

# Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal

*Quality of life and coping strategies in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation*

PAOLA ANDREA ACOSTA HERNÁNDEZ\*

LEIDY CAROLINA CHAPARRO LÓPEZ\*\*

CÉSAR ARMANDO REY ANACONA\*\*\*

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia

---

## Resumen

Se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida WHOQOL-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985). Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados y empleados. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

**Palabras clave:** calidad de vida, conducta de afrontamiento, insuficiencia renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante de órganos

## Abstract

This study compares the quality of life and the coping strategies in 120 patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, peritoneal dialysis, or kidney transplantation. This comparison is made taking into account patients' age, sex, education level, marital status and occupation. The instruments used were a sociodemographic record, the quality of life assessment instrument WHOQOL-100 (World Health Organization, 1998) and the coping strategies questionnaire (Lazarus & Folkman, 1985). It was found that treatment of transplant patients reported better quality of life, and better coping strategies compared to patients in other treatments; particularly, treatment of transplant patients that were married, that were employed, that were in the transition between middle and late adulthood, women and patients with college, showed higher scores in quality of life and coping strategies than other groups. The implications of these findings are discussed.

**Keywords:** quality of life, facing conduct, renal failure, hemodialysis, peritoneal dialysis, organ transplants

---

RECIBIDO 12 DE MAYO DE 2008 ACEPTADO 24 DE JULIO DE 2008

\* paocost@hotmail.com

\*\* carito82\_sip@hotmail.com

\*\*\* crey@ucatolica.edu.co

Correspondencia: Carrera 12 N° 4-56, barrio Libertador, Tunja (Boyacá, Colombia)

LA ENFERMEDAD CRÓNICA se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Gil-Roales, 2004). La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un período de meses o años (Pérez, Llamas, & Legido, 2005). Perilla y Fernández (2007) encontraron que esta es una de las enfermedades crónicas con más incidencia en la actualidad; Colombia invierte aproximadamente unos 900 mil millones de pesos al año en el tratamiento integral de 11.239 personas afectadas, una de las enfermedades más costosas, en comparación con otras enfermedades crónicas, debido a que requiere en sus tratamientos el uso de máquinas especiales y/o medicamentos de alto costo.

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo. En la hemodiálisis una máquina purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso por medio de dos agujas conectadas a una fístula que se retiran al final de cada sesión, éste procedimiento se realiza por lo general tres veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión e implica la creación de una fístula que es una operación donde se une una vena con una arteria bajo la piel del brazo. Los pacientes tienen en todo momento profesionales entrenados en el caso de presentarse complicaciones durante el tratamiento y pueden conocer personas que comparten su misma condición, sin embargo deben acudir a la unidad renal en horarios establecidos sin posibilidad de realizar otras actividades durante éste tiempo y pueden tener problemas con el acceso venoso e hipotensión (Hernández, 1995). En la diálisis peritoneal una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambios 4 veces al día. A pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un trabajo y no requiere asistir a la unidad renal para la realización de la diálisis, el procedimiento requiere mayor espacio, elementos especiales de higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Chan, McFarlane, & Pierratos, 2005). El trasplante renal es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor. Para reducir la posibilidad de rechazar el riñón donado se tiene la necesidad de tomar medicamentos diariamente, especialmente inmunosupresores que disminuyen las defensas propias del organismo, el paciente además debe seguir las indicaciones dadas por el médico nefrólogo y someterse a una valoración pretrasplante. El trasplante es una intervención quirúrgica de gran envergadura que permite llevar una vida normal, evita las complicaciones de las fases finales de la enfermedad, hace innecesaria la realización de diálisis y genera una disminución de los costos de la enfermedad; sin embargo implica incluirse en lista de espera lo cual genera altos niveles de ansiedad, el cuerpo puede rechazar el riñón donado y éste puede no durar toda la vida (Brook & Nicholson, 2003).

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel

emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha *et al.*, 2003). Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario (Anderson & Levine, 1985), restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte (Kimmel, 2001). La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno (Badia & Lizán, 2003). En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente (Alarcón, 2004).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez *et al.*, 2001; Badia & Lizán, 2003). Álvarez *et al.* (2001) sostienen que los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud; por otra parte a nivel sociodemográfico, algunas variables han logrado explicar mejor la percepción de calidad de vida, e incluso se ha identificado que tienen implicación importante en la rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel educativo (Fernández *et al.*, 2005); por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (Gómez-Vela & Sabeth, 2002).

En relación al tratamiento Kimmel (2001) afirma que la posibilidad de escogerlo es una variable que influye sobre medidas psicológicas de la calidad de vida, en parte porque les da una sensación de no haber perdido el control sobre su salud. La calidad de vida tiene que ver con la adaptación del paciente a su tratamiento y es posible que esta adaptación se logre más fácilmente si es él mismo quien lo escoge (Apostolou & Gokal, 2000). La mayoría de los estudios realizados con esta población parecen sugerir que la calidad de vida global es muy similar en los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal, siendo ambas terapias superadas ampliamente por el trasplante renal (Valderrabano, Jofre, & López-Gómez, 2001). Afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente de los resultados que se deriven de la actuación; por ello, el concepto de adaptación se convierte en una clave primordial para entender la calidad de vida, vinculándose directamente con el proceso de afrontamiento (Rodríguez, Pastor, & López-Roig, 1993). En la actualidad, las enfermedades crónicas

como la insuficiencia renal crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1985), se entiende como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez *et al.*, 1993). De manera general, en los rangos positivos de calidad de vida, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación (López-Martínez, 1998). El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido (Lazarus & Folkman, 1985). Las estrategias dirigidas a la emoción pueden también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles. De esta manera, la predilección por el estilo enfocado en la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control sobre la situación (como ocurre en muchas situaciones que son parte de la vivencia de la enfermedad crónica), dicho afrontamiento llevaría a que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos, de tal forma que este estilo mantendría la esperanza y sostendría la autoestima. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2007).

