

LA SATISFACCIÓN MARITAL COMO FACTOR PSICOLÓGICO PROTECTOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC), EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, COLOMBIA*

Marital satisfaction in patients with chronic renal failure (IRC) in treatment of hemodialysis in a clinic of the city of Santa Marta

Recibido: Agosto 15 de 2014 – Aceptado: Septiembre 10 de 2014

Fernando Robert Ferrel Ortega**, Michelle Aguirre Escaff**, Milagros Angulo Fernández**** Liliana Fuentes Cantillo****, Lucía F. Ferrel Ballestas*****
Universidad Cooperativa de Colombia

Para citar este artículo / To reference this article:

Ferrel, F., Aguirre, M., Angulo, M., Fuentes, L. & Ferrel, L. (2014). La satisfacción marital como factor psicológico protector en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), en una clínica privada de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Cultura Educación y Sociedad* 5(2), 55-68.

Resumen

Este estudio se realizó con el objetivo de describir la importancia de la satisfacción marital en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) bajo tratamiento, en una IPS privada del Distrito de Santa Marta (Colombia). Se trata de una investigación de tipo descriptivo-trasversal, cuya población estuvo conformada por 92 pacientes, de los cuales se seleccionaron 35, mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2008), quienes cumplieron los criterios de inclusión: tener entre 35 y 75 años, con relación conyugal estable mayor de 5 años, con diagnóstico de IRC en tratamiento, no presentar psicopatología; y, a quienes se les aplicó el inventario de Satisfacción Marital Revisado (MSI-R). Los resultados indicaron que en la mayoría de las 11 escalas evaluadas persisten los puntajes bajos, independientemente de la edad, el género y el tiempo de tratamiento; sin embargo, cabe destacar que en las escalas AGG-Agresión (57%), CCR-Conflicto por la crianza de los hijos (57%) y GDS-Ansiedad Global (43%) se hallaron puntajes moderados, que indican preocupaciones e importantes conflictos en estas áreas con el cónyuge, lo que afecta la estabilidad emocional y por ende el tratamiento integral de los participantes. Se recomienda un diagnóstico y tratamiento integral médico-psicológico, con programas permanentes de prevención y promoción de la salud en la Institución.

Palabras Clave:

Satisfacción marital, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica.

Abstract

This study was conducted to describe the importance of marital satisfaction in patients with chronic renal failure (CRF) undergoing treatment in a private IPS District of Santa Marta (Colombia). This is a descriptive research-cross type, whose population consisted of 92 patients, of which we selected 35, by a non-probabilistic intentional sampling (Hernandez Fernández & Baptista, 2008), who met the inclusion criteria: be between 35 and 75, more stable marital relationship of 5 years, diagnosed IRC treatment, no psychopathology; and who were applied Marital Satisfaction Inventory Revised (MSI-R). The results indicated that most of the 11 scale low scores evaluated, regardless of age, gender, and the treatment time persist; however, note that in the AGG-Agression scales (57%), CCR-Conflict for parenting (57%) and GDS-Global Anxiety (43%) moderate scores, indicating concerns and important conflicts were found in these areas with spouse, affecting emotional stability and thus the comprehensive treatment of participants. Un-psychological health, diagnosis and treatment with permanent comprehensive prevention programs and health promotion within the institution is recommended.

Keywords:

Marital satisfaction, hemodialysis, chronic renal failure.

* El presente artículo fue derivado del Diplomado en Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas, impartido por el Dr. Luis Oblitas en la Facultad de Psicología de la UCC-Santa Marta los días 19, 20, 21 y 22 de Noviembre 2012.

** Magister en Psicología Clínica, Docente Investigador T.C. de la Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta. Grupo de Investigación Psicología Clínica y Derecho Penal. Correspondencia: roferrel@yahoo.com; fernando.ferrel@campusucc.edu.co

*** Psicóloga, egresada UCC-Santa Marta. Correspondencia: michelleae_161@hotmail.com

**** Psicóloga, egresada UCC-Santa Marta. Psicóloga, egresada UCC-Santa Marta. Correspondencia: milagrosangulo67@hotmail.com

***** Psicóloga, egresada UCC-Santa Marta. Psicóloga, egresada UCC-Santa Marta. Correspondencia: lili160907@hotmail.com

***** CDoctora en Ciencias de la Educación, Mag. en Psicología Clínica y de la Salud. Profesora T.C. Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia Sede Santa Marta. Correspondencia: lucia.ferrelb@campusucc.edu.co; lucaferrel@hotmail.com

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o como adquiridas (Ministerio de Salud, 2005, p 8). Consiste además, en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% (Páez, A. E.; Jofré, M. J.; Azpiroz, C. R. & De Bortoli, M. A., 2009). Son muchas las definiciones que se han dado de enfermedad crónica (EC), pero quizás una de las más acertadas es la definida como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo; se trata, por tanto, de un problema que abarca a todos los grupos de edad, afectando predominantemente a los adultos. Esta patología genera una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que la padecen (Avellaneda, A.; Izquierdo, R.; & Torrenti-Farnell, R., 2007).

Normalmente, en el cuerpo humano existen dos riñones que son los encargados de mantener el “equilibrio interno”, tanto en cuanto al volumen de líquido como en la composición cualitativa de elementos, en concreto eliminan los productos de desecho del metabolismo proteico, regulan el equilibrio químico y líquido del organismo, secretan hormonas que controlan la presión sanguínea y producen glóbulos rojos (Magaz, A., 2003). Cuando se genera en estos órganos una disminución en su funcionamiento, la actividad de estos queda reducida, lo cual hace que se genere

la patología denominada Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), que corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito como adquiridas (Ministerio de Salud, 2005).

