El sufrimiento y la dependencia de la máquina de diálisis, junto a las considerables restricciones y cambio en régimen de vida parecen ir acompañadas de un tipo de estrategia de afrontamiento en la que predomina un modo de pensar más crítico y desapacible para con uno mismo y los demás, mayor recelo acerca de la bondad del equipo médico y maniobras de autoengaño. Veamos qué ocurre cuando se toman en consideración, a la vez, todas las variables arriba mencionadas.

El valor de diferenciación de unos rasgos de personalidad en conjunción con estrategias de afrontamiento.

Con el fin de apuntar algunos resultados sobre la psicología diferencial del enfermo crónico, hemos aplicado el análisis múltiple discriminante paso a paso (método de Rao, con inclusión de la V de Rao y la λ de Wilks) utilizando como predictores las puntuaciones en cada uno de los factores de los cuestionarios de personalidad y estrategias de afrontamiento. Nos ha interesado, en especial, el problema de los enfermos renales terminales (diálisis), por lo que, sobre ellos se ha focalizado el mayor número de cálculos. En el cuadro número 4 se encuentran los resúmenes de cuatro análisis discriminantes.

En el cuadro, la identificación de los grupos criterio, el nivel de significación de la función canónica discriminante, el valor de la correlación canónica y el porcentaje de clasificaciones correctas. Con el fin de acercarse a los contenidos diferenciales, se ha incluido un listado, ordenado de mayor a menor, de las variables que diferencian de manera significativa (en el cuadro, la inclusión de la categoría "complementario" significa que estas variables no alcanzan un nivel de significación usual en los estadísticos ($p < 0,05$) pero que forman parte, asimismo, de la función discriminante). Los signos positivo y negativo indican puntuación significativa mayor o menor del grupo que se expresa, usualmente diálisis y/o nefropatías diversas.

CUADRO Nº 4.- Resumen de resultados diferenciales multivariados (análisis múltiple discriminante) entre enfermos renales terminales y otros grupos criterio. La explicación en el texto

1. DIALISIS (N = 60) FRENTE A DISTINTAS NEFROPATIAS (N = 48)

Una función discriminante $p < 0,008$. Correlación canónica de 0,41 y 65,4% de clasificaciones correctas.

Variables discriminantes por orden de importancia y puntuación cualitativa de grupo de diálisis:

- | | |
|--|---|
| 1. Motivación positiva hacia la acción | + |
| 2. Principialismo e hipertrofia en cumplimiento de deber | + |
| 3. Valoración extremada del trabajo | - |
| 4. Autovaloración rígida del trabajo | + |
| 5. Cotidianidad con búsqueda de información | - |

2. DIALISIS (N = 60) FRENTE A TRASPLANTADOS CON EXITO (N = 30)

Una función discriminante $p < 0,007$. Correlación canónica de 0,46 y 74,4% de clasificaciones correctas.

Variables discriminantes por orden de importancia y puntuación cualitativa de grupo de diálisis:

- | | |
|---|---|
| 1. Autovaloración crítica de uno mismo, la vida con autoengaño y recelo | - |
| 2. Indiferencia laboral | + |
| 3. Motivación general positiva hacia la acción | - |
| 4. Valoración extremada del trabajo que uno realiza | + |
| 5. Cotidianidad con búsqueda activa de información y anclajes socioculturales | - |

- | | | |
|-----------------|---|-----|
| Complementario: | tendencia a sobrecarga en el trabajo | (+) |
| | autovaloración extremada de uno mismo | (+) |
| | reacción de superación en situaciones de estrés | (+) |
| | autoexigencia laboral | (-) |
| | disculpación en fracasos personales | (+) |

(CONTINUACION CUADRO NUMERO 4)

3. DIALISIS (N = 60) FRENTE A HIPERTENSOS (N = 60)

Una función discriminante $p < 0,0003$. Correlación canónica de 0,48 y 73,3% de clasificaciones correctas.