Según Casado (2002), cuando una persona enfrenta cualquier situación, realiza una evaluación tanto primaria como secundaria. La evaluación primaria es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo o de compromiso a su bienestar. La evaluación secundaria es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. El resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza. En el desafío o reto el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Cuando la situación es valorada como amenaza, el sujeto considera que no posee recursos

para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella, genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora. Como consecuencia de lo anterior, la persona se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es además significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta (Lazarus, 1999).

Según Gil-Roales (2004), se ha encontrado una etapa crítica de la enfermedad crónica y se identifican una serie de reacciones comunes en ésta. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar.

En una investigación sobre afrontamiento en pacientes con IRC, Cassaretto *et al.* (2007), encontraron que el estilo de afrontamiento más usado es el centrado en la emoción, seguido posteriormente por el estilo centrado en el problema. En cuanto a las estrategias de afrontamiento encontramos que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento fueron señaladas como las más usadas. Los autores consideraron que la estrategia de planificación presumiblemente ayuda a los participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pudieron responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad y sus tratamientos. Igualmente, el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento puede coadyuvar a responder a las demandas emocionales pues permitiría proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro. Por otro lado, las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes en cuestión.

## Método

### *Participantes*

Participaron 120 pacientes de los cuales 80 pertenecían a la unidad renal de la Clínica San Rafael, 40 en el tratamiento de hemodiálisis, 40 en diálisis peritoneal y 40 pacientes que asistían Colombiana de trasplantes en la Clínica de Marly y la Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá con estratos entre 1 y 3, que cumplían con los criterios de enfermos renales crónicos y que aceptaron participar voluntariamente en la presente investigación.

Del total de los participantes, el 61% pertenecía al sexo masculino y el 39% al sexo femenino; el rango de edad predominante fue de 36 a 50 años (36%) y un promedio de 45 años; el nivel de escolaridad más frecuente de los participantes fue el de estudios secundarios con un 39%, seguido de estudios primarios con un 33%; el 41% son casados, mientras que el 26% son solteros, el 39% tiene algún tipo de remuneración económica por sus actividades laborales, dedicándose al hogar un 26%.

### *Instrumentos*

*Ficha sociodemográfica.* Esta ficha recogía los datos personales de edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tratamiento actual, tratamientos recibidos, edad de inicio de la enfermedad y causas de la misma.

*World Health Organization Quality Of Life-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998)*. Es un instrumento de 100 ítems autoadministrable que evalúa seis campos: físico (SF), psicológico (SPS), independencia (NI), relaciones sociales (RS), ambiente (AM) y espiritual (ES). Estos campos contienen 24 facetas de cuatro ítems cada uno, para un total de 96 ítems y una faceta adicional de 4 ítems que pertenecen a Calidad de Vida global y Salud General (CVG). Esta prueba fue traducida al castellano por Flórez (1998, citado en Quitian, 2003) y revisada por cuatro psicólogos expertos. Con la aplicación global del WHOQOL-100 en el presente estudio se encontró un índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de ,89 y de ,87 con la prueba pares impares, lo que indica que los resultados obtenidos tras su aplicación son confiables.

*Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985)*. El cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (*Ways of Coping, WOCQ*), es un instrumento que consta de 67 ítems, que permite una evaluación tridimensional de las estrategias de afrontamiento orientadas al problema y a la emoción. Dentro de las orientadas al problema se encuentran: solución de problemas (SP), apoyo social (AS) y confrontación (CN); y conforman las orientadas a la emoción: distanciamiento (DS), autocontrol (AU), evitación (EV), autoculpabilización (AC) y reevaluación positiva (RP). Este instrumento fue adaptado al español por Flórez (1993 citado en Acevedo & Avellaneda, 2005) para evaluar los procesos de afrontamiento. Con la aplicación de éste cuestionario en el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de ,86 y una confiabilidad en la prueba pares impares de ,79, lo que indica que los resultados con confiables.

### **Procedimiento**

Se solicitó permiso a las instituciones donde se aplicaron los instrumentos, especificando el objetivo del estudio. A continuación se ubicaron los participantes con base en la información suministrada por las instituciones y se les solicitó su consentimiento informado. Se explicaron aspectos relevantes de la investigación, explicando que no se generarían molestias físicas, gastos económicos o de tiempo, ni remuneración económica por participar.

Los tres instrumentos fueron aplicados a personas voluntarias que asistían a la unidad renal de la clínica San Rafael y la clínica de Marly de la ciudad de Bogotá y que cumplieron con las características de la muestra deseada, es decir enfermos renales crónicos que aceptaron voluntariamente participar en la presente investigación. Esta aplicación se realizó de manera grupal, pero las respuestas fueron personales, garantizando condiciones ambientales óptimas como un salón cómodo, sillas individuales y buenas condiciones de luz y aire. Este estudio abordó la problemática respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participaron en él, con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos, en particular, la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (1993) y la Ley 1090 de la República de Colombia, en lo concerniente al nivel de riesgo (que en este caso es mínimo), el consentimiento informado, la confidencialidad, etc. Para la aplicación de los instrumentos requeridos para la investigación se tuvo en cuenta el anonimato y la confidencialidad.

Posteriormente se procedió a comparar los resultados encontrados tras la aplicación del instrumento, por medio de la prueba estadística ANOVA de un factor.

Adicionalmente se controlaron las cinco variables sociodemográficas señaladas previamente: edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación; realizándose comparaciones con cada categoría de dichas variables.

### Resultados

A continuación se presentan los resultados de las comparaciones realizadas con los pacientes que asisten a alguno de los tratamientos existentes para la IRC . En primer lugar se presentan las comparaciones generales entre los tratamientos, teniendo en cuenta los datos descriptivos como media y desviación estándar (ver Tabla 1), posteriormente las diferencias significativas presentes entre los tratamientos (ver Tabla 2). Finalmente se muestran los resultados de las comparaciones realizadas entre los tratamientos teniendo en cuenta las variables sociodemográficas: edad (20 a 35 años, 36 a 50 años, 51 a 65 años, 66 a 80 años), sexo (femenino, masculino), escolaridad (ninguna, estudios primarios, estudios secundarios, estudios técnicos, estudios universitarios), estado civil (casado, separado, soltero, unión libre) y ocupación (desempleado, estudiante, hogar, pensionado, empleado). Lo anterior se realiza con el fin de comparar las puntuaciones en la calidad de vida y en las estrategias de afrontamiento en cada uno de los tratamientos, cuando los pacientes presentan éstas características individuales. Se presentan las características de las variables sociodemográficas en las que se encontraron más diferencias significativas.

