



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



**AFRONTAMIENTO Y SOPORTE SOCIAL EN UN GRUPO DE
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ROSARIO HAYDÉE PAREDES CARRIÓN

LIMA – PERÚ

2005



A los pacientes

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mi asesora, la licenciada Mónica Cassaretto Bardales, no sólo por sus acertados comentarios y sugerencias respecto a la mejor organización, análisis y presentación de los contenidos del presente trabajo de investigación; sino también por su paciencia, dedicación y tiempo por haber brindado su asesoría a través de medios electrónicos.

En segundo lugar, quisiera también agradecer a la Doctora Carmen Asmat por la oportunidad brindada para realizar prácticas con pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, pues dicha experiencia despertó el interés no sólo por trabajar con dicha población sino también por temas relacionados a la psicología de la salud.

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin la oportuna y efectiva participación de la Bachiller Lucy Tomairo Lenes y de la Licenciada Nelly Huapaya Flores, porque gracias a ella fue posible la recolección de los datos utilizados en esta investigación. Muchas gracias amigas pues sin su desinteresada y solidaria colaboración no hubiera podido llevar a cabo este proyecto.

Quisiera también agradecer a mi madre, la señora Paquita Carrión Paulini, por su constante asistencia en la realización de trámites burocráticos relacionados a la presentación de este trabajo de investigación. Mamá, muchas gracias por todo tu esfuerzo, sin tu guía no sería la persona que soy ahora.

En lo personal, quisiera agradecer a mi esposo, Leo, por haberme apoyado en cada paso de esta aventura, por haber tenido la paciencia

suficiente para tolerar mi ansiedad y preocupaciones, muchas veces excesivas, y por haberme enseñado a disfrutar cada día de nuestra vida juntos.

Por último, quisiera agradecer a todos los pacientes que de modo desinteresado participaron en esta investigación, ya que sin ellos ningún esfuerzo realizado hubiese dado frutos. En honor a ellos, quisiera motivar a toda aquella persona que lea este material a que done sus órganos, ya que es uno de los regalos más preciados y desinteresados que se le puede otorgar a otro ser humano.



AFRONTAMIENTO Y SOPORTE SOCIAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: AFRONTAMIENTO Y SOPORTE SOCIAL EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

1.1. Aspectos básicos sobre el afrontamiento	2
1.2. El afrontamiento en la enfermedad crónica	8
1.3. Aspectos básicos sobre el soporte social	11
1.4. El soporte social como recurso de afrontamiento en la enfermedad crónica	18

CAPÍTULO 2: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT)

2.1. Aspectos Médicos	23
2.2. Aspectos Psicosociales	27

Planteamiento del problema y objetivos de investigación 36

Definiciones conceptuales y operacionales 39

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Participantes	44
3.2. Instrumentos	48
3.3. Procedimiento	54

RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	96
REFERENCIAS	98



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Así, los resultados obtenidos identificaron la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, incluyeron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información.

Por otro lado, se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes. Asimismo, indicaron una mayor ocurrencia del soporte social percibido que efectivo, y mencionaron tener mayor necesidad que satisfacción con su soporte social. Por último, se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico.

Palabras claves: afrontamiento, soporte social, insuficiencia renal crónica terminal, estilos y estrategias de afrontamiento, funciones del soporte social.

INTRODUCCIÓN

La motivación para realizar un proyecto como el que se propone nació del trabajo práctico con pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), ya que la experiencia empírica demostró no sólo la necesidad por conocer el modo en el que las personas afectadas por este diagnóstico responden a los cambios que la IRCT impone en sus vidas; sino también por comprender el rol que desempeñan aquellas personas significativas para los pacientes sobre el modo en el que éstos responden a su enfermedad. Aprender y entender la manera por la cual las personas con IRCT responden a los efectos de su enfermedad así como también la influencia que sus seres significativos puedan tener sobre estas respuestas, es considerado un aspecto clave para el desarrollo de intervenciones que buscan o pretenden que los pacientes con IRCT se adapten de la mejor forma posible a su nueva condición de enfermo crónico.

En cuanto a la revisión teórica sobre los aspectos psicosociales de la IRCT, se encontró que las personas con este diagnóstico se encuentran principalmente afectadas por trastornos de ánimo, tales como la depresión y la ansiedad, y a su vez poseen bajos índices de adherencia al tratamiento, lo que aunado a sentimientos de pérdida de control y desesperanza, disminuyen su calidad de vida y aumentan sus índices de mortalidad y comorbilidad (Christensen y Ehlers, 2002; Gregory, Way, Hutchinson, Barret y Parfrey, 1998). La IRCT, al igual que otras enfermedades crónicas, exponen a las personas que la padecen a la experiencia de variados niveles de estrés, los que no sólo colaboran con el deterioro que la enfermedad y sus tratamientos

ocasionan, sino también dificultan el proceso de adaptación psicosocial (Courts, 2000). Sin embargo, la literatura menciona que los estilos y las estrategias de afrontamiento desarrollados por estos pacientes así como el soporte social del que disponen podrían funcionar como factores protectores ante los elevados índices de mortalidad y comorbilidad, la disminución de la adherencia al tratamiento, el aislamiento y la aparición de desórdenes o síntomas psiquiátricos que afectan con mayor recurrencia a esta población (Gregory et al., 1998; Courts, 2002; Christensen et al., 2002).

Bajo el contexto anteriormente mencionado surge el presente trabajo de investigación, el cual tienen como finalidad la descripción de los estilos y las estrategias de afrontamiento y del soporte social que un grupo de pacientes con IRCT presenta, para luego describir la posible relación que exista entre ambas variables de estudio. Se estima que el conocimiento de estas variables y de su relación le permitirá al profesional de salud comprender de manera más exacta la experiencia que dichos pacientes tienen sobre la IRCT, para así diseñar técnicas de intervención más acordes a las reales necesidades de esta población.

Así, el presente trabajo se haya dividido en tres capítulos, de modo que en el primer capítulo se hace una revisión teórica sobre las variables de afrontamiento y soporte social y de su relación con la salud y el bienestar. En el segundo capítulo se presentan los aspectos médicos más relevantes sobre el entendimiento de la IRCT así como investigaciones recientes que tratan la problemática que el diagnóstico de la IRCT representa para quienes la padecen. Como parte final del marco teórico, se presentan el planteamiento y los objetivos generales y específicos de la investigación, así como las

definiciones conceptuales y operacionales de las variables sujetas a estudio. Por otro lado, en el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada, es decir el tipo de investigación diseñado, el tipo de muestreo usado para seleccionar a la muestra final y los instrumentos utilizados para recolectar los datos pertinentes a los objetivos de la investigación. Asimismo, en esta sección se describen las características de los participantes que conformaron la muestra final, los resultados obtenidos sobre el análisis de validez y confiabilidad de las pruebas aplicadas en esta investigación, y los procedimientos estadísticos usados para analizar los datos recolectados.

Además de los tres primeros capítulos mencionados, este trabajo también se haya dividido en otras tres secciones que incluyen la descripción, discusión y conclusiones de los resultados obtenidos. De esta manera, en la sección de resultados se describen los resultados encontrados para las variables de afrontamiento y soporte social, para su relación y para las diferencias significativas de estos conceptos según ciertas variables sociodemográficas. La sección de discusión se encarga de integrar y asociar los resultados encontrados con la descripción previa sobre lo que la literatura especializada indica acerca del afrontamiento y del soporte social, así como entender el significado, aplicación e impacto que dichos resultados tienen para los participantes de la investigación. Finalmente, la sección de conclusiones describe brevemente los hallazgos más relevantes y significativos para el presente trabajo.

CAPÍTULO 1

AFRONTAMIENTO Y SOPORTE SOCIAL EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

A partir del estudio sistematizado del estrés realizado desde los años 60, los conceptos de afrontamiento y soporte social surgieron como variables que moderan o amortiguan los efectos del estrés en la salud física y psicológica (McCrae, 1984; Holahan y Moos, 1985; Thoits, 1995).

Es en ese sentido que, para poder entender los conceptos de afrontamiento y soporte social, es necesario entender el concepto de estrés, el cual ha sido estudiado desde diferentes perspectivas, entre las que se destacan la perspectiva fisiológica, que define al estrés como la activación del sistema nervioso dada la intervención directa de un estímulo externo; la perspectiva evolutiva, que define al estrés como aquella respuesta fisiológica que le permite al organismo adaptarse lo mejor posible a su ambiente; y la perspectiva psicológica, que define al estrés como los esfuerzos que el organismo despliega con la finalidad de regresar al estado de equilibrio y bienestar previo al advenimiento del estrés. Dentro de esta última perspectiva se encuentra el modelo transaccional de Lazarus, el cual se presenta como el modelo de mayor uso y ocurrencia en la literatura especializada sobre el estudio del estrés, y de los fenómenos con que éste se asocia (Aldwin, 2000; Cooper y Dewe, 2004; Miller, Sabin, Goldman, Clemente, Sadowski, Taylor y Lee, 2000; Moos y Schaefer, 1993).

Cabe indicar que en la presente revisión teórica se hace uso del modelo transaccional de Lazarus para explicar los conceptos de estrés y afrontamiento.

1.1. Aspectos básicos sobre el afrontamiento

Bajo el modelo transaccional de Lazarus, el estrés es entendido como aquella relación dinámica, bidireccional y mutuamente recíproca existente entre la persona y su ambiente que ha sido evaluada por la persona como demandante o excedente a sus recursos y como dañina a su propio bienestar. Por ello, el estrés es el resultado de la transacción entre la persona y su ambiente que le permite percibir cierta discrepancia entre las demandas físicas y psicológicas de una situación determinada, y los recursos biológicos, psicológicos y sociales con los que la persona cuenta para encarar dicha situación (Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986).

Así, el significado que tiene una determinada transacción entre la persona y su ambiente se encuentra sujeta a la evaluación cognitiva que de ella se haga, es decir depende de la valoración del significado del evento y de su grado de peligrosidad para el bienestar personal (Folkman, Chesney, Mckusick, Ironson, Johnson y Coates, 1991; Lazarus y Folkman, 1986). En ese sentido, existen dos tipos de evaluación cognitiva, a saber la evaluación primaria, que permite evaluar una situación como irrelevante, positiva, benigna o estresante; y la evaluación secundaria, que permite evaluar las opciones y los recursos disponibles para responder a la situación estresante. (Folkman et al., 1985; Folkman et al., 1986).

Una vez que se ha identificado que la transacción entre la persona y su ambiente ha dado lugar a una situación, acontecimiento o evento evaluado como estresante, puesto que menoscaba el bienestar del individuo, dicha

situación, acontecimiento o evento puede ser considerado como una amenaza, pérdida/daño o desafío (Folkman, 1984; Folkman et al., 1991).

Así, es en este tipo de situaciones que se evalúan los recursos disponibles para responder al evento estresante, y es en esa búsqueda por recuperar el equilibrio biopsicosocial perdido que se empieza a hablar de afrontamiento (Evans, 1993; McCrae, 1984, Rodríguez, 1995; Thoits, 1995).

Lazarus et al. (1986) definen al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados con el objetivo de dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas generadas por el evento estresante que exceden la capacidad del individuo. Siguiendo un camino parecido, Rodríguez (1995) manifiesta que en la mayoría de las investigaciones el afrontamiento es definido como el conjunto de respuestas que se despliegan ante un evento estresante con la finalidad de reducir los efectos adversos que produce. Aldwin (2000), por su parte, menciona que el afrontamiento es el uso de estrategias encargadas de lidiar con problemas actuales o venideros al igual que con su correlato emocional.

Lazarus et al. (1986) mencionan que dadas las constantes y cambiantes interacciones entre pensamientos y conductas desplegados frente al evento estresante y al contexto en el que dicho evento se desarrolla, el afrontamiento puede ser entendido como un proceso dinámico y complejo. Por tal motivo, cabe argumentar que las acciones ejecutadas para afrontar el evento estresante no sólo afectarán la evaluación que de él se haga, sino también posteriores afrontamientos a considerarse (Folkman, 1984; Folkman et.al., 1985; Stone, Greenberg, Kennedy-Moore y Newman, 1991). Describir el afrontamiento como proceso implica, a su vez, adjudicarle dos funciones

constitutivas relacionadas con las respuestas al evento estresante; es decir el afrontamiento dirigido a la emoción, que regula las emociones perturbadoras causadas por el evento estresante; y el afrontamiento dirigido al problema, que modifica y controla los problemas que el evento estresante origina (Aldwin y Revenson, 1987; Folkman, 1984; Folkman et al. 1985; Lazarus et al., 1986; Terry, 1994).

Asimismo, Moos et al. (1993) mencionan cuatro tipos básicos de afrontamiento como proceso; es decir afrontamiento por aproximación cognitiva, en el que se considera un aspecto del evento estresante a la vez, se recurre a la experiencia pasada, se ensayan mentalmente una serie de acciones a seguir, analizándose sus consecuencias y se acepta la realidad del evento estresante tratando de cambiarlo para obtener efectos positivos; afrontamiento por aproximación conductual, en el que se busca guía y soporte y se ejecutan acciones concretas para alterar directamente al evento estresante y sus consecuencias; afrontamiento por evitación cognitiva, en el que se niegan y minimizan los efectos perjudiciales del evento estresante, el mismo que es considerado como inalterable; y afrontamiento por evitación conductual, en el que se trata de buscar recompensas que sustituyan las pérdidas causadas por el evento estresante y se efectúan comportamientos que reduzcan temporalmente la tensión causada por el evento estresante mediante la expresión de sentimientos displacenteros como la cólera y la desesperanza.

Diferentes investigaciones indican la presencia de factores estables y situacionales que modelan las respuestas de afrontamiento, es decir existe cierta disposición para reaccionar de la misma manera ante diferentes eventos

estresantes; pero, a su vez, las características de éstos y el contexto en el que se circunscriben hacen que las respuestas sean heterogéneas entre diferentes personas e, incluso, en una misma persona en diferentes momentos (Baum y Posluzzy, 1999; Holahan et al., 1985; McCrae, 1984; Stone et al., 1991; Terry, 1994; Wethington y Kessler, 1991).

Como el afrontamiento no sólo depende de la situación sino también de las condiciones con las que las personas se enfrentan al evento estresante, se puede hablar de los recursos de afrontamiento, es decir características sociales y personales de las que se dispone para hacer frente a las demandas de un evento estresante; entre los que se destacan el soporte social, los factores de personalidad (autoeficacia, auto confianza, locus de control interno y externo, afectividad negativa, pesimismo, optimismo, fortaleza, rasgos), la autoestima, las creencias positivas y las habilidades sociales (Holahan et al., 1985; Moos et al., 1993; Lazarus et al., 1986; Taylor, 2003; Thoits, 1995). Por otro lado, Rodríguez (1995) clasifica a los recursos de afrontamiento como físicos/biológicos, que incluye todos los elementos disponibles del entorno físico inmediato; psicológicos/psicosociales, tales como la autoestima, nivel de independencia y autonomía y el autocontrol; culturales; que incluye las creencias y los procesos de atribución causal; y sociales, en los que destaca la red social de la persona y los sistemas de soporte social que brindan información, asistencia tangible y apoyo emocional.

Típicamente, las respuestas de afrontamiento son agrupadas en dos categorías, es decir en las estrategias de afrontamiento, que se refieren a los intentos cognitivos y/o conductuales que cambian en función a las características del evento estresante y a los efectos que tienen en el ambiente;

y en los estilos de afrontamiento, que se refieren a las tendencias generales, habituales y preferenciales que se presentan con mayor consistencia entre las personas sin importar las características del evento estresante o las demandas que impone el ambiente. Los estilos de afrontamiento, por su parte, tienden a ser comparados con los rasgos de personalidad, pues caracterizan un modo particular de actuar; sin embargo son más específicos dado que se circunscriben y aparecen sólo ante la presencia del estrés (Aldwin, 2000; Moos et al., 1993; Taylor, 2003; Thoits, 1995).

Entre los estilos y las estrategias de afrontamiento mayormente descritos por las investigaciones se tienen las de evitación/escape, en las que no se considera al evento estresante y/o a sus emociones negativas; de aproximación/confrontación, en las que se encara directamente al evento estresante; de negación; en las que se niega la existencia y/o los efectos del evento estresante; de anticipación, las que se ejecutan antes de la ocurrencia del evento estresante; de restauración, las que se realizan después del advenimiento del evento estresante; de divulgación, en las que se difunden las emociones provocadas por el evento estresante; de inhibición, en las que se retrae cualquier acción a tomar para afrontar al evento estresante; de control personal; dirigidas al problema, que generalmente se despliegan ante situaciones percibidas como controlables; dirigidas a la emoción, que se utilizan habitualmente ante situaciones percibidas fuera del control personal; vigilantes, en las que se está en un estado de duda o espera; pasivas, en las que se omite toda acción; activas; conductuales, en las que se llevan a cabo conductas que suponen un manejo adecuado del evento estresante; cognitivas, en las que se hace uso de cogniciones que buscan minimizar los efectos del evento

estresante; solución de problemas; búsqueda de soporte social, que implica apoyo emocional y material; y búsqueda de información, sobretudo del evento estresante y del contexto en el que se desenvuelve (Evans, 1993; Haan, 1993; Holahan et al., 1985; Miller y Brody, 1988; Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Thoits, 1995).

Por su parte, Folkman (1984), Folkman et al. (1991), Rodríguez (1995), Taylor (2003), Thoits (1995) y Zeidner y Saklofske (1996) manifiestan que en tanto las respuestas de afrontamiento se adecuen al tipo de evento estresante, al contexto en el que se haya inmerso, a los recursos disponibles y se realicen en el momento adecuado, se convierten entonces en respuestas adaptativas; sin embargo, cuando no existe este tipo de correspondencia entre los factores antes mencionados, las respuestas de afrontamiento se transforman en respuestas maladaptativas, ya que no consiguen reducir el estrés, sino incrementarlo.

A su vez, Zeidner et al. (1996), por otro lado, indica como factores importantes en la evaluación de la efectividad del afrontamiento a los siguientes: resolución del conflicto o de la situación estresante, es decir si se consiguió remover y/o eliminar el evento estresante; reducción de las reacciones fisiológicas y bioquímicas, es decir si se recuperó la homeostasis física; reducción del estrés psicológico, es decir si se controlaron los efectos emocionales adversos; funcionamiento social normal, es decir si se efectuaron comportamientos sociales dentro de la norma para regular el estrés; regreso a las actividades pre-estrés; bienestar para uno mismo y para aquellos afectados por el evento estresante; mantenimiento de una autoestima positiva y

percepción de efectividad, es decir si se reconoció la utilidad de una estrategia/estilo de afrontamiento en la eliminación del evento estresante.

1.2. El afrontamiento en la enfermedad crónica

En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona por varios años, afectando su calidad de vida, y originado nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la incidencia de las enfermedades crónicas no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (DiMatteo, 1991; Maes, Leventhal y de Ridder, 1996; Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Taylor y Aspinwall, 1993).

Rodríguez (1995) agrega además que el carácter estresante de una enfermedad depende también de sus propias características, tales como duración, aparición, intensidad, gravedad y etapas; así como de su capacidad estigmatizante. Por tal motivo, aquellos que se ven afectados por una enfermedad necesitan integrar los nuevos desafíos que la enfermedad presenta en término de las limitaciones y los cambios en el estilo de vida que

implica, ya que así se puede conseguir una adaptación positiva y constructiva a la enfermedad (Rodríguez, López y Pasto, 1990; Taylor et al., 1993). El que este tipo de adaptación no se produzca permite que el estrés que proviene de la enfermedad así como aquél que proviene de otros acontecimientos vitales incremente la probabilidad de conductas maladaptativas, tales como el incumplimiento del tratamiento y el despliegue de conductas de riesgo, lo que a su vez menoscaba aún más la salud de la persona enferma (Martin and Brantley, 2002).

Si bien podría pensarse que las enfermedades crónicas se afrontan de la misma manera que se afronta cualquier otro evento severamente estresante, las características y el contexto en el que se desenvuelven originan exigencias de adaptación y ajuste que no pueden ser fácilmente satisfechas por el modo habitual de afrontar el estrés (Felton y Revenson, 1984; Maes et al., 1996, Taylor, 2003).

De esta manera, diferentes estudios sobre el tema han encontrado a los siguientes como las estrategias y los estilos de afrontamiento de mayor ocurrencia en las enfermedades crónicas: afrontamiento por evitación cognitiva o conductual, ya sea negando, minimizando, distanciándose, escapando o racionalizando la enfermedad crónica y sus efectos; búsqueda de información, sobretodo de la enfermedad crónica para tener un mejor entendimiento de su accionar y sus efectos; afrontamiento activo, que permite ejecutar acciones en beneficio de la calidad de vida de la persona; afrontamiento por inhibición, en el que se reprime la experiencia emocional provocada por la enfermedad crónica; afrontamiento pasivo, al no percatarse de la enfermedad crónica ni de sus efectos; afrontamiento por confrontación, al comparar el antes y el después de

la enfermedad crónica para tratar de encontrar un sentido a su enfermedad, lo que puede influir en su resignación o aceptación de la misma; afrontamiento enfocado en la emoción, especialmente útil en las primeras facetas de la enfermedad dada la carencia de control; afrontamiento centrado en el problema; búsqueda de soporte social; distanciamiento y planificación de actividades. (Aldwin, 2000; Felton et al., 1984; Rodríguez, 1995; Taylor et al., 1993).

Martin et al. (2002) sostienen que, en el caso de las enfermedades, el afrontamiento activo y el enfocado en el problema parecen estar asociados a resultados psicológicos positivos, tales como una mejor adaptación a la nueva condición de enfermo; mientras que el afrontamiento por evitación, de confrontación, de distanciamiento, de auto-control y de escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como la depresión y la ansiedad. El afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio el afrontamiento enfocado en la emoción presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como incontrolable. Al respecto, Taylor (2003) agrega que las personas afectadas por una enfermedad, al menos en sus primeros estadios, tienden a utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento enfocado en la emoción, ya que la amenaza que la enfermedad representa para la salud es percibida como un evento que puede ser tolerado, pero que no es susceptible a la acción directa del paciente.

De acuerdo a Newman (1990) las enfermedades crónicas comprenden exigencias que van cambiando con el transcurso de las mismas, por lo que es

coherente pensar que las estrategias y los estilos de afrontamiento también cambiarán para adecuar su efectividad a las demandas que surgen en momentos y períodos determinados. Sin embargo, Martin et al. (2002) afirman que existe evidencia que sugiere que las personas enfermas tienden a ser menos flexibles en el uso de sus estrategias de afrontamiento, lo que de acuerdo con Miller et al. (2000) puede conducir a respuestas de afrontamiento maladaptativas que pueden afectar negativamente el tratamiento médico.

Al respecto, Aldwin (2000), Felton et al. (1984) y Taylor (2003) sostienen que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo. Por otro lado, también señalan la necesidad de contar con un repertorio amplio de estrategias y estilos de afrontamiento que procuren una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica en la existencia personal, pues no todas son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad. Finalmente, Rodríguez et al. (1990) agrega que el resultado efectivo o inefectivo de las respuestas de afrontamiento a la enfermedad depende no sólo de los esfuerzos individuales que la persona enferma realiza, sino también de la manera en la que su entorno social responde a dichos esfuerzos.

1.3. Aspectos básicos sobre el soporte social

Numerosas investigaciones han destacado el valor positivo de las relaciones interpersonales sobre los procesos de ajuste y adaptación al estrés, especialmente en relación a la salud y el bienestar físico y psicológico, ya que no sólo protegen contra los efectos dañinos del estrés, sino también reducen

las respuestas emocionales negativas que éste produce (Barrón, 1990; Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus, 1987; Heller, Swindle y Dusenbury, 1986; Sarason y Sarason, 1986). Así, se estima que las interacciones sociales con otras personas permiten percibir la existencia de recursos que facilitan o promueven un afrontamiento exitoso frente al estrés (Heller et al., 1986; Wills y Fegan, 2001), ya sea redefiniendo su potencial de daño o amortiguando sus efectos negativos (Cohen y Willis, 1985; Thoits, 1986).

Al referirnos a las relaciones sociales emerge el concepto de soporte social, el cual lejos de ser un concepto unitario, es un constructo global que incluye aspectos tales como las estructuras, funciones y contextos en las que el soporte social se desarrolla. (Coyne y DeLongis, 1986; Sarason, Pierce y Sarason, 1990).