Variables discriminantes por orden de importancia y puntuación cualitativa de grupo de diálisis:

- | | |
|---|---|
| 1. Autovaloración crítica de uno mismo, de la vida, con autoengaño y recelo | - |
| 2. Valoración extremada de uno mismo | - |
| 3. Autoexigencia laboral | + |
| 4. Neuroticismo | + |
| 5. Inculpación familiar y huida hacia adelante | + |

Complementario:	principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber	(-)
	sobreesfuerzo personal y actitud de élite	(+)
	actitud de superación en situaciones de estrés	(-)

4. ENFERMOS RENALES (DIALISIS Y DISTINTAS NEFROPATIAS (N = 108) FRENTE A HIPERTENSOS

Una función discriminante $p < 0,00009$. Correlación canónica de 0,47 y 73,2% de clasificaciones correctas.

Variables discriminantes por orden de importancia y puntuación cualitativa de enfermos renales:

- | | |
|--|---|
| 1. Autoexigencia laboral | - |
| 2. Valoración extremada del trabajo que uno realiza | - |
| 3. Reacción de inhibición en situaciones de estrés | + |
| 4. Autovaloración crítica, de la vida, con engaño y recelo | - |
| 5. Inculpación familiar, huida hacia adelante | + |
| 6. Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo | + |

Complementario:	indiferencia laboral	(-)
	principalismo e hipertrofia en el cumplimiento del deber	(-)
	fatum en relaciones personales	(+)

En el *primer análisis* se ha comparado el grupo de diálisis frente al de nefropatías diversas y se ha encontrado una función discriminante que, a pesar de su significación estadística, no presenta apenas capacidad de predicción (64,5% de clasificaciones correctas). Los enfermos de diálisis frente a los de distintas nefropatías se presentan, desde aquí, como con mayor motivación positiva hacia la acción, mayor principalismo social, muestran una valoración menos fantasiosa del mundo laboral y mayor puntuación en el factor de rigidez de hiper-valoración del trabajo y un factor de estrategias de afrontamiento presenta valor diferencial, aunque escaso: la cotidianeidad con búsqueda de información. Hay que recordar que, de todos los análisis realizados, la diferenciación entre grupos es, aquí, la menor.

El *segundo análisis discriminante* compara a los enfermos que están sometidos a diálisis con los transplantados con éxito. La función discriminante es aquí significativa ($p < 0,007$) y casi tres cuartas partes de enfermos se clasifican correctamente con esta función. De la función forman parte dos de los tres factores de estrategias de afrontamiento (el de mayor poder diferencial, la autovaloración crítica de uno mismo y la cotidianeidad). Frente a los transplantados con éxito, los enfermos sometidos a diálisis muestran una autovaloración crítica de uno mismo y recelo menor, mayor indiferencia hacia el mundo del trabajo, una menor motivación general positiva hacia la acción, con mayor valoración extremada del trabajo que uno realiza y menor cotidianeidad y búsqueda activa de información. Junto a ello, mayor tendencia a sobrecarga de trabajo, mayor autovaloración extremada de uno mismo, mayor superación en situaciones de estrés, menor autoexigencia laboral y mayor exculpación en relaciones personales. En la medida en que se suponga una homogeneidad lineal y se hipotetizara que se trata de dos momentos dentro de una misma evolución (diálisis = enfermedad renal terminal y transplantados con éxito = curación), ello implicaría que la realización de un trasplante con éxito llevaría consigo un cambio importante en la estructura personal del ser humano en el sentido de un mayor sentido de la realidad con menor extremosidad en la valoración de uno mismo y lo que realiza, más autovaloración crítica y mayor adscripción a las actividades de la vida cotidiana, como estrategias de afrontamiento. Al contrario, la pertenencia al grupo de enfermos renales terminales iría acompañada de un proceso inverso, posiblemente como "recurso" personal que ayude a tolerar mejor la situación de estrés y dependencia de la tecnología médica.