**Tabla 1.** Medias de las variables según el tratamiento de hemodiálisis, trasplante renal y diálisis peritoneal

Variables	Hemodiálisis n = 40		Trasplante Renal n = 40		Diálisis Peritoneal n = 40	
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds
Solución de problemas	1,65	,43	1,86	,48	1,60	,52
Confrontación	1,54	,42	1,78	,40	1,78	,44
Apoyo Social	1,88	,47	1,90	,43	1,82	,48
Autocontrol	1,87	,41	1,90	,41	1,84	,42
Distanciamiento	1,13	,46	1,28	,45	1,16	,49
Reevaluación Positiva	1,82	,54	2,21	,51	1,90	,59
Autoculpabilización	1,56	,58	1,44	,60	1,46	,66
Evitación	1,52	,54	1,45	,52	1,53	,57
Salud Física	11,74	1,06	12,18	1,05	11,91	1,34
Salud Psicológica	13,45	1,86	14,15	1,60	12,80	1,93
Nivel de Independencia	12,19	1,73	12,14	1,08	11,28	1,94
Relaciones Sociales	12,90	2,02	13,12	1,63	12,21	1,86
Ambiente	12,83	1,83	12,93	1,26	12,84	1,17
Espiritualidad	15,40	3,42	15,68	3,37	15,27	2,74
Calidad Global adicional de vida y Salud General	13,38	3,14	15,73	2,10	12,50	2,89

Como se puede observar, los pacientes trasplantados tienen puntuaciones más altas que los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal en la mayoría de variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida. En las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal tienen puntuaciones similares.

Al comparar los resultados obtenidos entre hemodiálisis y trasplante renal existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de solución de problemas ( $F=3,992$ ,  $p=,049$ ), confrontación ( $F=6,47$ ,  $p=,013$ ) y reevaluación positiva ( $F=11,072$ ,

$p=,001$ ), donde es superior el tratamiento de trasplante. Esta misma tendencia se observa en la variable de calidad de vida global ( $F=15,51$ ,  $p=,000$ ) donde la diferencia entre los tratamientos es mayor.

Al comparar los tratamientos de trasplante renal y diálisis peritoneal se encontraron diferencias significativas en las variables de solución de problemas ( $F=5,00$ ,  $p=,028$ ) y reevaluación positiva ( $F=6,43$ ,  $p=,013$ ) donde es superior el tratamiento de trasplante. En calidad de vida las diferencias significativas se ubican en el nivel de independencia ( $F=5,93$ ,  $p=,017$ ), relaciones sociales ( $F=5,39$ ,  $p=,023$ ), salud psicológica ( $F=11,50$ ,  $p=,001$ ) y calidad de vida global ( $F=32,58$ ,  $p=,000$ ), predominando el tratamiento de trasplante renal.

Tabla 2. Diferencias entre los tratamientos

Variables	Hemodiálisis- Trasplante Renal		Trasplante Renal- Diálisis Peritoneal		Hemodiálisis- Diálisis Peritoneal	
	F	p	F	p	F	p
Solución de problemas	3,99	,049*	5,009	,028*	,204	,653
Confrontación	6,47	,013*	,004	,953	6,288	,014*
Apoyo Social	,027	,869	,544	,463	,308	,581
Autocontrol	,138	,711	,403	,528	,071	,791
Distanciamiento	2,34	,130	1,157	,285	,162	,688
Reevaluación Positiva	11,07	,001**	6,436	,013*	,380	,539
Autoculpabilización	,759	,386	,031	,861	,419	,519
Evitación	,313	,578	,444	,507	,014	,907
Salud Física	3,376	,070	,919	,341	,420	,519
Salud Psicológica	3,200	,078	11,502	,001**	2,357	,129
Nivel de Independencia	,024	,878	5,932	,017*	4,855	,031*
Relaciones Sociales	,300	,585	5,392	,023*	2,484	,119
Ambiente	,086	,770	,096	,758	,003	,957
Espiritualidad	,131	,718	,339	,562	,033	,857
Calidad Global adicional de vida y Salud General	15,51	,000***	32,582	,000***	1,684	,198

Al comparar los resultados de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal los pacientes en diálisis peritoneal emplean con mayor frecuencia la confrontación ( $F=6,28$ ,  $p=,014$ ) frente a la enfermedad; mientras que los pacientes de hemodiálisis reportan mayor satisfacción con el nivel de independencia ( $F=4,8$ ,  $p=,031$ ) en comparación con los pacientes de diálisis peritoneal.

Al comparar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida teniendo en cuenta las características sociodemográficas se encontró que en el rango de edad de 51 a 65 años se presentan más diferencias significativas entre los tratamientos, lo mismo ocurre en las pacientes de sexo femenino, pacientes con estudios universitarios, pacientes casados y en unión libre y pacientes dedicados al hogar.

Los pacientes trasplantados con edades entre 51 y 65 años tienen puntuaciones más altas que los otros tratamientos en las variables solución de problemas, confrontación, reevaluación positiva, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente, espiritualidad y calidad de vida global (ver Tabla 3).

