

# Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria y cuidadores primarios: semejanzas y diferencias<sup>1</sup>

## *Patients on ambulatory continuous peritoneal dialysis and their primary caregivers: Similarities and differences*

Armando Rivera Ledesma<sup>2</sup>, María Montero López Lena<sup>3</sup>,  
Rosalba Sandoval Ávila<sup>4</sup> y Jimena Gómez Gutiérrez<sup>2</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto del procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en una muestra de pacientes y sus cuidadores primarios, centrandose el análisis en las semejanzas y diferencias entre ambos grupos, respecto a sus estrategias de afrontamiento, desajuste psicológico, calidad de vida y otras variables asociadas al soporte social. En la investigación, de corte descriptivo-correlacional, participaron 83 pacientes y 105 cuidadores primarios de un hospital general gubernamental de la Ciudad de México. Los resultados mostraron que el afrontamiento de autofocalización negativa resultó ser el más frecuente en los pacientes, y también el más fuerte y positivamente asociado a la depresión, soledad, desesperanza y ansiedad ante la muerte; fue también el menos frecuente en los cuidadores. Otra estrategia frecuente en los pacientes después de la autofocalización negativa fue el afrontamiento religioso, asociado a sentimientos de esperanza. Adicionalmente, la estrategia menos frecuente en ellos fue la focalización en la solución de problemas. Estos hallazgos parecen apuntar, por un lado, a la necesidad de diseñar estrategias de intervención que disminuyan la incertidumbre que vive la diada paciente-cuidador e incrementen su autoeficacia en el afrontamiento instrumental de la diálisis peritoneal continua ambulatoria en términos de las ganancias y pérdidas que acarrea. Al final, se discuten algunas implicaciones de los resultados.

**Palabras clave:** Diabetes; Insuficiencia renal; Afrontamiento; Estrés; Diálisis peritoneal.

### ABSTRACT

*The aim of this study was to evaluate the impact of ambulatory continuous peritoneal dialysis in a sample of patients and their primary caregivers. Analyses included comparing similarities and differences between both groups regarding coping strategies, psychological maladjustment, quality of life, and variables associated with social support. In this descriptive and correlational research study participated 83 patients and 105 primary caregivers from a public general hospital in Mexico City. Results showed that coping through negative self-focus was most frequent among patients, and also the most strongly associated with depression, loneliness, hopelessness, and anxiety about death. This coping strategy was the least frequently used by caregivers. After negative self-focusing, the next most common strategy used by patients was religious coping which was in turn associated with feelings of hope. The least frequent strategy by patients was the focus on problem solving. These findings seem to point to the need to design intervention*

<sup>1</sup> Los autores agradecen a la Sra. Consuelo Ledesma Galindo la motivación, interés y apoyo brindado para el desarrollo de esta investigación, así como a todos los pacientes que gentilmente participaron con dedicación y esmero.

<sup>2</sup> Coordinación de Investigación y Producción Científica, Universidad de Londres, Tabasco 329, Col. Roma, Del. Cuauhtémoc, 06700 México, D.F., México, correos electrónicos: armandoriveral@hotmail.com y jimena\_dosdosshort@hotmail.com. Artículo recibido el 8 de junio y aceptado el 10 de septiembre de 2012.

<sup>3</sup> Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, correo electrónico: monterol@unam.mx.

<sup>4</sup> Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Río Magdalena No. 289 y Av. Revolución, Col. Tizapán San Ángel, Del. Azcapotzalco, 66290 México, D.F., México, correo electrónico: rosalba.sandoval@imss.gob.mx.

*strategies that reduce the uncertainty experienced by the patient-caregiver dyad, more specifically aimed at increasing their self-efficacy in instrumental coping during ambulatory continuous peritoneal dialysis in terms of its gains and losses. Finally, some additional implications of the results are discussed.*

**Key words:** Diabetes; Renal insufficiency; Coping; Stress; Peritoneal dialysis.

La enfermedad renal crónica (ERC) en México es un padecimiento alarmante debido a su elevada frecuencia; pese a que genera altos costos en recursos materiales y humanos, paradójicamente no cuenta el país con un registro nacional que dé cuenta de manera precisa, clara y detallada de su incidencia y prevalencia ni de las características sociodemográficas de los pacientes que la sufren (Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar, 2010).

