



REVISTA DE PSICOLOGÍA

Silencio como secuela de la guerra interna en Perú

Javier Iguñiz Echeverría

Comportamiento antisocial en menores escolares
e indigentes: influencia del vecindario y de los padres

Ana Lilia Banda Castro y
Martha Frías Armenta

La unidimensionalidad de un instrumento de medición:
perspectiva factorial

Andrés Burga León

Calidad de la amistad en niños de 8 a 10 años de una
institución pública

Doris Argumedo Bustinza y
Carla Albornoz Álvarez

Afrontamiento a la enfermedad crónica:
estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Mónica Cassaretto y
Rosario Paredes

Reseña

DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA



FONDO
EDITORIAL

REVISTA DE PSICOLOGÍA

Vol. XXIV. Primer semestre 2006 N° 1

CONTENIDO

ARTÍCULOS

- Javier Iguñiz Echeverría.* Silencio como secuela de la guerra interna en Perú. 5
- Ana Lilia Banda Castro y Martha Frías Armenta.* Comportamiento antisocial en menores escolares e indigentes: influencia del vecindario y de los padres. 29
- Andrés Burga León.* La unidimensionalidad de un instrumento de medición: perspectiva factorial. 53
- Doris Argumedo Bustinza y Carla Albornoz Álvarez.* Calidad de la amistad en niños de 8 a 10 años de una institución pública. 81
- Mónica Cassaretto y Rosario Paredes.* Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. 109
- RESEÑA 141

Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Mónica Cassaretto¹ y Rosario Paredes²

Pontificia Universidad Católica del Perú

Esta investigación identifica y describe los principales estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Participaron 40 pacientes mayores de 20 años, aceptados al programa de trasplante de riñón del hospital de seguro social. Se utilizaron una encuesta personal y el Inventario sobre Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Los hallazgos indicaron que los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema. Entre las estrategias de mayor uso se encontraron la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva-crecimiento, mientras que las estrategias de menor uso fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo. Se analizaron las posibles diferencias entre los estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y médicas de los participantes.

Palabras clave: estrés, afrontamiento, enfermedad crónica, insuficiencia renal crónica.

Coping with chronic illness: A study with end-stage renal disease patients

This study identifies coping styles and strategies used by 40 end-stage renal disease patients over 20 years old who receive treatment in a general hospital in Peru. The instruments applied were a personal sociodemographic questionnaire and the Coping Inventory (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Results showed that emotion focused coping were most frequently used followed by problem focused coping. Planning, acceptance and positive reinterpretation-growth coping strategies were more frequently used by these patients, whereas mental disengagement, suppression of competing activities and behavioral disengagement were the less frequently used coping strategies. Other differences between coping styles and strategies and sociodemographic and medical variables were analyzed.

Keywords: stress, coping, chronic illness, end-stage renal disease.

¹ Profesora de la Especialidad de Psicología de la PUCP. Licenciada en Psicología Clínica. Egresada de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la UNMSM. Correo electrónico: mcassar@pucp.edu.pe

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, aunque también indiquen condiciones en que la persona sufre una enfermedad de larga evolución cuya mejoría de sus síntomas es lenta, pasajera, casi nunca asintomática y cuyos tratamientos, muchas veces más allá de curar dichas enfermedades, intentan alargar 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, 2002; 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 mayores 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

² Magíster en Psicología Clínica por Loyola College en Maryland, EE. UU. Licenciada en Psicología Clínica por la PUCP. Correo electrónico: rosarioparedes@yahoo.com

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) y Kimmel (2002) manifiestan que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente. Aunada a estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos tales como el estrés y la depresión. Todo ello debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que estas personas ahora se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina o la posibilidad de un trasplante para sobrevivir.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ocurre cuando la función de los riñones se encuentra deteriorada por la reducción y 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 la sobrevivencia del organismo (Peterson, 1995; Sarnak & Levey, 2000). Se considera la condición de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) cuando el paciente además 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. Si bien la expectativa de muerte debido a la falla no necesariamente es inmediata si hay tratamiento, se considera que a partir de este nivel hay una posibilidad importante de muerte en los años próximos y, por ello, el tratamiento ideal para extender la esperanza de vida de esta persona suele ser el trasplante renal, aunque existen otros

tratamientos que pueden contribuir a aumentar el tiempo de vida de la persona (Durán & Sellarés, 1998; Sarnak & Levey, 2000).

Los tratamientos para la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) incluyen que la persona se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se detecte dicha pérdida. Estos tratamientos son básicamente de dos tipos, la diálisis (puede tomar dos formas: la hemodiálisis y diálisis peritoneal) y el trasplante renal. Consideramos importante presentar las características de cada tratamiento, ya que ello nos permitiría entender el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida del paciente.