Entre las definiciones de mayor ocurrencia se encuentra aquella que entiende al soporte social como el acceso a personas que brindan la creencia de ser querido, amado, cuidado, estimado y valorado, así como la creencia de pertenecer a una red de comunicación y obligación mutua (Barrón, 1990; Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983; Sarason et al., 1990; Taylor, 2003). Por su parte, Quick, Nelson, Matuszek, Whittington y Quick (1996) y Ovejero (1990) coinciden en afirmar que el soporte social es el otorgamiento de recursos psicológicos, emocionales y materiales a través de las relaciones interpersonales que presumiblemente protegen contra los efectos negativos del estrés. Asimismo, Rodríguez (1995) indica que el soporte social se refiere a la cantidad, estructura y función de las relaciones sociales que pretenden ayudar en el afrontamiento de los problemas y en la satisfacción de las necesidades emocionales y de socialización. Por otro lado, Sarason et al. (1983) sostienen

que, independientemente de su definición, el término de soporte social debe poseer dos elementos básicos que lo distinguan, es decir la percepción de un número suficiente de personas disponibles a las que se puede acudir en tiempos de necesidad y el grado de satisfacción con dicho soporte disponible.

Norris y Kaniasty (1996) mencionan la existencia de dos tipos o facetas del soporte social. Por un lado, se encuentra el soporte social recibido, es decir los comportamientos de ayuda reales que son otorgados a la persona; y, por el otro, el soporte social percibido, es decir la creencia de que tales comportamientos de ayuda pueden ser otorgados en caso de ser necesitados. Por ello, mientras que el soporte social recibido es aquel comportamiento de ayuda que ha ocurrido, el soporte social percibido es aquél que podría ocurrir.

Ambos tipos o facetas del soporte social se hayan influenciados por diversos factores, tales como las características del receptor y del proveedor del soporte, del estresor y del ambiente, en el caso del soporte social recibido; y de habilidades sociales competentes, de adecuados niveles de autoeficacia que permitan comportamientos adaptativos frente al estrés, de bajos niveles de ansiedad, de una autoimagen positiva y de expectativas positivas de la interacción con otros, en el caso del soporte social percibido (Dunkel-Schetter et al., 1987; Sarason, Sarason y Pierce, 1990). Es importante subrayar que la distinción entre estos dos tipos de soporte es de gran utilidad en el estudio de los efectos del soporte social sobre la salud y el bienestar, ya que se cree que el soporte social percibido tiene mayor influencia sobre estas variables, en vista que cuando se entiende que existe la posibilidad de ayuda, entonces se puede evaluar con menor severidad a la fuente de estrés (Cutrona, 1986; Dunkel-

Schetter y Bennet, 1990; Heller et al., 1986; Norris et al., 1996; Sarason et al., 1990; Sarason et al. 1990; Thoits, 1995).

Si bien se considera que el soporte social tiene efectos benéficos sobre la salud física y psicológica, pues brinda recursos e interacciones que pueden ser útiles para afrontar un problema, no queda claro para quiénes y bajo qué tipo de circunstancias este beneficio es más sobresaliente; por lo que se ha establecido la existencia de dos tipos de efectos del soporte social, a saber el soporte social como efecto indirecto o amortiguador y el soporte social como efecto directo o principal. En el primer caso, el efecto indirecto o amortiguador surge de la interacción entre el estrés y el soporte social pues se presume que el soporte social actúa en personas que experimentan estrés al protegerlas de sus efectos patógenos; y, en el segundo, el efecto directo o principal se establece mediante un efecto estadístico principal que indica que el soporte social es beneficioso independientemente de estar o no bajo los efectos del estrés (Barrón, 1990; Cohen et al., 1985; Taylor, 2003; Wills et al., 2001).

El accionar de ambos tipos de efectos se caracteriza, por un lado, por una larga red social que otorga experiencias positivas, roles estables y socialmente gratificantes, sentido de predictibilidad y estabilidad y reconocimiento de auto valor (efecto directo o principal); y, por el otro, por la percepción de relaciones positivas que fortalecen la auto confianza y la habilidad para perseverar ante obstáculos y distracciones brindando recursos necesarios que atenúan los niveles de estrés (efecto indirecto o amortiguador). Al respecto, se desprende la idea de que el soporte social recibido influye en el desarrollo y desenvolvimiento del efecto directo o principal y que el soporte social percibido hace lo mismo con el efecto indirecto o amortiguador (Brissette,

Carver y Scheier, 2002; Cohen, Clark y Sherrod, 1986; Dunkel-Schetter et al., 1990; Sarason et al., 1983).

De acuerdo a Barrón (1990) y Cohen et al. (1985) la evidencia que respalda la racionalización de los efectos del soporte social se encuentra en las mediciones que de éste se haga; así, por ejemplo, cuando se evalúa la percepción de la disponibilidad de los recursos interpersonales que responden a las necesidades que surgen de los eventos estresantes se estaría evaluando el efecto indirecto o amortiguador del soporte social; mientras que cuando se evalúa el grado de integración de una red social se evaluaría al soporte social como efecto directo o principal. Ambos autores coinciden en afirmar que tales efectos del soporte social son correctos y compatibles hasta cierto punto, ya que sólo representan un proceso diferente a través del cual el soporte social afecta a la salud y el bienestar.

Así como existen variadas definiciones y descripciones del soporte social y de sus modos de actuar, también existen múltiples formas de medición que pueden ser agrupadas en cuatro categorías generales, es decir mediciones estructurales, funcionales, específicas y globales. Las mediciones estructurales utilizan a la red social como su unidad de análisis y determinan que el soporte social proviene de la organización de los lazos establecidos con la red social y del número, densidad, multiplicidad y frecuencia de las relaciones con y entre los miembros de la red. Igualmente, este tipo de medición asume que tener una relación social es equivalente a obtener apoyo de la misma, siendo importante contar con un amplio abanico de estables y regulares relaciones sociales dado que sus beneficios son directamente proporcionales a su tamaño; sin embargo esta perspectiva no considera factores tales como conflictos entre los miembros

de la red que pueden alterar e imposibilitar el otorgamiento del soporte social. Los instrumentos que se circunscriben a este tipo de medición describen la existencia de relaciones sociales y proporcionan un índice objetivo e indirecto de la disponibilidad de las funciones del soporte social. Las mediciones funcionales, por su parte, se interesan en el aspecto cualitativo del soporte social al evaluar la accesibilidad en el que las relaciones sociales desempeñan funciones particulares de ayuda. Si bien las mediciones específicas evalúan una estructura o función determinada o una combinación particular de ambas por medio de un índice global indiferenciado; las mediciones globales combinan diferentes índices estructurales y/o funcionales a la vez. Cabe señalar que las mediciones estructurales y funcionales no se hayan altamente correlacionadas entre sí y, tal como se afirmó en líneas anteriores, el efecto directo/principal del soporte social se encuentra con mayor ocurrencia en mediciones estructurales; mientras que el efecto indirecto/amortiguador en mediciones funcionales (Barrón, 1990; Cohen et al., 1985; Taylor, 2003; Thoits, 1995; Willis et al., 2001).

En la literatura se ubica un basto número de funciones del soporte social que son fácilmente diferenciadas en el campo teórico, pero raramente independientes unas de otras en el práctico. Así, se destacan las funciones de soporte emocional, es decir la evaluación de las personas con las que se expresan sentimientos como amor, confianza, cariño, cuidado y empatía; y que a su vez promueven sentimientos de ser querido, amado y respetado; de soporte informativo, es decir la evaluación de las personas que pueden otorgar consejo e información útil para definir y entender a los eventos estresantes así como reconocer los recursos relevantes y planes de acción alternativos para

afrontarlos; de soporte instrumental, tangible o material, es decir la evaluación de conductas o materiales, tales como ayuda financiera, servicios, bienes, etc., que pueden resolver problemas prácticos; de soporte de participación social, es decir la evaluación de las personas con las que se puede compartir actividades placenteras, recreativas y de ocio que satisfacen una necesidad de afiliación y que facilitan la experiencia de estados afectivos positivos; de soporte de interacción íntima, es decir la evaluación de las personas con las que se comparte y discuten asuntos personales; y de soporte de información positiva, es decir la evaluación de las personas que aprueban la expresión de creencias y estilos personales. Tanto el soporte emocional como el informativo parecen responder a un amplio repertorio de eventos estresantes, no obstante el soporte instrumental y el de participación social parecen estar relacionados a una necesidad particular que el evento estresante despierta (Barrera, Sandler y Ramsay, 1981; Barrón, 1990; Cohen et al., 1985; Ovejero, 1990; Quick et al., 1996; Sarason et al., 1990; Taylor; 2003; Thoits, 1995; Willis et al., 2001).

Cuando se presume que el soporte social es un recurso meramente otorgado por el ambiente, se olvida la existencia de una relación dinámica y mutuamente influyente entre quien otorga el soporte social y quien lo recibe, de las características personales de los mismos y de los cambios, variaciones, duración y naturaleza de los efectos del evento estresante. En ese sentido, se estima que los estilos y las estrategias de afrontamiento son una variable importante en el modelamiento de la disponibilidad y la concesión del soporte social, ya que la manera en la que se afronta el estrés presumiblemente indicaría a los miembros de la red social las necesidades a ser satisfechas y los tipos de ayuda requeridos. A su vez, tales estilos y estrategias de afrontamiento

pueden facilitar o dificultar el otorgamiento del soporte social, dado que los miembros de la red social responden en función a ellos; por ejemplo, cuando se utilizan estilos y estrategias de afrontamiento inexactos a la situación de estrés, cuando no queda claro el proceso de afrontamiento o cuando se experimentan eventos estresantes crónicos, los miembros de la red social experimentan sentimientos displacenteros y de confusión que no les permiten otorgar el tipo de soporte social necesario sino mas bien uno que es ineficiente y hasta dañino. Por otro lado, el soporte social también puede influir en los posteriores estilos y estrategias de afrontamiento a utilizarse al proveer información que permite una mejor y mayor adaptación a la situación de estrés (Barrón, 1990; Brisette et al., 2002; Dunkel-Schetter et al., 1990, Dunkel-Schetter et al., 1987; Roy, Steptoe y Kirschbaum, 1998; Sarason, Sarason y Shearin, 1986). Thoits (1986) argumenta que el soporte social es un recurso de afrontamiento puesto que asiste a cambiar la situación de estrés, el significado de la misma y/o las reacciones emocionales frente a ella mediante la sugerencia de técnicas alternativas que participan directamente en los esfuerzos de afrontamiento desplegados ya sea eliminándolos o reforzándolos.

1.4. El Soporte Social como recurso de afrontamiento en la enfermedad crónica

Bajo el contexto de la salud y el bienestar, el soporte social actúa como un agente psicosocial que protege contra el estrés generado por enfermedades y procesos médicos asociados, y que mitiga sus efectos al influir sobre las interacciones entre el estrés y las respuestas emocionales que se despliegan ante él, lográndose prevenir y/o disminuir la ocurrencia de enfermedades,

acelerar sus procesos de recuperación y reducir las tasas de mortalidad y comorbilidad (Quick et al., 1996; Taylor, 2003).

De acuerdo con Rodríguez (1995), las personas que tienen bajos o inexistentes niveles de soporte social tienen mayores probabilidades de presentar problemas de salud que aquellas que tienen altos niveles de soporte social. Es decir, la falta de ayuda en momentos de crisis puede conducir a las personas a desplegar conductas de riesgo que atentan contra su salud, dado que se encuentran abrumadas por tener que responder por si solas a demandas y exigencias del ambiente para las que no se sienten preparadas.

Por otro lado, aquellas personas que se encuentran afectadas por una enfermedad pueden responder de un modo más positivo a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva si cuentan con altos niveles de soporte social. Por eso, tanto el conocimiento de contar con un mayor número de recursos disponibles para afrontar con mayor éxito el estrés que proviene de la enfermedad así como la inclinación de los miembros de su red social para buscar y aceptar favorablemente servicios médicos, permite que la persona afectada por una enfermedad se adhiera mejor a sus tratamientos, con lo que sus probabilidades de recuperación o menor deterioro se incrementan (Taylor, 2003).

Martin et al. (2002) sugieren que dada las características preventivas y protectoras del soporte social, es más conveniente fortalecer, mejorar y ampliar el soporte social del que se dispone en vez de meramente tratar de reducir el estrés que proviene de la enfermedad, ya que así se podría reducir la recurrencia de enfermedades a largo plazo. Sin embargo, Sarafino (2002) sostiene que si bien el soporte social, sobretodo cuando responde

satisfactoriamente a las necesidades que tiene la persona afectada por el estrés, puede promover conductas saludables; también tiene la capacidad de fomentar conductas disfuncionales que generan mayor ansiedad y estrés, sobretodo cuando quienes son responsables de brindar la ayuda necesaria se encuentran negativamente afectados por la situación de estrés. Por ello, tal como el autor lo afirma, cualquier intervención que pretenda modificar la calidad y cantidad del soporte social debe considerar que tal modificación será exitosa siempre y cuando las exigencias que se les planteen a aquellos que otorgan el soporte social no excedan su capacidad natural de ayuda.

Conforme a las funciones del soporte social, el soporte social emocional, en comparación con el resto de las demás funciones, presenta mayores resultados positivos para la salud, sobretodo cuando proviene de seres significativos como la familia y los amigos (Wills et al., 2001); mientras que el soporte social informativo es el segundo en importancia para la salud, sobretodo cuando proviene de expertos, tales como personal médico capacitado (Sarafino, 2002). Cohen et al. (1986), por su parte, sostienen que las funciones de información positiva, de interacción íntima y de participación social también muestran resultados beneficiosos para la salud sólo cuando el soporte social tiene un efecto amortiguador sobre el estrés que proviene de la enfermedad.

En el caso de las enfermedades crónicas, la necesidad de soporte social es superior a la promedio dada las demandas, especialmente psicológicas y psicosociales, que deben satisfacerse para procurar una mejor adaptación a las nuevas condiciones de vida. No obstante, los pacientes crónicos no siempre cuentan con el soporte social que necesitan ya que aspectos tales como la

naturaleza y cronicidad de la enfermedad, el deterioro que produce, los sentimientos de alineación y separación que origina, entre otros, pueden afectar negativamente sus relaciones interpersonales al plantearles a los miembros de su red social exigencias excesivas que no pueden seguir cubriendo. Así mismo, dicho efecto negativo en las relaciones interpersonales del paciente lo puede conducir a buscar cada vez menos la ayuda que necesita dada la falta de respuesta (Kaplan y Toshima, 1990; Knapp y Hewison, 1998; Ovejero, 1990; Rodríguez, 1995).

Respecto a la efectividad del soporte social sobre la salud y bienestar, Barrón (1990), Quick et al. (1996), Taylor (2003) y Willis et al. (2001) sugieren que éste otorgaría mayores beneficios en la medida que responda y satisfaga a las necesidades acaecidas por la enfermedad, por lo que es importante que exista cierta correspondencia entre el tipo, la función, la cantidad, el origen, el momento y las circunstancias en las que el soporte social es brindado con los niveles de estrés experimentados. Como parte de este pensamiento se desarrolla la hipótesis de especificidad, que indica que demandas específicas requieren de un tipo particular de ayuda; presumiéndose que el soporte social no siempre es útil bajo cualquier contexto ni que cualquier miembro de la red social es el mejor candidato para otorgarlo. Así, por ejemplo, de acuerdo a dicha hipótesis, el soporte social material y el soporte social informativo tienen mayor efectividad en enfermedades percibidas como controlables, tales como la diabetes; mientras que el soporte social emocional y el de participación social tienen mayor efectividad en enfermedades percibidas como incontrolables (Uchino, 2004).

Por su parte, Ovejero (1990) señala que el soporte social será efectivo siempre y cuando le conceda al enfermo una visión positiva de su situación y le permita adaptarse a ella lo mejor posible. Finalmente, es pertinente agregar que el soporte social de mayor efectividad puede ser proporcionado y aceptado bajo contextos de interacciones sociales cotidianas sin que sea requerido y sin que los participantes de la transacción se percaten del papel que desempeñan (Cohen et al., 1985).



CAPÍTULO 2

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT)

Los riñones son aquellos órganos que se ubican uno a cada lado de la espina dorsal, a la altura de la tercera vértebra lumbar, pesando aproximadamente 150 g. cada uno y midiendo 11 a 12 cm. de largo, 5 a 7.5 cm. de ancho y 2.5 cm. de grosor. Por otra parte, los riñones se hayan compuestos por unidades funcionales llamadas nefronas, las que a su vez están constituidas por pequeños vasos sanguíneos o capilares denominados glomérulos y por un pequeño tubo colector de orina llamado túbulo. Dicha constitución le permite al riñón cumplir con dos funciones vitales e importantes para el organismo, a saber la regulación del balance químico de la sangre, conservándose el ambiente interno celular; y la eliminación de los productos de desecho metabólico, previniéndose la acumulación de niveles tóxicos. No obstante, los riñones también cumplen otras funciones no menos importantes como son regular la presión sanguínea y la producción de glóbulos rojos así como secretar las hormonas eritropoyetina, renina y la forma activa de la vitamina D. Por lo expuesto se deduce que cualquier tipo de daño a los riñones menoscaba considerablemente el adecuado funcionamiento del organismo humano en su totalidad (Gutch y Stoner, 1983; Madsen, 1995; Ribeax, 1997).

2.1. Aspectos Médicos

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se deriva de la falla renal crónica que ocurre cuando la función de los riñones disminuye debido a la reducción, y consecuente pérdida, del número de nefronas funcionales. Dada la

disminución irreversible y progresiva de las nefronas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para el organismo, por lo que es necesario que la persona diagnosticada con IRCT se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se detecte dicha pérdida, ya que de ese modo se prolonga la vida y se evita la muerte (Peterson, 1995; Sarnak y Levey, 2000).

De acuerdo a Durán y Sellarés (1998) y Peterson (1995) las enfermedades del riñón de mayor incidencia que provocan la pérdida irreversible de las nefronas son nefropatía diabética, glomerulonefritis, poliquistosis intersticiales, nefropatías vasculares y las enfermedades del riñón hereditarias. Por lo general, la falla renal crónica se presenta lenta y paulatinamente, con signos y síntomas sutiles tales como dolores de cabeza frecuentes, aletargamiento generalizado, debilidad excesiva y picazón de todo el cuerpo (Peterson, 1995). Sin embargo, a medida que la falla del riñón se intensifica, es decir cuando su funcionamiento normal ha caído por debajo del 30%, es posible el desarrollo del síndrome urémico, el cual se caracteriza por encefalopatía urémica, neuropatía urémica, demencia, necrosis del tejido suave, pruritos, disturbios inmunológicos, anemia, hemorragias, miocardiopatía, miopatía y disfunción sexual, para finalmente llegar al coma urémico (Massry, 2000).

El diagnóstico efectivo y oportuno de la falla renal crónica, y consiguientemente de la IRCT, es muy importante en la medida que se puede proveer al paciente con el tratamiento adecuado antes de que éste experimente las características del síndrome urémico. Durán et al. (1998) y Sarnak et al.

(2000) sostienen que la medición de la aclaración de la creatinina (producto de desecho acumulado en la sangre) es la más común para el diagnóstico de la falla renal crónica, lo que en términos clínicos significa que si la aclaración de la creatinina está por debajo de los treinta mililitros por minuto (30 ml/mm), el paciente debe ingresar a terapia de reemplazo en el menor tiempo posible. Según la revisión de la literatura, existen tres tipos de terapia o tratamiento de reemplazo, es decir la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

a) *Hemodiálisis*

La hemodiálisis, como tratamiento de reemplazo del funcionamiento renal, hace uso de una máquina que por medio de una membrana semipermeable llamada dializador elimina los productos de desecho concentrados en la sangre y restablece el balance químico de la misma al extraer sustancias químicas que se encuentran en exceso. La sangre es retirada del paciente a través de unos tubos y llevada al dializador, en donde se extraen los productos de desecho, las sustancias químicas y otros fluidos en exceso y se depositan en una sustancia llamada dializante. Una vez que la sangre ha sido limpiada y purificada, regresa al paciente por otra serie de tubos. Cabe indicar que la hemodiálisis es un proceso dinámico y continuo, es decir, la sangre es extraída, limpiada y suministrada al paciente casi paralelamente (Depner, 2000; Ross y Barri, 1995).

Para conseguir tal efecto, se requiere contar con una vía de acceso por la cual la sangre pueda salir y reingresar al paciente sin mayores complicaciones. Depner (2000) y Ross et al. (1995) indican al acceso vascular, que se efectúa por medio de la inserción de catéteres a la altura de la clavícula o de la vena

yugular interna, y a la fístula arteriovenosa, que es la unión quirúrgica de una arteria y una vena, como las vías de acceso más comunes.

Gutch et al. (1983) mencionan que la hemodiálisis dura alrededor de tres a cuatro horas por sesión y que debe ser realizada tres veces por semana, de preferencia intercaladamente, ya que de esa manera se evita la intoxicación urémica. Ross et al. (1995) afirma que las complicaciones usualmente asociadas al tratamiento de hemodiálisis son hipotensión, calambres musculares, síndrome del desequilibrio de la diálisis, hipoxemia, arritmias, hemorragias, enfermedades asociadas a la transfusión de sangre, pericarditis y, principalmente, anemia.

Finalmente, Durán et al. (1998) argumentan que se debe de restringir la ingesta de líquidos a un litro diario y que la dieta del paciente debe adecuarse a su nueva condición de vida, es decir se deben ingerir alimentos ricos en proteínas y se deben disminuir los alimentos ricos en potasio y fósforo, principalmente.

b) Diálisis Peritoneal

Entre los tipos más comunes de diálisis peritoneal se encuentra la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC) que opera bajo los mismos principios que la hemodiálisis. En este caso, no se hace uso de una maquina sino del cuerpo del propio paciente, es decir mediante la inserción quirúrgica de un catéter permanente a la altura del peritoneo, se utiliza esa membrana semipermeable como el dializador a través del cual se filtran los productos de desecho y las sustancia químicas y fluidos en exceso en la sangre. Así, el paciente inserta el dializante o dializado (sustancia en la que se depositan los

productos de desecho y las sustancias químicas y fluidos en exceso en la sangre una vez que han sido filtrados) en el peritoneo haciendo uso del catéter, dejándolo depositado por seis horas, luego de las cuales debe drenar el dializante y colocar uno nuevo para que el proceso de filtración se renueve. No obstante, DIPAC presenta mayores libertades que la hemodiálisis, pues el paciente no se encuentra sujeto a una máquina, el riesgo de una infección por peritonitis es el problema de mayor ocurrencia que enfrentan las personas bajo este tipo de tratamiento (Mactier, Khanna y Nolph, 2000; Mars y Ross, 1995).

c) *Transplante Renal*

El transplante renal consiste en la inserción quirúrgica de un riñón, donado por una persona viva o por una persona con muerte cerebral, que cumplirá con las funciones que los riñones del paciente solían ejecutar antes de ser afectados por la IRCT. Si bien este tratamiento se presenta como la opción que proporciona los mejores niveles de calidad de vida, no es una cura a la enfermedad pues existe el constante riesgo de rechazo por el accionar del sistema inmunológico. Por esta razón, el paciente transplantado debe tomar medicinas inmunosupresivas que combatan esa posibilidad de rechazo; sin embargo, tales medicinas también ocasionan el debilitamiento del sistema inmunológico, lo que trae consigo otras complicaciones tales como infecciones, tumores y enfermedades cardiovasculares (Ramos, 1995).

2.2. Aspectos Psicosociales

Varias investigaciones han identificado que las personas diagnosticadas con IRCT presentan una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica,

destacándose los desórdenes depresivos como los de mayor impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes (Finkelstein y Finkelstein, 2000; Guzmán y Nicasio, 2003; Hailey y Moss, 2000; Kim, Lee, Huh, Kim, Kim, Oh, Kang, Moon, Kim, y Kim, 2002; Martorelli y Mustaca, 2004; Weisbord, Carmody, Bruns, Rotonda, Cohen, Zeidel y Arnold, 2003).

Al respecto, Guzmán et al. (2003) sugieren que los pacientes con IRCT se encuentran más vulnerables a experimentar desórdenes depresivos puesto que la severidad de la enfermedad así como los problemas y las limitaciones físicas y médicas asociadas exceden su capacidad de afrontamiento y adaptación. Igualmente, mencionan que las evaluaciones y creencias sobre la IRCT jugarían un rol importante en el desarrollo de los desórdenes depresivos, pues al parecer las evaluaciones y creencias negativas se asocian a altos niveles de depresión, mientras que las evaluaciones y creencias positivas se asocian a bajos niveles de depresión. Por su parte, Kim et al. (2002) sostienen que los sentimientos de desesperanza agudizan los niveles de depresión, ya que la falta de una cura definitiva llevaría a la percepción de un futuro incierto y poco prometedor. Kimmel (2002) argumenta que los resultados sobre el desarrollo de desórdenes depresivos en pacientes con IRCT deben ser considerados con cautela pues la mayoría de las investigaciones carecen de comparaciones significativas entre los distintos tipos de tratamiento de la IRCT y de representatividad en el desarrollo evolutivo de las personas afectadas por este diagnóstico.