Tabla 3. Medias de las variables según tratamiento

Variables	Edad 51-65 años					
	Hemodiálisis		Trasplante Renal		Diálisis Peritoneal	
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds
Solución de problemas	1,64	,62	2,09	,39	1,62	,59
Confrontación	1,66	,29	1,99	,47	1,87	,32
Apoyo Social	2,00	,43	1,97	,53	1,90	,50
Autocontrol	1,71	,55	1,92	,31	1,96	,39
Distanciamiento	1,26	,52	1,15	,36	1,26	,53
Reevaluación Positiva	1,80	,66	2,39	,15	1,80	,56
Autoculpabilización	1,75	,63	1,56	,60	1,48	,63
Evitación	1,63	,57	1,56	,41	1,64	,55
Salud Física	1,62	,78	12,27	,98	12,22	1,61
Salud Psicológica	13,20	1,34	14,40	1,08	12,00	1,95
Nivel de Independencia	11,71	1,53	11,95	1,07	10,80	2,00
Relaciones Sociales	12,70	1,14	12,87	1,54	11,88	2,08
Ambiente	12,45	1,05	12,93	,73	12,51	1,06
Espiritualidad	14,00	2,72	15,90	3,47	15,28	2,56
Calidad Global adicional de vida y Salud General	1,00	1,30	15,90	,94	11,83	3,28

En este rango de edad los pacientes de trasplante renal recurren con mayor frecuencia a la reevaluación positiva ( $F=8,17$ ,  $p=,011$ ) de la enfermedad, en comparación con los pacientes de hemodiálisis. La misma tendencia se muestra en la calidad de vida percibida por los mismos, encontrándose que presentan una mayor salud psicológica ( $F=4,66$ ,  $p=,045$ ) y calidad de vida global ( $F=90,75$ ,  $p=,000$ ). En la comparación entre trasplante y diálisis peritoneal se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento de solución de problemas ( $F=5,32$ ,  $p=,029$ ) y reevaluación positiva ( $F=10,78$ ,  $p=,003$ ), con niveles más altos en el tratamiento de trasplante renal. En las variables de salud psicológica ( $F=13,82$ ,  $p=,001$ ) y calidad de vida global ( $F=15,99$ ,  $p=,000$ ) los pacientes trasplantados muestran un nivel significativamente más alto en comparación con el tratamiento de diálisis peritoneal.

Las pacientes trasplantadas presentan puntuaciones más altas en la mayoría de variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida, a excepción de las variables autoculpabilización, evitación, nivel de independencia y ambiente, donde es superior el tratamiento de hemodiálisis (ver Tabla 4).

Se encontraron niveles significativamente más elevados en estrategias de afrontamiento de pacientes trasplantadas en comparación con las pacientes de hemodiálisis, específicamente en solución de problemas ( $F=5,88$ ,  $p=,021$ ), distanciamiento ( $F=6,46$ ,  $p=,016$ ) y reevaluación positiva ( $F=11,36$ ,  $p=,002$ ), por otro lado es superior el grado de autoculpabilización ( $F=4,93$ ,  $p=,034$ ) en pacientes de hemodiálisis; situación similar se presenta en la calidad de vida percibida, evidenciando niveles más altos de pacientes trasplantadas en las variables de salud física ( $F=4,46$ ,  $p=,043$ ), salud psicológica ( $F=5,18$ ,  $p=,030$ ) y calidad de vida global ( $F=4,78$ ,  $p=,036$ ).

De igual forma se encontraron diferencias significativas entre las pacientes de trasplante renal y diálisis peritoneal específicamente en las variables de solución de

problemas ( $F=5,53$ ,  $p=,026$ ), distanciamiento ( $F=5,00$ ,  $p=,033$ ) y reevaluación positiva ( $F=5,36$ ,  $p=,028$ ), sobresaliendo el trasplante renal. En cuanto a la calidad de vida percibida, las mujeres trasplantadas presentan un nivel superior en las variables de salud física ( $F=8,07$ ,  $p=,008$ ), relaciones sociales ( $F=5,60$ ,  $p=,025$ ), espiritualidad ( $F=6,61$ ,  $p=,016$ ), salud psicológica ( $F=23,10$ ,  $p=,000$ ) y calidad de vida global ( $F=22,52$ ,  $p=,000$ ).

Tabla 4. Medias de las variables en pacientes de sexo femenino

Variables	Sexo femenino					
	Hemodiálisis		Trasplante Renal		Diálisis Peritoneal	
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds
Solución de problemas	1,54	,41	1,91	,45	1,50	,51
Confrontación	1,61	,27	1,83	,42	1,69	,45
Apoyo Social	1,85	,42	1,96	,35	1,71	,44
Autocontrol	1,90	,43	2,11	,36	1,84	,48
Distanciamiento	1,00	,44	1,38	,40	1,01	,52
Reevaluación Positiva	1,82	,47	2,35	,43	1,88	,67
Autoculpabilización	1,67	,51	1,29	,47	1,51	,74
Evitación	1,49	,55	1,43	,50	1,53	,66
Salud Física	11,79	1,07	12,58	1,09	11,30	1,41
Salud Psicológica	13,30	2,08	14,68	1,34	11,87	1,90
Nivel de Independencia	12,50	1,66	12,42	1,39	11,46	1,86
Relaciones Sociales	12,60	2,00	13,31	1,72	11,71	2,04
Ambiente	13,43	1,50	13,07	1,49	12,09	1,18
Espiritualidad	16,06	2,76	17,05	3,21	14,00	3,40
Calidad Global adicional de vida y Salud General	14,31	3,38	16,41	2,00	11,57	3,59

Los pacientes con estudios universitarios en diálisis peritoneal presentan puntuaciones más altas que los otros tratamientos en la mayoría de las variables de estrategias de afrontamiento, en relación a la calidad de vida el tratamiento de trasplante tiene en general las puntuaciones más altas (ver Tabla 5).

