AAN7992

TESIS
PS 2000
P4

UNIVERSIDAD CATÓLICA "ANDRÉS BELLO"
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EL APOYO SOCIAL, EL SEXO, NIVEL SOCIOECONÓMICO, LA EDAD Y LA DURACIÓN EN EL TRATAMIENTO SOBRE EL AJUSTE PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA BAJO EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Trabajo de investigación presentado por:
Liana Carolina PÉREZ
y
María del Carmen SALVADOR

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA

a la
Escuela de Psicología
Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor Guía:
Claudia COS

Caracas, Julio de 2000

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatorias	2
Agradecimientos	5
Índice	VI
Índice de Anexos	VII
Resumen	8
Introducción	9
Marco Teórico	12
Enfermedad Crónica	12
Insuficiencia Renal Crónica	16
Ajuste Psicosocial	22
Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social	26
Relación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, Nivel Socioeconómico, la edad y la duración en el tratamiento sobre el Ajuste Psicosocial.	40
Método	45
Problema	45
Hipótesis	45
Definición de variables	48
Diseño Muestral	51
Diseño de Investigación	51
Instrumentos	53
Procedimientos	64
Análisis de los datos	71
Discusión de los resultados	90
Conclusiones y Recomendaciones	103
Bibliografía	109

ÍNDICE DE ANEXOS Y FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo estructural	44
Anexos A Análisis de los Datos	114
Anexo A.1. Análisis Descriptivos de la variable sexo.	115
Anexo A.2. Análisis Descriptivos de la variable NSE.	116
Anexo A.3. Análisis Descriptivos de las variables edad, tiempo en tratamiento, apoyo social, estrategias de afrontamiento y ajuste psicosocial.	117
Anexo A.4 Intercorrelaciones entre las variables del estudio.	123
Anexo A.5 ANOVA para la variable Institución.	124
Anexo A.6 Análisis de regresión múltiple.	125
Anexo A.7 Análisis de regresión de los factores de la variable estrategias de afrontamiento.	132
Anexos B Instrumentos	144
Anexo B.1 Escala de Graffar de Nivel Socioeconómico.	145
Anexo B.2 Cuestionario de Afrontamiento.	146
Anexo B.3 Cuestionario de Apoyo Social.	149
Anexo B.4 Escala de Ajuste a la Enfermedad (PAIS- SR).	150

RESUMEN

En esta investigación se buscó conocer la influencia de las variables estrategias de afrontamiento, apoyo social, sexo, nivel socioeconómico, edad y duración en el tratamiento, sobre el ajuste psicosocial de doscientos catorce (214) pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, que asisten a diversos Centros de Hemodiálisis del Área Metropolitana de Caracas, a partir de la adecuación de un modelo estructural.

En esta investigación se evidenció que el ajuste psicosocial, estaba relacionado con la calidad y la cantidad de apoyo por parte de la familia y de los amigos, que reciben los pacientes. De igual manera, se encontró que los pacientes masculinos tendían a percibir y recibir más apoyo en general por parte de las personas que les rodean, afectando de manera favorable su ajuste psicosocial.

El ajuste psicosocial, también se relacionó con el nivel socioeconómico, encontrándose que los pacientes que cuentan con mejores recursos económicos pueden ajustarse más eficazmente a la enfermedad, que los pacientes con nivel socioeconómico bajo. Asimismo, estos últimos tendían a utilizar las estrategias de afrontamiento de supresión de actividades competitivas, focalización y expresión de emociones, negación, liberación conductual y mental, las cuales afectan de manera desfavorable en su ajuste psicosocial.

De esta manera, a través de esta investigación se mostró la importancia de poseer redes de apoyo social y adecuadas estrategias de afrontamiento que permitan aceptar y afrontar activamente la enfermedad, para que los pacientes puedan ajustarse psicosocialmente.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación es evaluar la adecuación del modelo estructural del ajuste psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, en el cual se especifica el impacto que sobre esta variable pueden tener las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, el nivel socioeconómico, la edad y la duración en el tratamiento.

La formulación de este modelo parte de los hallazgos que señalan que el funcionamiento psicosocial de los pacientes en condiciones médicas crónicas varía en forma amplia y no puede ser adecuadamente descrito tomando en cuenta solamente los factores médicos (Cassem, 1991).

Lo anterior es debido a que, las enfermedades crónicas conducen a los pacientes a experimentar estresores psicosociales y cambios en su estilo de vida que involucran adaptaciones significativas para éstos, lo que los lleva a emitir conductas de afrontamiento y de adaptación para mejorar su estado, tanto físico como psicológico.

Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son dos constructos que han sido ampliamente investigados en el campo de las enfermedades; siendo éstos útiles para explicar las diferencias en la calidad de vida percibida por los pacientes después de que han sido diagnosticados, encontrándose que el apoyo social y las estrategias de afrontamiento estaban relacionadas con los procesos de adaptación a las enfermedades crónicas (Pakenham, Dadds y Terry, 1994).

Además, se ha evidenciado que, de acuerdo al estado de la enfermedad, varían las estrategias de afrontamiento, existiendo unas estrategias más

favorables que otras, las cuales repercuten en forma positiva o negativa en la adaptación psicosocial (Heim, Valach y Schaffner, 1997).

Estas dos investigaciones evidencian la importancia de estudiar, tanto las estrategias de afrontamiento de los pacientes, como el apoyo psicosocial que ellos reciben, ya que muchas enfermedades crónicas evocan crisis existenciales con relación a la muerte, a la discapacidad permanente y pueden generar baja autoestima y dependencia. Asimismo, puede llevar a que el individuo experimente prejuicios negativos por parte de sus familiares y amigos debido a las malas concepciones acerca de la naturaleza de la enfermedad, disminuyendo la cantidad de apoyo social que pueda recibir la persona enferma (Cassem, 1991).

De esta manera, se manifiesta la importancia de conocer cómo las enfermedades físicas interfieren con las conductas del paciente en su vida, ver cómo las fuentes psicosociales pueden impedir o mejorar el curso de la enfermedad y su recuperación (Cassem, 1991).

De acuerdo a Goldman (1996) los factores sociales como la edad y el sexo influyen en la etiología y el curso de las enfermedades crónicas, así como, en la decisión de buscar tratamiento, el tipo a seguir, y las respuestas del paciente a dichos tratamientos. Asimismo, el tiempo que lleven los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento afecta la percepción que tienen con respecto a su calidad de vida y salud con relación a la enfermedad (Joltkevitch y Sanz, 1996).

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, el tratamiento de las enfermedades crónicas no debe basarse exclusivamente en el tratamiento médico, sino que debe ir acompañado de una intervención psicológica efectiva, que le permita al paciente adaptarse adecuadamente a las demandas que le

impone la enfermedad y, por ende, ajustarse a ésta. El propósito global de una intervención física o psicosocial es mejorar el afrontamiento hacia un problema potencial más allá de los límites de su propia enfermedad (Cassem, 1991).

De esta manera, la importancia de la presente investigación deriva de que sus resultados permitirán una mejor comprensión de la relación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, el nivel socioeconómico, la edad, la duración en el tratamiento y el ajuste psicosocial de pacientes con insuficiencia renal crónica. Siendo el principal objetivo de la investigación evaluar la adecuación de un modelo estructural que permite estudiar en forma simultánea las relaciones entre éstas variables, ya que estas habían sido estudiadas previamente de manera aislada, demostrando estar relacionadas con el ajuste psicosocial.

A nivel teórico, permitirá conocer las relaciones entre estas variables y el grado de influencia en el ajuste psícosocial a la enfermedad, lo cual posteriormente ayudará a diseñar programas de intervención clínica que sean efectivos para que el paciente pueda lograr un mejor ajuste psicosocial y afrontar de la manera más adecuada las consecuencias de su enfermedad. Se puede aportar información a los nefrólogos y psicólogos clínicos para que cuenten con herramientas que permitan brindar un tratamiento global al paciente, que involucre las consecuencias, tanto físicas, como psicológicas a las que se debe ajustar.

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas comprenden una variedad de trastornos que incluyen algunas fallas en el funcionamiento corporal a lo largo de un período de tiempo (Harris, 1972). Estas, demandan adaptación significativa e introducen estresores psicosociales en la vida del individuo, ya que la situación presentada por la enfermedad crónica se caracteriza por incertidumbres que generan ansiedad e importante distrés emocional (Derogatis y López, 1983).

Las enfermedades crónicas terminales representan una condición de larga duración y traen consigo un sentimiento de intranquilidad e incluso una visión cercana de la muerte. Añadido a esto, los tratamientos para este tipo de enfermedades generalmente son continuos y causan malestares físicos en el paciente (Caldeira y Lira, 1997).

Lo anteriormente señalado son fuentes comunes de estrés en este tipo de pacientes, igualmente los enfermos crónicos normalmente son objeto de prejuicios sociales negativos, ya que los individuos físicamente saludables evitan interactuar con ellos y también los individuos afectados evitan las interacciones sociales con sus contrapartes saludables, lo cual lleva a limitar los intercambios interpersonales satisfactorios y productivos (Derogatis y López, 1983).

Según Goldman (1996) las respuestas psicológicas más frecuentes a una enfermedad médica crónica son: la pesadumbre, la cual se refiere a la respuesta emocional ante la percepción de pérdida que normalmente ocurre al

ser diagnosticada la enfermedad, esto puede incluir sentimientos de choque, incredulidad, embotamiento emocional y negación de la realidad objetiva del padecimiento. Algunos individuos no desean hablar ni considerar los sentimientos relacionados con la enfermedad, mientras otros individuos reciben con agrado la oportunidad de comentar sus sensaciones, por lo que existen diferencias culturales e individuales respecto a las sensaciones relacionadas con la enfermedad.

Ampliando este punto, Harris (1972) señala las tres respuestas psicológicas más comunes a la enfermedad crónica: (a) la depresión, (b) la sobredependencia, y (c) la no-adherencia al tratamiento:

- La depresión: La cual se manifiesta por un sentimiento de desesperanza, tristeza, desasosiego en relación con la vida y el futuro. Existiendo una reacción a la pérdida de las funciones corporales y su reducción.
- La sobredependencia: Esto ocurre porque el paciente obtiene ciertos beneficios con su enfermedad como: atención, y disminución de la responsabilidad, lo cual puede impulsar al individuo a utilizar su enfermedad como una excusa.
- La no-adherencia al tratamiento: Lo cual puede manifestarse de diferentes maneras, como: no querer recibir el tratamiento, negar la enfermedad, ser excesivamente independientes y manifestar enojo.

Además, es importante tomar en cuenta las actitudes de los cuidadores (médicos, familias y amigos) que se relacionan con los pacientes con una enfermedad crónica, ya que ello puede generar efectos tanto positivos como negativos en el paciente. De acuerdo a Harris (1972) algunas de las actitudes más frecuentes son: (a) la sobreprotección e involucramiento, (b) el enojo y el rechazo, (c) y la pérdida de sensibilidad:

- La sobreprotección e involucramiento: Cuando el personal médico y los familiares, asumen estas dos actitudes puede impedir la adaptación a la enfermedad por parte del paciente asociándose con actitudes neuróticas, asimismo demasiado involucramiento puede generar actitudes regresivas.
- El enojo y el rechazo: Los pacientes que no son cooperadores pueden generar enojo y rechazo del personal médico y de sus familiares, lo cual puede contribuir al cese del tratamiento.
- La pérdida de sensibilidad: Se refiere a que en toda relación médico paciente, y de este último con sus familiares, estos deben tratar de comprender el significado psicológico de la enfermedad para el paciente y los conflictos subyacentes que llevan a que el paciente, manifieste respuestas de mala adaptación. Por lo cual, la pérdida de sensibilidad acerca de los problemas psicológicos del paciente puede entorpecer su rehabilitación.

Para el entendimiento de la etiología y el curso de las enfermedades crónicas, es necesario considerar los factores sociales como: edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, estado civil, situación familiar y creencias culturales; debido a que los aspectos señalados anteriormente, interactúan con los aspectos biológicos y psicológicos de las personas para producir los resultados específicos en la enfermedad crónica (Goldman, 1996).

De esta manera tenemos, que las enfermedades crónicas generan un aumento de estrés significativos en las personas, que los llevan a realizar cambios drásticos en sus vidas, ocasionándoles desajustes psicosociales. Por lo que en el ámbito social, se ven limitados sus intercambios con las personas que les rodean, debido a todos los prejuicios que existen en relación con este tipo de enfermedades, incrementando los sentimientos de pérdida, que ya de por si trae la enfermedad, por la disminución de las funciones corporales, la pérdida de la salud, y de su proyecto de vida.

En la presente investigación se trabajó con pacientes que sufren de insuficiencia renal, la cual es una enfermedad crónica, producto de un decremento de las funciones renales, que obliga a la persona a depender de tecnología sofisticada para el mantenimiento de su vida, dando origen a una serie de modificaciones en el estilo de vida del paciente, que son típicas de este tipo de enfermedades. Es de interés para este estudio considerar los factores, como la edad, el sexo, el NSE y el apoyo familiar; ya que estos influyen en el curso de las enfermedades crónicas.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La segregación urinaria es la función que tiene como objeto extraer de la sangre los elementos de la orina, para expelerlos del organismo (Vidal, 1984). Está función se encuentra a cargo del aparato urinario, el cual comprende: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra (Guyton, 1972).

La secreción urinaria es una función de suma importancia para el organismo, ya que:

1. Elimina de la sangre la urea y el ácido úrico.
2. Elimina el exceso de agua, electrolitos y sales minerales que entran en el organismo bajo la forma de alimentos.
3. En el caso de la presencia en la sangre de un veneno de origen externo, el riñón lo elimina paulatinamente.
4. En el caso de las enfermedades microbianas, el riñón extrae de la sangre las toxinas producidas por los microorganismos.
5. Conserva el agua y de los solutos presentes en el organismo.
6. Conserva los principales electrolitos de los líquidos corporales, como sodio, potasio, cloruro y bicarbonato.
7. Modula la presión arterial sistémica.
8. Forma glóbulos rojos (Vidal, 1984).

Cuando se produce la orina ésta fluye por la pelvis renal, continúa por el uréter, el cual conduce la orina al riñón. La orina que se excreta de manera continua, se acumula en la pelvis renal, desde allí, pasa a través de uno de los dos uréteres. Conforme aumenta el volumen de la orina almacenado, la distensión de las paredes musculares de la vejiga urinaria (la cual conecta a cada uréter con su riñón) estimula ciertas terminaciones nerviosas para que se

envíen impulsos hacia el cerebro, produciendo la sensación de que la vejiga está llena y provocando así la micción (Villee, 1992).

La insuficiencia renal es una de las alteraciones de la función renal que genera mayores repercusiones en el organismo, la cual "consiste en la incapacidad de los riñones para poder tratar las grandes cargas de electrólitos y otras sustancias que deben ser eliminadas" (Guyton, 1972, p.259), siendo un deterioro progresivo e irreversible del índice de filtración glomerular, debido a la destrucción progresiva de las nefronas, lo cual causa la incapacidad de que los riñones lleven a cabo todas sus funciones. Se denomina crónica por ser una enfermedad progresiva y larga; y su denotación de terminal se refiere a que, por ser una etapa en donde cesa la función renal, puede conducir al término de la vida de quien la padece (Caldeira y Lira, 1997).

Dicha enfermedad, puede atacar a personas de cualquier edad y condición, muchas veces sin síntomas que permitan controlar el mal en su comienzo (Cruz y Scotto, 1988).

De acuerdo a Bricker (1972; cp. Beeson y McDermott, 1972) las causas de la insuficiencia renal crónica son: cálculos renales, enfermedad poliquística, enfermedad quística medular, hipoplasia renal, obstrucción de las vías urinarias altas, neoplasia, acidosis tubular renal, glomerulonefritis proliferativa, glomerulonefropatía membranosa, pielonefritis crónica y tuberculosa, agrandamiento prostático, obstrucción del cuello vesical, vejiga neurógena, consumo excesivo de analgésicos, deficiencia de potasio, coagulopatías de consumo, gota, diabetes, cirrosis, e insuficiencia cardíaca.

Cuando una persona sufre de insuficiencia renal crónica, para poderse mantener con vida, el paciente requiere de una terapia de reemplazamiento renal por diálisis de mantenimiento, como son: hemodiálisis o diálisis peritoneal

ambulatoria continua, o requerir de un transplante renal, que sería el tratamiento más eficaz para poder conservar su vida, sin requerir de la diálisis.

La Diálisis "es un procedimiento de separación de solutos en una solución por difusión de la misma, a través de una membrana semipermeable" (Villee, 1992, p. 970), se trata de purificar la sangre, de esta manera se cumple con la función que debería desempeñar el riñón en condiciones normales (Cárdenaz y Cruz, 1987).

Los dos métodos principales de diálisis son: (a) la hemodiálisis y (b) la diálisis peritoneal ambulatoria.

1. La Hemodiálisis: En este procedimiento la persona es conectada a una máquina que actúa como un riñón artificial, dentro de la cual su sangre circula y es limpiada. Este tratamiento dura alrededor de dos horas y media a cuatro horas, y es repetido durante tres veces por semana, usualmente es realizado en hospitales o centros comunitarios especiales (Hener, Weisenberg y Har-Even, 1996).

Según Arocha, Villalba y Villalobos (1976) entre algunas de las consecuencias negativas que se producen al realizar el tratamiento de hemodiálisis se encuentran: hemorragias, ruptura de los tubos de conexión, trastornos respiratorios, descenso brusco de urea sérica, algias y marcada sensibilidad al tratamiento, sensación de quemazón, insomnio, trastornos en el sistema cardiovascular, alteraciones hematológicas y metabólicas.

2. La Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua: Requiere que el paciente pase una solución dentro de la cavidad peritoneal diariamente, cada tratamiento toma aproximadamente una hora y es repetido de tres a seis

veces cada día. La solución trabaja por un proceso de osmosis para limpiar las toxinas procedentes del cuerpo (Hener, Weisenberg y Har-Even, 1996).

Entre las manifestaciones clínicas a nivel físico, se encuentran las siguientes: prurito, tez pálida, boca seca, sabor metálico, olor urémico, anorexia, ovulación suspendida y amenorrea, libido y potencia disminuida, hipertensión, anemia, tendencia hemorrágica, susceptibilidad a infecciones bacterianas, inquietud en las extremidades, insomnio, sensación de fatiga, fatiga mental, pérdida de la concentración, episodios de psicosis tóxicas con confusiones, delirios, ilusiones e intervalos de lucidez que se asocian con infecciones y periocarditis, trastornos óseos como algias difusas, trastornos para la marcha, fracturas patológicas y convulsiones (Bricker, 1972; cp. Beeson y McDermott, 1972).

Esta variedad de síntomas físicos, originados por el decremento de la función renal, genera una gran cantidad de síntomas en el ámbito psicológico, porque las personas que sufren de esta enfermedad presentan sus potencialidades limitadas, sus mecanismos de adaptación frente a las variaciones del ambiente están restringidos y sólo se les permite existir y vivir dentro de límites estrechos. Por lo que, su repertorio funcional y psicológico se encuentra reducido drásticamente en vista de que una buena parte de su versatilidad se centra en atender a la enfermedad, lo cual consume energía y demanda mucha dedicación (Cruz y Scotto, 1988).

Así, Calvanese y Villalobos (1986) indican que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sometidos a tratamiento de diálisis, experimentan alteraciones en todas sus áreas de socialización, ya que la diálisis crea ansiedad, depresión, dependencia, irritabilidad y frustraciones, las cuales son provocadas por el malestar físico, un estado médico impredecible, expectativas de complicaciones, miedo a la muerte, y las restricciones y

limitaciones que enfrenta el paciente. Todo esto ocasiona que los sujetos perciban al medio ambiente como hostil y agresivo. Entre los temores que aquejan al paciente cuando aparece la enfermedad son:

1. Temor a depender de otros y sentirse un estorbo para la familia.
2. Miedo a que suceda un cambio corporal evidente ante la mirada de otros.
3. Angustia ante la proximidad de la muerte.
4. Angustia al pensar que no se puede continuar con el proyecto de vida.
5. Temor a enfrentar lo desconocido, tanto en lo que respecta al propio proceso físico, como a su parte psicológica.

Además, se ha encontrado que la ansiedad y la depresión que experimentan los pacientes con insuficiencia renal crónica esta determinada por su percepción de enfermedad y la cantidad de estrés causados por los miembros familiares (Parkenson y Gutman, 1997). Lo que repercute a su vez en la supervivencia de estos pacientes, debido a que el humor depresivo reduce la competencia inmunológica (Peterson y Cols. , 1991).

En este mismo sentido tenemos, que los síntomas psicológicos asociados a una enfermedad particular, son variables y dependen de múltiples factores. Estos incluyen: las características de la enfermedad médica, la personalidad, la etapa de vida, los conflictos emocionales y vulnerabilidad, así como, el NSE, el medio cultural y social del individuo afectado, ocasionando que puedan originarse perturbaciones emocionales intensas en individuos que por otra parte no habrían sido vulnerables (Goldman, 1996). Asimismo, la edad en que se presenta una enfermedad crónica es importante para predecir el grado de secuelas psicológicas que podrán quedar en el individuo (Vidal y Alarcon, 1988).

Para concluir tenemos, que las personas que padecen de insuficiencia renal crónica poseen problemas específicos de salud que interfieren con sus patrones de vida normal y que las llevan a tener que asumir el rol de enfermo. Por tanto, el ajuste a esta enfermedad involucra la combinación de la historia de la persona, sus relaciones significativas, y ciertas variables intrínsecas al individuo como son: la edad, el sexo, y el NSE, que llevan a un proceso que determina cómo el paciente percibe la enfermedad en su vida (Blodgett, 1982).

AJUSTE PSICOSOCIAL

La insuficiencia renal, al ser una enfermedad crónica, afecta diversas áreas en la vida de los pacientes, como son la familiar, social, laboral, etc., lo cual ocasiona que estas personas deban realizar un ajuste psicosocial en su vida.

De esta manera, Derogatis y López (1983) conceptualizaron el ajuste psicosocial a una enfermedad crónica como un constructo multidimensional que evalúa los aspectos más importantes en los cuales los pacientes al sufrir la enfermedad crónica deben realizar ajustes.

Así, según estos autores, los pacientes deben hacer cambios en la orientación hacia el cuidado de su salud, en el área vocacional, laboral, y dentro de su entorno doméstico. También deben realizar ajustes dentro de su núcleo familiar, con la familia extendida, en sus relaciones sexuales y de pareja.

Deben además, realizar un reajuste en el presupuesto familiar por los gastos que ocasiona la enfermedad. Así como, a nivel de su entorno social, y en las actividades recreativas.

Por último, se toma en cuenta el malestar psicológico que produce la enfermedad en las personas que la padecen, específicamente los sentimientos de ansiedad, depresión, baja autoestima, y de culpa, que suelen afectarlos.

En función de los expuesto anteriormente el ajuste psicosocial ha sido entendido por estos autores como, la eficacia funcional de un individuo en los diferentes roles que ejerce en su vida (Derogatis y López, 1983).

Según Blodgett (1982) entre algunas de las variables que influyen en el ajuste a los tratamientos de diálisis, están: (a) el rol de la familia, (b) las relaciones del paciente con los profesionales de la salud, (c) el tiempo que tiene el paciente en el tratamiento, (d) las estrategias de afrontamiento frente al manejo del estrés, (e) la edad, (f) el sexo, y (g) NSE.

1. El rol de la familia: Las respuestas de la familia al paciente y a sus tratamientos tienen una importancia fundamental en el ajuste a la diálisis, ya que puede evitar el suicidio, la depresión, la pena, etc.

2. Las relaciones del paciente con los profesionales de la salud: Involucra la calidad de las relaciones que los profesionales le ofrecen al paciente, debe haber un contacto íntimo con el paciente, ofrecerle apoyo contra el abandono del tratamiento, y deben evitar experiencias de complicación del paciente con el tratamiento.

3. El tiempo que tiene el paciente en el tratamiento: Se ha encontrado que mientras mayor es el tiempo en el tratamiento de los pacientes dializados mayor es la adecuación o nivel de adaptación al tratamiento que estos muestran (Calvanese, 1991). Esto mismo fue reportado por Joltkevitch y Sanz (1996) quienes observaron que mientras mayor era la duración del tratamiento, los pacientes presentaban menor cantidad de síntomas físicos, o los consideran de menor severidad, percibiendo mejor su estado de bienestar físico. Además, encontraron que el malestar subjetivo de los pacientes al iniciar el tratamiento, debido a la pérdida de la salud, cambios en el estilo de vida, la dependencia a la máquina y la amenaza de muerte, disminuían a medida que se incrementaba su permanencia de tiempo en el tratamiento.

4. Las estrategias de afrontamiento frente al manejo del estrés: Las personas que tienden a utilizar predominantemente la negación, les cuestan

más el ajuste a la enfermedad. Pues, no aceptan su condición de enfermos, impidiéndoles reorientar su vida en función de las limitaciones y restricciones que les impone la enfermedad.

5. La edad: Se ha encontrado que los pacientes más adaptados al tratamiento de hemodiálisis poseen un promedio de edad mayor o igual a 45 años (Calvanece,1991). Concordando con Joltkevitch y Sanz (1996) quienes encontraron que los pacientes jóvenes la condición de enfermedad genera mayor malestar psicológico, por las limitaciones que causa la enfermedad.

6. El sexo: Las mujeres tienden a presentar un estado de malestar físico y subjetivo más pronunciado que los hombres, pudiendo tener esto relación con la existencia de patrones sociales asociados al género sexual donde se le otorga a las mujeres más permiso para expresar de manera abierta sus sentimientos, en comparación con los hombres, a los cuales se les limita su expresión (Joltkevitch y Sanz, 1996).

7. El nivel socioeconómico: Como señala Rodin (1994) el bienestar psicosocial y el distrés emocional de las personas que sufren insuficiencia renal crónica terminal, se encuentra relacionado de manera significativa con la baja participación en trabajos remunerados, lo que conlleva a una situación financiera desfavorable en estos pacientes, por lo cual el NSE de los mismos se ve disminuido por los costos y el tiempo invertido en el tratamiento.

De esta forma podemos concluir, que el ajuste psicosocial se refiere al funcionamiento de los pacientes en diferentes áreas de su vida, y cuan eficaces son para sobrellevar los impactos que genera la enfermedad. Siendo la forma como el individuo percibe y enfrenta su enfermedad, conjuntamente con la variedad de recursos psicológicos, emocionales y socioeconómicos con los que

cuenta, los que determinarán su ajuste psicosocial a la insuficiencia renal crónica y a la hemodiálisis.

Entre esa variedad de recursos con los que cuenta el paciente, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son dos constructos que han sido ampliamente investigados en el campo de las enfermedades crónicas; siendo éstos útiles para explicar las diferencias en la calidad de vida percibida por ellos después que han sido diagnosticados (Pakenham, Dadds y Terry, 1994).

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1985; cps. Calvanese, 1991) las estrategias de afrontamiento le permiten al individuo dominar su entorno, minimizar, evitar o tolerar las condiciones estresantes, relacionándose con el ajuste psicosocial a la enfermedad.

Así, es relevante para este estudio, conocer las estrategias de afrontamiento que frecuentemente utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica hacia los factores estresantes de su enfermedad. Para de esta manera, observar cuales estrategias de afrontamiento son beneficiosas o perjudiciales en su ajuste psicosocial hacia la enfermedad y su tratamiento.

De igual manera, es importante evaluar las fuentes de apoyo social con las que cuentan los pacientes con insuficiencia renal crónica (pareja, familiares, amigos, profesionales de la salud, grupos de la comunidad), ya que éstos pueden contribuir favorablemente con los esfuerzos que realiza el paciente por cambiar el significado traumático de su condición, satisfacer las nuevas demandas que ésta le exige, y tolerar la ansiedad y depresión que se pueden desencadenar (Thoits, 1986).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

El estrés aparece cuando una persona vive circunstancias difíciles que exceden sus recursos y que amenazan su bienestar, como en el caso de las enfermedades crónicas.

En general, cuanto mayor es el nivel de estrés experimentado y los esfuerzos para hacerle frente, peor es la salud física del individuo y mayores las probabilidades de síntomas psicológicos. Inversamente, cuanto mayor es el dominio de la situación mejor es el estado de salud tanto físico como psicológico (Pervin, 1998).

El nivel de estrés experimentado por un sujeto va a depender de la evaluación que realice de su situación estresante, lo cual involucra dos procesos de apreciación: el primario, donde la persona evalúa la amenaza potencial; y el secundario, donde la persona evalúa qué es lo que puede hacer y si cuenta con los recursos potenciales para afrontar esas amenazas (Lazarus, 1996; cp. Pervin, 1998).