Como es sabido, la ERC muestra tres fases distintas: 1) un comienzo caracterizado por el diagnóstico de los primeros signos de la enfermedad; 2) falla progresiva de la función renal, y 3) insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), caracterizada por la prescripción de algún tratamiento sustitutivo de la función renal, como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal (Wiedebusch y cols., 2010). Asti, Kara, Ipek y Erci (2006) han destacado la urgencia de evaluar el impacto de los programas de diálisis en los pacientes y en sus cuidadores primarios, sugiriendo que conocer los estresores y las habilidades de afrontamiento que el sujeto despliega ante ellos aporta una importante ventaja en el diseño de estrategias de intervención (cf. Harwood, Wilson, Locking-Cusolito, Sontrop y Spittal, 2009).

Parece estar ampliamente reconocido que el régimen dialítico provoca en el paciente un alto grado de distrés emocional y físico y le impone limitaciones que lo afectan biológica, psicológica y socialmente (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Lew y Piraino, 2005). El cuidado de un paciente en diálisis requiere soporte técnico, modificación y control del régimen alimenticio y de líquidos, eliminación de comida inapropiada y reducción de electrolitos y minerales (Asti y cols., 2006; Logan, Pelletier-Hibbert y Hodgins,

2006). Los pacientes pueden mostrar fatiga, problemas de sueño, neuropatía periférica (entumecimiento), calambres, piernas inquietas, falta de aliento (Harwood y cols., 2009), dolor, debilidad y náuseas. Como consecuencia de su estado, pueden sufrir estrés económico, alteraciones en sus roles usuales, problemas familiares, alteración de su autoimagen por el uso del catéter y otros problemas (Lye, Chan, Leong y Van der Straaten, 1997). Este conjunto significativo de estresores genera ansiedad, depresión, privación social, soledad, sentimientos de inutilidad, desesperanza y aislamiento (Clarkson y Robinson, 2010; Smeltzer y Bare, 2000; Weilitz y Sciver, 1996), así como una importante declinación en la movilidad funcional y la consecuente pérdida de autonomía (Blevins y Flood, 2011), y una disminución importante de la calidad de vida (Lew y Piraino, 2005; Yong y cols., 2009).

La depresión, poco diagnosticada en el paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA en lo sucesivo) (Kimmel, 2002), parece ser el principal predictor de la calidad de vida en esta población (Morales, Salazar, Flores, Bochicchio y López, 2008). Lew y Piraino (2005) han señalado que la proporción de casos de depresión disminuye con el paso del tiempo, aunque persiste la sintomatología depresiva; alrededor de 6% presentan depresión mayor y 8% distimia. Hay una prevalencia de IRC de entre 20 y 30% (Kimmel y Peterson, 2005), pero en los pacientes en DPCA, Morales y cols. (2008) hallaron algún grado de depresión en 54.4% de ellos, y de depresión severa en 9.7%. La depresión complica el tratamiento de la enfermedad física e incrementa el riesgo de desarrollar nuevas enfermedades y, asimismo, la mortalidad (Blevins y Flood, 2011; Morales y cols., 2008; Patel, Peterson y Kimmel, 2005), la incidencia de peritonitis, las alteraciones bioquímicas (Morales, 2008) y la reducción en la calidad de vida asociada a la salud (Contreras y cols., 2007).