De acuerdo a Hatchett, Friend, Symister y Wadhwa (1997) y Hatchett (1998) un adecuado ajuste y adaptación a una enfermedad crónica de la severidad de la IRCT puede verse perjudicado cuando las expectativas que los

familiares, amigos y personal médico tienen sobre la manera en que los pacientes deberían afrontar la enfermedad no coinciden con las percepciones que los pacientes tienen sobre sus propias capacidades para afrontar la enfermedad, sobretodo en cuanto a su responsabilidad sobre el tratamiento médico y sus habilidades para realizar tareas de rutina se refiere. Esta falta de congruencia entre lo que los pacientes pueden hacer y lo que los demás esperan que hagan puede conducirlos a experimentar estrés y depresión, dado que los pacientes podrían percibirse como incompetentes por no cumplir con tareas para las que no se encuentran física ni emocionalmente preparados.

Un estilo de atribución que implica culpar a otros, y en menor medida a uno mismo, por los efectos que la IRCT tiene sobre el bienestar físico, psicológico y social ha sido asociado a ciertas características de personalidad, definidas por el modelo de los cinco factores de personalidad, y cuyo efecto combinado produce un menor ajuste a la nueva condición de enfermo crónico (Rich, Smith, Christensen, 1999). Así, por ejemplo, en una investigación realizada por los autores previamente mencionados se halló que culpar a otros se relacionó negativamente con altos niveles de agradabilidad, es decir con una orientación positiva hacia los demás; y que culpar a otros y a uno mismo se relacionó positivamente con altos niveles de neuroticismo, es decir con una ansiedad generalizada, y negativamente con altos niveles de conciencia, es decir con un sentido de control personal relacionado a la persistencia, determinación, esfuerzo y puntualidad. En cuanto al tratamiento médico, estos autores encontraron diferencias significativas entre los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal; es decir aquellos pacientes en diálisis peritoneal que culparon a otros por los efectos negativos de la IRCT sobre su

bienestar físico, psicológico y social presentaron mayores niveles de ansiedad y cólera que los pacientes en hemodiálisis.

Según Christensen, Turner, Smith, Colman y Gregory (1991) aquellos pacientes que creen que su enfermedad puede ser controlada, por ellos mismos o por el personal médico, tienden a ser optimistas respecto a los resultados de su tratamiento, lo que a su vez favorecería un adecuado ajuste psicológico. Sin embargo, aquellos pacientes que han confirmado que su enfermedad carece de control (e.g. la pérdida de un riñón transplantado), pero que mantienen la creencia de poder controlar la enfermedad, pueden desarrollar conductas maladaptativas que los conducirían a atentar contra el cumplimiento efectivo de su tratamiento. Asimismo, mencionan que los pacientes que no han experimentado rechazo del trasplante renal y que poseen creencias sobre el control de su enfermedad, tienden a presentar menores niveles de depresión.

Por otra parte, Eitel, Hatchett, Friend, Griffin y Wadhwa (1995) afirman que la percepción de control que tienen los pacientes sobre su enfermedad debería estar negativamente asociada con el grado de severidad de la misma. Es decir, en aquellos casos en los que la IRCT presenta altos niveles de severidad, es recomendable que los pacientes perciban que ejercen un menor control sobre su enfermedad para favorecer un mejor ajuste a la misma al evitar sentimientos depresivos y conductas maladaptativas que pueden perjudicar su tratamiento. Tanyi (2003) menciona que el bienestar espiritual es un factor que no es comúnmente considerado en el tratamiento del paciente renal; no obstante parece fungir como factor protector en el desarrollo de un adecuado

ajuste psicosocial al estrés producido por la IRCT, sobretodo en el caso de pacientes mujeres.

Por lo general, las investigaciones sobre la calidad de vida del paciente renal señalan al transplante de riñón exitoso como la opción que brinda los mejores niveles de calidad de vida de acuerdo al funcionamiento físico, cognitivo y social del paciente (Franke, Reimer, Phillip y Heemann, 2003; Vergoulas, 2002). Vergoulas (2002) encontró que los pacientes renales que obtuvieron un nuevo riñón disminuyeron sus niveles de depresión previos a la intervención quirúrgica y mejoraron su apetito y patrones de sueño; sin embargo sus niveles de ansiedad continuaron elevados, quizás por el temor a un posible rechazo. Franke et al. (2003), por otro lado, halló que si bien el transplante renal incrementa la calidad de vida de los pacientes renales, pues mejora su condición física así como la posibilidad de contar con un mayor soporte social, al pasar los años dicha mejoría inicial disminuye dados los nuevos desafíos físicos y sociales que impone el transplante (e.g. efectos en la apariencia física de las medicinas para evitar el rechazo y mayor demanda de la red social del paciente para que recupere su condición de vida previa al diagnóstico de la IRCT).

Al preguntarle a un grupo de pacientes de la tercera edad sobre sus opiniones respecto a los factores necesarios para contar con una calidad de vida adecuada durante el tratamiento de la IRCT, los factores mayoritariamente mencionados fueron ser independiente, aliviar sus síntomas, estar en contacto con sus amigos y familiares y tener acceso al sistema de salud (Ahmed, Adicto, Qureshi, Pendleton, Clague y Horan, 1999). Al parecer, pacientes de la tercera edad diagnosticados con IRCT presentan una tasa más alta de comorbilidad

física y un mayor deterioro en su calidad de vida con intervenciones sorpresivas e inesperadas que los pacientes más jóvenes (Loos, Briancon, Frimat, Hanesse y Kessler, 2003). Devis, Beanlands, Mandin y Paul (1997) afirman que, a diferencia de los pacientes de la tercera edad, los pacientes jóvenes perciben a la IRCT como un evento no normativo en su desarrollo, pues interfiere negativamente con sus actividades diarias e intereses y limita sus oportunidades de disfrutar de actividades placenteras, comprometiéndose de este modo su calidad de vida. En vista que la IRCT es un evento que no corresponde al estado evolutivo de los pacientes jóvenes, estos autores recomiendan reevaluar las expectativas y aspiraciones que tienen sobre el futuro, convirtiéndolas en metas realizables dentro de su condición de paciente renal crónico joven, para así procurar un mejor ajuste a dicha condición.

Si bien existen pocas investigaciones sobre los efectos de la IRCT en población infantil, cabe mencionar la investigación realizada por Madden, Hastings y Hoff (2002) en donde se identificó que las madres que poseían estilos de afrontamiento adaptativos, percibieron las conductas de sus hijos como positivas y correspondientes a su grado evolutivo; mientras que las madres que poseían estilos de afrontamiento maladaptativos, indicaron que sus hijos presentaban mayores problemas de conducta que los esperados para su edad. Es relevante agregar que los niños afectados con el diagnóstico de IRCT describieron su conducta como la de cualquier niño sano. Al parecer, las madres que tienen mayor dificultad para comprender y afrontar de la mejor manera posible la enfermedad que padecen sus hijos, tienden a exagerar y, hasta cierto punto, distorsionar las conductas desplegadas por ellos. Por otro lado, Honda, Kamiyama y Ito (1993) encontraron que una dependencia a la

madre no correspondiente al grado evolutivo del pequeño paciente, podría ser una respuesta adaptativa a la IRCT dado que la vida de éste depende de una supervisión constante del tratamiento médico así como de una intervención oportuna.

Conforme a los resultados obtenidos por la investigación elaborada por Kevin y Phillip (1995), el tratamiento de hemodiálisis tiene un carácter restrictivo y estresante, pues exige que el paciente se adhiera a una dieta alimenticia y a un régimen de ingesta de líquidos limitante y, usualmente, extraño a sus patrones alimenticios previos al diagnóstico de la IRCT. En la medida en que las habilidades de afrontamiento de los pacientes se ven debilitadas por el estrés que proviene del tratamiento renal y de otros acontecimientos de su vida diaria, las probabilidades de no adherirse al tratamiento se incrementan, en especial al violar las restricciones impuestas sobre la ingesta de líquidos. Siguiendo una perspectiva similar, Chambliss (1997) argumenta que los pacientes con altos niveles de severidad en el transcurso de la IRCT se adhieren más satisfactoriamente a sus tratamientos restrictivos que los pacientes que presentan menores niveles de severidad en su enfermedad, sobretodo si poseen poco o inexistente locus de control interno.

Respeto a los estilos de afrontamiento que permiten una mejor adherencia al tratamiento, se estima que cuando el estilo de afrontamiento preferencial del paciente es congruente con las demandas del tratamiento particular al que está sometido, la adherencia a dicho tratamiento es más satisfactoria (Christensen, 2000). Así, en una investigación realizada por Chirstensen (2000) se halló que los pacientes con estilos de afrontamiento activo respondieron mejor a tratamientos que enfatizaron el auto-control en vez

del control médico directo. Por ejemplo, en el caso de pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis en casa, un estilo de afrontamiento vigilante o activo se asoció a una mejor adherencia, pues se requería un mayor compromiso y una participación más directa por parte del paciente en la administración del tratamiento. Sin embargo, en el caso de pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis en un centro especializado, un estilo de afrontamiento menos vigilante o más pasivo se asoció a una mejor adherencia al tratamiento ya que la administración del tratamiento no dependía de la participación del paciente sino de la intervención del personal médico.

En otra investigación en la que se analizó las diferencias significativas entre los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal, se encontró que los pacientes en diálisis peritoneal que hicieron uso del estilo de afrontamiento vigilante respetaron su dieta más consistentemente que los pacientes en hemodiálisis que utilizaron el mismo estilo de afrontamiento. Igualmente, aquellos pacientes que usaron los estilos de afrontamiento vigilante y autónomo, independientemente del tipo de tratamiento recibido, mejoraron sus niveles de ansiedad y depresión, consiguiendo una mejor adaptación a su condición de enfermo crónico (Martorelli et al., 2004).

Por otro lado, Klang, Bjoervell y Cronqvist (1996) encontraron que un grupo de pacientes hospitalizados que recibían el tratamiento de hemodiálisis presentaron una amplia variedad de estilos y estrategias de afrontamiento, entre las que se destacaron la esperanza, el control personal, la búsqueda de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la confrontación y el cuidado paliativo.

Hailey et al. (2000) llevaron a cabo un recuento de los estudios realizados sobre la adherencia al tratamiento en pacientes renales y determinaron que una mejor y mayor adherencia al tratamiento fue posible, por un lado, en el caso de pacientes que usaron un estilo de afrontamiento enfocado en el problema y que percibieron que su enfermedad podía ser controlada y, por el otro, en el caso de pacientes que utilizaron un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y que percibieron que su enfermedad carecía de control. Del mismo modo, estos autores encontraron que el soporte social familiar parece asegurar una adecuada adherencia al tratamiento en lo que a la ingesta de líquidos se refiere. Sin embargo, afirman que los pacientes renales, que perciben que sus familiares no brindan el soporte social necesitado y que el personal médico no se encuentra solícito a brindar dicho soporte, tienden a sabotear su tratamiento violando las prohibiciones impuestas a su dieta y consumo de líquidos.

Al parecer, el soporte social brindado por familiares y amigos tiene efectos benéficos sobre una adherencia satisfactoria al tratamiento médico de la IRCT y a un exitoso ajuste a la misma, de modo que el soporte social de los amigos se asocia a altos niveles de adherencia a medicinas; mientras que el soporte social de la familia se asocia a altos niveles de adherencia al régimen alimenticio y a la ingesta de líquidos (Christensen, Smith, Turner y Colman, 1992; Ekelund, Westman y Anderson, 2004; Shidler, 2000). Por su parte, Hatchett et al. (1997), Chambliss (1997) y Guzman et al. (2003) sostienen que el soporte social tendría un efecto directo o principal sobre la depresión que los pacientes renales experimentan al servir de factor protector contra la misma.

En cuanto al rol que el soporte social desempeña en la vida de los pacientes con IRCT, Symister y Friend (2003) afirman que dichos pacientes dependen de familiares y amigos para recibir el apoyo necesario para validar su estima personal, que ha sido perjudicada por el estrés experimentado y por las incapacidades causadas por la propia enfermedad, y para afrontar las demandas de los procedimientos y rutinas médicas que los afectan. Por otro lado, también mencionan que el soporte social es importante en la reducción de los niveles de depresión así como en el incremento de los niveles de optimismo, ya que el sentirse socialmente integrado a un grupo fortalecería la autoestima necesaria para adaptarse lo mejor posible a la enfermedad.

Finalmente, en una investigación en la que se evaluaron la asociación de los estilos de afrontamiento y los niveles de soporte social con el grado de adherencia al tratamiento en pacientes renales, se encontró que el estilo de afrontamiento orientado a la acción y altos niveles de soporte social se asociaron a un máximo grado de adherencia al tratamiento; mientras que el estilo de afrontamiento evasivo y bajos niveles de soporte social se asociaron a un mínimo grado de adherencia al tratamiento (Florio, 1998).

Planteamiento del Problema

El siglo veinte ha sido testigo de numerosos avances en tecnología médica que han colaborado con el control parcial o total de diferentes enfermedades que acortaban la esperanza de vida de las personas, permitiendo que ahora se viva más y en mejores condiciones de salud. Sin embargo, paralelo a este avance y al incremento de la esperanza de vida, ha surgido el concepto de enfermedades crónicas, las que en muchos casos son

propias de una edad avanzada, estando sujetas a tratamientos médicos que más allá de curar dichas enfermedades alargan la existencia de la persona el mayor tiempo posible. Si bien es cierto que las enfermedades contemporáneas no poseen un carácter de inmediatez en la ocurrencia de la muerte, como en tiempos pasados, las características de las mismas y de los tratamientos que conllevan poseen un carácter de deterioro en la calidad de vida de los enfermos, afectándoles a nivel personal, familiar, social y laboral (DiMatteo, 1991; Limonero, 1994).

Maes, Leventhal y De Ridder (1996) y Schneiderman, Antoni, Saab y Ironson (2001) indican que las enfermedades crónicas con mayores índices de mortalidad, duración e incidencia así como con altos costos personales y sociales son las enfermedades que afectan al corazón, el cáncer, la infección por VIH/SIDA, el asma, la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas. No obstante, dentro de este grupo también podría incluirse a la insuficiencia renal crónica terminal, ya que menoscaba la calidad de vida de quienes la padecen, pero su menor tasa de incidencia y mortalidad la hacen menos atractiva a la investigación científica y a la atención pública. Al respecto, Christensen y Ehlers (2002) manifiestan que la insuficiencia renal crónica terminal no es sólo una enfermedad crónica que amenaza la vida de las personas por la idea de una muerte próxima e inminente y por la aparición de enfermedades asociadas, sino también que al disminuir la sensación de control que las personas tienen sobre sus vidas, pues ahora se encuentran sujetas a una máquina o a procedimientos que permiten su supervivencia, las hacen vulnerables a la experiencia de diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos tales como el estrés y los desordenes de ánimo. Estos autores también afirman que los

problemas psicológicos de mayor presencia en este tipo de pacientes son la depresión, la falta de adherencia a los tratamientos y la falta de un ajuste adecuado a la enfermedad. Asimismo, expresan que tanto los estilos de afrontamiento orientados a la acción como el soporte social son factores protectores que permiten conseguir mejores niveles de adherencia, ajuste psicológico y aceptación de la enfermedad.

Por lo expuesto y por la necesidad de ampliar el campo de acción de la psicología de la salud a enfermedades crónicas poco estudiadas como es el caso de la insuficiencia renal crónica terminal, surgió la siguiente interrogante de investigación:

¿Cómo es la relación que posiblemente existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social en un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal?

Objetivos Generales

1. Identificar y describir la posible relación existente entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social en un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal.

Objetivos Específicos

1. Identificar y describir los estilos y las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal.
2. Identificar y describir el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal.

3. Identificar y describir las posibles diferencias entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal considerando ciertas variables sociodemográficas (sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento, cambio de tratamiento y comorbilidad).

Definiciones Conceptuales

- Paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica terminal: es aquella persona que ha perdido el 85% del funcionamiento renal, lo que en términos clínicos equivale a decir que los niveles de aclaramiento de la creatinina están por debajo de los 30 ml/mm (Durán y Sellarés, 1998; Sarnak y Levey, 2000).
- Afrontamiento: son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se despliegan con la finalidad de encarar las demandas internas y externas evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).
- Soporte Social: es la información, ayuda material/instrumental y apoyo emocional que se recibe de una red recíproca de vínculos sociales, dentro de un marco de aceptación, comunicación y obligación mutua, con la finalidad de amortiguar los efectos adversos de un evento estresante (Ovejero, 1990; Rodríguez, 1995; Saranson, Saranson y Pierce, 1990; Thoits, 1995).

Definiciones Operacionales

- Paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica terminal: es aquella persona que ha perdido, por lo menos, el 85% del funcionamiento de sus riñones y, por ende, tiene que estar sujeta a algunos de los tratamientos para la IRCT con la finalidad de prevenir una intoxicación e infección general y, en consecuencia, la muerte.
- Estilos y Estrategias de afrontamiento: Carver, Scheier y Weintraub (1989) han identificado los siguientes estilos y estrategias de afrontamiento:
 1. Estilos de afrontamiento enfocados en el problema
 - a) Afrontamiento activo, que implica la supresión del evento estresante y/o la disminución de sus efectos mediante la acción directa.
 - b) Planificación, que implica pensar sobre el modo en que se debe afrontar al evento estresante, es decir en los pasos a seguir para afrontar exitosamente al problema.
 - c) Supresión de actividades competentes, que implica la postergación de otros proyectos, dejando de lado otras actividades para concentrarse en el evento estresante.
 - d) Postergación de afrontamiento, que implica la espera del momento oportuno para actuar.
 - e) Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, que implica la búsqueda de consejo, asistencia y/o información.

2. Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción

- a) Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, que implica la búsqueda de apoyo moral, simpatía y/o comprensión.
- b) Reinterpretación positiva y crecimiento, que implica el enfoque en las emociones displacenteras que provoca el evento estresante más que en el mismo.
- c) Aceptación, que implica la aceptación de la ocurrencia del evento estresante y de sus consecuencias.
- d) Negación, que implica la negación de la ocurrencia del evento estresante y de sus consecuencias.
- e) Acudir a la religión, que implica el vuelco a la religión que se profesa como alternativa para encarar al evento estresante.

3. Otros estilos de afrontamiento

- a) Enfocar y liberar emociones, que implica el enfoque en y la expresión de los sentimientos negativos provocados por el evento estresante.
 - b) Desentendimiento conductual, que implica la reducción de los esfuerzos para afrontar al evento estresante o la renuncia por cumplir los objetivos con los que el evento estresante interfiere.
 - c) Desentendimiento cognitivo, que implica el distraerse y dejar de pensar en el evento estresante así como en lo que se puede hacer para detenerlo y/o disminuirlo.
- Soporte Social: de acuerdo con Barrera (1981) puede ser clasificado en componentes y funciones, tales como:

1. Componentes

- a) Soporte Social Percibido, es la valoración cognitiva de contar con ayuda.
- b) Soporte Social Efectivo, es la ayuda real de la que se dispone.

2. Funciones

- a) Interacción íntima, se refiere a la necesidad de compartir asuntos de carácter estrictamente personal.
- b) Ayuda material, se refiere al apoyo brindado en recursos materiales, dinero o bienes.
- c) Consejo e información, se refiere a la necesidad de contar con alguien que pueda proporcionar opiniones y orientaciones sobre asuntos de gravedad en la vida personal, así como información para afrontar adecuadamente situaciones difíciles.
- d) Información positiva, se refiere a la respuesta dada a las necesidades de reconocimiento y valoración de los estilos personales de vida o de las formas personales de hacer las cosas.
- e) Asistencia, se refiere a la satisfacción de las necesidades de compañía para realizar determinadas tareas o resolver algunas situaciones problemáticas.
- f) Participación social, se refiere a la atención de las necesidades de esparcimiento.
- g) Interacción negativa, se refiere a las personas con las que se pudiera tener algún conflicto. Si bien no puede ser considerada como una función propiamente dicha, es muy útil su conocimiento

pues permite saber si esas personas son también fuente de soporte.



CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003) la presente investigación posee un diseño no experimental de corte transversal siendo de tipo correlacional, ya que pretende identificar en su estado natural y en un momento determinado en el tiempo los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal así como la posible relación entre estas variables. Por ello, se pretende medir las variables de investigación tal como ordinariamente ocurren en la realidad y sin manipulación intencional por parte de la investigadora. Igualmente, se pretende recolectar los datos en un momento único y determinado en el tiempo con la finalidad de describir el modo en el que se presentan las variables de investigación y las posibles relaciones entre ellas.

3.1. Participantes

La población de la que se obtuvo la muestra es definida por todas aquellas personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que se atienden en un hospital del seguro social peruano. De esta manera, los participantes del estudio fueron elegidos en función a un muestreo no probabilístico accidental, puesto que no todos los miembros de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y porque los que finalmente conformaron la muestra fueron aquellos que se encontraron disponibles para participar en la investigación (Kerlinger y Lee, 2002). Así, se decidió elegir a

aquellas personas de ambos sexos que fueran mayores de 18 años, que tuvieran el diagnóstico de IRCT y que participaran sola y exclusivamente en los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

La muestra final estuvo constituida por 40 sujetos mayores de 20 años cuyas características fueron definidas por la encuesta personal. Tal como se aprecia en la tabla 1, la distribución de los participantes hombres y mujeres fue de 62.5% y 37.5%, respectivamente. Por otro lado, los participantes fueron divididos en tres grupos de acuerdo a sus edades, así las edades del 35% de los participantes se encontraron en el rango de 20 a 35 años, mientras que las edades del resto de los participantes se distribuyeron equitativamente en los rangos de 36 a 50 años y de 51 a más años. Los resultados obtenidos para el nivel educativo de la muestra indican que casi la mitad de los participantes tienen estudios secundarios (42.5%), seguido por estudios universitarios (32.5%), y estudios técnicos (12.5%) y primarios (12.5%) en igual proporción. Respecto a la composición familiar, los participantes indicaron con mayor frecuencia vivir con sus hijo/a(s) (57.5%), pareja (50%) y/o padres (45%). Cabe señalar que los participantes mencionaron vivir con más de una persona.

Tabla 1: Características de los participantes según variables sociodemográficas

		f	%			f	%
Sexo	Hombres	25	62.5	Estado	Casado	20	50.0
	Mujeres	15	37.5	Civil	Soltero	12	30.0
Edad	Entre 20 y 35 años	14	35.0		Conviviente	5	12.5
	Entre 36 y 50 años	13	32.5		Otro	3	7.5
	De 51 a más años	13	32.5	Religión	Católica	34	85.0
Nivel Educativo	Primaria	5	12.5		Protestante	5	12.5
	Secundaria	17	42.5		Otra	1	2.5
	Técnico	5	12.5	Lugar de Procedencia	Provincia	26	65.0
	Universitaria	13	32.5		Lima	14	35.0
Comp. Familiar	Hijo/a(s)	23	57.5	Lugar de Residencia	Lima	31	77.7
	Pareja	20	50.0		Provincia	9	22.5
	Padres	18	45.0				
	Sobrino/a(s)	9	22.5				
	Otros	25	62.5				
Actividad Laboral	Dependiente Asalariado	22	55.0				
	Independiente	9	22.5				
	Ama de Casa	4	10.0				
	Desempleado	3	7.5				
	Dependiente por Jornal	2	5.0				

Conforme a los resultados de la tabla 2, un porcentaje significativo de los participantes recibió el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal entre los intervalos de 1 a 3 años (32.5%) y de 7 a más años (30%); mientras que un menor porcentaje se encontró entre los intervalos de 1 mes a 1 año (15%), de 3 a 5 años (12.5%) y de 5 a 7 años (10%) anteriores a la fecha de evaluación. Actualmente, la mayoría de los participantes se halla bajo el tratamiento de hemodiálisis (90%), el cual fue mencionado como el tratamiento de mayor uso en el pasado (92.5%), seguido por el trasplante renal (5%) y por la diálisis peritoneal (2.5%).

