

# La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica

## RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza para la salud y de ansiedad-rasgo, en una muestra de 200 pacientes integrada por medio de muestreo no probabilístico; los criterios de inclusión fueron: adultos de ambos géneros diagnosticados con enfermedad crónica, con estudios de enseñanza básica y orientada. El marco teórico que guió la investigación es el Modelo de Adaptación de Roy. El diseño fue descriptivo, transversal, correlacional. Se utilizó el cuestionario de fortaleza de S. Pollock y la escala de autoevaluación de ansiedad-rasgo de Spielberger; los instrumentos presentaron una consistencia interna aceptable con un Alpha de Cronbach de ,852 y ,813 respectivamente. La información se recabó de cuatro instituciones de salud ubicadas en los municipios de Tampico-Cd. Madero Tamaulipas, México. El análisis de los datos se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 13. El rango de edad que predominó fue de 45 a 64 años (54%); el 55% fue del sexo femenino, el 48% cuenta con estudios de primaria, cerca del 90% padece de una enfermedad metabólica. El coeficiente de correlación de Spearman entre la fortaleza para la salud y la ansiedad-rasgo fue significativo (-,570, valor -p,000). En la mayoría de la población participante se encontró un nivel moderado tanto de fortaleza (83%) como de ansiedad (73%). El análisis de regresión múltiple indicó que la relación significativa entre estas dos variables no es afectada por la edad, el género o los años de evolución de la enfermedad crónica. Los datos de este estudio muestran evidencia de que en los pacientes con enfermedades crónicas a mayor nivel de fortaleza menor nivel de ansiedad-rasgo. Esta situación invita a desarrollar más estudios de estos fenómenos, en la disciplina de enfermería, que sirvan como sustento teórico-práctico para el diseño o la mejora de protocolos de atención en esta dimensión humana.

## PALABRAS CLAVE

Ansiedad, autopercepción, enfermedad crónica, estrés psicológico. (Fuente: DeCS, Bireme).

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, Campus Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros 8 y 9 Col. Centro C.P. 87000 CD. Victoria Tamaulipas, México [mzavala07@hotmail.com](mailto:mzavala07@hotmail.com)

<sup>2</sup> Lehman College of Nursing, 431 Gillet Hall, 250 Bedford Park Blvd. West Bronx, N.Y. 10468 Estados Unidos [marwhet@hotmail.com](mailto:marwhet@hotmail.com)

## The Strengths of Chronically Ill Patients

### ABSTRACT

The study was intended to determine the degree of correlation between levels of strength for health and state-trait anxiety in a sample of 200 patients created through non-probabilistic sampling. The following were the inclusion criteria: adults of both genders who have been diagnosed with a chronic illness and have a basic and occupationally-oriented education. The Roy Adaptation Model was used as the theoretical framework for the study. The design was descriptive, transverse and correlational. S. Pollock's strength questionnaire was used, along with Spielberger's self-assessment scale for state-trait anxiety. The instruments showed an acceptable internal consistency with a Cronbach alpha of .852 and .813 respectively. The data were collected from four health-care institutions in the towns of Tampico and Ciudad Madero, Tamaulipas, Mexico, and analyzed by means of a descriptive and inferential statistical study. SPSS, Version 13, was the statistical package used. The predominant age range was 45 to 64 years (54%); 55% of the sample is female, 48% has a primary education, and nearly 90% has a metabolic illness. The Spearman correlation coefficient between strength for health and state-trait anxiety was significant ( $-0.570$ , value  $-p .000$ ). Most of the participating population showed a moderate level of strength (83%) and anxiety (73%). According to the multiple regression analysis, the significant relationship between these two variables is not affected by age, gender or evolution of the chronic illness in terms of years. According to the data from the study, the greater the strength level among patients with chronic illnesses, the less the state-trait anxiety level. This suggests the need for further studies on these phenomena in the field of nursing, so as to provide theoretical-practical support for the design or improvement of care protocols focused on this aspect of human life.

### KEY WORDS

Anxiety, self concept, chronic disease, stress psychological.

## A fortaleza dos pacientes com doença crônica

### RESUMO

O estudo determina o grau de correlação entre os níveis de fortaleza para a saúde e de ansiedade-rasgo numa amostra não-probabilística de 200 pacientes. Os critérios de inclusão foram adultos de ambos gêneros diagnosticados com doença crônica, com estudos de ensino primário e orientado. O Modelo de adaptação de Roy foi o marco teórico da pesquisa. O desenho foi descritivo, transversal, correlacional. Foram utilizados o questionário de fortaleza de S. Pollock e a escala de auto-avaliação de ansiedade-rasgo de Spielberger. A coerência interna dos instrumentos foi aceitável, com um Alpha de Cronbach de .852 y .813, respectivamente. A recolha de informação foi levada a cabo em quatro instituições de saúde situadas nos municípios de Tampico-Ciudad Madero, Tamaulipas, México. Foi aplicada estatística descritiva e de inferência utilizando o pacote estatístico SPSS, versão 13. O rango de idade predominante foi de 45 a 64 anos (54%); o 55% foi de sexo feminino; o 48% tem estudos primários; cerca de 90% sofre uma doença metabólica. O coeficiente de co-relação de Spearman entre a fortaleza para a saúde e a ansiedade-rasgo foi significativo ( $-0.570$ , valor  $-p.000$ ). A maior parte da população participante apresenta um nível moderado de fortaleza (83%) e de ansiedade (73%). A análise de regressão múltipla revelou que a relação significativa entre estas duas variáveis não é afetada por a idade, o genro ou os anos de evolução da doença crônica. Os dados deste estudo indicam que os pacientes com doenças crônicas têm menor nível de ansiedade-rasgo quando apresentam maior nível de fortaleza. Esta situação demanda mais estudos de estes fenômenos na disciplina da enfermagem, que sirvam como apoio teórico-prático no desenho e melhoramento de protocolos de atenção nesta dimensão humana.