El *tercer análisis discriminante* compara los grupos de diálisis y de hipertensos. Los segundos asintomáticos, aunque sometidos a régimen de medicación antihipertensora diversa y diuréticos, con un régimen alimentario menos estricto. Cinco variables poseen valor de diferenciación estadísticamente significativo en la función discriminante ($p < 0,0003$). Los enfermos que se dializan, frente a los hipertensos, se presentan como menos críticos consigo mismos, menor autovaloración extremada, mayor autoexigencia laboral, mayor neuroticismo y mayor

inculpación familiar. Complementariamente aparece un menor principalismo, mayor sobreesfuerzo personal y actitud de élite y una menor superación en situaciones de estrés. En definitiva, los enfermos renales terminales tienden a presentar mayor volumen de sintomatología de ansiedad, menor autocrítica personal y una mayor motivación fantasiosa que contagia incluso a algunos factores de motivación realista. Esta función discriminante clasifica correctamente al 73,3% de enfermos en cada uno de sus respectivos grupos.

Para terminar, agrupamos todos los enfermos renales (diálisis y distintas nefropatías) y los comparamos con los hipertensos, con el fin de irse acercando a la posible existencia de una estructura personal diferenciada entre ambos grupos de enfermos crónicos. Los principales resultados se encuentran en el apartado 4 del cuadro número 4. Se ha aislado una función discriminante ($p < 0,00009$) que clasifica correctamente al 73,2% de los enfermos y que está compuesta por seis variables significativas que, de mayor a menor poder de diferenciación, son las siguientes: los enfermos renales muestran menor autoexigencia laboral, menor valoración extremada del trabajo que realizan, mayor reacción de inhibición en situaciones de estrés, menor valoración crítica de la propia vida, más inculpación familiar y mayor autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo. Complementariamente, una menor indiferencia laboral y principalismo con mayor puntuación en el factor de fatum en relaciones personales. En definitiva, parece que según estos resultados, los enfermos con hipertensión arterial mostrarían un patrón comportamental más activo en el mundo sociolaboral, con menor actividad fantasiosa y responsabilidad personal en la toma de decisiones y atribución causal de problemas físico-médicos, que los enfermos renales.

Importa reseñar aquí algunos comentarios que consideramos de interés: en *primer lugar* que los factores aislados correspondientes a las estrategias de afrontamiento tienden a desempeñar un papel relevante en la diferenciación entre grupos criterio de enfermos crónicos físicos; en *segundo lugar*, que los factores motivacionales desempeñan un papel muy relevante a la hora de poder diferenciar entre grupos de pacientes crónicos; en *tercer lugar*, que, de los factores básicos de personalidad, parecen ser más relevantes los de rigidez que los de extraversión y neuroticismo; en *cuarto lugar*, que los factores de locus de control seleccionados no parecen desempeñar, a este nivel un papel especialmente relevante, apareciendo con menor poder diferencial que los factores motivacionales (reales y fantasiosos) comprometidos con el mundo del trabajo; en *quinto lugar*, todo ello implica que el mundo socio-laboral desempeña un papel importante a la hora de estudiar la estructura de personalidad y que, por ello, deberían ser tenidos más en cuenta por los psicólogos preocupados y ocupados en problemas de psicología de la salud y en *sexto lugar*, que es posible la detección de diferencias psicológicas importantes entre grupos de enfermos crónicos y el valor funcional de estas diferencias puede sugerir modelos de intervención un tanto distintos a los habituales en el área.

Determinar el papel que desempeñan estas variables como causativas o como consecuencias de las alteraciones requiere tipos de trabajos distintos a los que estamos realizando nosotros, aunque los resultados presentados pueden abrir hipótesis a contrastar en este sentido.