La desesperanza suele manifestarse junto a la depresión y la percepción de enfermedad, y ha sido reconocida como un importante predictor del ajuste psicológico a la IRCT; influye en la predicción de la varianza y guarda una asociación inversa respecto a la ansiedad, la depresión, la carga producto de la enfermedad renal y la calidad de vida (Billington, Simpson, Unwin, Bray y Giles,

2008). La etapa de IRCT observa periodos de estabilidad e inestabilidad alternadas que la matizan con un velo constante de incertidumbre acerca del futuro, que por sí mismo constituye una importante fuente de estrés para el paciente y para su familia (Pelletier-Hibbert y Sohi, 2001). La situación que caracteriza al paciente dialítico suele generar también sentimientos de impotencia; de hecho, Asti y cols. (2006) han señalado que este sentido de impotencia o de pérdida de control genera respuestas psicológicas tales como la soledad, el aislamiento y la depresión.

Tal conjunto de estresores requiere de estrategias de afrontamiento eficaces del paciente y de su familia (cuidadores). Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2007) hallaron que las estrategias de afrontamiento más efectivas y frecuentes de los pacientes con IRC, evaluadas mediante el Jalowiec Coping Scale (Jalowiec, Murphy y Powers, 1984), fueron el optimismo (tener pensamientos positivos), las afrontativas (encarar la enfermedad y resolver constructivamente los problemas), las soportativas (buscar apoyo) y la autosuficiencia (depende de uno mismo más que de los otros al tratar con la situación). Las estrategias de afrontamiento menos frecuentes y efectivas fueron la emotividad (expresar y liberar emociones y ventilar sentimientos), el fatalismo (tener pensamientos pesimistas), la evasión (hacer cosas para evadir el afrontamiento del problema) y el afrontamiento paliativo (hacer cosas para sentirse mejor). En otro trabajo hecho con pacientes en hemodiálisis, Logan y cols. (2006) hallaron el optimismo en primer lugar, luego la búsqueda de apoyo, la estrategia paliativa y la autosuficiencia. Shu-Chuan, Chia-Hsiung y Hsueh-Chih (2008) encontraron que la presencia de comorbilidad parece contribuir a un incremento significativo en el empleo de estrategias tales como la emotividad, la búsqueda de apoyo y la evitación.

Aunque el impacto de la IRCT en la familia ha sido reconocido sobradamente (Asti y cols., 2006; Gee, Howe y Kimmel, 2005; Lindqvist, Carlsson y Sjöden, 2000), parece ser que la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes en diálisis depende en buena medida del soporte emocional y la asistencia (Campbell, 1998; Pelletier-Hibbert y Sohi, 2001); en la IRCT, las variaciones en el soporte emocional que proporciona la pare-

ja del paciente (esposa, compañera...) están asociadas a los resultados emocionales y médicos del padecimiento (Gee y cols., 2005). El apoyo familiar es también valioso; su influencia fortalece la adherencia al tratamiento (Clarkson y Robinson, 2010) e incrementa la satisfacción con la vida y reduce la depresión y el riesgo de mortalidad (Christensen, Turner, Slaughter y Holman, 1989; Gee y col., 2005; Kimmel y cols., 1998). A la inversa, el papel de ser cuidador primario puede resultar estresante y agotador y conllevar el riesgo de generar en el cuidador problemas emocionales, físicos y sociales (Byers, Wicks y Harris, 2011) que suelen superar los de la población general (Shultz y Martire, 2004).

Se han investigado las estrategias de afrontamiento empleadas por las familias. Así, Pelletier-Hibbert y Sohi (2001) hallaron que los miembros de una familia afrontan la diálisis siguiendo cuatro estrategias: viviendo cada día como viene, encontrando un sentido positivo en la enfermedad y en el tratamiento, manteniendo la esperanza en un trasplante de riñón y teniendo fe en Dios. Lindqvist y cols. (2000), trabajando con pacientes en DPCA, reportaron que el estilo de afrontamiento *optimismo* fue el más frecuente en los esposos cuidadores, y también el más eficiente. Entre los estilos menos usados y menos eficientes los investigadores reportan el evasivo y el emotivo. Clarkson y Robinson (2010) hallan las siguientes estrategias: buscar soporte social en amigos, familia o grupo de apoyo (del cual los pacientes eran miembros al momento de la investigación), acudir a la iglesia, orar y buscar a Dios. Finalmente, Contreras y cols. (2007), en una intervención con pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis, hallaron que estos empleaban estrategias activas, racionales, enfocadas a la resolución de problemas (focalización en la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social), así como una relación negativa entre la autofocalización negativa y las subescalas de calidad de vida del SF-36. La evitación se asoció directamente con la función física, y el afrontamiento religioso lo hizo inversamente con esa misma escala y la de vitalidad.