Amplíando este punto, Lazarus (1966; cp. Calvanese, 1991) describe que el proceso primario frente a una enfermedad crónica involucra factores como la naturaleza de la amenaza o daño, la percepción de probabilidad de rehabilitación, y la restauración del funcionamiento normal; pero, estas conductas se relacionan con las expectativas de control personal y la autoeficacia.

De acuerdo a este mismo autor, el proceso secundario incluye: (a) la evaluación física, (b) la evaluación social, (c) la evaluación material, y (d) la evaluación negativa.

a. La evaluación física: Referida a los recursos de salud.

b. La evaluación social: Referida al interés por el apoyo tanto informacional, instrumental y emocional; incluyendo a la familia, los amigos y los compañeros de trabajo.

c. La evaluación material: Referida a la situación de clase, disponibilidad económica y de equipos, estatus laboral.

d. La evaluación Negativa: Referida a las creencias y valores acerca de la salud, habilidades para la resolución de problemas, autoestima, y autoeficacia.

Así tenemos que, ante las situaciones estresantes las personas movilizan todos sus recursos para volver a un estado homeostático. Siendo las estrategias de afrontamiento, esos recursos ante las situaciones estresantes, las cuales pueden ser entendidas, como conductas que usan las personas para darle solución a sus problemas, con el objetivo de reducir o suprimir el estado de estrés, encontrar reforzamiento y equilibrio.

El afrontamiento se ha entendido como una reducción o supresión del estado de estrés (Sandín, 1995) o como una conducta de resolución de problemas que es realizada para brindar alivio, reforzamiento, reposo y equilibrio (Cassem, 1991).

En este mismo sentido, Lazarus y Folkman (1984; cps. Sandín, 1995) definieron el afrontamiento como los esfuerzos en curso, tanto cognitivos como conductales para manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona.

Estos autores concibieron al afrontamiento como un proceso, de tal manera, que las estrategias de afrontamiento pueden cambiar con el tiempo y en concordancia con los contextos situacionales en los cuales estos ocurren.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984; cps. Sandín, 1995) de esta definición se desprenden los siguientes principios:

1. El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. De esta manera, las estrategias de afrontamiento que usen las personas deben separarse de los resultados (adaptativos o no adaptativos), porque esto, va a depender de la interacción de múltiples factores como pueden ser las características de la situación y de las personas.

2. El afrontamiento depende del contexto, pues se trata de una aproximación orientada contextualmente, más que de una disposición estable, es decir, varia en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.

4. Existen dos formas de afrontamiento: (a) las localizadas en el problema, que buscan cambiar la relación ambiente - persona, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés; y (b) la forma de afrontamiento localizada en la emoción, que consiste en intentos por cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés se trata de regular las respuestas emocionales de éste.

5. La forma de afrontamiento que una persona adopta depende de la evaluación que ella haga respecto a que puede o no hacer algo para cambiar la situación. En este sentido, si la valoración de la condición estresante dice que puede hacerse algo (la condición estresante es controlable), predominarán las

estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema. En contraste, si la valoración de la condición estresante indica que la situación es incontrolable, predominarán las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción.

6. Aunque el valor de una estrategia de afrontamiento concreta depende del contexto en que se utilice, por lo general se considera que las estrategias centradas en el problema son más adaptativas que las emocionales (Lazarus, 1993). Como fue reportado en el estudio realizado por Pakeman, Dadds y Terry (1994) donde se encontró que las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema están asociadas con bajos niveles de distrés global y psicológico, en contraste con las estrategias centradas en la emoción, que se encuentran asociadas a un menor ajuste.

Pero existe amplia evidencia de que bajo ciertas condiciones, particularmente, en aquellas en las cuales no se pueden generar cambios en la situación, los esfuerzos por resolver los problemas en forma racional pueden ser contraproducentes. En las situaciones de estrés crónico, las estrategias enfocadas en la emoción pueden ofrecer un mejor afrontamiento (Lazarus, 1993).

Asimismo, Carver, Scheier y Weintraub (1989) afirman que dentro de las estrategias enfocadas en el manejo de la emoción pueden encontrarse dos grupos, aquellas cuya utilización da lugar a resultados adaptativos, como son: la reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación, el regreso a la religión, la focalización y expresión de emociones; y aquellas cuyo empleo sostenido en el tiempo da lugar a resultados desaptativos, como son: la negación, la liberación conductual, la liberación mental y la liberación hacia el alcohol y las drogas.

De esta manera, en el caso de las enfermedades crónicas, es de gran importancia el hecho de que la situación se encuentra caracterizada por una

baja controlabilidad por parte de las personas que la padecen, lo que genera grandes montos de estrés psicológico siendo mayor la probabilidad de generar síntomas psicológicos que afecten la salud física del individuo. Por ende, existirán mayores intentos por cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés tratando de regular las respuestas emocionales de éste, predominando las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

La utilización de estrategias emocionales, que tienden a ser lo más característico en este tipo de enfermedad, no llevarán necesariamente a predecir que el sujeto tenga un buen ajuste a la enfermedad, ya que se ha encontrado en las investigaciones anteriormente citadas (Pakeman, Dadds y Terry, 1994) y de acuerdo a las propuestas de Lazarus (1993) que generalmente, las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema promueven un mayor ajuste en el paciente.

Como se señalo anteriormente, la utilización de las estrategias de afrontamiento va a depender de la interacción de diversos factores tanto de la situación, como de las personas. Así, numerosas investigaciones han revelado que las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica, se ven afectadas por una serie de variables intrínsecas al sujeto y a su condición de enfermo, como: la duración del tratamiento, el sexo y el nivel socioeconómico.

De esta manera, se ha observado que las estrategias de afrontamiento se ven afectadas por la duración en el tratamiento de diálisis. En este sentido, Baldree, Murphy y Pavers (1982; cps. Calvanese, 1991) encontraron que los pacientes que estuvieron mucho tiempo en diálisis obtuvieron puntajes significativamente mayores en las estrategias orientadas al problema, que en las orientadas a la emoción, debido a que el incremento de la duración del

tratamiento va acompañado de intentos progresivos de ajuste que, mediante la movilización de mecanismos de afrontamiento y defensa, permiten a los pacientes que llevan largo tiempo en tratamiento mantener un bienestar afectivo significativamente superior al de aquellos que han ingresados recientemente (Joltkevitch y Sanz, 1996).

De igual manera, como reporta Aguilar (1997) las estrategias de afrontamiento se ven influidas por el sexo del sujeto, donde las mujeres evalúan la situación de forma más afectivamente que los hombres, expresando de manera más abierta sus emociones y tendiendo a ser más religiosas, por el contrario, los hombres tienden a enfrentar los eventos en formas más activa, reportan ser más planificadores y esperan por el momento oportuno para actuar correctamente.

Otra variable que afecta el uso de las estrategias de afrontamiento es el NSE del sujeto. De esta manera, McCrae (1984) propuso que el tipo de estatus socioeconómico que posee la persona determina la estrategia de afrontamiento a utilizar. Lo que ha sido corroborado por diferentes estudios, donde se plantea que los individuos de estratos socioeconómicos altos usan estrategias de afrontamiento más adaptativas, es decir, centradas en el problema y tienden a usar menos estrategias enfocadas en la emoción (Alea y Salcedo, 1995). De la misma manera, Menaghon (1983) plantea que las personas de NSE alto usan estrategias de afrontamiento que incluyen flexibilidad, escogencia lógica, caracterizándose éstas por ser enfocadas en el problema, tendiendo a usar menos estrategias de evitación o emocionales.

Carver, Sheier y Weintraub (1989) en función de la Teoría de Lazarus y Folkman, y su división de la estrategias de afrontamiento, en estrategias enfocadas en el problema y estrategias centradas en la emoción, desarrollaron un inventario de afrontamiento multidimensional para evaluar las diversas

formas en las cuales las personas responden ante el estrés. El inventario se encuentra constituido por catorce (14) subescalas que miden los diferentes aspectos del afrontamiento.

(a) Cinco (5) subescalas que miden diversos aspectos del afrontamiento enfocados en el problema:

-Afrontamiento activo: Que se refiere a las acciones y pasos concretos que realiza la persona para disminuir el evento estresante o sus consecuencias.

-Planificación: La cual se refiere a los pensamientos de cómo enfrentarse al evento estresante.

-Supresión de actividades competitivas: Implica concentrarse únicamente en la amenaza o desafío.

-Afrontamiento restringido: Se refiere a que el individuo espere el momento adecuado para actuar, mantenerse alejado en la retaguardia y no actuar prematuramente.

-Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: se refiere al afrontamiento de la situación por medio de la búsqueda de información, asistencia y consejo.

(b) Nueve (9) subescalas que miden diversos aspectos que pueden ser vistos como un afrontamiento centrado en la emoción:

-Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Implica la búsqueda de apoyo moral, simpatía y comprensión.

-Reinterpretación positiva y crecimiento: El afrontamiento está dirigido a manejar la tensión emocional, más que el evento en si mismo. Involucra considerar el evento estresante en términos positivos.

-Aceptación: Implica que el individuo reconozca que no podía haber hecho nada para cambiar la situación y que por ende, debe ajustarse a ella.

-Negación: Se refiere a los reportes del individuo que indican que este se niega a creer que la situación estresante existe o trata de actuar como sino existiera.

-Regreso a la religión: El individuo busca disminuir su malestar fijando su atención en la religión.

-Focalización y expresión de emociones: Implica que el individuo manifieste y ventile sus emociones de manera abierta.

-Liberación conductual: Se refiere a que el individuo reduzca los esfuerzos en el manejo de la situación, así como el hecho de que intente lograr metas con las cuales esté interfiriendo con el evento estresor.

-Liberación mental: Se refiere a una variedad de actividades que sirven para distraer a la persona en la dimensión conductual o meta con la cual interfiere el estresor.

-Liberación hacia el alcohol y drogas: Son referencias del individuo sobre la ingesta de alcohol y drogas, bien sea para no enfrentarse al problema, o para olvidarse de éste.

Para la presente investigación, se utilizó este instrumento para evaluar las dimensiones de afrontamiento, enfocadas en el problema y centradas en la emoción, en los pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica.

Otra variable, que de igual manera, se encuentra asociada con el manejo de situaciones estresantes, es el apoyo social. El cual ha sido definido como el conjunto de percepciones de los sujetos sobre la disponibilidad de fuentes de ayuda instrumentales, emocionales, e informativas de su entorno (Katz, 1995; cp. Pacheco y Suárez, 1997).

Según Alloway y Bebbington (1987) las redes de apoyo social reducen o amortiguan el impacto psicológico adverso que tienen los eventos estresantes que un individuo puede enfrentar en distintos momentos evolutivos. Además, los vínculos que el sujeto establece con grupos o individuos, especialmente los de carácter íntimo, pueden disminuir considerablemente el riesgo de desajuste emocional en respuesta al estrés intenso.

Dicha reducción o amortiguación que ejerce el apoyo social sobre los aspectos psicológicos, es explicado de igual manera por Pakenham, Dadds y Terry (1994). Así, han propuesto dos modelos alternativos para explicar los mecanismos a través de los cuales, el apoyo social se relaciona con las respuestas de ajuste a la enfermedad: (a) Modelo del amortiguamiento, y (b) Modelo de los efectos directos.

1. Modelo de amortiguamiento: Plantea que el apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés, potenciando así la adaptación del individuo. Puede reducir el impacto del estrés o eliminar o reducir el propio estresor, reforzando la capacidad del individuo para hacerle frente al estresor y atenuando la experiencia del estrés una vez que éste se ha puesto en marcha.

2. Modelo de los efectos directos: Este modelo plantea que el apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud incrementándola, y sobre el bienestar, independientemente del estrés.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, diversas investigaciones han reportado los beneficios que tiene el apoyo social en relación a las enfermedades.

Así, Cohen y Wilis (1985; cps. Pakenham, Dadds y Terry, 1994) han afirmado que la cantidad de apoyo y de redes sociales con que cuenta el paciente, tienen una relación directa con el bienestar psicológico (modelo de los efectos directos); mientras que la calidad o la clase de apoyo aportado por las redes, parece amortiguar los potenciales efectos patogénicos del estrés (modelo de amortiguamiento).

De esta forma se puede concluir que, el apoyo social favorece la salud, bien porque se relacione negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud, o bien porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno.

De igual manera, es importante señalar que no todo apoyo social es efectivo, ya que algunos esfuerzos para proveerlos pueden fallar y agravar las circunstancias estresantes (Calvanese, 1991). Por lo que, es necesario que el paciente perciba por parte de las personas que le brindan apoyo "entendimiento empático", entendido como empatía o simpatía por las similaridades con otros, tanto a nivel situacional como sociocultural. Además, las fuentes de apoyo deben ser percibidas como algo que incremente la autoestima, favorezcan la tolerancia y el manejo de la presión que generan las condiciones ambientales (Thoits, 1986).

En este mismo sentido, Martin, Gayla, Baron, Suls y Blanchard (1994) reportaron que el apoyo social inadecuado está implicado en la vulnerabilidad a diferentes trastornos, la supresión del sistema inmunológico, la prolongada rehabilitación después de la enfermedad, y los síntomas de distrés psicosocial.

Así, debido a que puede existir incongruencia entre las necesidades de apoyo social de los pacientes y las fuentes con las que cuentan actualmente para recibir este apoyo, se pueden producir insatisfacciones y mayor distrés, en

lugar de disminuirlo. Por lo que se concluye, que las conductas útiles de apoyo social varían de acuerdo a la circunstancia, al individuo y a los estresores involucrados.

Dada la condición de los pacientes con insuficiencia renal crónica, estos necesitan de varias formas de apoyo social, como lo son la familia, los amigos, y demás personas inmediatas.

Asimismo, ellos pueden encontrar dificultades en la obtención de un apoyo adecuado. Porque, esta enfermedad puede producir sentimientos de alienación y extrañeza por parte de los miembros familiares y amigos, así como, es frecuente que las malas concepciones acerca de la naturaleza infecciosa de una condición clínica, reduzcan la cantidad de apoyo social que recibe el paciente (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). Siendo estos factores los que disminuyen la cuantía y calidad del apoyo que puedan recibir estas personas.

Gran cantidad de investigaciones, han demostrado el impacto que tiene el apoyo social en estos pacientes. Así encontramos, que el apoyo familiar que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentra asociado con la supervivencia de estos, para la adaptación a los diferentes tratamientos. Igualmente, la ausencia de apoyo familiar parece ser un factor que incrementa el índice de suicidio en este tipo de pacientes (Blogett, 1992; Christensen, Wiebe, Smith y Tuner, 1994).

Además, la gran cohesión y expresividad de la familia, asociadas con una alta moral y un funcionamiento social adecuado, resultó ser más positivo para los pacientes hemodializados. Siendo estas características de la familia factores protectores de las consecuencias psicológicas que acarrea la enfermedad, originando que los pacientes tengan menos cambios en su

funcionamiento social durante la hemodiálisis (Dimond, 1979; cp. Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

En este mismo orden de ideas, Fishman y Scheneider (1972) realizaron un estudio con objeto de evaluar la relación entre el ajuste emocional del paciente, los familiares y el tratamiento de diálisis en casa. Los autores hallaron que los pacientes y familiares que manifestaron un pobre ajuste emocional después de una semana de tratamiento, mostraron más sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad y complicaciones físicas asociadas con la diálisis.

Por lo que, se concluye que el apoyo que pueden brindar los familiares es uno de los aspectos más importantes para que el paciente que sufre una enfermedad crónica, llegue a ajustarse tanto psicológicamente como socialmente.

De igual manera, se ha encontrado que el apoyo de los amigos es un factor relevante. Así, Heidenheim y Lindsay (1994) expresan que el apoyo social de los amigos, es uno de los recursos claves con los que el paciente en diálisis puede valerse para afrontar las demandas y disrupciones de la insuficiencia renal crónica terminal y la hemodiálisis. Asimismo, reportan que en la medida que las relaciones sociales del paciente puedan ser protegidas, enriquecidas y fortalecidas, el individuo podrá tolerar las más extremas exigencias de su situación.

A nivel general, estos dos tipos de apoyo (familiar y amigos) generan en el paciente mayores sentimientos de autovalia, de adecuación e incrementan la probabilidad de mejoría tanto a nivel físico, psicológico y social.

De la misma manera, que las estrategias de afrontamiento, el apoyo social que perciben, y que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica, se ve afectado por una serie de variables, como son: la edad, el sexo, y el tiempo en tratamiento.

Así, con relación al apoyo social y la edad del paciente, se ha encontrado que la reacción de la familia es diferente según la aparición de la enfermedad crónica sea temprana o tardía (Vidal y Alarcon, 1988). Lo cual fue profundizado por Calvanese (1991) quien reportó que a mayor edad de los pacientes hemodializados menor era la percepción y obtención de apoyo por parte de familiares y demás personas afines al paciente.

Asimismo, el tiempo que el paciente está en tratamiento también influye en el apoyo social, ya que a medida que el tiempo en diálisis se va incrementando se va presentando una disminución en la utilización y apreciación del apoyo de los amigos, los cuales se van alejando progresivamente, debido a que las oportunidades de interacción social de los pacientes se van decrementando, originado por sus limitaciones y malestares, aunque esto no sucede con el apoyo de familiares que se va incrementando a medida que avanza el tiempo en diálisis (Calvanese, 1991).

De esta manera, tenemos que aunque el apoyo social que pueden brindar la familia y los amigos son factores que favorecen la salud. En los pacientes con insuficiencia renal crónica, este último apoyo se ve decrementado, ya que estos se van alejando paulatinamente, lo cual puede afectar tanto la salud física como psicológica de las personas que sufren la enfermedad.

Con respecto a la relación entre el apoyo social y el sexo, Calvanese (1991) encontró que los pacientes masculinos adaptados a la enfermedad, percibían mayores niveles de apoyo, que las pacientes femeninas adaptadas, y

además, éstas le daban menor importancia al apoyo de los amigos. También se encontró que las pacientes femeninas no adaptadas consideraban el apoyo social no necesario en absoluto.

Las evidencias anteriormente presentadas, muestran claramente la relevancia del apoyo social para el ajuste psicosocial de los pacientes renales, tanto a los cambios físicos como psicológicos que produce su enfermedad, y su adherencia al tratamiento de diálisis.

RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EL APOYO SOCIAL, EL SEXO, NIVEL SOCIOECONÓMICO, LA EDAD Y LA DURACION EN EL TRATAMIENTO SOBRE EL AJUSTE PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA BAJO EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Diversos estudios han reportado la relación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el ajuste psicosocial a la enfermedad. En este sentido, Pakenman, Dadds y Terry (1994), en un estudio que examinó estas relaciones entre los estados del HIV, encontraron que las estrategias de afrontamiento tenían un efecto directo sobre el ajuste psicosocial, y que el apoyo social estaba más relacionado que las estrategias de afrontamiento con el ajuste psicosocial a la enfermedad.

Resultando que las estrategias de afrontamiento que involucraban mayor control y acción por parte de los individuos se asociaban con bajos niveles de distrés global y distrés psicológico producto de la enfermedad. En cambio, la percepción negativa de la situación se relacionó con pobres percepciones de la salud global. Con relación al apoyo social, se evidenció que el apoyo emocional estaba asociado con mejores estados de salud subjetivo y con un mejor ajuste social.

En otro estudio realizado por Heim, Valach y Schaffner (1997) donde se examinó la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adaptación psicosocial en pacientes con cáncer, a través de diferentes eventos clínicos. Evidenciándose que, las estrategias de afrontamiento de buscar y percibir apoyo emocional y social, la aceptación de la enfermedad y mantener un autocontrol sobre la enfermedad, llevaban a una buena adaptación. En

contraposición, los patrones de resignación y fatalismo, las actitudes de evitación - pasividad y la culpa llevaban a una pobre adaptación psicosocial.

En este mismo sentido, Peterson (1989) en un estudio que evaluó la minusvalía y el afrontamiento como predictores del ajuste psicosocial en la artritis reumatoide encontró que la búsqueda de información activa incrementa el afecto positivo en estos pacientes, considerando que las estrategias enfocadas en la emoción parecen incrementar el distrés.

En pacientes con insuficiencia renal crónica Calvanese (1991) encontró que los pacientes adaptados y los medianamente adaptados tendían a utilizar tanto las estrategias enfocadas en el problema, como las centradas en la emoción, específicamente planificación y afrontamiento activo, búsqueda de apoyo por razones emocionales y el regreso a la religión, pero los adaptados tendían a utilizar en mayor medida las estrategias enfocadas en el problema, y los medianamente adaptados y los no adaptados tendían a usar más las estrategias centradas en la emoción, preocupándose por la localización y expresión de las emociones.

Se puede concluir a partir de estos estudios que determinadas estrategias de afrontamiento (búsqueda de información activa, buscar y percibir apoyo social y emocional, aceptación de la enfermedad, mantener el autocontrol, optimismo y acción) se relacionan con bajos niveles de distrés, permitiendo un mejor ajuste psicosocial a la enfermedad, de la misma manera, se puede decir que el apoyo social dado en forma de apoyo emocional, y percibido de forma empática por los pacientes, se asocia con mejores estados de salud subjetivos, y por tanto, permiten un mejor ajuste a la enfermedad y al tratamiento.

Con respecto al tiempo en tratamiento, se ha encontrado que a mayor duración en este, mejor adaptación tenían los pacientes a la hemodiálisis (Calvanese, 1991), porque tienden a presentar menor cantidad de síntomas físicos, o los consideran de menor severidad (Joltkevitch y Sanz, 1996).

Asimismo, cuanto mayor es el tiempo en tratamiento, menor es la necesidad de utilizar el apoyo social de los amigos, más no de los familiares. El incremento en la duración del tratamiento también, va acompañado de intentos progresivos de ajuste mediante la movilización de mecanismos de afrontamiento, por lo que específicamente tienden a utilizar mayormente las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema que en la emoción, lo que les permite mantener un mejor bienestar (Calvanese, 1991; Joltkevitch y Sanz, 1996).

Para la edad se encontró que, a mayor edad era mejor la adaptación al tratamiento, esto probablemente se deba a que cuando el paciente es más joven la enfermedad les trunca la realización de su proyecto de vida generándoles mayor malestar psicológico subjetivo (Calvanese, 1991; Joltkevitch y Sanz, 1996).

Sin embargo, algunos pacientes de muy avanzada edad tienden a manifestar una peor percepción de calidad de vida, debido a que el envejecimiento los predispone a presentar enfermedades adicionales, que se suman a la insuficiencia renal crónica (Joltkevitch y Sanz, 1996; Sanz y Sanz, 1988).

Con la edad, también se tiene que a mayor edad los pacientes tendían a percibir y obtener menor apoyo social por parte de familiares y de las demás personas (Calvanese, 1991), debido a que los pacientes tienden a experimentar

aislamiento social y pérdida de la posición social, lo que los lleva a percibir más deterioro en su bienestar social (Joltkevitch y Sanz, 1996).

En la variable sexo se encontró que, las mujeres adaptadas al tratamiento tendían a utilizar en mayor proporción las estrategias centradas en la emoción, teniendo esto una relación con la existencia de patrones sociales asociados al género sexual donde se le otorga a las mujeres más permiso de expresar de manera más abierta sus sentimientos, por lo que, los hombres adaptados, utilizaban más las estrategias enfocadas en el problema (Calvanese, 1991; Joltkevitch y Sanz, 1996).

Además, los hombres adaptados al tratamiento percibían mayores niveles de apoyo que las pacientes femeninas, en cambio, las pacientes femeninas no adaptadas, consideraban el apoyo social como una variable no necesaria o que no la habían obtenido en forma satisfactoria (Calvanese, 1991).

Con relación al nivel socioeconómico, se tiene que el alto costo de los productos requeridos para llevar a cabo la diálisis amerita la intervención del Estado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los cuales son organismos que actualmente no se encuentran en condiciones de garantizar el suministro regular de estos productos. Situación que se convierte en un estresor significativo para los pacientes que no tienen los recursos para asistir a una clínica privada, ya que implica un incremento en la amenaza de muerte (Joltkevitch y Sanz, 1996).

A partir de los resultados encontrados en las investigaciones anteriormente señaladas, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la adecuación de un Modelo Estructural del ajuste psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica en el que se especificó la relación entre esta

variable y las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, NSE, la edad y la duración en el tratamiento. Dicho modelo se presenta en la figura 1:

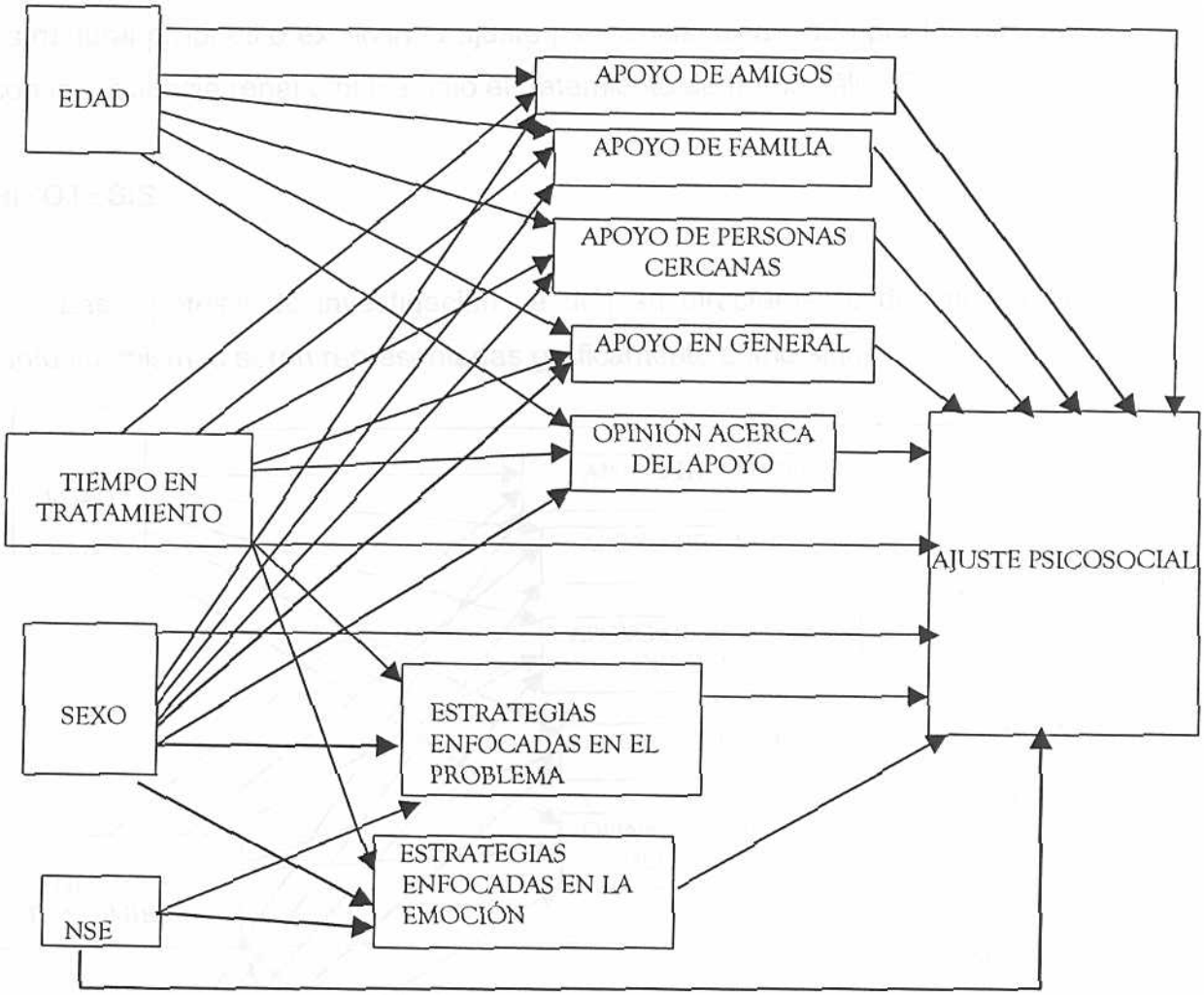


Figura 1: Modelo estructural del ajuste psicosocial propuesto en el presente estudio.