Para dicha patología hay diversas opciones de tratamiento: la hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante de riñón. La Hemodiálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canalizada. Es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana (Guyton y Hall, 1997 citado por Ubillos, S.; Zubietta, E.; Páez, D.; Deschamps, J.C.; Ezeiza, A. & Vera, A., 2008). El sistema de hemodiálisis “es un equipo médico cuya función es la de reemplazar la actividad fisiológica principal de los riñones en pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica, removiendo agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo” (Secretaría de salud de México, 2007).

La mayoría de las investigaciones revisadas sobre esta enfermedad crónica, coinciden en que el impacto psicológico, tales como: la ansiedad, la depresión, la

irritabilidad, son aspectos que en toda enfermedad crónica se convierten en obstáculos para la ejecución de los tratamientos. Oblitas, L. (2011), postula que dentro de todo tratamiento médico se debe tener un seguimiento psicológico de los pacientes, pues estos entran en un procesos de duelo alusivo a la pérdida de su vida cotidiana, la cual es modificada por un agente externo que le afecta su relaciones familiares como sociales, es así como los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica están relacionados con el tratamiento que reciben dependiendo de su patología (Johnson, J.P.; McCauley, C. R.; y Copley, J. B., 1982; Simmons, R. G.; Anderson, B. A.; y, Kamstra, B. A., 1984; Evans, R. W.; Manninen, D. L.; Garrison, L. P.; Hart, L. G.; Blag, Ch., R.; Gutman, R. A.; Hull, A. R.; y, Lowrie, E. G., 1985; Burton, P. R. y Walls, J., 1987; Griffin, K. W.; Wadhwa, N. K.; Friend, R.; Suh, H.; Howell, N.; Cabralda, T.; Jao, E.; Hatchett, L.; y, Eitel, P. E., 1994; Park, I. H.; Yoo, H. J.; Han, D. J.; Kim, S. B.; Kim, C. Y.; Lee, C.; Kim, H. S. & Han, D. S., 1996); por lo cual, los tratamientos psicológicos deben estar ligados a fortalecer los aspectos o dimensiones física, cognitiva, emocional, y sociales, teniendo en cuenta la afección en la dimensión psicológica que se hacen presentes con dicha enfermedad, manifestado en el estado de ánimo depresivo, los niveles de ansiedad, la disfunción eréctil, entre otros; en el ámbito físico, se producen alteraciones que afectan a la tolerancia al ejercicio, con síntomas como fatiga, dolor, sueño, insomnio, problemas en el funcionamiento sexual y motor; y, en lo cognitivo, se presentan cambios en la percepción de la salud, imagen personal-corporal, crecimiento o desarrollo personal, habilidades cognitivas, agudeza y funcionamiento mental (Taylor, S., 2007).

La satisfacción marital, ha representado un aspecto importante en su vida; el hecho de padecer una patología como la insuficiencia renal crónica, e incluir en su estilo de vida un tratamiento rutinario y desgastante como la hemodiálisis, hace que los pacientes manifiesten la sensación de que los otros ámbitos de su vida se están deteriorando, debido a que toda la atención de su familia y de los mismos pacientes giran en torno a la patología. De igual forma, los trastornos renales muestran la incidencia positiva de la pareja sobre la percepción de calidad de vida del paciente. Se ha hallado que las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales (Alarcón, A., 2004; Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H., 2005).

El “sistema marital”, no es solo la simple suma de dos personalidades, con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino una entidad nueva y cualitativamente distinta, que no necesita ser legal para poseer un significado (García, G., 2007). Un aspecto importante dentro de la relación de pareja es el grado en que dicha relación pueda satisfacer las expectativas de cada miembro de la pareja en aspectos tales como los logros, el poder, el sexo, los amigos, el tiempo libre, el dinero, entre otros. A lo largo del tiempo, la satisfacción marital -también conocida como ajuste marital, calidad marital-, ha sido definida por diferentes autores como una actitud multidimensional hacia el conyugue y la relación marital donde hay aspectos diferenciales como la interacción, la expresión de afectos, los aspectos de organización y estructuras diádicos (Moral, S., 2008).

Martínez, S. (2004), define a la satisfacción marital como la actitud hacia la interacción marital y los aspectos del cónyuge, abarcando la satisfacción con las reacciones emocionales de la pareja, la relación entre sí y aspectos estructurales, como la forma de organización, de establecimiento y cumplimiento de las reglas en la pareja; y, la educación de los hijos. Según este autor, la satisfacción marital incluye aspectos como los físicos, sexuales, afectivos y emocionales, de relación interpersonal, de organización familiar, educación de los hijos, diversión, aspectos familiares, de comunicación, de crecimiento y cumplimiento de expectativas, y metas. Por su parte, Lanz, H. & Snyder, E. (1969), proponen que el ajuste o la satisfacción marital deben contemplar las características de personalidad, el trasfondo cultural, el nivel socioeconómico las pautas, patrones de conductas y los factores sexuales. Así mismo, consideran que para medir la satisfacción marital se debe tener en cuenta la satisfacción, el nivel de acuerdo y de consenso existente entre la pareja, respecto a cuestiones como la utilización del tiempo libre, demostraciones de afecto, las relaciones sexuales, la solución de los desacuerdos y el nivel de confianza de la otra persona. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la satisfacción marital no solo expresa vivencias y percepciones acerca del entorno de los individuos, sino que también es un indicador de características, estructuras, funcionalidades, etc.; es decir, que la satisfacción es un concepto relativo, ya que se fundamenta en la comparación de lo que el sujeto quiere que sea y lo que debe ser, con lo que en realidad es.