El afrontamiento espiritual ha sido objeto de investigación en el campo de la salud por su importancia como recurso adaptativo, y puede ser

dividido en dos grupos, según se trate de sujetos que despliegan estrategias de afrontamiento de contenido religioso o no religioso. Autores como Buford, Paloutzian y Ellison (1991) y Koenig, Cohen, Blazer y Pieper (1992) han destacado esos dos aspectos de la vida espiritual. Otros investigadores han reportado los efectos positivos del afrontamiento religioso en los pacientes diabéticos (Landis, 1996), con sida (Carson, Soeken, Shanty y Terry, 1990) y con otros padecimientos.

Como han subrayado Asti y cols. (2006) y Harwood y cols. (2009), es fundamental evaluar el impacto de los programas de diálisis, tanto en los pacientes como en sus cuidadores primarios, a fin de estar en condiciones de diseñar con toda propiedad estrategias de intervención eficientes que fortalezcan y faciliten una adaptación positiva al tratamiento dialítico. Ese esfuerzo evaluativo fue el objetivo de este trabajo, centrando el análisis en las semejanzas y diferencias entre ambos grupos respecto a sus estrategias de afrontamiento, desajuste psicológico, calidad de vida y algunas variables asociadas al soporte social.

## MÉTODO

### Muestra

Se tomó una muestra no probabilística, elegida por disponibilidad, de 188 sujetos, pacientes de la Unidad de Diálisis de un hospital gubernamental de la Ciudad de México. La muestra inicial estuvo compuesta de 105 parejas paciente/cuidador entrevistadas; de estas, 22 no aceptaron llenar el cuestionario, aunque sus cuidadores sí lo hicieron, por lo que la muestra final quedó estructurada por 105 cuidadores primarios y 83 pacientes diabéticos con IRCT y en tratamiento con DPCA. Los criterios de inclusión para todos los sujetos fueron, a saber: *a)* ser sujetos alfabetos; *b)* no sufrir ceguera, sordera o mudez; *c)* no mostrar deterioro cognitivo evidente o severo, y *d)* que otorgaran su consentimiento informado de participación en la investigación. Además, para el grupo de pacientes se buscó el cumplimiento de los siguientes criterios: estar en DPCA con antigüedad mínima de dos meses, y padecer diabetes como causa

de la insuficiencia renal crónica documentada en expediente.

La edad media de los pacientes fue de 53.5 años (DE = 15.3); 43 (51.9%) fueron mujeres; 58 (69.9%) estaban casados; 68 (81.9%) tenían pareja; 47 (56.6%) vivían con su pareja y sus hijos, y 67 (80.7%) no trabajaban. En los cuidadores, la edad media fue de 44.7 años (DE = 15.1); 82 (78.1%) eran mujeres; 71 (67.6%) estaban casados; 86 (82.0%) tenían pareja; 63 (60.0%) vivían con su pareja y sus hijos, y 60 (57.0%) no trabajaban.

### Procedimiento

La presente investigación se realizó en un hospital gubernamental de la Ciudad de México con la autorización del Comité Local de Investigación en Salud<sup>5</sup> de la propia institución, previa censura metodológica y ética. Los sujetos se seleccionaron según se presentaban en la Unidad de Diálisis del hospital para una revisión de rutina. A todos ellos se le explicó el objetivo de la investigación (esto es, conocer la situación emocional y funcional de los pacientes en DPCA), y una vez que aceptaron participar en ella se les solicitó suscribir su consentimiento informado.