### PALAVRAS-CHAVES

Ansiedade, auto-imagem, doença crônica, estresse psicológico.



## Introducción

omo en muchas otras partes del mundo, en México el cambio epidemiológico y demográfico se ha producido con tal velocidad, que conlleva mayores probabilidades de que las personas que vivan más presenten enfermedades crónicas. Un indicador acerca del tipo de problemas de salud más frecuentes en una población lo constituye la mortalidad; en este sentido, en 2003, en México, entre las 10 primeras causas de mortalidad en mujeres, ocuparon los tres primeros lugares la diabetes mellitus con una tasa de 61,6 (por 100 000 habitantes), las enfermedades isquémicas del corazón con 43,5, y las enfermedades cerebrovasculares con tasa de 27,2. En cuanto al género masculino, en ese mismo año ocuparon el primer lugar como causa de defunción las enfermedades del corazón con una tasa de 54,0, seguidas de la diabetes mellitus con 51,6, y en tercer lugar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con una tasa de 39,5 (1). En 2003, el porcentaje de defunciones generales de 30 a 64 años tuvo como principales causas: los tumores malignos con 16,0%, la diabetes mellitus con 15,5%, y las enfermedades del corazón con 12,5% (2).

Respecto a la mortalidad por enfermedades crónicas, en el estado de Tamaulipas, en el año 2002, en las mujeres fueron las mismas causas que a nivel nacional con una tasa de 88,1, 70,3 y 36,9 respectivamente. Respecto a los hombres, en primer lugar fueron las enfermedades del corazón con una tasa de 110,6, en segundo lugar la diabetes mellitus con 90,9, y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el tercer lugar con una tasa de 41,9 (3).

Los padecimientos crónicos se relacionan con síntomas de incapacidad que conducen a diversos grados de dependencia y requieren de terapéutica a largo plazo, en donde se incluye aprender a vivir con las limitaciones y continuar con los regímenes diseñados para controlar las manifestaciones clínicas, así como para prevenir las complicaciones (4). Asociado a lo anterior, Pinto (citado por Medina López) (5) señala que "los individuos en situación de cronicidad están devaluados, carecen de roles sociales y son de preferencia invisibles para el resto de la sociedad". Aunado a esto, Aguilar Figueroa (citado por García Tafolla) (6), manifiesta que las enfermedades crónicas repercuten en la autopercepción del paciente, afectando el autoconcepto, por tanto, se puede decir, actúan como un estímulo estresor que afecta física y emocionalmente a las personas; siendo la ansiedad la alteración de mayor incidencia, se conceptúa como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas (7).

Spielberger (8) menciona dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad-estado como una fase emocional momentánea del organismo humano, y la ansiedad-rasgo en función de las diferencias individuales para responder a situaciones percibidas como amenazantes.

Cada persona tiene una manera particular de responder frente a un estresor e, independientemente del resultado, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo. Entre los recursos que utilizan los individuos para afrontar los estados de estrés-ansiedad que les genera el vivir con una enfermedad crónica está el grado de fortaleza que poseen, concepto definido por Pollock (citado por Martín y cols.) (9) como un conjunto de características de la personalidad que funcionan para amortiguar los efectos negativos de los factores estresantes asociados con la experiencia de la enfermedad crónica. En varios estudios reportados por este autor señala los resultados positivos encontrados en cuanto al uso y la asociación de la escala HRHS con niveles de salud percibidos y con aspectos de adaptación (10, 24).

Las personas con enfermedades crónicas han sido estudiadas en diversos aspectos; sin embargo, en México son escasas las investigaciones en las que se asocian con la fortaleza como una característica de la personalidad y con el grado de ansiedad que pudiera generar, situación por la cual se realizó el presente estudio, formulando la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la relación entre el nivel de fortaleza para la salud y el nivel de ansiedad-rasgo en los pacientes adultos con enfermedad crónica? La hipótesis fue: a mayor fortaleza para la salud menor nivel de ansiedad en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. El propósito del estudio fue identificar si existe correlación significativa, desde el punto de vista estadístico, entre fortaleza y ansiedad, e identificar en qué proporción las variables demográficas seleccionadas pueden afectar esta asociación en personas adultas y usuarios de los servicios clínicos de cuatro instituciones de salud en los municipios de Tampico-Cd, Madero Tamaulipas. El marco teórico que sustentó el trabajo de investigación fue el Modelo de Adaptación de Callista Roy, en donde la ansiedad y la enfermedad crónica se identificaron como el estímulo focal, generador de estímulos contextuales que afectan los cuatro modos adaptativos de la persona generando una respuesta positiva o desfavorable en la calidad de vida de los individuos.

## Revisión de literatura

El concepto del estrés no es nuevo, pero fue sólo hasta principios del siglo XX cuando las ciencias biológicas y sociales iniciaron la investigación de sus consecuencias en la salud física y mental de las personas. Lazarus (citado por Lewis) (11) definió el estrés psicológico, como una relación particular entre la persona y el medioambiente, esta interacción es evaluada cognitivamente por el sujeto, quien puede apreciar diferentes resultados al hacer frente a los estresores, lo cual depende tanto de factores condicionantes como de la forma en que son percibidos y del significado personal atribuido a la demanda. Un

componente integral de este modelo transaccional, de acuerdo con Lazarus (11), son las emociones, tales como la ira, el miedo, la tristeza y la ansiedad.

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando se enfrenta a situaciones que implican demandas conductuales que le son difíciles de poner en práctica o satisfacer. Es decir, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1984, citado por Alonso Gaeta) (7).