El presente trabajo tuvo como fin describir la satisfacción marital que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal

Crónica (IRC) bajo tratamiento en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de carácter privada, del Distrito de Santa Marta (Colombia), así como identificar su distribución, de acuerdo al género, edad y tiempo de tratamiento.

Materiales y Métodos

Diseño y tipo de investigación

Se trata de una investigación de tipo descriptivo y diseño transversal, mediante el cual se buscó describir las variables de estudio, recolectando los datos en un momento concreto o específico de tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2008).

Población y Muestra

La investigación se desarrolló sobre personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, que se encontraban en tratamiento de Hemodiálisis en la Fundación Renal de Colombia de la ciudad de Santa Marta. La población estuvo conformada por 92 pacientes, de los cuales se seleccionaron 35, mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P., 2008), quienes cumplieron los criterios de inclusión: que tengan diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y se encuentren en tratamiento sustitutivo por hemodiálisis en la Unidad Renal de Colombia, con edades entre 35 y 75 años, hombres o mujeres adultos, con un tiempo de tratamiento de 6 a 43 meses; y, con relación conyugal estable mínima de cinco años.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes que presenten compromiso a nivel sensorial tales como visuales y audi-

tivas, ya que los Cuestionarios son auto aplicados. También fueron excluidos aquellos sujetos con alteraciones cognitivas y desorientación temporo-espacial.

Instrumento

Se utilizó como Instrumento el Inventario de Satisfacción Marital – Revisado, MSI-R (Snyder, D. 1981). Es una revisión y re-estandarización del Inventario de Satisfacción Marital. El MSI-R es un instrumento de auto informe para el diagnóstico y trabajo de alternaciones como resultado de los desajustes de pareja o al interior de la familia. Este Cuestionario consta de 150 elementos, con opción de respuesta dicotómica “verdadero” o “falso”, y contiene 13 escalas que incluyen dos escalas de validez: inconsistencia y convencionalismo (CNV), y 11 escalas que evalúan áreas de las relaciones: ansiedad global (GDS), comunicación afectiva (AFC), comunicación para solución de problemas (PSC), agresión (AGG), tiempo juntos (TTO), desacuerdo por finanzas (FIN), insatisfacción sexual (SEX), orientación de roles (ROR), antecedentes familiares de enfermedad (FAM), insatisfacción con los hijos (DSC) y conflictos por la crianza de los hijos (CCR). Los elementos están escritos en un nivel de lectura de sexto grado y su administración requiere de unos 25 minutos.

La clasificación de los niveles de satisfacción están determinados por los puntajes por encima de T65 (alto), de T55-T65 (moderado) y T40 (bajo). En el convencionalismo CNV, las puntuaciones moderadas (T45 a T55) de individuos que inician terapia de pareja reflejan un nivel de distorsión idealista o de alguna forma inusualmente sentimental para las personas que buscan ayuda para

su relación y a menudo indican una renuencia a asumir un punto de vista más objetivo o crítico de las dificultades en la relación. La escala de inconsistencia (INC), examina la congruencia de las respuestas a lo largo de los pares de elementos tomados de otras escalas.

Este instrumento es confiable por medio de los coeficientes alfa de Cronbach de consistencia interna, mostrando alta fiabilidad de las escalas MSI-R que abarca desde .70 (DSC) a .93 (GDS), y que tiene un coeficiente promedio de .82. Los resultados obtenidos en la interrelación entre las escalas originales y las revisadas, la correlación abarca de .94 a .98, cuya media es de .95.5 (Snyder, 2008).

Resultados

De acuerdo con los objetivos planteados, en este estudio se identificó el nivel de satisfacción en cada una de las escalas medidas por el Inventario de Satisfacción Marital- (R), en un 51,4% (18) de hombres y el 48,6% (17) de mujeres, encontrándose: en la escala de ansiedad global un 57% (20) puntuaron en un nivel bajo, y un 43% (15) en un nivel moderado; en la escala comunicación para solución de problemas, se registró que un 43% (15) se ubicaron en un nivel bajo de agresión, y un 57% (20) en un nivel moderado; la escala de satisfacción en cuanto al tiempo juntos indica un 100% (35) de nivel bajo; el 97% (34) demuestran desacuerdo por la finanzas a nivel bajo y un 3% (1) de nivel moderado; el 100% (35) manifiesta nivel bajo en insatisfacción sexual; así como el 100% (35) informa nivel bajo en orientación de roles; por su parte el 91% (32) puntúa en un nivel bajo de insatisfacción con los hijos, y un 9% (3) de nivel moderado en esta área; estos

porcentajes se distribuyen de la misma manera en el campo antecedentes familiares de enfermedad. Por último, el 43% (15) presenta un nivel bajo en conflictos por la crianza de los hijos y un 57% (20) un nivel moderado (Ver Tabla 1).

Estos resultados indican que en cuatro de las once escalas todos los sujetos manifestaron baja satisfacción (de comunicación para solución de problemas, tiempo juntos, insatisfacción sexual y orientación de roles).

En el caso del tiempo de tratamiento a nivel general se encontró que el 2,9% (1) se encuentra entre menos de 6 meses de duración del tratamiento, el 31,4%(11) llevan de 7-18 meses, el 14,3%(5) de 19-30 meses y de 31-42 meses respectivamente. Finalmente, el 37,1% (13) poseen 43 meses o más de tratamiento.