### Instrumentos

Se evaluó su estado cognitivo mediante el Mini-Mental State Examination de Folstein, Folstein y McHugh (1975), según la versión explorada por Ostrosky, López y Ardila (1999), y su estado funcional mediante la Escala de Actividades de la Vida Diaria (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffee, 1963) y la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969). Cada participante resolvió un cuestionario y la información obtenida con él fue capturada y analizada en el sistema PASW Statistics 18.

Los demás cuestionarios utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)*, de Sandín y Chorot (2003). Dado que este instrumento fue elaborado con base en un español europeo, fue semánticamente contrastado res-

<sup>5</sup> Registro: R-2009-3702-13.

pecto al español mexicano a fin de evaluar si las palabras y expresiones utilizadas en la versión española original eran fácilmente comprendidas por sujetos mexicanos. Al efecto, se entrevistaron voluntarios de la comunidad hasta alcanzar la saturación de las respuestas, lo que ocurrió con el entrevistado número 15, identificándose los siguientes aspectos:

1. En la sección de *Instrucciones* se modificó la expresión “*situaciones estresantes*” o “*situaciones de estrés*” por la de “*situaciones difíciles y en extremo preocupantes*”, en virtud de que no todos los sujetos comprendían el concepto *estresante*.
2. En esa misma sección se solicitó referirse a la manera usual de reaccionar del sujeto, en lugar de referirla a una situación del pasado. Así, parecía quedar más claro para los sujetos lo que se solicitaba, de modo que se empleó la expresión “*¿Cómo se comporta habitualmente ante situaciones difíciles y en extremo preocupantes para usted?*” en vez de “*¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?*”.
3. Se modificó ligeramente la redacción de los ítems 3, 5, 14, 15, 23, 24, 27, 29, 35 y 42 para hacerlos más comprensibles. A dos ítems que aludían a lo religioso (35 y 42) se les agregó la palabra “orar” para adaptarlos a sujetos de corte evangélico, que por lo general no rezan pero sí oran.
4. Adicionalmente, se modificó la escala Likert original de cinco opciones por una de cuatro a fin de evitar respuestas en la parte media de la escala y facilitar una dirección más clara. Los valores quedaron así: 0, “Nunca o casi nunca”; 1, “Algunas veces”; 2, “Casi siempre”, y 3, “Siempre”.

Con estas características, el CAE obtuvo una consistencia interna alfa de entre .67 y .85 en sus siete escalas. Sandín y Chorot (2003) incluyen en cada estrategia de afrontamiento los siguientes criterios: *Búsqueda de apoyo social*: solicitar información, consejo, orientación, a familiares o amigos, hablar con ellos o expresarles los propios sentimientos. *Expresión emocional abierta*: descargar el mal humor, desahogarse emocionalmen-

te, mostrar hostilidad hacia los demás. *Religión*: buscar apoyo en lo religioso (por ejemplo, ir a la iglesia, rogar a Dios o pedir ayuda espiritual). *Focalizado en la solución del problema*: analizar el problema, desarrollar acciones específicas, hablar con la gente implicada, etcétera. *Evitación*: buscar actividades para evadirse del problema, volcarse en el trabajo, pensar en otras cosas, practicar deportes u otra actividad para olvidar. *Autofocalización negativa*: autoculparse, sentir indefensión, asumirse incapaz, autoconvencerse negativamente, y *Reevaluación positiva*: ver, obtener, actuar bajo aspectos positivos en la situación.

*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (Radloff, 1977; Medina-Mora y cols., 1992; Montero, 1998). La consistencia interna de este instrumento reporta valores alfa de entre .89 en adultos mayores y .93 en la población general. En esta investigación fue de .92 *Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM)* (Montero y Rivera, 2009). Se obtuvo una consistencia interna alfa de .93 en esta investigación.

