

La evaluación del estrés en la Insuficiencia Renal Crónica: una aproximación multidisciplinar

Barba Tejedor, A.A.
Pérez del Río, E.
Gómez Gutiérrez, Y.
Barba Tejedor, S.
Machi Portalés, M.

*Psicólogo. Unidad del Dolor. Hospital Universitario de Salamanca.
Supervisor Servicio Hemodiálisis. Residencia Sanitaria "Virgen de la Vega". Salamanca*
*Enfermera.
Unidad de Hemodiálisis.
Hospital Clínico. Valladolid.*

RESUMEN

En este trabajo describimos las características psicosociales de una muestra de 19 pacientes españoles con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis. Se evalúan, además, los niveles de estrés y los modos de afrontamiento al estrés de dichos pacientes, determinando el impacto de cada estresor en el conjunto de la enfermedad. Los resultados indican que los sujetos de la muestra no presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés que otros pacientes crónicos. Las estrategias de afrontamiento utilizadas son tanto del tipo activo como pasivo, aunque parecen darse diferencias a favor de las activas. Se pretende abrir una línea de investigación y evaluación multidisciplinar que favorezca el cuidado total del paciente con IRC sometido al proceso de hemodiálisis.

PALABRAS CLAVE: **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HEMODIÁLISIS. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES. ESTRÉS. MODOS DE AFRONTAMIENTO. MULTIDISCIPLINARIDAD.**

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las enfermedades que presenta mayores niveles de impacto

psicosocial en los pacientes que la sufren. (1,2,3,4). La combinación de numerosos estresores agudos y crónicos hacen del paciente con IRC un sujeto con altos niveles de sufrimiento físico y psíquico. (5). Creemos que un acercamiento multidisciplinar es la mejor manera para alcanzar un cuidado total del enfermo. Esta actuación debe de pasar obligatoriamente por la evaluación adecuada de las características psicosociales alteradas en el paciente. Además es necesario determinar los principales estresores implicados en el proceso de la hemodiálisis para conocer el impacto de cada uno de ellos en el conjunto de la enfermedad. Como es sabido existe una relación más o menos clara entre el modo en que un sujeto afronta aquellos acontecimientos que le provocan estrés y los resultados de su proceso de adaptación a dichos estresores. (5,6,7). La evaluación de las estrategias de afrontamiento del paciente (lo que este piensa, siente y hace para hacer frente a su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias de ambos) debe de ser tenida muy en cuenta. Por ello creemos que es indispensable incluir este tipo de aspectos en todo protocolo de evaluación y tratamiento multidisciplinar de los pacientes con IRC que estén recibiendo hemodiálisis.

OBJETIVOS

Este trabajo quiere presentar una metodología para evaluar las principales características psicosociales en el proceso de hemodiálisis, intentando arrojar algo de luz a la investigación multidisciplinar que sobre la IRC y el proceso de hemodiálisis se está realizando en España.

Los objetivos fundamentales de la investigación son:
1. Especificar los principales estresores relacionados

Correspondencia: Antonio Alberto Barba Tejedor.
C/ Las Alondras, 36. Urbanización Valdelagua.
37194 - Sta. Marta de Tormes (Salamanca)

9. Cuestionario para evaluar los modos generales de afrontamiento COPE (11).

Una vez terminados de aplicar los cuestionarios se pasó al tratamiento estadístico de los datos con ayuda del programa informativo SPSS para Windows. Con los resultados obtenidos se elaboró un informe individual de cada paciente.

RESULTADOS

Análisis preliminares:

En primer lugar se realizó una matriz de correlación entre todas las variables de la investigación para investigar las posibles contaminaciones previas entre ellas. Se obtuvieron niveles significativos en las siguientes variables:

- Estrategia de búsqueda de apoyo social (estilo de afrontamiento 4 del COPE) con nivel de apoyo social (0'673; $p=0'002$)

- Estrategias activas del COPE con estilos de afrontamiento 3 (búsqueda de apoyo instrumental) (0'768; $p=0'002$) y 4 (búsqueda de apoyo social) (0'854; $p=0'001$)

Pensamos que en ambos casos esta relación es totalmente lógica ya que tanto la búsqueda de apoyo social como la de apoyo instrumental han sido consideradas durante mucho tiempo estrategias de afrontamiento activo habituales. Sin embargo, y en previsión de otro tipo de explicaciones sobre el asunto, recomendamos ampliar la muestra para controlar esta contaminación.