Posteriormente, se tomaron cinco escalas (ansiedad global, comunicación afectiva, agresión, desacuerdo por finanzas, antecedentes familiares de enfermedad, insatisfacción con los hijos y conflictos por la crianza de los hijos), para explorar su distribución de acuerdo al género, edad y tiempo de tratamiento (Ver Tabla 2, 3, 4), hallándose que:

La escala de ansiedad global el 42,8% (15) de las personas de menos de 45 años se encuentran en un nivel bajo, mientras que el 28,6% (10) se localizan en un nivel moderado. El 14,3% (5) de los sujetos de 46 años en adelante, informan un nivel bajo y moderado respectivamente.

De acuerdo al género, el 11,4% (4) de varones puntúan en un nivel bajo y el 40% (14) en moderado. Por su parte, el 45,7% (16) de las mujeres se ubican en baja ansiedad global, y el 2,9%(1) en moderada ansiedad global.

La escala tiempo de tratamiento de los pacientes, se relaciona de la siguiente forma: quienes presentan niveles bajos de ansiedad global se ubican en menos de 30 meses de tratamiento con un 25,7% (9); por su parte, sujetos con más de 31 meses de tratamiento 31,5% (11) se localizan en este nivel. La moderada ansiedad global se representa en un 22,9% (8) en sujetos con menos de 30 meses de tratamiento y en un 20% (7) en pacientes con más de 31 meses.

En comunicación afectiva, se encontró que en sujetos con menos de 45 años, el 51,5% (18), se encuentra en un nivel bajo, no obstante un 20% (7) se ubican en un nivel moderado de insatisfacción; en sujetos de más de 46 años, el 28,6% (10) se localizan en un nivel bajo. En esta línea, el 31,4% (11) de sujetos que puntúan baja insatisfacción en comunicación afectiva y un 20% (7) de nivel moderado, son masculinos; el 48,6% (17) de niveles bajos fueron alcanzados por las mujeres.

En cuanto al tiempo de tratamiento, el 48,6% (16) de individuos que se ubica en un nivel bajo de insatisfacción poseen menos de 30 meses de tratamiento, y un 31,4% (11) más de 30 meses de tratamiento. En el nivel moderado, el 20% (7) presentan más de 30 meses de tratamiento.

La escala de agresión indica que en el nivel bajo de insatisfacción se encuentran un 28,6% (10), poseen menos de 45 años y, un 14,3% (5) más de 46 años de edad. En el nivel moderado se ubican 42,8% (15) de sujetos con menos de 45 años, y un 14,3%(5) con más de 46 años de edad.

De los participantes, el 31,4% (11) en nivel bajo son varones, y el 11,4% (4) mujeres; el 20% (7) en nivel moderado son sujetos de género masculino y el 37,1%

(13) femenino. El tiempo de tratamiento de menos de 30 meses coinciden 22,9% (8) de sujetos en nivel bajo de insatisfacción; por otra parte, el 20% (7) de pacientes con más de 31 meses de tratamiento se encuentran en este nivel. Mientras tanto, el 25,7% (9) de sujetos en nivel moderado, posee menos de 30 meses; y, un 31,5% (11) más de 31 meses de tratamiento.

En la escala desacuerdo por las finanzas, los resultados relacionados con la edad demuestran que el 68,6% (24) sujetos menores de 45 años se localizan en un nivel bajo, y un 2,9% (1) en nivel moderado. En individuos con más de 46 años, el 28,6% (10) se encuentran en un nivel bajo. En el caso del género, el 48,6% (17) en nivel bajo, y el 2,9% (1) en nivel moderado son masculinos; y, el 48,6% (17) en nivel bajo son mujeres. Por su parte, en el nivel bajo el 48,6% (17) informa menos de 30 meses de tratamiento y el 48,6% (17) más de 31 meses; sólo un 2,9% (2) del nivel moderado poseen más de 31 meses en el método.

En los antecedentes familiares de enfermedad, se registra que el 65,7% (23) de los sujetos en el nivel bajo tienen menos de 45 años, y el 25,7% (9) más de 46 años de edad. En el nivel moderado, el 5,80% (2) son sujetos menores de 45 años y el 2,9% (1) mayores que este rango de edad. En el nivel bajo se encuentran un 45,7% (16) de sujetos de género masculino y un 5,7% (2) en el nivel moderado, en cuanto al género femenino. El 45,7% (32) de los sujetos del nivel bajo correspondían a mujeres, del mismo modo que un 2,9% (3) del nivel moderado. En esta escala del tiempo de tratamiento, un 42,9% (15) de los sujetos en nivel bajo tiene menos de 30 meses de tratamiento, y un 48,6% (17) más de 31 meses. Por

su parte, el 5,7% (2) de sujetos en nivel moderado se encuentran con menos de 30 meses de tratamiento, y el 2,9% (1) con más de 31 meses.

En la escala insatisfacción con los hijos se encontró que el 68,6% (24) del nivel bajo presentan menos de 45 años; y, un 22,9% (8) de este nivel poseen más de 46 años. De otro modo, el 2,9% (1) del nivel moderado tiene menos de 45 años; y, el 5,7% (2) más de 46 años. En razón al género, el 48,6% (17) del nivel bajo y un 2,9% del nivel moderado pertenecen al género masculino, mientras el 42,9% (15) del nivel bajo y un 5,7% (2) del nivel moderado corresponden al género femenino. En cuanto al tiempo de tratamiento, se indica que el 40,1% (14) de sujetos en nivel bajo informan menos de 30 meses en el procedimiento; el 51,4% (18) anuncian más de 31 meses de método en el nivel moderado, y el 8,6% (3) tienen menos de 30 meses de tratamiento.