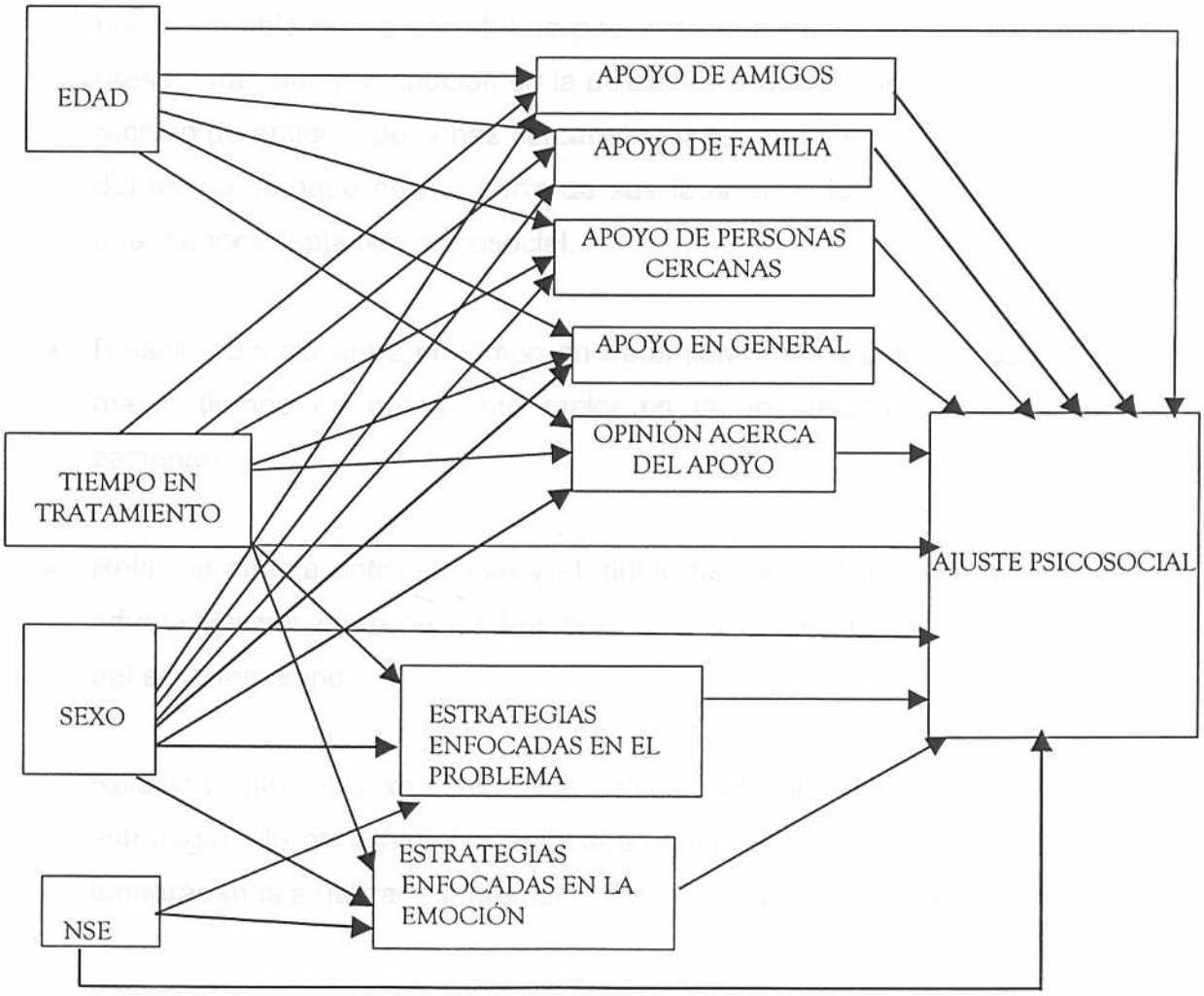
MÉTODO

PROBLEMA

¿En qué medida las relaciones teóricas planteadas en el modelo estructural propuesto explican el ajuste psicosocial alcanzado por los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis?

HIPÓTESIS

Las hipótesis de investigación se derivan directamente del modelo, por tanto las mismas serán representadas gráficamente como sigue:



De esta manera, tomando en cuenta las investigaciones anteriormente citadas, específicamente se pretende obtener los siguientes resultados, de acuerdo a las relaciones planteadas:

- Relación entre la edad y el ajuste psicosocial, moderada por la variable apoyo social: Los pacientes de mayor edad percibirán y obtendrán menos apoyo social, y en consecuencia presentaran un menor ajuste psicosocial.

- Relación directa entre la edad y el ajuste psicosocial: A mayor edad se espera que los pacientes muestren mejor ajuste psicosocial.

- Relación entre el tiempo en tratamiento y el ajuste psicosocial, moderada por la variable apoyo social: Los pacientes con mayor tiempo en diálisis presentarán una disminución en la utilización y apreciación del apoyo que reciben de amigos, personas cercanas, en general y en la opinión acerca del apoyo, aunque no por parte de sus familiares, lo que repercutirá en una menor adaptación psicosocial.

- Relación directa entre el tiempo en tratamiento y el ajuste psicosocial: A mayor tiempo en tratamiento mejor es la adaptación psicosocial del paciente.

- Relación directa entre el sexo y el ajuste psicosocial: Existirá una mejor adaptación por parte de los hombres en comparación con las personas del sexo femenino.

- Relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas hacia el problema: Los hombres tenderán más a utilizar estrategias enfocadas en el problema, permitiendo

un mejor ajuste psicosocial. Esperándose lo contrario en las pacientes femeninas.

- Relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por uso de estrategias centradas en la emoción: Las mujeres tenderán a utilizar más estrategias centradas en la emoción, por lo que se verá afectado su ajuste psicosocial. Esperándose lo contrario en los pacientes masculinos.

- Relación directa entre NSE y ajuste psicosocial: Los pacientes con mayor NSE tendrán un mayor ajuste psicosocial que los de menor NSE.

- Relación entre el NSE y el ajuste psicosocial, moderada por el uso de estrategias centradas en la emoción: Los pacientes de mayor NSE tenderán a usar menos estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que los pacientes con menor NSE y por ende, los primeros tendrán mayor ajuste psicosocial.

- Relación entre el NSE y el ajuste psicosocial, moderada por el uso de estrategias centradas en el problema: Los pacientes de mayor NSE tenderán a utilizar mayor cantidad de estrategias centradas en el problema que los pacientes de bajo NSE y por ende, los primeros tendrán mayor ajuste psicosocial.

- Relación entre el tiempo en tratamiento y el ajuste psicosocial, moderada por el uso de estrategias centradas en el problema: Los pacientes con mayor tiempo en tratamiento utilizarán mayor cantidad de estrategias centradas en el problema y tendrán mayor ajuste psicosocial, que los pacientes con menor tiempo en tratamiento, ya que estos últimos utilizarán en menor medida estrategias centradas en el problema y por ende, tendrán un peor ajuste psicosocial.

- Relación entre el tiempo en tratamiento y el ajuste psicosocial, moderada por el uso de estrategias centradas en la emoción: Los pacientes con mayor tiempo en tratamiento utilizarán menos estrategias centradas en la emoción, lo que permitirá un mayor ajuste psicosocial que los pacientes con menor tiempo en tratamiento, ya que estos últimos utilizarán en mayor medida estas estrategias y por ende, tendrán un menor ajuste psicosocial.

- Relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por el apoyo social: Los pacientes masculinos con mayor ajuste psicosocial tenderán a percibir mayores niveles de apoyo social que las pacientes femeninas adaptadas y estás le darán menos importancia al apoyo de los amigos que los varones. Las pacientes femeninas no adaptadas tenderán a considerar el apoyo social, como una variable no necesaria o que no la han obtenido de alguna manera en forma satisfactoria.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

En el modelo se incluyen variables exógenas y endógenas.

Variables exógenas:

1.- Edad:

Edad cronológica del paciente para el momento de la investigación. Se considera como la diferencia entre la fecha de nacimiento del paciente y la fecha de evaluación, medida en años.

2.- Tiempo en Tratamiento:

Lapso temporal en meses transcurrido desde la fecha de inicio del tratamiento de diálisis (hemodiálisis) hasta la fecha en que se realiza la administración de los instrumentos de investigación.

3.- Sexo:

"División biológica de los animales y los organismos humanos con base a su papel reproductivo" (Wolman, 1996, p.297). En este sentido se trabajará con pacientes, tanto del género sexual masculino, como femenino.

4.- Nivel Socioeconómico:

Definición Conceptual: Posición o estatus que alcanza un individuo en la sociedad de acuerdo a los recursos económicos que posee (Pereira y Rodriguez, 1996).

Definición Operacional: Puntaje obtenido por los pacientes en la Escala Graffar de Nivel Socioeconómico, en la que se explora el nivel de instrucción del paciente, así como la profesión del jefe de la familia, la procedencia principal de fuente de ingresos de la familia, y el tipo de vivienda que habitan (Anexo B.1).

Variables endógenas:

1.- Estrategias de Afrontamiento:

Definición Conceptual: Lazarus y Folkman (1984; cps., Sandín, 1995) definen el afrontamiento como los esfuerzos en curso, tanto cognitivos, como conductuales para manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona.

Definición Operacional: Puntaje obtenido en las dimensiones del Cuestionario de Afrontamiento original de Carver, Weintraub y Scheier (1989) y adaptado al castellano por la Sección de Psicofisiología y Conducta Humana de la Universidad Simón Bolívar (Anexo B.2): (a) afrontamiento enfocado en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, retraimiento, y búsqueda de apoyo social instrumental; (b) afrontamiento centrado en la emoción: búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, y regreso a la religión, focalización y expresión de emociones, liberación conductual, liberación mental, y liberación hacia el alcohol y droga.

2.- Apoyo Social:

Definición Conceptual: Conjunto de percepciones de los sujetos sobre la disponibilidad de fuentes de ayuda instrumentales, emocionales e informativas en su entorno (Katz, 1995; cp. Pacheco y Suárez, 1997).

Definición Operacional: Puntaje obtenido en cada uno de los cinco factores de la adaptación al castellano del cuestionario de apoyo social elaborado en el año de 1987 por Dunn y cols. (Katz, 1995; cp. Pacheco y Suárez, 1997), realizada por la Sección de Psicofisiología y Conducta Humana de la Universidad Simón Bolívar (Anexo B.3), cuyos factores son: (a) apoyo de amigos, (b) de personas cercanas o próximas, (c) de la familia, (d) apoyo en general y (e) opiniones acerca del apoyo.

3.- Ajuste Psicosocial:

Definición Conceptual: Eficacia funcional de un individuo en los distintos roles que ejerce en su vida (Derogatis y López, 1983).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS - SR) elaborada por Derogatis (1977) y

traducida por Belgiovane y Hernández (1994), según la cual a mayor puntaje mayor nivel de desajuste, y viceversa (Anexo B.4).

DISEÑO MUESTRAL

La población de esta investigación estuvo constituida por todos los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis que asisten a diversos Centros de Nefrología de los Hospitales ubicados en el Área Metropolitana de Caracas. De entre esta población los sujetos fueron seleccionados a partir de un muestreo accidental, el cual consistió en tomar las muestras que se tienen a la mano (Kerlinger, 1988). De esta manera, la muestra estuvo conformada por 214 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a los Centros de Hemodiálisis siguientes: Unidad de Hemodiálisis Riverside, Hospital de Clínicas Caracas, Clínica Razzetti y Clínica Loira.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se pretendió estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, NSE, la edad, el tiempo en el tratamiento, y el ajuste psicosocial a la insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, no teniendo lugar la manipulación experimental de estas variables. Adicionalmente, la investigación se llevó a cabo en el ambiente en el cual se desarrollan los fenómenos, por lo que la presente investigación puede ser enmarcada dentro de las no experimentales y de campo.

En este sentido, Kerlinger (1988) plantea que una investigación no experimental es aquella que consiste en una indagación empírica y sistemática

en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre las variables se hacen, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes.

Asimismo, la presente investigación es considerada un estudio de campo por estar dirigida a descubrir las relaciones e interacciones entre las variables psicológicas en estructuras sociales reales (Kerlinger, 1988).

Según el objetivo perseguido por la investigación se clasifica como una investigación explicativa, ya que tiene como propósito evaluar la adecuación de un modelo estructural que pretende explicar el ajuste psicosocial alcanzado por los pacientes con insuficiencia renal crónica (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

El diseño a ser utilizado en el presente estudio puede ser clasificado dentro de los diseños estadísticos o de grupo, dado que la estrategia de recolección de datos es de tipo transversal, la "n" de la muestra seleccionada es mayor que 1, el tipo de análisis es estadístico, y el modelo que subyace es de tipo estructural (Peña, 1992).

Con respecto al modelo propuesto, éste se incluye dentro de los denominados modelos estructurales, los cuales según Robles (1992; cp. García, 1994), representan un conjunto de técnicas cuantitativas para la reducción de ecuaciones simultáneas, resultantes de un modelo causal que incluye las variables observadas y/o latentes. Se debe destacar que, aún cuando se les han denominado "modelos causales", los mismos no establecen causalidad en el sentido estricto del mismo, más bien son utilizados en la representación y contrastación de hipótesis causales, en forma de predicción

que sugieren la dirección de las relaciones entre las variables, así como, los efectos de unas sobre los otras, que al ser contrastados, verifican o no el ajuste del modelo que establece dichas predicciones (García, 1994).

INSTRUMENTOS

1. Cuestionario de Afrontamiento:

El Cuestionario de Afrontamiento (1989) es un instrumento creado por Carver, Weintraub, y Scheier, cuyo propósito es evaluar las disposiciones de afrontamiento de los sujetos ante situaciones estresantes generales.

Es una escala para adultos autoadministrada y que puede ser aplicada en forma grupal. Su tiempo de aplicación se encuentra entre 10 a 14 minutos.

Este Cuestionario fue construido dentro del enfoque conceptual propuesto por Lazarus y Folkman, pero considerando la reformulación realizada por Carver, Weintraub y Scheier (1989), según la cual el proceso de afrontamiento comprende una variedad de dimensiones, algunas de las cuales se ajustan al llamado estilo de afrontamiento enfocado en el problema, otras tantas al estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

A partir de está escala se obtienen 14 categorías o factores de afrontamiento al estrés, las cuales son distintas conceptualmente. Algunas de las dimensiones están basadas sobre argumentos teóricamente específicos acerca de las propiedades funcionales de las estrategias de afrontamiento, y otras incluidas por resultados de investigaciones previas en las que se ha hallado que estas tendencias de afrontamiento pueden ser de valor o utilidad, o por el contrario impedir el afrontamiento adaptativo.

De esta manera, los factores que constituyen el Cuestionario de Afrontamiento son las siguientes:

1. Afrontamiento Activo: Se refiere a las acciones y pasos concretos para tratar de disminuir el evento estresante o disminuir sus efectos. Lo cual incluye la acción directa, incrementar los esfuerzos de uno y ejecutar un afrontamiento que vaya paso a paso (ítems: 1, 11, 23 y 53).

2. Planificación: Se refiere a los pensamientos de cómo enfrentarse al evento estresante. Involucra el regirse por estrategias de acción, pensar acerca de los pasos que deben seguirse y cómo manejar el problema, además de pensar en las alternativas para resolver el problema (ítems: 2, 20, 37 y 48).

3. Supresión de actividades competitivas: Implica poner otras actividades y proyectos de un lado, tratar de evitar el desastre con otros eventos, incluso ahondar sobre algunas cosas si es necesario para concentrarse únicamente en la amenaza o desafío (ítems: 6, 9, 27 y 49).

4. Afrontamiento restringido: Se refiere a que un individuo espera la oportunidad o momento adecuado para actuar, mantenerse alejado en la retaguardia y no actuar prematuramente (ítems: 18, 35, 44 y 45).

5. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Implica la búsqueda de información, asistencia o consejo. Está más orientado a una búsqueda de ayuda para resolver el problema (ítems: 4, 28, 34 y 46).

6. Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Se refiere a la búsqueda de apoyo moral, simpatía y comprensión. Está más orientada a la búsqueda de ayuda para reducir el distrés emocional (ítems: 17, 19, 36 y 47).

7. Reinterpretación positiva y crecimiento: Considerada como una reevaluación positiva, el afrontamiento está dirigido a manejar la tensión emocional, más que el evento en sí mismo. El individuo considera al evento estresante en términos positivos como una oportunidad para aprender y crecer; lo cual le permite luego un tipo de afrontamiento activo (ítems: 8, 22, 24 y 25).

8. Aceptación: Opuesto a la negación, con esta estrategia el individuo reconoce que no podía haber hecho nada para cambiar la situación y trata de adaptarse a ella (ítems: 7, 10, 26 y 38).

9. Regreso a la religión: A través de esta estrategia el individuo busca aminorar su malestar fijando su atención en la religión y figuras religiosas (ítems: 12, 16, 33 y 37).

10. Focalización y expresión de emociones: El individuo experimenta, manifiesta y ventila sus emociones de manera abierta (ítems: 15, 21, 32 y 50).

11. Negación: Se refiere a los reportes del individuo de rehusarse a creer que el evento estresante existe o trata de actuar como si el problema no existiera (ítems: 3,13, 30 y 39).

12. Liberación conductual: Se refiere a la reducción de los esfuerzos de uno en el manejo del evento, así como, intentar lograr metas con las cuales esté interfiriendo el estresor. Considerada como el fenómeno de desesperanza (ítems: 14, 41, 42 y 52).

13. Liberación mental: Ocurre a través de una variedad de actividades que sirven para distraer a la persona de pensar en la dimensión conductual o

meta con la cual interfiere el estresor. Actividades que mantienen ocupada la mente y alejada del problema, por ejemplo: ver TV, dormir, soñar despierto (ítems: 5, 29, 40 y 43).

14. Liberación hacia el alcohol y las drogas: son referencias del individuo sobre la ingesta de alcohol y drogas, bien sea para no enfrentarse al problema, o bien para olvidarse de él (ítem: 31).

Tomando en cuenta la clasificación propuesta por Lazarus y Folkman, estas dimensiones para fines del objetivo de investigación, se reagruparon en:

- Estrategias enfocadas al problema, incluyen: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento restringido, y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.

- Estrategias centradas en la emoción, incluyen: búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, regreso a la religión, focalización y expresión de emociones, liberación conductual, liberación mental, negación y liberación hacia el alcohol y drogas.

La versión del instrumento que se utilizará en el presente estudio, es la adaptación al castellano hecha por la Sección de Psicofisiología y Conducta Humana de la Universidad Simón Bolívar, la cual está constituida por 53 afirmaciones. Cada una de ellas acompañada de una escala de tipo liker de medio punto, que va desde cero (0) hasta tres (3). La tarea de los sujetos consiste en evaluar lo que hace o siente generalmente cuando experimenta eventos estresantes, marcando cero (0) cuando usualmente no hace o siente lo expresado en la afirmación, y tres (3) cuando usualmente hace o siente lo expresado en la afirmación con mucha frecuencia (Anexo B.2).

En lo que respecta a la confiabilidad del instrumento, este posee un coeficiente de consistencia interna para el test total, obtenido a partir del Alpha de Cronbach de 0, 855. El índice de confiabilidad obtenido a partir del método de división por mitades de Spearman - Brown es de 0,84; concluyéndose que el instrumento muestra confiabilidad adecuada para ser usado en la medición del afrontamiento al estrés, la cual fue obtenida en una muestra de 288 sujetos adultos de ambos sexos (Guarino 1991; cp. Calvanece, 1991).

Con respecto a la estimación de la validez de dicha escala, se realizó el análisis de los ítems contenidos en el instrumento a través del cálculo de las correlaciones entre éstos y los diferentes subtest (dimensiones) mostrando correlaciones positivas superiores a 0,75 ($p < 0, 001$) entre cada dimensión y los ítems que la representan (Guarino 1991; cp. Calvanece, 1991).

Igualmente, Duran e Ibarra (1998) estimaron la confiabilidad y la validez del instrumento en un grupo de estudiantes de nivel socioeconómico bajo, obteniendo un coeficiente de contabilidad de división por mitades (Corrección Spearman - Brown) de 0,7371.

Estos mismos autores, para la estimación de la validez utilizaron dos fuentes: (a) la validez de contenido, sin indicador cuantitativo y (b) la consistencia interna de la prueba, cuyos indicadores son las intercorrelaciones entre las dimensiones y las reagrupaciones de estas dimensiones, donde encontraron correlaciones significativas y de magnitud media y media alta entre aquellas estrategias de afrontamiento pertenecientes a una misma escala, obteniéndose correlaciones positivas superiores a 0,40 ($p< 0,05$), y por otro lado, las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las escalas globales a las cuales no pertenecían fueron bajas y no significativas, concluyéndose por estos resultados que el instrumento de medida de esta variable posee una adecuada validez interna.

Para los fines de la presente investigación, se tomó la clasificación propuesta por Lazarus y Folkman de las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y centradas en la emoción, utilizándose para realizar los análisis estadísticas, los puntajes brutos de cada una de estas dimensiones.

2. Cuestionario de Apoyo Social:

El Cuestionario de Apoyo Social de Dunn y cols. (1987; cps. Pacheco y Suárez, 1997) es un instrumento que permite determinar el valor del apoyo percibido de cinco (5) fuentes diferentes de apoyo: (a) apoyo de amigos, (b) apoyo de personas cercanas o próximas, (c) apoyo de la familia, (d) apoyo en general y (e) opiniones acerca del apoyo.

La versión que se utilizará en esta investigación es la versión adaptada al castellano por la Sección de Psicofisiología y Conducta Humana de la Universidad Simón Bolívar, la cual consta de 24 afirmaciones acerca de las relaciones que sostienen los sujetos con las personas que lo rodean. Ante cada una de las afirmaciones el sujeto debe contestar "Si" o "No" las marcas dependiendo si la afirmación en cuestión se ajusta o no a su caso particular (ver Anexo B.3).

El Cuestionario de Apoyo Social está conformado por cinco (5) factores o subescalas que fueron encontradas por Dunn y en la adaptación del instrumento a la población venezolana realizada por Guarino y Feldman (1995), que representan las diferentes fuentes de apoyo que puede recibir una persona en un momento determinado frente a una situación estresante:

- Apoyo de amigos (ítems: 1, 8,18 y 23).
- Apoyo de personas cercanas o próximas (ítems: 4, 14, 19, 13 y 22).
- Apoyo de la familia (ítems: 2, 5, 10, 17, 20 y 24).
- Apoyo en general (ítems: 6, 7, 9,13,15,16 y 21).
- Opiniones acerca del apoyo (ítems: 3, 11 y 12).

Para este cuestionario se obtiene tanto un puntaje total como por factores.

Los ítems 3, 7, 12, 16 y 21 se puntúan inversamente cuando son corregidos, es decir, si responde "No" se deberá puntuar como "Si". El rango de respuestas (1 - 0) supone la presencia - ausencia (Si - NO) de la proposición evaluada (Moral, 1995).

El nivel de consistencia interna obtenido para el instrumento, a partir del Alpha de Cronbach, es de 0,776. La confiabilidad a través del método de división por mitades es de 0,786; obtenida en una muestra de 309 sujetos adultos de ambos sexos, considerándose ambos índices como indicativos de confiabilidad del instrumento aceptable (Guarino; 1991; cp. Calvanece, 1991).

El análisis de los ítems presenta correlaciones significativas a un nivel $p < 0,01$ ($r= 0,50$ a $0,70$), lo que indica una buena representatividad de las subescalas con respecto de cada uno de los ítems (Guarino; 1991; cp. Calvanece, 1991).

Pacheco y Suárez (1997) realizaron un análisis de confiabilidad y una validez de constructo de este instrumento con estudiantes universitarios, donde se obtuvo un coeficiente de Alfa de Crombach de 0,89, lo cual se considera una consistencia interna alta. Para la validez de constructo, realizaron un análisis

factorial de la prueba, obteniéndose tres factores que explicaban el 49% de la varianza total.

Moral (1995) realizó un análisis factorial en donde se revelaron cuatro factores, que explican el 55% de la varianza, los cuales se organizaron en tres subescalas: General, Familia, Pares (Cercanos y Amigos). Los Alfa de Crombach para estos resultaron 0.73, 0.87 y 0.91.

Para los requerimientos de la investigación, se trabajó con los cinco factores que se obtienen a través del presente Cuestionario y para los análisis se trabajó con los puntajes brutos, para cada uno de estos factores.

3. Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS - SR):

La Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad es la versión en español realizada por Belgiovane y Hernández (1994) del Psychological Adjustment to Illness Scale - Self Report (PAIS - SR), diseñada por Derogatis en 1977 (cp. Belgiovane y Hernández, 1994).

El objetivo de esta escala es evaluar la calidad del ajuste psicosocial del paciente (pacientes médicos, no psiquiátricos) a determinadas enfermedades o a sus efectos residuales. Entendiendo por ajuste psicosocial la eficiencia funcional de un individuo en los distintos roles que ejercen en su vida (Derogatis y López, 1983).

De esta manera, el ajuste psicosocial se concibe como un constructo multidimensional que incluye varias variables relevantes para el ajuste psicosocial, como son: la orientación hacia el cuidado de la salud (8 ítems), entorno vocacional (6 ítems), entorno doméstico (8 ítems), relaciones sexuales

(6 ítems), relaciones con la familia extendida (5 ítems), entorno social (6 ítems) y el malestar psicosocial (7 ítems).

La evaluación del nivel de ajuste psicosocial se lleva a cabo mediante 46 ítems, cada uno relacionado con un síntoma específico. A su vez, cada ítem agrupa cuatro afirmaciones que indican el grado de ajuste o desajuste del individuo a esa área. Mediante autoevaluación, el sujeto debe indicar, en la serie de afirmaciones, cuál es la que se asemeja a su estado o nivel de funcionamiento durante los últimos treinta días (ver Anexo B.4). Las afirmaciones reciben una puntuación que va desde cero (para la menor severidad del síntoma), hasta tres (para la mayor severidad), y se obtiene el puntaje total de la escala sumando el valor de cada ítem, resultando una puntuación bruta.

La interpretación de tales resultados, se llevo a cabo tomando en cuenta que a mayor puntaje bruto, menor es el ajuste psicosocial que posee el paciente a su enfermedad y al tratamiento, por el contrario un menor puntaje indica mayores niveles de ajuste psicosocial por parte del paciente.

La medición de este constructo y sus componentes, fue desarrollada a través de una combinación de procedimientos racionales - deductivos y empíricos - analíticos. Así, estos componentes han sido identificados repetidamente en diferentes investigaciones por presentar una alta relevancia predictiva con relación al ajuste a la enfermedad (Derogatis, 1984; cp. Belgiovane y Hernández, 1994).

Belgiovane y Hernández (1994) determinaron la confiabilidad de la escala a través del método de consistencia interna, siendo su consistencia interna alta, presentando un promedio de 0,81. Asimismo, obtuvieron indicadores referidos a la confiabilidad entre evaluadores. De acuerdo, con las

magnitudes de los coeficientes, el acuerdo entre los juicios clínicos en la mayoría de las áreas se ubicó dentro de unos rangos bastantes aceptables (0,34 - 0,86).

Con relación a la validez, estos autores obtuvieron indicadores de validez estructural mediante la aplicación de técnicas de análisis factorial, confirmándose las áreas hipotetizadas.

También se examinaron las correlaciones entre las áreas y el puntaje total de la escala, encontrándose un patrón consistente de bajas correlaciones entre escalas concomitantes y una alta correlación con el puntaje total de la escala. Según Derogatis (1990; cp. Belgiovane y Hernández, 1994) este patrón de relaciones entre los componentes del test, constituyen una aproximación óptima y sugiere un potencial de medida muy promisorio.

Asimismo, se han obtenido indicadores de validez predictiva. En un estudio realizado por Kaplan - DeNour (1982; cp. Belgiovane y Hernández, 1994) se contrastó el acuerdo entre el puntaje obtenido en la PAIS - SR por pacientes en diálisis y la posterior impresión del médico tratante, obteniéndose como resultado un mayor poder predictivo del test. Por su parte, Folks y cols. (1988; cp. Belgiovane y Hernández, 1994), llevaron a cabo un estudio donde se obtuvo una mayor validez al predecir niveles de depresión post - quirúrgica en 410 pacientes coronarios a quienes se les colocó un by - pass. Estos investigadores afirman que mediante el uso del PAIS, se puede predecir con un ochenta por ciento (80%) de certeza, cuáles serán aquellos pacientes que tendrán un "ajuste pobre" a la enfermedad, definido en el PAIS por un puntaje total de más de 55 puntos.

Finalmente, en Venezuela Belgiovane y Hernández (1994), realizaron una validación por expertos, con el propósito de que estos evaluaran la escala y

realizaran un análisis del contenido de la misma para corroborar que sus ítems resultaban válidos para la medición del ajuste psicosocial en pacientes venezolanos con cáncer y en tratamiento con quimioterapia.

La muestra de evaluadores estuvo constituida por ocho psicólogos: siete de ellos especialistas en el área de "psicología de la salud" y una en "psicometría".

Los resultados reportaron un alto acuerdo entre los jueces, quienes coincidieron al considerar a esta escala como válida para la evaluación del ajuste psicosocial en pacientes cancerosos, y en tratamiento con quimioterapia, de la población venezolana.

Específicamente, para fines de la presente investigación se tomará en cuenta el ajuste psicosocial como un constructo unitario, para hacer más parsimonioso el modelo a contrastar. Trabajándose con los puntajes totales brutos para la realización de los cálculos estadísticos, para esta variable.