El resto de las variables se mostraron independientes entre sí.

Características psicosociales:

Dentro de este grupo hemos considerado las siguientes variables:

1. Ansiedad estado:

La media de ansiedad de los sujetos de nuestra muestra se sitúa entorno al centil 11 (media= 10'68; $Sx=7'5$) y ninguno de los pacientes supera el centil 25, lo que significa que no podemos afirmar que este grupo de pacientes presente niveles altos de ansiedad estado. En comparación con otro tipo de pacientes como los afectados de dolor crónico (12) los niveles son menos significativos aún (en torno al 25% de los sujetos del estudio anteriormente citado presentan ansiedad clínica y otro 50% ansiedad subclínica).

2. Ansiedad rasgo:

Aunque en esta medida los niveles de ansiedad aumentan (un 26% de los sujetos presenta un centil mayor a 50) tampoco podemos afirmar que nuestros pacientes pre-

senten una ansiedad de base importante, ya que la media se sitúa en torno al centil 23 (media=23'4; $Sx=28'44$). En comparación con la medida anterior podemos decir que actualmente los pacientes en hemodiálisis "Virgen de la Vega" están menos ansiosos que otras muestras clínicas.

3. Depresión:

Los datos respecto a la sintomatología depresiva de nuestra muestra son similares a los obtenidos en la ansiedad. El 64% de los enfermos carece de sintomatología depresiva a considerar. El 16% presenta una depresión borderline, que puede ser considerada como una forma subclínica de la depresión. Del 20% restante un 10% presenta depresión leve y el otro 10% depresión moderada. Ningún sujeto presentó una depresión grave o muy grave.

Ansiedad estado: centil 11

Depresión: nula -> 64% del total
borderline -> 16%
leve -> 10%
moderada -> 10%
grave -> 0%

Ansiedad rasgo: centil 23

4. Estrés:

Respecto a las consecuencias psicofisiológicas atribuibles al estrés, podemos indicar que nuestros enfermos obtienen una media de estrés del 16'37, muy por debajo del 40'3 obtenido por los pacientes con dolor crónico (12). Así pues tampoco podemos hablar de la existencia de consecuencias del estrés grave para la salud.

En relación con los estresores derivados de los acontecimientos vitales hemos obtenido que el 68'5% de los pacientes se sitúa en un nivel de impacto vital del estrés bajo, el 10'5% en un nivel intermedio y el 21% restante en niveles elevados (presentaron más de cuatro acontecimientos vitales importantes en el último año). Esta ausencia significativa de acontecimientos vitales generadores de estrés podría explicar, en parte, el porqué de la menor sintomatología psicofisiológica derivada del estrés de los sujetos de nuestro estudio.

El nivel medio de estrés de los pacientes en hemodiálisis de la Residencia Sanitaria "Virgen de la Vega" de Salamanca se sitúa entorno a un 13% según se recoge en la siguiente tabla de frecuencias:

0-10% estrés ->	9 sujetos (47%)
10-20% estrés ->	7 sujetos (37%)
20-40% estrés ->	2 sujetos (16%)
+40% estrés ->	0 sujetos

De entre todos los estresores evaluados los que presentaron mayor frecuencia fueron:

con la IRC y el proceso de hemodiálisis en una muestra de enfermos españoles.