Finalmente, en cuanto a los conflictos por la crianza de los hijos se registra que el 34,3% (12) de sujetos en nivel bajo tienen menos de 45 años de edad; y, el 8,6% (3) con más de 46 años. El 37,1% (13) del nivel moderado presentan menos de 45 años de edad y un 20% (7) son mayores de 46 años. En afinidad con el género, el 11,4% (4) del nivel bajo y un 40% (14) del moderado son masculinos; un 31,4% (11) del nivel bajo y un 17,1% (6) del moderado, son de género femenino. Acerca del tiempo del tratamiento, quienes puntúan en un nivel bajo, 22,9% (8), llevan menos de 30 meses en tratamiento, no obstante, un 20% (7) de este nivel poseen más de 31 meses en el proceso. En el nivel moderado de insatisfacción, el 25,7% (9) presentan menos de 30 meses de sometimiento al tratamiento y un 31,4% (11) más de 31 meses en el método.

Discusión

El estudio sobre la satisfacción marital se considera importante debido a las características de enfermedad crónica, específicamente de la IRC, debido al rol, dinámica, interacción y función entre el paciente, cónyuge hijos y al sistema familiar en su conjunto, por tanto, la satisfacción marital se constituye en una variable psicológica a considerar en el diagnóstico y tratamiento integral de estos pacientes.

Los resultados del presente estudio nos llevan a concluir que el padecer una enfermedad crónica como la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su tratamiento mediante hemodiálisis no afecta la totalidad de las áreas de la relación conyugal y por tanto, las diferentes áreas de la satisfacción marital positivas se convierten en factores protectores frente a la enfermedad y su tratamiento. En efecto, la mayoría de las 11 escalas evaluadas mediante el MSI-R que mide la satisfacción, puntuaron bajo, independientemente de la edad, el género y el tiempo de tratamiento en las 35 parejas participantes en el estudio. Sin embargo, cabe destacar que en las escalas AGG-Agresión (57%), CCR-Conflicto por la crianza de los hijos (57%) y GDS-Ansiedad Global (43%) se hallaron puntajes moderados que indican preocupaciones e importantes conflictos en estas áreas con el cónyuge, por lo que afecta la estabilidad emocional y las posibilidades de afrontamiento de la enfermedad de hombres y mujeres que padecen IRC y se encuentran en tratamiento por hemodiálisis.

De acuerdo con estos resultados, y con base en los criterios diagnósticos del MSI-R, los puntajes moderados en la Escala de Agresión (AGG) indican probable

presencia de intimidación no física y bajos niveles de agresión, entre los cuales se pueden incluir los gritos, golpear un objeto, amenazas de golpear o lanzar objetos, es decir, violencia psicológica o verbal. De otra parte, los puntajes moderados en la Escala de Conflicto por la crianza de los hijos (CCR), señala conflictos importantes entre los cónyuges debido a los hijos, en cuanto a los problemas relacionados con la división de responsabilidades en el cuidado de los menores, desacuerdo en la disciplina, en los privilegios y en las responsabilidades asignadas a sus hijos. En cuanto a los resultados moderados de la Escala de Ansiedad Global (GDS), reflejan niveles significativos de conflictos en la relación e indican lo apropiado en las intervenciones específicas enfocadas en mejorar la interacción de los cónyuges y en reducir la ansiedad en la relación; aclarando que, si bien pueden describir su relación como “mejor que el promedio” y a sus cónyuges tan buenos como un amigo, también es probable que informen de frecuentes discusiones, dificultades para resolver las diferencias y una larga historia de conflictos en la relación.

Cabe destacar el papel relevante que desempeña la cultura tradicional en la sociedad colombiana, que acepta y fomenta la división tradicional de roles de hombres y mujeres en la relación de pareja, particularmente en lo referente a la atención de los problemas domésticos, la crianza de los hijos y el uso de la violencia física o verbal, lo que en algún momento se puede convertir en una fuente de conflictos de la pareja que agrave la enfermedad del paciente, respecto a los problemas personales y sociales de los pacientes, en las que juegan un papel importante la personalidad, sus mecanismos auto reguladores y moduladores del comportamiento, y su estilo de vida

en el transcurso de la patología (Molina, C.; Hernández, R. & Sarquis, S., 2009).

Es así que se observa, que la crianza de los hijos y las labores domésticas son fuente de problemas en la satisfacción marital, tal como se halló en este estudio respecto a la Escala Conflicto por la Crianza de los Hijos, cuyos resultados moderados indican fuertes problemas en la pareja por ello, siendo estos similares a los reportados por Bolaños, A. y Rodríguez, A. (2000), quienes realizaron una investigación sobre los efectos de la inequidad sobre el ajuste y la satisfacción marital en la mujer, en la cual buscaron comprobar en la relación de pareja (afecto, tareas femeninas del hogar, tareas masculinas del hogar, tolerancia y conducta reforzante), así como a nivel global, un postulado básico de la teoría de la equidad, aquel que condiciona la satisfacción marital y el ajuste a la situación de equidad entre los miembros de la pareja, llegando a la conclusión de que cuando las mujeres perciben una equidad en su relación afectiva, así como en su relación marital global, se sentían más satisfechas con su relación marital y más ajustadas que cuando percibían una inequidad; asimismo, las mujeres infrarrecompensadas en tareas femeninas del hogar y las suprarrecompensadas en tareas masculinas del hogar presentaron los niveles más altos de satisfacción marital.