Tabla 5. Medias de las variables en pacientes con estudios universitarios

Variables	Pacientes con estudios universitarios					
	Hemodiálisis		Trasplante Renal		Diálisis Peritoneal	
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds
Solución de problemas	1,62	,24	2,01	,48	2,19	,46
Confrontación	1,61	,14	1,73	,50	2,03	,28
Apoyo Social	1,79	,15	2,02	,33	2,11	,58
Autocontrol	1,56	,12	2,01	,27	2,20	,36
Distanciamiento	1,32	,24	1,12	,26	1,23	,43
Reevaluación Positiva	1,57	,16	2,19	,38	2,42	,65
Autoculpabilización	1,80	,43	1,00	,49	1,73	,98
Evitación	1,60	,49	1,31	,43	1,38	,77
Salud Física	12,91	,83	13,25	,88	12,66	1,00
Salud Psicológica	13,35	1,60	15,62	1,04	14,73	,64
Nivel de Independencia	13,50	,89	12,46	1,16	10,83	1,28
Relaciones Sociales	11,66	,81	14,62	1,35	13,00	2,51
Ambiente	12,87	2,23	13,76	1,14	13,54	,50
Espiritualidad	16,75	2,21	17,25	3,32	15,33	1,15
Calidad Global adicional de vida y Salud General	16,00	2,94	16,62	1,76	13,33	2,08

Las estrategias de afrontamiento más empleadas por los pacientes con estudios universitarios son las de autocontrol ( $F=9,25$ ,  $p=,012$ ) y reevaluación positiva ( $F=9,14$ ,  $p=,013$ ), que se presentan en un grado superior en pacientes trasplantados en comparación con los de hemodiálisis; por otro lado los pacientes de hemodiálisis tienden a autoculpabilizarse ( $F=7,61$ ,  $p=,020$ ) en un grado significativamente más alto con una media de 1,80; las diferencias significativas en la calidad de vida se observan claramente en las variables de salud psicológica ( $F=8,99$ ,  $p=,013$ ) y relaciones sociales ( $F=15,80$ ,  $p=,003$ ), con niveles más altos en el tratamiento de trasplante con una media de 15,62 y 14,62, respectivamente. En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes que asisten a diálisis peritoneal se muestran diferencias significativas en comparación con los pacientes de hemodiálisis en las variables de confrontación ( $F=7,12$ ,  $p=,044$ ), autocontrol ( $F=11,63$ ,  $p=,019$ ) y reevaluación positiva ( $F=6,70$ ,  $p=,049$ ); en la variable nivel de independencia ( $F=10,75$ ,  $p=,022$ ) la diferencia entre los tratamientos es mayor.

Tabla 6. Medias de las variables en pacientes casados

Variables	Pacientes casados (Estado civil)					
	Hemodiálisis		Trasplante Renal		Diálisis Peritoneal	
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds
Solución de problemas	1,59	,30	1,90	,58	1,58	,60
Confrontación	1,47	,33	1,88	,49	1,77	,44
Apoyo Social	1,86	,33	1,82	,52	1,66	,56
Autocontrol	1,77	,40	1,96	,55	1,75	,47
Distanciamiento	,95	,40	1,24	,41	1,15	,50
Reevaluación Positiva	1,76	,44	2,25	,67	1,85	,62
Autoculpabilización	1,40	,54	1,41	,59	1,52	,74
Evitación	1,40	,52	1,49	,55	1,45	,69
Salud Física	11,71	1,04	12,62	1,04	12,16	1,26
Salud Psicológica	13,70	1,59	14,70	1,38	12,97	2,13
Nivel de Independencia	11,65	1,74	12,09	,917	10,88	2,03
Relaciones Sociales	13,06	1,26	13,83	1,44	12,79	1,67
Ambiente	12,70	1,35	13,28	,991	12,97	1,11
Espiritualidad	15,93	2,60	16,25	2,97	16,10	1,32
Calidad Global adicional de vida y Salud General	13,33	2,09	16,06	1,65	12,50	2,92

Los pacientes casados trasplantados presentan las puntuaciones más altas en la mayoría de variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida (ver Tabla 6).

Los pacientes casados con trasplante renal tienden a confrontar ( $F=7,14$ ,  $p=,012$ ) y reevaluar la enfermedad de manera más positiva ( $F=5,60$ ,  $p=,025$ ), en comparación con los pacientes de hemodiálisis, esta misma tendencia se observa en la variable salud física ( $F=5,91$ ,  $p=,021$ ) y de calidad de vida global ( $F=16,35$ ,  $p=,000$ ), dónde la diferencia entre los tratamientos es mayor. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida percibida por los pacientes casados trasplantados específicamente en las variables de salud psicológica ( $F=7,54$ ,  $p=,010$ ), nivel de independencia ( $F=4,73$ ,  $p=,037$ ) y calidad de vida global ( $F=18,55$ ,  $p=,000$ ), en comparación con los pacientes de diálisis peritoneal; las estrategias de afrontamiento no presentan diferencias entre los tratamientos.

Se encontraron diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes trasplantados y en tratamiento de hemodiálisis que se dedican al hogar; las variables distanciamiento ( $F=4,89$ ,  $p=,04$ ), confrontación ( $F=5,15$ ,  $p=,04$ ) y reevaluación positiva ( $F=6,57$ ,  $p=,02$ ) presentan mayor puntuación en trasplante renal. Esta misma tendencia se observa en la variable de salud psicológica ( $F=5,12$ ,  $p=,04$ ) donde la diferencia entre los tratamientos es mayor (ver Tabla 7).

Tabla 7. Medias de las variables en pacientes dedicados al hogar

Variables	Hogar (Ocupación)				F	p
	Hemodiálisis		Trasplante Renal			
	$\bar{x}$	Ds	$\bar{x}$	Ds		
Solución de problemas	1,55	,48	1,80	,43	1,48	,24
Confrontación	1,58	,36	1,93	,32	5,15	,04*
Apoyo Social	1,91	,42	1,85	,35	,11	,75
Autocontrol	1,83	,50	2,11	,38	1,92	,18
Distanciamiento	,86	,49	1,35	,50	4,89	,04*
Reevaluación Positiva	1,73	,52	2,35	,56	6,57	,02*
Autoculpabilización	1,53	,61	1,27	,46	1,12	,30
Evitación	1,73	,57	1,44	,58	1,34	,26
Salud Física	11,7	,82	12,5	1,23	3,20	,09
Salud Psicológica	12,7	1,55	14,2	1,18	5,12	,04*
Nivel de Independencia	11,9	1,72	12,3	1,74	,24	,63
Relaciones Sociales	12,6	1,18	12,7	1,22	,07	,80
Ambiente	13,0	1,82	13,1	1,59	,00	,99
Espiritualidad	16,4	3,11	16,1	3,92	,05	,83
Calidad Global adicional de vida y Salud General	14,0	3,48	16,1	2,09	2,33	,14