Flash y Paschal (1999) y Hall (1995) indican que la hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre extrayendo del cuerpo los desechos nocivos y el exceso de sal y líquidos. El procedimiento incluye extraer la sangre del cuerpo a través de una vena artificial ubicada en el antebrazo conocida como fístula arterio-venosa; de ahí la sangre pasa hasta una máquina de hemodiálisis y es llevada al hemodializador, en donde se extraen los productos de desecho, las sustancias químicas y otros fluidos en exceso. 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. Gutch y Stoner (1983) mencionan que la hemodiálisis dura alrededor de tres a cuatro horas por sesión y debe ser realizada mínimo tres veces por semana, lo que implica que el paciente llega a cada sesión con un nivel importante de malestar por las horas que transcurren entre sesiones sin que las toxinas acumuladas en el cuerpo sean desechadas. Además, dicho procedimiento debe ser realizado por personal especializado, por lo que el paciente debe movilizarse en todas las oportunidades a un centro médico. Ross y Barri (1995) afirman 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.

Por otro lado, según Flash y Paschal (1999) y Hall (1995) la diálisis peritoneal se realiza al introducir una solución dializante (llamado dializado) en la cavidad peritoneal (cerca al abdomen) a través de un catéter silástico con el fin de filtrar posteriormente los contenidos de desecho localizados ahí. Entre los tipos más comunes de diálisis peritoneal se encuentra la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC) en la cual, mediante la inserción quirúrgica de un catéter permanente a la altura del peritoneo, el paciente inserta el dializado dejándolo depositado por seis horas, luego de las cuales debe ser drenado con los productos de desecho, las sustancias químicas y fluidos en exceso en la sangre, para posteriormente colocarse un nuevo dializando para que el proceso de filtración se renueve. Entre las ventajas del DIPAC están que presenta mayores libertades que la hemodiálisis, pues el paciente no se encuentra sujeto a una máquina, dispone de su propio horario para aplicarlo, no requiere movilizarse a un centro médico y mantiene una dieta menos restrictiva. Las desventajas incluyen la necesidad de realizar cuatro cambios por día manteniendo por ello permanentemente el catéter externo con el riesgo de una infección por peritonitis (Mactier, Khanna & Nolph, 2000; Mars & Ross, 1995).

Por otro lado, el trasplante renal consiste en la inserción quirúrgica de un riñón donado 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 al eliminar la aplicación de diálisis luego del trasplante y permitir una dieta normal al paciente, 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).

Se ha investigado el impacto psicológico de la vivencia de la IRCT. Las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis sufren cambios psicológicos y sociales que no sólo afectan a ellas, sino también a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otras, en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. 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 y dificultades elevadas acontecidas por el estrés que ocasiona esta enfermedad (Finkelstein & Finkelstein, 2000; Guzmán & Nicassio, 2003; Hailey & Moss, 2000; Kim et al., 2002; Martorelli & Mustaca, 2004).

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la IRCT son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias 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 dadas 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, 2002; Maes, Leventhal & De Ridder, 1996; Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Taylor & Aspinwall, 1993).

El afrontamiento que se haga de la condición de enfermo crónico es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar la enfermedad en la persona, ya que éste puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés. Recordando a Lazarus y Folkman (1986), consideramos el 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. Típicamente, las respuestas de afrontamiento son agrupadas en dos categorías, los estilos y las estrategias de afrontamiento. Las estrategias son aquellos intentos cognitivos y/o conductuales específicos usados para enfrentar al estresor y que cambian en función a las características del evento estresante y a los efectos que tienen en el ambiente. Los estilos de afrontamiento son 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 & Schaefer, 1993; Taylor, 2003; Thoits, 1995).

Martin y Brantley (2002) sostienen que, en el caso de las enfermedades crónicas, el afrontamiento activo y el enfocado en el problema parecen estar asociados a los resultados psicológicos

más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo. Por otro lado, los afrontamientos por evitación, de confrontación, de distanciamiento, de autocontrol y de escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como la depresión y la ansiedad. Estos autores agregan que 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.

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 y Brantley (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 y Revenson (1984) y T aylor (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. Es también útil 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.

En el caso de la IRCT, las exigencias para un afrontamiento exitoso se ven comprometidas por la existencia de problemáticas

específicas a este cuadro, como son las modalidades de tratamiento, los pobres niveles de adherencia a los mismos, la presencia de altas tasas de depresión y la falta de un ajuste adecuado a la enfermedad (Christensen & Ehlers, 2002; Guzmán & Nicassio, 2003).

Hailey y Moos (2000) llevaron a cabo un recuento de los estudios sobre la relación entre el afrontamiento con 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.