4. Escala Graffar de Nivel Socioeconómico:

La Escala Graffar (ver Anexo B.1) permite obtener un puntaje total que representa el nivel socioeconómico del sujeto. Consta de cuatro preguntas con cinco alternativas de respuesta para cada una. Las áreas son las siguientes:

- Profesión del jefe de familia.
- Nivel de instrucción de la persona.
- Nivel de instrucción de la madre (o del padre según el que conteste la escala).
- Fuente de ingreso familiar.
- Condiciones de la vivienda familiar.

El puntaje para cada área o pregunta va de 1 a 5, comenzando con 1 en la primera alternativa. Para responder a la escala el sujeto debe marcar con una "X" la alternativa que más se ajusta a su posición.

El puntaje total se obtiene sumando las cifras de los elementos escogidos por la persona en cada pregunta, el cual corresponde a determinado nivel socioeconómico, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Puntaje	Estrato	Nivel
4 - 6	1	Alto
7 - 9	2	Medio - Alto
10 - 12	3	Medio - Bajo
13 - 16	4	Obrero
17 - 20	5	Marginal

Para satisfacer los requerimiento de la repartición 70 / 30 de la variable NSE, se efectuó la siguiente clasificación: de 4 a 11 puntos para calificar en el NSE alto y de 12 a 20 puntos para calificar en el NSE bajo.

PROCEDIMIENTOS

Los pasos que se siguieron para la realización de esta investigación fueron los siguientes:

- Se visitó a cuatro Centros de Hemodiálisis del Área Metropolitana de Caracas: Unidad de Hemodiálisis Riverside, Hospital de Clínicas Caracas, Clínica Razzetti, y la Clínica Loira, donde se tuvo una reunión con los Directores de estos centros para obtener el permiso para trabajar con los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que son atendidos en estos centros; solicitando

estas instituciones para poder trabajar en ellas, una copia del anteproyecto del trabajo de grado, una carta del Director de la Escuela de Psicología, y una carta para resguardar la confidencialidad de la información que nos daban los pacientes.

- Una vez obtenidos los permisos para realizar el trabajo de campo en estos centros de Hemodiálisis, se dispuso a comenzar la administración de los cuestionarios, de esta manera, individualmente nos acercábamos a cada paciente y le explicábamos que éramos estudiantes del último año de Psicología, que nos encontrábamos en este momento realizando nuestro trabajo de grado, y que por esto estábamos haciendo una investigación con pacientes que tuvieran Insuficiencia Renal Crónica bajo el tratamiento de Hemodiálisis, después, le preguntábamos si querían colaborar con nuestro trabajo contestándonos unos cuestionarios, y si aceptaban, les pasábamos inmediatamente los cuestionarios de forma individual, lo que nos llevaba aproximadamente 20 minutos con cada paciente.

Los cuestionarios fueron pasados de forma individual, pues estos pacientes presentaban diversas limitaciones que les impedían a ellos mismos responder, ya que muchos no sabían leer, o presentaban otros problemas físicos asociados a la enfermedad.

- Finalizada la recolección de los datos, procedimos a realizar los análisis estadísticos pertinentes, mediante el programa estadístico SPSS versión 7.5, y para culminar el trabajo de investigación se prosiguió con la elaboración de la discusión y la conclusión de lo que se encontró en los análisis de los datos, especificando los hallazgos obtenidos, recomendaciones y limitaciones presentadas.

En la presente investigación se usó para analizar los datos, el análisis de ruta el cual es una forma de análisis de regresión múltiple, que permite calcular las influencias directas e indirectas de variables independientes en una variable dependiente propuesta en un modelo estructural (Kerlinger, 1988).

Este método depende de la combinación del conocimiento acerca de los grados de correlación entre las variables de un sistema y el conocimiento que pueda tenerse de sus correlaciones causales (Wright, 1921; cp. Sierra Bravo, 1985).

Existen dos tipos de análisis de ruta, uno cuantitativo o estadístico y otro de naturaleza visual.

El análisis cuantitativo, se realiza a través del método de regresión múltiple, el cual según Kerlinger (1988) es un tipo de análisis multivariable en el que se pretende predecir el valor de una variable dependiente a partir del conocimiento de los valores de dos o más variables independientes. Así, se pretende clarificar las interacciones entre las variables y calcular las diversas influencias de distintas variables independientes sobre las dependientes, determinando qué parte de las correlaciones entre ellas se deben a asociaciones directas de las mismas y cuál puede explicarse por efectos indirectos. Como estimadores de estos efectos se emplean los coeficientes de correlación y regresión múltiple, tales como los coeficientes "Beta" (estandarizados) y/o los coeficientes "b" (no estandarizados).

Los coeficientes beta son análogos a lo que dentro del análisis de ruta se denomina como coeficiente de Wright, los cuales son parámetros que representan la relativa influencia de las diferentes variables sin contaminación de las varianzas producidas por las otras variables del modelo.

Con respecto al análisis visual, se realiza a través del diagrama de senderos (Path diagram), el cual es un dibujo mediante el que se representan gráficamente las relaciones que se supone que existen entre las variables. Así, se distinguen tres variables concernientes al modelo: endógenas, exógenas y residuales. Las variables exógenas no dependen de ninguna otra variable dentro del modelo, y son análogas a las denominadas en la investigación básica como variables independientes. Las variables residuales son incluidas bajo el supuesto de que en los modelos existen factores no observados que no han sido incluidos dentro del modelo y que posiblemente expliquen la varianza de la(s) variable(s) endógena(s) no explicada por las variables del modelo, asimismo incluye los posibles errores de medición de las variables (Sierra Bravo, 1985).

Dentro del diagrama de ruta, la relación entre las variables es representada por medio de flechas rectas unidireccionales, las cuales parten de la variable que influye y termina en la variable influida (Sierra Bravo, 1985). De esta forma, es posible seguir el efecto de cada variable a través de las demás hasta llegar a la variable que en última instancia se está tratando de explicar. En este sentido, de acuerdo a este mismo autor, en el análisis de ruta se distinguen tres tipos de efectos: total, directo e indirecto.

El efecto total es la correlación de orden cero entre dos variables y representa el efecto conjunto de una variable sobre otra variable dependiente de ella a través de todos los caminos directos e indirectos posibles. El efecto indirecto es igual al coeficiente de Wright, siendo el directo la diferencia entre el coeficiente de correlación de orden cero y el coeficiente de Wright.

La bondad de ajuste del modelo, con relación a los datos, debe analizarse según Lanz (1970; cp. Jiménez, 1991) de acuerdo a ciertos criterios que permitirán aceptar o rechazar el modelo construido. Los criterios son:

- Que la magnitud de la variación de las variables dependientes, sea mayormente explicada por las variables independientes a través de los coeficientes de determinación (R^2). A su vez, el resto de la variación debe ser explicada por la variable residual, obtenida a través del Coeficiente de Alienación ($CA= \sqrt{1 - R^2}$).
- Los coeficientes de ruta de mayor tamaño indican las variables que tiene sentido incluir en el modelo, partiendo del supuesto de que los coeficientes mayores a 0.05, poseen significación práctica.
- Que los coeficientes de Wright (Beta), sean significativos por lo menos a una probabilidad del cinco por ciento (5%).

De no ajustarse el modelo a los criterios anteriormente expuestos, será necesaria su reformulación o la formulación de uno o más modelos alternativos (Kerlinger, 1988).

De acuerdo a Sierra Bravo (1985) el uso del método del análisis de ruta requiere el cumplimiento de ciertas condiciones por parte del modelo, a saber:

1. Que el modelo sea un sistema cerrado de variables, donde cada variable dependiente se considera como completamente determinada por alguna combinación de otras variables del sistema, introduciéndose variables residuales no correlacionadas con otras variables determinantes del modelo, cuando se mantiene la determinación completa.
2. Que el modelo sea recursivo, es decir, que las relaciones entre las variables sean asimétricas, por lo que dos variables no pueden ser recíprocamente causa y efecto una de la otra.
3. Que el modelo sea lineal; esto implica, que las relaciones entre las variables sean representabas por ecuaciones lineales.
4. Que todas las variables se encuentren asociadas sobre la base de relaciones causales.

5. Las variables deben ser de tipo cuantitativo y continuas, por lo que sus valores deben tener un nivel de medida por lo menos de intervalo. También pueden emplearse variables cualitativas, pero a condición de dicotomizarla y cuantificarlas según el álgebra de Boole.
6. Las variables residuales o de error, no están incluidas propiamente en el sistema aunque pueden ejercer una influencia aleatoria sólo sobre una variable del modelo y no sobre varias. Se supone que dichas variables no están correlacionadas entre sí.

En este sentido el modelo a contrastar en la presente investigación es susceptible de ser analizado mediante la técnica de análisis de ruta, dado que cumple los requisitos señalados anteriormente.

Para realizar el análisis de los datos se siguió el procedimiento que a continuación se describe:

Primero, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes para cada variable: tiempo en tratamiento, apoyo de amigos, apoyo de familia, apoyo de personas cercanas, apoyo en general, opinión acerca del apoyo, estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, edad, sexo, NSE y ajuste psicosocial. De esta manera, para cada una de estas variables se calculó la media, la desviación típica, la asimetría, la curtosis y el coeficiente de variación.

En vista de que la asimetría y la curtosis de las variables tiempo en tratamiento, apoyo de amigos y apoyo de personas cercanas, son muy elevadas, se procedió a realizar varias transformaciones (raíz cuadrada y logaritmo en base 10) a fin de asegurar una mejor distribución de estas variables. Debido a que, las distribuciones no mostraron mejoría se decidió realizar los análisis sin transformar las variables.

Luego, se procedió a contrastar el modelo, para el cual se realizó una regresión múltiple para cada variable endógena, con sus respectivas variables exógenas.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La muestra estuvo conformada por 214 personas que padecen de insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, que asisten a diversos Centros de Nefrología del Área Metropolitana de Caracas: Hospital de Clínicas Caracas, Clínica Loira, Clínica Razzetti, Unidad de Hemodiálisis Riverside.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de la distribución de puntajes para todas las variables comprendidas en el estudio:

La muestra estuvo comprendida por 98 mujeres (45.8%) y 116 hombres (54.2%) (Anexo A.1). Asimismo, la muestra estuvo conformada por 118 personas del NSE bajo (55.1%), y 96 personas del NSE alto (44.9%) (Anexo A.2).

TABLA 1

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES

Variable	Medición de las variables	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica	Asimetría	Curtosis	C.V (%)
Tiempo Trata-miento	Meses	1.00	216.00	53.1215	43.0149	1.197	1.361	80.97
Apoyo Amigo	Puntaje bruto de 1 a 4.	.00	4.00	3.3224	1.1107	-1.516	1.146	33.43
Apoyo Familia	Puntaje bruto de 1 a 6.	.00	6.00	4.7383	1.5095	-1.159	.491	31.86
Apoyo Cercano	Puntaje bruto de 1 a 5.	.00	5.00	4.2897	1.0660	-1.751	3.133	24.85
Apoyo General	Puntaje bruto de 1 a 7.	.00	6.00	3.2196	1.3085	-.020	-.510	40.64
Apoyo Opinión	Puntaje bruto de 1 a 3.	.00	3.00	1.4065	.8038	.281	-.352	57.15
Afrontamiento Problema	Puntaje bruto Máximo 60.	4.00	55.00	31.6589	10.6639	-.349	-.236	33.68
Afrontamiento Emoción	Puntaje bruto Máximo 99.	15.00	85.00	51.4159	13.4021	-.309	-.155	26.06
Ajuste Psicosocial	Puntaje bruto Máximo 184.	4.00	113.00	42.6121	20.6914	.585	.171	48.56
Edad	Años	19.00	79.00	46.6776	14.4993	.143	-.867	31.06

La variable tiempo en tratamiento se distribuyó dentro de un rango de 1 mes a 216 meses, caracterizándose por ser muy heterogénea (C.V= 80.97%), siendo el promedio del tiempo en tratamiento de la muestra estudiada de 53.1215 meses, con una desviación típica de 43.0149. La asimetría obtuvo un valor 1.197, y la curtosis de 1.3661; siendo una distribución platicúrtica, coleada hacia fuera.

Con relación a la variable apoyo social, se obtuvo que:

El factor apoyo de amigos se distribuyó dentro de un rango de 0 a 4 puntos, mostrando una distribución homogénea de los puntajes (C.V= 33.43%), la media fue de 3.3224 puntos, con una desviación típica de 1.1107. La asimetría tuvo un valor de -1.516, y la curtosis de 1.146; obteniéndose una distribución platicúrtica, coleada hacia adentro.

El factor apoyo de la familia se distribuyó dentro de un rango de 0 a 6 puntos, mostrando una distribución homogénea de los puntajes (C.V= 31.86%). Siendo la media 4.7383 puntos, y la desviación típica de 1.5095. La asimetría tuvo un valor de -1.159, y la curtosis de .491; caracterizándose la distribución por ser platicúrtica, coleada hacia adentro.

El factor apoyo de personas cercanas o próximas se distribuyó dentro de un rango de 0 a 5 puntos, resultando ser una distribución muy homogénea (C.V= 24.85%). El promedio de los puntajes con respecto a esta variable fue de 4.2897 puntos, y la desviación típica de 1.0660. La distribución se caracterizó por ser platicúrtica, coleada hacia adentro, ya que se obtuvo una asimetría de -1.751, y una curtosis de 3.133.

El factor apoyo en general tuvo un rango de distribución de 0 a 6 puntos, caracterizándose por ser heterogénea (C.V= 40.64%). La media fue de 3.2196

puntos, con una desviación típica de 1.3085. La asimetría fue de -.020, y la curtosis de -.510, obteniéndose una distribución leptocúrtica, ligeramente coleada hacia adentro.

El factor opinión acerca del apoyo, se distribuyó de forma heterogénea (C.V= 57.15%), mostrando un rango de 0 a 3 puntos. El promedio del puntaje en la variable fue de 1.4065, con una desviación típica de .8038. La asimetría fue de .281, y la curtosis de -.352, obteniéndo una distribución leptocúrtica, coleada hacia fuera.

A partir de los resultados obtenidos de los análisis descriptivos en relación con los factores que integran el constructo apoyo social, se pudo observar que los factores (apoyo de amigos, apoyo de la familia y apoyo de las personas cercanas o próximas), la mayor parte de sus valores se encontraron en el puntaje superior que le corresponde a cada factor, indicando que la mayoría de los pacientes reportaron recibir mucho apoyo por parte de sus familiares, amigos, y personas cercanas.

Esta sobreestimación de la variable apoyo posiblemente se deba a que el instrumento se vio afectado por la deseabilidad social, puesto que las encuestadoras administraron el cuestionario en forma individual a cada uno de los pacientes, por lo que muchos pudieron contestar afirmativamente para mostrar más aceptación de lo que realmente reciben por parte de familiares, amigos y personas cercanas.

Para la variable estrategias de afrontamiento, tenemos que:

La dimensión de afrontamiento enfocado en el problema se distribuyó dentro de un rango de 4 a 55 puntos, caracterizándose por ser homogénea (C.V= 33.685), siendo el promedio de esta dimensión de 31.6589 puntos, con

una desviación típica de 10.6639. La asimetría obtuvo un valor -.349, y la curtosis de -.236; siendo una distribución ligeramente leptocúrtica, coleada hacia adentro.

La dimensión de afrontamiento enfocado en la emoción se distribuyó de manera homogénea (C.V= 26.06%), comprendiendo un rango de 15 a 85 puntos. La media fue de 51.4159 puntos, y la desviación típica fue de 13.4021. La asimetría obtuvo un valor de -.309, y la curtosis -.155, obteniendo por tanto una distribución ligeramente leptocúrtica, coleada hacia adentro.

Con respecto a la variable ajuste psicosocial (PAIS - SR) tenemos que, se distribuyó dentro de un rango de 4 a 113 puntos, mostrando una distribución heterogénea de los puntajes (C.V= 48.56%). La media fue de 42.6121 puntos, con una desviación típica de 20.6914. La asimetría tuvo un valor de .585, y la curtosis de .171; siendo una distribución ligeramente platicúrtica, coleada hacia fuera.

La variable edad se distribuyó dentro de un rango de 19 a 79 años, mostrando una distribución homogénea de los puntajes (C.V= 31.06%). Siendo la media 46.6776 años, y la desviación típica de 14.4993. La asimetría tuvo un valor de .143, y la curtosis de -.867; caracterizándose la distribución por ser leptocúrtica, coleada hacia fuera.

En el Anexo A.3 se muestran los resultados de los análisis estadísticos descriptivos realizados.

Antes de analizar los datos recogidos para probar el ajuste del modelo propuesto, se realizó una matriz de correlaciones simples entre todas las variables propuesta en el modelo (ver Anexo A.4), encontrándose las siguientes correlaciones significativas al nivel de .01:

- Existe una correlación directa baja (r= .221) entre el factor apoyo de amigos y el factor apoyo de la familia.

- Una correlación directa promedio (r=.531) entre el factor apoyo de personas cercanas o próximas y el factor apoyo de amigos.

- Hay una correlación directa promedio baja (r=.476) entre el factor de apoyo de personas cercanas o próximas y el factor de apoyo de la familia.

- Una correlación directa baja (r=.187) entre el factor apoyo en general y el NSE.

- Hay una correlación directa promedio baja (r= .258) entre el factor apoyo en general y el factor apoyo de amigos.

- Una correlación directa promedio baja (r= .381) entre el factor apoyo en general y el factor apoyo de la familia.

- Existe una correlación directa promedio baja (r= .308) entre el factor apoyo en general y el factor apoyo de personas cercanas o próximas.

- Una correlación inversa baja (r= -.215) entre la dimensión estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el sexo.

- Una correlación inversa baja entre (r= -.195) entre la dimensión estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el NSE.

- Existe una correlación directa promedio baja (r= .416) entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

- Hay una correlación inversa baja entre (r= -.231) entre la variable ajuste psicosocial y el NSE.

- Existe una correlación inversa promedio baja (r= -.287) entre el ajuste psicosocial y el factor apoyo de amigos.

- Hay una correlación inversa promedio baja (r= -.311) entre el ajuste psicosocial y el factor apoyo de la familia.

- Una correlación inversa promedio baja (r= -.316) entre el ajuste psicosocial y el factor apoyo de personas cercanas o próximas.

- Existe una correlación inversa promedio baja entre (r= -.284) entre el ajuste psicosocial y el factor apoyo en general.

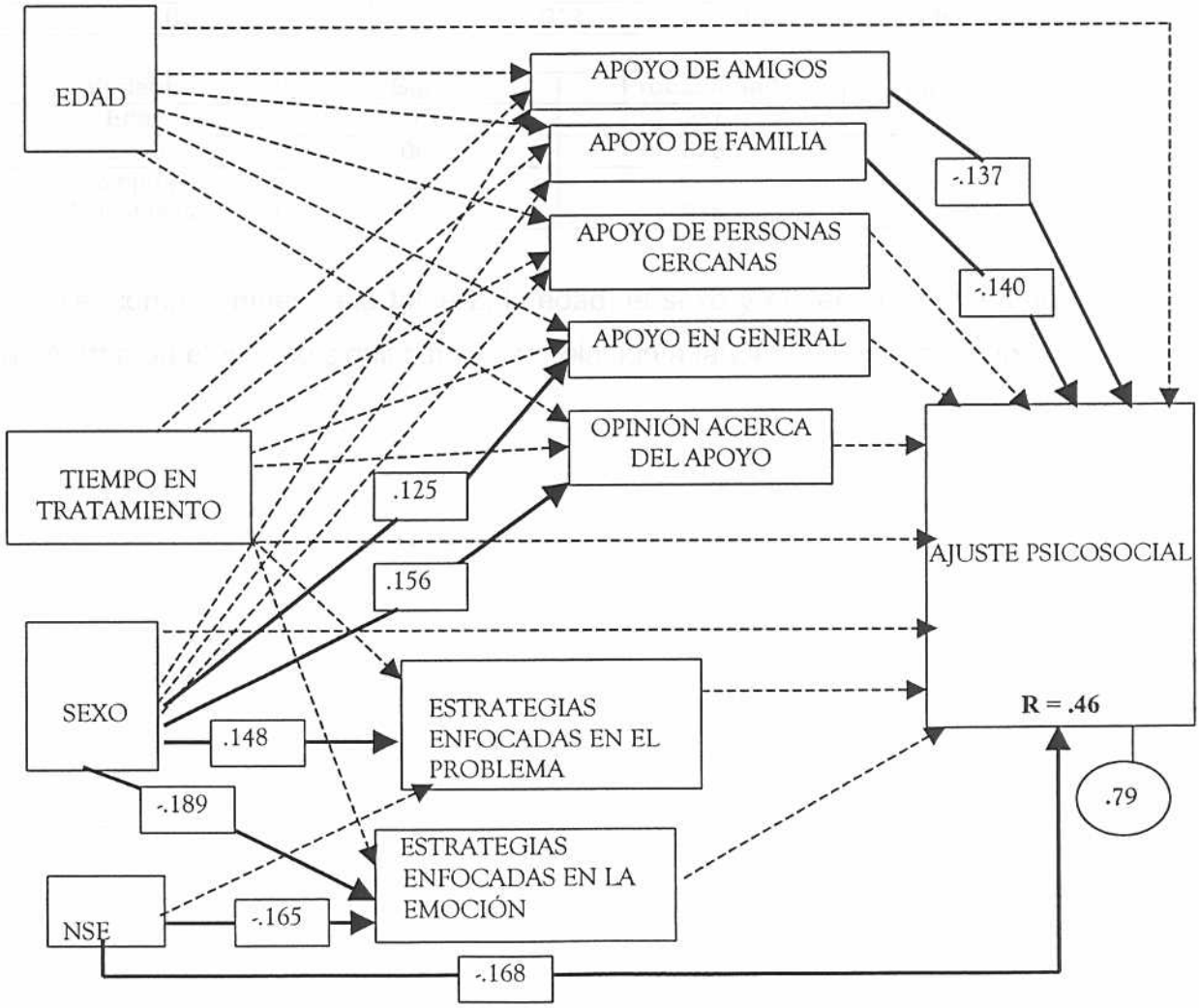
A partir de estos resultados podemos concluir que existe multicolinaridad entre los factores que integran el constructo apoyo social (apoyo de amigos, apoyo de la familia, apoyo de personas cercanas o próximas y apoyo en general), y que también existe multicolinaridad entre las dos dimensiones que conforman el constructo estrategias de afrontamiento (estrategias enfocadas al problemas y estrategias centradas en la emoción).

Lo cual es importante tomar en cuenta debido a que la multicolinaridad entre las variables independientes, hace que halla redundancia en la eficacia de la predicción, convirtiéndose en un factor de perturbación para la correlación múltiple porque hace a los coeficientes de regresión inestables (Kerlinger, 1988).

Asimismo, antes de hacer los análisis pertinentes para probar el modelo, se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA) entre las diversas

instituciones donde se realizó el trabajo de campo y los valores de la variable ajuste psicosocial, para descartar la posible hipótesis de diferencias significativas entre estas variables, para asegurar de esta manera que las diferencias en la variable ajuste psicosocial no sean debidas a los diferentes Centros de Hemodiálisis de donde se obtuvo la muestra.

De esta manera tenemos que, 103 de los pacientes fueron de la Unidad de Hemodiálisis Riverside (48%), 40 del Hospital de Clínicas Caracas (19%), 37 de la Clínica Razzetti (17%), 34 de la Clínica Loira (16%), encontrándose que no existieron diferencias significativas al nivel de .05 en el Análisis de Varianza, por lo tanto, podemos concluir que las diferencias que se encuentren en la variable ajuste psicosocial no son debidas al efecto de los Centros de Hemodiálisis (ver Anexo A.5).



A continuación se analizarán los resultados obtenidos presentando en primer término, el modelo estructural propuesto para todas las variables, indicándose los coeficientes de ruta que fueron significativos, y el coeficiente de regresión múltiple y residual para la variable endógena, ajuste psicosocial.

Ahora se procederán a realizarse los análisis correspondientes, a cada una de las rutas que conforman el modelo (ver Anexo A.6):

TABLA 2

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE APOYO DE AMIGOS

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.098	.010	.99

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	-.074	.287	NO
Sexo	.068	.323	NO
Tiempo en Tratamiento	.004	.955	NO

Tal como lo muestra la tabla 2; la edad, el sexo y el tiempo en tratamiento, muestran un efecto no significativo con relación a la variable apoyo de amigos.

TABLA 3

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE APOYO DE LA FAMILIA

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.093	.009	.991

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	-.043	.536	NO
Sexo	.078	.256	NO
Tiempo en Tratamiento	-.034	.624	NO

Por otra parte, la tabla 3 indica que la edad, el sexo y el tiempo en tratamiento, muestran un efecto no significativo sobre la variable apoyo de la familia.

TABLA 4

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE APOYO DE PERSONAS CERCANAS O PRÓXIMAS

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.059	.003	.997

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	.018	.795	NO
Sexo	.039	.575	NO
Tiempo en Tratamiento	.042	.542	NO

La tabla 4 muestra que la edad, el sexo y el tiempo en tratamiento, muestran un efecto no significativo sobre la variable apoyo de personas cercanas o próximas.

TABLA 5

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE APOYO EN GENERAL

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.133	.018	.982

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	.011	.875	NO
Sexo	.125	.071	SI
Tiempo en Tratamiento	-.039	.565	NO

En la tabla 5 se puede observar que las variables edad y el tiempo en tratamiento, muestran un efecto no significativo sobre el apoyo en general. En cambio se observa un efecto directo bajo (B= .125) entre la variable sexo, sobre la variable apoyo en general, encontrándose que el sexo masculino se halla asociado a valores mayores en la variable apoyo en general.

TABLA 6

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE OPINIÓN ACERCA DEL APOYO

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.205	.042	.958

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	.072	.292	NO
Sexo	.156	.022	SI
Tiempo en Tratamiento	-.099	.146	NO

En la tabla 6 se puede observar, que las variables edad y tiempo en tratamiento muestran un efecto no significativo sobre la variable opinión acerca del apoyo. De la misma forma se observa que la variable sexo, tiene un efecto

directo bajo (B= .156) sobre la opinión acerca del apoyo, señalando que los valores mayores en la variable opinión acerca del apoyo fueron obtenidos por el sexo masculino.

TABLA 7

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ENFOCADAS EN EL PROBLEMA

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.158	.025	.975

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
NSE	-.083	.231	NO
Sexo	.148	.033	**SI**
Tiempo en Tratamiento	-.009	.899	NO

Según se observa en la tabla 7, las variables NSE, sexo, tiempo en tratamiento explican un 2.5% de la variable estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema. No obstante, la relación es explicada casi totalmente por la variable sexo (B= .148), ya que las variables NSE y tiempo en tratamiento no presentan un efecto significativo sobre esta variable. La asociación positiva entre el sexo y las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, indican que el sexo masculino tiende a utilizar este tipo de estrategias de afrontamiento más que el sexo femenino.

TABLA 8

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCIÓN

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.277	.077	.923

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
NSE	-.165	.015	SI
Sexo	-.189	.005	SI
Tiempo en Tratamiento	.060	.365	NO

En relación a la variable estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, se observa que el 7.7% de la varianza de esta variable es explicada por el efecto conjunto de las variables NSE, sexo y tiempo en tratamiento. Se puede destacar que el mayor aporte viene dado por la variable sexo (B= -.189), seguida de la variable NSE (B= -.165), las cuales muestran un efecto indirecto bajo, con respecto a la variable estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. En cambio, la variable tiempo en tratamiento no tiene efectos significativos sobre esta variable.

De acuerdo a lo esperado tenemos, que las mujeres tienden a utilizar más las estrategias centradas en la emoción, y que las personas de NSE bajo, de igual manera tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategias.

TABLA 9

COEFICIENTES REGRESIÓN, DETERMINACIÓN, NO – DETERMINACIÓN, PROBABILIDADES Y SIGNIFICANCIAS DE LA RUTA DE LA VARIABLE AJUSTE PSICOSOCIAL

Coeficiente de Regresión	Coeficiente de Determinación	Coeficiente de no – Determinación
.460	.211	.789

Variable	Beta	Probabilidad	Significancia
Edad	.046	.476	NO
Sexo	-.060	.379	NO
Tiempo en Tratamiento	.017	.789	NO
NSE	-.168	.012	**SI**
Apoyo de Amigos	-.137	.069	**SI**
Apoyo de Familia	-.140	.063	**SI**
Apoyo de Personas cercanas	-.133	.111	NO
Apoyo en General	-.111	.118	NO
Opinión acerca del apoyo	-.017	.791	NO
Estrategias enfocadas en el problema	-.034	.637	NO
Estrategias centradas en la emoción	.035	.631	NO

La tabla 9 señala que para la variable ajuste psicosocial, el efecto conjunto de las variables: edad, sexo, tiempo en tratamiento, NSE, apoyo de amigos, apoyo de familia, apoyo de personas cercanas, apoyo en general, opinión acerca del apoyo, estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; explican un 21% de su varianza. Las variables que muestran el mayor peso dentro de la asociación son el NSE (B= -.168), el apoyo de la familia (B= -.140) y el apoyo de los amigos (B= -.137); teniendo un efecto directo y significativo sobre la variable ajuste psicosocial. Así como, una asociación inversa entre estas variables. A diferencia del resto de las variables que no muestran un efecto significativo sobre el ajuste psicosocial.