La gran mayoría de los participantes han permanecido bajo el mismo tipo de tratamiento (80%) desde que fueron diagnosticados con IRCT y sólo un

pequeño porcentaje (20%) ha cambiado de tratamiento al menos una vez desde que fue diagnosticado con IRCT. De aquellos que cambiaron de tratamiento, cuatro participantes indicaron que cambiaron de hemodiálisis a diálisis peritoneal con la finalidad de mejorar su condición de vida. Por otro lado, tres participantes mencionaron que regresaron al tratamiento de la hemodiálisis luego de rechazar el riñón que se les había transplantado. Finalmente, un participante cambió de diálisis peritoneal a hemodiálisis debido a una infección en el peritoneo, por lo que la opción de diálisis peritoneal dejó de ser viable.

Además del diagnóstico de insuficiencia renal, los participantes describieron poseer otro(s) diagnóstico(s) asociado(s), tales como hipertensión (35%), anemia (10%), diabetes mellitus (10%) y hepatitis C (10%). Por otro lado, un porcentaje significativo de los participantes (32.5%) indicó no poseer ningún tipo de diagnóstico médico separado de la IRCT. Es pertinente señalar que, en algunos casos, los participantes mencionaron más de una enfermedad asociada.

Tabla 2: Características de los participantes según variables asociadas a la IRCT

		f	%			f	%
Tiempo de Diagnóstico	1 mes a 1 año	6	15.0	Cambio de Tratamiento	No	32	80.0
	1 año a 3 años	13	32.5		Sí	8	20.0
	3 años a 5 años	5	12.5	Comorbilidad	Hipertensión	14	35.0
	5 años a 7 años	4	10.0		Ninguno	13	32.5
	7 años a más	12	30.0		Anemia	4	10.0
Tratamiento Actual	Hemodiálisis	36	90.0	Diabetes M	4	10.0	
	Diálisis Peritoneal	4	10.0	Hepatitis C	4	10.0	
Tratamientos Pasados	Hemodiálisis	37	92.5	Otros *	13	32.5	
	Transplante Renal	2	5.0				
	Diálisis Peritoneal	1	2.5				

3.2. Instrumentos

a) *Encuesta Personal*

La encuesta personal ha sido elaborada con la finalidad de obtener información sobre algunas características sociodemográficas de importancia relevante a la muestra, para así utilizarlas en el enriquecimiento del análisis de las variables de estudio. La encuesta personal se encuentra dividida en 6 áreas y se compone de 30 ítems, los que en algunos casos se hayan subdivididos en hasta 14 aspectos; y, en otros, existen espacios en blanco para completar y responder a las preguntas.

Las áreas de la encuesta personal incluyen:

- Datos personales (5 ítems): considera aspectos tales como nombre, edad, número de seguro social, fecha de evaluación y fecha y lugar de nacimiento. Cabe mencionar que si bien se respeta el carácter de anónimo de la muestra, la indicación del nombre del participante ha sido hecha con fines de registro para el departamento de psicología del hospital en donde se realizó la investigación.
- Datos demográficos (7 ítems): considera aspectos tales como sexo, estado civil, nivel educativo, lugar de procedencia, lugar de residencia, tiempo de permanencia en lima, en caso de ser de provincia, y religión.
- Datos médicos (7 ítems): considera aspectos tales como tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento actual, tipo de tratamientos pasados, posibles cambios de tratamiento, motivos para tales cambios, motivos para encontrarse en el tratamiento actual y comorbilidad.
- Composición familiar (1 ítem): considera con qué personas vive el entrevistado(a).

- Actividad laboral y Manutención (7 ítems): considera el tipo de actividad laboral que realiza el entrevistado así como si de él dependen económicamente otras personas o si él es económicamente dependiente de otros.
- Comentarios y observaciones de la evaluación (2 ítems): considera los comentarios que el entrevistado hace respecto a la evaluación así como las observaciones de la evaluadora respecto al proceso de evaluación.

b) *Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)*

El Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) fue elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) de acuerdo al modelo teórico de Lazarus y al modelo de autorregulación conductual con la finalidad de evaluar los estilos de afrontamiento que las personas utilizan en situaciones estresantes. El COPE, conformado por 52 ítems de formato tipo Likert con 4 puntos de calificación, se haya distribuido en tres áreas que incluyen los trece factores que corresponden a los trece estilos de afrontamiento propuestos por Carver et al. (1989). Cada escala está conformada por 4 ítems que se califican según el valor de su respuesta y de la suma de los puntajes de los ítems de cada escala se obtienen trece puntajes que definen un perfil de afrontamiento y, consecuentemente, establecen una jerarquía de los estilos y las estrategias de afrontamiento más usados. El COPE posee dos formatos en los que se evalúa el afrontamiento situacional y el afrontamiento disposicional, siendo que en la presente investigación se utilizó el COPE en su forma disposicional.

La validez del COPE se estableció por medio del análisis factorial de rotación oblicua que determinó la existencia de 12 factores con eigenvalues

mayores a 1.0, siendo 11 interpretables y uno de carga factorial inferior a 0.30 que no se incluyó en el resultado final. De estos 11 factores, los ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y planificación no coincidieron con la asignación original, pero se mantuvieron como factores independientes dado los criterios teóricos del constructo. La confiabilidad se halló con el coeficiente de consistencia interna de Cronbach, encontrándose un rango de 0.45 a 0.92, en donde sólo la escala de desentendimiento cognitivo obtuvo un coeficiente menor a 0.60.

Área	Estilo	Ítem
Estilos de afrontamiento enfocados en el problema	Afrontamiento activo	1,14,27,40
	Planificación	2,15,28,41
	Supresión de actividades competentes	3,16,29,42
	Postergación del afrontamiento	4,17,30,43
	Búsqueda de Apoyo Social por razones instrumentales	5,18,31,44
Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción	Búsqueda de Apoyo Social por razones emocionales	6,19,32,45
	Reinterpretación positiva y crecimiento	7,20,33,46
	Aceptación	8,21,34,47
	Acudir a la religión	9,22,35,48
	Negación	11,24,37,50
Otros estilos de afrontamiento	Enfocar y liberar emociones	10, 23, 36, 49
	Desentendimiento conductual	12,25, 38,51
	Desentendimiento cognitivo	13,26,39,52

En el Perú, el COPE en su versión disposicional fue adaptado por Casuso (1996) y ha sido utilizado en varias investigaciones que han corroborado su utilidad, validez y confiabilidad (Salazar, 1993; Sánchez 1993; Rojas, 1997; Flores, 1999, entre otras). Para la presente investigación, la validez del inventario se estableció a través de la composición factorial de acuerdo al análisis de los factores, encontrándose que existe hasta 13 factores con eigenvalues mayores a 1.1 (Anexo 4, cuadro 1). Conforme al análisis de

rotación varimax, se identificó que las estrategias y los estilos de afrontamiento presentaron cargas factoriales satisfactorias (Anexo 4, cuadro 2).

Respecto a la confiabilidad del COPE, se encontró que los estilos de afrontamiento enfocados en el problema (0.75), los enfocados en la emoción (0.77) y los otros estilos de afrontamiento (0.68) presentaron coeficientes de consistencia interna alpha de Cronbach relativamente altos. A excepción de las estrategias de supresión de actividades competentes (0.30), de postergación del afrontamiento (0.21) y de desentendimiento cognitivo (0.20), las demás estrategias de afrontamiento presentaron coeficientes alpha de Cronbach satisfactorios dado el tamaño de la muestra. Así, según los resultados obtenidos y con las limitaciones mencionadas, se considera que el inventario es válido y confiable para esta investigación (Anexo 4, cuadro 3).

c) Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA)

El Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA), elaborado por Barrera (1981), fue diseñado para medir los índices de las redes del soporte social así como la satisfacción y la necesidad subjetiva de los mismos; estando conformado por 7 funciones del soporte social.

El IESSA tiene 4 índices separados que indican el tamaño de las redes percibidas (números 1 de las funciones A-G), el tamaño de las redes efectivas (números 2 de las funciones A-G), la satisfacción del soporte (números 3 de las funciones A-F) y la necesidad del soporte (números 4 de las funciones A-F), de modo que el puntaje de los dos primeros índices se obtiene de la cantidad de personas que conforman cada red, mientras que el puntaje de los dos segundos se obtiene de la siguiente manera:

- Satisfacción del soporte: 1 muy insatisfecho, 2 poco satisfecho, 3 indiferente, 4 moderadamente satisfecho, 5 muy satisfecho,
- Necesidad el soporte: 1 ninguna necesidad, 2 poca necesidad, 3 necesidad moderada, 4 mucha necesidad, 5 muchísima necesidad.

Asimismo, el IESSA cuenta con una sección que describe las características de las personas que conforman la red social del individuo en cuanto a parentesco, edad, sexo, distancia física y frecuencia del contacto se refiere.

Funciones	Items
Interacción Intima	A1, A2, A3, A4
Ayuda Material	B1, B2, B3, B4
Consejo e información	C1, C2, C3, C4
Información Positiva	D1, D2, D3, D4
Asistencia	E1, E2, E3, E4
Participación Social	F1, F2, F3, F4
Interacción Negativa	G1, G2

El inventario fue originalmente aplicado a 45 estudiantes universitarios de Estados Unidos de América (24 mujeres y 21 hombres) con una edad promedio de 19 a 20 años respectivamente. La confiabilidad se determinó al aplicar el método de test-retest a las funciones y a los tipos del soporte social, calculándose las correlaciones producto momento de Pearson en los individuos que dieron al menos una forma de soporte social, con lo que se obtuvo un alto coeficiente de confiabilidad test-retest, tanto en la forma como en el tamaño de la red percibida ($r=0.60$, $p[.001]$). Por otro lado, también se evaluó la confiabilidad por consistencia interna, utilizándose el coeficiente de correlación de alpha de Cronbach, tanto para el soporte social percibido como para el efectivo, obteniéndose valores de 0.78 y 0.74 respectivamente, con lo que se determinó que la prueba era confiable. La validez se estableció según el criterio

de 9 jueces entendidos en la materia y, dado que se hallaron altos índices de acuerdo para todos los ítems, se determinó que el inventario poseía validez de contenido. En el Perú, el IESSA fue adaptado por Rojas (1991) y, en lo que respecta al área de salud, ha sido estudiada por Chávez-Ferrer (1995) y Fasce (1999) en población adulta con VIH, y por Oblitas (2001) con mujeres alcohólicas en recuperación.

De acuerdo al análisis factorial, se identificó que el IESSA se encuentra conformado por cuatro factores que poseen eigenvalues mayores a 1.1 (Anexo 5, cuadro 1). Por otro lado, la confiabilidad del IESSA se obtuvo mediante el análisis de consistencia interna alpha de Cronbach, hallándose que tanto el soporte social percibido (0.64) como el grado de satisfacción (0.72) y el grado de necesidad (0.62) del soporte social presentaron coeficientes relativamente altos; sin embargo el soporte social efectivo presentó un alpha relativamente bajo (0.41) (Anexo 5, cuadro 2).

Del mismo modo, las funciones del soporte social presentaron coeficientes alpha aceptables, excepto las funciones de interacción íntima (0.18) e información positiva (0.10), para el caso del soporte social percibido; las funciones de interacción íntima (0.27), ayuda material (0.10), consejo e información (0.24), asistencia (0.26) e interacción negativa (0.16), para el caso del soporte social efectivo; y la función de ayuda material (0.21), para el caso del grado de necesidad del soporte social (Anexo 5, cuadro 3). Se estima que las funciones previamente mencionadas obtuvieron coeficientes alpha significativamente bajos dado el reducido número de participantes con los que se llevó a cabo el análisis estadístico, por tal motivo se recomienda tener cuidado en la interpretación de dichas funciones.

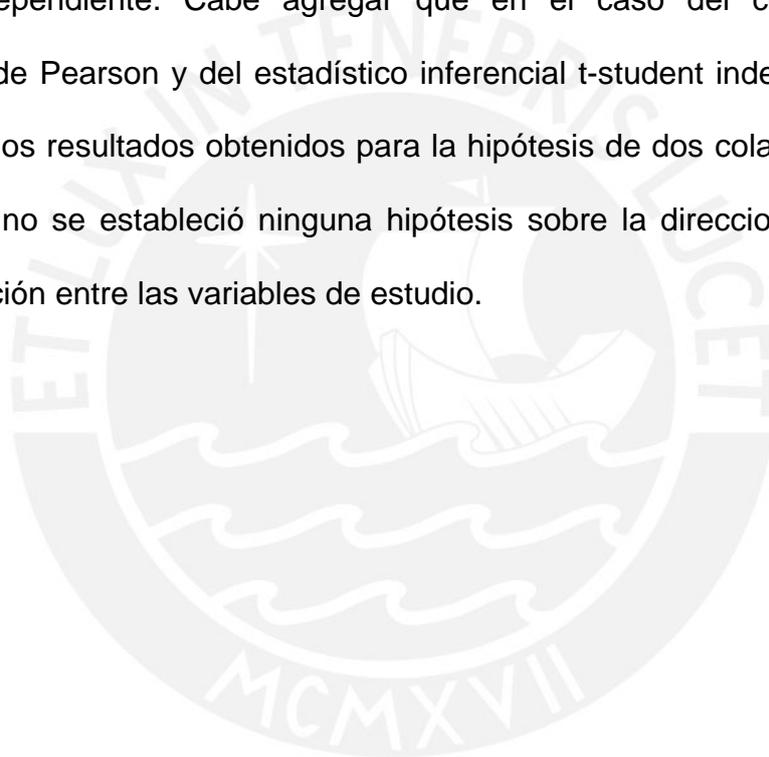
3.3. Procedimiento

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta personal, del cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE) y del inventario de entrevista de soporte social de Arizona (IESSA), en ese orden. Para tal efecto se contó con la colaboración de la psicóloga encargada del área de hemodiálisis para contactar a los pacientes que podían colaborar con la investigación. Antes de realizar la programación de las citas de evaluación, se capacitó tanto a la psicóloga en cuestión como a otras dos psicólogas en la aplicación de las pruebas mencionadas. Con la finalidad de que las pruebas a utilizar fueran entendidas por la población bajo estudio se realizó un estudio piloto que implicó la aplicación de las 3 pruebas a un grupo de 10 pacientes con IRCT.

Una vez programadas las citas de evaluación se explicó a los participantes el objetivo de su colaboración con la investigación así como el carácter libre y voluntario de la misma. Habiéndose obtenido el consentimiento informado de los participantes, se procedió a aplicar la encuesta personal a manera de entrevista. Seguidamente se aplicó el COPE y, finalmente, a manera de entrevista se aplicó el IESSA. El proceso de evaluación tuvo una duración de 10 meses dadas las características de los participantes (principalmente ambulatorios) y de otros factores no relacionados a la investigación (por ejemplo, huelgas en el sector salud).

Los resultados obtenidos de la encuesta personal fueron analizados con estadísticos descriptivos tales como la media, la moda y la distribución de frecuencias y porcentajes, mientras que los resultados del COPE y el IESSA fueron analizados con el coeficiente de consistencia interna de Cronbach, el

análisis factorial de rotación varimax (sólo para el COPE), la media, la desviación estándar y la distribución de frecuencias y porcentajes. En el caso del análisis de las posibles relaciones existentes entre los resultados del COPE y el IESSA se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de significancia de 0.05 y 0.01, según el caso. Finalmente, las comparaciones separadas de los resultados del COPE y del IESSA, en función a ciertas variables sociodemográficas, fueron analizadas con el estadístico inferencial t-student independiente. Cabe agregar que en el caso del coeficiente de correlación de Pearson y del estadístico inferencial t-student independiente se trabajó con los resultados obtenidos para la hipótesis de dos colas, ya que, de ante mano, no se estableció ninguna hipótesis sobre la direccionalidad de la posible relación entre las variables de estudio.



RESULTADOS

La siguiente descripción de resultados incluirá en primer lugar los resultados encontrados para las estrategias y los estilos de afrontamiento así como los resultados encontrados para los índices y funciones del soporte social. En segundo lugar, se presentarán los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias y los estilos del soporte social y los índices y las funciones del soporte social. Por último, se expondrán los resultados hallados para las diferencias significativas de las estrategias y los estilos de afrontamiento y de los índices y funciones del soporte social según ciertas variables sociodemográficas.

El análisis de los estilos de afrontamiento se llevó a cabo mediante el cálculo inicial de la media y la desviación estándar para cada uno de ellos. Sin embargo, dado que los otros estilos de afrontamiento tienen menor cantidad de ítems que los estilos enfocados en el problema y los enfocados en la emoción, se decidió calcular una media y una desviación estándar en base a los resultados originales sobre el número total de ítems que componen cada estilo (Mc y DEc), para así comparar los resultados de una manera más exacta. Tal como se muestra en el cuadro 1, los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema y por los otros estilos de afrontamiento.

Cuadro 1

Medias y Desviación Estándar de los Estilos de Afrontamiento

Estilos	M	DE	Mc	DEc
Enfocados en el problema	58.38	9.56	2.92	0.49
Enfocados en la emoción	61.33	9.44	3.07	0.47
Otros	27.00	6.05	2.25	0.50

N = 40

En cuanto a las estrategias de mayor uso, los participantes identificaron planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión como tales, mientras que las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes, desentendimiento cognitivo y negación fueron identificadas como las de menor uso (Cuadro 2).

Cuadro 2

Medias y Desviación Estándar de las Estrategias de Afrontamiento

Estrategias	M	DE
Enfocados en el problema		
Afrontamiento Activo	12.80	2.43
Planificación	13.70	2.16
Supresión de Actividades Competentes	9.43	2.36
Postergación del Afrontamiento	11.43	2.54
Búsqueda de SS por razones instrumentales	11.90	3.39
Enfocados en la emoción		
Búsqueda de SS por razones emocionales	11.65	3.21
Reinterpretación Positiva y Crecimiento	13.48	2.24
Aceptación	13.65	2.46
Negación	9.60	3.26
Acudir a la Religión	13.25	2.53
Otros		
Enfocar y Liberar Emociones	10.60	3.09
Desentendimiento Conductual	7.10	3.23
Desentendimiento Cognitivo	9.50	2.16

N = 40

Según los resultados del cuadro 3, los participantes estimaron que la red de soporte social percibido es mayor que la red de soporte social efectivo, ya que identificaron una mayor cantidad de personas que ellos creen pudieran brindar soporte sobre aquellas que efectivamente brindan algún tipo de ayuda. Asimismo, mencionaron que su red social percibida podía estar conformada por un mínimo de siete y un máximo de veinticuatro personas; mientras que su red social efectiva estuvo conformada por un mínimo de cuatro y un máximo de catorce personas. Por otro lado, se observa que los participantes presentaron mayores niveles de necesidad del soporte social que de satisfacción del mismo.

Cuadro 3
Descripción de los Índices del Soporte Social

Índices del Soporte Social	M	DE	Min	Max
Tamaño de Red Percibida	10.65	3.85	7	24
Tamaño de Red Efectiva	9.02	2.41	4	14
Satisfacción del Soporte	11.98	5.77	4	24
Necesidad del Soporte	22.03	5.21	12	30

N = 40

Las funciones de mayor uso tanto para el soporte social percibido como para el soporte social efectivo fueron las de interacción íntima y participación social. Por otro lado, la función de consejo e información fue la tercera de mayor uso en el caso del soporte social percibido, mientras que la función de asistencia fue la tercera de mayor uso en el caso del soporte social efectivo (Cuadro 4).

Cuadro 4

Descripción del Soporte Social Percibido y Efectivo según funciones

Funciones del Soporte Social	Percibido		Efectivo	
	M	DE	M	DE
Interacción Intima	1.88	1.04	1.65	0.89
Ayuda Material	1.45	0.82	1.08	0.80
Consejo e Información	1.53	1.15	1.20	0.91
Información Positiva	1.38	0.84	1.13	0.88
Asistencia	1.50	0.85	1.38	0.74
Participación Social	1.85	1.52	1.55	0.88
Interacción Negativa	1.15	0.77	1.08	0.62

N = 40

En el cuadro 5 se observa que, de acuerdo al grado de satisfacción del soporte social, las funciones de interacción íntima, consejo e información y ayuda material fueron mayormente mencionadas por los participantes. Igualmente, se observa que, de acuerdo al grado de necesidad del soporte social, las funciones de interacción íntima, ayuda material y participación social fueron mayormente mencionadas por los participantes.

Cuadro 5

Descripción de los niveles de Satisfacción y Necesidad del Soporte Social según funciones

Funciones del Soporte Social	Satisfacción				Necesidad			
	M	DE	Min	Max	M	DE	Min	Max
Interacción Intima	2.33	1.40	1	4	3.98	1.30	1	5
Ayuda Material	1.98	1.51	0	5	3.88	1.54	1	5
Consejo e Información	2.10	1.48	0	5	3.58	1.45	1	5
Información Positiva	2.00	1.52	0	5	3.23	1.58	1	5
Asistencia	1.68	1.23	0	4	3.60	1.53	1	5
Participación Social	1.75	1.34	0	5	3.78	1.33	1	5

N = 40

Los participantes identificaron que más de la mitad de los miembros que conformaron sus redes sociales fueron mujeres, que tuvieron una edad promedio de 40 años, que en su mayoría fueron sus hermano/a(s) o

amigo/a(s), que vivían en otro distrito, en la misma casa o en el mismo distrito, y que habían hablado con ellos casi todos los días o una o dos veces durante las pasadas cuatro semanas.

Al correlacionar el tamaño de las redes del soporte social y el grado de satisfacción y necesidad del mismo con los estilos de afrontamiento se identificaron dos correlaciones negativas moderadas entre el tamaño de la red percibida, de la red efectiva y los otros estilos de afrontamiento. En otras palabras, a mayor número de miembros mencionados, ya sea en la red percibida o en la red efectiva, menor uso de los otros estilos de afrontamiento y viceversa (Cuadro 6).

Cuadro 6

Correlación entre estilos de afrontamiento e índices del soporte social

	Enfocados en el problema	Enfocados en la emoción	Otros Estilos
Tamaño de red percibida	0.08	-0.20	-0.40*
Tamaño de red efectiva	0.06	-0.04	-0.43**
Satisfacción del soporte	0.02	0.14	0.22
Necesidad del soporte	-0.20	0.26	0.26

N = 40

* $p < .05$ dos colas

** $p < .01$ dos colas

Cuando se correlacionaron las funciones del soporte social percibido con las estrategias de afrontamiento se hallaron seis correlaciones moderadas, de modo que cuando se percibe un mayor número de personas con las que se puede interactuar íntimamente, se hace un mayor uso de la estrategia de reinterpretación positiva. Similarmente, cuando se percibe un mayor número de personas con las que se puede participar socialmente, se hace un menor uso de las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual. Por último, cuando se usa con menor frecuencia la estrategia de

desentendimiento conductual, se percibe con mayor frecuencia personas que puedan brindar comentarios positivos así como algún tipo de asistencia social (Cuadro 7).

Cuadro 7

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social según el soporte social percibido

	Reinterpretación Positiva	Negación	Enfocar y Liberar Emociones	Desentendimiento Conductual
Interacción Intima	0.33*	-0.08	-0.27	-0.13
Ayuda Material	0.13	-0.13	-0.27	-0.17
Consejo e Información	-0.02	-0.14	0.06	-0.12
Información Positiva	0.14	0.08	0.10	-0.37*
Asistencia	0.17	-0.27	-0.07	-0.35*
Participación Social	0.08	-0.43**	-0.38*	-0.44**
Interacción Negativa	-0.22	-0.05	0.03	-0.03

$N = 40$

* $p < .05$ dos colas

** $p < .01$ dos colas

Así como se aprecia en el cuadro 8, existen seis correlaciones moderadas entre las funciones del soporte social efectivo y las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, a mayor interacción íntima con los miembros de la red social, mayor uso de la estrategia de planificación y menor uso de la estrategia de desentendimiento conductual. Por otro lado, cuando los participantes recibieron mayor información positiva, tendieron a hacer un mayor uso de la estrategia de afrontamiento activo, pero cuando recibieron una mayor interacción negativa, tendieron a hacer un menor uso de la estrategia de acudir a la religión. Igualmente, los participantes utilizaron en menor proporción la estrategia de desentendimiento conductual cuando recibieron asistencia y participación social en mayor proporción.