En esa misma línea, Christensen (2000) determinó que en pacientes con IRCT la adherencia al tratamiento es mayor cuando el estilo de afrontamiento preferencial del paciente es congruente con las demandas del tratamiento particular al que está sometido. Así, se halló que los pacientes con afrontamiento activo respondieron mejor a tratamientos que enfatizaron el autocontrol en vez del control médico directo. Por ejemplo, en el caso de pacientes que reciben el tratamiento de diálisis en casa, un 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, el 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 analizaron las diferencias significativas entre los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal, se encontró que los pacientes en diálisis peritoneal que

hicieron uso de un afrontamiento vigilante respetaron su dieta más consistentemente que los pacientes en hemodiálisis que utilizaron el mismo estilo de afrontamiento. Igualmente, aquellos pacientes que usaron afrontamientos vigilantes y autónomos, independientemente del tipo de tratamiento recibido, mejoraron sus niveles de ansiedad y depresión, consiguiendo una mejor adaptación a su condición de enfermo crónico (Martorelli & Mustaca, 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 destacaron la esperanza, el control personal, la búsqueda de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la confrontación y el cuidado paliativo.

Los estudios desde la psicología de la IRCT pueden insertarse dentro del enfoque de la Psicología de la Salud, campo relativamente reciente que se definió formalmente en la década de 1970 como las aplicaciones de la psicología en el área de salud global. Desde sus inicios hasta la actualidad la Psicología de la Salud se encuentra ampliamente difundida en los Estados Unidos y Europa; actualmente hace su ingreso a los países latinoamericanos como el Perú. La Psicología de la Salud es el campo dentro de la psicología dedicado al estudio y comprensión de cómo las influencias psicológicas participan en la forma en que la gente permanece saludable, se vuelven enfermos y el cómo responden cuando se enferman (Taylor, 2003). En ese sentido, el estudio de las enfermedades crónicas como la IRCT apunta a extraer factores protectores que puedan ser tomados en cuenta para favorecer un mejor nivel de ajuste de los pacientes a su nueva condición.

En el Perú son pocos los estudios realizados con esta población. Por ello, esta investigación busca identificar y describir los principales estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica

terminal de nuestro medio, tratando de determinar si existen diferencias de acuerdo a condiciones sociodemográficas como el sexo, edad, nivel educativo, tipo de tratamiento, entre otras.

Metodología

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003) la presente investigación posee un diseño no experimental de corte transversal siendo de tipo descriptivo, ya que pretende identificar en su estado natural y en un momento determinado en el tiempo los estilos y las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. 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.

Participantes

La muestra incluye a personas diagnosticadas con IRCT que se atienden en un hospital del seguro social peruano. Dichos sujetos son aplicantes o candidatos aceptados al programa de trasplante renal que se encuentran en lista de espera. De esta manera, los participantes del estudio fueron elegidos en función a un muestreo no probabilístico accidental, ya que quienes conformaron la muestra fueron aquellos que se encontraron disponibles para participar en la investigación (Kerlinger & Lee, 2002). La muestra final estuvo constituida por 40 sujetos mayores de 20 años cuyas características fueron definidas por la encuesta personal con el objetivo de determinar si dichas características tenían

una relación importante con el afrontamiento. A continuación se citan los datos más relevantes de la muestra.

Tal como se aprecia en el Cuadro 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, distribuyéndose de forma homogénea por grupo. Cabe mencionar que la mayoría de los sujetos procedían de provincias (65.0%) pero residían en mayor proporción en la ciudad de Lima (77.7%).

Cuadro 1

Características de los participantes según variables sociodemográficas

| | | <i>N</i> | <i>%</i> |
|-----------------------------|--------------------|----------|----------|
| <i>Sexo</i> | Mujer | 15 | 37.5 |
| | Varón | 25 | 62.5 |
| <i>Edad</i> | Entre 20 y 35 años | 14 | 35.0 |
| | Entre 36 y 50 años | 13 | 32.5 |
| | De 51 a más años | 13 | 32.5 |
| <i>Lugar de procedencia</i> | Lima | 14 | 35.0 |
| | Provincia | 26 | 65.0 |
| <i>Lugar de residencia</i> | Lima | 31 | 77.7 |
| | Provincia | 9 | 22.5 |

N = 40

Respecto a las características más relevantes asociadas a su enfermedad, encontramos que un porcentaje significativo de los participantes recibió el diagnóstico de IRCT en un tiempo mayor al año. Actualmente, la mayoría de los participantes se halla bajo el tratamiento de hemodiálisis (90%) y la mayor proporción de participantes ha permanecido bajo el mismo tipo de tratamiento (80%) desde que fueron diagnosticados con IRCT. A modo anecdótico, de aquellos participantes que cambiaron de tratamiento en algún momento previo a la investigación (20%), cuatro indicaron que cambiaron de hemodiálisis a diálisis peritoneal con

la finalidad de mejorar su condición de vida; tres participantes que recibieron trasplante de riñón regresaron al tratamiento de la hemodiálisis luego del rechazo del órgano donado; y 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. Finalmente, además del diagnóstico de insuficiencia renal, los participantes (67.5%) describieron poseer otros diagnósticos asociados como hipertensión, anemia, diabetes mellitus y hepatitis C.