Así tenemos, que la personas de NSE alto muestran un mejor ajuste psicosocial que las personas de NSE bajo; y las personas que tienen un mayor apoyo por parte de sus amigos y familiares, muestran un mejor ajuste psicosocial, que el grupo contrario.

En vista de que no se encontraron relaciones entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial, además de evidenciarse a través de las intercorrelaciones que entre las dimensiones de afrontamiento existía multicolinaridad, y como fue explicado anteriormente que la multicolinaridad afecta la predicción de la variable endógena, se procedió a realizar los mismos análisis de ruta propuestos, pero para cada uno de los factores de las estrategias de afrontamiento.

Tomando en cuenta, la clasificación de los factores de las estrategias de afrontamiento, realizada por Carver, Weintraud y Scheier (1989), tenemos: Estrategias enfocadas en el problema, que incluye: Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento restringido y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales. Estrategias centradas en la emoción, que incluye: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, regreso a la religión, focalización y expresión de emociones, liberación conductual, liberación cognitiva, negación y liberación hacia el alcohol y las drogas.

Los resultados que se obtuvieron luego de realizar los análisis por factores para la variable estrategia de afrontamiento, fueron los siguientes (ver Anexo A.7):

TABLA 10

FACTORES QUE MOSTRARON RELACIÓN CON EL SEXO

Factores	Beta	Probabilidad
Afrontamiento activo	.136	.050
Planificación	.142	.041
Supresión de actividades competitivas	.143	.037
Reinterpretación positiva y crecimiento	-.127	.068
Regreso a la religión	-.167	.016

Se encontró relaciones directas entre el sexo y las estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo (B =.136), planificación (B = .142) y supresión de actividades competitivas (B = .143). Lo que indica que, los pacientes masculinos tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategias.

De igual manera, se obtuvieron relaciones inversas entre el sexo y las estrategias de afrontamiento: reinterpretación positiva y crecimiento (B = -.127) y regreso a la religión (B = -.167). Indicando que, las pacientes femeninas tienden a utilizar más este tipo de estrategias que los varones.

TABLA 11

FACTORES QUE MOSTRARON RELACIÓN CON EL NSE

Factores	Beta	Probabilidad
Supresión de actividades competitivas	-.162	.019
Focalización y expresión de emociones	-.127	.068
Negación	-.164	.017
Liberación conductual	-.164	.017
Liberación mental	-.169	.014

Se encontraron relaciones inversas entre el NSE y las estrategias de afrontamiento: supresión de actividades competitivas (B = -.162), focalización y expresión de emociones (B = -.127), negación (B= -.164), liberación conductual (B = -.164) y liberación mental (B = -.169). Lo que indica que, los pacientes de NSE bajo tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategias, que los pacientes de NSE alto.

TABLA 12

FACTORES QUE MOSTRARON RELACIÓN CON EL TIEMPO EN TRATAMIENTO

Factores	Beta	Probabilidad
Afrontamiento restringido	.121	.079
Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	-.153	.025

Con respecto al tiempo en tratamiento, se evidenció una relación directa *entre éste y el afrontamiento restringido (B =.121). Lo que indica, que los* pacientes con mayor tiempo en tratamiento tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategia de afrontamiento.

De igual manera, se evidenció una relación inversa entre el NSE y el afrontamiento de búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (B = -.153). Señalando, que a menor tiempo en tratamiento los pacientes utilizan más esta estrategia.

TABLA 13

VARIABLES QUE MOSTRARON RELACIÓN CON EL AJUSTE PSICOSOCIAL

Variables	Beta	Probabilidad
Apoyo de la familia	-.156	.027
Apoyo en general	-.120	.074
Supresión de actividades competitivas	.135	.058
Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	-.274	.002
Regreso a la religión	.127	.075
Focalización y expresión de emociones	.377	.000
Liberación conductual	.136	.053
Liberación hacia el alcohol y las drogas	-.124	.043

Con relación a la variable ajuste psicosocial, se encontró relaciones directas, entre dicha variable y las estrategias de afrontamiento: supresión de actividades competitivas (B = .135), regreso a la religión (B = .127), focalización y expresión de emociones (B = .377) y liberación conductual (B = .136). Señalando, que los pacientes con un peor ajuste psicosocial tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategias.

Asimismo, se evidenció que existen relaciones inversas entre el ajuste psicosocial y las fuentes de apoyo social: apoyo de la familia (B = -.156) y apoyo en general (B = -.120). Lo que indica, que los pacientes con un mejor ajuste psicosocial tienden a recibir y percibir más apoyo por parte de sus familiares y demás personas en general.

De igual manera, se encontraron relaciones inversas entre el ajuste psicosocial y las estrategias de afrontamiento: búsqueda de apoyo social por

razones instrumentales (B = -. 274) y liberación hacia el alcohol y las drogas (B = -.124). Señalando, que los pacientes que poseen un mejor ajuste psicosocial utilizan este tipo de estrategias en mayor medida, que los que poseen un peor ajuste.

A partir de los análisis realizados por factores, se encontró relaciones moderadoras para la variable ajuste psicosocial, de esta manera tenemos:

- Una relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por el apoyo en general de -.015. Indicando, que los hombres perciben y reciben mayor apoyo en general que las pacientes femeninas, por lo cual los primeros tendrán un mejor ajuste psicosocial que las mujeres.

- Una relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por la estrategia de afrontamiento supresión de actividades competitivas de .019. Indicando, que los hombres utilizan más esta estrategia que las mujeres, por lo cual los primeros tendrán un peor ajuste psicosocial en comparación con las pacientes femeninas.

- Una relación entre el sexo y el ajuste psicosocial, moderada por la estrategia de afrontamiento regreso a la religión -.021. Señalando, que las mujeres utilizan en mayor medida esta estrategia de afrontamiento, por lo cual tienden a poseer un peor ajuste psicosocial que los hombres.

- Una relación entre el NSE y el ajuste psicosocial, moderada por la estrategia de afrontamiento: supresión de actividades competitivas de -.022, focalización y expresión de emociones de -.048 y liberación conductual de -.022. Señalando, que los pacientes de menor NSE tienden a utilizar en mayor medida este tipo de estrategias de afrontamiento, en comparación a los

pacientes de NSE alto, por lo cual los primeros tendrán un peor ajuste psicosocial, en contraste con los pacientes de NSE alto.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la adecuación de un modelo estructural del ajuste psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, en el cual se especifica el impacto que sobre esta variable pueden tener las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el sexo, el nivel socioeconómico, la edad y la duración en el tratamiento.

De las relaciones planteadas en el modelo estructural propuesto, el ajuste psicosocial fue explicado por el apoyo de la familia, el apoyo de los amigos y el apoyo en general, así como por el NSE.

En lo que se refiere al **apoyo social** se observó, que la efectividad de los reajustes que deben realizar los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis en los diferentes aspectos de su vida, se ve afectado por la cantidad y calidad de apoyo que reciben por parte de las relaciones más íntimas y profundas que los rodean. Ya que en la medida que ellos se sientan ayudados y comprendidos, los efectos psicológicos adversos que produce la enfermedad como la depresión, la ansiedad, y el estrés crónico que esta genera, permite que su impacto sea amortiguado o reducido, *reforzando la capacidad del individuo para hacerle frente a esta situación*, ayudando a que el paciente se sienta mejor emocionalmente, y así poder estar en una mejor condición anímica para realizar los cambios en sus diferentes roles de manera eficaz.

Con respecto al **NSE** se encontró, que los pacientes que cuentan con mejores recursos económicos pueden ajustarse más eficazmente a la enfermedad, que los pacientes con NSE bajo. Lo que puede deberse, a que el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento dentro del presupuesto

familiar, se verá disminuido por la presencia de recursos económicos adecuados, así no se presentarán estresores adicionales en la vida del paciente, de los que ya de por sí origina la enfermedad.

Asimismo, el hecho de que los pacientes cuenten con recursos económicos adecuados les permite beneficiarse de un estilo de vida, que les brinda mayor seguridad y protección. Además, de garantizarles el cumplimiento de las indicaciones médicas que necesitan, pudiendo comprar todos los medicamentos e implementos para realizar su tratamiento.

Las **estrategias de afrontamiento** que utilizan en mayor medida los individuos de NSE bajo, que padecen de insuficiencia renal, no les permiten alcanzar un ajuste psicosocial eficaz. Ello se debe, a que estos pacientes tienden a enfocarse mayormente en su problemática, en los malestares físicos y psicológicos que la enfermedad les genera. Expresando abiertamente sus molestias y descuidando otras áreas de vital importancia, sin aceptar la enfermedad como una condición más de su vida, impidiéndoles realizar los cambios necesarios en su estilo de vida, tomando en cuenta las limitaciones y restricciones que les impone su enfermedad.

De igual manera, estos pacientes tienden a negar su situación, rehusándose a creer que el evento estresante existe, o tratan de actuar como si el problema no existiera, distrayéndose en otras actividades superficiales para no afrontarlo. Asimismo, reducen los esfuerzos en el manejo de su enfermedad y tratan de lograr metas que pueden interferir con un mejor ajuste a ella, cayendo en la desesperanza. Lo que repercute en su ajuste psicosocial, pues esta forma de afrontamiento no les permite que asuman el rol de enfermos, para reorientar su vida tomando en cuenta su condición y actuar de una manera activa y planificada con respecto a su enfermedad.

Cuando se realizaron los análisis concernientes al modelo, se observaron los siguientes resultados:

Las relaciones propuestas para la variable **estrategias de afrontamiento**, tanto para las enfocadas en el problema como para las centradas en la emoción hacia el ajuste psicosocial, no se encontraron en la presente muestra.

Estos hallazgos pueden ser explicados por diversas razones. En primer lugar, se evidenció durante el análisis de resultados que existe multicolinaridad entre las dimensiones que constituyen la variable afrontamiento, lo que hace que exista redundancia en la eficacia de la predicción, convirtiéndose en un *factor de perturbación para la correlación múltiple afectando a los coeficientes* de regresión haciéndolos inestables (Kerlinger, 1988).

Este fenómeno de multicolinaridad puede ser explicado, porque en la mayoría de las situaciones estresantes que viven las personas, se suelen utilizar ambas estrategias, debido a que la efectividad de los esfuerzos enfocados en el problema dependen ampliamente de los éxitos de los esfuerzos centrados en la emoción, pues las emociones manifestadas interfieren con la actividad cognitiva necesaria para un funcionamiento enfocado en el problema (Lazarus y Folkman, 1986; cp. Aguilar, 1997). Por lo que es importante, tener algún control personal sobre las emociones cuando se está tratando de manejar o alterar una situación problemática. Así, el afrontamiento enfocado en el problema estará acompañado de un afrontamiento centrado en la emoción en muchos de los encuentros estresantes (Lazarus y Folkman, 1986; cp. Aguilar, 1997).

En segundo lugar, se ha encontrado que ambas formas de afrontamiento son usadas en muchas situaciones estresantes y que las proporciones relativas *de cada forma varían de acuerdo a como el evento es valorado cognitivamente*,

a los recursos y habilidades que poseen las personas antes y durante la situación estresante y al contexto en que las emiten (Lazarus y Folkman, 1986; cp. Aguilar, 1997).

En tercer lugar, tenemos que la insuficiencia renal es una enfermedad crónica, producto de un decremento de la función renal, donde las personas que la padecen deben someterse al tratamiento de diálisis para mantenerse con vida, lo que origina que los pacientes perciban la situación como incontrolable e inmodificable.

Esta característica de la situación en la que se encuentran las personas con insuficiencia renal, puede explicar el hecho de que no se hallan reportado diferencias en la influencia que tiene el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y centradas en la emoción, sobre el ajuste psicosocial. Ya que, de acuerdo a Lazarus (1993) en aquellas situaciones en las que no se pueden generar cambios, los esfuerzos por resolver el problema en forma racional pueden ser contraproducentes y las estrategias enfocadas en la emoción pueden llegar a ofrecer un mejor afrontamiento.

Por lo que podemos concluir que, las dimensiones que conforman a las estrategias de afrontamiento son sumamente complejas, porque se encuentran compuestas por múltiples formas de afrontamiento más específicas y van más allá de que sean centradas en el problema o en la emoción. Además, estas dimensiones tomadas en conjunto, se encuentran sumamente relacionadas en el proceso de evaluación de las situaciones estresantes, por lo que los pacientes las utilizan indistintamente, y en muchas ocasiones las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción pueden ayudar a que el paciente se ajuste a la situación de enfermedad.

Así, para poder explicar o predecir el ajuste psicosocial de una persona a una situación de estrés crónico, como lo es la enfermedad renal y los diferentes reajustes que deben realizar en todos los aspectos de su vida para sobrellevar su enfermedad, es necesario evaluar cada una de las diferentes formas de afrontamiento que se encuentran incluidas dentro de las dimensiones, tanto de las centradas en el problema como en la emoción, con la finalidad de observar de una forma más discriminativa como influyen estas en el ajuste psicosocial de los pacientes, ya que cada una de las dimensiones tomadas por sí solas *globalmente no poseen un poder predictivo.*

De esta manera, se realizaron dos tipos de análisis. En los primeros, se tomaron en cuenta las dos dimensiones de afrontamiento en forma global, como fueron especificadas originalmente en el modelo. Posteriormente, se realizaron los mismos análisis, pero tomando en cuenta cada uno de los factores que integran a la variable estrategias afrontamiento. En donde se pudo observar, para las distintas relaciones entre las variables propuestas en el modelo, que:

Con respecto a la relación entre el sexo y el ajuste psicosocial moderada por las estrategias de afrontamiento, se esperaba encontrar que los hombres usaran en mayor medida estrategias enfocadas en el problema y por lo tanto mostrarían un mayor ajuste psicosocial, en comparación con las mujeres, ya que estas utilizarían en mayor medida las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y por lo tanto tendrían un menor ajuste psicosocial.

Esta relación no pudo ser comprobada en el modelo cuando se tomaron como dimensiones, pues se encontró solo una relación directa entre el sexo y las estrategias de afrontamiento, sin ejercer un efecto sobre el ajuste psicosocial. Observándose que, los pacientes masculinos tendieron a utilizar más las estrategias enfocadas en el problema y las pacientes femeninas tendieron a utilizar más las estrategias centradas en la emoción.

Luego, cuando se realizaron los análisis por factores, se examinó de manera detallada, que los hombres se inclinaron por utilizar más las estrategias de supresión de actividades competitivas, afrontamiento activo y planificación. En cambio, las pacientes femeninas tendieron a utilizar más las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, y el regreso a la religión. Lo cual concuerda con lo reportado por Aguilar (1997) donde las mujeres evalúan la situación de forma más positiva que los hombres, expresando de manera más abierta sus emociones, aceptando con mayor frecuencia los problemas y tendiendo a ser más religiosas, por el contrario, los hombres tienden a enfrentar los eventos en formas más activa, reportando ser más planificadores y esperar por el momento oportuno para actuar correctamente.

Asimismo, se encontraron dos relaciones moderadoras entre el sexo y el ajuste psicosocial. En primer lugar, se obtuvo que los hombres, al utilizar la estrategia de supresión de actividades competitivas tienden a poseer un peor ajuste psicosocial. Esto se debe, a que los pacientes masculinos al afrontar esta situación de estrés, dejan a un lado otras actividades y proyectos de su vida, concentrándose únicamente en su problema, por lo que se focalizan excesivamente en su enfermedad, tendiendo a abandonar otros aspectos de sus vidas, no logrando realizar los reajustes necesarios en sus diferentes roles tomando en cuenta su condición.

En segundo lugar, se evidenció que las pacientes femeninas tendían a utilizar en mayor medida la estrategia de afrontamiento de regreso a la religión y a su vez estas se encontraban peor ajustadas psicosocialmente. Lo cual no concuerda con lo reportado, por Calvanese (1991); y Carver, Scheier y Weintraub (1989) quienes afirmaron que el regreso a la religión era una estrategia centrada en la emoción que produce resultados adaptativos, cuando las personas se enfrentan a situaciones estresantes. Específicamente, en el

caso de las personas con insuficiencia renal crónica les ayuda a adaptarse al tratamiento.

Estos hallazgos, podrían ser debidos a que estos pacientes tienen gran dificultad para lograr reajustar psicosocialmente su vida de manera eficaz, por lo que se vuelcan hacia la religión como una manera de encontrar apoyo para afrontar la enfermedad y de esta manera sentir alivio en su condición.

Las estrategias de afrontamiento también poseen un efecto moderador, dentro de la relación entre el NSE y el ajuste psicosocial. Así tenemos, que las personas con un NSE bajo tienden a utilizar en mayor proporción las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, específicamente: focalización y expresión de emociones, negación, liberación conductual y liberación mental.

Siendo estos resultados similares, a los reportados por Alea y Salcedo (1995) y Menaghon (1983), ya que estos autores encontraron que los individuos de estratos socioeconómicos altos usan estrategias de afrontamiento centradas en el problema y tienden a usar menos estrategias enfocadas en la emoción.

Específicamente se encontró, que los pacientes con NSE bajo tienden a afrontar la situación de enfermedad por medio de las siguientes estrategias de afrontamiento: supresión de actividades competitivas, focalización y expresión de emociones, negación, liberación conductual y liberación mental; las cuales resultan poco efectivas para reestructurar su vida tomando en cuenta su condición de enfermo crónico. Ya que, la supresión de actividades competitivas y la focalización y expresión de emociones llevan a estos pacientes a centrar toda su atención en su problemática y el malestar que esta le genera, y descuidan otros aspectos de su vida, lo que le genera un desajuste en estas áreas. Pues, Calvanese (1991) también encontró que ventilar abiertamente las

emociones repercute en una menor adaptación a la hemodiálisis por parte de los pacientes.

Asimismo, el uso de las estrategias de la negación, la liberación mental y la liberación conductual, no favorecen el afrontamiento adecuado de la enfermedad. Pues, el empleo sostenido en el tiempo de estas da lugar a resultados desadaptativos (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Debido a que los pacientes evitan afrontar activamente su situación negando su existencia, actuando como si no existiera y presentando desesperanza, alejándose así del problema, no pudiendo por ende llevar a cabo las modificaciones necesarias de manera eficaz en los diversos roles que ejercen en su vida, para lograr un ajuste psicosocial adecuado para su enfermedad y tratamiento.

También se encontró, que los pacientes que usan la estrategia de afrontamiento de liberación hacia el alcohol y las drogas, mostraban un mejor ajuste psicosocial. Lo cual no puede ser posible, ya que el uso de este tipo de sustancias empeora su condición hasta el punto de llevarlos a la muerte, pues el uso de alcohol y drogas, va en contra del régimen médico que deben realizar para cuidar su salud. Asimismo, esto no concuerda con los hallazgos obtenidos por Calvanese (1991) y Carver, Scheier, Weintraub (1989) ya que, el uso de esta estrategia lleva siempre a resultados desadaptativos.

Estos resultados indican que estos pacientes presentan no adherencia al tratamiento, la cual es una respuesta psicológica típica ante una enfermedad crónica, que se manifiesta en el incumplimiento de las indicaciones médicas y la negación de la enfermedad (Harris, 1972).

Asimismo, el uso de alcohol y drogas, puede ser una manera de evadir su realidad, creyendo que esta no existe y que las implicaciones que origina la enfermedad en sus vidas no los afecta.

Algunos pacientes, tendieron a afrontar su situación de enfermedad buscando el apoyo moral, la simpatía y comprensión por parte de las personas que los rodean. Encontrándose, que esta forma de afrontamiento les ayuda a reducir el distrés emocional, llevándolos a poseer una mejor condición anímica para realizar ajustes eficaces en su vida, teniendo por ende un adecuado ajuste psicosocial.

Para la variable **tiempo en tratamiento**, se esperaba según los hallazgos reportados por Blodgett (1982), Calvanese (1991) y Joltkevitch y Sanz (1996), que a mayor tiempo en hemodiálisis los pacientes manifestaran un mejor ajuste psicosocial, y que presentaran una disminución y utilización de apoyo por parte de los amigos, aunque no por parte de sus familiares, lo que repercutiría en su ajuste psicosocial. De igual manera, el incremento de la duración en el tratamiento se acompañaría de mayor utilización de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, y que los pacientes con menor tiempo en tratamiento utilizarían en mayor medida estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, llevando por esta razón a que los pacientes con mayor tiempo en tratamiento que utilizan estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema mostraran un mejor ajuste psicosocial.

A pesar de existir apoyo empírico acerca de la relación directa e indirecta entre el tiempo en tratamiento y el ajuste psicosocial, en esta muestra en particular, no se encontraron relaciones entre estas variables. Lo cual puede deberse a la gran dispersión y forma de la distribución de los puntajes para la variable tiempo en tratamiento, que afecta al análisis de regresión múltiple que depende del supuesto de la normalidad.

Sin embargo, en los análisis posteriores se evidenció que a mayor tiempo en hemodiálisis, los pacientes tendían a usar más la estrategia de afrontamiento restringido y en menor medida la estrategia de apoyo social por razones

instrumentales. Lo que implica, que estos pacientes poseen un adecuado monto de información acerca de su enfermedad y tratamiento, llevándolos a tener un mayor control de su situación y depender menos de los otros para obtener consejos o asistencia cuando se les presenta alguna dificultad relacionada con su enfermedad.

Con respecto a la variable **edad**, se evidenció que en esta muestra no tuvo un efecto directo significativo, ni tuvo un efecto indirecto, moderado por el apoyo social sobre la variable ajuste psicosocial. Lo cual no concuerda, con los hallazgos reportados por Calvanese (1991) y Joltkevitch y Sanz (1996) quienes si hallaron que a mayor edad, los pacientes tendían a estar más adaptados al tratamiento y percibían una mejor calidad de vida. Además, reportaron que a mayor edad, menor apoyo social recibían estos pacientes.

Estos resultados pueden deberse, a que el ajuste psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica podría verse influido por la etapa evolutiva por la que cursan. Ya que, Joltkevitch y Sanz (1996) encontraron que tanto los pacientes jóvenes como los de mayor edad, manifestaban poseer una peor calidad de vida. Así, los pacientes jóvenes percibían la enfermedad como una situación que les frustra su proyecto de vida y las personas de mayor edad manifestaban gran cantidad de malestares físicos, porque se les suman otras enfermedades propias de esa edad con la insuficiencia renal crónica.

De esta manera, tomando en cuenta lo reportado por estos autores, es posible que el ajuste psicosocial a esta enfermedad muestre relación con la etapa evolutiva por la que cursan los pacientes. Por lo que, es posible que en este estudio no se halla encontrado ninguna relación con respecto a la variable edad, ya que fue considerada como una variable continua, lo que no permitió discriminar de una manera más efectiva su influencia sobre el ajuste psicosocial, puesto que al trabajar con dicha variable de esta forma, no se pudo

apreciar el efecto que tienen las etapas vitales en la que se encuentran los pacientes.

Con respecto a la variable **sexo**, la relación directa planteada por el modelo entre el sexo y el ajuste psicosocial, en la cual se esperaba una mejor adaptación por parte de los hombres en comparación con las mujeres, no fue encontrada luego de realizar los análisis correspondientes. De esta manera, se evidencia que tanto hombres como mujeres que padecen de insuficiencia renal crónica terminal se ven afectados de igual manera a nivel laboral, social, en sus relaciones sexuales y en las demás áreas de sus vidas, debido al estrés psicológico que experimentan a consecuencia de la enfermedad, por lo que ésta repercute por igual en ambos sexos en el ajuste psicosocial.

En cuanto a la relación entre el sexo y el ajuste psicosocial moderada por el apoyo social, se esperaba encontrar que los pacientes masculinos con mayor ajuste psicosocial tendieran a percibir mayores niveles de apoyo social que las pacientes femeninas adaptadas y que éstas le dieran menor importancia al apoyo de amigos que los varones. De la misma manera, se esperaba que las pacientes femeninas con poco ajuste expresaran recibir menor cantidad de apoyo social.

En el presente estudio se encontró que los hombres expresan tener un mejor apoyo en general y una mejor opinión acerca del apoyo que reciben, que las pacientes del sexo femenino, sin embargo, en el resto de las fuentes de apoyo evaluadas no se produjeron diferencias significativas entre los sexos. Lo cual concuerda con los hallazgos reportados por Calvanese (1991) en donde los pacientes masculinos adaptados al tratamiento percibían mayores niveles de apoyo que las paciente femeninas adaptadas.

Asimismo, cuando se realizaron los análisis por factores, se evidenció una relación moderadora del apoyo en general, entre el sexo y el ajuste psicosocial. Así, las personas del sexo masculino reportaron poseer un mayor apoyo en general, lo que repercute favorablemente en un mayor ajuste psicosocial, en contraste con las pacientes femeninas.

Es de importancia señalar, que tanto hombres como mujeres perciben que el apoyo de figuras significativas, como familiares y amigos, parece ser necesario para mitigar los diversos malestares causados por la enfermedad y a su vez, este tipo de relaciones pueden generarles un estado de bienestar emocional que les ayude a compensar las pérdidas que le ha generado la enfermedad en otras áreas significativas de su vida.

Así tenemos con relación a la variable **apoyo social**, que el apoyo de familia y de los amigos se relaciona de manera favorable con el ajuste psicosocial. Pues, las personas que poseen mayor cantidad de apoyo por parte de sus familiares y amigos se encuentran más ajustadas, que las personas que no reciben este tipo de apoyo.

Concordando estos resultados, con las investigaciones de Blogett (1992); Christensen, Wiebe, Smith y Tuner (1994); Heidenheim y Lindsay (1994) los cuales señalan que el apoyo familiar y el apoyo de los amigos que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentran asociado a la adaptación al tratamiento y a su supervivencia, debido a que son uno de los recursos más importantes con los que cuentan estos pacientes, para afrontar las demandas y disrupciones que genera la enfermedad y el tratamiento.

Esto puede deberse, a que en la medida que el paciente perciba por parte de sus familiares y amigos un apoyo que sea experimentado como un entendimiento empático (Thoist, 1986), se convertirán en redes de apoyo social

que reducirán o amortiguarán el impacto psicológico adverso que tienen los eventos estresantes que causan la enfermedad y su tratamiento (Alloway y Bebbington, 1987; Pakenham, Dadds y Terry, 1994), contribuyendo de manera favorable con los esfuerzos que realizan los enfermos renales para cambiar el significado traumático de su situación, satisfaciendo las nuevas demandas que la enfermedad les exige y tolerando la ansiedad y depresión que se pueden desencadenar, para permitir que el paciente logre realizar un mejor reajuste en su antiguo estilo de vida, lográndose un ajuste psicosocial adecuado.

En relación a la variable **nivel socioeconómico**, se esperaba que los pacientes con mayor NSE tendían a un mayor ajuste psicosocial que los pacientes de menor NSE. Lo cual fue corroborado en el presente estudio.

Esta relación se explica porque los pacientes deben asistir tres veces a la semana para recibir el tratamiento, y como las Unidades de Diálisis ofrecen sus servicios principalmente durante el día, ello les impide a estas personas mantener una actividad laboral normal, por lo que muchas veces deben realizar cambios de trabajo, reducir el número de horas laborables y en muchas de las ocasiones son despedidos, lo que los lleva a un incremento en la carga económica adicional en la familia, que resulta mucho más significativa cuando los pacientes poseen NSE bajo.

De igual manera, cuando los pacientes cuentan con suficientes recursos económicos pueden poseer un estilo de vida que les brinde mayor seguridad y protección, disminuyendo la cantidad de estresores que podrían afectarlos en diferentes áreas de su vida. Además, de permitirles mantener un mejor cuidado de la salud, ya que pueden cumplir con todas las indicaciones médicas y acceder a todos los medicamentos e implementos necesarios para realizar su tratamiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación se buscó conocer la influencia de las variables estrategias de afrontamiento, apoyo social, el sexo, NSE, la edad y la duración en el tratamiento, sobre el ajuste psicosocial de doscientos catorce (214) pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica bajo el tratamiento de hemodiálisis, que asisten a diversos Centros de Hemodiálisis del Área Metropolitana de Caracas, a partir de la adecuación de un modelo estructural.

La insuficiencia renal es una enfermedad crónica, que específicamente trata de un decremento en la función renal, lo cual limita todos los aspectos de la vida del paciente, ya que para poderse mantener con vida requieren una terapia de reemplazamiento renal por diálisis de mantenimiento, como lo es la hemodiálisis. Lo que lleva a estos pacientes a asumir el rol de enfermos, teniendo la necesidad de realizar reajustes en diversos aspectos de su vida, con la finalidad de poder asumir su enfermedad en función de todas las limitaciones que esta le impone.