La estructura factorial conjunta: rasgos y habilidades de personalidad

Lo que acaba de presentarse no quiere decir que estas variables sean las únicas responsables de las diferenciaciones; ni siquiera, que sean las únicas diferenciaciones posibles. Los resultados indican que, de todas las variables estudiadas, el poder diferencial se reparte de una manera muy específica entre ellas. Y, por el procedimiento de análisis empleado, la combinación que se ha obtenido en cada caso, representa aquélla que posee mayor capacidad de diferenciación entre los grupos (de entre todas las otras posibles). Con el fin de completar la información, presentamos, para terminar, la estructura factorial conjunta de las variables evaluadas en este trabajo para todos los grupos de enfermos crónicos. La estructura factorial (varimax sobre factores principales) se encuentra en el cuadro número 5, en donde se han incluido la carga factorial (mayor a 0,30), la comunalidad, valor propio y porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores.

Se han encontrado cuatro factores. El *primero* parece claramente de *rigidez y/o intensidad psicológica*, en el que saturan los factores del cuestionario de dimensiones básicas de rigidez laboral y social, la valoración extremada de uno mismo y del trabajo que se realiza y la motivación realista positiva hacia la acción y sobrecarga de trabajo, posee, asimismo, algún indicio de extraversión social.

El *segundo*, parece agrupar factores de primer orden comprometidos con *ansiedad que, en el caso de enfermos crónicos parece ir aparejado con locus de control*: neuroticismo, introversión social, inhibición ante estrés en factores intermedios, valoración crítica de la vida con recelo, autodisciplina en fracasos y creencia en fatum externo.

En el *tercer factor* saturan las estrategias de afrontamiento. Se trata de un factor de *maneras de enfrentarse a las situaciones de estrés y en el que predomina la adherencia a las situaciones de vida diaria junto a una inculpación a la familia sobre los problemas que uno tiene*, con indicios de valoración crítica de la vida, autoresponsabilidad en relaciones personales y principalismo social.

El *cuarto factor*, finalmente, es un factor de *autoexigencia laboral*, en el que se presentan indicios del factor de rigidez de autoexigencia rígida en el trabajo, negación de indiferencia laboral y principalismo.

En suma, parece que los cuatro núcleos significativos de personalidad tienden a presentarse agrupados con ellos mismos, con algunos entrecruzamientos. Esta estructura tiende a ser un tanto distinta a la que se obtiene en poblaciones

“normales”, sin afecciones crónicas que exijan dependencia o vigilancia médica. Pero, de esto, mejor tratar en otra ocasión con el fin de no alargar la ya larga intervención de hoy.

CUADRO Nº 5.- Análisis factorial conjunto de factores de afrontamiento y personalidad en enfermos físicos (N = 226). Varimax sobre factores principales.

Variables	I	II	III	IV	h ²
1. Cotidianidad y búsqueda activa de información y anclajes	--	--	80	--	71
2. Autovaloración crítica de la vida y recelo	--	52	61	--	67
3. Inculpación familiar y huida hacia adelante	--	--	72	--	58
4. Autoexigencia rígida en trabajo	46	--	--	54	61
5. Sobreesfuerzo personal y élite	66	--	--	--	57
6. Pricipialismo	49	--	42	40	60
7. Sobrecarga de trabajo	70	--	--	--	52
8. Indiferencia laboral	--	--	--	-67	54
9. Autoexigencia laboral	--	--	--	80	67
10. Motivación positiva hacia la acción	71	--	--	--	53
11. Reacción de inhibición ante estrés	--	78	--	--	66
12. Reacción de superación en situaciones de estrés	69	--	--	--	48
13. Valoración extremada de uno mismo	82	--	--	--	69
14. Valoración extremada del mundo del trabajo	62	--	--	--	65
15. Creencia en fatum externo	--	71	--	--	62
16. Autodisculpa en fracasos y autoatribución de éxitos	--	45	--	--	39
17. Auto-responsabilidad en relaciones interpersonales	43	--	52	--	49
18. Neuroticismo	--	80	--	--	67
19. Extraversión social	43	-66	--	--	65

Valor propio	5.83	2.64	1.57	1.29	
% varianza explicada	30.7	13.9	8.3	6.8	

NOTA: En el cuadro se han omitido los ceros y la coma decimal en las saturaciones y comunalidades.