*Hunter Opinions and Personal Expectations Scale (HOPES)* (Nunn, Lewin, Walton y Carr, 1996; Rivera y Montero, 2007). La escala completa mide esperanza global y está compuesta por dos subescalas: *Esperanza y Desesperanza*. Se han seguido los resultados de la adaptación a sujetos mexicanos propuesta por Rivera y Montero (2007). Las subescalas incluyen siete y nueve ítems, con consistencias internas alfa de .84 y .83, respectivamente. *Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)* (Katz y cols., 1963; Martínez y cols., 2007). Esta escala tiene una consistencia interna alfa de .93.

*Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)* (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969), con consistencia interna alfa de .93.

*Mini-Mental State Examination (MMSE)* (Folstein y cols., 1975; Ostrosky y cols., 1999). Con especificidad de 86.3% y sensibilidad de 86.3%.

*Escala de Bienestar Espiritual, EBE* (Paloutzian y Ellison, 1982) (adaptada a sujetos mexicanos por Montero y Sierra, 1996). Instrumento con consistencia interna alfa de entre .77 y .90.

*Escala de Soporte Social Percibido (ESS)* (Tagaya, Okuno, Tamura y Davis, 2006). Mide la percepción de disponibilidad de varios niveles de soporte social: soporte emocional, económico e

instrumental y cuidado de corto y largo plazo. Obtuvo aquí una consistencia interna alfa de .75

*Escala sobre la Capacidad Percibida de Dar* (Rivera y Montero, 2007). En la presente investigación este instrumento obtuvo una consistencia interna alfa de .89.

## RESULTADOS

En principio, es de notar que las características sociodemográficas de los cuidadores coinciden con las reportadas en otras latitudes; así, en comparación con una muestra española (Sancho, 2002), la edad media en la presente investigación fue de 44.7 años contra 52 años reportados para la muestra española; 78.1% fueron mujeres contra 83%; 67.6% estaba casado contra 77% en la península

ibérica. La edad media reportada en distintas investigaciones y latitudes parecen similares: en esta investigación fue de 53.5 años contra 66 años en Barcelona (Álvarez y cols., 1999) y 57.4 en Taiwán (Shu-Chuan y cols., 2008); en cuanto al sexo, el más frecuente fue el femenino, con 51.9, 45 y 53.5%, respectivamente; el estado civil más frecuente fue el de casado, con 69.9, 68 y 78.9% en cada caso.

En el presente estudio se analizaron las estrategias de afrontamiento en pacientes y cuidadores a fin de aportar evidencias respecto a la frecuencia con que estas son empleadas. Al efecto, se estimaron los valores normativos para cada estrategia y se obtuvo un perfil para pacientes y cuidadores, con los resultados que se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Valores normativos de estrategias de afrontamiento.

	T	BAS	EEA	R	FSP	E	AFN	RP
3	80							
2	70-79	18-30	13-30	26	32	14-28	14-29	17-32
1	60-69	12-17	7-12	15-18	14-18	9-12	7-12	12-16
	59	11		14				
	58			13		8		
	57	10		11	13			11
	56	9	6			7		
	55			10	12		6	
	54	8		9				10
	53		5	8				
	52	7		8	11			
MD	51			7	10	6	5	9
	50		4					
	49	6			9	5		
	48			6			4	8
	47				8			
	46		3					
	45	5		5	7	4	3	7
	44							
	43	4	2					
	42				6	3	2	6
	41			4				
-1	31-40	1-3	1	1-3	3-5	0-2	0-1	4-5
-2	21-30	0	0	0	0-2			1-3
-3	≤20							
<b>M Pacientes</b>		6.7	4.8	8.1	9.5	5.7	5.9	9.0
<b>DE</b>		4.4	3.1	4.9	4.5	2.1	2.9	3.5
<b>M Cuidadores</b>		7.6	4.2	7.8	10.1	5.6	4.0	8.9
<b>DE</b>		4.8	3.6	5.0	4.6	3.8	3.7	3.8
<b>Comparación entre medias de pacientes y cuidadores primarios</b>								
<b>P</b>		.220	.218	.700	.336	.862	.000	.744
<b>T</b>		1.230	1.236	0.386	0.965	0.173	3.724	0.327
<b>GI</b>		185	185	185	185	185	185	185

BAS = Búsqueda de apoyo social; EEA = Expresión emocional abierta; R = Religión; FSP = Focalización en la solución de problemas; E = Evitación; AFN = Autofocalización negativa; RP = Reevaluación positiva; \_\_\_\_ = Pacientes; ----- = Cuidadores.