Cuadro 2

Características de los participantes según variables asociadas a la IRCT

| | | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---|---------------------|----------|----------|
| <i>Tiempo de diagnóstico</i> | 1 mes a 1 año | 06 | 15.0 |
| | 1 año a 3 años | 13 | 2.53 |
| | 3 años a 7 años | 09 | 22.5 |
| | Más de 7 años | 12 | 30.0 |
| <i>Tratamiento actual</i> | Hemodiálisis | 36 | 90.0 |
| | Diálisis peritoneal | 04 | 10.0 |
| <i>Experiencia de cambio de tratamiento</i> | No | 32 | 80.0 |
| | Sí | 08 | 20.0 |
| <i>Comorbilidad</i> | Ausencia | 13 | 32.5 |
| | Presencia | 27 | 67.5 |

N = 40

Instrumentos

1. *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. En algunos casos estos ítems se hayan subdivididos en hasta 14

aspectos y en otros casos existen espacios en blanco para completar y responder a las preguntas. Las áreas de la encuesta personal incluyen: datos personales, datos demográficos, datos médicos, composición familiar, actividad laboral y manutención.

2. *Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Coping Estimation)*: este instrumento fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) en su versión disposicional, la que fue construida siguiendo dos modelos teóricos: a) Modelo de Lazarus, b) Modelo de Autoregulación Conductual de Bandura. Este inventario tiene 52 ítems, con un sistema de respuesta en formato de tipo Likert que permite una puntuación que va del 1 al 4, en los cuales el puntaje 1 equivale a *casi nunca lo hago*, 2 a *veces hago esto*, 3 *usualmente hago esto* y 4 *hago esto con mucha frecuencia*. Estos ítems se organizan alrededor de 13 escalas (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental), cada una conformada por 4 ítems diferentes que miden las 13 estrategias de afrontamiento. Estas estrategias posteriormente son organizadas en 3 categorías que equivalen a cada estilo de afrontamiento planteado por los autores: a) centrado en el problema, b) centrado en la emoción y c) otros estilos. Este inventario fue adaptado para el Perú en 1996 por Casuso y ha demostrado su validez y confiabilidad en múltiples investigaciones (Chau, 1999; Rojas, 1997).

Procedimiento

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta personal y del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE). 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 y no implicaran molestias para dichos pacientes se realizó un estudio piloto que implicó la aplicación de las tres 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 las pruebas.

Cabe señalar que 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).

Resultados

El análisis de los estilos de afrontamiento se llevó a cabo mediante el cálculo inicial de la media y la desviación estándar para cada una 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 3, 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 3

Medias y desviación estándar de los Estilos de Afrontamiento

| <i>Estilos</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Mc</i> | <i>DEc</i> |
|--------------------------|----------|-----------|-----------|------------|
| 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 |

Los puntajes obtenidos en las escalas de estrategias de afrontamiento del COPE en el grupo total se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4

Medias y desviación estándar de las Estrategias de Afrontamiento

| <i>Estrategias</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> |
|---|----------|-----------|
| <i>Enfocadas en el problema</i> | | |
| 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 |
| <i>Enfocadas en la emoción</i> | | |
| 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 |
| <i>Otras</i> | | |
| Enfocar y liberar emociones | 10.60 | 3.09 |
| Desentendimiento conductual | 7.10 | 3.23 |
| Desentendimiento cognitivo | 9.50 | 2.16 |

N = 40

En cuanto a las estrategias de mayor uso, los participantes identificaron a la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento como tales, mientras que las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron identificadas como las de menor uso (Figura 1).

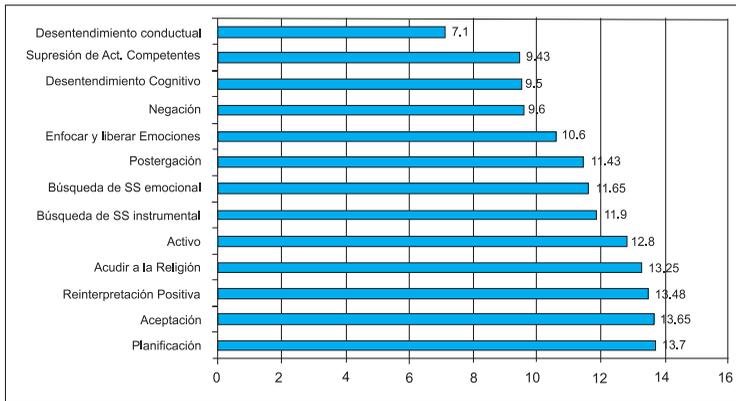


Figura 1: Uso de las Estrategias de Afrontamiento.