Lewis (11) define los recursos de afrontamiento como las características o acciones encaminadas a controlar el estrés, éstas incluyen factores de la persona (salud, valores, creencias, capacidades individuales) o del medioambiente (redes sociales, recursos económicos e institucionales). Por consiguiente, se puede decir que afrontar es un proceso independiente del resultado, el cual consistirá en una respuesta que puede ser positiva o negativa (Lazarus y Folkman, citados por Quelopana del Valle) (12).

Por su parte Selye (citado por Isaacs) (13), en su teoría denominada Síndrome de Adaptación General, afirma que cuando hay estrés, el sujeto pasa por una serie de respuestas predecibles (reacción de alarma) independientemente de cuáles sean los factores estresantes.

La ansiedad también afecta la capacidad de enfrentarse al estrés, la de aprender y la de centrarse sobre un campo perceptivo (13). Sin embargo, al incrementar el estado de alerta y la capacitación, la ansiedad aporta energía que puede ser constructiva. Se conceptúa como una respuesta subjetiva al estrés; es una sensación de aprensión, incertidumbre o temor como consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido (13). El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción; consiste en un estado de malestar psicofísico (14). Se puede clasificar en varios grados; Gordon (15) la clasifica en ansiedad leve, moderada y severa,

*Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando se enfrenta a situaciones que implican demandas conductuales que le son difíciles de poner en práctica o satisfacer.*

y se diferencian por el aumento del nivel de alerta asociado con la expectativa de una amenaza hacia la persona o el entorno. Para la resolución de este problema emocional McCloskey y Bulechek (16) proponen, entre otras intervenciones, aumentar el afrontamiento, técnicas de relajación, distracción, enseñanza individual, facilitar las visitas y grupos de apoyo.

Respecto al concepto de fortaleza, en 1979 Kobasa (citado por Wang) (17) y lo definió como un constructo personal que incluye actitudes, creencias y conductas. Lo describió como un aspecto de la personalidad que almacena los efectos del estrés en la salud. También lo identificó como un constructo compuesto por tres subconceptos relacionados: control, compromiso y reto (18) (citado por Low).

Pollock (citado por Kenneally) (19) extendió el constructo de fortaleza para estudiar la adaptación en enfermedad crónica, es decir, propuso asociar la fortaleza al contexto de salud y enfermedad. La escala de fortaleza (HRHS, siglas en inglés) la refinó en tres subescalas que miden compromiso, control y reto. La primera dimensión se refiere a la motivación y a la habilidad para hacer frente a estresores de la salud, la segunda dimensión fue definida como la habilidad en la valoración e interpretación de los estresores de la salud. El reto, como tercera dimensión, se enfoca en la valoración del estresor como un potencial que produce crecimiento (Pollock, citado por Kenneally) (19).

Pollock (10) afirma que el constructo de fortaleza relacionada con la salud, difiere del concepto genérico de fortaleza de Kobasa en dos sentidos: por el uso de definiciones específicas de salud para la medición de las tres dimensiones, y por la medición de la presencia, en vez de ausencia, de esos tres conceptos para determinar la fortaleza. Adicionalmente, introdujo el concepto de estresor para facilitar la investigación relacionada con la salud.

En otros enfoques de personalidad relacionados con fortaleza, por ejemplo,

Constantini y cols. (citados por Low) (18) discuten como características de una personalidad fuerte, la flexibilidad cognitiva y de comportamiento, la motivación para el manejo exitoso de planes, y la resistencia bajo estrés. En tanto que Lee (citado por Low) (18) señala que el individuo sano muestra cuatro rasgos de personalidad: a) resistencia, como la firmeza psicológica o fisiológica para continuar; b) fortaleza, como la habilidad para resistir el estrés, la dificultad; c) la audacia, equivalente a valentía, atrevimiento, y d) el control, definido como la habilidad de ejercer autoridad o influir.

## Marco teórico

Esta investigación se respaldó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. La ansiedad-rasgo, definida como las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión (8), se identificó como el estímulo focal que afecta al individuo en su totalidad, manifestándolo por diversas alteraciones; en términos generales, una enfermedad crónica, también calificada como estímulo agresor, en el modo fisiológico del paciente puede desencadenar limitaciones físicas y deformidades que dificultan el desarrollo de las actividades de la vida diaria; se enfrenta a restricciones en los hábitos alimenticios; esto repercute en su apreciación como persona, generando sentimientos de minusvalía e inseguridad en su autoestima y autoconcepto, lo que reduce en forma negativa en el desarrollo de sus roles en el ámbito familiar, laboral y social. Por consiguiente, su modo de interdependencia se acentúa hacia un mayor grado de dependencia, con la consiguiente debilidad en la toma de decisiones y en su autonomía. Esta situación de salud genera estímulos contextuales, en donde el sujeto interactúa según sus características personales (perfil demográfico) y, en este caso particular, en el nivel de fortaleza que posee. Constructo que se define como un conjunto de rasgos de la personalidad que funcionan como amortiguador de los efectos estresantes negativos asocia-

*Respecto al concepto de fortaleza, en 1979 Kobasa lo definió como un constructo personal que incluye actitudes, creencias y conductas. Lo describió como un aspecto de la personalidad que almacena los efectos del estrés en la salud.*

dos a la experiencia de cronicidad (9). Al hacer frente a estos estímulos internos y externos, el individuo podría mediar la severidad del deterioro fisiológico y psicológico de la enfermedad crónica lo cual le permitiría alcanzar un grado de adaptación en su situación de salud-enfermedad, dándole un sentido a su vida y regulando respuestas adaptativas en el sistema.