2. Mostrar el impacto de cada uno de los estresores evaluados en el conjunto de la enfermedad.

3. Determinar los niveles de estrés en una muestra de sujetos españoles con IRC sometidos al proceso de hemodiálisis.

4. Describir las características psicosociales de la muestra.

5. Evaluar los modos individuales de afrontamiento a los estresores más habituales en la IRC.

Este trabajo no pretende arrojar resultados concluyentes y definitivos sobre la situación psicosocial y los niveles de estrés del enfermo español con IRC. Más bien se constituye como un estudio piloto que ofrezca pistas para posteriores investigaciones en el campo de la hemodiálisis. Así pues su finalidad y su valor son eminentemente descriptivos y heurísticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la muestra

Se han evaluado 19 sujetos del Servicio de Hemodiálisis de la Residencia Sanitaria "Virgen de la Vega" de Salamanca, afectados de IRC con distintos grados funcionales de gravedad y que están recibiendo un tratamiento de hemodiálisis. Esta variables ("estadio de la enfermedad") nos ha servido para establecer tres grupos de pacientes:

1. Sujetos en un estado inicial (de 0 a 2 años en hemodiálisis) -> 4 sujetos

2. Sujetos en un estado intermedio (de 2'1 a 10 años en hemodiálisis) -> 6 sujetos

3. Sujetos en un estado avanzado (más de 10 años en hemodiálisis) -> 9 sujetos

La muestra se distribuye homogéneamente en edad, sexo y nivel sociocultural, tal y como indica la siguiente tabla.

Edad: 20-40 años -> 2 sujetos	Sexo: Hombres -> 11 sujetos (57'9%)
41-60 años -> 8 sujetos	Mujeres -> 8 sujetos (42'1%)
61-80 años -> 7 sujetos	
+81 años -> 2 sujetos	Nivel socioeconómico: Bajo -> 31'6%
(media=61'32)	Medio -> 47'4%
	Alto -> 21%
	(Moda=nivel medio)

El número de sujetos estudiados se corresponde al 13% del total de la población de enfermos sometidos a hemodiálisis en la provincia de Salamanca. El criterio de inclusión muestral fue "estar en tratamiento habitual de hemo-

diálisis en la Residencia "Virgen de la Vega". Se eliminaron de la muestra aquellos sujetos que sólo recibían tratamiento en periodos concretos de tiempo (p. ej. en vacaciones) y no de forma usual.

Procedimiento

A lo largo de dos semanas se realizaron 19 entrevistas a otros tantos pacientes (con una hora y 25 minutos de duración media) en la que se aplicaban los diferentes cuestionarios mientras el enfermo estaba en el proceso de hemodiálisis. La hora de entrevista, los entrevistadores y el lugar de la entrevista fueron siempre los mismos para todas las personas. Los instrumentos de evaluación también fueron aplicados siempre en el mismo orden para evitar contaminaciones de los resultados. Cada uno de los enfermos fue asignado aleatoriamente a uno de los dos entrevistadores existentes.

La batería de instrumentos utilizados colocados en el orden de aplicación fue:

1. Hoja de recogida de datos sociodemográficos: incluye información sobre edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, tiempo sufriendo la enfermedad, tiempo en hemodiálisis, tiempo con el mismo equipo asistencial, otras enfermedades y otros tratamientos médicos y psicológicos.

2. Cuestionario de Salud General para determinar las consecuencias psicofisiológicas del estrés.

3. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (8) para evaluar las características cuantitativas de los procesos depresivos.

4. Listado de estresores propios de la IRC y el proceso de hemodiálisis elaborado para este trabajo: en él se da una lista con los estresores más usuales en el procedimiento de hemodiálisis elaborada para esta investigación. El paciente debe numerar de 0 a 10 la incidencia y el impacto de cada uno de los estresores en su percepción de la enfermedad y del tratamiento.

5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spelberger (STAI)(9) para la determinación de los indicadores de ansiedad a nivel de estado como de rasgo (la ansiedad que habitualmente tiene un sujeto).

6. Escala de Acontecimientos Vitales (10): evalúa la existencia de grandes acontecimientos vitales en tres grandes áreas: personal, económica y familiar. Se utilizó para controlar la posible influencia de este tipo de acontecimientos en el nivel final de estrés del sujeto.