UNA NOTA PRECAUTORIA FINAL

Conviene, antes de terminar, recoger el hilo argumental que nos ha servido como elemento conductor de esta intervención. Partimos de la reivindicación de una parte importante de la psicología de la salud, como parte importante, asimismo, de la psicología de la personalidad (al menos en sus aspectos individualizadores) y, dentro de la psicología de la personalidad hemos apuntado hacia el modelo de parámetros en el que las estrategias de afrontamiento se presentan como un bloque de elementos constitutivos que pertenecen a un área similar a la de las habilidades interpersonales y/o capacidades/aptitudes de personalidad. Esta afirmación que venimos defendiendo desde hace unos años, por otra parte, se está empezando a aceptar desde otras perspectivas de estudio, tal y como se ha demostrado en la revisión bibliográfica que hemos presentado.

Desde esta perspectiva hemos detectado algunas insuficiencias en el estudio sistemático de las alteraciones dentro de la psicología de la salud y, entre ellas, la denominada enfermedad renal terminal, que ha sido presentada en unas pinceladas demostrativas de su gravedad y del enorme estado de carencia de estudios que existe al respecto. Con el fin de ir paliando este estado de hechos hemos descrito la metodología y algunos de los resultados alcanzados en un proyecto más amplio que el que permiten explicar estas páginas y en el que se trataba de evidenciar algunas de las hipótesis formuladas respecto a la viabilidad, necesidad y posibilidad de generar una psicología diferencial del enfermo físico crónico. Las estrategias de afrontamiento han sido estructuradas en tres factores de segundo orden que, tomados de modo aislado, han ofrecido un patrón coherente de resultados diferenciales (con relación a diabéticos, patología renal diversa, hipertensión y transplantados renales). Cuando se aúnan estrategias de afrontamiento y factores de personalidad y motivación comprometidos con el mundo socio-laboral fundamentalmente y referidos a dos niveles (realista y fantasioso extremado), la aplicación del análisis múltiple discriminante ha descubierto agrupaciones empíricas de factores que poseen cierta justificación teórica y que diferencian considerablemente entre grupos de enfermos crónicos. Ello permitiría hablar de la posibilidad de ir aislando patrones de personalidad específicos para específicos tipos de síndromes, que permitieran ofrecer estilos y contenidos asistenciales asimismo diferenciados.

Bien entendido, por lo demás, que siendo los resultados especialmente gratificantes para el investigador y sugerentes de vías de acceso un tanto distintas a las usuales en el campo de la clínica psicológica, lo presentado hasta el momento representa solamente un punto de partida y ni el número ni la descripción de los participantes en este estudio permite entresacar conclusiones definitivas. Se trata, eso sí, de un punto de partida, interesante y con enormes sugerencias de mejora y de desarrollo, algunas de las cuales estamos siguiendo en estos momentos. Pero se

requiere un mayor control de las variables y un mayor número de participantes para extraer conclusiones que vayan más allá de las sugerencias. Es verdad que, en este campo, no suelen abundar los trabajos publicados que lleven consigo las exigencias y complejidad metodológica que nosotros estamos exigiéndonos a nosotros mismos. Pero creemos con firmeza que solamente con éstas es posible generar más y mejores datos de los que tenemos en la actualidad en un campo como el de la relación entre psicología de la salud y personalidad que promete tener unos firmes desarrollos en el futuro. Pero, para lograrlo, se requiere una creciente seriedad y rigor. Y en ello estamos.

NOTAS

1. El texto pertenece a un curso impartido el 21 de agosto de 1990 dentro del programa de los Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco, San Sebastián.