## Estudios relacionados

Boytell (citado por Pollock) (10), realizó una investigación en adultos hispanos con hepatitis crónica tipo C. La variable fortaleza fue significativamente relacionada con el nivel de salud percibida y con ciertos aspectos de adaptación psicosocial. No se encontró relación significativa con las variables demográficas de edad, sexo, educación o estatus marital. Resultado similar detectó Harris (citado por Pollock) (10) en pacientes angloamericanos y afroamericanos que recibían quimioterapia; no se reportaron diferencias significativas en la HRHS con relación a las variables de etnicidad, enfermedad o tratamiento.

Ross (citado por Pollock) (10), halló correlación significativa entre fortaleza y aceptación al tratamiento de diabetes mellitus; encontró también que la HRHS explicó el 36% de la varianza en los puntajes de conformidad. Huckestein (citado por Pollock) (10), en un estudio con sobrevivientes de trauma, de diversas nacionalidades, encontró que altos niveles de fortaleza relativa a la salud estaban relacionados con altos niveles de adaptación, esta variable fue medida por ajuste psicosocial, adaptación psicológica y orientación del cuidado de salud. El empleo, fue la única variable demográfica significativamente relacionada con la HRHS.

Nicholas y Webster (citadas por Pollock) (10), desarrollaron un estudio con adultos mayores en donde la fortaleza, las prácticas de autocuidado, el índice de enfermedad y dos variables demográficas (mayor ingreso, vivir con otras personas) determi-

naron el 56% de la varianza en el estatus de salud percibida. Otro estudio sobre esta variable fue el de Chiang (citado por Pollock) (10), quien lo relacionó con la percepción del estrés, y la fortaleza en una muestra taiwanesa de cuidadores de pacientes que habían presentado paro cardíaco. Los resultados reportaron que a mayor nivel de fortaleza, menor el estrés y mayor el estatus de salud percibidos en los integrantes de la muestra. Los niveles de fortaleza, el estrés y el nivel educativo representaron el 60% del total de varianza al predecir el estatus de salud de los cuidadores.

Pollock (20) utilizó la escala HRHS en un estudio de factores que promovían la adaptación en 60 adultos con enfermedad crónica, distribuidos en tres grupos de igual tamaño con diagnóstico médico de diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoide, respectivamente. La correlación de Pearson para la fortaleza en los adultos diabéticos reveló relación significativa con la adaptación psicológica ( $r = .43$ ,  $p < .05$ ) y adaptación psicosocial ( $r = .62$ ,  $p < .01$ ), además se encontró una relación significativa entre estos dos tipos de adaptación en los sujetos con diabetes, mientras que para los otros dos grupos de pacientes esas adaptaciones se reportaron como dominios independientes. El autor considera que actividades psicosociales específicas pueden ser factibles por la presencia de fortaleza, apoyando así los efectos indirectos de la fortaleza en la adaptación. En otro estudio, Pollock (20) investigó la adaptación psicológica en relación con los patrones de afrontamiento, fortaleza y características sociodemográficas, en una muestra de 110 adultos con diabetes mellitus tipo 1; el 56% de la varianza fue dada por cinco variables (valoración de la diabetes como daño y beneficio, combinación de patrones desde el afrontamiento, fortaleza, participación en programas de educación y el tiempo transcurrido de diagnóstico). Se concluyó que la percepción individual del estresor y las estrategias de afrontamiento usadas se relacionaron significativamente con la presencia de fortaleza lo cual predijo la adaptación a la enfermedad crónica.

*Huckestein en un estudio con sobrevivientes de trauma, de diversas nacionalidades, encontró que altos niveles de fortaleza relativa a la salud estaban relacionados con altos niveles de adaptación.*

Pollock (20) también aplicó la escala HRHS en una muestra conformada por 244 adultos quienes se describían como sanos, no obstante, el 43% presentaba una enfermedad crónica. Se encontró correlación significativa entre la fortaleza y altos niveles de salud percibidos ( $r = ,28$ ,  $p < ,05$ ), entre fortaleza y participación en actividades de promoción de la salud ( $r = ,23$ ,  $p < ,05$ ) y en el uso de recursos (apoyo social) y la presencia de fortaleza ( $r = ,45$ ,  $p < ,05$ ). Estos resultados apoyaron los efectos indirectos de la fortaleza en el proceso de adaptación.

Medina (5) llevó a cabo un estudio de corte cualitativo con el propósito de observar y comprender la vivencia de una enfermedad crónica; participaron ocho personas con edades entre 56 y 69 años que asistían a consulta externa en un hospital universitario de Puebla, México, y siete informantes generales: familiares y amigos. Cada informante clave se entrevistó seis veces en un lapso de cuatro meses. Todos los pacientes coincidieron en expresar que viven una experiencia única, un cambio en todos los aspectos de su vida; se sienten devaluados, tienen miedo de las complicaciones y de la muerte. Solamente dos personas perciben esa experiencia como positiva, les ha ayudado a valorar la vida, han crecido en la comprensión de su existencia, y les ha permitido modificar actitudes, valores y refugiarse en la espiritualidad. Los familiares expresaron desconocimiento de lo que a los pacientes les pasa en cuanto a su estado emocional. Otro estudio en este aspecto, fue el de Tenahua Quitl y cols. (21), en donde participaron 10 adultos mayores que viven en una Fundación para ese tipo de personas en Puebla, México; el objetivo fue comprender, desde el punto de vista de los participantes, el significado de la experiencia de vivir con hipertensión arterial, utilizaron la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1989). La representación se considera como un proceso que incluye los conceptos o las ideas de sentido común, las creencias y las emociones que se generan de vivir (Mora, citado por Tenahua) (21). Con base en los datos ob-

tenidos, las representaciones de la experiencia de los participantes se interpretaron como una expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, actitudes de enfrentamiento y rechazo, además se encontró falta de conocimientos sobre el padecimiento.