\* $p \leq ,05$

### Discusión

El propósito de este estudio fue comparar la calidad de vida y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con IRC que son sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. A nivel general, se encontró que los pacientes trasplantados comparados con los pacientes de hemodiálisis presentan puntuaciones más altas en la variable calidad de vida global, lo que indica que pueden estar más satisfechos con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente, y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos de su calidad de vida. Según las puntuaciones obtenidas, la calidad de vida en los pacientes trasplantados parece ser más favorable que la encontrada en los pacientes que asisten a tratamiento de diálisis peritoneal, lo que muestra un adecuado funcionamiento psicológico reflejado en una autoestima alta, en un equilibrio emocional y un estado mental satisfactorio, adecuada interacción con su núcleo familiar y social más cercano y finalmente un nivel de independencia que estos pacientes tienen para realizar sus actividades cotidianas.

Al contrastar el tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal se encuentra que las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida son similares, por lo tanto no parecen diferir en los aspectos objetivos y subjetivos de la misma; sin embargo, los pacientes de

hemodiálisis tienen una puntuación más alta en nivel de independencia, lo cual facilita el desarrollo de las actividades de su vida diaria y la ejecución de proyectos de vida.

En relación con las estrategias de afrontamiento se encontró que los pacientes trasplantados en comparación con los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal tienden a emplear estrategias de solución de problemas a través de la búsqueda de posibles alternativas orientadas al mejoramiento de los síntomas de la enfermedad y reevaluación positiva de las experiencias vividas durante la misma. Esto indica que los pacientes trasplantados buscan disminuir o modificar la situación amenazante que se presentó con la aparición de la enfermedad, por medio de un ajuste a nivel emocional pertinente, sin dejar de lado la valoración racional que hacen de la misma. Los pacientes trasplantados y en diálisis peritoneal en comparación con los de hemodiálisis puntúan más alto en la variable confrontación, lo que indica que estos tratamientos tienden a sobreponerse con más frecuencia a las implicaciones que trae la enfermedad.

Teniendo en cuenta las comparaciones realizadas se puede decir que el trasplante renal genera en los pacientes una mejor calidad de vida global, probablemente porque es el tratamiento en el cual los pacientes, a pesar de continuar con el uso estricto de medicamentos y supervisión permanente del equipo médico, tienen más autonomía y un nivel de funcionamiento similar al experimentado antes de la aparición de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que las puntuaciones encontradas en los tres tratamientos no parecen diferir en las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de un apoyo social satisfactorio por parte de la familia, lo que indica que los pacientes tienen un manejo adecuado de los sentimientos experimentados, buscan por medio de actividades cotidianas distraer los efectos de la enfermedad y se sienten responsables en cierto grado por su aparición, sin evitar afrontar los cambios presentados a partir de ésta. El ambiente en el que se desenvuelven los pacientes es similar en los tratamientos en cuanto a los recursos financieros, participación en actividades recreativas, facilidad en el transporte, satisfacción con el ambiente del hogar y con los servicios sociales y de salud de los que disponen. En el campo espiritual los pacientes fundamentan su vida en la fe y la esperanza que le otorgan sus creencias religiosas, las cuales les permiten comprender y aceptar las dificultades vividas.

Al comparar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes que asisten a los tratamientos para la insuficiencia renal, con relación a la edad, se encontró que los pacientes trasplantados en edad de transición entre adultez media y tardía (51-65 años) en comparación con los de hemodiálisis y diálisis peritoneal, puntúan más alto en la variable reevaluación positiva, lo que indica que asumen la enfermedad como una experiencia de enriquecimiento personal que les permite obtener una mayor satisfacción con su vida. En la satisfacción con su salud psicológica presentan un nivel significativamente más alto, lo que señala la eficacia de su pensamiento, memoria y concentración, baja frecuencia de sentimientos negativos, incluyendo desánimo, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida, sentimientos de autoeficacia y de satisfacción con ellos mismos y con los demás, y una autoimagen positiva. En esta etapa de desarrollo los pacientes trasplantados emplean con mayor frecuencia estrategias orientadas a la solución del problema de la enfermedad de una forma adaptativa teniendo en cuenta las indicaciones médicas dadas para su tratamiento; esto ocurre

probablemente porque los pacientes trasplantados tienden a responder de forma activa, con acciones concretas para modificar la enfermedad. Esto se ajusta a lo dicho por Carmichael, Cois y Popoola (2000), quienes afirman que la calidad de vida, al menos en cuanto a los aspectos subjetivos, se ve menos alterada en los pacientes más ancianos. Otra posibilidad es que estas personas se adapten más fácilmente a la enfermedad.

Según las puntuaciones halladas en esta variable, se puede decir que las personas en edad de transición entre adultez media y tardía (51-65 años) que han sido trasplantadas presentan una mejor calidad de vida global en comparación con los pacientes pertenecientes a otra etapa del desarrollo o que asisten a tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Por otro lado, se encontró que independientemente de la edad los pacientes en todos los tratamientos presentan puntuaciones similares en las estrategias de afrontamiento, orientadas a la modificación del problema (como la confrontación y el apoyo social), así como las orientadas a la emoción (como autocontrol, distanciamiento, autoculpabilización y evitación), las cuales le pueden permitir una valoración ajustada de la situación. Las puntuaciones de salud física, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad no presentan diferencias significativas entre los tratamientos.

Con relación al sexo las puntuaciones encontradas en las mujeres trasplantadas en comparación con las de hemodiálisis y diálisis peritoneal indican que tienden a emplear estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas a partir de la búsqueda de alternativas que les permitan disminuir las alteraciones físicas y emocionales que trae la enfermedad; el desarrollo de actividades cotidianas en el hogar o en el lugar de trabajo les permite obtener un mayor distanciamiento de las implicaciones del tratamiento y la enfermedad, mejorando de esta forma la percepción que tienen de ésta. Las puntuaciones de su calidad de vida a diferencia de los otros tratamientos señalan que tienden a presentar un equilibrio emocional y un fortalecimiento espiritual más elevado que les permite tomar decisiones, mejorar su autoimagen y comprender las dificultades que se presentan durante su enfermedad. A diferencia de los hombres trasplantados, las mujeres de este tratamiento tienden a mostrar satisfacción en varias áreas de su vida lo que les puede facilitar una vida más placentera, mientras que los hombres muestran satisfacción en pocas áreas de funcionamiento siendo menos significativos los cambios en comparación con los otros tratamientos.