Al analizar si existen diferencias en el uso de los estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a las variables sociodemográficas de la muestra se encontraron algunas diferencias significativas. Así, encontramos que los participantes hombres utilizaron las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo significativamente más veces que las participantes mujeres (Cuadro 5).

Cuadro 5

Comparaciones en el uso de las estrategias y los estilos de afrontamiento según sexo

| <i>Afrontamiento</i> | <i>Sexo</i> | | |
|----------------------------|-------------|----------------|----------------|
| | <i>Z</i> | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |
| Planificación | 2.30* | 14.28* | 12.73* |
| Desentendimiento cognitivo | 1.78** | 9.96** | 8.73** |

* $p < .05$ dos colas, ** $p < .10$ dos colas.

Por otra parte, en el Cuadro 6 se señala que los participantes provenientes de provincia usaron las estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo así como el estilo enfocado en la emoción más veces que los participantes provenientes de Lima. En cuanto al lugar de residencia, los participantes residentes en provincia hicieron un mayor uso de la estrategia de acudir a la religión que los residentes en Lima.

Cuadro 6

Comparaciones en el uso de las estrategias y los estilos de afrontamiento según lugar de procedencia y residencia

| <i>Afrontamiento</i> | <i>Procedencia</i> | | | <i>Residencia</i> | | |
|----------------------------|--------------------|-------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|
| | <i>Z</i> | <i>Lima</i> | <i>Provincia</i> | <i>Z</i> | <i>Lima</i> | <i>Provincia</i> |
| Activo | -2.01* | 11.79* | 13.35* | | | |
| Postergación | -1.73** | 10.50** | 11.92** | | | |
| Negación | -2.93* | 7.71* | 10.62* | | | |
| Acudir a la religión | -1.81** | 12.29** | 13.77** | -1.97* | 12.84* | 14.67* |
| Desentendimiento cognitivo | -2.63* | 8.36* | 10.12* | | | |
| Enfocado en emoción | -3.33* | 55.29* | 64.58* | | | |

* $p < .05$ dos colas, ** $p < .10$ dos colas

En el análisis de las diferencias en el uso de las estrategias y los estilos de afrontamiento según las variables asociadas a la enfermedad

se encontró que los participantes que sí cambiaron de tratamiento usaron en mayor medida la estrategia de enfocar y liberar emociones 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 7).

Cuadro 7

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

| <i>Afrontamiento</i> | <i>Cambio tratamiento</i> | | | <i>Comorbilidad</i> | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|
| | <i>Z</i> | <i>Sí</i> | <i>No</i> | <i>Z</i> | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
| Negación | | | | -2.19* | 8.85* | 11.15* |
| Enfocar y liberar emociones | 2.23* | 12.86* | 10.12* | -1.82** | 10.00** | 11.85** |
| Desentendimiento cognitivo | | | | -2.03* | 9.04* | 10.46* |
| Otros estilos | | | | -1.71** | 25.89** | 29.31** |

* $p < .05$ dos colas, ** $p < .10$ dos colas

Discusión

De acuerdo a la revisión de la literatura sobre los aspectos psicosociales de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), se tiene que tanto la enfermedad como 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, podrían conducirlos a experimentar altos niveles de estrés, lo que a su vez los haría vulnerables a desarrollar diversos trastornos, en especial el trastorno depresivo (Finkelstein & Finkelstein, 2000; Loos,

Briancon, Frimat, Hanesse & Kessler, 2003). Es por ello que la presente investigación busca estudiar los recursos con los que los pacientes cuentan para responder a los nuevos cambios y demandas que la IRCT y sus tratamientos conllevan, siendo el afrontamiento uno de los elementos más valiosos ya que determina el nivel y modo de ajuste que hará la persona a su enfermedad.

Así, encontramos en esta investigación que el estilo de afrontamiento más usado por este grupo es el centrado en la emoción, seguido posteriormente por el estilo centrado en el problema y de forma muy poco frecuente el último estilo, al que Carver y Scheier (1994) denominan provisionalmente «otros estilos», los cuales albergan las estrategias más inadecuadas para enfrentar el estrés, lo cual es un indicador positivo para estos pacientes.

Las investigaciones respecto a los estilos señalan que el uso de las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema son las de mayor utilidad para la persona en tanto éstas se relacionan con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como es el centrarse en las emociones o el escape conductual y/o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico (Carver & Scheier, 1994). Sin embargo, investigaciones específicas con enfermedades crónicas señalan que en estas condiciones es mucho menos frecuente el uso de métodos de afrontamiento activos mientras que los métodos que involucran posturas más pasivas son los más usados (Taylor, 2003).