2. Este trabajo forma parte de un proyecto más ambicioso, en el que se ha comenzado a trabajar hace un año sobre Calidad de vida y personalidad del paciente con enfermedad renal terminal y que se encuentra subvencionado por el Gobierno Autónomo de Canarias. Los datos empíricos han sido posibles gracias a la inestimable colaboración del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Canarias dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna y del Servicio de Nefrología de la Residencia "Nuestra Señora de la Candelaria" de la Seguridad Social de Santa Cruz de Tenerife. Al personal facultativo y de enfermería de ambos servicios les damos desde aquí las gracias y esperamos que la colaboración llevada a cabo hasta ahora sea, en el futuro, todavía más estrecha.

3. Por parte de muchos autores se califica a las estrategias de afrontamiento (coping skills) como estrategias cognitivas incompatibles con una psicología de la personalidad. Se ha contrapuesto, por parte de otros, la "vieja" psicología de la personalidad (el estudio de las características-atributos de los individuos) con la "nueva" psicología de la personalidad (el estudio de las estrategias cognitivas). Tal y como se verá más adelante, estas exclusiones no se corresponden con la realidad de las cosas sino que, más bien, se complementan.

4. Por lo que se refiere a la conceptualización de las estrategias de afrontamiento, véase la siguiente afirmación: "Stress, anxiety and coping are enduring aspects of everyday life" (op. cit., p. 844). La durabilidad de la ansiedad y del afrontamiento puede hacer pensar ya en su integración dentro de un modelo "tradicional" de

personalidad. La idea, por otra parte, defendida por Lazarus de que las estrategias de afrontamiento son aspectos cambiantes y adaptables a la situación problema planteada parece, además, que no se corresponde con los datos conocidos (estilos de afrontamiento conectados incluso a determinados síndromes psicopatológicos). Nuestra propia conceptualización sugiere que existen aspectos de afrontamiento lábiles y modificables y otros que lo son menos, dentro de nuestro modelo de parámetros.

5. Desde hace ya unos años venimos diferenciando entre los isomorfismos funcionales dentro de los procesos psicológicos (entre los que se encontrarían tanto el conductismo skinneriano como los procesamientos de información en la medida en que suponen que los procesos psicológicos son los mismos al margen del tipo de problemas y material sobre el que estos procesos actúan y así, por ejemplo, se supone que los procesos psicológicos involucrados en la solución de los problemas de la física son los mismos que los que se encuentran comprometidos en la solución de los problemas interpersonales) y los heteromorfismos funcionales, que defienden una especificidad de procesos en función del tipo de problemas a resolver. El estudio y elaboración de las estrategias de afrontamiento, así como nuestra propia labor respecto a las denominadas "habilidades interpersonales" representan dos esfuerzos, independientes entre sí, en cuanto a origen concreto pero que poseen como objetivo común el intento por resolver los problemas personales, lo que implica la asunción de que existen situaciones estresantes y de maneras concretas de enfrentarse y dar propuestas de solución a estos problemas planteados.

6. Algunas de las críticas formuladas por los autores van en esta línea que hemos formulado nosotros. Así, por ejemplo, se han dicho que pese a la existencia de distintas escalas, no se muestran todos los dominios relevantes; se carece de focalización clara en el caso de muchos de los items que adolecen de falta de especificidad (McCrae, 1982, 1984; Carver et al., 1989).

7. Repárese que en el texto se habla de una mala lectura. En muchas ocasiones las causas de la muerte no son conocidas perfectamente, en otras, se atribuye a paro cardíaco (confundiendo el efecto con la causa), en otras, finalmente, se emplea como recurso genérico. No quiere esto decir que no exista un serio problema con las enfermedades cardiovasculares; lo que quiere decir es que se razona con demasiada "alegría" acerca de diagnósticos y causas de muerte sin que se haya realizado un estudio minucioso acerca de la fiabilidad y precisión de los diagnósticos realizados. El problemas, con todo, hoy por hoy, no tiene solución.