Cuadro 8

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social según el soporte social efectivo

	Afrontamiento Activo	Planificación	Acudir a la Religión	Desentendimiento Conductual
Interacción Intima	0.13	0.32*	0.10	-0.39*
Ayuda Material	-0.01	-0.00	-0.10	-0.13
Consejo e Información	0.22	0.19	0.22	-0.19
Información Positiva	0.35*	0.26	-0.08	-0.28
Asistencia	-0.07	0.07	0.30	-0.33*
Participación Social	0.08	0.02	0.12	-0.48**
Interacción Negativa	-0.20	-0.12	-0.34*	-0.06

N = 40

* p < .05 dos colas

** p < .01 dos colas

Conforme a los resultados del cuadro 9, los participantes que estuvieron más satisfechos con la ayuda material y el consejo e información recibidos, utilizaron la mayor de las veces las estrategias de negación y desentendimiento conductual, respectivamente. No obstante, aquellos que estuvieron menos satisfechos con la información positiva recibida, utilizaron en menor medida la estrategia de aceptación. Cabe indicar que las correlaciones encontradas entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el grado de satisfacción del soporte social fueron correlaciones moderadas.

Cuadro 9

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social según niveles de satisfacción del soporte

	Aceptación	Negación	Desentendimiento Conductual
Interacción Intima	-0.05	0.20	0.19
Ayuda Material	0.21	0.35*	0.18
Consejo e Información	0.17	0.27	0.34*
Información Positiva	-0.32*	0.19	0.01
Asistencia	0.03	0.08	0.18
Participación Social	-0.17	0.22	-0.10

N = 40

* p < .05 dos colas

** p < .01 dos colas

De acuerdo a las correlaciones moderadas entre las estrategias de afrontamiento y las funciones de soporte social según los niveles de necesidad del soporte, a mayor necesidad de interacción íntima, mayor uso de las estrategias de negación y de enfocar y liberar emociones. Asimismo, a mayor necesidad de asistencia, mayor uso de las estrategias de búsqueda del soporte social por razones emocionales y de enfocar y liberar emociones, mientras que a mayor necesidad de participación social, mayor uso de la estrategia de enfocar y liberar emociones. Sin embargo, a menor necesidad de ayuda material y de consejo e información, mayor uso de las estrategias de postergación del afrontamiento y de búsqueda del soporte social por razones instrumentales, respectivamente (Cuadro 10).

Cuadro 10

Correlación entre estrategias de afrontamiento y funciones del soporte social según niveles de necesidad del soporte

	Postergación	Búsqueda SS instrumental	Búsqueda SS emocional	Negación	Enfocar y Liberar
Interacción Íntima	0.04	-0.17	0.29	0.45*	0.40*
Ayuda Material	-0.42**	-0.21	-0.03	-0.06	0.05
Consejo e Información	-0.17	-0.38*	-0.02	0.13	0.28
Información Positiva	-0.05	-0.22	0.10	0.29	0.07
Asistencia	0.12	-0.20	0.34*	0.29	0.37*
Participación Social	-0.19	-0.10	0.25	0.16	0.50*

N = 40

* $p < .05$ dos colas

** $p < .01$ dos colas

El cuadro 11 muestra los resultados de las diferencias significativas de las estrategias y los estilos de afrontamiento según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia y de residencia. Así, los participantes hombres utilizaron las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo significativamente más veces que las participantes

mujeres. Por otra parte, los participantes provenientes de provincia usaron las estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo así como los estilos enfocados en la emoción más veces que los participantes provenientes de Lima. En cuanto al lugar de residencia, los participantes residentes en provincia hicieron uso de la estrategia de acudir a la religión en mayor medida que los residentes en Lima.

Cuadro 11

Diferencias significativas de las estrategias y los estilos de afrontamiento según sexo, lugar de procedencia y residencia

Afrontamiento	Sexo			Procedencia			Residencia		
	Z	H	M	Z	Lima	Provin	Z	Lima	Provin
Activo	1.36	13.20	12.13	-2.01*	11.79*	13.35*	-0.74	12.65	13.33
Planificación	2.30*	14.28*	12.73*	-1.52	13.00	14.08	-0.12	13.68	13.78
Postergación	2.20	12.08	10.33	-1.73**	10.50**	11.92**	-1.07	11.19	12.22
Negación	0.69	9.88	9.13	-2.93*	7.71*	10.62*	-0.53	9.45	10.11
Acudir a la Religión	-0.70	13.04	13.60	-1.81**	12.29**	13.77**	1.97*	12.84*	14.67*
Desent. Cognitivo	1.78**	9.96**	8.73**	-2.63*	8.36*	10.12*	-0.43	9.42	9.78
Enfocados en emoción	0.33	61.72	60.67	-3.33*	55.29*	64.58*	-1.34	60.26	65.00

N = 40

* p < .05 dos colas

** p < .10 dos colas

H= hombres, M= mujeres

El siguiente cuadro muestra las diferencias significativas de los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia y de residencia; de modo que los participantes procedentes de provincia gozaron de mayor información positiva percibida y efectiva, necesitaron mayor asistencia y demostraron mayor satisfacción con el nivel general del soporte social que los participantes provenientes de Lima. Asimismo, los residentes en provincia mostraron un mayor grado de

satisfacción con el consejo e información y asistencia recibidos al igual que con el grado general del soporte social, mientras que los participantes de Lima mostraron un mayor grado de necesidad de las funciones de información positiva y de consejo e información (Cuadro 12).

Cuadro 12

Diferencias de los índices y las funciones del soporte social según sexo, lugar de procedencia y residencia

Soporte Social	Procedencia			Residencia		
	Z	Lima	Provin	Z	Lima	Provin
Consejo Satisfacción	-2.20	1.43	2.46	-2.16*	1.84*	3.00*
Consejo Necesidad	-0.46	3.43	3.65	1.94**	3.81**	2.78**
Info Positiva Percibida	-1.72**	1.07**	1.54**	0.16	1.39	1.33
Info Positiva Efectiva	-2.27*	0.71*	1.35*	0.05	1.13	1.11
Info Positiva Necesidad	-0.23	3.14	3.27	1.72**	3.45**	3.44**
Asistencia Satisfacción	-1.49	1.29	1.88	-2.24*	1.45*	2.44*
Asistencia Necesidad	-1.87**	3.00**	3.92**	0.34	3.65	3.44
Satisfacción SS	-1.81**	9.79**	13.15**	-2.21*	10.94*	15.56*

N= 40

* p < .05 dos colas

** p < .10 dos colas

H=hombres, M=mujeres

El análisis de las diferencias significativas de las estrategias y los estilos de afrontamiento según las variables sociodemográficas de cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico, encontró que los participantes que sí cambiaron de tratamiento usaron la estrategia de enfocar y liberar emociones más veces que aquellos participantes que nunca cambiaron de tratamiento para la IRCT. Respecto a la comorbilidad, dicho análisis halló que los participantes que no presentaron ninguna enfermedad asociada a la IRCT utilizaron más frecuentemente las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y desentendimiento cognitivo así como los otros estilos de

afrontamiento que los participantes que sí presentaron al menos una enfermedad asociada a la IRCT (Cuadro 13).

Cuadro 13

Diferencias de los estilos y las estrategias de afrontamiento según cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico

Afrontamiento	Cambio Tratamiento			Comorbilidad		
	Z	Sí	No	Z	Sí	No
Negación	-0.27	9.29	9.67	-2.19*	8.85*	11.15*
Enfocar y Liberar Desentendimiento	2.23*	12.86*	10.12*	-1.82**	10.00**	11.85**
Cognitivo	-0.10	9.43	9.52	-2.03*	9.04*	10.46*
Otros	1.17	29.43	26.48	-1.71**	25.89**	29.31**

N = 40

* p < .05 dos colas

** p < .10 dos colas

Finalmente, el cuadro 14 presenta los resultados obtenidos para las diferencias significativas de los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico. Así, los participantes que cambiaron de tratamiento por lo menos una vez contaron con un mayor número de personas que les brindó asistencia en comparación con los que nunca cambiaron de tratamiento. Similarmente, los participantes que tienen un diagnóstico adicional a la IRCT mostraron mayor satisfacción con el consejo e información recibidos y con el nivel general del soporte social que aquellos que no presentaron enfermedades asociadas. Finalmente, los participantes con más de cinco años de diagnóstico de la IRCT indicaron mayor satisfacción con su interacción íntima, mientras que los participantes con menos de cinco años de diagnóstico indicaron una mayor necesidad de consejo e información.

Cuadro 14

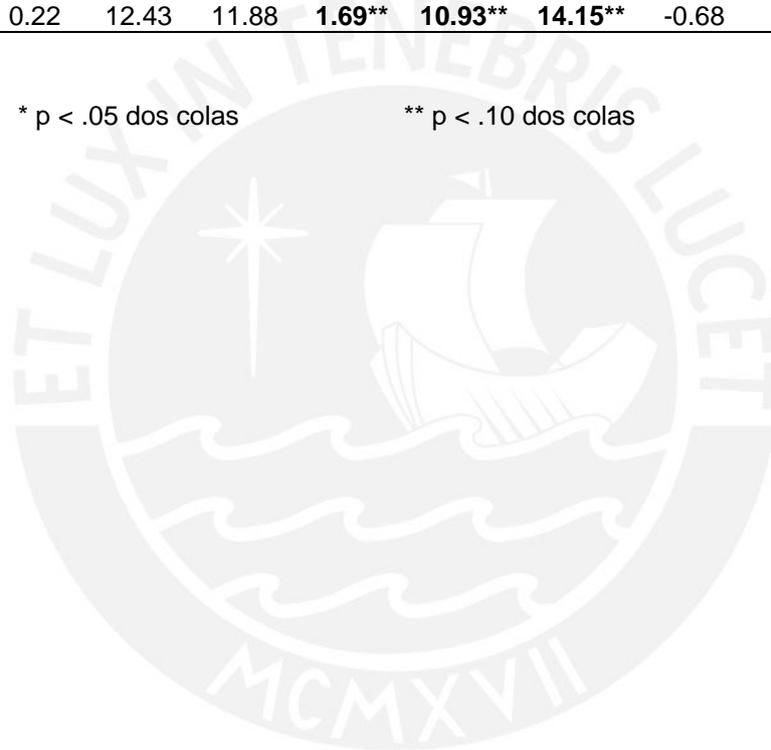
Diferencias de los índices y las funciones del soporte social según cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico

Soporte	Cambio Tratamiento			Comorbilidad			Tiempo Diagnóstico		
	Z	Sí	No	Z	Sí	No	Z	Menos 5 años	Más 5 años
Inter Intima							-		
Satisfacción	0.21	2.43	2.30	-0.18	2.30	2.38	1.84**	2.00**	2.81**
Consejo				-					
Satisfacción	0.64	2.43	2.03	1.80**	1.81**	2.69**	0.78	2.25	1.88
Consejo									
Necesidad	0.85	4.00	3.48	-0.58	3.48	3.77	2.14*	3.96*	3.00*
Asistencia									
Efectiva	1.96**	1.86**	1.27**	-0.05	1.37	1.38	0.43	1.42	1.31
Satisfacción				-					
SS	0.22	12.43	11.88	1.69**	10.93**	14.15**	-0.68	11.46	12.75

$N = 40$

* $p < .05$ dos colas

** $p < .10$ dos colas



DISCUSIÓN

A partir del siglo veinte, nuevos y efectivos descubrimientos médicos han dado pie al desarrollo de tratamientos preventivos y curativos de aquellas enfermedades, sobretodo de tipo infeccioso, que acortaban dramáticamente la esperanza de vida de las personas. El consiguiente incremento de la esperanza de vida así como los avances médicos han permitido la aparición de nuevas enfermedades denominadas crónicas y/o terminales; es decir, enfermedades que atacan de modo irreversible a la salud, que por lo general ocurren a una edad avanzada y en las que se prolonga la vida de las personas el mayor tiempo posible. En vista que los actuales tratamientos con los que se atienden a las enfermedades crónicas y terminales no ofrecen una cura definitiva, sino un medio por el cual se trata de mantener la salud en el mejor estado y por el mayor tiempo posible, dichas enfermedades y sus tratamientos imponen nuevas demandas y cambios en el estilo de vida de quienes las padecen. Por tal motivo, las personas afectadas se ven expuestas a nuevos y constantes retos que necesitan resolver con la finalidad de adaptarse constructiva y positivamente a la enfermedad y a sus tratamientos para así mantener una calidad de vida satisfactoria.

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es vista como una enfermedad irreversible pues una vez que ataca a la salud es imposible recuperar los mismos niveles de funcionamiento previos a su diagnóstico. Tal como se mencionó anteriormente, los tratamientos de la IRCT, incluido el trasplante renal, no son entendidos como tratamientos curativos, sino como tratamientos de mantenimiento, ya que a través de ellos se procura evitar una

muerte inmediata e inminente. De acuerdo a la revisión de la literatura sobre los aspectos psicosociales de la IRCT, se tiene que tanto la enfermedad y sus tratamientos menoscaban la calidad de vida de quienes la padecen, puesto que los numerosos cambios que los pacientes deben realizar en diferentes áreas de su vida, como por ejemplo adherirse a nuevos regímenes alimenticios y alterar sus roles sociales y laborales, los podrían conducir a experimentar altos niveles de estrés, lo que a su vez los harían vulnerables a desarrollar diversos trastornos, en especial el trastorno depresivo (Finkelstein y Finkelstein, 2000; Guzmán y Nicasio, 2003).

Por ello, la presente investigación busca estudiar los recursos con los que los pacientes cuentan para responder a los nuevos cambios y a las demandas que la IRCT y sus tratamientos conllevan. Se decidió abordar este tema mediante la descripción de los estilos y las estrategias de afrontamiento y del soporte social así como de la relación entre estas variables, ya que por un lado, se pretende identificar y entender los tipos de recursos individuales y sociales disponibles, y, por el otro, se pretende comprender el modo en que dichos recursos individuales y sociales pueden interactuar. Cabe agregar que la presente discusión se realizará en tres partes, es decir primero se discutirán los resultados obtenidos tanto para los estilos y las estrategias de afrontamiento como para el soporte social, seguidamente se discutirán los resultados obtenidos para las correlaciones entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social, y finalmente se discutirán los resultados obtenidos para las diferencias significativas de los estilos y las estrategias de afrontamiento y del soporte social según ciertas variables sociodemográficas.

Según los resultados encontrados para los estilos de afrontamiento, el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue identificado como aquel estilo de mayor uso entre los participantes de la investigación. Una posible explicación para este resultado puede ser encontrada en la noción que indica que cuando un evento estresante es percibido como fuera del control personal, las personas tienen a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción como primera opción de respuesta a las demandas que provienen de tal evento estresante (Evans, 1993; Miller, Summerton y Brody, 1988).

Así, es posible argumentar que la IRCT pudo haber sido percibida como un evento que carece de control personal, pues la amenaza que representa para el bienestar y la salud así como el carácter restrictivo, limitante e intrusivo de sus tratamientos parece superar cualquier esfuerzo concreto que se pudiera realizar para mediar con tales amenazas y limitaciones. Por tal motivo, el uso de un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción podría atender a los sentimientos de frustración y temor que la IRCT y sus tratamientos despiertan en vez de pretender desplegar acciones específicas que ultimadamente no pueden alterar el curso de la enfermedad ni la administración de sus tratamientos.

Por otro lado, es posible pensar que la percepción de falta de control personal, que presumiblemente motivó un mayor uso del estilo de afrontamiento enfocado en la emoción, haya derivado principalmente del tipo de tratamiento en el que la mayoría de los participantes se encuentran y no necesariamente de la enfermedad misma. De acuerdo a Christensen (2000), al parecer los pacientes que se encuentran bajo el tratamiento de hemodiálisis, administrado por personal médico calificado, tienden a percibir su participación

en dicha administración como notoriamente inexistente. Es decir, la administración del tratamiento de hemodiálisis no depende de ninguna acción concreta que los pacientes puedan hacer, salvo arribar puntualmente al centro de hemodiálisis.

En este caso, ya que la mayoría de los participantes estuvo sujeta a la administración del tratamiento de hemodiálisis por personal médico calificado, la falta de independencia o necesidad por controlar y ser responsable directo por la adecuada administración de su tratamiento pudo haber conducido a los participantes a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción, ya que se presenta como la opción de afrontamiento más idónea a estas circunstancias.

De acuerdo a Christensen (2000), los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis de mano del personal médico tienen a utilizar en mayor proporción un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción, pues la carencia de control que tienen sobre su tratamiento los motiva a concentrar sus recursos en la expresión y regulación de las emociones que derivan del mismo, en vez de concentrar dichos recursos en resolver y controlar los problemas que derivan de él, ya que tales problemas son generalmente atendidos por el personal médico que administra el tratamiento.

De esta manera, es posible pensar que los participantes, al percibir que poco podían hacer para mediar con los problemas y las demandas concretas que su tratamiento produce, tales como asistir tres veces por semana al centro de hemodiálisis para recibir tratamiento por tres o cuatro horas, cambiar drásticamente su dieta, restringir considerablemente la ingesta de líquidos, padecer de anemia, entre las principales, hayan preferido optar por atender a

las demandas emocionales que de él derivan, sobretudo en cuanto a la experiencia de sentimientos negativos como frustración, ansiedad, temor, depresión y desolación se refiere.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento mencionadas como las de mayor uso por los participantes de la investigación, se encontró que las estrategias de planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión fueron descritas como tales. A pesar de que el estilo enfocado en la emoción fue descrito como el estilo de mayor uso, y siendo que la estrategia de planificación representa un estilo de afrontamiento enfocado en el problema, es posible considerar que la estrategia de planificación haya sido descrita como la estrategia de mayor uso, ya que a través de ella se puede desarrollar un esquema mental sobre los mejores pasos a seguir para afrontar al evento estresante, en vez de realizar acciones concretas. En este caso, la estrategia de planificación presumiblemente ayudó a los participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pudieron responder a los nuevos cambios y demandas que la enfermedad y sus tratamientos conllevan. Así, por ejemplo, planificar con anticipación los horarios de las visitas al centro de hemodiálisis para recibir el tratamiento de la hemodiálisis o de los cambios diarios de la sustancia dializante como parte del tratamiento de la diálisis peritoneal, les permitiría a los participantes desarrollar cierto grado de estabilidad y rutina que podría disminuir las evaluaciones de amenaza, pérdida/daño o desafío, y por consiguiente los niveles de estrés, de la IRCT y sus tratamientos.

Respecto a la estrategia de aceptación, se piensa que dado que la mayoría de los participantes tienen por lo menos de uno a cinco años de

diagnóstico y tratamiento de la IRCT, es hasta cierto punto esperable que presenten una mayor inclinación por aceptar la ocurrencia de la IRCT y sus tratamientos como evento estresante y de las consecuencias que derivan de ellos. Es decir, es posible que los participantes hayan contado con el tiempo necesario para entender el significado de su enfermedad y de los cambios que requiere como para llegar a la realización de que al ser un evento irreversible necesitan aceptarlo y adecuarse a él si es que desean seguir viviendo, pues tal como se dijo anteriormente menospreciar su significado, impacto o consecuencias repercute en una muerte inmediata.

En vista que las personas afectadas con IRCT suelen presentar ya sea síntomas o diagnósticos de desórdenes de ánimo y ansiedad, los sentimientos negativos que provienen de ellos son mejor atendidos por la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento, ya que ésta se encarga de afrontar las emociones perturbadoras que el evento estresante despierta en vez de alterarlo o modificarlo. Por ello, no es sorprendente que los participantes hayan mencionado a esta estrategia como la tercera de mayor uso pues es posible que les permita afrontar sentimientos asociados a la depresión, ansiedad, frustración y cólera, entre otros, que provienen de su experiencia diaria de la IRCT y sus tratamientos, lo que a su vez parece ser una reacción saludable y protectora al estrés que experimentan.

Como todos los participantes indicaron tener algún tipo de afiliación religiosa, es posible que dicha práctica los haya motivado a volcarse a su religión como alternativa de afrontamiento al estrés que proviene de la IRCT y sus tratamientos, razón por la cual la estrategia de acudir a la religión fue descrita como la cuarta de mayor uso por los participantes.

Por otro lado, las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes, desentendimiento cognitivo y negación fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes en cuestión. Así, se estima que la estrategia de desentendimiento conductual fue descrita como la de menor uso, en comparación con el resto de las estrategias de afrontamiento, pues incumplir con los tratamientos de la IRCT, por ejemplo, puede tener consecuencias perjudiciales para la salud. Es decir, porque la estrategia de desentendimiento conductual implica disminuir los esfuerzos para afrontar al evento estresante o renunciar a los objetivos con los que interfiere, abandonar o cumplir ineficientemente los tratamientos de la IRCT, como ejemplo por dejar de afrontar el estrés que deviene de ellos, acarrearía complicaciones para los participantes, tales como intoxicación y coma urémico, que podrían resultar en su muerte. Por dicha razón, es congruente mencionar que la estrategia de desentendimiento conductual no haya sido de la máxima preferencia de los participantes pues su uso no fomenta una mejor adaptación a su nueva condición de enfermo crónico ni su supervivencia o calidad de vida.

En el caso de la estrategia de supresión de actividades competentes, se considera que no fue de la preferencia de los participantes, pues su uso implicaría abandonar cualquier proyecto o meta adicional y separada al afrontamiento de la IRCT y sus tratamientos como evento estresante, y al parecer esta es una opción que no ha sido considerada por la mayoría de los participantes. Es importante mencionar que dado que los participantes de la investigación son aplicantes o candidatos aceptados al programa de trasplante renal, y por ser ésta la alternativa de tratamiento percibida por las

personas afectadas con IRCT como aquella que brinda las mejores condiciones de vida (Franke, Reimer, Phillip y Heemann, 2003; Vergoulas, 2002), es posible que los participantes deseen y se esfuercen por mantener al menos la percepción de que su vida incluye otros proyectos además de recibir tratamiento para la IRCT. Dicho en otras palabras, su motivación por conseguir un nuevo riñón y así mejorar su calidad de vida actual, los motivaría a continuar con otros proyectos ya que la esperanza de un nuevo riñón reforzaría la idea de que aún tienen el tiempo necesario y suficiente como para lograr y hacer realidad sus sueños y aspiraciones.

La estrategia de desentendimiento cognitivo, por su parte, no habría sido de la preferencia de la mayoría de los participantes ya que al verse expuestos diariamente a los múltiples desafíos de la IRCT y sus tratamientos, sobretudo en lo que respecta a la adherencia a un nuevo régimen alimenticio, parece poco probable que cuenten con la motivación necesaria como para dejar de pensar en las formas más apropiadas de afrontar al estrés que deriva de la IRCT y sus tratamientos. Asimismo, desentenderse por afrontar dicho estrés podría implicar descuidar e incumplir sus tratamientos, en tanto éstos sean considerados como medios para disminuir o modificar las evaluaciones de amenaza o pérdida de la salud que se le adjudica a la IRCT, con lo que se ocasionaría una muerte repentina y súbita.

Sin embargo, dado que la estrategia de supresión de actividades competentes y la estrategia de desentendimiento cognitivo presentan una confiabilidad baja para esta investigación, es pertinente confirmar sus resultados con otras investigaciones en las que dichas estrategias presenten mejores niveles de confiabilidad.

La literatura indica que la estrategia de negación es utilizada con mayor frecuencia en los primeros momentos que un evento es percibido como estresante, pues ayuda a sobrellevar el impacto negativo inicial, un uso posterior a esta etapa inicial puede ser altamente perjudicial para el bienestar (Aldwin, 2000; Sarafino, 2002). Así, se considera que los participantes describieron a la estrategia de negación como la cuarta estrategia de menor uso ya que ésta no fomenta la continuidad del tratamiento ni el cumplimiento de las nuevas condiciones de vida. En otras palabras, negar la ocurrencia de la IRCT implicaría negar la necesidad de recibir tratamiento, lo que a su vez implicaría negar el deseo por seguir viviendo y, tal como se ha afirmado anteriormente, no parece ser una opción para los participantes.

En relación a los resultados obtenidos para el soporte social, se encontró que el soporte social percibido fue mencionado en mayor proporción que el soporte social efectivo, y que los niveles de necesidad del soporte social fueron mayores que los niveles de satisfacción del mismo. La identificación de una mayor cantidad de personas que pudieran brindar soporte sobre aquellas que efectivamente brindan algún tipo de ayuda coincide con lo expuesto por la literatura sobre este tema, ya que varias investigaciones han mencionado que la posibilidad de recibir ayuda es suficiente para percibir al evento estresante como menos severo y perjudicial para el bienestar y la salud (Cutrona, 1986; Dunkel-Schetter y Bennet, 1990; Heller, Swindle y Dusenbury, 1986; Norris y Kaniasty, 1996; Sarason, Pierce y Sarason, 1990; Sarason, Sarason y Pierce, 1990; Thoits, 1995; Wills et al., 2001). El hecho de que los participantes hayan mencionado con mayor frecuencia al soporte social percibido sobre el soporte social efectivo indicaría que para ellos fue más importante contar con la

posibilidad de recibir ayuda en el momento necesario que cualquier ayuda concreta brindada por su red social.