En esta investigación se evidenció que el ajuste psicosocial, estaba relacionado con la calidad y la cantidad de apoyo social que reciben los pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica. De esta manera, en la medida que los pacientes perciban que son ayudados y comprendidos, mediante un entendimiento empático por parte de sus personas significativas, les permitirán a ellos amortiguar o reducir las situaciones estresantes y las múltiples pérdidas que genera la enfermedad. Permitiéndoles a su vez, poseer recursos emocionales tanto internos como externos, para realizar los cambios en su vida y aceptar la enfermedad como una parte de ésta.

Asimismo, el que estos pacientes busquen apoyo moral, simpatía y comprensión por parte de las personas que les rodean, les ayudarán a reducir el distrés emocional, pudiendo mantener un mejor estado anímico para emprender los cambios que deben realizar a nivel psicosocial.

De igual manera, se encontró que los pacientes masculinos tienden a percibir y recibir más apoyo en general por parte de las personas que les rodean, afectando de manera favorable su ajuste psicosocial. Pues, no pierden sus redes de apoyo social importantes, que son tan necesarias para poder enfrentar esta enfermedad.

Este fenómeno también fue observado por los reportes de las pacientes femeninas, quienes se quejaban de ser abandonadas en mayor medida que los hombres, especialmente por parte de sus parejas, perdiendo fuentes de apoyo cruciales para enfrentar su situación.

En la medida que el afrontamiento de esta enfermedad no lleve consigo la aceptación por parte del sujeto de la misma, tenderán a negarla o a focalizarse excesivamente en su problemática y en los malestares físicos y psicológicos que la acompañan, sin poder reorganizar sus vidas tomando en cuenta las limitaciones o restricciones que les impone la enfermedad, lo que repercutirá en su ajuste psicosocial. Como les sucede principalmente a los pacientes de NSE bajo, a quienes les cuesta aprender a vivir con la enfermedad y adoptar formas de afrontamiento que sean más adaptativas para su vida.

Asimismo, a este tipo de pacientes se les dificulta su ajuste psicosocial, debido a la escasez de recursos económicos que les impide cumplir de manera adecuada el tratamiento. Además, los gastos generados por la enfermedad, y que ellos no puedan trabajar empeoran su situación económica, causándoles mayor malestar a nivel social como psicológico.

De esta manera, a través de esta investigación se muestra la relevancia de poseer redes de apoyo social y adecuadas estrategias de afrontamiento, para ajustarse psicosocialmente ante estresores permanentes en el tiempo y de gran impacto que impone una enfermedad crónica. Siendo, relevante que los Centros de Hemodiálisis en los cuales los pacientes reciben tratamiento, ayuden a incorporar a sus familiares y demás personas significativas de los enfermos renales a sus vidas.

Entre las limitaciones que se presentaron en la investigación, se encuentran:

En primer lugar, el haber estudiado la variable edad como una variable continua. Ya que, esto no permitió analizar de una manera más discriminativa, la influencia que poseen las diferentes etapas evolutivas sobre el ajuste psicosocial, por ejemplo: el adulto joven, el adulto y las personas de edad avanzada. Puesto, que la percepción que poseen las personas del impacto que *genera su enfermedad, podría estar relacionado con su momento vital.*

En segundo lugar, la distribución de la variable tiempo en tratamiento se caracterizó por ser sumamente dispersa y coleada hacia fuera, lo que pudo afectar el que no se encontraran las relaciones propuestas para esta variable, pues esto tiende a violar el supuesto de la normalidad de la distribución y viciando el análisis de regresión múltiple.

En tercer lugar, la multicolinaridad entre los factores apoyo de la familia, apoyo de los amigos, el apoyo de personas cercanas o próximas y el apoyo en general; tendió a disminuir el poder predictivo sobre el ajuste psicosocial de esta variable.

En cuarto lugar, el hecho de que la administración del cuestionario de apoyo social se realizara de forma individual a cada paciente y que el estilo de puntuación fuera de presencia - ausencia, llevó a que el fenómeno de deseabilidad social tendiera a sobreestimar la cantidad de apoyo social que reciben estos pacientes.

En quinto lugar, con la finalidad de hacer más parsimonioso el modelo a contrastar, se consideró el ajuste psicosocial como un constructo unitario, sin evaluar cada uno de sus factores, no lográndose observar de una manera más detallada como influye cada una de las variables estudiadas sobre las diferentes áreas que conforman el ajuste psicosocial.

En sexto lugar, para no hacer más complejo el modelo, esta investigación no considero variables psicológicas, como: la autoestima, rasgos de personalidad, locus de control, etc; las cuales pueden estar ejerciendo efectos sobre el ajuste psicosocial y que en este estudio no fueron contempladas.

Así, entre las recomendaciones que se sugieren para futuros estudios, se encuentran:

En primer lugar, se debería estudiar la variable edad de forma categórica. Estableciendo criterios de corte, tomando en cuenta las etapas evolutivas de las personas.

En segundo lugar, se debería realizar un análisis factorial para reagrupar los factores multicolinares que conforman en el Cuestionario de Apoyo Social de Dunn.

De igual manera, se recomienda cambiar el estilo de puntuación de dicho instrumento, de 0 – 1 a una escala tipo liker, con la finalidad de disminuir el efecto de la deseabilidad social sobre dicho Cuestionario.

En tercer lugar, seria de interés para posteriores estudios realizar un análisis con el constructo ajuste psicosocial, desglosándolo en las áreas que lo integran. Con la finalidad de estudiar, la influencia de la insuficiencia renal crónica en cada una de ellas y de esta manera conocer cuales son las áreas en las que los pacientes presentan mayor dificultad para realizar reajustes de manera eficaz.

En cuarto lugar, se recomienda introducir variables psicológicas al estudio y analizar sus efectos sobre el ajuste psicosocial de los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica.

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación, se recomendaría a los Centros de Hemodiálisis, las siguientes intervenciones a nivel práctico:

Crear programas de intervención relacionados con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, para incrementar el ajuste psicosocial de estas personas a su enfermedad y tratamiento. Lo cual podría ser realizado, a través de talleres informativos acerca de la enfermedad, las implicaciones que tiene a nivel psicológico en los pacientes, de como debería ser su aproximación emocional ante los mismos, con la finalidad de que estas personas puedan comprenderlos y los ayuden en los cambios que deben realizar los pacientes en sus vidas.

De igual manera, sería adecuado realizar intervenciones psicológicas individuales con los pacientes de NSE bajo, ya que son las personas que tienen

estrategias de afrontamiento menos adecuadas para hacerle frente a la enfermedad. Ello también sería necesario para las pacientes femeninas, debido a que tienden a percibir y obtener menor apoyo social.

Debido a las dificultades económicas, que muestran los pacientes de bajo NSE para cumplir a cabalidad su tratamiento, los Centros de Hemodiálisis a los cuales asisten estos pacientes, deberían tener un mayor control de los aspectos económicos, para que el Seguro Social, cumpla puntualmente con el envío de los implementos, con la finalidad de que estos puedan acceder tanto a los implementos como a los medicamentos, para asegurarles una continuidad en su tratamiento y por ende tener una mejoría en relación a su estado de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, N. (1997). ***Efecto de la prestación de servicios de salud sobre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento de profesionales que proveen dichos servicios.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Alea, J. y Salcedo, M. (1995). ***Variables psicológicas asociadas a la insuficiencia renal crónica terminal: Un estudio exploratorio.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Alloway, R. y Bebbington, R. (1987). The buffer theory of social support. ***A Review of Literature Psychological Medicine.*** 17 (1), 91 - 108.

Arocha, P; Villalba, C. y Villalobos, H. (1976). ***Descripción de algunos aspectos psicológicos de pacientes en tratamiento de hemodiálisis prolongada en el Hospital Universitario de Caracas.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Beeson, P. y Mcdermott, W. (1972). *Cecil - Loeb.* ***Tratado de medicina interna*** (13ª edición) México: Nueva Editorial Interamericana.

Belgiovane, V. y Hernández, R. (1994). ***Evaluación de una intervención psicológica grupal sobre las variaciones en los niveles de ansiedad general, ansiedad específica, depresión y ajuste psicosocial.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Blodgett, C. (1982). A selected review of the literature of adjustament to hemodiálisis. ***Psychiatry in Medicine.*** 11 (2), 97 - 124.

Caldeira, L. y Lira, C. (1997). ***El concepto de sí mismo y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Calvenese, N. (1991). ***Estilos de afrontamiento y adaptación para el tratamiento en pacientes hemodializados.*** Tesis de Maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Calvanese, N. y Villalobos, A. (1986). ***Una nueva alternativa terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.*** Trabajo Especial de grado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Cárdenaz, Y. y Cruz, Y. (1987). ***Relación existente entre el nivel de depresión y el ajuste al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de los Hospitales Miguel A. Pérez Carreño, Clínico Universitario de Caracas y Militar.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. ***Journal of Personality and Social Psychology.*** 56 (2), 267 - 283.

Cassem, N. (1991). ***Handbook of general hospital psychiatry.*** (3ª edición) Boston: Mosby Year Book.

Christensen, A., Wiebe, J., Smith, T. y Turner, Ch. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. ***Health Psychology.*** 13 (6), 521 - 525.

Cruz, G. y Scotto, C. (1988). ***Estudio de los rasgos de personalidad y niveles de ansiedad en pacientes úremicos terminales: Ajustados y no ajustados a la lista de transplante, del Área Metropolitana de Caracas.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Derogatis, L. y López, M. (1983). ***Psychosocial adjusment to illness scale (PAIS & PAIS – SR) scoring, procedures and administration manual*** – Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Duran, M. e Ibarra, A. (1998). ***Comparación de las estrategias de afrontamiento entre sujetos femeninos de 10 a 17 años sexualmente victimizados y sujetos que hayan vivido otra situación estresante.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Fishman, D. y Schneider, C. (1972). Predicting emotional adjustment in home dialysis patients and their relatives. ***Journal Chronic Disease.*** 25, 99 – 109.

García, J. (1994). ***Contrastación de un modelo estructural de las relaciones entre autoconcepto, ansiedad númerica y desempeño matemático.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Goldman, H. (1996). ***Psiquiatría general*** (4ª edición) México: Manual Moderno.

Guarino L. y Feldman L. (1995). Estilos de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios. ***Comportamiento.*** 4, 25 - 45.

Guyton, A. (1972). ***Fisiología y fisiopatología básicas*** (1ª edición) México: Nueva Editorial Interamericana.

Harris, A. (1972). The psychology of chronic illness. ***Journal Chronic Disease.*** 25, 659 - 664.

Heidenheim, P. y Lindsay, R. (1994). Quality of life assurance in hemodialysis. En L. Henderson y S. Thuma (Eds.) ***Quality Assurance in Dialysis.*** 133-148.

Heim, E., Valach, L. y Shaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. ***Psychosomatic Medicine.*** 29, 408 - 418.

Hener, T., Weisenberg, M. y Har - Even, D. (1996). Supportive versus cognitive - behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. ***Journal of Consulting Clinical Psychology.*** 64 (4), 731 - 741.

Hernández,R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991) ***Metodología de la investigación.*** México: Mc Graw Hill.

Jiménez, M. (1991). ***Reformulación de un modelo estructural.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Joltkevitch, E. y Sanz, A. (1996). ***Evaluación de la calidad de vida relativa a la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos al tratamiento de hemodiálisis en dos unidades de diálisis del area metropolitana de Caracas.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Kaplan, R., Sallis, J. y Patterson, T. (1983). ***Health and human behavior.*** New York: Mc Graw - Hill.

Kerlinger, F.(1988). ***Investigación del comportamiento.*** México: Mc Graw - Hill.

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

Martin, R., Gayla, M., Baron, J., Suls, B. y Blanchard, E. (1994). Specificity in social support: Perceptions of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients. ***Health Psychology.*** 13 (5), 432 - 439.

McCraer, R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. ***Journal of Personality and Social Psychology.*** 46 (4), 919 – 928.

Menaghon, E. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and health outcomes. En H. Kaplan (Ed.) ***Psychosocial stress: Trend in theory and research.*** New York: Academic Press.

Moral, M. (1995). ***Procesos de estrés y apoyo social: Repercusiones en la salud individual y bienestar marital.*** Tesis de Maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Pacheco, A. y Suárez, L. (1997). ***Diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos: Depresión y apoyo social sobre la autopercepción de la salud en estudiantes universitarios.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Pakenham, K., Dadds, M. y Terry, D. (1994). Relation ships between adjustment to HIV and both social support and coping. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology.*** 62 (6), 1194 - 1203.

Parkerson, G. y Gutman, R. (1997). Perceived mental health and disablement of primary care and end - stage renal disease patients. ***Psychiatry in Medicine.*** 27 (1), 33 - 45.

Peña, G. (1992). ***El proceso de investigación empírica.*** Monografía no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Peterson, L. (1989). Special Series: Coping with medical illness and medical procedures. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology.*** 57 (3), 331 – 332.

Peterson, R., Kimmel, P., Sacks, C., Mesquita, M., Simmens, S. y Reiss, D. (1991). Depression, perception of illness and mortality in patients with end - stage renal disease. ***Psychiatry in Medicine.*** 21 (4), 343 - 354.

Pereira, S. y Rodríguez, M. (1996). ***Representación social de la muerte en adolescentes de catorce a diecinueve años de edad y de nivel socieconómico alto y bajo.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Pervin, L. (1998). ***La ciencia de la personalidad.*** Madrid: Mc Graw-Hill.

Rodin, G. (1994). Depression in patients with end - stage renal disease: Psychopatology or normative response. ***Advances in Renal Replacement Therapy.*** 1 (3), 219 - 227.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.) ***Manual de psicopatología.*** *Volumen 2.* Madrid: Mc Graw - Hill.

Sanz, M. y Sanz, M. (1988). ***Características psicológicas y ajuste psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.*** Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Sierra Bravo, R. (1985). ***Ciencias sociales: Análisis estadístico y modelos matemáticos.*** Madrid : Paraninfo.

Thoits, P. (1986). Social support as a coping asistance. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology.*** 54 (4), 416 - 423.

Vidal, J. (1984). ***Anatomía, fisiología e higiene*** (22ª edición) Buenos Aires: Stella.

Vidal, J. y Alarcon, M. (1988). ***Psiquiatría.*** Buenos Aires: Panamericana.

Villee, C. (1992). ***Biología*** (2ª edición). México: Interamericana.

Wolman, B. (1996). ***Diccionario de las ciencias de la conducta*** (3era ed). México: Trillas.

ANEXOS A
ANÁLISIS DE DATOS

ANEXO A.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS PARA LA VARIABLE SEXO

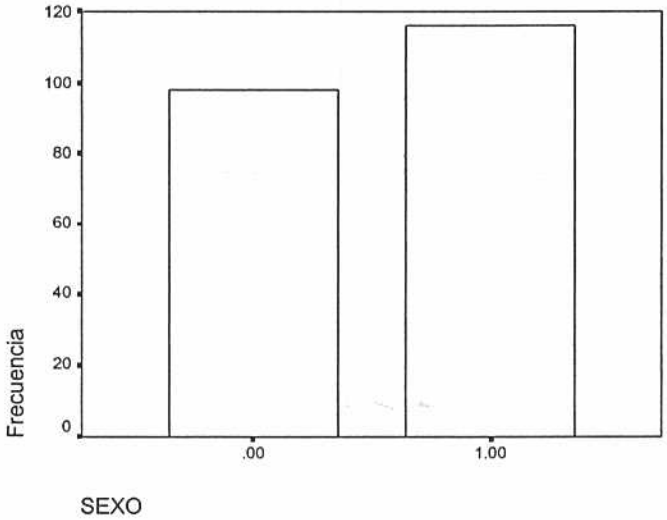
Estadísticos

	N		
	Válidos	Perdidos	Moda
SEXO	214	0	1.00
NSE	214	0	.00

Tabla de frecuencia SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	98	45.8	45.8	45.8
	1.00	116	54.2	54.2	100.0
	Total	214	100.0	100.0	
Total		214	100.0		

Gráfico de barras

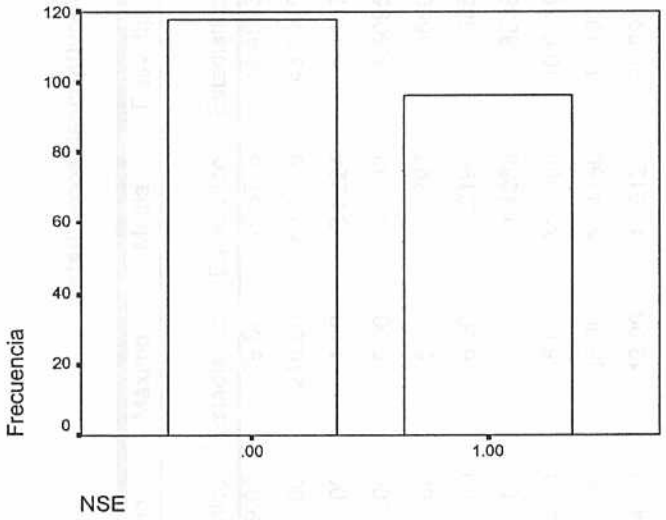


ANEXO A.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS PARA LA VARIABLE NSE

Tabla de frecuencia NSE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	118	55.1	55.1	55.1
	1.00	96	44.9	44.9	100.0
	Total	214	100.0	100.0	
Total		214	100.0		

Gráfico de barras

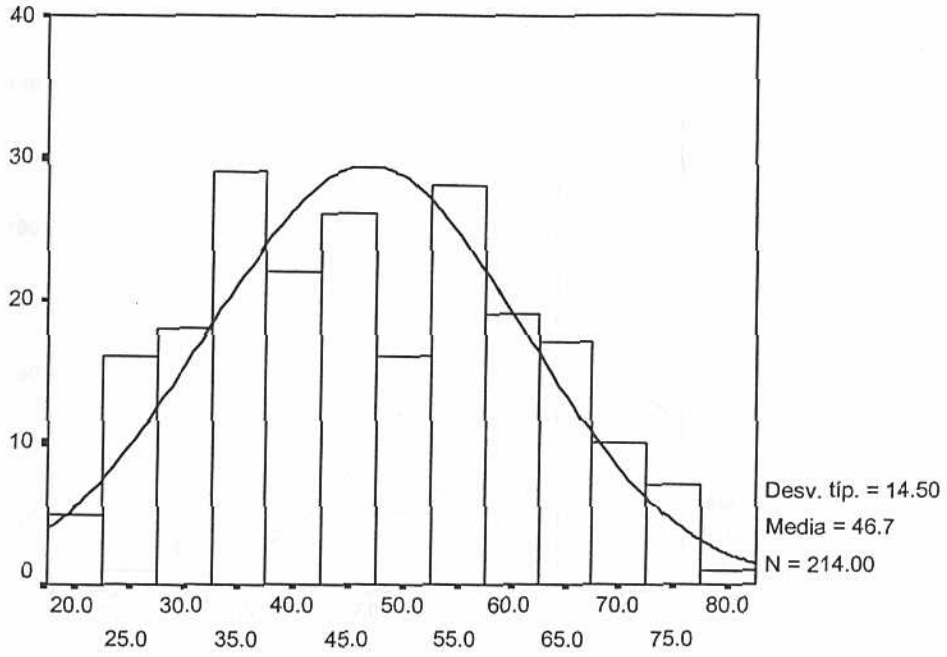


ANEXO A.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

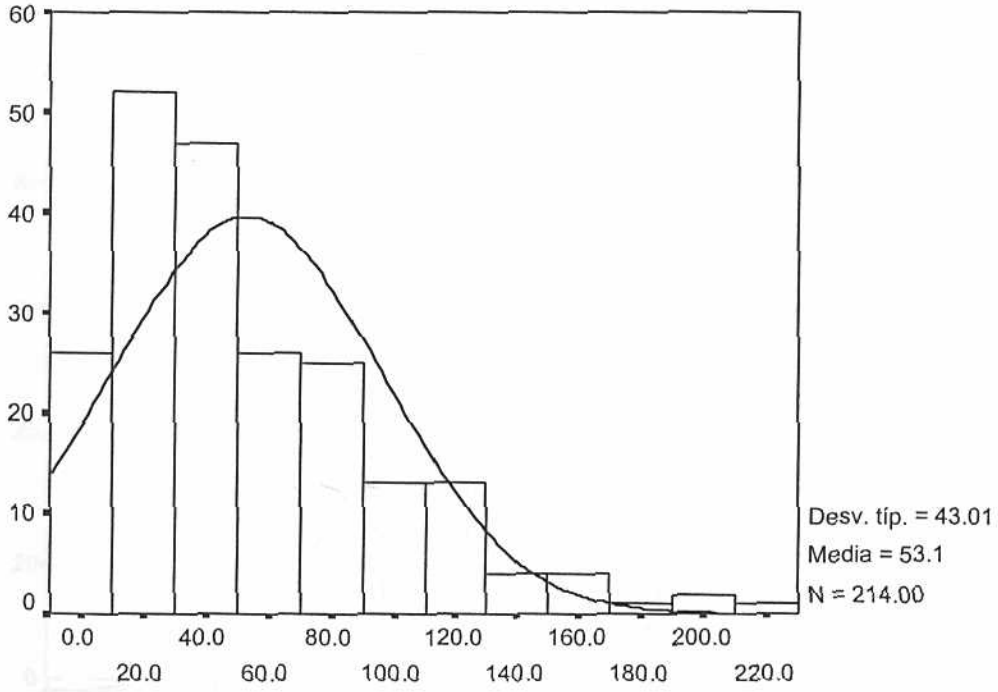
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
EDAD	214	19.00	79.00	46.6776	14.4993	.143	.166	-.867	.331
TTTO	214	1.00	216.00	53.1215	43.0149	1.197	.166	1.361	.331
AMIGO	214	.00	4.00	3.3224	1.1107	-1.516	.166	1.146	.331
FAMILIA	214	.00	6.00	4.7383	1.5095	-1.159	.166	.491	.331
CERCANO	214	.00	5.00	4.2897	1.0660	-1.751	.166	3.133	.331
GENERAL	214	.00	6.00	3.2196	1.3085	-.020	.166	-.510	.331
OPINIÓN	214	.00	3.00	1.4065	.8038	.281	.166	-.352	.331
AP	214	4.00	55.00	31.6589	10.6639	-.349	.166	-.236	.331
AE	214	15.00	85.00	51.4159	13.4021	-.309	.166	-.155	.331
PAIS	214	4.00	113.00	42.6121	20.6914	.585	.166	.171	.331
N válido (según lista)	214								

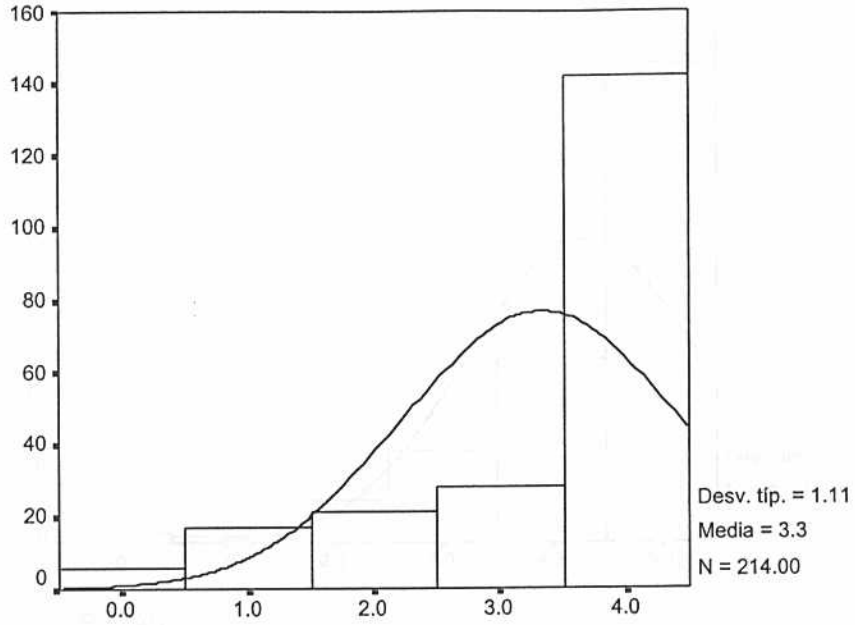
TTTO: Tiempo en tratamiento. **AMIGO:** Apoyo de amigos. **FAMILIA:** Apoyo de la Familia.
CERCANO: Apoyo de personas cercanas o próximas. **GENERAL:** Apoyo en general. **OPINIÓN:** Opinión acerca del apoyo.
AP: Afrontamiento centrado en el problema **AE:** Afrontamiento centrado en la emoción. **PAIS:** Ajuste Psicosocial.