Los resultados mayormente positivos de satisfacción marital hallados en este estudio concuerdan con los encontrados por Martínez, S. (2004), quien en su trabajo titulado Efectos de la edad, sexo y la escolaridad en la satisfacción marital, mostró que los hombres profesionistas se perciben más satisfechos en las áreas físico-sexual y afectiva y que, en el caso de

las mujeres, observó que las profesionistas sienten mayor apoyo de parte de sus parejas. De la misma manera, nuestros resultados son similares a los reportados por Barile, L. (2004) en su trabajo titulado satisfacción marital en pacientes con Artritis reumatoide, con lupus eritematoso sistémico y con diabetes mellitus tipo 2, quien concluye que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital, lo cual puede repercutir en el bienestar y evolución de los pacientes con dicha enfermedad.

De otra parte, los resultados encontrados también son similares respecto al riesgo de tratamiento, a los reportados por Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinosa, J.; Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006), quienes realizaron una investigación en Colombia con el propósito de describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, hallando que 13 participantes no presentaron adhesión al tratamiento, además de un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Por el contrario, respecto al impacto de la enfermedad en la vida sexual del paciente, los resultados aquí encontrados son diferentes a los reportados por Grau, J.; Llantá, M.; Chacón, C. & Fleites (2000), quienes realizaron un estudio de los factores que pueden interferir con la vida sexual del paciente con cáncer y de su pareja, sobre la base de la indisoluble vinculación de factores orgánicos, psicoemocionales y socioculturales, donde señalan los principales trastornos en las fases del ciclo de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres, reseñando las principales afectaciones asociadas a algunas localizaciones. En este estudio se encontró que el tratamiento por hemodiálisis en los pacientes con IRC no tuvo

ningún efecto negativo sobre la calidad de la relación sexual de la pareja, pues el 100% de ellos presentaron puntuaciones bajas y consideraron satisfactoria su vida sexual.

Finalmente, lo que cabe destacar con base en los resultados de este estudio es que si bien la satisfacción en la relación marital no se descompone por efecto de una enfermedad incapacitante, hay algunas áreas importantes que afectan la estabilidad emocional de la pareja que interfieren irremediabilmente en el tratamiento y estabilidad emocional del paciente con IRC, por lo que es importante tener en cuenta estos aspectos psicológicos relevantes a fin de fomentar la adherencia al tratamiento de la enfermedad crónica y preservar por más tiempo una vida de calidad en el paciente, que incluya a su pareja y su familia.

Con el fin de destacar la importancia de los factores cognitivos y conductuales presentes en cada una de las acciones de los pacientes con IRC que tienen una relación conyugal vigente, se propone tomar el modelo cognitivo-conductual del funcionamiento marital y de la terapia de pareja, en el marco de la teoría del intercambio social (Stuart, 1980), en la cual las relaciones interpersonales, incluyendo las de pareja, se consideran como conjuntos de procesos de negociación entre los que se intercambian elementos materiales y no materiales (Thibaut, J. H. & Kelley, H., 1959); para establecer algunas recomendaciones derivadas de los resultados de este estudio.

De acuerdo con lo anterior, se recomienda: 1) Dado que la satisfacción marital está determinada por la equidad, ésta será elevada cuando las recompensas provenientes de los intercambios

igualan o superan a los costes o esfuerzos; y se producirá insatisfacción cuando los costes sobrepasan las recompensas. 2) La estabilidad será alta cuando la razón recompensa/costes asociada con la relación sea igual o supere a la razón asociada con otras relaciones o con la falta de relaciones. Y a la inversa, la estabilidad será baja cuando dicha razón sea inferior a la de las alternativas (Kelley, H., 1971). 3) Enfatizar en las actividades de psicoeducación que el intercambio entre los miembros de la pareja que, según Weiss, R. L. (1978), tienen lugar en tres áreas importantes de la interacción marital: interacciones afectivas, como el sexo y el compañerismo; interacciones instrumentales, como el cuidado de los hijos y las decisiones económicas; y, subproductos de la unión marital, como la apariencia del cónyuge y la independencia de uno mismo y del cónyuge. 4) Cuando la satisfacción de uno o de ambos cónyuges disminuye como consecuencia de la falta de equidad en el intercambio de alguna de estas tres áreas, puede restaurarse cambiando la razón recompensa/coste. Para modificar esta razón, los cónyuges tienen que tener habilidades para el cambio del comportamiento, tales como la capacidad para detectar con precisión las fuentes de las recompensas y la de los costes, la capacidad para expresar las necesidades y la capacidad para desarrollar y llevar a cabo acuerdos sobre el cambio (Weiss, R. L., 1978). 5) Con el fin de aumentar la satisfacción y la estabilidad marital, es necesario enseñar a los cónyuges habilidades para la modificación del comportamiento y cambiar las cogniciones y los procesos cognitivos que influyen en la puesta en práctica y el impacto de esas habilidades conductuales (Baucom, D. & Epstein, N., 1990); entre ellas, los cinco tipos de cogniciones que contribuyen