8. Sin menoscabo de volver más adelante sobre ello, los datos recogidos

pertenecen a un proyecto de más largo alcance en el que se tematiza la calidad de vida del enfermo renal terminal. El proyecto va a tener una duración de tres años y aquí no vamos a tocar explícitamente el problema de la calidad de vida, lo que será motivo de otras publicaciones. Nos restringimos a algunos instrumentos y datos recogidos hasta el momento. Baste decir que el tiempo medio de entrevista por enfermo para la primera ocasión de recogida de información sobrepasa las 22 horas.

9. Información complementaria puede encontrarse en dos comunicaciones presentadas a la 5th European Conference on Personality, Roma, 12-15 de Junio de 1990; Personality dimensions in kidney patients: empirical data (Sosa, C.D.; Pelechano, V. y Capafóns, J.I.) y Personality and coping strategies in kidney patients (Capafóns, J.I., Pelechano, V. y Sosa, C.D.). En ningún caso, por lo demás, los resultados de estos trabajos citados se solapan con los que vamos a presentar en los puntos siguientes.

BIBLIOGRAFIA

- ALDWIN, C.M. (1985).- **Cultural influences on the stress process**, Trabajo presentado en el **International Symposium on the management of stress: Biological, Psychological and Clinical implications**, Enseñada, México.
- ALDWIN, C.M., FOLKMAN, S., SCHAEFER, C., COYNE, J. y LAZARUS, R. (1980).- **Ways of coping: a process measure**. Trabajo presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, Montreal.
- ALDWIN, C.M. y REVENSON, T.A. (1987).- Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health, **Journal of Personality and Social Psychology**, 53, pp. 337-347.
- ANTONOVSKY, A. (1979).- **Health, stress and coping**, Jossey- Bass, S. Francisco.
- BILLINGS, A.G. y MOOS, R.H. (1981).- The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events, **Journal of Behavioral Medicine**, 4, pp. 139-157.
- BINIK, Y.M., DEVINS, G.M. y ORME, C.M. (1989).- Psychological stress and coping in end-stage renal disease. En R.W.J. NEUFELD (ed.).- **Advances in the investigation of psychological stress**, J. Wiley and Sons, N. York, pp. 305-341.
- BROWN, G. y HARRIS, T. (1978).- **Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women**, Free Press, N. York.
- CAPAFONS, J.I., PELECHANO, V. y SOSA, C.D. (1990).- **Personality and**

- coping strategies in kidney patients**, Comunicación presentada a 5th. European Conference on Personality, Roma.
- CAMPESE, V.M. y LIU, C.L. (1990).- Sexual dysfunction in uremia. En G. D'AMIGO y G. COLASANTI (eds).- **Psychological and physiological aspects of chronic renal failure**, Karger, Basel, pp. 1-14.
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. y WEINTRAUB, J.K. (1989).- Assessing coping strategies: a theoretically based approach, **Journal of Personality and Social Psychology**, **56**, pp. 267-283.
- CAPLAN, R.D., NAIDU, R.K. y TRIPATHI, R.C. (1984).- Coping and defense: Constellation vs. components, **Journal of Health and Social Behavior**, **25**, pp. 303-320.
- COHEN, F. (1979).- Personality, stress and the development of physical illness. En G. STONE, F. COHEN y N.E. ADLER (EDS).- **Health psychology**, Jossey-Bass, S. Francisco, pp. 77-111.
- D'ZURILLA, T.J. y NEZU, A. (1982).- Social problem solving adults. En P.C. KENDALL (ed).- **Advances in cognitive-behavioral research and therapy**, vol.I., Academic Press, Orlando Fl., pp. 202-275.
- 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.
- FOLKMAN, S. (1989).- Personal control, stress and coping processes: a theoretical analysis, **Journal of Personality and Social Psychology**, **46**, pp. 839-852.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1980).- An analysis of coping in a middle-aged community sample, **Journal of Health and Social Behavior**, **21**, pp. 219-239.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1985).- If it changes it must be a process: a study of emotion and aging during three stages of a college examination, **Journal of Personality and Social Psychology**, **48**, pp. 150-170.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1986).- Stress processes and depressive symptomatology, **Journal of Abnormal Psychology**, **95**, pp. 107-113.
- GOLDFRIED, M.A. y D'ZURILLA, T.J. (1969).- A theoretical-analytic model for assessing competence. En C.D. SPIELBERGER (ed).- **Current topics in clinical and community psychology**, Academic Press, Orlando, Fl., pp. 151-196.
- HAAN, N. (1977).- **Coping and defending**, N. York, Academic Press.
- HEPPNER, P.P. y PETERSON, C.H. (1982).- The development and implementation of a personal problem-solving inventory, **Journal of Counseling Psychology**, **29**, pp. 66-75.
- KOBASA, S.C. (1979).- Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, **Journal of Personality and Social Psychology**, **37**, pp. 1-11.
- LAZARUS, R.S. (1981).- The stress and coping paradigm. En C. EISDORFER, D. COHEN, A. KLEIMAN y P. MAXIM (eds).- **Models for clinical psycho-**