Evans (1993) señaló que cuando un evento estresante es percibido como fuera del control personal, los individuos tienden a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción como primera opción de respuesta a las demandas que provienen de tal evento estresante. Lazarus y Lazarus (2000) agregan que el uso de un afrontamiento centrado en la emoción es particularmente útil cuando la situación estresante que enfrenta la persona no puede ser

cambiada, ya que ayuda a controlar la angustia y disfunción que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse, de tal forma que este estilo ayudaría a mantener la moral en alto al mantenerse la esperanza. Esta situación es mucho más clara ante el diagnóstico de una enfermedad terminal en la cual este afrontamiento ayuda a aceptar las nuevas condiciones médicas y permite regular el malestar emocional como la ansiedad por el sufrimiento que conlleva la enfermedad, el enojo por la misma, la depresión por la pérdida del buen funcionamiento corporal y, a pesar de ello, permite mantener en alto nuestra autoestima.

Así, es posible argumentar que los pacientes con IRCT pudieron haber percibido la enfermedad como un evento sobre el que carecen 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 los esfuerzos concretos que se pudieran realizar para resolver tales amenazas y limitaciones. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes, mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios.

Parte del mayor uso del estilo enfocado en la emoción también es reforzado por el tipo de tratamiento que reciben los sujetos de esta muestra. Ellos, en su gran mayoría (80%), reciben el tratamiento de hemodiálisis, lo cual implica aceptar el tratamiento brindado por personal médico calificado, en donde se espera que más allá que el paciente asista a sus consultas con puntualidad asuma un rol pasivo ante el procedimiento, dependa de las condiciones brindadas por el centro médico sin que sea responsable directo por la adecuada administración de su tratamiento, como es el caso de la diálisis peritoneal. De acuerdo a Christensen (2000), los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis tienen una percepción de control sobre su enfermedad y tratamiento casi inexistente, lo que los motivaría a concentrar sus

recursos en la expresión y regulación de las emociones que derivan del mismo, sobretodo aquellas que involucran sentimientos negativos como frustración, ansiedad, temor, depresión y desolación, en vez de concentrar dichos recursos en resolver y controlar los problemas que derivan de él.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento encontramos que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento fueron señaladas como las más usadas. La planificación, si bien es una estrategia que pertenece al estilo enfocado en el problema, es de las menos confrontadoras. Esta estrategia consiste en concentrarse en desarrollar un esquema mental sobre los mejores pasos a seguir para afrontar al evento estresante, en vez de realizar acciones concretas para manejar el estresor. 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 de la enfermedad y sus tratamientos. Así, podrían planificar con anticipación los horarios de las visitas al centro médico para recibir el tratamiento de la hemodiálisis o de los cambios diarios de la sustancia dializante como parte del tratamiento de la diálisis peritoneal; esto les permitiría 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.

Lazarus y Lazarus (2000) señalan que el afrontamiento que se centra en las emociones puede dividirse en dos grupos: la evitación y la reevaluación del significado personal del evento. La evitación, que consiste en intentar no pensar en aquello que nos preocupa, sería una mala estrategia de afrontamiento, ya que si bien las preocupaciones del sujeto pueden parecer menos graves por un tiempo, aunque se eviten los problemas éstos no desaparecen. Por otro lado, las estrategias que se concentran en la reevaluación del significado personal del evento son más positivas, ya

que implican cambiar la valoración de lo ocurrido, permitiendo una evaluación cada vez más serena, y a la larga favorece que el individuo pueda aumentar su sentido de control personal y pueda hacer uso de estrategias más activas y eficaces cuando lo requiera. En este caso, el que las estrategias más usadas por los participantes involucren tanto la aceptación como la reinterpretación positiva-crecimiento (ambas parte del estilo centrado en la emoción) sería de gran utilidad si tomamos en cuenta que estos pacientes son candidatos aceptados al programa de trasplante renal y se encuentran esperando por dicho trasplante. El uso de estas estrategias evitaría que se pierdan las esperanzas y los pacientes estarían más dispuestos a desarrollar actitudes proactivas ante los eventos.

Parte del mayor uso de la estrategia de aceptación se debe también al tiempo de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que tienen los sujetos, quienes en su gran mayoría tienen más de un año de diagnóstico y tratamiento de la IRCT. 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 requieren, aceptando que si es que desean seguir viviendo deben ajustarse a dicha condición pues, tal como se dijo anteriormente, menospreciar su significado, impacto o consecuencias repercute en una muerte inmediata al ir asociadas a un abandono en la utilización de los tratamientos médicos. Al respecto, Aldwin, (2000), Sarafino (2002) y Taylor (2003) nos señalan que la respuesta inicial ante el diagnóstico de una condición de salud es la de negación, la cual ayuda a sobrellevar el impacto negativo inicial del diagnóstico. Sin embargo, si esta respuesta se mantuviera por más tiempo (usualmente más de dos semanas) sería altamente perjudicial para el bienestar de la persona.