García Tafolla y cols. (6) efectuaron un estudio exploratorio en 30 pacientes hospitalizados, con el propósito de identificar la relación entre el tiempo de evolución y las complicaciones tardías con el modo de autoconcepto en personas con diabetes mellitus tipo 2. Utilizaron el Inventario de Tennessee. Siete perfiles de un total de nueve que evaluaban el autoconcepto, se identificaron por debajo de los rangos normales a excepción de autosatisfacción y autocrítica. No se encontró relación significativa entre las variables del estudio.

Magnani (citado por Whetsell) (22), utilizó la escala HRHS, una valoración de salud dada por cada uno de los participantes, y una escala sobre actividad en una muestra de 115 adultos mayores con actividades independientes que vivían en el área de Nueva York. Detectó que los adultos con niveles más altos de actividad tenían niveles más altos de fortaleza. Los resultados también revelaron que aquellos con una cifra alta en los dos instrumentos, tenían un nivel de actividad más alto, que aquellos con una cifra alta en un solo instrumento.

En cuanto al concepto de ansiedad, en 1973, basado en el trabajo de Hildegard Peplau (citado por Young) (23), la ansiedad fue identificada como diagnóstico en el ejercicio de enfermería. Lawrence y cols. (24) efectuaron un estudio transversal de observación en un Centro de Medicina Familiar con el fin de analizar las relaciones entre síntomas, diagnósticos y la severidad de la enfermedad como indicadores de ansiedad y depresión. Mediante el análisis por regresiones logísticas, el género femenino, la percepción de la salud más baja, más dolor y la mayor inhabilidad por días en cama, se mantuvieron como estadísticos predictores positivos y significati-

*La depresión vino a igualarse a la ansiedad como desorden, a la cual las mujeres eran considerablemente más vulnerables que los hombres.*

*En el presente estudio se utilizó únicamente la escala de ansiedad-rasgo que mide las diferencias individuales, es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes.*

vos de síntomas más severos de ansiedad y depresión.

Otro estudio que reveló mayor tendencia en las mujeres de presentar estados de ansiedad, fue el de Murphy y cols. (25), en donde examinaron las tendencias históricas con respecto a la ansiedad en términos de su predominio, de su distribución por edad y género y de su asociación con la depresión. Concluyeron que las relaciones entre ansiedad y depresión seguían siendo en un cierto grado similares, con la excepción del hecho de que la depresión vino a igualarse a la ansiedad como desorden, a la cual las mujeres eran considerablemente más vulnerables que los hombres.

De los Ríos y cols. (26), efectuaron un estudio ex post facto con el propósito de examinar la frecuencia de alteración emocional en una muestra de 100 de pacientes con nefropatía diabética. Utilizaron el instrumento GHK-28 (General Health Questionnaire) de Goldberg. En el 86% de los pacientes identificaron algún grado de alteración emocional; tuvieron más riesgo de padecerla aquellos pacientes con 10 y más años de evolución de su enfermedad.

Vettore y cols. (27) efectuaron un estudio en donde analizaron la relación de estrés y ansiedad en pacientes con periodontitis crónica. Distribuyeron 79 pacientes, según la severidad de la enfermedad, en tres grupos: un grupo control y dos grupos de prueba. En cuanto a la ansiedad, medida por el inventario de Spielberger (STAI), en el grupo de prueba 1 y en el grupo control detectaron promedios similares en el tipo de ansiedad-rasgo, con promedios bajos en el grupo 2 de prueba. Detectaron correlaciones positivas entre la ansiedad-rasgo y las frecuencias de los parámetros clínicos para dicha enfermedad, concluyendo que este tipo de ansiedad puede ser un predictor importante para la enfermedad periodontal.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional; la muestra se inte-

gró con 200 pacientes mediante el método de muestreo no probabilístico, por disponibilidad, en función de los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos de 28 años en adelante, ambos géneros, con estudios básicos, con diagnóstico médico de enfermedad crónico-degenerativa; de los servicios de consulta externa y de hospitalización de cuatro instituciones de salud (una del primer nivel de atención y tres del segundo nivel) localizadas en los municipios de Tampico y Madero Tamaulipas, México. Se excluyeron los sujetos con tras-tornos de conducta. Los participantes procedían de los estados de Veracruz, San Luis Potosí y Tamaulipas.

Se diseñó una cédula sociodemográfica con la que se recabaron los datos de género, edad, escolaridad, estado civil, tipo de trabajo y religión; también se preguntó el diagnóstico médico y los años de evolución de la enfermedad.

Para la medición de la fortaleza relacionada con la salud se utilizó la cédula estandarizada de Susan Pollock, estructurada con 34 reactivos relacionados con la forma en que las personas perciben asuntos importantes acerca de la salud; contiene una escala tipo *likert* con seis opciones de respuesta: 1= completamente en desacuerdo, 2= moderadamente en desacuerdo, 3= ligeramente en desacuerdo, 4= ligeramente de acuerdo, 5= moderadamente de acuerdo, 6= completamente de acuerdo. Del total de reactivos, 19 están redactados en forma negativa con el fin de evitar respuestas cruzadas. El puntaje mínimo del instrumento es 34 y el máximo es de 204.

Con relación a la medición de la variable ansiedad, se aplicó el inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero (1973) en su versión al español, denominado inventario de autoevaluación. En el presente estudio se utilizó únicamente la escala de ansiedad-rasgo que mide las diferencias individuales, es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. La cédula contempla 20 reactivos con una escala de respuesta de



cuatro puntos: 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente y 4= casi siempre. Contempla siete reactivos invertidos, esto es, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 ó 4 viene a ser de 4, 3, 2 y 1 respectivamente. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80. Todos los análisis se realizaron usando el software SPSS (versión 13). Las variables de interés son tanto discretas como continuas, por lo que los métodos estadísticos incluyen cálculo de porcentajes y estadísticas descriptivas (mínimo, máximo, media, mediana y desviación estándar). Además, para la parte inferencial se realizaron análisis de correlación bivariada, análisis de regresión lineal múltiple y pruebas Ji-cuadrada para el cruzamiento de variables categóricas. También se determinó la consistencia interna de los instrumentos de medición a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, y se efectuó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, revelando que los índices de las escalas de fortaleza y ansiedad no tienen normalidad en la distribución de datos (valores Z, 1.751 y 1.803, y valores  $-p,003$  y  $,004$  respectivamente).