- pathology**, Spectrum, N. York, pp. 177- 214.
- LEVY, N.B. (1981).- **Psychonephrology**, Vols. 1 y 2, Plenum, N.York.
- McCRAE, R. (1984).- Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge, **Journal of Personality and Social Psychology**, **46**, pp. 919-928.
- MEICHENBAUM, D. (1977).- **Cognitive-behavioral modification: an integrative approach**, Plenum, N. York.
- MENAGHAN, E. y MERVES, E. (1984).- Coping with occupational problems. The limits of individual efforts, **Journal of Health and Social Behavior**, **25**, pp. 406-423.
- PEARLIN, L.I. y SCHOOLER, C. (1978).- The structure of coping, **Journal of health and Social Behavior**, **19**, pp. 2- 21.
- PELECHANO, V. (1989).- Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. IBAÑEZ y V. PELECHANO (dirs.).- **Personalidad**, Alhambra, Madrid.
- PELECHANO, V. (en prensa).- Inteligencia y habilidades interpersonales. **Análisis y Modificación de Conducta**.
- PELECHANO, V. y BAGUENA, M.J. (1983).- Un cuestionario de locus de control (LUCAM). **Análisis y Modificación de Conducta**, **20**, pp. 5-46.
- PLATT, J.J. y SPIVACK, G. (1975).- **Manual for the Means-End- Problem-Solving Procedure (MEPS)**, Filapelfia, Hahneman Community Mental Health/ Mental Retardation Center.
- RIPPERE, V. (1976).- Antidepressive behavior: a preliminary report, **Behavior Research and Therapy**, **15**, pp. 185-191.
- ROHDE, P., LEWINSOHN, P.M., TILSON, M. y SEELEY, J.R. (1990).- Dimensionality of coping and its relation to depression, **Journal of Personality and Social Psychology**, **58**, pp. 499-511.
- ROSENBAUM, M. (1980).- A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings, **Behavior Therapy**, **11**, pp. 109-121.
- SOSA, C.D., PELECHANO, V. y CAPAFONS, J.I. (1990).- **Personality dimensions in kidney patients: empirical data**, Trabajo presentado en la 5th European Conference on Personality, Roma.
- STRONG, C. (1984).- Stress and caring for elderly relatives: interpretation and coping strategies in an American Indian and White sample, **The Gerontologist**, **24**, pp. 251- 256.
- TOBIN, D.J., HOLROUD, 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. (1977).- **Adaptation for life**, Little Brown, Boston.
- VITALIANO, P., RUSSO, J., CARR, J., MAIURO, R. y BECKER, J. (1985).- The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties, **Multivariate Behavioral Research**, **20**, pp. 3-26.