En cuanto a los niveles de satisfacción y necesidad del soporte social, se entiende que los participantes hayan presentado mayores niveles de necesidad que de satisfacción del soporte social por dos motivos en particular. En primer lugar, es posible que el estrés que proviene de la IRCT y sus tratamientos haya afectado negativamente a los miembros de la red social de los participantes, por lo que se piensa que sus esfuerzos por brindar ayuda no hayan podido responder efectiva y eficazmente a las demandas de los participantes (Uchino, 2004; Shannon, 1996).

En segundo lugar, es posible que dada la condición de enfermo crónico de los participantes, éstos hayan presentado demandas que excedieron o superaron los esfuerzos y la capacidad de ayuda de su red social, por lo que los miembros de dicha red o brindaron una ayuda que no satisfizo las necesidades de los participantes o simplemente decidieron no brindar ayuda dado el sentimiento de vulnerabilidad experimentado por tener que satisfacer demandas para las que no se encontraban preparados (Rodríguez, 1995; Ovejero, 1990). Así, cualquiera de estos dos motivos o una combinación de ambos pudo haber motivado a los participantes a experimentar una mayor necesidad del soporte social otorgado por los miembros de su red social.

Respecto a las funciones del soporte social, se tiene que tanto para el soporte social percibido como para el soporte social efectivo las funciones de interacción íntima y participación social fueron descritas como las de mayor uso. Igualmente, las funciones de consejo e información y asistencia fueron

mencionadas como las segundas de mayor uso para el soporte social percibido y para el soporte social efectivo, respectivamente.

Es interesante que los participantes hayan mencionado tanto la disponibilidad como el otorgamiento concreto de apoyo y ayuda en lo que se refiere a la discusión de temas íntimos y personales así como la atención de sus deseos de esparcimiento y diversión social. Probablemente, los participantes tienen la necesidad de contar con apoyo y ayuda de otras personas para responder a estas dos necesidades, pues al parecer las demandas introducidas por la IRCT y sus tratamientos, sobretudo en cuanto al cambio en el estilo de vida y la alteración de la imagen corporal se refiere, los haya motivado a solicitar el apoyo de quienes los rodean para compartir sus percepciones e ideas sobre estos temas y para ganar aceptación a través de su interacción social con ellos.

Igualmente, se estima que los participantes manifestaron contar con la posibilidad de recibir consejo e información porque, por ejemplo, sus visitas al centro de hemodiálisis, ya sea para recibir tratamiento o para recibir consulta de seguimiento en el caso de la diálisis peritoneal, les haya permitido desarrollar la impresión que, en el caso de necesitarlo, pueden contar con el conocimiento del personal médico para responder a sus interrogantes sobre aquellos temas que derivan de la IRCT y sus tratamientos y que amenazan su bienestar personal.

En el caso de la función de asistencia, se considera que los participantes indicaron recibir apoyo concreto en la realización de tareas y en la solución de situaciones problemáticas, pues demandas como trasladarse al centro de hemodiálisis, mantener un ambiente limpio en casa para realizar los cambios

de la diálisis peritoneal, regular la ingesta de líquidos, cumplir con su nuevo plan alimenticio, entre otros, requerirían del apoyo y la asistencia de otras personas para llevarlas a cabo. Así, es posible que los participantes se hayan visto en la necesidad de solicitar ayuda a los miembros de sus redes sociales para satisfacer demandas que superan sus recursos individuales de afrontamiento, la cual parece haber sido otorgada según lo expresado por los participantes.

Por otro lado, según los niveles de satisfacción y necesidad del soporte social, las funciones de interacción íntima, consejo e información y ayuda material fueron mencionadas como las de mayor uso en el primer caso; mientras que las funciones de interacción íntima, ayuda material y participación social fueron mencionadas como tales en el segundo caso.

Si bien los participantes manifestaron estar satisfechos tanto con la disponibilidad como con el otorgamiento concreto de la ayuda o apoyo que proviene de la función de interacción íntima, también expresaron tener necesidad de ella. Es posible que la condición de enfermo crónico de los participantes los haya motivado a experimentar una necesidad de intimidad mayor a lo ordinario, pues ésta además de otorgarles recursos adicionales para afrontar el estrés que los afecta, también les permite sentirse aceptados e integrados (Kaplan y Toshima, 1990).

Del mismo modo, las demandas de la IRCT y sus tratamientos parecen exceder los recursos materiales individuales y sociales de los participantes, ya que suplementos alimenticios, modificación de la dieta, traslado recurrente al hospital, medicamentos adicionales, entre otros, pueden ser gastos que no todos los participantes pueden cubrir sin preocupaciones. Adicionalmente, las

limitaciones físicas que la enfermedad ocasiona habrían afectado a los participantes de tal modo que algunos de ellos se encontrarían menos capacitados como para seguir trabajando para cubrir, por sus propios medios, gastos relacionados a su enfermedad y a otras variables. Por tal motivo, no es sorprendente que los participantes indiquen necesidad de recursos materiales a pesar de haber mencionado que se encuentran satisfechos con la ayuda material recibida.

Se estima que la función de consejo e información, como se mencionó anteriormente, parece ser otorgada por el personal médico que atiende a los participantes, quienes al ser una fuente experta, pueden brindar una mejor respuesta a las dudas que los participantes puedan tener sobre la IRCT y sus tratamientos, razón por la cual dichos participantes se encuentran satisfechos con la guía y orientación recibida (Sarafino, 2002). Por otro lado, los participantes indicaron presentar una mayor necesidad de la función de participación social porque su condición de enfermo crónico suele restringir sus contactos e interacciones sociales, motivo por el cual al indicar necesidad por esta función, los participantes estarían indicando su temor al aislamiento o a ser segregados de interacciones sociales que no incluyan exclusivamente otras personas afectadas por la IRCT (Kaplan et al., 1990).

En relación a las correlaciones entre los estilos de afrontamiento y los índices del soporte social, se identificó que cuando los participantes mencionaron un mayor número de miembros en el soporte social percibido o efectivo, tendieron a hacer un menor uso de los otros estilos de afrontamiento. Es posible que al contar con un mayor número de personas que puedan o que brindan ayuda, sobretodo en la discusión y expresión de los sentimientos

negativos que la IRCT produce así como en la elaboración del mejor plan de intervención para afrontar al estrés que deriva de ella, los participantes podrían percatarse que existe una menor necesidad por utilizar los otros estilos de afrontamiento, los cuales, como se ha indicado en líneas anteriores, no parecen ser de la preferencia de los participantes pues no fomentan una adecuada adaptación a su nuevo rol de enfermo crónico ni sus deseos de supervivencia.

De acuerdo a los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las funciones del soporte social según el soporte social percibido, se encontró que existe una correlación positiva entre la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento y la función de interacción íntima, una correlación negativa entre la estrategia de negación y la función de participación social, una correlación negativa entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y la función de participación social, y correlaciones negativas entre la estrategia de desentendimiento conductual y las funciones de información positiva, asistencia y participación social.

Así, cuando los participantes perciben la posibilidad de tener a disposición personas con las cuales puedan discutir sus asuntos personales, es posible que se inclinen por comentar con ellos los sentimientos negativos que experimentan como parte de su condición de enfermo crónico. Es decir, la existencia de personas con las que se puede interactuar íntimamente podría motivar a los participantes a abordar y encarar directamente los sentimientos negativos que la IRCT y sus tratamientos despiertan, porque la intervención de dichas personas puede ayudarlos a canalizar y comprender mejor dichos sentimientos para así afrontarlos de un modo más constructivo. Por tal motivo,

se entiende que a mayor percepción de miembros que cumplen la función de interacción íntima, mayor será el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento.

Similarmente, cuando los participantes perciben que pueden contar con un mayor número de personas con los que pueden interactuar socialmente con la finalidad de satisfacer sus necesidades de esparcimiento y recreación, éstos se sentirían menos orientados a negar la ocurrencia y el significado que la IRCT tiene en sus vidas, a expresar indiscriminadamente los sentimientos negativos que ella produce, y a reducir sus esfuerzos por afrontar el estrés que proviene de ella. Es decir, porque las personas con las que los participantes pueden distraerse y pasar un buen momento actúan como factores protectores contra el estrés, es posible que dicha interacción social les permita a los participantes darse cuenta que su enfermedad no es un impedimento para relacionarse con otras personas, por lo que no es significativo ni útil ocultar su existencia.

Del mismo modo, una expresión exagerada y distorsionada de sus sentimientos negativos podría abrumar, y por consecuente alejar, a aquellos con quienes los participantes intentan relacionarse, por lo que la libre y no selectiva expresión de sus emociones perjudicaría y deterioraría sus relaciones sociales (Martin y Brantley, 2002). Asimismo, la posibilidad de contar con un mayor número de personas con las que se puede interactuar socialmente, les permitiría a los participantes reducir cualquier intento por desentenderse del estrés ocasionado por su condición de enfermo crónico, ya que así podrían ganar una mayor aceptación e integración social. De esta manera, se estima que una mayor percepción de personas con las que se puede participar

socialmente, implicaría un menor uso de las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y desentendimiento conductual.

Por otro lado, cuando se percibe un mayor número de personas que reconocen y valoran el estilo de vida y que brindan apoyo en la realización de tareas que difícilmente pueden ser resueltas mediante esfuerzos personales, los participantes evitarían reducir sus esfuerzos para afrontar el estrés que experimentan. Es decir, contar con la posibilidad de aprobación y asistencia podría otorgar a los participantes recursos adicionales, que aunados a sus esfuerzos individuales, podrían motivarlos a continuar afrontando el estrés que los afecta. Por lo comentado, se considera que una mayor percepción de personas que puedan brindar las funciones de información positiva y asistencia podría conducir a un menor uso de la estrategia de desentendimiento conductual.

Respecto a los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las funciones del soporte social según el soporte social efectivo, se halló que existe una correlación positiva entre la estrategia de afrontamiento activo y la función de información positiva, una correlación positiva entre la estrategia de planificación y la función de interacción íntima, una correlación negativa entre la estrategia de acudir a la religión y la función de interacción negativa, y correlaciones negativas entre la estrategia de desentendimiento conductual y las funciones de interacción íntima, asistencia y participación social.

De esta manera, los participantes se encontrarían motivados por desplegar comportamientos que ataquen directamente al estrés de la IRCT y sus tratamientos en tanto reciban cierta retroalimentación positiva sobre ellos.

Es decir, intentos tales como respetar la restricción del consumo de líquidos y de alimentos prohibidos, asistir puntualmente al tratamiento de hemodiálisis o realizar los cambios diarios de la diálisis peritoneal en el mismo horario, y tomar las medicinas en sus dosis correctas, son acciones concretas que tratan de afrontar directamente las evaluaciones de amenaza, pérdida/daño o desafío de la IRCT y que se realizarían con mayor frecuencia en la medida que la red social de los participantes aprueben y comuniquen que dichos intentos son los más adecuados para afrontar al estrés. Por ello, se entiende que un mayor número de personas que brindan información positiva posiblemente motive a los participantes a utilizar la estrategia de afrontamiento activo.

Así también, cuando los participantes comparten y discuten sus asuntos personales con seres significativos de su entorno, podrían a su vez discutir el mejor plan de acción para responder a las demandas que derivan de la IRCT y sus tratamientos. Es decir, sus interacciones íntimas con otras personas no sólo les brindaría el ambiente propicio como para hablar sobre temas de carácter personal, sino también sobre la mejor manera de responder al estrés que su condición de enfermo crónico representa. Por lo que es razonable pensar que de las conversaciones que los participantes tengan con su entorno más inmediato e íntimo, se desprendan ideas que los ayuden a implementar un afrontamiento al estrés que involucren una planificación previa sobre los mejores pasos a seguir.

De un modo parecido, se estima que cuando los participantes utilizan con mayor predominio sus afiliaciones y prácticas religiosas como medios para afrontar los cambios y demandas de su enfermedad, tienden a presentar menores conflictos en sus interacciones con otras personas. Es posible que

dada sus creencias religiosas, los participantes se encuentren motivados para buscar armonía en sus relaciones sociales, evitando el desarrollo de conflictos o problemas para reafirmar el potencial de ayuda que dichas relaciones sociales tienen. Por tal motivo, se comprende que un mayor uso de la estrategia de acudir a la religión probablemente incline a los participantes a reducir cualquier desacuerdo o desavenencia con los miembros de su red social.

Continuando con una línea similar, es posible pensar que cuando los participantes interactúan íntima y socialmente con seres significativos de su entorno y cuando reciben ayuda en la realización de tareas que exceden sus recursos individuales, los participantes se verían motivados a evitar cualquier disminución en sus esfuerzos activos por afrontar el estrés de su enfermedad y sus tratamientos. Es decir, a través de dichas interacciones íntimas y sociales los participantes pueden recibir información que refuerce tanto sus intenciones por continuar afrontando el estrés así como el mejor modo de respuesta a él. Igualmente, recibir ayuda concreta con aquellas tareas que no pueden ser resueltas únicamente por los participantes, les brindaría la opción de concentrar sus energías sobre el mejor modo de afrontar las demandas de su enfermedad, pues como se ha discutido anteriormente, desinterés por atender dichas demandas puede ser significativamente dañino para los participantes, ya que puede ocasionar su muerte. Por lo expuesto, se deduce que las interacciones íntimas y sociales con otras personas así como la asistencia que éstas proporcionan motivarían a los participantes a utilizar con menor frecuencia la estrategia de desentendimiento conductual.

Conforme a los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de satisfacción del soporte social, se encontró que existe una correlación negativa entre la estrategia de aceptación y la función de información positiva, una correlación positiva entre la estrategia de negación y la función de ayuda material, y una correlación positiva entre la estrategia de desentendimiento conductual y la función de consejo e información.

Así, cuando los participantes se sienten más satisfechos con la retroalimentación recibida sobre el valor y, posiblemente, la efectividad de sus respuestas de afrontamiento a las demandas y cambios de la IRCT y sus tratamientos, los participantes se sentirían menos inclinados a aceptar, en términos de resignación, el curso inalterable de su enfermedad. Dicho de otro modo, cuando los participantes se encuentran satisfechos y complacidos con la aprobación que su ambiente brinda sobre sus esfuerzos de afrontamiento, se sentirían motivados a continuar desplegando acciones concretas que respondan directamente a las demandas de su enfermedad, ya que así no sólo conservarían su bienestar y salud en términos aceptables, sino también su elegibilidad al programa de transplante renal. Por esta razón, se estima que cuando los participantes se encuentran satisfechos con la información positiva recibida, utilizarían con menor frecuencia la estrategia de aceptación al asumirla como resignación.

Por otro lado, el sentirse satisfechos con la ayuda material recibida podría conducir a los participantes a pensar que, dado que sus necesidades básicas han sido cubiertas por dicha ayuda material, no tendrían que preocuparse por afrontar otros problemas mayores, lo cual los podría llevar a

percibir que su vida no ha cambiado ni ha sido alterada por la ocurrencia de la IRCT. Es decir, satisfacción con cualquier ayuda material recibida motivaría a los participantes a negar tanto el impacto como las consecuencias de la IRCT y sus tratamientos, lo que, como se ha indicado anteriormente, puede ser desventajoso ya que incrementaría las probabilidades de incumplimiento de sus tratamientos o de la búsqueda de asistencia médica, y con ello se podría ocasionar su muerte. Por lo argumentado, se deduce que cuando los participantes se encuentran satisfechos con la ayuda material recibida, se inclinarían por hacer un mayor uso de la estrategia de negación, lo que no parece ser la opción de afrontamiento más efectiva.

Asimismo, cuando los participantes estiman estar satisfechos con el consejo e información sobre las dudas e interrogantes que tienen respecto a su enfermedad, el cual principalmente puede provenir del personal médico, los participantes se sentirían motivados a reducir sus esfuerzos por responder a las demandas de su enfermedad. Es decir, estar satisfechos con la información que el personal médico otorga sobre el mejor modo de respuesta a las demandas de la enfermedad, en términos de su tratamiento, podría inclinar a los participantes a aplicar dicha información en vez de realizar sus propios esfuerzos para atender a dichas demandas. Por ello, una mayor satisfacción con el consejo e información recibidos podría motivar a los participantes a utilizar con mayor frecuencia la estrategia de desentendimiento conductual.

Por otra parte, los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de necesidad de las funciones del soporte social identificaron la existencia de una correlación negativa entre la estrategia de postergación del afrontamiento y la función de ayuda material,

una correlación negativa entre la estrategia de búsqueda el soporte social por razones instrumentales y la función de consejo e información, una correlación positiva entre la estrategia de búsqueda del soporte social por razones emocionales y la función de asistencia, una correlación positiva entre la estrategia de negación y la función de interacción íntima, y correlaciones positivas entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y las funciones de interacción íntima, asistencia y participación social.

De esta manera, el sentir una mayor necesidad por recibir ayuda material motivaría a los participantes a postergar lo menos posible sus esfuerzos por afrontar las demandas de su enfermedad, ya que mantenerse activos en estos esfuerzos podría indicar a los miembros de su red social que aún existen necesidades que deben ser cubiertas, por lo que su ayuda es requerida y bienvenida. Por este motivo, es razonable estimar que cuando los participantes experimentan una mayor necesidad de ayuda material, utilizarían en menor proporción la estrategia de postergación del afrontamiento.

Es posible argumentar que cuando los participantes despliegan mayores esfuerzos por recibir consejo e información de los miembros de su red social, se sientan menos inclinados a necesitar dicho consejo e información, pues la búsqueda activa de los mismos otorgaría claves a su red social para brindar este apoyo con la finalidad de que los participantes tengan menor necesidad de ellos. Así, un mayor uso de la estrategia de búsqueda del soporte social por razones instrumentales podría ocasionar una menor necesidad de consejo e información.

Similarmente, cuando los participantes tienen una mayor necesidad de ser asistidos con tareas difíciles, se inclinarían a incrementar su búsqueda de

apoyo moral, simpatía o comprensión, ya que dicha búsqueda podría ayudarlos a sobrellevar los sentimientos abrumadores originados por la falta de asistencia y, tal vez, a conseguirla también. Por lo dicho, se estima que cuando los participantes tienen una mayor necesidad de ser asistidos, presentarían una mayor disposición por utilizar la estrategia de búsqueda del soporte social por razones emocionales.

Asimismo, la mayor necesidad por interactuar íntimamente con las personas significativas de su red social podría motivar a los participantes a negar la existencia de las razones por las cuales se necesita compartir con otros sus asuntos personales, ya que al hacerlo podrían disminuir o desatender cualquier angustia o sentimiento negativo que pudiera provenir de la falta de contar con un otro significativo con el cual discutir sus temores y dudas respecto a su condición de enfermo crónico. Por ello, una mayor necesidad de interacción íntima podría conducir a los participantes a utilizar más seguido la estrategia de negación.

Finalmente, cuando los participantes tienen una mayor necesidad por interactuar íntima y socialmente con otras personas y por recibir asistencia con sus problemas, se inclinarían a ventilar y a expresar abiertamente los sentimientos negativos provocados por su enfermedad, puesto que de este modo harían más evidente las necesidades que tienen para poder adaptarse lo mejor posible a su nuevo rol de enfermo crónico. Por tanto, se comprende que una mayor necesidad de interacción íntima, asistencia y participación social podría motivar a los participantes a usar en mayor proporción la estrategia de enfocar y liberar emociones.

En cuanto a las diferencias significativas de los estilos y las estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia y de residencia, se encontró que las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo fueron utilizadas más veces por los participantes hombres que por las participantes mujeres. Asimismo, los participantes procedentes de provincia utilizaron con mayor frecuencia, que los participantes originarios de Lima, las estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo y los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción. Por otra parte, la estrategia de acudir a la religión fue usada en mayor medida por aquellos participantes que viven en provincia que por los que viven en Lima.

Se presume que ciertas diferencias de género hayan contribuido a que exista una diferencia marcada en el uso de las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo entre los participantes hombres y mujeres de esta investigación, ya que estar orientado a la creación y desarrollo de acciones directas individuales, sin buscar la guía y orientación de otros, así como permitirse despejar la mente de problemas que no pueden ser resueltos inmediatamente, en vez de rumiar constantemente sobre ellos, serían características atribuibles a una socialización típicamente masculina que femenina (Sarafino, 2002).

Es posible que diferencias culturales hayan contribuido a las diferencias en el uso de las estrategias y los estilos de afrontamiento mencionadas por parte de los participantes que provienen o residen en provincia y en Lima. Así, por ejemplo, participantes que viven en provincia o que migraron a Lima posiblemente presentan costumbres y tradiciones diferentes a aquellos que

viven en Lima y cuyas familias tienen más de una generación residiendo en Lima. Es decir, es posible que estos dos grupos de participantes posean diferentes visiones del ambiente que los rodea, lo cual los motivaría a responder a los problemas, cambios o demandas de su ambiente en función al entendimiento particular que tienen del mismo.

En relación a las diferencias significativas del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia y de residencia, se obtuvo que los participantes originarios de provincia, a diferencia de los de Lima, gozaron de mayor información positiva percibida y efectiva, necesitaron mayor asistencia y demostraron mayor satisfacción con el nivel general del soporte social. Similarmente, aquellos participantes que viven en provincia, a diferencia de los que viven en Lima, indicaron estar más satisfechos con el consejo e información y asistencia recibidos así como con el grado general del soporte social. Sin embargo, los participantes residentes en Lima mencionaron tener una mayor necesidad de las funciones de información positiva y de consejo e información.

Presumiblemente, los participantes que proceden o viven en provincia al tener una visión más colectivista del mundo que los rodea, podrían disfrutar de unas relaciones sociales más sólidas y compactas que los participantes de Lima, quienes podrían estar orientados a una visión más individualista de su ambiente. De este modo, no es sorprendente que los participantes de provincia, a diferencia de los de Lima, hayan mencionado contar con mayor aprobación sobre sus esfuerzos para responder al estrés de su enfermedad así como mayor satisfacción con la ayuda y apoyo recibido por su red social, dada el posible aspecto cohesivo que sus relaciones sociales tienen. Similarmente,

quizás la falta de cohesividad o sentido colectivista en las relaciones sociales de los participantes de Lima, los haya expuesto a tener una mayor necesidad por recibir aprobación y orientación sobre los mejores pasos a seguir para responder a las demandas de su enfermedad.

Respecto a las diferencias significativas de los estilos y las estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas de cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico, se identificó que aquellos participantes que cambiaron de tratamiento por lo menos una vez utilizaron en mayor proporción la estrategia de enfocar y liberar emociones; mientras que los participantes que no tienen ningún otro diagnóstico médico además de la IRCT usaron más frecuentemente las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y desentendimiento cognitivo así como los otros estilos de afrontamiento.

Se estima que cambios en el tratamiento de la IRCT pueden producir la vivencia intensa de temor e incertidumbre debido a falta de estabilidad y a la necesidad de adaptarse a un tratamiento nuevo y desconocido; por lo que no es sorprendente que aquellos participantes que han cambiado de tratamiento por lo menos una vez tengan una mayor necesidad por enfocar sus esfuerzos de afrontamiento en la expresión de los sentimientos que dichos cambios provocan. Del mismo modo, los participantes que sólo presentan el diagnóstico de la IRCT, a diferencia de los que tienen diagnósticos asociados, no se ven expuestos a demandas o tratamientos extras; por lo que se sentirían más inclinados a distraerse para evitar las demandas de su única enfermedad.

Por último, los resultados obtenidos para las diferencias significativas del soporte social según las variables sociodemográficas de cambio de

tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico indicaron que aquellos participantes que cambiaron de tratamiento por lo menos una vez recibieron mayor asistencia de su red social que los que nunca cambiaron de tratamiento. Igualmente, los participantes que sólo cuentan con el diagnóstico de la IRCT manifestaron encontrarse más satisfechos con el consejo e información y con el grado general de soporte social recibido. Por otro lado, los participantes que han sido diagnosticados con IRCT hace cinco o más años dicen sentirse satisfechos con sus interacciones íntimas, mientras que los que tienen menos de cinco años de diagnóstico presentan una mayor necesidad por recibir consejo e información.

Haber cambiado de tratamiento al menos una vez podría implicar una mayor necesidad por recibir ayuda en la solución de ciertas tareas, ya que dicho cambio, entendido como la pérdida de un riñón transplantado por ejemplo, podría haber perjudicado las capacidades de estos participantes para funcionar a un nivel óptimo. Así, se estima que los participantes que cambiaron de tratamiento, a diferencia de los que nunca cambiaron, habrían expresado más abiertamente su necesidad de ser asistidos, por lo que su red social pudo responder de manera más clara y directa a dicha necesidad. De un modo parecido, contar con un solo diagnóstico médico no parece exceder la capacidad de ayuda de la red social de estos participantes, puesto que sentirse satisfecho por el apoyo brindado por su red indicaría que dichos miembros se encuentran aún solícitos por ayudar con las demandas de la IRCT.