Al realizar el estudio se consideraron los aspectos éticos señalados en el Regla-

mento de la Ley General de Salud en materia de investigación, donde se incluye el anonimato de los sujetos, confidencialidad de la información brindada por los mismos, derecho a información con respecto al estudio y a retirarse en el momento que lo deseen. A los pacientes se les explicó la finalidad del estudio y cuál sería su participación, en ese momento se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Se les leyó cada uno de los ítems y sus respuestas fueron registradas en los formatos correspondientes. La encuesta se efectuó en un lapso de tres meses, participaron alumnos de enfermería del 8º periodo.

## Resultados

Con respecto a las características sociodemográficas de los 200 pacientes participantes, en la tabla 1 se observa que predominó el género femenino, así como los estudios de primaria y la religión católica; en cuanto al estado civil, cerca del 50% estaban casados. El 60% de los sujetos no trabajan y de los que sí laboran, en su mayoría su trabajo es temporal.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes

Variable	f	%
<b>Género</b>		
Masculino	89	45
Femenino	111	55
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	95	48
Secundaria	45	22
Otros	60	30
<b>Estado civil</b>		
Casado	95	48
Viudo	42	21
Otro	63	31
<b>Religión</b>		
Católica	166	83
Otra	25	12
Ninguna	9	5

N=200

Fuente: cédula sociodemográfica.

En la tabla 2 se identifica el rango de edad, el cual varió desde los 28 hasta los 85 años, la media fue de 54,9 con desviación estándar de 12,7, y la mediana de 55 años. Se destacó el grupo de edad de 48 a 67 años, con representación similar de ambos géneros.

En la tabla 3 se muestra que aproximadamente el 90% de los participantes padece de una enfermedad metabólica, en donde se incluyó la diabetes mellitus,

nefropatía diabética y pie diabético; en lo que se refiere a los años de evolución de la enfermedad crónica, en más del 50% de los pacientes es entre uno a diez años. Para medir la confiabilidad de los instrumentos de medición se efectuó la prueba de Coeficiente de Alfa de Cronbach, la cédula de fortaleza obtuvo un valor de ,852 y la cédula de ansiedad un valor de ,813, por ello, puede considerarse que demuestran consistencia interna favorable.

**Tabla 2. Distribución de pacientes por grupos de edad y género**

Edad en años	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
28 a 47	20	10	37	18	57	28
48 a 67	51	26	56	28	107	54
68 a 87	18	9	18	9	36	18
Total	89	45	111	55	200	100

Fuente: cédula sociodemográfica.

n= 200

**Tabla 3. Distribución de pacientes por grupos de años de evolución y diagnóstico**

Evolución en años	Metabólicos		Oncológicos		Otros	
	f	%	f	%	f	%
1 - 5	64	32	11	6	8	4
6 -10	58	29	2	1	3	2
11 -15	22	11	1	,5	1	,5
16 - 20	17	9	-	-	-	-
21 - 25	9	4	-	-	-	-
26 - 30	3	1,5	-	-	-	-
31 - 36	1	,5	-	-	-	-
Total	174	87	14	7	12	6

Fuente: cédula sociodemográfica.

n=200

De la tabla 4 se puede derivar que el grado de fortaleza de los 200 pacientes fue moderado, pues de la puntuación total de la cédula (204) obtuvieron un promedio de 130, esto es, presentaron un 57% (índice) de fortaleza. Respecto al grado de ansiedad, también se puede con-

siderar que presentaron, en promedio, regular nivel, ya que de los 80 puntos en total del cuestionario obtuvieron una media de 47, o sea un 44% de ansiedad. El máximo valor encontrado de ansiedad fue de 92%, mientras que el mínimo fue de tan sólo 3%.

**Tabla 4.** Estadísticas básicas de los puntajes e índices de fortaleza y ansiedad

Puntaje	N	Mínimo	Máximo	Media	Estándar
Fortaleza	200	75	189	130,30	19,95
Ansiedad	200	22	75	46,68	9,09
Índice	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Fortaleza	200	24,12	91,18	56,64	11,74
Ansiedad	200	3,33	91,67	44,47	15,15

Fuente: cédulas de fortaleza y de ansiedad.

n= 200

En la tabla 5 se puede apreciar que en general no existen diferencias importantes de género en relación con los índices de las dos variables centrales del estudio.

Con la finalidad de determinar si existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables fortaleza y ansiedad, a través de sus índices, se efectuó un análisis de correlación de Spearman, arrojando un coeficiente de  $r = -,570$ , valor  $p = ,000$  (correlación al nivel del ,01).

La relación lineal entre dichas variables resultó significativa.

Dado que la relación entre estas dos variables objeto de estudio puede ser afectada por otros factores, se realizó un análisis de regresión múltiple, considerando como variables independientes la edad, el sexo y los años de evolución del padecimiento, encontrando que dichas variables no afectan la relación significativa entre ansiedad y fortaleza.