40
30
20
10
0
20.0
25.0
30.0
35.0
40.0
45.0
50.0
55.0
60.0
65.0
70.0
75.0
80.0
Desv. típ. = 14.50
Media = 46.7
N = 214.00

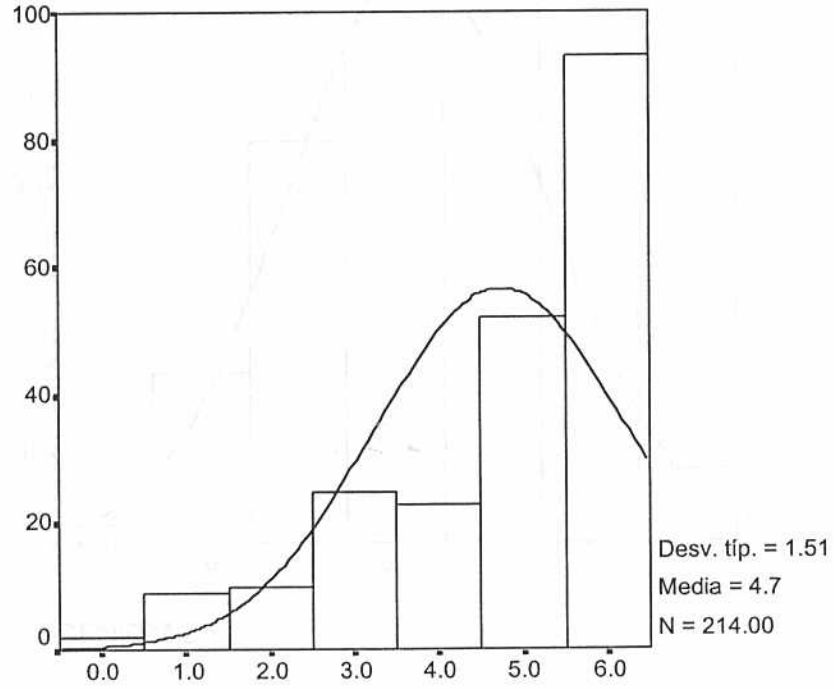
EDAD


60
50
40
30
20
10
0
0.0
20.0
40.0
60.0
80.0
100.0
120.0
140.0
160.0
180.0
200.0
220.0
Desv. típ. = 43.01
Media = 53.1
N = 214.00

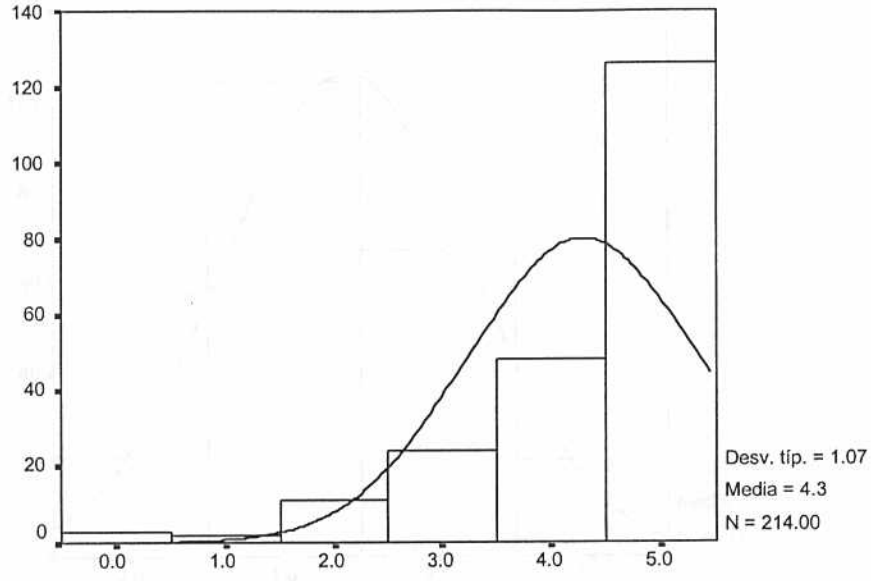
TTTO



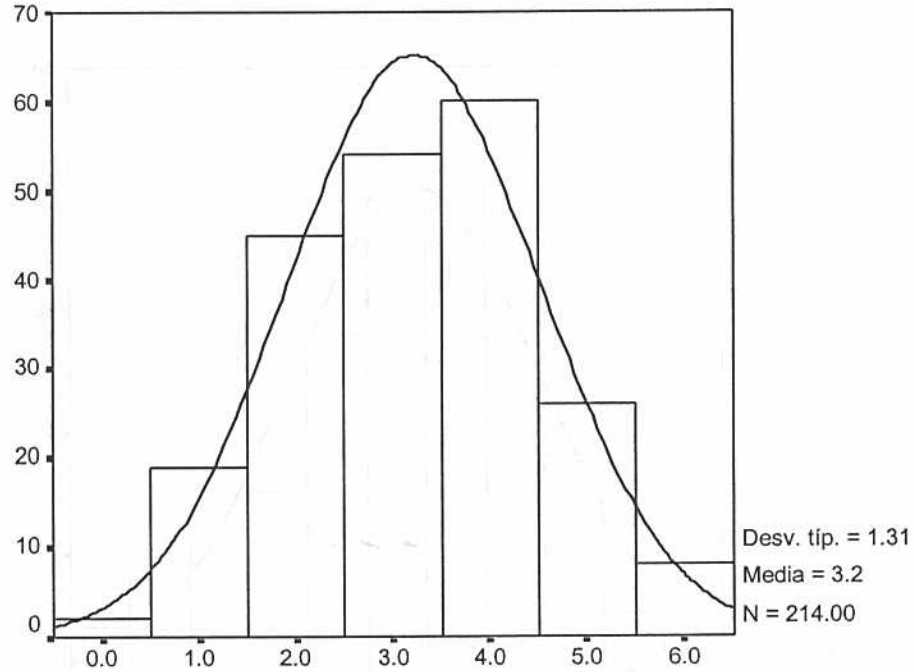
AMIGO



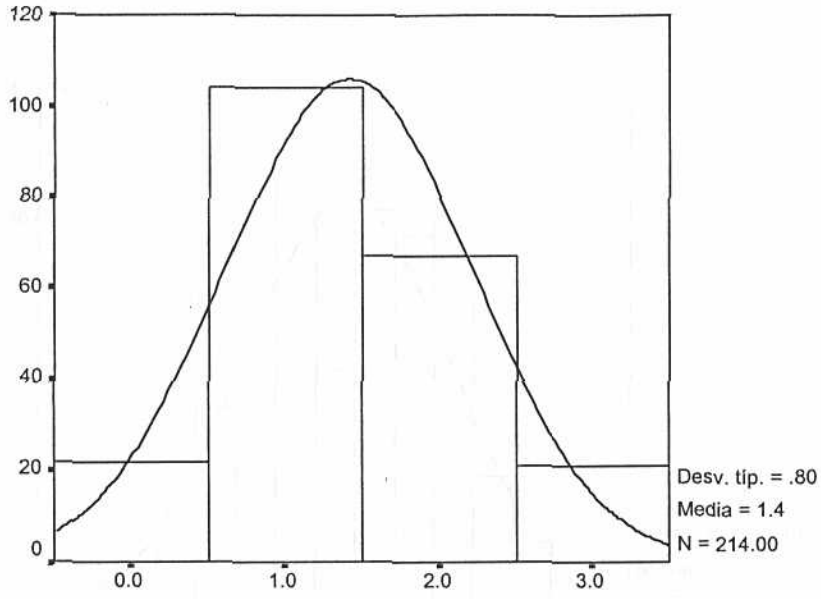
FAMILIA



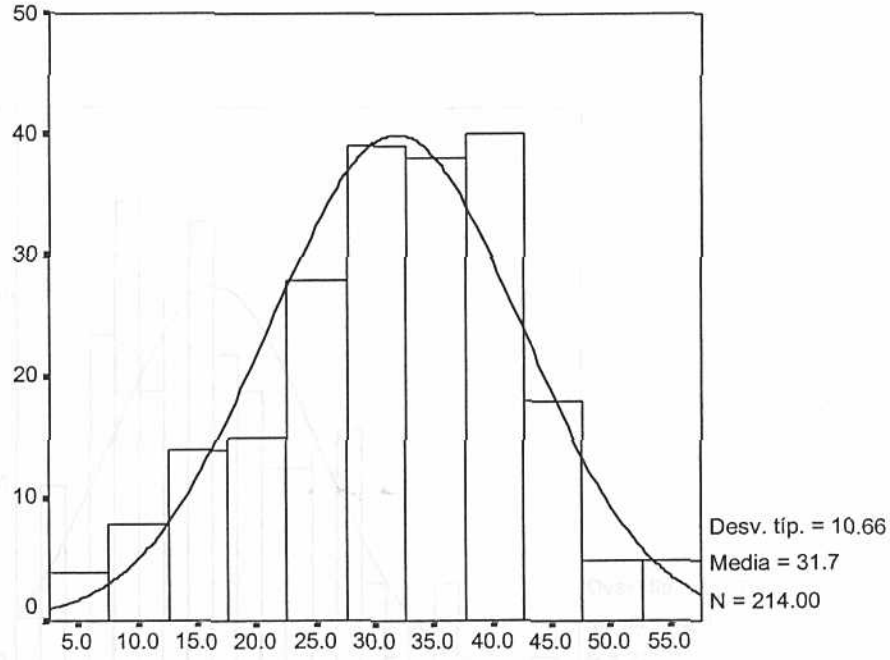
CERCANO



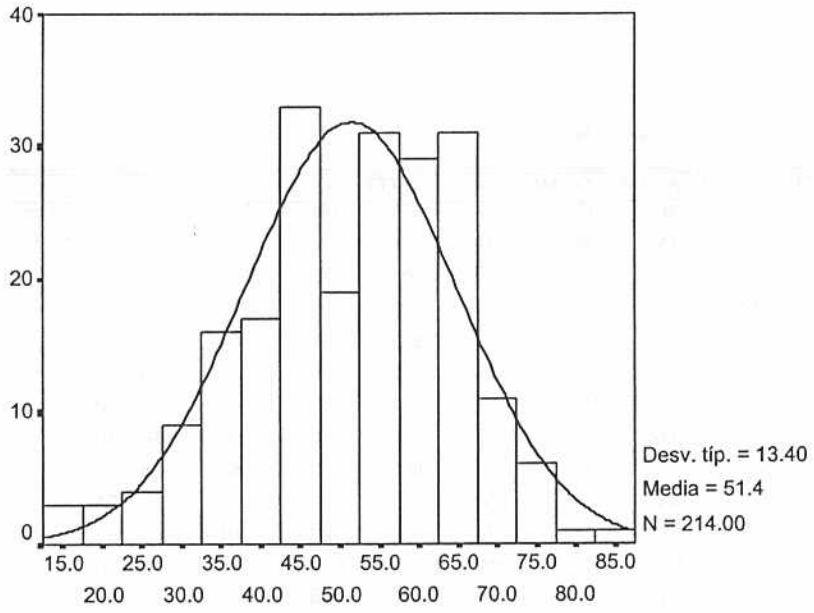
GENERAL


120
100
80
60
40
20
0
0.0
1.0
2.0
3.0
Desv. típ. = .80
Media = 1.4
N = 214.00

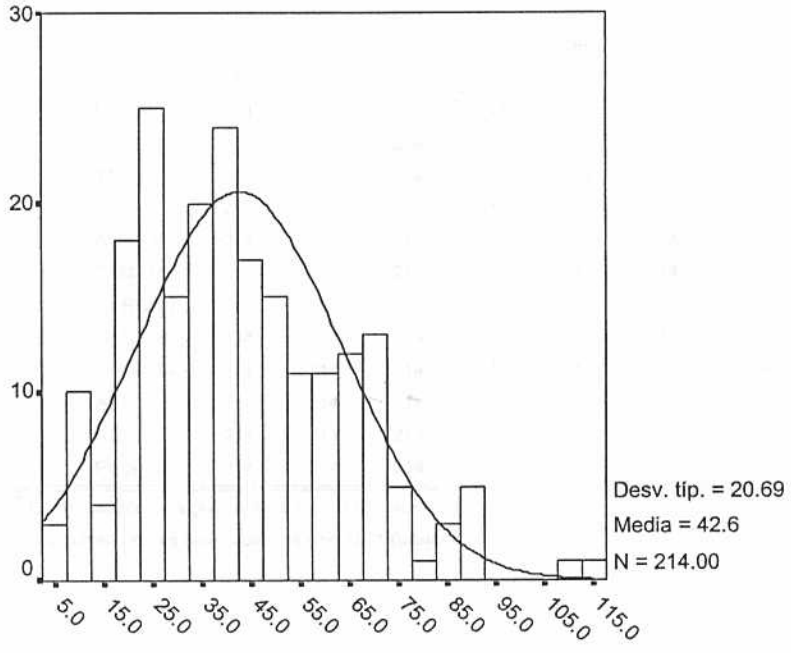
OPINIÓN


50
40
30
20
10
0
5.0
10.0
15.0
20.0
25.0
30.0
35.0
40.0
45.0
50.0
55.0
Desv. típ. = 10.66
Media = 31.7
N = 214.00

AP


40
30
20
10
0
15.0
20.0
25.0
30.0
35.0
40.0
45.0
50.0
55.0
60.0
65.0
70.0
75.0
80.0
85.0
Desv. típ. = 13.40
Media = 51.4
N = 214.00

AE


30
20
10
0
5.0
15.0
25.0
35.0
45.0
55.0
65.0
75.0
85.0
95.0
105.0
115.0
Desv. típ. = 20.69
Media = 42.6
N = 214.00

PAIS

ANEXO A.4 INTERCORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Correlaciones

		EDAD	SEXO	TTTO	NSE	AMIGO	FAMILIA	ERCANO	ENERALOPINIÓN		AP	AE	PAIS
Correlació de Pearso	EDAD	1.000	.050	-.076	.106	-.070	-.036	.017	.020	.087	-.163*	-.040	.037
	SEXO	.050	1.000	-.022	.150*	.064	.077	.039	.126	.162*	.135*	-.215*	-.137*
	TTTO	-.076	-.022	1.000	-.038	.008	-.032	.040	-.043	-.108	-.009	.070	.029
	NSE	.106	.150*	-.038	1.000	.060	.138*	.037	.187*	.011	-.060	-.195*	-.231*
	AMIGO	-.070	.064	.008	.060	1.000	.221*	.531*	.258*	.094	.091	.050	-.287*
	FAMILIA	-.036	.077	-.032	.138*	.221*	1.000	.476*	.381*	.127	.070	.003	-.311*
	CERCAN	.017	.039	.040	.037	.531*	.476*	1.000	.308*	.152*	.081	.085	-.316*
	GENERA	.020	.126	-.043	.187*	.258*	.381*	.308*	1.000	.160*	.064	-.002	-.284*
	OPINIÓN	.087	.162*	-.108	.011	.094	.127	.152*	.160*	1.000	.073	.037	-.097
	AP	-.163*	.135*	-.009	-.060	.091	.070	.081	.064	.073	1.000	.416*	-.067
	AE	-.040	-.215*	.070	-.195*	.050	.003	.085	-.002	.037	.416*	1.000	.047
	PAIS	.037	-.137*	.029	-.231*	-.287*	-.311*	-.316*	-.284*	-.097	-.067	.047	1.000
Sig. (bilateral)	EDAD	.	.465	.269	.123	.305	.598	.808	.770	.205	.017	.561	.588
	SEXO	.465	.	.753	.028	.349	.262	.573	.066	.018	.048	.002	.046
	TTTO	.269	.753	.	.585	.907	.639	.561	.531	.117	.898	.305	.677
	NSE	.123	.028	.585	.	.384	.044	.590	.006	.868	.380	.004	.001
	AMIGO	.305	.349	.907	.384	.	.001	.000	.000	.169	.183	.465	.000
	FAMILIA	.598	.262	.639	.044	.001	.	.000	.000	.064	.310	.964	.000
	CERCAN	.808	.573	.561	.590	.000	.000	.	.000	.026	.238	.215	.000
	GENERA	.770	.066	.531	.006	.000	.000	.000	.	.019	.349	.977	.000
	OPINIÓN	.205	.018	.117	.868	.169	.064	.026	.019	.	.290	.586	.159
	AP	.017	.048	.898	.380	.183	.310	.238	.349	.290	.	.000	.332
	AE	.561	.002	.305	.004	.465	.964	.215	.977	.586	.000	.	.494
	PAIS	.588	.046	.677	.001	.000	.000	.000	.000	.159	.332	.494	.
N	EDAD	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	SEXO	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	TTTO	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	NSE	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	AMIGO	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	FAMILIA	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	CERCAN	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	GENERA	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	OPINIÓN	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	AP	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	AE	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
	PAIS	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214

*.La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

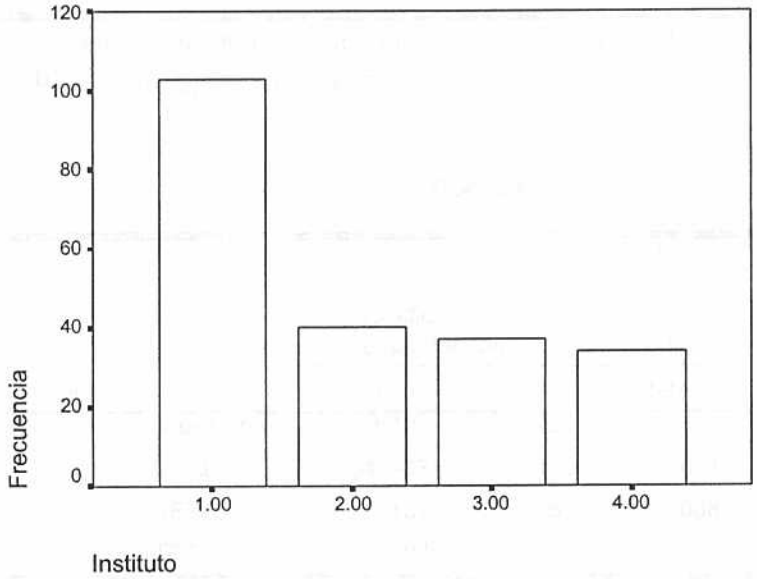
**.La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

ANEXO A.5 ANOVA

Tabla de frecuencia Instituto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	103	48.1	48.1	48.1
	2.00	40	18.7	18.7	66.8
	3.00	37	17.3	17.3	84.1
	4.00	34	15.9	15.9	100.0
	Total	214	100.0	100.0	
Total		214	100.0		

Gráfico de barras



ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PAIS	Inter-grupos	1676.366	3	558.789	1.311	.272
	Intra-grupos	89516.443	210	426.269		
	Total	91192.808	213			

ANEXOA.6 ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.098[a]	.010	-.005	1.1132

a. *Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD*

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2.522	3	.841	.678	.566[a]
	Residual	260.231	210	1.239		
	Total	*262.752*	*213*			

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

b. Variable dependiente: AMIGO

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	3.498	.290		12.058	.000
	EDAD	-5.64E-03	.005	-.074	-1.067	.287
	SEXO	.151	.153	.068	.990	.323
	TTTO	1.009E-04	.002	.004	.057	.955

a. Variable dependiente: AMIGO

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.093[a]	.009	-.005	1.5136

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4.208	3	1.403	.612	.608[a]
	Residual	481.137	210	2.291		
	Total	485.346	213			

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

b. Variable dependiente: FAMILIA

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	4.881	.394		12.373	.000
	EDAD	-4.45E-03	.007	-.043	-.620	.536
	SEXO	.237	.208	.078	1.139	.256
	TTTO	-1.19E-03	.002	-.034	-.491	.624

a. Variable dependiente: FAMILIA

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.059[a]	.003	-.011	1.0717

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.844	3	.281	.245	.865[a]
	Residual	241.193	210	1.149		
	Total	242.037	213			

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

b. Variable dependiente: CERCANO

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	4.128	.279		14.779	.000
	EDAD	1.321E-03	.005	.018	.260	.795
	SEXO	8.271E-02	.147	.039	.562	.575
	TTTO	1.045E-03	.002	.042	.610	.542

a. Variable dependiente: CERCANO

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.133[a]	.018	.004	1.3061

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	6.415	3	2.138	1.253	.291[a]
	Residual	358.262	210	1.706		
	Total	364.678	213			

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

b. Variable dependiente: GENERAL

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3.061	.340		8.992	.000
	EDAD	9.778E-04	.006	.011	.158	.875
	SEXO	.326	.179	.125	1.818	.071
	TTTO	-1.20E-03	.002	-.039	-.576	.565

a. Variable dependiente: GENERAL

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.205[a]	.042	.028	.7923

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	5.800	3	1.933	3.080	.028[a]
	Residual	131.830	210	.628		
	Total	137.631	213			

a. Variables predictoras: (Constante), TTTO, SEXO, EDAD

b. Variable dependiente: OPINIÓN

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1.183	.206		5.729	.000
	EDAD	3.975E-03	.004	.072	1.057	.292
	SEXO	.251	.109	.156	2.309	.022
	TTTO	-1.85E-03	.001	-.099	-1.458	.146

a. Variable dependiente: OPINIÓN

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.158[a]	.025	.011	10.6044

a. Variables predictoras: (Constante), NSE, TTTO, SEXO

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	606.796	3	202.265	1.799	.149[a]
	Residual	23615.302	210	112.454		
	Total	24222.098	213			

a. Variables predictoras: (Constante), NSE, TTTO, SEXO

b. Variable dependiente: AP

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	30.859	1.521		20.290	.000
	SEXO	3.152	1.472	.148	2.142	.033
	TTTO	-2.16E-03	.017	-.009	-.128	.899
	NSE	-1.771	1.475	-.083	-1.200	.231

a. Variable dependiente: AP

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.277[a]	.077	.064	12.9677

a. Variables predictoras: (Constante), NSE, TTTO, SEXO

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2944.379	3	981.460	5.836	.001[a]
	Residual	35313.607	210	168.160		
	Total	38257.986	213			

a. Variables predictoras: (Constante), NSE, TTTO, SEXO

b. Variable dependiente: AE

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	55.152	1.860		29.654	.000
	SEXO	-5.066	1.800	-.189	-2.815	.005
	TTTO	1.876E-02	.021	.060	.907	.365
	NSE	-4.427	1.804	-.165	-2.454	.015

a. Variable dependiente: AE

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.460[a]	.211	.168	18.8704

a. Variables predictoras: (Constante), AE, GENERAL, EDAD, TTTO, OPINIÓN, AMIGO, NSE, SEXO, FAMILIA, AP, CERCANO

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	19262.353	11	1751.123	4.918	.000[a]
	Residual	71930.456	202	356.091		
	Total	91192.808	213			

a. Variables predictoras: (Constante), AE, GENERAL, EDAD, TTTO, OPINIÓN, AMIGO, NSE, SEXO, FAMILIA, AP, CERCANO

b. Variable dependiente: PAIS

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	77.802	9.323		8.345	.000
	EDAD	6.604E-02	.092	.046	.714	.476
	SEXO	-2.477	2.810	-.060	-.882	.379
	TTTO	8.185E-03	.031	.017	.268	.789
	NSE	-6.964	2.732	-.168	-2.549	.012
	AMIGO	-2.556	1.399	-.137	-1.827	.069
	FAMILIA	-1.924	1.028	-.140	-1.871	.063
	CERCANO	-2.583	1.615	-.133	-1.599	.111
	GENERAL	-1.748	1.114	-.111	-1.569	.118
	OPINIÓN	-.446	1.678	-.017	-.266	.791
	AP	-6.65E-02	.141	-.034	-.473	.637
	AE	5.458E-02	.114	.035	.481	.631

a. Variable dependiente: PAIS

ANEXO A.7 ANÁLISIS DE REGRESIÓN CON LOS FACTORES

Factor 1: Afrontamiento activo.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.163[a]	.026	.013	2.732675

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	42.574	3	14.191	1.900	.131[a]
	Residual	1568.178	210	7.468		
	Total	1610.752	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR1

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	6.987	.392		17.827	.000
	TTTO	2.279E-03	.004	.036	.523	.601
	NSE	.366	.380	.066	.964	.336
	SEXO	.748	.379	.136	1.971	.050

a. Variable dependiente: FACTOR1

Factor 2: Planificación.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.145[a]	.021	.007	3.714071

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	62.463	3	20.821	1.509	.213[a]
	Residual	2896.808	210	13.794		
	Total	2959.271	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR2

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	6.753	.533		12.678	.000
	TTTO	1.837E-03	.006	.021	.310	.757
	NSE	9.499E-02	.517	.013	.184	.854
	SEXO	1.058	.515	.142	2.053	.041

a. Variable dependiente: FACTOR2

Factor 3: Supresión de actividades competitivas.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.200[a]	.040	.026	3.011168

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	79.659	3	26.553	2.928	.035[a]
	Residual	1904.098	210	9.067		
	Total	1983.757	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR3

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	4.865	.432		11.265	.000
	TTTO	-1.72E-03	.005	-.024	-.357	.721
	NSE	-.990	.419	-.162	-2.364	.019
	SEXO	.875	.418	.143	2.094	.037

a. Variable dependiente: FACTOR3

Factor 4: Afrontamiento restringido.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.144[a]	.021	.007	3.278783

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	47.912	3	15.971	1.486	.219[a]
	Residual	2257.588	210	10.750		
	Total	2305.500	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR4

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	4.970	.470		10.568	.000
	TTTO	9.227E-03	.005	.121	1.765	.079
	NSE	-.388	.456	-.059	-.852	.395
	SEXO	.395	.455	.060	.869	.386

a. Variable dependiente: FACTOR4

Factor 5: Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.179[a]	.032	.018	3.524952

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	86.017	3	28.672	2.308	.078[a]
	Residual	2609.310	210	12.425		
	Total	2695.327	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR5

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	7.967	.506		15.760	.000
	TTTO	-1.27E-02	.006	-.153	-2.255	.025
	NSE	-.683	.490	-.096	-1.393	.165
	SEXO	-8.12E-02	.489	-.011	-.166	.868

a. Variable dependiente: FACTOR5

Factor 6: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.110[a]	.012	-.002	3.657265

a. Variables predictoras: (Constante), NSE, TTTO, SEXO

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	34.121	3	11.374	.850	.468[a]
	Residual	2808.874	210	13.376		
	Total	2842.995	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR6

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	7.503	.525		14.304	.000
	TTTO	2.823E-04	.006	.003	.048	.961
	NSE	-.299	.509	-.041	-.588	.557
	SEXO	-.699	.508	-.096	-1.377	.170

a. Variable dependiente: FACTOR6

Factor 7: Reinterpretación positiva y crecimiento.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.144[a]	.021	.007	2.633491

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	31.017	3	10.339	1.491	.218[a]
	Residual	1456.408	210	6.935		
	Total	1487.425	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR7

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	9.787	.378		25.912	.000
	TTTO	3.068E-03	.004	.050	.731	.466
	NSE	-.150	.366	-.028	-.408	.683
	SEXO	-.672	.366	-.127	-1.837	.068

a. Variable dependiente: FACTOR7

Factor 8: Aceptación.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.102[a]	.010	-.004	3.219525

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	22.872	3	7.624	.736	.532[a]
	Residual	2176.721	210	10.365		
	Total	2199.593	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR8

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	8.270	.462		17.910	.000
	TTTO	2.645E-04	.005	.004	.052	.959
	NSE	-.190	.448	-.030	-.425	.671
	SEXO	-.599	.447	-.093	-1.341	.181

a. Variable dependiente: FACTOR8

Factor 9: Regreso a la religión.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.184[a]	.034	.020	2.628970

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	50.869	3	16.956	2.453	.064[a]
	Residual	1451.412	210	6.911		
	Total	1502.280	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR9

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	9.920	.377		26.310	.000
	TTTO	-6.14E-04	.004	-.010	-.146	.884
	NSE	-.304	.366	-.057	-.830	.408
	SEXO	-.886	.365	-.167	-2.429	.016

a. Variable dependiente: FACTOR9

Factor 10: Focalización y expresión de emociones.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.147[a]	.022	.008	3.063668

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	43.436	3	14.479	1.543	.205[a]
	Residual	1971.073	210	9.386		
	Total	2014.509	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR10

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	6.422	.439		14.615	.000
	TTTO	-4.23E-04	.005	-.006	-.087	.931
	NSE	-.780	.426	-.127	-1.831	.068
	SEXO	-.358	.425	-.058	-.842	.401

a. Variable dependiente: FACTOR10

Factor 11: Negación.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.209[a]	.044	.030	3.106480

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	92.188	3	30.729	3.184	.025[a]
	Residual	2026.546	210	9.650		
	Total	2118.734	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR11

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	5.711	.446		12.819	.000
	TTTO	-3.26E-03	.005	-.044	-.658	.511
	NSE	-1.039	.432	-.164	-2.404	.017
	SEXO	-.641	.431	-.102	-1.488	.138

a. Variable dependiente: FACTOR11

Factor 12: Liberación conductual.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.201[a]	.040	.027	2.706140

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	64.653	3	21.551	2.943	.034[a]
	Residual	1537.871	210	7.323		
	Total	1602.523	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR12

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados B	Coeficientes no estandarizados Error típ.	Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	3.317	.388		8.548	.000
	TTTO	6.484E-03	.004	.102	1.503	.134
	NSE	-.903	.376	-.164	-2.399	.017
	SEXO	-.129	.376	-.023	-.343	.732

a. Variable dependiente: FACTOR12

Factor 13: Liberación mental.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.207[a]	.043	.029	2.887789

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	78.742	3	26.247	3.147	.026[a]
	Residual	1751.258	210	8.339		
	Total	1830.000	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR13

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	5.468	.414		13.201	.000
	TTTO	4.156E-03	.005	.061	.903	.368
	NSE	-.996	.402	-.169	-2.480	.014
	SEXO	-.445	.401	-.076	-1.111	.268

a. Variable dependiente: FACTOR13

Factor 14: Liberación hacia el alcohol y las drogas.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.113[a]	.013	-.001	.586902

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.940	3	.313	.910	.437[a]
	Residual	72.335	210	.344		
	Total	73.276	213			

a. Variables predictoras: (Constante), SEXO, TTTO, NSE

b. Variable dependiente: FACTOR14

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	7.340E-02	.084		.872	.384
	TTTO	7.247E-04	.001	.053	.775	.439
	NSE	-2.88E-02	.082	-.024	-.353	.724
	SEXO	.119	.081	.101	1.463	.145

a. Variable dependiente: FACTOR14

Ajuste Psicosocial y los factores

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.623[a]	.388	.317	17.0958

a. Variables predictoras: (Constante), FACTOR14, FACTOR2, NSE, TTTO, FACTOR8, AMIGO, OPINIÓN, FACTOR10, SEXO, FAMILIA, FACTOR11, FACTOR7, FACTOR4, GENERAL, FACTOR12, FACTOR9, FACTOR3, FACTOR5, FACTOR13, CERCANO, FACTOR6, FACTOR1

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	35370.066	22	1607.730	5.501	.000[a]
	Residual	55822.742	191	292.266		
	Total	91192.808	213			

a. Variables predictoras: (Constante), FACTOR14, FACTOR2, NSE, TTTO, FACTOR8, AMIGO, OPINIÓN, FACTOR10, SEXO, FAMILIA, FACTOR11, FACTOR7, FACTOR4, GENERAL, FACTOR12, FACTOR9, FACTOR3, FACTOR5, FACTOR13, CERCANO, FACTOR6, FACTOR1

b. Variable dependiente: PAIS

Coeficientes [a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	70.787	8.566		8.264	.000
	SEXO	-2.162	2.592	-.052	-.834	.405
	TTTO	1.569E-02	.029	.033	.538	.591
	NSE	-4.011	2.559	-.097	-1.567	.119
	AMIGO	-1.755	1.311	-.094	-1.339	.182
	FAMILIA	-2.133	.957	-.156	-2.229	.027
	CERCANO	-1.502	1.496	-.077	-1.003	.317
	GENERAL	-1.893	1.054	-.120	-1.797	.074
	OPINIÓN	-.416	1.571	-.016	-.265	.792
	FACTOR1	-.715	.696	-.095	-1.028	.305
	FACTOR2	-9.75E-02	.483	-.018	-.202	.840
	FACTOR3	.917	.480	.135	1.908	.058
	FACTOR4	-.602	.430	-.096	-1.401	.163
	FACTOR5	-5.69E-02	.492	-.010	-.116	.908
	FACTOR6	-1.551	.494	-.274	-3.140	.002
	FACTOR7	-.223	.544	-.028	-.410	.682
	FACTOR8	-.312	.411	-.048	-.758	.449
	FACTOR9	.988	.553	.127	1.789	.075
	FACTOR10	2.537	.464	.377	5.470	.000
	FACTOR11	-2.97E-02	.453	-.005	-.066	.948
	FACTOR12	1.025	.525	.136	1.951	.053
	FACTOR13	-.489	.506	-.069	-.967	.335
	FACTOR14	-4.389	2.151	-.124	-2.040	.043

a. Variable dependiente: PAIS

ANEXO B
INSTRUMENTOS

ANEXO B.1 ESCALA DE GRAFFAR

Nombre: _____. Sexo: _____. Edad: _____.
Tiempo en diálisis: _____. Centro: _____.