Estos resultados contradicen lo dicho por Arenas *et al.* (2004) quienes sostienen que las mujeres trasplantadas muestran mayor detrimento en la calidad de vida que los hombres en cuanto a la percepción del dolor y la interferencia con la realización de las actividades cotidianas. Las mujeres trasplantadas emplean con más frecuencia estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción en comparación con los otros tratamientos, lo que permite obtener una mejor adaptación frente a la enfermedad, teniendo en cuenta que la femineidad como característica de personalidad incluye aspectos como afectuosidad, capacidad de comprensión, ternura, tendencia a la expresión emocional, etc. Socialmente, el rol femenino ha estado constreñido concretamente al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas (Hyde, 1995). Por otra parte, se encontró que tanto hombres como mujeres en los tres tipos de tratamiento no difieren significativamente en las puntuaciones obtenidas en las variables de apoyo social, autocontrol y evitación, lo que indica que cuentan con un apoyo permanente de su núcleo familiar, que les permite manejar las emociones experimentadas durante la enfermedad y afrontarla al incluirse en

alguno de los tratamientos. En relación con la calidad de vida, los pacientes de ambos sexos presentan puntuaciones similares en la variable nivel de independencia, lo que les permite movilizarse y ejecutar sus actividades personales y laborales, sin cambios notables.

En el presente estudio se observó a partir de las puntuaciones que los pacientes trasplantados a diferencia de los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal con estudios universitarios, son quienes emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de autocontrol y reevaluación positiva, al lograr un equilibrio emocional y comportamental que les permite asumir la situación de forma positiva. En relación con la calidad de vida los resultados indican que se encuentran más satisfechos con su salud psicológica y con las relaciones sociales mantenidas con personas significativas de su entorno. El grado más alto de escolaridad en los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal les permite comprender y afrontar la enfermedad con mejores estrategias, en comparación con niveles inferiores de escolaridad. Los pacientes en diálisis peritoneal en comparación con los de hemodiálisis, son quienes tienen mayor puntuación en la variable autculpabilización, lo que indica que se sienten más responsables por la aparición de la enfermedad posiblemente por la menor calidad de vida que perciben y el menor nivel de independencia que tienen para la realización de sus actividades cotidianas, siendo superior el tratamiento de hemodiálisis. Los resultados hallados corroboran lo dicho por Alarcón (2004), quien afirma que entre más avanzado sea el desarrollo cognitivo, mejor equipado se está para afrontar las diversas circunstancias de la vida; los pacientes en estos tratamientos deben estar en posibilidad de buscar información, de pedir ayuda, de tener elementos cognitivos claros que les permitan tomar decisiones en momentos críticos, necesitando un nivel de escolaridad promedio.

Los pacientes con estudios universitarios, independientemente del tratamiento, asumen la enfermedad con puntuaciones similares de estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema, confrontarlo y buscando apoyo social; intentan distraer su atención de los síntomas de la enfermedad sin evitar aceptarla, por medio del distanciamiento y evitación. Las puntuaciones de la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva no parecen diferir en los tres tratamientos específicamente en la salud física, ambiente y espiritualidad, observándose esta misma tendencia en los demás grados de escolaridad. Según Alarcón (2004), existen factores psicosociales que se han asociado con una calidad de vida deficiente, entre ellos se encuentra el bajo nivel educativo, se considera que toda la formación que pueda recibir el sujeto, en términos de conocimientos y habilidades, es la herramienta con que va a contar para transformar su realidad.

Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en la variable estado civil los pacientes casados trasplantados, comparados con los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal, emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como reevaluación positiva y solución de problemas, lo cual señala que estos perciben de forma positiva la enfermedad y la afrontan por medio de diversas estrategias orientadas a la solución de las limitaciones que ésta genera. La puntuación de su calidad de vida es superior en el área física disminuyendo el dolor e incomodidad, mientras aumenta el nivel de energía y la calidad de su sueño; por otra parte, estos pacientes a pesar de que dependen de medicamentos para su funcionamiento diario, tienen un nivel de independencia más alto lo que les permite desarrollar actividades cotidianas de forma voluntaria. A pesar de que existen similitudes entre vivir en unión libre o estar casado, siguen siendo los

pacientes casados los que tienen una mayor puntuación de calidad de vida subjetiva y objetiva, lo que confirma lo dicho por Arenas *et al.* (2004) quienes hallaron en sus estudios que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran una percepción de calidad de vida más baja. Entre las variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida que no presentan diferencias entre los tratamientos en ésta comparación se encuentran solución de problemas, apoyo social, autocontrol, distanciamiento, autoculpabilización, evitación, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad.

En relación con las puntuaciones obtenidas en la variable ocupación se encuentra que en los tres tratamientos los pacientes que no tienen una actividad laboral presentan un nivel de calidad de vida similar, siendo la confrontación, el distanciamiento y la reevaluación positiva las estrategias de afrontamiento más empleadas por los pacientes trasplantados; en lo referente a la calidad de vida los pacientes trasplantados tienen puntuaciones mayores en su salud física y psicológica, lo cual muestra que pueden estar satisfechos con el equilibrio mantenido entre su estado corporal y mental. Los pacientes trasplantados empleados o que practican algún tipo de ocupación, ya sea en el hogar, son los que tienen puntuaciones mayores de calidad de vida en comparación con los de hemodiálisis y diálisis peritoneal; lo anterior se confirma en estudios donde los pacientes que se encuentran inactivos laboralmente muestran mayor deterioro en su calidad de vida (Arenas *et al.*, 2004), lo que incide la mayoría de las veces en el tratamiento. Por otra parte, Fernández *et al.* (2005) aseguran que el proceso de rehabilitación es mejor cuando los pacientes en edad activa se encuentran trabajando. Las estrategias de afrontamiento no difieren significativamente entre los pacientes con cualquier ocupación, a excepción de la variable reevaluación positiva, por otro lado la calidad de vida global sigue siendo superior en el trasplante renal, comparado con los otros tratamientos.