**Tabla 5.** Estadísticas básicas de los índices de fortaleza y ansiedad por género

Fortaleza	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Hombres	89	38,82	91,18	57,34	12,90
Mujeres	111	24,12	88,82	56,09	10,74
Ansiedad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Hombres	89	3,33	76,67	44,23	14,81
Mujeres	111	3,33	91,67	44,67	15,49

Fuente: cédulas de fortaleza y de ansiedad.

n=200

Tomando en cuenta que los valores de las variables fortaleza y ansiedad se pueden categorizar formando niveles y, posteriormente, realizar una prueba Ji-cuadrado entre ellas con el objeto de determinar si

existe una asociación estadísticamente significativa, se procedió a la especificación de tres niveles de acuerdo con los puntajes de los cuestionarios, quedando de la siguiente manera: para la fortaleza, nivel

bajo: de 34-104 puntos, nivel moderado: de 105-154 y para el nivel alto: de 155-204. En lo que se refiere a la variable ansiedad, los valores fueron para estos mismos niveles: 20-40, 41-60 y 61-80, respectivamente.

En las tablas 6 y 7 se presentan las distribuciones de frecuencias de estos niveles respecto al género de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de fortaleza entre hombres y mujeres (valor-  $p= 0,34$ ); ni tampoco en

los niveles de ansiedad entre géneros (valor-  $p=,89$ ).

La tabla 8 muestra la distribución de frecuencias entre el cruce de nivel fortaleza y nivel de ansiedad, así como los resultados de la prueba ji-cuadrado. Se encontró que el valor- $p$  fue menor a los niveles usuales de significancia ( $,05$  y  $,01$ ); por consiguiente, se establece que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de fortaleza y el nivel de ansiedad.

**Tabla 6. Distribución de participantes por niveles de fortaleza y género**

Nivel de Ansiedad*	Masculino		Femenino	
	f	%	f	%
Bajo	4	4	5	4
Moderado	70	79	95	86
Alto	15	17	11	10
Total	89	100	111	100

\*Resultados de la prueba de ji-cuadrado: valor de estadística = 2,160; valor  $p = ,339$

**Tabla 7. Distribución de participantes por niveles de Ansiedad y género**

Nivel de Ansiedad*	Masculino		Femenino	
	f	%	f	%
Bajo	21	24	25	22
Moderado	64	72	82	74
Alto	4	4	4	4
Total	89	100	111	100

\*Resultados de la prueba de ji-cuadrado: valor de estadística = ,236; valor  $p = ,894$

**Tabla 8. Distribución de pacientes por niveles de fortaleza y ansiedad**

Niveles de Fortaleza	Niveles de Ansiedad							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	0	0	7	3	2	1	9	4
Moderado	29	14	131	66	5	3	165	83
Alto	17	9	8	4	1	0	29	13
Total	46	23	146	73	8	4	200	100

\* Resultados de la prueba de ji-cuadrada: valor de estadística= 32.2; valor  $p < .001$ .

## Discusión

La literatura analizada y los estudios consultados expresan las bondades de la fortaleza en la adaptación a enfermedades crónicas en poblaciones con diversas características sociodemográficas. Sin embargo, en un estudio con hispanos no se encontró que la educación afectara la relación entre fortaleza y nivel de salud percibido (10); en este sentido, no obstante que los pacientes encuestados fueron en su mayoría de estrato socioeconómico bajo, los resultados reportaron que cuentan con un nivel moderado de fortaleza, esto hace creer que se apoyan en sus creencias y valores para tratar de lograr un grado de adaptación a su cronicidad, sin estar, tal vez, profundamente conscientes de sus capacidades personales.

Varios estudios (10, 20) asocian la fortaleza con aspectos psicológicos y psicosociales equivalentes a los niveles de adaptación, por tanto, la ansiedad como estado emocional está presente en la vida diaria de toda persona. En la muestra estudiada se detectó regular nivel de ansiedad-rasgo en ambos géneros. En este aspecto difiere con otros estudios que registran mayor riesgo en la mujer (24, 25). Con relación al nivel predominante en las dos variables centrales del estudio, se puede deducir que la población estudiada posee adaptación a su enfermedad crónica encontrando similitud con estudios documentados por Pollock (10, 20), en función de cuestiones culturales y religiosas y, posiblemente, de la percepción que tengan los sujetos de su enfermedad.

La relación significativa entre fortaleza y ansiedad encontrada en el estudio, no fue afectada por la edad, el sexo y los años de evolución de la enfermedad; las dos primeras variables coinciden con lo reportado por Boytel (citado por Pollock) (10) y Tafolla (6). En cuanto al tercer factor difieren con lo reportado por Pollock (20) ya que sí influyó en el porcentaje de varianza en su estudio sobre adaptación y patrones de afrontamiento

en personas diabéticas. No obstante los resultados, los años de evolución de la enfermedad podrían representar un factor de riesgo en la medida en que se acentúen las discapacidades en el individuo con enfermedad crónica, como también lo manifiesta De los Ríos (26).

La ansiedad-rasgo, como concepto psicológico, tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson denomina "motivos", definidos como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan (8); por tanto, existe la posibilidad de establecer como premisa que este tipo de ansiedad puede actuar como predictor de un nivel de adaptación favorable en sujetos en estado de cronicidad, supuesto también expresado por Vettore (27).

Los resultados del estudio otorgan sustento a los elementos conceptuales del Modelo de Adaptación de Roy, pues las enfermedades crónicas involucran numerosos factores internos y externos que influyen en la respuesta de la persona en función de las alteraciones en sus modos adaptativos. De éstos, y de acuerdo con la doctora Roy (citada por García Tafolla) (6), el autoconcepto es la totalidad de actitudes que incluyen los pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo. Por lo anterior se puede decir que la adaptación depende de los recursos físicos, psicológicos y sociales propios de cada persona.