al funcionamiento y a las satisfacciones maritales (Baucom, D. H.; Epstein, N.; Sayers, S. & Sher, T. G., 1989): Suposiciones sobre el cónyuge y la pareja, expectativas de eficacia y de los resultados asociados con la puesta en práctica de las habilidades para el cambio de comportamiento, percepciones sobre el cónyuge y las interacciones maritales, atribuciones de causalidad y responsabilidad de los acontecimientos maritales, y patrones del funcionamiento marital ideal. Al respecto, algunos estudios sugieren que las percepciones o juicios subjetivos de los cónyuges hacia la conducta de sus parejas pueden jugar un papel importante en el refuerzo y castigo de las mismas y de igual manera afectan la satisfacción marital. 6) Se recomienda la Terapia Marital o de Pareja a los pacientes con IRC, con el fin de facilitar la comunicación y la toma de decisiones, respecto a las áreas de probable conflicto, tales como la responsabilidades frente a la crianza de los hijos, el autocontrol emocional para controlar las respuestas agresivas, y el desarrollo de habilidades comunicativas asertivas en la pareja para promover decisiones con equidad y de común acuerdo, en contraposición a la presencia de ansiedad o conflicto generalizado como forma de vivencia diaria frente a la enfermedad. 7) Finalmente, se recomienda a los profesionales de la salud conocer los modelos explicativos de la salud, los cuales permiten conocer con claridad las indicaciones que se deben seguir con respecto a las necesidades que surjan con los pacientes, en especial reconocer los lineamientos fundamentales de la atención en Colombia y el tratamiento psicológico en las enfermedades médicas, como la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), “por medio del cual se expide la Ley de salud mental y se dictan

otras disposiciones”, lo cual conllevará a que los nuevos profesionales de la salud, incorporen una atención especializada médico-psicológica en la recuperación integral de los pacientes.

Limitaciones

Se sugiere tomar con cautela los resultados generales encontrados en esta investigación, dado que no se pueden generalizar a toda población con enfermedades crónicas, por tratarse de una población pequeña con una muestra intencional, por lo que se sugiere continuar estas investigaciones utilizando poblaciones más amplias y diseños cuasi-experimentales, que aborden la intervención y prevención psicológica con estos pacientes.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen muy especialmente a la Clínica UNIDAD RENAL DE COLOMBIA, de la ciudad de Santa Marta, y a los pacientes que participaron en este estudio, así como a la Dirección de la Facultad de Psicología de la UCC-Santa Marta, por su constante apoyo.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón, A. (2004). *La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial*. En A. Alarcón (Ed.). Aspectos psicosociales del paciente renal (pp. 31-46). Bogotá: Clínica Marly
- Avellaneda, A., Izquierdo, M. & Torrenti-Farnell, R. (2007). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. 30(2): 178.

- Barile, L. (2004). Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. Estudio comparativo con otras enfermedades crónicas y controles sanos. *Rev Med IMSS*, 42 (2): 131-136.
- Baucom, D. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S., & Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- Bolaños, A. y Rodríguez, A. (2000). Efectos de la inequidad y sobre el ajuste y la satisfacción marital en la mujer. *Rev de Psicol. Gral. Y Aplic.* 42(3): 395-401.
- Burton, P. R. & Walls, J. (1987). Selection-adjusted comparison of life expectancy of patients on capd, haemodialysis and renal transplantation. *The Lancet*, 1, 8542, 1115-1118.
- Congreso de la República de Colombia (2013). Ley N° 1616 del 21 de Enero de 2013. *Por medio del cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial. Bogotá.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutierrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5: 487-499.
- Evans, R W., Manninen, D. L., Garrison, L. P., Hart, L. G., Blag, Ch. R., Gutman, R. A., Hull, A.R. & Lowrie, E. G. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *The New England Journal of Medicine*, 312, 553-559.
- García, G. (2007). *Conducta sexual: el papel de la biología, la psicología y la sociocultura (tesis de doctorado)*. México, DF: Facultad de Psicología, UNAM.
- Grau, J., Llantá, M.C., Chacón, M., & otros. (2000). Conferencias del Curso Internacional Postcongreso PSICOSALUD-2000 sobre Psicología y Cáncer. *Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología*, La Habana, Cuba.
- Griffin, K.W., Wadhwa, N.K., Friend, R., Suh, H., Howell, N., Cabralda, T., Jao, E., Hatchett, L. & Eitel, P.E. (1994). Comparison of quality of life in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 10, 104-108.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. EE:UU: Mosby Inc.
- Johnson, J. P., Mc Cauley, C. R. & Copley, J. B. (1982). The quality of life of haemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 22, 286-291.
- Kelley, H. (1971). Marital complaints, demographic characteristics and symptoms of mental distress in divorce. *Journal of marriage and the family*, 44: 87-101.
- Lanz, H. y Snyder, E. (1969). *Marriage: an Examination of the Man-Woman Relationship*. New York. Wiley.

- Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencia en función de los tratamientos médicos*. Tesis Doctoral Universidad de Deusco. Recuperado de <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>
- Martínez, S. (2004). Efectos de la edad, sexo y la escolaridad en la satisfacción marital. *Episteme*. Reporte de investigación. Universidad del Valle de México. 1.
- Ministerio de Salud. (2005). *Guía clínica insuficiencia renal crónica terminal*. Editorial Santiago Minsal.
- Molina, C., Hernandez, R. & Sarquis, Z. (2009). Patrón de personalidad tipo c y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12 (4), 171-187.
- Moral, J. (2008). Validación de la Escala de Valoración de la Relación en una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 13(1): 1 - 12. Disponible en: <http://www.psico.uniovi.es/rema/v13n1/vol13n1a1.pdf>
- Oblitas, L. (2011). *Psicología de la salud*. Tercera Edición. México.
- Páez, A. E.; Jofré, M. J.; Azpiroz, C. R. & Bortoli, M. A. D. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis *Universitas Psychologica*, Vol. 8, Núm. 1, enero-abril, pp. 117-124 Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
- Park, I. H. Yoo, H. J., Han, D. J., Kim, S. B., Kim, C. &, Lee, C., Kim, H. S. & Han, O. S. (1996). Changes in the quality of life before and after renal transplantation and comparison of the quality of life between kidney transplant recipients, dialysis patients and normal controls. *Transplantation Proceeding* , 28(3), 1937-1938.
- Secretaria de Salud. (2007). *UNEMES Unidades de Especialidades médicas*. México. Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/unemes07.pdf>.
- Simmons, R. G., Anderson, B. A. & Kamstra, B. A. (1984). Comparison of quality of life on continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and after transplantation. *American Journal of Kidney Diseases*, 4(3), 253-255.
- Snyder, D. (2008). *Inventario de Satisfacción Marital – Revisado (MSI-R) Manual*. Editorial El manual moderno. México, D.F.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. Editorial Mc Graw Hill. Sexta edición. p. 289- 290.
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Ubillos, S., Zubieta, E., Páez, D., Deschamps, J.C., Ezeiza, A. & Vera, A. (2008). Amor, cultura y sexo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 4(8-9). Disponible en línea: <http://www.reme.uji.es/articulos/au-bils9251701102/texto.html>
- Weiss, R.L. (1978). La conceptualización de la unión de un comportamiento perspectiva. En TJ Paolino y BS McCrady (Eds.) *Matrimonio y civil terapia: psicoanalítica, de comportamiento y las perspectivas de la teoría de sistemas*, 165-239. Nueva York: Brunner / Mazel.

Anexos

Tabla 1.
Escalas Satisfacción Marital

Escalas	Bajo		Moderado	
	N	%	N	%
Ansiedad global (GDS)	20	57	15	43
Comunicación afectiva (AFC)	28	80	7	20
Comunicación para solución de problemas (PSC)	35	100		
Agresión (AGG)	15	43	20	57
Tiempo juntos (TTO)	35	100		
Desacuerdo por finanzas (FIN)	34	97	1	3
Insatisfacción sexual (SEX)	35	100		
Orientación de roles (ROR)	35	100		
Antecedentes familiares de enfermedad (FAM)	32	91	3	9
Insatisfacción con los hijos (DSC)	32	91	3	9
Conflictos por la crianza de los hijos (CCR)	15	43	20	57

Tabla 2.
Género y escalas de ansiedad global, comunicación afectiva, agresión, desacuerdo en finanzas, antecedente familiar de enfermedad, insatisfacción con los hijos, conflictos de crianza de los hijos.

GÉNERO	ANSIEDAD GLOBAL		COMUNICACIÓN AFECTIVA		AGRESIÓN		D.FINANZAS		ANT.FAM. ENFERMEDAD		INS.HIJOS		CONFL. CRIANZA	
	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B
F	45,70%	2,90%	48,60%	0	11,40%	37,10%	48,60%	2,90%	45,70%	2,90%	42,90%	5,70%	31,40%	17,10%
M	11,40%	40%	31,40%	20%	31,40%	20%	48,60%	0	45,70%	5,70%	48,60%	2,90%	11,40%	40%
	57,10%	42,90%	80,00%	20%	42,80%	57,10%	97,20%	2,90%	91,40%	8,60%	91,50%	8,60%	42,80%	57,10%
	100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%	

Tabla 3.
Edad y escalas de ansiedad global, comunicación afectiva, agresión, desacuerdo en finanzas, antecedente familiar de enfermedad, insatisfacción con los hijos, conflictos de crianza de los hijos.

EDAD	ANSIEDAD GLOBAL		COMUNICACIÓN AFECTIVA		AGRESIÓN		D.FINANZAS		ANT.FAM. ENFERMEDAD		INS.HIJOS		CONFL. CRIANZA	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
46> AÑOS	14,30%	14,30%	28,60%	0%	14%	14,30%	28,60%	0,00%	25,70%	2,90%	22,90%	5,70%	9,0%	20,0%
<45 AÑOS	42,80%	28,60%	51,50%	20%	28,60%	42,80%	68,60%	2,90%	65,70%	5,80%	68,60%	2,90%	34,30%	37,10%
	57,10%	42,90%	80,10%	20%	43%	57,10%	97,20%	2,90%	91,40%	8,70%	91,50%	8,60%	43%	57,10%
	100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%	

Tabla 4.
Tiempo de tratamiento y escalas de ansiedad global, comunicación afectiva, agresión, desacuerdo en finanzas, antecedente familiar de enfermedad, insatisfacción con los hijos, conflictos de crianza de los hijos.

TIEMPO DE TRAMIENTO	ANSIEDAD GLOBAL		COMUNICACIÓN AFECTIVA		AGRESIÓN		D.FINANZAS		ANT.FAM. ENFERMEDAD		INS.HIJOS		CONFL. CRIANZA	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
31> MESES	31,50%	20,00%	31,40%	20%	20%	31,50%	48,60%	2,90%	48,60%	2,90%	51,40%	0	20%	31,40%
<30 MESES	25,70%	22,90%	48,60%	0	22,90%	25,70%	48,60%	0	42,90%	5,70%	40,10%	8,60%	22,90%	25,70%
	57,20%	42,90%	80,00%	20%	43%	57,20%	97,20%	2,90%	91,50%	8,60%	91,50%	8,60%	43%	57,10%
	100,00%		100,00%		100,00%		100,00%		100,00%		100,00%		100,00%	