La presente escala contiene un conjunto de preguntas ante las cuales deberá responder una sola alternativa de respuesta.

1) Indique con una "X" la profesión que corresponde al jefe de la familia según las categorías indicadas a continuación:

_____a. Profesional Universitario o su equivalente. Se incluye en este grupo ejecutivos, empresarios o comerciantes de alto nivel.

_____b. Profesiones técnicas especializadas: ejercicio profesional en alguna de las menciones del ciclo diversificado. Se incluyen posiciones gerenciales medias.

_____c. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida. Se incluyen los pequeños comerciantes.

_____d. Obreros especializados.

_____e. Obreros no especializados.

2) Marque con una "X" el nivel de instrucción de la madre, según las categorías indicadas a continuación:

_____a. Instrucción universitaria o su equivalente.

_____b. Instrucción secundaria completa.

_____c. Instrucción secundaria incompleta.

_____d. Analfabeta.

3) Indique cuál es la fuente de ingresos de la familia:

_____a. La fuente principal de ingresos de la familia es el resultado de la inversión en empresas, entidades financieras, negocios, fortuna heredada o adquirida.

_____b. Los ingresos consisten en un salario fijo, es decir, una remuneración calculada sobre una base mensual o anual, generalmente pagada mensual o quincenalmente.

_____c. El ingreso consiste en un salario fijo, es decir, una remuneración calculada por semana o día.

_____d. El ingreso proviene de la ejecución de trabajos ocasionales, la relación de tareas o destajo, o donaciones de origen público o privado.

4)Indique cuáles son las condiciones de vivienda de su familia:

_____a. Una casa o apartamento muy lujosos, que ofrecen las máximas comodidades.

_____b. Un alojamiento de categoría intermedia, que sin ser tan lujoso como el de la categoría anterior es espacioso, muy cómodo y en óptimas condiciones sanitarias.

_____c. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos, con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.

_____d. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias muy deficientes.

ANEXO B.2 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

Nombre y Apellido: _____. Sexo: _____. Edad: _____.
Centro: _____. Tiempo en diálisis: _____.

A continuación encontrará usted una serie de afirmaciones acerca de la manera en la que las personas responden cuando confrontan eventos estresantes o difíciles en sus vidas. Existen numerosas formas de afrontar el estrés. Por favor indique lo que usted hace o siente generalmente cuando experimenta eventos estresantes. Obviamente, las respuestas dependen de los eventos, pero piense que hace usted usualmente cuando está bajo mucho estrés.

Coloque sus respuestas de acuerdo a la siguiente escala:
0 = Usualmente no hago o siento esto.
1 = Usualmente hago o siento esto un poco.
2 = Usualmente hago o siento esto con frecuencia.
3 = Usualmente hago o siento esto mucho.

Por favor considere cada afirmación por separado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Conteste lo que usted hace y no lo que considera que debería hacerse, o lo que hace la mayoría de la gente.

1. Concentró mis esfuerzos en hacer algo al respecto 0 1 2 3
2. Me concentro para pensar en los pasos que puedo seguir 0 1 2 3
3. Pretendo que nada ha pasado 0 1 2 3
4. Trato de buscar a alguien que me aconseje que debo hacer 0 1 2 3
5. Duermo más de lo usual 0 1 2 3
6. Trato de prevenir que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para manejar el problema 0 1 2 3
7. Me acostumbro a la idea de que esto sucedió 0 1 2 3
8. Aprendo algo de la experiencia 0 1 2 3
9. Me concentro en el problema tratando de no darle importancia a otras cosas 0 1 2 3
10. Aprendo a vivir con eso 0 1 2 3
11. Hago lo que debe hacerse, un paso a la vez 0 1 2 3
12. Busco ayuda de Dios 0 1 2 3
13. Me niego a creer que haya sucedido 0 1 2 3
14. Me rindo y no trato más de conseguir lo que quería 0 1 2 3

15. Vuelco mis sentimientos hacia fuera 0 1 2 3

16. Pongo toda mi confianza en Dios 0 1 2 3

17. Discuto mis sentimientos con alguien 0 1 2 3

18. Me esfuerzo por esperar hasta el momento adecuado para hacer algo 0 1 2 3

19. Converso con alguien acerca de cómo me siento 0 1 2 3

20. Me trazo un plan de acción 0 1 2 3

21. Me siento muy mal y estoy muy consciente de ello 0 1 2 3

22. Trato de ver lo desde otro punto de vista para encontrarle el lado positivo 0 1 2 3

23. Tomo acciones adicionales para librarme del problema 0 1 2 3

24. Le busco el lado positivo a lo sucedido 0 1 2 3

25. Como resultado de la experiencia, trato de crecer como persona 0 1 2 3

26. Acepto la realidad de lo que ha sucedido 0 1 2 3

27. Pongo a un lado otros actividades para poder concentrarme en la que me preocupa 0 1 2 3

28. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto con respecto al problema 0 1 2 3

29. Me pongo a soñar despierto acerca de otras cosas 0 1 2 3

30. Actuó como si nada hubiera pasado 0 1 2 3

31. Tomo alcohol o drogas para no pensar tanto en el problema 0 1 2 3

32. Me siento muy mal emocionalmente y lo expreso abiertamente.... 0 1 2 3

33. Trato de encontrar apoyo en la religión 0 1 2 3

34. Le consulto a personas que hayan tenido experiencias similares .. 0 1 2 3

35. Me aguanto y no hago nada hasta que la situación lo permita 0 1 2 3

36. Busco simpatía y comprensión por parte de alguien 0 1 2 3

37. Pienso en la mejor forma de enfrentar el problema 0 1 2 3

38. Acepto lo que ha sucedido y que no puede ser cambiado 0 1 2 3

39. Me digo a mi mismo "Esto no puede ser cierto" 0 1 2 3

40. Voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en eso 0 1 2 3

41. Reduzco el esfuerzo que he puesto para la solución del problema 0 1 2 3

42. Admito ante mi mismo que no puedo con el problema y dejo de insistir 0 1 2 3

43. Me vuelco hacia el trabajo u otras actividades para alejar mi mente del problema 0 1 2 3

44. Trato de no empeorar las cosas por haber actuado demasiado rápido 0 1 2 3

45. Me aguanto para no hacer nada en forma apresurada 0 1 2 3

46. Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación 0 1 2 3

47. Busco apoyo emocional de familiares y amigos 0 1 2 3

48. Busco una estrategia de acción 0 1 2 3

49. Trato de no distraerme con otros pensamientos o actividades 0 1 2 3

50. Me disgusto mucho y expreso mis emociones 0 1 2 3

51. Rezo más de lo usual 0 1 2 3

52. No continuo esforzándome por tratar de conseguir mi meta 0 1 2 3

53. Tomo acción directa frente al problema 0 1 2 3

ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO A TODAS LAS AFIRMACIONES.

¡¡ MUCHAS GRACIAS !!

ANEXO B.3 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

A continuación encontrará Usted una serie de afirmaciones acerca de sus relaciones con las personas que lo rodean. Por favor, indique si estas afirmaciones corresponden o no a su caso personal marcando SI o NO para cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Conteste en relación a su caso en particular y no como usted desearía que fuera.

	SI	NO
1. Con frecuencia siento que mis amigos me apoyarán sin importar lo que esté haciendo o como me sienta		
2. Cuando no tengo el apoyo de mi familia me siento más preocupado con lo que estoy haciendo		
3. Pienso que la gente no necesita a otros y que uno puede solucionar las cosas uno mismo		
4. Siempre puedo contar con los compañeros que viven cerca de mi para que me ayuden cuando me siento preocupado		
5, Cuando era niño(a) recibí mucho apoyo por parte de mis padres		
6. No soy miembro de ningún grupo social (religioso, clubes, equipos, etc)		
7. Muy raras veces pido el apoyo de otros		
8. Aunque me sienta muy mal, mis amigos me hacen sentir alegre e importante		
9. No tengo a nadie en quien confiar		
10. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de fortaleza		
11. Las personas deberían poder contar con un religioso para obtener apoyo y tranquilidad		
12. Creo en mi mismo y en mi habilidad para manejar situaciones nuevas sin la ayuda de otros		
13. Cuando me siento infeliz o bajo estrés hay gente a quien puedo recurrir para obtener apoyo		
14. Mi relación con mis compañeros me hace sentir bien		
15. Durante mi crecimiento siempre había alguien a mi alrededor a quien recurrir cuando lo necesitaba		
16. Cuando tengo problemas, me los guardo para mi mismo		
17. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia		
18. Para mi es importante contar con el apoyo emocional de mis amigos		
19. Con frecuencia siento que los que están cerca de mi me hacen sentir importante		
20. Puedo recurrir a mis padres cuando tengo algún problema		
21. Con frecuencia me siento solo, como si no tuviera a nadie cerca		
22. Los compañeros que están cerca de mi me hacen sentir que hay alguien quien se preocupe por mí		
23. Tengo amigos que me apoyarán, no importa lo que haga		
24. Mis hermanos y hermanas me brindan apoyo		

ANEXO B.4 ESCALA DE AJUSTE PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD (PAIS - SR)

Nombre y Apellido: _____.
Sexo: _____. Edad: _____.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario tiene un grupo de preguntas relacionadas con el efecto que su enfermedad a tenido sobre usted. Estamos interesados en conocer los efectos que esta ha tenido sobre sus relaciones familiares y personales, así como también sobre su desempeño en le hogar y en el trabajo. Otras preguntas tienen que ver con sus efectos sobre actividades sociales y recreativas y acerca de cómo se ha sentido usted emocionalmente.

Al responder cada pregunta, coloque una equis (X) en el espacio ubicado a la izquierda de la respuesta que describa mejor su experiencia. Por favor, conteste todas las preguntas y trate de no omitir ninguna. Si ninguna de las respuestas coinciden exactamente con su experiencia, trate de elegir la respuesta que más se acerque a la experiencia que usted ha tenido.

Algunas preguntas suponen que usted es casado o que ha tenido una pareja estable cerca de usted; otras se refieren a sus relaciones familiares. Si estas preguntas no se aplican a usted, bien porque no se haya casado o porque no tenga un compañero o familia, por favor déjelas en blanco. Sin embargo, trate de responder todas las preguntas que se apliquen a usted.

En la Sección II aparecen preguntas relativas a su desempeño en el trabajo. Si usted tiene un trabajo a tiempo completo o a medio tiempo, responda en términos de su trabajo. Si es básicamente un estudiante, responda en relación a su trabajo en la escuela. Si es un ama de casa, responda como si el trabajo de la casa, vecinos, etc, fueran su medio de trabajo.

Le agradecemos el tiempo que ha dedicado a responder este cuestionario. Por favor, revise de nuevo para asegurarse de haber respondido todas las preguntas. Si tiene alguna duda, por favor pregunte.

MUCHAS GRACIAS.

SECCIÓN I

(1) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su actitud acerca del cuidado de su salud?

[ ] a)Estoy muy interesado y presto mucha atención al cuidado de mi salud.

[ ] b) La mayor parte del tiempo presto atención al cuidado de mi salud.

[ ] c) Usualmente trato de cuidar mi salud, pero algunas veces simplemente no lo logro.

[ ] d) El cuidado de mi salud es algo acerca de lo que no me preocupo.

(2) La enfermedad que sufre actualmente probablemente requiere alguna atención y cuidado especial por su parte. ¿Podría usted seleccionar la afirmación que describiría mejor su manera de proceder?

[ ] a) Hago las cosas prácticamente de la misma manera en que siempre los he hecho y no me preocupo ni tomo precauciones especiales debido a mi enfermedad.

[ ] b) trato de hacer todo lo que se supone debo hacer para cuidarme, pero muchas veces lo olvido o estoy demasiado cansado u ocupado.

[ ] c) En General me las arreglo bien en el cuidado de mí mismo en mi enfermedad actual.

[ ] d) Presto mucha atención a todas mis necesidades en mi enfermedad actual y hago todo lo posible para cuidarme.

(3) En General, ¿Cómo se siente acerca de la atención médica disponible actualmente de los médicos que la proporcionan?

[ ] a) La atención médica nunca ha sido mejor y los médicos que la pro - porcionan están haciendo un excelente trabajo.

[ ] b) La calidad de la atención médica disponible es muy buena, pero hay algunas áreas que podrían ser mejores.

[ ] c) La atención médica y los médicos no son tan buenos como antes.

[ ] d)No tengo mucha fe en los médicos ni en la atención médica actual.

(4) Durante su enfermedad actual ha recibido tratamiento tanto de médicos como de personal paramédico. ¿Cómo se siente acerca de ellos y el tratamiento recibido?

[ ] a)Estoy muy descontento con el tratamiento recibido y no creo que el personal haya hecho todo lo posible por mí.

[ ] b) No tengo una opinión favorable acerca del tratamiento que he recibido, pero creo que posiblemente es lo mejor que pueden hacer.

[ ] c) De manera global el tratamiento ha sido bastante bueno, aunque han habido algunos problemas.

[ ] d)El tratamiento y el personal que lo proporcionan han sido excelentes.

(5) Cuándo están enfermos, distintas personas tienen expectativas diferentes acerca de su enfermedad, así como actitudes diferentes acerca del hecho de estar enfermo. Por favor, seleccione la afirmación que describe mejor sus sentimientos.

[ ] a)Estoy seguro de que voy a superar rápidamente la enfermedad y sus problemas y de que voy a recobrar mi estado anterior.

[ ] b)La enfermedad me ha causado algunos problemas, pero creo que los superaré muy pronto y que volveré a ser como era antes.

[ ] c)La enfermedad me ha producido una gran tensión, tanto física como mentalmente, pero me estoy esforzando mucho para superarla y estoy seguro de que algún día volveré a ser el mismo.

[ ] d) Me siento exhausto y muy débil debido a mi enfermedad y hay veces en que no sé si realmente voy a ser capaz de superarla.

(6) Estar enfermo pude ser una experiencia que genere confusión y algunos pacientes sienten que no reciben suficiente información acerca de su enfermedad por parte de sus médicos y por el personal paramédico. Por favor seleccione la alternativa que describa mejor sus sentimientos en torno a esta materia.

[ ] a) Mi médico y el personal paramédico me ha dicho muy poco acerca de mi enfermedad, aun cuando los he preguntado en más de una oportunidad.

[ ] b) Tengo alguna información acerca de mi enfermedad, pero siento que me gustaría saber más.

[ ] c) Creo que tengo una buena comprensión acerca de mi enfermedad y siento que debería saber más.

[ ] d) Siempre podría obtener la información requerida.

(7) En una enfermedad como la suya, la gente tiene distintas ideas acerca de su tratamiento y de lo que esperan de está. Por favor, seleccione la afirmación que describa mejor sus expectativas acerca de su tratamiento.

[ ] a) Creo que mi médico y el personal paramédico son completamente capaces de dirigir mi tratamiento y siento que este es el mejor que podría recibir.

[ ] b)Tengo confianza en el enfoque que mi médico le ha dado a mi tratamiento; sin embargo, a veces tengo dudas al respecto.

[ ] c) No me gustan algunas partes de mi tratamiento que son muy desagradables, pero mis médicos me dicen que debo seguirlo de todos modos.

[ ] d) Pienso que mi tratamiento es, en muchos aspectos, peor que mi enfermedad y no estoy seguro de que valga la pena seguir con él.

(8) En una enfermedad como la suya, a los pacientes se les da distintos grados de información acerca de su tratamiento. Por favor, seleccione la afirmación que describe mejor la información que se le ha dado acerca de su tratamiento.

[ ] a) No se me ha dicho casi nada acerca de mi tratamiento y me siento ignorado al respecto.

[ ] b)Tengo alguna información acerca de mi tratamiento, pero no tanta como desearía tener.

[ ] c) Tengo información bastante completa acerca de mi tratamiento, pero hay una o dos cosas que aún me gustaría saber.

[ ] d) Siento que la información que tengo en relación a mi tratamiento es muy completa y actualizada.

SECCIÓN II

(1) ¿Ha interferido su enfermedad con su habilidad para realizar su trabajo (o sus asignaciones escolares)?:

[ ] a) No tengo problemas con mi trabajo.

[ ] b) Algunos problemas, pero menores.

[ ] c) Algunos problemas serios.

[ ] d) La enfermedad me ha impedido por completo hacer mi trabajo.

(2) ¿Cómo calificaría su desempeño en su trabajo dadas sus condiciones actuales?:

[ ] a)Muy deficiente.

[ ] b)Deficiente.

[ ] c) Adecuado.

[ ] d) Muy Bueno.

(3) ¿Durante los últimos 30 días ha faltado alguna vez al trabajo (o a clase) debido a su enfermedad?

[ ] a) 3 días o menos.

[ ] b) 1 semana.

[ ] c) 2 semanas.

[ ] d) Más de 2 semanas.

(4) ¿Es su trabajo (o estudio) tan importante para usted actualmente como lo era antes de su enfermedad?

[ ] a) Ahora es de poco o ninguna importancia para mí.

[ ] b) Mucho menos importante.

[ ] c) Ligeramente menos importante.

[ ] d) De igual o mayor importancia que antes.

(5) ¿Ha debido cambiar sus metas relacionadas con su trabajo (o estudios) como resultado de su enfermedad?:

[ ] a) Mis metas no han cambiado.

[ ] b) Ha habido un ligero cambio en mis metas.

[ ] c) Mis metas han cambiado bastante.

[ ] d) He cambiado mis metas por completo.

(7) ¿Ha notado algún aumento con los problemas con sus compañeros de trabajo (o de estudio, vecinos, etc) desde su enfermedad?:

[ ] a) Un gran aumento en los problemas.

[ ] b) Un aumento moderado en los problemas.

[ ] c) Un ligero aumento en los problemas.

[ ] d) Ninguno.

SECCIÓN III

(1) ¿Cómo describiría su relación con su pareja (casado o no) desde su enfermedad?:

[ ] a) Buena.

[ ] b) Aceptable.

[ ] c) Deficiente.

[ ] d) Muy deficiente.

(2) ¿Cómo describiría sus relaciones con las demás personas con las que convive (hijos, padres, tíos, etc)?:

[ ] a) Muy deficiente.

[ ] b) Deficiente.

[ ] c) Aceptable.

[ ] d) Buena.

(3) ¿En que grado ha interferido su enfermedad con la realización de sus tareas y actividades hogareñas?:

[ ] a) No ha interferido..

[ ] b) Pequeños problemas, fáciles de superar.

[ ] c) Problemas moderados, no todos superables.

[ ] d) Severas dificultades con las obligaciones domésticas.

(4) En aquellas áreas en las que la enfermedad ha interferido con la realización de sus tareas domésticas, ¿Cómo ha cambiado la familia sus deberes para ayudarlo?:

[ ] a) Mi familia no ha sido capaz de ayudar de ninguna manera .

[ ] b) Mi familia ha tratado de ayudar, pero muchas cosas han quedado sin hacer.

[ ] c) Mi familia lo ha hecho bien, excepto por algunas cosas sin importancia.

[ ] d) No ha habido problemas.

(5) ¿Ha habido, como resultado de su enfermedad una disminución en la comunicación entre usted y los miembros de su familia?:

[ ] a) No ha disminuido la comunicación .

[ ] b) Una ligera disminución en la comunicación.

[ ] c) La comunicación ha disminuido y de alguna manera me siento apartado de ellos.

[ ] d) La comunicación ha disminuido mucho y me siento solo.

(6) Algunas personas con una enfermedad como la suya sienten que necesitan ayuda de otras personas (familias, amigos, vecinos, etc) para desenvolverse en la vida cotidiana ¿Siente usted que necesita tal ayuda y cuenta con alguna que se la proporcione?

[ ] a) Realmente necesito ayuda, pero rara vez hay alguien cerca para dármela.

[ ] b) Cuento con alguna ayuda, pero no todo el tiempo.

[ ] c) No dispongo de ayuda de manera permanente, pero cuento con ella la mayor parte el tiempo.

[ ] d)No creo que necesite tal ayuda o la ayuda que necesito la obtengo de mi familia o de mis amigos.

(7) ¿Ha sufrido de incapacidad física debido a su enfermedad?:

[ ] a) Ninguna.

[ ] b) Una ligera incapacidad física.

[ ] c) Una moderada incapacidad física.

[ ] d) Una severa incapacidad física.

(8) Una enfermedad como la suya a veces puede representar una carga para el presupuesto familiar ¿Confronta usted dificultades como consecuencia de los requerimientos económicos de su enfermedad?:

[ ] a) Severas dificultades económicas.

[ ] b) Moderados problemas económicos.

[ ] c) Una ligera carga económica.

[ ] d) Ningún problema de dinero.

SECCIÓN IV

(1) Algunas veces sufrir una enfermedad puede causar problemas en una relación. ¿Lo ha llevado su enfermedad a tener problemas de algún tipo con su pareja (casado o no)?:

[ ] a) No ha habido ningún cambio en nuestra relación.

[ ] b) Estamos ligeramente distanciados desde mi enfermedad.

[ ] c) Definitivamente estamos menos cerca desde mi enfermedad.

[ ] d) Hemos tenido serios problemas o una ruptura desde mi enfermedad.

(2) Algunas veces cuando la gente está enferma presenta una disminución del deseo sexual ¿Ha experimentado usted una disminución del deseo sexual desde su enfermedad?:

[ ] a) Ningún deseo sexual desde la enfermedad .

[ ] b) Una disminución marcada del deseo sexual.

[ ] c) Una ligera disminución del deseo sexual.

[ ] d) Ninguna pérdida del deseo sexual.

(3) La enfermedad a veces ocasiona una disminución en la actividad sexual. ¿Ha experimentado alguna disminución en la frecuencia de sus relaciones sexuales?:

[ ] a) Ninguna disminución de las relaciones sexuales.

[ ] b) Una ligera disminución de las relaciones sexuales.

[ ] c) Una marcada disminución de las relaciones sexuales..

[ ] d) Mis relaciones sexuales han cesado.

(4) ¿Ha habido algún cambio en el placer o la satisfacción que usted normalmente obtiene en sus relaciones sexuales?:

[ ] a) El placer o satisfacción sexual a cesado.

[ ] b) Una marcada pérdida del placer o satisfacción sexual .

[ ] c) Una ligera pérdida del placer o satisfacción sexual.

[ ] d) Ningún cambio en la satisfacción sexual.

(5) A veces una enfermedad puede interferir en la habilidad de la persona para tener relaciones sexuales, aunque aún esté interesado en el sexo. ¿Le ha pasado esto a usted y, si es así, en que grado?:

[ ] a) No hay ningún cambio en mi habilidad para tener relaciones sexuales.

[ ] b) Hay ligeros problemas con mi desempeño sexual.

[ ] c) Hay problemas constantes en mi desempeño sexual.

[ ] d) Soy totalmente incapaz de desempeñarme sexualmente.

(6) Algunas veces una enfermedad puede interferir en la relación sexual normal de una pareja y puede provocar discusiones o problemas entre ellos. ¿Han tenido usted y su pareja discusiones de este tipo y, de ser así, en que grado?:

[ ] a) Discusiones constantes.

[ ] b) Discusiones frecuentes.

[ ] c) Algunas discusiones.

[ ] d) Ninguna discusión.

SECCIÓN V.

(1) ¿Desde que se inició su enfermedad ha mantenido usted el contacto usual (personalmente o por teléfono) con aquellos familiares que no viven con usted?:

[ ] a) El contacto es el mismo o menor desde la enfermedad.

[ ] b) El contacto es ligeramente menor.

[ ] c) El contacto es marcadamente menor.

[ ] d) Ningún contacto desde la enfermedad.

(2) ¿Desde su enfermedad ha permanecido usted tan interesado en reunirse con estos familiares?:

[ ] a) Poco o ningún interés en reunirse con ellos.

[ ] b) El interés es mucho menor que antes.

[ ] c) El interés es ligeramente menor.

[ ] d) El interés es el mismo o menor desde la enfermedad.

(3) Algunas veces cuando la gente está enferma se ve obligada a depender, desde el punto de vista físico, de familiares con los que no convive. ¿requiere usted tal ayuda y, de ser así, la recibe de estos familiares?:

[ ] a) No necesito ayuda o ellos me dan toda la ayuda que necesito.

[ ] b) Su ayuda es suficiente, excepto por algunas cosas menores.

[ ] c) Ellos me dan ayuda, pero no es suficiente.

[ ] d) Ellos me dan poca o ninguna ayuda, aunque yo la necesito mucho.

(4) Algunas personas frecuentan mucho a familiares con quienes no conviven. ¿Frecuenta usted a estos miembros de su familia o ha repercutido su enfermedad en tales encuentros?:

[ ] a) Los encuentros prácticamente han cesado.

[ ] b) Los encuentros con ellos se han reducido significativamente.

[ ] c) Los encuentros con ellos se han reducido de algún modo.

[ ] d) No los frecuento mucho o no ha habido ningún efecto de la enfermedad.

(5) En general, ¿Cómo ha sido su relación con estos familiares recientemente?:

[ ] a) Buena.

[ ] b) Aceptable.

[ ] c) Deficiente.

[ ] d) Muy deficiente.

SECCIÓN VI.

(1) ¿Está usted tan interesado en realizar actividades y hobbies en su tiempo libre como lo estaba antes de su enfermedad?:

[ ] a) El mismo grado de interés que antes.

[ ] b) Interés ligeramente menor que antes.

[ ] c) Interés significativamente menor que antes.

[ ] d) Poco o ningún interés.

(2) Acerca de su participación real: ¿Está usted involucrado activamente en la realización de tales actividades?:

[ ] a) Poca o ninguna participación en el presente.

[ ] b) Participación significativamente reducida.

[ ] c) Participación ligeramente reducida.

[ ] d) Participación inalterada.

(3) ¿ Está usted tan interesado en compartir algunas actividades con su familia en su tiempo libre (ejemplo: jugar cartas, pequeños viajes, etc) como estaba antes de su enfermedad?:

[ ] a) El mismo interés que antes.

[ ] b) Interés ligeramente menos que antes.

[ ] c) Interés significativamente menor que antes .

[ ] d) Poco o ningún interés.

(4) ¿Participa usted en estas actividades en el mismo grado que antes?:

[ ] a) Poca o ninguna participación en el presente.

[ ] b) Participación significativamente reducida.

[ ] c) Participación ligeramente reducida.

[ ] d) Participación inalterada.

(5) ¿Ha mantenido interés en actividades sociales desde su enfermedad (ejemplo: ir al cine, grupos religiosos, clubes sociales, etc)?:

[ ] a) El mismo interés que antes.

[ ] b) Interés ligeramente menos que antes.

[ ] c) Interés significativamente menor que antes .

[ ] d) Poco o ningún interés.

(6) En relación a la participación: ¿Aún sale usted con sus amigos y realiza ese tipo de actividades?:

[ ] a) Poca o ninguna participación en el presente.

[ ] b) Participación significativamente reducida.

[ ] c) Participación ligeramente reducida.

[ ] d) Participación inalterada.

SECCIÓN VII.

(1) ¿Se ha sentido asustado, tenso, nervioso o ansioso recientemente?:

[ ] a) En absoluto.

[ ] b) Un poco.

[ ] c) Bastante.

[ ] d) Extremadamente.

(2)¿Se ha sentido triste, deprimido, desinteresado por las cosas o desesperanzado recientemente?:

[ ] a) Extremadamente.

[ ] b) Bastante.

[ ] c) Un poco.

[ ] d) En absoluto.

(3) ¿Se ha sentido molesto, irritable o ha tenido dificultades para controlar su carácter recientemente? :

[ ] a) En absoluto.

[ ] b) Un poco.

[ ] c) Bastante.

[ ] d) Extremadamente.

(4) ¿Se ha sentido culpable o cree haber decepcionado a otros recientemente?:

[ ] a) Extremadamente.

[ ] b) Bastante.

[ ] c) Un poco.

[ ] d) En absoluto.

(5) ¿Se ha preocupado mucho acerca de su enfermedad u otros asuntos recientemente?:

[ ] a) En absoluto.

[ ] b) Un poco.

[ ] c) Bastante.

[ ] d) Extremadamente.

(6) ¿Se ha sentido deprimido o menos valiosos como persona recientemente?:

[ ] a) Extremadamente.

[ ] b) Bastante.

[ ] c) Un poco.

[ ] d) En absoluto.

(7) ¿Le ha preocupado recientemente que su enfermedad haya cambiado su imagen y que ésta sea menos atractiva que antes?:

[ ] a) En absoluto.

[ ] b) Un poco.

[ ] c) Bastante.

[ ] d) Extremadamente.