La calidad de vida de los pacientes en cualquier tipo de terapia renal es inferior a la de los controles normales (Valderrabano *et al.*, 2001). No obstante, aunque varios estudios han demostrado una superioridad inicial de la diálisis peritoneal sobre la hemodiálisis (Cameron, Whiteside, Katz, & Devins, 2000), la mayoría parece sugerir que la calidad de vida global es muy similar en los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal, siendo ambas terapias superadas ampliamente por el trasplante renal (Valderrabano *et al.*, 2001). Cuando se trata de mirar separadamente algunos de los diferentes componentes de la calidad de vida, la evidencia de estudios prospectivos de cohortes tiende a indicar que hay una mejor calidad de vida desde el punto de vista físico para los pacientes bajo hemodiálisis cuando se comparan con diálisis peritoneal, mientras que la calidad de vida desde el punto de vista mental es muy similar para ambas modalidades de terapia (Kutner *et al.*, 2000), hechos que se corroboran en el presente estudio, específicamente en el rango de 20-35 años, donde la salud física es mayor en los pacientes de hemodiálisis.

La situación de la enfermedad para los pacientes renales en los diferentes tratamientos es valorada principalmente como una amenaza, al considerar que no poseen recursos para hacer frente a la situación nueva; no se teme tanto a ésta, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarla, vinculando de este modo la angustia y la ansiedad (Lazarus, 1999). Se puede evidenciar que los pacientes de trasplante renal y hemodiálisis emplean principalmente un afrontamiento dirigido a la emoción, considerando probablemente que no pueden modificar la situación de la enfermedad; este estilo de afrontamiento es considerado como un mecanismo sano de adaptación funcional, ya

que desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (Rodríguez *et al.*, 1993). Los pacientes de diálisis peritoneal emplean estrategias orientadas al problema, como la confrontación que podría impedir una aceptación de la enfermedad al verla como una amenaza.

Con base en los resultados encontrados, se puede plantear que es pertinente implementar estrategias de intervención grupal, orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal donde se involucre al equipo médico y núcleo familiar del mismo, debido a que estos contribuyen en el bienestar físico y emocional del paciente durante la enfermedad. Esto se puede llevar a cabo a través de la conformación de grupos de encuentro con personas que presenten su misma condición y el estudio de caso de cada paciente por parte del equipo interdisciplinario.

Es fundamental que la intervención psicológica brinde más herramientas a los pacientes en relación con las estrategias de afrontamiento que emplean frente a la enfermedad, para que éstas estén orientadas tanto al problema como a la emoción, ya que limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes, mientras que el uso mixto centrado en la emoción y luego en el problema tendría mayores beneficios para situaciones estresantes que se presenten en el futuro (Cassaretto *et al.*, 2007). Finalmente, es importante para futuras investigaciones que se estudie la probable relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, para de esta forma conocer si existen estrategias que contribuyen al mejoramiento de la percepción de la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal. Por otra parte, sería interesante complementar el presente estudio teniendo en cuenta el tipo de diálisis peritoneal (diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD), diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD) y combinación de CAPD y CCPD), para comparar los efectos que se puedan presentar entre los tratamientos.

### Referencias

- Acevedo, J. & Avellaneda, L. (2005). *Relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas discapacitadas físicas al adquirir su limitación y los factores de personalidad en las ciudades de Duitama y Sogamoso*. Tesis de grado no publicada, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.
- 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.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Anderson, J. & Levine, J. (1985). Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal*. Madrid: Emalsa.
- Apostolou, T. & Gokal, R. (2000). Quality of Life after Peritoneal Dialysis. En R. Kahna & R. Krediet (Eds.), *Nolp and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M., & Sirvent, E. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología*, 24, 470-479.
- Badia, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.

- Brook, N. & Nicholson, M. (2003). Kidney transplantation from non heart-beating donors. *Surgeon*, 1, 311-322.
- Cameron J., Whiteside, D., Katz J., & Devins, G. (2000). Differences in Quality of Life Across Renal Replacement Therapies: a meta-analytic Comparison. *American Journal of Kidney Diseases*, 35, 629-637.
- Carmichael, P., Cois, & Popoola, J., (2000). Assessment of Quality of Life in a Single Center Dialysis Population using the KDQOL-SF Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9, 195-205.
- Casado, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estrés y afrontamiento*, 1, 87-98.
- Chan C., McFarlane P., & Pierratos A. (2005). Quotidian dialysis-update. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 5, 56-68.
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, S. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis*. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M., & Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Nefrología*, 57, 185-198.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Vela M. & Sabeth, E. (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Extraído el 14 de febrero, 2007, de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- Hernández, G. (1995). Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México. *Gaceta Médica México*, 4, 59-63.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
- Kutner, N., Zhang, R. & McClellan, W. (2000). Patient-Reported Quality of Life Early in Dialysis Treatment: Effects Associated with usual Exercise Activity. *Nephrology Nursing Journal*, 27, 34-42.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 164.
- Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- López Martínez, A. E. (1998). *El constructo de calidad de vida*. Impreso del curso del doctorado: *Ocio y calidad de vida*. Universidad de Málaga. España.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993*. Bogotá: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Manual de Aplicación e Interpretación del WHOQOL-100*. Recuperado enero 10, 2008, disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf).
- Pérez, J., Llamas, F., & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1, 1-10.
- Perilla, S. & Fernández C. (2007). *Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de alto costo*. Extraído el 20 de enero, 2007, de <http://www.eltiempo.com/salud>
- Quitian, O. (2003). *Calidad de vida y religión*. Tesis de grado no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Rodríguez, J., Pastor, S., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Valderrabano F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 443-464.