Finalmente, un mayor tiempo de diagnóstico y tratamiento de la IRCT podría haber otorgado a ciertos participantes la posibilidad de definir sus relaciones sociales con sus seres más significativos de un modo tal que en la

actualidad pueden sentirse satisfechos con el grado de interacción íntima que tienen con ellos. Similarmente, un menor tiempo de diagnóstico implicaría una mayor necesidad por entender el funcionamiento de la IRCT y sus tratamientos, por lo que ciertos participantes requerirían una mayor guía y orientación de una fuente experta para aprender y comprender los efectos que su enfermedad tiene en sus vidas.

A manera de conclusión, es pertinente mencionar que, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, las intervenciones psicológicas diseñadas para trabajar con pacientes diagnosticados con IRCT deberían favorecer la aceptación y adaptación positiva a esta enfermedad, ya que al parecer de ello dependería la sobrevivencia de dichos pacientes. Así, se estima que estrategias de afrontamiento que impliquen cualquier tipo de desentendimiento o negación de la realidad y de las nuevas condiciones que la IRCT impone parecen tener implicancias perjudiciales para la vida de estos pacientes, ya que no fomentan una adaptación positiva a su nueva condición de enfermo crónico ni contribuyen a su supervivencia. Similarmente, es importante que dichas intervenciones busquen ayudar al paciente con IRCT a responder, lo más adaptativamente posible, a las demandas emocionales que esta enfermedad genera, ya que dichas demandas pueden volverlos vulnerables a la experiencia de sentimientos depresivos. Asimismo, tales intervenciones deberían fortalecer y reforzar el soporte social brindado por la familia y el personal médico, así como extenderlo hacia otras fuentes de soporte, como otros pacientes por ejemplo, para que no sólo se ayude a la familia de estos pacientes a sobrellevar el peso de ser la fuente principal de

soporte social, sino también ayude a incrementar los niveles de satisfacción con el soporte social recibido.

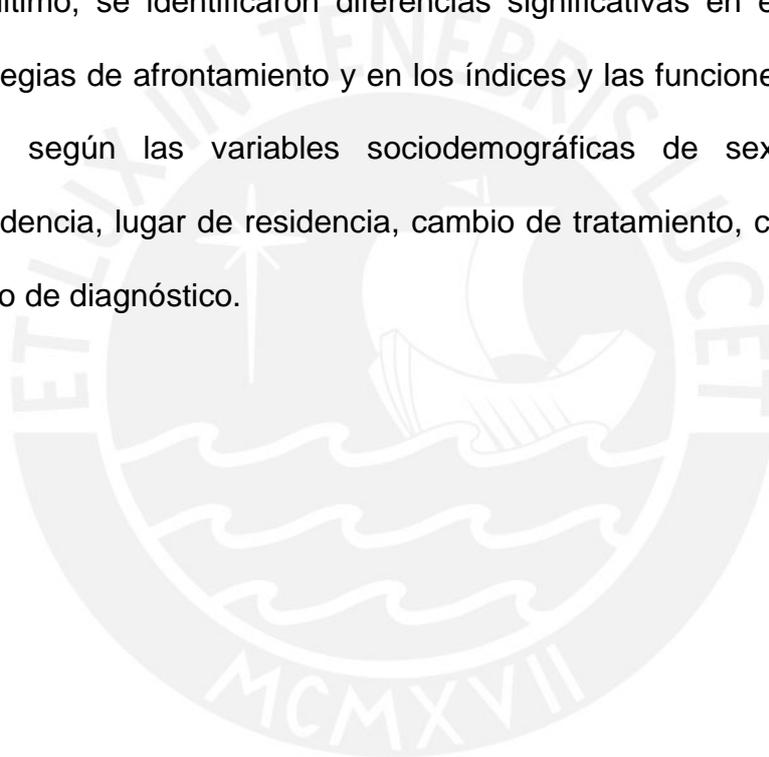
Por último, en cuanto a las limitaciones y aportaciones que esta investigación presenta, es importante indicar que los resultados obtenidos no pueden ni deben ser generalizados a toda persona que presente el diagnóstico de IRCT o de cualquier otra enfermedad crónica, puesto que tanto el tipo de muestreo como el tamaño de la muestra utilizada no permitieron por un lado, contar con una muestra que representara las características actuales de la población con IRCT, y, por el otro, tener resultados estadísticamente fuertes y consistentes. Sin embargo, este trabajo de investigación ha permitido tener una visión general sobre los recursos tanto personales como sociales con los que un grupo de pacientes diagnosticados con IRCT cuentan para responder al estrés generado por su enfermedad. Así, se estima que este tipo de conocimiento podría permitir el desarrollo de intervenciones sensitivas a los recursos y necesidades que estos pacientes poseen.

CONCLUSIONES

- El estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo más utilizado por la mayoría de los participantes de la investigación.
- Las estrategias de planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión fueron descritas como las estrategias de mayor uso por los participantes.
- La mayoría de los participantes indicaron con más frecuencia la existencia del soporte social percibido que del soporte social efectivo. Asimismo, indicaron tener mayor necesidad que satisfacción del soporte social recibido.
- Según el soporte social percibido, las funciones de interacción íntima, participación social y consejo e información fueron las más mencionadas por la mayoría de los participantes.
- De acuerdo al soporte social efectivo, las funciones de interacción íntima, participación social y asistencia fueron las más mencionadas por la mayoría de los participantes.
- Los participantes expresaron sentirse satisfechos con las funciones de interacción íntima, consejo e información y ayuda material; mientras que indicaron tener necesidad de las funciones de interacción íntima, ayuda material y participación social.
- Se encontraron correlaciones moderadas entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y los índices y las funciones del soporte social, destacándose los otros estilos de afrontamiento y las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones,

desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, se destacaron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información.

- Por último, se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico.



REFERENCIAS

Ahmed, S. Addicott, C., Qureshi, M., Pendleton, N., Clague, J. E. and Horan, M.A. (1999). Opinions of Elderly People on Treatment for End-Stage Renal Disease. En: *Gerontology*. Vol. 45, 156-159

Aldwin, C.M. (2000). *Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press

Aldwin, C. M. and Revenson, T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53, No. 2, 337-348

Barrera, M. Jr., Sendler, I. and Ramsay, T. (1981). Preliminary Development of a scale of social support: Studies on college students. En: *American Journal of Community Psychology*. Vol, 9, No 4, 435-447

Barrón, A. (1990). Estrés Vital, Apoyo Social y Creencias de Salud. En: S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez e I. F. Jiménez (Eds). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 197-218). Sevilla: Sedal

Baum, A. and Posluzzy, D. M. (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. En: *Annual Reviews of Psychology*. Vol. 50, 137-163

Brisette, I., Carver, C. S. and Scheier, M. F. (2002). The Role of Optimism in Social Network Development, Coping and Psychological Adjustment during a Life Transition. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 82, No 1, 102-111

Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 56, No 2, 267-283

Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Chambliss, P. B. (1997). A study of the impact of health locus of control, social support, and illness severity on depression and compliance in end-stage renal disease patients. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 57, pp. 7718.

Chávez-Ferrer, I. (1995). *Soporte Social en pacientes VIH positivos del Hospital 2 de Mayo*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Christensen, A. J. (2000). Patient-by-Treatment Context Interaction in Chronic Disease: A Conceptual Framework for the Study of Patient Adherence. En: *Psychosomatic Medicine*. Vol. 62, 435-443

Christensen, A.J. and Ehlers, S.L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 70, No. 3, 712-724

Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W. and Holman, J. M. (1992). Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. En: *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 15, No. 4, 313-325

Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. H. and Gregory, M. C. (1991). Health Locus of Control and Depression in End-Stage Renal Disease. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 59, No. 3, 419-424

Cohen, S., Clark, M. S. and Sherrod, D. R. (1986). Social Skills and the Stress-Protective Role of Social Support. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 5, 963-973

Cohen, S. and Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. En: *Psychological Bulletin*. Vol. 98, No. 2, 310-357

Cooper, C. L. and Dewe, P. (2004). *Stress. A brief History*. Oxford: Blackwell Publishing

Courts, N. F. (2000). Psychosocial adjustment of patients on home hemodialysis and their dialysis partners. En: *Clinical Nursing Research*. Vol. 9, No. 2, 177-190

Coyne, J. C. and DeLongis, A. (1986). Going Beyond Social Support: The Role of Social Relationships in Adaptation. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54, No. 4, 454-460

Cutrona, C. E. (1986). Objective Determinants of Perceived Social Support. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 2, 349-355

Depner, T. A. (2000). Dialysis Therapy. Part 1: Hemodiálisis. En: S. G. Massry and R. J. Glasscock (Eds). *Textbook of Nephrology*. 4ed (pp. 1474-1526). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Devins, G. M., Beanlands, H., Mandin, H. and Paul, L. C. (1997). Psychological Impact of Illness Intrusiveness Moderated by Self-Concept and Age in End-Stage Renal Disease. En: *Health Psychology*. Vol. 16, No. 6, 529-538

DiMatteo, R.M. (1991). *The Psychology of Health, Illness and Medical Care. An Individual Perspective*. California: Brooks/Cole Publishing Company

Dunkel-Schetter, C. and Bennett, T. L. (1990). Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support. En: B. R., Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds). *Social Support : An Interactional View* (pp. 267-296). New York: John Wiley and Sons

Dunkel-Schetter, C., Folkman, D. and Lazarus, R. S. (1987). Correlates of Social Support Receipt. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53, No. 1, 71-80

Durán, J. M. y Sellarés, V. L. (1998). Insuficiencia renal crónica. En: V. L. Sellarés, A. Torres, D. Hernández y J. C. Ayus (Eds). *Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal* (pp. 183-213). Madrid: Harcourt Brace

Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin, K. W. and Wadhwa, N. K. (1995). Burden of Self-Care in Seriously Ill Patients: Impact on Adjustment. En: *Health Psychology*. Vol. 14, No. 5, 457-463

Ekelund, M. L., Westman, K. and Andersson, S. I. (2004). Dialysis-linked complaints and burdens of illness on patient and spouse as predictors of survival in end-stage renal disease patients with home hemodialysis: a 10-year follow-up study. En: *Stress and Health*. Vol. 20, 29-34

Evans, P. (1993). Stress and Coping. En: M. Pitts and K. Phillips (Eds). *The Psychology of Health. An introduction*. (pp. 31-45). London: Routledge

Fasce, N. (1999). *Soporte Social y depresión en personas adultas que viven con VIH*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Felton, B. J. and Revenson, T. A. (1984). Coping with Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. En: *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. Vol. 52, No. 3, 343-353

Finkelstein, F. O. and Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. En: *Nephrology, Dialysis, and Transplantation*. Vol. 15. 1911-1913

Flores, P. (1999). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma no-Hodgkin*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Florio, C. M. (1998). Coping style, social support, and treatment adherence among end-stage renal disease patients: A cognitive-behavioral model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol. 58, pp. 4445.

Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4, 839-852

Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S. and Coates, T. J. (1991). Translating Coping Theory into an Intervention. En: J. Eckenrode (Ed). *The Social Context of Coping*. (pp. 239-260) New York: Plenum Press

Folkman, S and Lazarus, R. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 48, No. 1, 150-170

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. and DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 3, 571-579

Franke, G. H., Reimer, J., Phillip T. and Heemann, U. (2003). Aspects of quality of life through end-stage renal disease. En: *Quality of Life Research*. Vol. 12, 103-115

Gregory, D. M., Way, C. Y., Hutchinson, T. A., Barret, B. J. and Parfrey, P. S. (1998). Patients' perceptions of their experience with ESRD and hemodialysis treatment. En: *Qualitative Health Research*. Vol. 8, No 6, 764-783

Gutch, C. F. and Stoner, M. H. (1983). *Review of Hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. 4ed. St. Louis: The C. V. Mosby Company

Guzman, S. J. and Nicassio, P. M. (2003). The Contribution of Negative and Positive Illness Schemas to Depression in Patients with End-Stage Renal Disease. En: *Journal of Behavioral Medicine*. Vol, 26. No. 6, 517-534

Haan, N. (1993). The Assessment of Coping, Defense and Stress. En: L. Goldberger and B. Shlomo (Eds). *Handbook of Stress. theoretical and clinical aspects*. (pp. 259-275). New York: The Free Press

Hailey, B. J. and Moss, S. B. (2000). Compliance behavior in patients undergoing haemodialysis: a review of the literature. En: *Psychology, Health, and Medicine*. Vol. 5, No. 4, 395-406

Hatchett, L. A. (1998). Interpersonal expectations and adjustment to chronic illness: Testing the role of family demands and patients' self-concept. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 58, pp. 5191.

Hatchett, L., Friend, R., Symister, P. and Wadhwa, N. (1997). Interpersonal Expectations, Social Support, and Adjustment to Chronic Illness. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 73, No. 3, 560-573

Heller, K., Swindle, R. W. and Dusenbury, L. (1986). Component Social Support Processes: Comments and Integration. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54, No 4, 466-470

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ed. México D.F: McGraw-Hill

Holahan, C. J. and Moos, R.H. (1985). Life Stress and Health: Personality, Coping and Family Support in Stress Resistance. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 49, No. 3, 739-747

Honda, M., Kamiyama, Y. and Ito, H. (1993). Anxiety Disorders and Pediatric Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. En: *Child Psychiatry and Human Development*. Vol. 24, No. 1, 59-64

Kaplan, R. M. and Toshima, M. T. (1990). The Functional Effects of Social Relationships on Chronic Illnesses and Disability. En: Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds). *Social Support: An Interactional View* (pp. 427-453). New York: John Wiley and Sons

Kerlinger, F. N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ed. Mexico: McGraw-Hill

Kevin, E. D. and Phillip, B. J. (1995). The Relation of Stress and Depression to Interdialytic Weight Gain in Hemodialysis Patients. En: *Behavioral Medicine*. Vol. 21, No. 1, 25-30

Kim, J. A., Lee, Y. K., Huh, W., Kim, Y.G., Kim, D. J., Oh, H.Y., Kang, S. A., Moon, Y. K., Kim, H. W. and Kim, J. H. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. En: *Journal of Korean Medical Science*. Vol. 17, 790-794

Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. En: *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 53, No. 4, 951-956

Klang, B., Bjoervell, H. and Cronqvist, A. (1996). Patients with chronic renal failure and their ability to cope. En: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 10, No. 2, 89-95

Knapp, P. and Hewison, J. (1998). The protective effects of social support against mood disorder after stroke. En: *Psychology, Health and Medicine*. Vol. 3, No. 3, 275-283

Lázarus, R y Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Limonero, J.T. (1994). Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. En: *Anuario de Psicología*. No 61, 85-92

Loos, C., Briancon, S., Frimat, L., Hanesse, B. and Kessler M. (2003). Effect of End-Stage Renal Disease on the Quality of Life of Older Patients. En: *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 51, 229-233

Maes, S., Leventhal, H. and De Ridder, D.T.D. (1996). Coping with Chronic Diseases. En: M. Zeidner and N. Endler (Eds). *Handbook of Coping: Theory, research, applications*. (pp. 410-433). New York: John Wiley y Sons

Mactier, R. A., Khanna, R. and Nolph, K. D. (2000). Dialysis Therapy. Part 2: Peritoneal Dialysis. En: S. G. Massry and R. J. Glassock (Eds). *Textbook of Nephrology*. 4ed (pp. 1526-1563). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Madden, S. J., Hastings, R. P. and Hoff, W. V. (2002). Psychological adjustment in children with end-stage renal disease: the impact of maternal stress and coping. En: *Child: Care, Health and Development*. Vol. 28, 323-330

Madsen, K. M. (1995). Anatomy of the Kidney. En: C. G. Tisher and C. S. Wilcox (Eds). *Nephrology*. 3ed (pp. 1-12). Baltimore: Williams & Wilkins

Mars, D. R. and Ross, E. A. (1995). Peritoneal Dialysis. En: C. G. Tisher and C. S. Wilcox (Eds). *Nephrology*. 3ed (pp. 241-253). Baltimore: Williams & Wilkins

Martin, P. D. and Brantley, P. J. (2002). Stress, Coping, and Social Support in Health and Behavior. En: T. J. Boll, J. M. Raczynski, and L. C. Levinson (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Vol. 2 (pp. 233-267). American Psychological Association: Washington DC

Martorelli, A. y Mustaca, A. E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales cronicos. En: *Revista de Nefrologia, Diálisis y Transplante*. Vol. 24, No. 3, 99-104

Massry, S. G. (2000). Uremic Toxicity. En: S. G. Massry and R. J. Glassock (Eds). *Textbook of Nephrology*. 4ed (pp. 1221-1278). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

McCrae, R. R. (1984). Situational Determinants of Coping Responses: Lost, Threat and Challenge. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4, 919-928

Miller, S. M. Summerton, J. and Brody, D. S. (1988). Styles of Coping With Threat: Implications for Health. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 54, No. 1, 142-148

Miller, R., Sabin, C.A., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. and Lee, C.A. (2000). *Coping Styles in families with haemophilia*. En: *Psychology, Health and Medicine*. Vol. 5, No. 1, 3-12

Moos, R. H. and Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En: L. Goldberger and B. Shlomo (Eds). *Handbook of Stress. theoretical and clinical aspects*. (pp. 234-257). New York: The Free Press

Newman, S. (1990). Coping with Chronic Illness. En: P. Bennet, J. Weinman and P. Spurgeon (Eds.) *Current Developments in Health Psychology* (pp. 159-175). Amsterdam: Harwood Academic Publishers

Norris, F. H. and Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 71, No. 3, 498-511

Oblitas, H. (2001). *Características demográficas y psicosociales de un grupo de mujeres alcohólicas en recuperación*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Ovejero, A. (1990). Apoyo Social y Salud. En: S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez e I. F. Jiménez (Eds). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 103-134). Sevilla: Sedal

Peterson, J. C. (1995). Chronic Renal Failure. En: C. G. Tisher and C. S. Wilcox (Eds). *Nephrology*. 3ed (pp. 83-93). Baltimore: Williams &Wilkins

Quick, J. D., Nelson, D. L., Matuszek, P. A. C., Whittington, J. L. and Quick, J. C. (1996). Social support, secure attachments and health. En: C. L. Cooper (Ed). *Handbook of stress, medicine and health* (pp. 267-287). Boca Raton: CRC Press

Ramos, E. L. (1995). Renal Transplant Patients. En: C. G. Tisher and C. S. Wilcox (Eds). *Nephrology*. 3ed (pp. 254-266). Baltimore: Williams &Wilkins

Ribeaux, M. B. (1997). Kidney Structure and Function. En: *Alcohol Health and Research World*. Vol. 21, No. 1, 91-92

Rich, M. R., Smith, T. W. and Christensen, A. J. (1999). Attributions and Adjustment in End-Stage Renal Disease. En: *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 23, No. 2, 143-158

Rodríguez, M.J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis

Rodríguez, J. López, S. y Pastor, M. A. (1990). Estrategias de Afrontamiento de la enfermedad. En: S. Barriga, J. M. León, M. F. Martínez e I. F. Jiménez (Eds). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social* (pp. 159-195). Sevilla: Sedal

Rojas, R. (1991). *Pefil psicosocial de la adolescente gestante de estrato socioeconómico bajo*. Memoria para obtener el grado de Bachiller en Humanidad con mención en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*. Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

Ross, E. A. and Barri, Y. M. H. (1995). Hemodialysis. En: C. G. Tisher and C. S. Wilcox (Eds). *Nephrology*. 3ed (pp. 228-240). Baltimore: Williams & Wilkins

Roy, M. P., Steptoe, A. and Kirschbaum, C. (1998). Life Events and Social Support as Moderators of Individual Differences in Cardiovascular and Cortisol Reactivity. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 75, No. 5, 1273-1281

Salazar, V. (1993). *Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y las dimensiones de personalidad neurotismo y extroversión. Estudio realizado en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Sánchez, R. (1993). *Relación entre locus de control interno-externo y modos de afrontamiento ante situaciones estresantes en sujetos universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4ed. John Wiley & Sons: New York

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., and Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 44, No. 1, 127-139

Sarason, B. R., Pierce, G. R. and Sarason, I. G. (1990). Social Support: The Sense of Acceptance and the Role of Relationships. En: B. R., Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds). *Social Support : An Interactional View* (pp. 97-128). New York: John Wiley and Sons

Sarason, I. G. and Sarason, B. R. (1986). Experimentally Provided Social Support. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 6, 1222-1225

Sarason, B. R., Sarason, I. G. and Pierce, G. R. (1990). Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assessment. En: B. R., Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds). *Social Support : An Interactional View* (pp. 9-25). New York: John Wiley and Sons

Sarason, I. G., Sarason, B. R. and Shearin, E. N. (1986). Social Support as an Individual Difference Variable: Its Stability, Origins, and Relational Aspects. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 4, 845-855

Sarnak M. J. and Levey, A. S. (2000). Progression of Renal Insufficiency. En: S. G. Massry and R. J. Glasscock (Eds). *Textbook of Nephrology*. 4ed (pp. 1203-1220). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Scheiderman, N., Antoni, M.H., Saab, P.G. and Ironson, G. (2001). Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. En: *Annual Psychology Review*. Vol. 52, 555-580.

Shidler, N. R. (2000). The influence of social support and functional status on depresión and compílansé in ESRD patients treated with hemodialysis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol. 60, pp. 4910.

Stone, A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E. and Newman, M. G. (1991). Self-Report, Situation-Specific Coping Questionnaires: What Are They Measuring?. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 61, No. 4, 648-658

Symister, P. and Friend, R. (2003). The Influence of Social Support and Problematic Support on Optimism and Depression in Chronic Illness: A Prospective Study Evaluating Self-Esteem as a Mediator. En: *Health Psychology*. Vol. 22, No. 2, 123-129

Tanyi, R. A. (2003). Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis. En: *Clinical Nursing Research*. Vol. 12, No. 3, 229-245

Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology*. 5ed. Boston: McGraw-Hill International Editions

Taylor, S. E. and Aspinwall, L. G. (1993). Coping with Chronic Illness. En: L. Goldberger and B. Shlomo (Eds). *Handbook of Stress. theoretical and clinical aspects*. (pp. 511-529). New York: The Free Press

Terry, D. J. (1994). Determinants of Coping: The Role of Stable and Situational Factors. En: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 66, No. 5, 895-910

Thoits, P. A. (1986). Social Support as Coping Assistance. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54, No. 4, 416-423

Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping and Social Support Processes: Where are we? What next?. En: *Journal of Health and Social Behavior*. (extra issue) 53-79

Uchino, B. N. (2004). *Social Support and Physical Health*. Yale University Press: New Haven.

Vergoulas, V.G. (2002). Quality of Life in patients with kidney transplantation. En: *Hippokratia*. Vol. 6, 91-98

Weisbord, S. D., Carmody, S. S., Bruns, F. J., Rotondi, A. J., Cohen, L. M., Zeidel, M. L., and Arnold, R. M. (2003). Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients. En: *Nephrology, Dialysis, and Transplantation*. Vol. 18, 1345-1352

Wethington, E. and Kessler, R. C. (1991). Situations and Processes of Coping. En: J. Eckenrode (Ed). *The Social Context of Coping*. (pp. 13-29) New York: Plenum Press

Wills, T. A. and Fegan, M. F. (2001). Social Networks and Social Support. En: A. Baum, T. A. Revenson and J. E. Singer (Eds). *Handbook of Health Psychology*. (209-234). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate, Publishers

Zeidner, M. and Saklofske, D. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. En: M. Zeidner and N. Endler (Eds). *Handbook of Coping: Theory, research, applications*. (pp. 505-530). New York: John Wiley y Sons





ANEXO 1

ENCUESTA PERSONAL

I. DATOS PERSONALES

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Número de Seguro Social: _____
4. Fecha y lugar de nacimiento: _____
5. Fecha de evaluación: _____

II. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo
 - a) Femenino
 - b) Masculino
2. Estado civil

a) Soltero(a)	e) Divorciado(a)
b) Casado(a)	f) Separado(a)
c) Viudo(a)	g) Madre soltera
d) Conviviente	h) Padre soltero
3. Nivel educativo

a) Primaria incompleta	e) Técnico incompleta
b) Primaria completa	f) Técnico completa
c) Secundaria incompleta	g) Universitario incompleta
d) Secundaria completa	h) Universitario completa
4. Lugar de procedencia (si es de provincia, indique de cuál provincia)
 - a) Lima
 - b) Provincia: _____
5. Lugar de residencia (Si vive en lima, indique el distrito. Si vive en provincia indique cuál)
 - a) Lima: _____
 - b) Provincia: _____
6. Si es de provincia, pero se encuentra en Lima ¿cuánto tiempo tiene viviendo en Lima? ¿reside en Lima permanentemente? ¿viene a Lima sólo por temporadas?