Dentro de la experiencia de vivir en situaciones de enfermedad, además de las dificultades, existen espacios de crecimiento a través de redimensionar la vida, por lo que se necesita mejorar las intervenciones de promoción de la salud a través de un trabajo interdisciplinario. Bajo esta perspectiva, Pollock (20) establece que el uso de recursos de tipo social (instituciones de salud, grupos de apoyo) contribuye a los efectos indirectos de la fortaleza en el proceso de adaptación. En este orden de ideas están también dirigidos algunos resultados y conclusiones de varios estudios (5, 20, 21).

*La literatura analizada y los estudios consultados expresan las bondades de la fortaleza en la adaptación a enfermedades crónicas en poblaciones con diversas características sociodemográficas.*

## Conclusiones y sugerencias

En relación con los resultados del presente estudio, la relación entre fortaleza y ansiedad es estadísticamente significativa, ya sea considerándolas como variables continuas (índices) o como variables discretas o categóricas (niveles). La relación es inversa, luego, se concluye que los datos muestran evidencia de que en los pacientes con enfermedades cronicodegenerativas, a mayor nivel de fortaleza para la salud menor nivel de ansiedad, apoyando la hipótesis del es-

tudio. Además, según los resultados, esta relación no se ve afectada por la edad, el género o los años de evolución del padecimiento.

El desarrollo del presente estudio vislumbra implicaciones en el ejercicio de enfermería sobre la importancia de identificar las expectativas de los pacientes y, en consecuencia, promover la individualización de estrategias de afrontamiento que conlleven un mejor nivel de adaptación en pro de su calidad de vida; en correspondencia, se fortalecerá el hacer profesional con una visión holística de los pacientes.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Principales causas de mortalidad en México. [En línea]. Disponible en: [/afomsalud.wordpress.com/2006/12/16/principales-causas-de-mortalidad-en-mexico-2003](http://afomsalud.wordpress.com/2006/12/16/principales-causas-de-mortalidad-en-mexico-2003) [Con acceso el 20/12/2006].
2. Estadísticas de mortalidad, 1990 a 2003. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). [En línea]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t> [Con acceso en 05/10/2006].
3. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002. *Revista de Salud Pública de México DF* 2004; 46 (2): 178-181.
4. Zavala, Vázquez, Guzmán. Manejo del dolor y la percepción del paciente con enfermedad crónica. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2006; 14 (8): 297-301.
5. Medina O. Encuentro con la cronicidad. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2003; 11 (3): 79-82.
6. García, Díaz. Diabetes Mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2005; 13 (7): 207-210.
7. Alonso R. El estrés. [En línea]. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml) [Con acceso en 08/02/2006].
8. Spielberger y Díaz-Guerrero. Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). México D.F.: El Manual Moderno; 1975.
9. Martin J, Engle V, Graney M. Determinants of Health-Related Hardiness among Urban Older African-American Women with Chronic Illnesses. *Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal* 1999; 13 (3): 62-70.
10. Pollock S. Health-Related Hardiness with Different Ethnic Populations. *Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal* 1999; 13 (3): 1-10.
11. Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Giddens, Bucher. *Enfermería Médicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos*. 6 ed. Madrid: Mosby; 2004.
12. Quelopana del Valle A. Análisis del concepto afrontar y sus implicaciones en la práctica de enfermería. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2005; 13 (8): 240-244.
13. Isaacs A. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2 ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU; 2000.
14. Virues Elizondo R. Estudio sobre ansiedad. [En línea]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html> [Con acceso en 02/03/2007].
15. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10 ed. España: Mosby; 2003.
16. McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4 ed. Madrid: Mosby; 2005.
17. Wang J. Verification of Health-Related Hardiness Scale (HRHS): Cross-Cultural Analysis. *Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal* 1999; 13 (3): 44-52.
18. Low J. The concept Hardiness: persistent problems, Persistent Appeal. *Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal* 1999; 13 (3): 20-24.
19. Kenneally NP, Meza J. Hardiness, Social Support and Health Status: Are There Differences in Older African-American and

- Anglo-American Adults? Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal 1999; 13 (3): 53-61.
20. Pollock S. La característica de fortaleza: un factor de motivación en la adaptación. Robert Word Jonson Acholar. University of Pennsylvania.
  21. Tenahua, Díaz, Alonso, Medina. Significado de la experiencia del adulto mayor al vivir con hipertensión. Revista Desarrollo Científico de Enfermería 2006; 14 (8): 292-296.
  22. Whetsell, Frederickson, Aguilera, Maya. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Revista Aquichan 2005; 5 (1): 72-85.
  23. Young L, Todd S, Simuncak. Validation of the diagnosis of anxiety in adults with marrow grafo. [En línea]. Disponible en: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4065/is\\_200207/ai\\_n9110748](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4065/is_200207/ai_n9110748) [Con acceso en 10 /10/2005].
  24. Lawrence, Parkerson, Doraiswamy. Opinion, pain and incapacity of health as correlations of anxiety symptoms and the depression in patients of the primary care. [en línea]. Disponible en: [http://www.medscape.com/viewarticle/434349\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/434349_2) [Con acceso en 10/09/2005].
  25. Murphy, Horton, Laird, Monson, Sobol, Leighton. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution and co morbidity. Acta Psychiatr Scand 2004; 109:355-375 [en línea]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com> [Con acceso en 17/08/2005].
  26. De los Ríos, Barrios, Ávila. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Revista Médica IMSS 2004; 42(5): 379-385 [en línea]. Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5185E4AB-507A-4159-8DBA-C2DF5A576DFB/0/2004rm4205alt\\_emocionales.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5185E4AB-507A-4159-8DBA-C2DF5A576DFB/0/2004rm4205alt_emocionales.pdf) [Con acceso en 14/10/2005].
  27. Vettore, Lea, Montero, Quintanilla, Lamarca. Relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. Blackwell Munsgaard 2003; 30: 394-402.