El análisis de medias de afrontamiento de pacientes y cuidadores en cada estrategia mediante la prueba *t* reportó diferencias significativas entre ellas únicamente en el afrontamiento de autofocalización negativa; al parecer, los pacientes tienden con mayor frecuencia a este estilo de afrontamiento, a diferencia de los cuidadores. El afrontamiento de autofocalización negativa es el más frecuente en los pacientes y, por el contrario, el menos frecuente entre los cuidadores. La siguiente estrategia más frecuente en los pacientes después de la autofocalización negativa es la religión, y la más baja en frecuencia la focalización en la solución de problemas. Por otro lado, se observa cierta tendencia en los cuidadores a utilizar, con mayor frecuencia, la búsqueda de apoyo social, seguido de la religión y la expresión emocional abierta.

En otra tesis, se analizó la correlación existente entre los estilos de afrontamiento del CAE y las variables de desajuste psicológico, calidad de vida, soporte social y otras variables psicosociales (p. ej. espiritualidad, economía percibida, etc.), tanto para pacientes como para cuidadores. La información resultante se muestra en la Tabla 2, donde se contrastan los resultados obtenidos por cada grupo. Solo se reportaron correlaciones significativas ( $p \leq .05$ ), si bien entre estas la mayoría se encuentran por debajo de .30.

El análisis de los resultados se segmentó en dos secciones: en la primera, se buscaron semejanzas entre cuidadores y pacientes; en la segunda, las diferencias, tal como se describe a continuación.

## Semejanzas

*1. Estrategia de focalización en la solución de problemas.* El grueso de las correlaciones significativas obtenidas ocurrió entre el estilo de afrontamiento focalizado en la solución de problemas y la mayoría de las variables. El estilo de solución de problemas implica el análisis de la situación, la planeación de las acciones a seguir y la puesta en marcha de las mismas (operación); esta estrategia parece asociarse con menores niveles de desajuste psicológico (depresión, soledad, desesperanza) y mayores sentimientos de esperanza en el futuro, variable con la que mantiene una correlación

medianamente fuerte tanto en pacientes como en cuidadores.

Al parecer, la solución de problemas mantiene una cercana asociación positiva con el soporte social de salud (el apoyo percibido proveniente de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales respecto a una comunicación abierta y clara sobre los padecimientos, los propios sentimientos, dudas y necesidades de información, así como de la disponibilidad de ese apoyo). El soporte social percibido conserva una asociación similar con este estilo de afrontamiento.

Las correlaciones entre el estilo de solución de problemas y la calidad de vida parecen ocurrir en las áreas de salud general percibida, vitalidad y salud mental. Esta última área parece ser especialmente importante, porque también se asocia inversamente con el estilo de autofocalización negativa. Son de notar las asociaciones positivas superiores a .40 respecto a la capacidad percibida de dar. Esta variable explora la capacidad percibida del sujeto para apoyar a sus seres queridos en aspectos sentimentales, económicos, instrumentales o de asesoría.

Otra variable de importancia fue la espiritualidad divina (la relación que el sujeto establece con lo que considera lo divino), que se asoció directamente y de manera medianamente fuerte y significativa con la estrategia de solución de problemas. Esta espiritualidad divina también posee una importante asociación directa respecto a la estrategia de reevaluación positiva, sobre todo en el paciente. La espiritualidad vital (aquella que ocurre como producto de una integración productiva entre el sujeto consigo mismo, el otro y la vida) también obtuvo una importancia similar respecto a la solución de problemas, aunque ligeramente menos fuerte que la divina.