7. Escala de apoyo social (10).

8. Cuestionario de Modos de Afrontamiento Específicos en Hemodiálisis: preguntamos a los pacientes cómo afrontaban cada uno de los estresores relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis.

- Problemas en los desplazamientos (ambulancias) -> 59% del total de los enfermos.
- Miedo al sufrimiento -> 32% del total de los enfermos
- Tener una enfermera nueva -> 31% del total de los enfermos.
- Dolor -> 27% del total de los enfermos.
- No tener vacaciones -> 21% del total de los enfermos.
- Posturas molestas -> 20% del total de los enfermos.
- Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina -> 19% del total de los enfermos.
- Miedo a las complicaciones -> 18'5% del total de los enfermos.

El resto de los estresores evaluados en el cuestionario no obtuvieron el nivel de significación suficiente para explicar la varianza de la enfermedad, y por tanto su consideración ha de ser menor.

5. Estilos de afrontamiento:

La relación entre las estrategias de afrontamiento específicas a cada uno de los estresores de la lista y las estrategias obtenidas con el COPE no difieren significativamente tal y como indican los siguientes estadísticos:

- COPE activo-estrategias particulares activas -> 0'22 (>p 0'005).
- COPE pasivo-estrategias particulares pasivas -> 0'77 (>p 0'005).

No hay diferencias significativas en cuanto al estilo de afrontamiento utilizado por nuestros enfermos, ni al nivel de estrategias generales ($F = 0'47$; $p = 0'005$) ni particulares ($F = 0'08$; $p = 0'005$) aunque este último dato (el de las estrategias particulares) nos puede dar pistas para la investigación futura al estar muy cerca del nivel de significación.

De todas las estrategias utilizadas las más empleadas fueron:

- Religión
- Aceptación
- Aguantarse
- Búsqueda de apoyo social-emocional
- Reinterpretación positiva y crecimiento personal
- Afrontamiento activo
- Búsqueda de apoyo instrumental

- Por su parte las menos utilizadas fueron:
- Consumo de drogas-alcohol
 - Humor
 - Centrarse en emociones y desahogarse
 - Negación

No se han realizado análisis comparativos entre los diferentes estilos de afrontamiento entre sí y la relación con el estrés, porque, por un lado, este no era el objetivo de la investigación, y por otro, se carece de muestra significativa para la población general. Sin embargo, y a la luz de estos datos, sería interesante continuar en esta línea de trabajo.

Otras variables significativas

Nivel de apoyo social

El nivel de apoyo social de nuestra muestra se sitúa mayoritariamente en niveles bajos (47% del total) e intermedios (42% del total), lo cual nos indica que el apoyo social no nos sirve para explicar la ausencia de estrés encontrada.

Tiempo medio con la enfermedad

La media de meses que los sujetos de nuestra muestra obtienen es de 142'73, lo cual equivale a una media de 12 años.

Tiempo que llevan con el mismo personal sanitario

El tiempo medio de convivencia de los enfermos con el mismo personal sanitario es de 5'8 años. Este dato no guarda ninguna relación significativa con los niveles de estrés ni con sus consecuencias.

Estado de la enfermedad

No se han encontrado diferencias significativas de estrés entre los sujetos según el momento de la enfermedad en que se encuentran. Sin embargo la relación estado de la enfermedad-estrés ($F = 0'07$; $p = 0'05$) nos hace pensar que quizás con una muestra más potente pudiésemos hallar diferencias significativas.

CONCLUSIONES

A) La falta de existencia de mayores índices de ansiedad y depresión en nuestra muestra en comparación con otros estudios similares puede ser debida a tres factores fundamentales:

1. El escaso tamaño de la muestra: probablemente este sea el principal error de la investigación aquí presentada.

Evidentemente sólo se corregirá este posible fallo aumentando el tamaño muestral.