En vista que las personas afectadas con IRCT suelen presentar sentimientos de depresión, ansiedad, frustración y cólera que provienen de su experiencia diaria con la IRCT y sus tratamientos, es positivo que utilicen con mayor frecuencia 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 directamente. Por ello, el responder a las demandas emocionales a través de esta estrategia permitiría proteger y prevenir la presencia de desordenes del ánimo a futuro.

Por otro lado, las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes en cuestión.

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. La estrategia de desentendimiento cognitivo, por su parte, implica que la persona desarrolle una amplia variedad de actividades que la distraigan del problema; en ambos casos hay un abandono ante el estresor. Todo esto indica nuevamente que el que este grupo evite estas estrategias de desentendimiento puede repercutir positivamente en su situación de paciente con IRCT, ya que incumplir con los tratamientos de la IRCT, por ejemplo por evadir recibir los tratamientos a su momento o evitar seguir el nuevo régimen alimenticio, puede tener consecuencias perjudiciales para la salud, tales como intoxicación y coma urémico, que podrían resultar en su muerte.

En el caso de la estrategia de supresión de actividades competentes, que implica dejar de lado otros proyectos o actividades personales para no ser distraído al manejar el estresor de la enfermedad, no fue de la preferencia de los participantes, pues su uso implicaría abandonar cualquier proyecto o meta adicional y separada del afrontamiento a la IRCT. 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 que brinda las mejores condiciones y esperanza de vida para las personas afectadas con IRCT, se espera que mantengan con mayor intensidad el optimismo, no sólo de recibir un nuevo riñón, sino de poder realizar otras metas y planes por la idea de que aún tienen el tiempo necesario y suficiente como para lograr hacer realidad sus sueños y aspiraciones.

En cuanto a las diferencias significativas de los estilos y las estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas, se encontró que las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo fueron utilizadas de forma significativamente más frecuente por los participantes hombres que por las participantes mujeres. Se presume que ciertas diferencias de género, que atribuyen un rol más activo al varón, hayan contribuido a que exista una diferencia marcada en el uso de dichas estrategias. Debido a que ambas estrategias se orientan, por un lado a la creación y desarrollo de acciones directas sin la búsqueda de guía y orientación de los demás y, por el otro lado, a despejar la mente de problemas que no pueden ser resueltos inmediatamente, se evita reflexionar constantemente sobre el estresor y sobre los aspectos afectivos asociados a él (Sarafino, 2002). Tales diferencias son consistentes con hallazgos similares en nuestro medio que se refieren a características atribuibles a una socialización típicamente masculina que femenina (Ragúz, 1995).

También, se encontraron diferencias significativas en el uso de la estrategia enfocar y liberar emociones y la variable cambio de tratamiento. Por ello, aquellos que sí sufrieron dicho cambio se focalizaron con mayor frecuencia en las consecuencias emocionales desagradables que acompañaron a su experiencia, expresando abiertamente estas emociones. Se estima que cambios en el tratamiento de la IRCT pueden producir una vivencia mucho más intensa de temor e incertidumbre debido a la falta de estabilidad y

a la necesidad de adaptarse a un tratamiento nuevo y desconocido. No es sorprendente que aquellos participantes que han cambiado de tratamiento tengan una mayor necesidad de enfocar sus esfuerzos de afrontamiento en la expresión de los sentimientos que dichos cambios provocan, sobretodo si tomamos en cuenta las causas del cambio que fueron los fracasos previos como el rechazo del riñón donado o las dificultades serias con la diálisis aplicada.

Respecto a las diferencias significativas de los estilos y las estrategias de afrontamiento según la variable comorbilidad, se identificó que aquellos participantes que tienen algún otro diagnóstico médico además de la IRCT usaron con mayor frecuencia las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y desentendimiento cognitivo así como los otros estilos de afrontamiento. Del mismo modo, los participantes que presentan varios diagnósticos además de la IRCT se ven expuestos a demandas mayores, tratamientos extras y a sentimientos de angustia y desánimo que se ven incrementados por la amenaza de tener menos posibilidades de obtener el riñón deseado, siendo ellos vulnerables a los cuadros depresivos.

A manera de conclusión, es pertinente mencionar que, si bien los resultados obtenidos no pueden ni deben ser generalizados a toda persona que presente el diagnóstico de IRCT o de cualquier otra enfermedad crónica, de acuerdo a los resultados de la presente investigación nos encontramos con un grupo que hace uso de los estilos y estrategias más eficaces para enfrentar la IRCT. Dicho uso se ve optimizado por la propia selección de la muestra, es decir, los pacientes que han sido aceptados al programa de trasplante de riñón, lo que implica que han superado una serie de evaluaciones previas en las cuales ellos han demostrado motivación, perseverancia y condiciones para dicho trasplante. Por ello, consideramos que los pacientes con IRCT de mejor pronóstico

serían aquellos que desarrollan dichos afrontamientos. Por eso, las intervenciones psicológicas deberían esforzarse en favorecer en los pacientes la aceptación y adaptación positiva a esta enfermedad, que involucren un manejo de sus vivencias afectivas, los orienten positivamente al futuro y disminuyan el uso de estrategias que impliquen cualquier tipo de desentendimiento o negación de la realidad que la IRCT impone, ya que sus efectos suelen ser perjudiciales para la vida de estos pacientes y los hace vulnerables a la experiencia de sentimientos depresivos.