7. Religión
 - a) Católica
 - b) Protestante/Evangélica
 - c) Judía
 - d) Otra: _____

III. DATOS MÉDICOS

1. ¿Cuánto tiempo hace que fue diagnosticado(s)?
 - a) De 1 a 6 meses
 - b) De 6 meses a 1 año
 - c) De 1 a 3 años
 - d) De 3 a 5 años
 - e) De 5 a 7 años
 - f) De 7 a 9 años

- g) De 9 a 11 años
h) De 11 años a más
2. Tipo de tratamiento actual
a) Hemodiálisis
b) Diálisis Peritoneal
3. Tipo de tratamiento(s) pasado(s)
a) Hemodiálisis
b) Diálisis Peritoneal
c) Trasplante Renal
4. ¿Siempre ha estado bajo el tratamiento en el que actualmente se encuentra?
a) Sí
b) No
5. ¿Alguna vez cambió de tratamiento?
a) No
b) Sí
6. De haber cambiado de tratamiento
a) ¿Cuáles fueron los motivos para dicho cambio?

b) ¿A qué tipo de tratamiento cambió?

c) ¿Por cuánto tiempo se mantuvo en dicho tratamiento?

d) ¿Qué lo(a) condujo a su tratamiento actual?

7. Comorbilidad: enfermedades que acompañan a la IRCT
a) Hipotensión
b) Hipertensión
c) Diabetes mellitus
d) Problemas del corazón
e) Anemia
f) Otros: _____

IV. COMPOSICIÓN FAMILIAR

1. ¿Con quiénes vive en casa?
a) Mamá
b) Papá
c) Hermano(s)
d) Pareja
e) Hijo(s)
f) Abuelos
g) Tíos
h) Primos
i) Sobrinos
j) Nietos
k) Cuñado(a)
l) Nuera/yerno
m) Amigo(s)
n) Otros: _____

V. ACTIVIDAD LABORAL Y MANUTENCIÓN

1. Dependiente asalariado
2. Dependiente por jornal
3. Independiente
4. Ama de casa
5. Desempleado(a)
6. ¿Usted mantiene económicamente a otra(s) persona(s) además de a sí mismo(a)? ¿a quiénes?

7. ¿Depende usted económicamente de alguien? ¿de quién?

VI. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACIÓN

1. ¿Qué le pareció la evaluación? ¿qué comentarios tiene al respecto?

2. Observaciones de la evaluadora respecto al proceso de evaluación



ANEXO 2

**CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO
(COPE) FORMA DISPOSICIONAL****Instrucciones**

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario le pide señalar qué es lo que ***usted generalmente*** hace o siente cuando experimenta ese tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones usted puede reaccionar en forma diferente, pero piensa ***qué es lo que habitualmente usted hace***.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre formas de actuar o de sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago eso
- 2 = A veces hago eso
- 3 = Generalmente hago eso
- 4 = Casi siempre hago eso

No importa lo que la mayoría diría o haría. No existen frases correctas ni incorrectas.

Elija la respuesta más adecuada para usted y conteste con la mayor sinceridad posible.

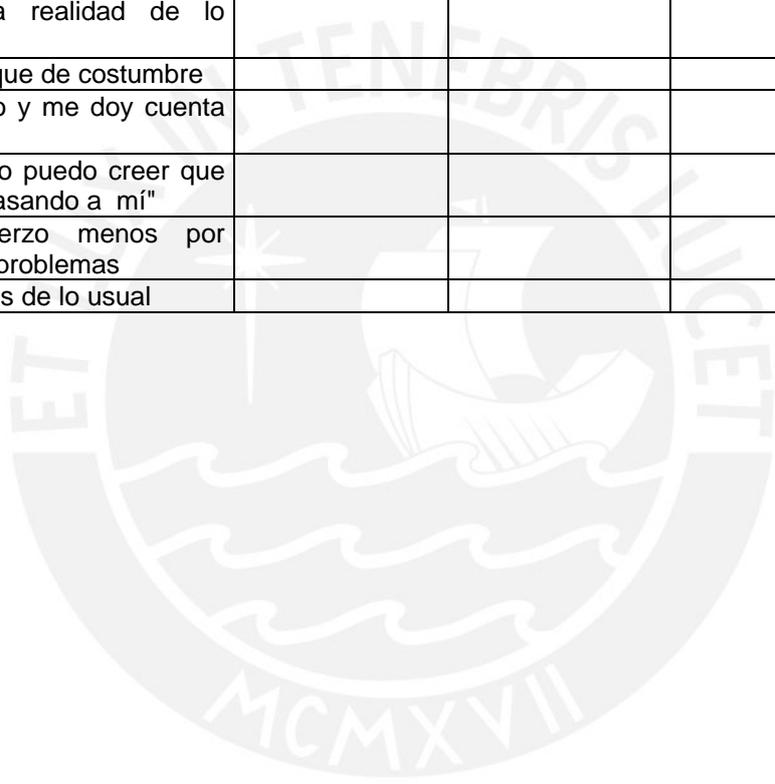
Conteste marcando con un aspa (**x**) dentro del casillero que corresponda al número que mejor describa su respuesta

MUCHAS GRACIAS**PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA**

Afirmaciones	1 Casi nunca hago eso	2 A veces hago eso	3 Generalmente hago eso	4 Casi siempre hago eso
1. Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas				
2. Trato de encontrar cuáles son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
3. Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás				
4. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas				
5. Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos				
6. Le cuento a alguien cómo me siento				
7. Trato de encontrar el lado positivo de mis problemas				
8. Aprendo a vivir con mis problemas				
9. Le pido a Dios que me ayude				
10. Me molesto y expreso todo lo que siento				
12. Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas				
14. Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas				
15. Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
16. Me dedico totalmente a mis problemas y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación se aclare				
18. Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer				
19. Busco el apoyo de amigos o parientes				
20. Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos				

Afirmaciones	1 Casi nunca hago eso	2 A veces hago eso	3 Generalmente hago eso	4 Casi siempre hago eso
21. Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Expreso lo que siento				
24. Me hago a la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar conseguir lo que quiero				
26. Me voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en mis problemas				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas				
28. Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar				
31. Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación				
32. Le cuento a alguien cómo me siento				
33. Aprendo algo bueno de mis problemas				
34. Me hago a la idea de que el hecho ya sucedió				
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento				
37. Hago como si ningún problema hubiera ocurrido				
38. Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos				
39. Pienso en cosas diferentes a mis problemas				
40. Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
41. Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas				

Afirmaciones	1 Casi nunca hago eso	2 A veces hago eso	3 Generalmente hago eso	4 Casi siempre hago eso
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por resolver mis problemas				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas				
45. Voy donde alguien que me acepte y me comprenda				
46. Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y me doy cuenta de ello				
50. Me digo "no puedo creer que esto me este pasando a mí"				
51. Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas				
52. Duermo más de lo usual				



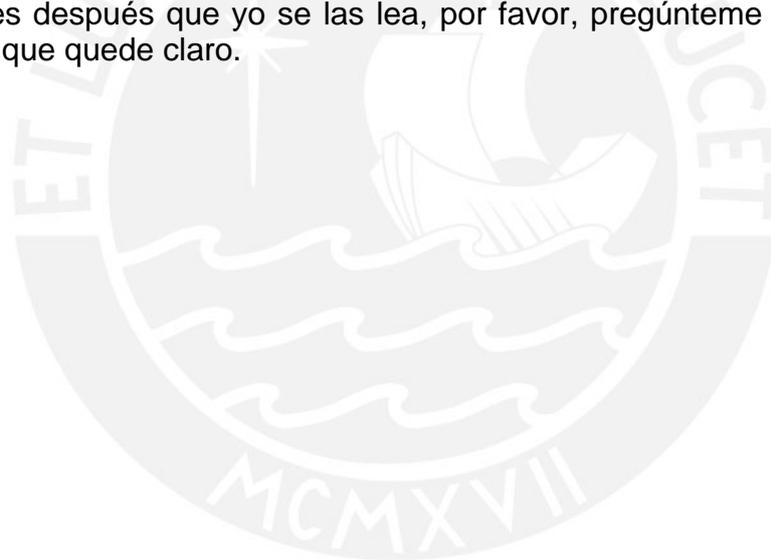
ANEXO 3

**INVENTARIO DE ENTREVISTA DEL SOPORTE SOCIAL DE ARIZONA
(IESSA)****Instrucciones**

Nota: usar la tarjeta del Inventario de Entrevista del Soporte Social de Arizona para anotar las respuestas a las siguientes preguntas que se van a formular.

Leer a los participantes:

En los próximos minutos, me gustaría tener una idea de las personas que usted considera importante en diferentes formas. Le leeré descripciones o formas en que las personas son importantes para nosotros. Después que lea cada descripción, le pediré me de los nombres, iniciales o sobrenombres de las personas que se ajustan a dicha descripción. Esas personas pueden ser amigos, miembros de la familia, maestros, sacerdotes, doctores o cualquier persona que tal vez conozca. Si tiene alguna pregunta acerca de las descripciones después que yo se las lea, por favor, pregúnteme lo que quiera saber hasta que quede claro.



A. INTERACCIÓN ÍNTIMA

A.1. Si quiere hablar de sus asuntos personales, ¿a quién(es) busca?

- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta A4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

A.2. Durante el mes pasado, ¿con cuáles de esas personas habló sobre sus asuntos personales o íntimos?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta A1, pero no las enlistó en la pregunta A2.

A.3. Durante el mes pasado, las veces que habló con esa(s) persona(s) sobre sus asuntos íntimos, ¿quedó satisfecho(a)? ¿Cuánto?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

A.4. Durante el mes pasado, tuvo necesidad de hablar con alguien de algún(os) asunto(s) personal(es) o íntimo(s)

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

B. AYUDA MATERIAL

B.1. Si necesita dinero o algo de valor, ¿qué personas conocidas le prestarían o darían esa cantidad de dinero o ese objeto valioso?

- Puede nombrar algunas de las personas que nombró anteriormente, si caben en esa descripción, o puede nombrar a otras personas.
- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta B4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

B.2. Durante el mes pasado, ¿cuáles de esas personas le prestaron o dieron dinero o el objeto de valor que necesitaba?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta B1, pero no las enlistó en la pregunta B2.

B.3. Durante el mes pasado, ¿quedó satisfecho(a) con el dinero o los objetos de valor que esas personas le prestaron o dieron? ¿cuánto?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

B.4. Durante el mes pasado, ¿necesitó que le prestaran o dieran dinero o algún objeto de valor?

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

C. CONSEJO E INFORMACIÓN

C.1. Si necesita de algún consejo importante, ¿a quién(es) buscaría?

- Puede nombrar algunas de las personas que nombró anteriormente, si caben en esa descripción, o puede nombrar a otras personas.
- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta C4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

C.2. Desde el último mes, ¿a qué personas buscó para que le dieran un consejo?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta C1, pero no las enlistó en la pregunta C2.

C.3. Durante los meses pasados, ¿quedó satisfecho(a) con los consejos recibidos? ¿cuánto?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

C.4. Durante estos últimos meses, ¿necesitó recibir consejos?

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

D. INFORMACIÓN POSITIVA

D.1. ¿Cree que a alguien le parece bien su estilo de vida? ¿son personas que mencionó antes u otras?

- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta D4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

D.2. Durante los últimos meses, ¿quiénes le dijeron que le gustaba su estilo de vida?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta D1, pero no las enlistó en la pregunta D2.

D.3. Durante los meses pasados, ¿qué tan satisfecho(a) se sintió cuando las personas le dijeron que le había gustado su estilo de vida?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

D.4. Durante los meses pasados, ¿necesitó que las personas que le conocen le hicieran saber que les gustaba su estilo de vida?

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

E. ASISTENCIA

E.1. Cuando necesita que alguien le ayude con las cosas de la casa o que lo(a) acompañe de compras o al médico, ¿a quién le pasa la voz?

- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta E.4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

E.2. Durante los meses pasados, ¿cuáles de esas personas le acompañó o ayudó con las cosas que necesitaba hacer?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta E1, pero no las enlistó en la pregunta E2.

E.3. Durante los últimos meses, ¿qué tan satisfecho(a) se sintió con la ayuda, cuidado o apoyo recibido?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

E.4. Durante estos últimos meses, ¿cuán necesitado(a) estuvo de ayuda, cuidado o apoyo?

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

F. PARTICIPACIÓN SOCIAL

F.1. ¿Con quiénes se reúne cuando quiere pasar un momento divertido?

- Si el sujeto es incapaz de dar el nombre de alguna persona, pasar a la pregunta F4.
- Si el sujeto nombra una o más personas, pruebe a ver si le da un nombre adicional, preguntando: ¿Hay alguien más en el que piense?

F.2. Durante los meses pasados, ¿con quiénes se reunió para divertirse o entretenerse?

- Pruebe preguntarle específicamente por las personas que fueron enlistadas en la pregunta F1, pero no las enlistó en la pregunta F2.

F.3. Durante los meses pasados, ¿qué tan satisfecho(a) se sintió las veces que se reunió con esas personas para divertirse o entretenerse?

- Mire la tarjeta de satisfacción (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 3.

F.4. Durante estos últimos meses, ¿cuánto cree que necesitó de algunos amigos para divertirse o entretenerse?

- Mire la tarjeta de necesidad (mostrarla) y dígame la alternativa que mejor describe su calificación.
- Anote la calificación en la parte inferior de la hoja de respuestas, en el número 4.

G. INTERACCIÓN NEGATIVA

G.1. ¿Quiénes son las personas con las que generalmente discute o que le pueden hacer enojar?

G.2. ¿Con cuáles de estas personas discutió o le hicieron enojar?

H. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS PERSONAS CON QUIENES SE RELACIONA

Ahora quisiera tener información acerca de las personas que nombró (para cada persona de la lista) podría decirme:

H.1. ¿Cuál es la relación de esta persona con usted? Para los miembros familiares indique la relación exacta (madre, padre, hermano, hermana, abuela, etc.). Para profesionales también especifique la relación profesional exacta (maestro, sacerdote, doctor, consejero, etc.).

H.2. ¿Cuántos años tiene esta persona?

H.3. ¿Cuál es su sexo?

H.4. ¿Qué tan lejos vive esta persona de usted? (mostrar la tarjeta de distancias al entrevistado)

H.5. ¿Con qué frecuencia conversó con esta persona durante el mes pasado? (mostrar tarjeta de frecuencia al entrevistado)



TARJETA DE SATISFACCIÓN

1. Muy Insatisfecho
2. Poco Satisfecho
3. Indiferente
4. Moderadamente Satisfecho
5. Muy Satisfecho

TARJETA DE NECESIDAD

1. Ninguna Necesidad
2. Poco Necesidad
3. Necesidad Moderada
4. Mucha Necesidad
5. Muchísima Necesidad

TARJETA DE DISTANCIA

1. En la misma casa
2. En la misma cuadra
3. En el mismo distrito
4. En otro distrito
5. Fuera de Lima

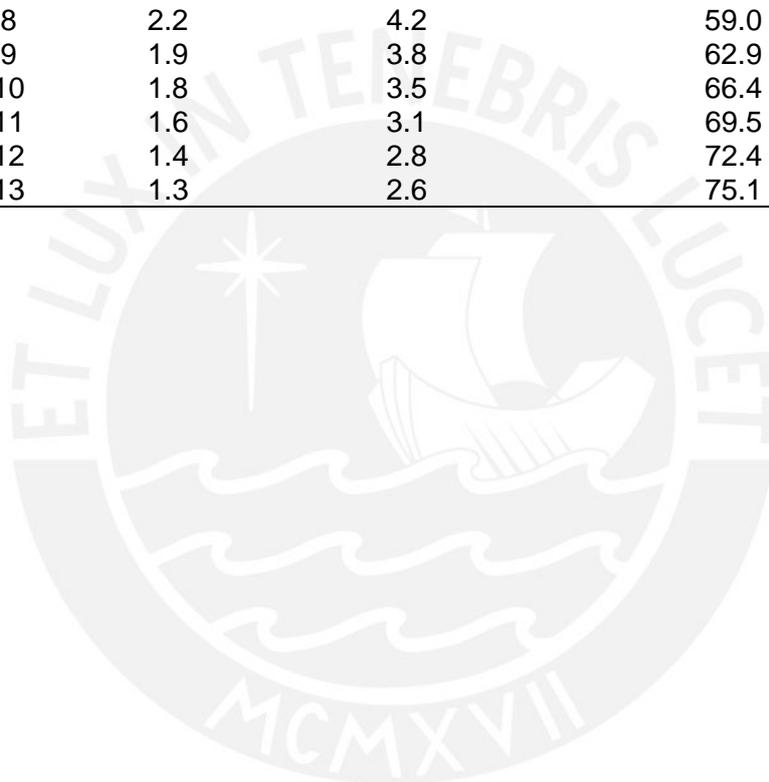
TARJETA DE FRECUENCIA DEL CONTACTO

1. Casi todos los días
2. Algunas veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una o dos veces durante las pasadas cuatro semanas
5. Ninguna Vez

Anexo 4

Cuadro 1: Análisis Factorial: Eigenvalues y Varianza Explicada en el COPE

Factores	Eigenvalue	Porcentaje de Varianza Explicada	Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada
1	7.2	13.9	13.9
2	5.5	10.7	24.7
3	4.1	7.8	32.6
4	3.2	6.1	38.8
5	2.9	5.6	44.5
6	2.7	5.3	49.8
7	2.5	4.9	54.8
8	2.2	4.2	59.0
9	1.9	3.8	62.9
10	1.8	3.5	66.4
11	1.6	3.1	69.5
12	1.4	2.8	72.4
13	1.3	2.6	75.1



Cuadro 2: Composición Factorial del COPE a partir de la Rotación Varimax

	E1	E2	E3
Activo	0.68		
Planificación	0.55		
Supreción de act. competentes	0.61		
Postergación del afrontamiento	0.44		
Búsqueda de A S instrumental	0.68		
Búsqueda de A S emocional		0.59	
Reinterpretación		0.62	
Aceptación		0.62	
Acudir a la religión		0.67	
Negación		0.67	
Enfocar y liberar emociones			0.59
Desentendimiento conductual			0.68
Desentendimiento cognitivo			0.59



Cuadro 3: Confiabilidad por consistencia interna alpha de Cronbach del COPE

Estilos	Enfocados en el problema	0.75
	Enfocados en la emoción	0.77
	Otros estilos	0.68
Estrategias	Activo	0.44
	Planificación	0.55
	Supresión de act. competentes	0.30
	Postergación del afrontamiento	0.21
	Búsqueda de A S instrumental	0.71
	Búsqueda de A S emocional	0.61
	Reinterpretación	0.48
	Aceptación	0.53
	Acudir a la religión	0.62
	Negación	0.60
	Enfocar y liberar emociones	0.62
	Desentendimiento conductual	0.75
	Desentendimiento cognitivo	0.20

Cuadro 4: Confiabilidad y Análisis de Items por estrategias del COPE

Activa		Búsqueda AS emocional		Enfocar emociones	
ITEM1	0.14	ITEM6	0.45	ITEM10	0.40
ITEM14	0.32	ITEM19	0.19	ITEM23	0.24
ITEM27	0.25	ITEM32	0.52	ITEM36	0.60
ITEM40	0.30	ITEM45	0.44	ITEM49	0.36
Alpha	0.44	Alpha	0.61	Alpha	0.62
Planificación		Reinterpretación		Desentendimiento conductual	
ITEM2	0.31	ITEM7	0.17	ITEM12	0.57
ITEM15	0.30	ITEM20	0.24	ITEM25	0.57
ITEM28	0.41	ITEM33	0.37	ITEM38	0.56
ITEM41	0.33	ITEM46	0.41	ITEM51	0.50
Alpha	0.55	Alpha	0.48	Alpha	0.75
Supresión de act. Competentes		Aceptación		Desentendimiento cognitivo	
ITEM3	0.12	ITEM8	0.23	ITEM13	0.13
ITEM16	0.12	ITEM21	0.55	ITEM26	0.11
ITEM29	0.27	ITEM34	0.18	ITEM39	0.11
ITEM42	0.10	ITEM47	0.37	ITEM52	0.19
Alpha	0.30	Alpha	0.53	Alpha	0.20
Postergación		Acudir a la religión			
ITEM4	0.23	ITEM9	0.49		
ITEM17	0.10	ITEM22	0.56		
ITEM30	0.10	ITEM35	0.43		
ITEM43	0.18	ITEM48	0.42		
Alpha	0.21	Alpha	0.62		
Búsqueda AS intrumental		Negación			
ITEM5	0.37	ITEM11	0.29		
ITEM18	0.42	ITEM24	0.31		
ITEM31	0.58	ITEM37	0.53		
ITEM44	0.66	ITEM50	0.41		
Alpha	0.71	Alpha	0.60		

Cuadro 5: Confiabilidad y Análisis de Items por estilos del COPE

Enfocados en el problema		Enfocados en la emoción		Otros estilos	
ITEM1	0.31	ITEM6	0.35	ITEM10	0.51
ITEM14	0.33	ITEM19	0.18	ITEM23	0.23
ITEM27	0.42	ITEM32	0.50	ITEM36	0.56
ITEM40	0.44	ITEM45	0.51	ITEM49	0.25
ITEM2	0.43	ITEM7	0.31	ITEM12	0.29
ITEM15	0.25	ITEM20	0.34	ITEM25	0.54
ITEM28	0.57	ITEM33	0.15	ITEM38	0.40
ITEM41	0.41	ITEM46	0.23	ITEM51	0.50
ITEM3	0.16	ITEM8	0.40	ITEM13	0.21
ITEM16	0.10	ITEM21	0.52	ITEM26	0.10
ITEM29	0.46	ITEM34	0.11	ITEM39	0.34
ITEM42	0.40	ITEM47	0.43	ITEM52	0.21
ITEM4	0.40	ITEM9	0.46	Alpha	0.68
ITEM17	0.10	ITEM22	0.58		
ITEM30	0.10	ITEM35	0.38		
ITEM43	0.56	ITEM48	0.41		
ITEM5	0.44	ITEM11	0.14		
ITEM18	0.26	ITEM24	0.36		
ITEM31	0.50	ITEM37	0.28		
ITEM44	0.57	ITEM50	0.30		
Alpha	0.75	Alpha	0.77		

Anexo 5

Cuadro 1: Análisis Factorial: Eigenvalues y Varianza Explicada en el IESSA

Factores	Eigenvalue	Porcentaje de Varianza Explicada	Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada
1	3.9	15.2	15.2
2	3.2	12.5	27.7
3	2.9	11.2	38.9
4	2.2	8.5	47.5



Cuadro 2: Confiabilidad por consistencia interna alpha de Cronbach del IESSA

Soporte Social Percibido	0.64
Soporte Social Efectivo	0.41
Soporte Social	
Satisfacción	0.72
Soporte Social Necesidad	0.62



Cuadro 3: Confiabilidad y Análisis de Ítems del IESSA

SS Percibido		SS Efectivo	
Interacción Intima	0.18	Interacción Intima	0.27
Ayuda Material	0.43	Ayuda Material	0.10
Consejo e Información	0.47	Consejo e Información	0.24
Información Positiva	0.10	Información Positiva	0.18
Asistencia	0.44	Asistencia	0.26
Participación Social	0.67	Participación Social	0.39
Interacción Negativa	0.36	Interacción Negativa	0.16
Alpha	0.64	Alpha	0.41
SS Satisfacción		SS Necesidad	
Interacción Intima	0.55	Interacción Intima	0.38
Ayuda Material	0.37	Ayuda Material	0.21
Consejo e Información	0.44	Consejo e Información	0.53
Información Positiva	0.61	Información Positiva	0.33
Asistencia	0.40	Asistencia	0.31
Participación Social	0.39	Participación Social	0.39
Alpha	0.72	Alpha	0.62

Tarjeta de Respuestas del Inventario de Entrevista del Soporte Social de Arizona

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

Miembros de las Redes	A		B		C		D		E		F		G		Relación	Edad	Sexo	Distancia	Frecuencia
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2					
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
Totales																			
	3=		3=		3=		3=		3=		3=								
	4=		4=		4=		4=		4=		4=								