2. Comparación con datos no significativos para nuestras poblaciones: la inmensa mayoría de los estudios que sobre las características psicosociales de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis (o al menos los que nosotros manejamos) trabajan con muestras sajonas. Es evidente que la cultura y la sociedad determinan de modo más o menos importante estos datos. Por otro lado, la investigación española que conocemos (13,14), está en una línea bastante distinta a la que nosotros planteamos, por lo que los instrumentos utilizados y las explicaciones a los resultados obtenidos pueden no coincidir con nuestro modo de ver las cosas.

3. La ausencia de estrés: creemos que la mayor parte de los síntomas depresivos y ansiosos de las muestras de enfermos crónicos responden a problemas derivados del estrés (15). Al no darse niveles de estrés significativos en nuestros pacientes, los síntomas parecen haber disminuido.

B) Uno de los motivos del escaso impacto del estrés en nuestra muestra puede ser el adecuado trato profesional y humano que los pacientes reciben por parte del equipo asistencial. Los estresores referidos a este eje son los que menor puntuación han obtenido de todos, atreviéndonos incluso a afirmar que éste pudiera ser un factor modulador positivo del estrés y sus consecuencias. De todos modos, y en honor a la verdad, esta hipótesis aquí lanzada ha de ser (y merece) ser comprobada adecuadamente.

C) Los principales estresores de nuestros pacientes pueden ser agrupados en torno a dos grandes ejes:

1. Estresores de tipo físico (p.ej. dolor, posturas molestas, pasar mucho tiempo enganchado a la máquina...)

2. Estresores de tipo cognitivo-emocional (p.ej. miedo al sufrimiento, enfados por culpa de las ambulancias y los traslados...)

Si pensamos realizar un procedimiento de intervención multidisciplinar en este tipo de pacientes (al menos en nuestra muestra) hemos de introducir técnicas que se dirijan a ambos componentes, no obviando ninguno de los dos.

D) Se necesita más investigación sobre la relación del estilo de afrontamiento con cada una de las variables estudiadas, porque quizás aquí esté la clave del porqué de las diferencias en estrés.

E) Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación no han de ser extrapolados a ninguna otra población, ni sus consecuencias tomadas de for-

ma definitiva. Las limitaciones muestrales y la necesidad de análisis más detallados, hacen que tengamos que tomar con cautela los resultados aquí obtenidos. Sin embargo creemos que el valor de este estudio es eminentemente heurístico. Con él pretendemos mostrar una línea de trabajo e investigación multidisciplinar que redunde en beneficio del paciente con IRC. Ante la escasez de planteamientos adecuados sobre el tema, esta investigación puede ayudar a tener una idea y una metodología de acercamiento válida para la evaluación y el tratamiento de la problemática psicosocial derivada del proceso de hemodiálisis y de la IRC.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Levine, D.Z. (1991) *Care of the renal patient*. Philadelphia: W.B. Saunders.

2.- Gordon, L. Y Moore, M. (1976) *Psychiatric aspects of chronic renal disease* en POSTGRADUATE MEDICINE, 70, 5: 140-46.

3.- Levy, M.B. y Norman, B. (1978) *Psychological sequelae to hemodialysis* en PSYCHOSOMATIC, 19: 329-331.

4.- Kaplan de Nour, A y Czaczkesj, W. (1979) *Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis* en DR. J. PSYCHIATRY, 115:207.

5.- Christensen, A. Ct al. (1995) *Coping With Treatment-Related Stress: Effects on Patient Adherence in Hemodialysis* en JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, vol. 63, nº3: 454-459.

6.- Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

7.- Lazarus, R.S. (1993) *Coping theory and research: Past, present and future* en Psychosomatic Medicine, 55: 234-247.

8.- Beck et al. (1961) *An inventory of measuring depression* en ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 4: 53-63.

9.- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970) *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press.

10.- Departamento de Salud Mental de California (1982) *Escala para la evaluación del estrés*. California.

11.- Carver, Scheier y Weintraub (1989) *Assesment of ways of coping*.

12.- Barba Tejedor, A.A. (1996) *La evaluación psicológica del dolor crónico en el medio hospitalario: propuesta de un sistema de análisis evaluativo*. Salamanca. Universidad Pontificia de Salamanca.