Referencias

- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping and development. An integrative perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Baum, A. & Posluszky, D. M. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Reviews of Psychology*, 50, 137-163.
- Carver, C. H. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(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, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chau, C. (1999). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Christensen, A. J. (2000). Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: A conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosomatic Medicine*, 62, 435-443.
- Christensen, A. J. & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.
- DiMatteo, M. R. (2002). *The psychology of health, illness and medical care. An individual perspective*. California: Brooks/Cole.
- Durán, J. M. & Sellarés, V. L. (1998). Insuficiencia renal crónica. En V. L. Sellarés, A. Torres, D. Hernández & J. C. Ayus (Eds.), *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal* (pp. 183-213). Madrid: Harcourt Brace.
- Evans, P. (1993). Stress and coping. En M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The psychology of health. An introduction* (pp. 31-45). Londres: Routledge.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 52(3), 343-353.
- Finkelstein, F. O. & Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 15, 1911-1913.
- Flash, C. & Paschal, C. (1999). *Kidney disease and dialysis*. Recuperado de <http://www.esrd/kdf.htm>
- Gutch, C. F. & Stoner, M. H. (1983). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (4a. ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Guzman, S. J. & Nicassio, P. M. (2003). The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 517-534.
- Hailey, B. J. & Moss, S. B. (2000). Compliance behavior in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology, Health and Medicine*, 5(4), 395-406.

- Hall, M. (1995). *Cuando sus riñones fallan. Un manual para los pacientes y sus familiares*. Los Angeles, CA: Fundación Nacional del Riñón del Sur de California.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a. ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a. ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Kim, J. A., Lee, Y. K., Huh, W., Kim, Y. G., Kim, D. J., Oh, H. Y. et al. (2002). Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Journal of Korean Medical Science*, 17, 790-794.
- Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 951-956.
- Klang, B., Bjoervell, H. & Cronqvist, A. (1996). Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(2), 89-95.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Limonero, J. T. (1994). Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. *Anuario de Psicología*, 61, 85-92.
- Loos, C., Briancon, S., Frimat, L., Hanesse, B. & Kessler, M. (2003). Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 229-233.
- Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. En M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 410-433). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Mactier, R. A., Khanna, R. & Nolph, K. D. (2000). Dialysis therapy. Part 2: Peritoneal Dialysis. En S. G. Massry & R. J. Glasscock

- (Eds.), *Textbook of nephrology* (4a. ed., pp. 1526-1563). Filadelfia: Williams & Wilkins.
- Mars, D. R. & Ross, E. A. (1995). Peritoneal dialysis. En C. G. Tisher & C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology* (3a. ed., pp. 241-253). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Martin, P. D. & Brantley, P. J. (2002). Stress, coping and social support in health and behavior. En T. J. Boll, J. M. Raczynski & L. C. Levinson (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Vol. 2* (pp. 233-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martorelli, A. & Mustaca, A. E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante*, 24(3), 99-104.
- Miller, R., Sabin, C. A., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. et al. (2000). Coping styles in families with hemophilia. *Psychology, Health and Medicine*, 5(1), 3-12.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger & B. Shlomo (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). Nueva York: Free Press.
- Newman, S. (1990). Coping with chronic illness. En P. Bennet, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds.), *Current developments in health psychology* (pp. 159-175). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Peterson, J. C. (1995). Chronic renal failure. En C. G. Tisher & C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology* (3a. ed.) (pp. 83-93). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ragúz, M. (1995). *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, feminidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ramos, E. L. (1995). Renal transplant patients. En C. G. Tisher & C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology* (3a. ed.) (pp. 254-266). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Rodríguez, M. J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ross, E. A. & Barri, Y. M. H. (1995). Hemodialysis. En C. G. Tisher & C. S. Wilcox (Eds.), *Nephrology* (3a. ed.) (pp. 228-240). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (4a. ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Sarnak, M. J. & Levey, A. S. (2000). Progression of renal insufficiency. En S. G. Massry & R. J. Glasscock (Eds.), *Textbook of nephrology* (4a. ed.) (pp. 1203-1220). Filadelfia: Williams & Wilkins.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G. & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Psychology Review*, 52, 555-580.
- Taylor, S. E. (2003). *Health psychology* (5a. ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. & Aspinwall, L. G. (1993). Coping with chronic illness. En L. Goldberger & B. Shlomo (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 511-529). Nueva York: Free Press.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, [ejemplar extraordinario], 53-79.