*2. Reevaluación positiva.* Esta estrategia de afrontamiento descansa en la generación de pensamientos positivos u optimistas sobre la situación que se vive. Según parece, la esperanza, la espiritualidad vital y la divina, así como el soporte social de salud –en especial el proveniente de los médicos–, están asociados positivamente con la reevaluación positiva.

*3. Búsqueda de apoyo social.* Destaca su asociación positiva con la esperanza, tanto en cuidadores como en pacientes.

**Tabla 2.** Correlación entre afrontamiento y variables de desajuste psicológico, calidad de vida, soporte social y variables psicosociales en pacientes bajo DPCA y sus cuidadores primarios.

VARIABLES	CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS							
		Busqueda de apoyo social	Expresión emocional abierta	Religión	Focalizado solución de problemas	Evitación	Autofocalización negativa	Reevaluación positiva
<b>VARIABLES DE DESAJUSTE PSICOLÓGICO</b>								
Depresión	P	-.22*	.28**		-.33**		.47**	
	C				-.36**			
Ansiedad	P				-.26*		.26*	-.26*
	C							
Soledad	P	-.27*	.38**		-.39**		.40**	-.25**
	C		.23*	-.21*	-.29**		.24*	
Desesperanza	P				-.30**		.31**	
	C		.30**		-.27**		.30**	
Esperanza	P	.36**		.30**	.48**			.45**
	C	.27**	.23*	.23*	.49**			.47**
Ansiedad ante la muerte	P						.29**	
	C					.20*	.25*	
Enfermedad percibida	P				.37**			.32**
	C	.21*			.25*			
<b>VARIABLES PSICOSOCIALES</b>								
Capacidad percibida de dar	P			.24*	.40**			.34**
	C	.26*		.34*	.46**			.38**
Economía percibida	P				.33**	.23*		
	C				.23*			
Soporte social percibido	P	.32**		.25*	.36**			
	C	.40**		.21*	.46**	.22*		.27**
Espiritualidad vital	P				.35**			.42**
	C				.36**			.23*
Espiritualidad divina	P			.48**	.40**			.42**
	C			.59**	.42**			.35**
<b>SOPORTE SOCIAL</b>								
Soporte Social de Salud	P	.47**		.29**	.39**			.43**
	C			.22*	.34**			.23*
Sop Soc Sal - Trabajo social	P	.42**		.28**	.36**	.22*		.39**
	C			.22*	.26**			
Sop Soc Sal - Enfermería	P	.35**		.26*	.27*			.36**
	C			.20*	.30**			.20*
Sop Soc Sal - Médicos	P	.48**	.28**	.22*	.43**			.40**
	C				.38**			.27**
<b>CALIDAD DE VIDA (SF-36)</b>								
Función física	P						-.23*	
	C						-.23	
Desempeño físico	P						-.28**	
	C							
Dolor corporal	P							
	C							
Percepción de salud general	P	.31**		.23*	.36**			.25*
	C				.32**			.27**
Vitalidad	P				.26*		-.26*	.25*
	C				.23*			
Función social	P						-.28**	
	C				.21*		-.24*	
Desempeño emocional	P						-.26*	
	C							
Salud mental	P		-.22*		.32**		-.38**	.28*
	C		-.20**		.20*		-.26**	
Total físico	P						-.29**	
	C				.25*			
Total mental	P				.29**		-.35**	.28*
	C				.24*		-.26**	

P = Paciente C = Cuidador \* = p ? .05 \*\* = p ? .01 En negritas las correlaciones iguales o mayores a .40

4. *Expresión emocional abierta*. Esta parece asociarse positivamente sólo con soledad, y de manera más acentuada en los pacientes.

5. *Religión*. La mayoría de sus asociaciones significativas caen por debajo de .30, a excepción de la variable de esperanza en el caso de los pacientes.

6. *Autofocalización negativa*. Correlacionó positivamente con soledad, desesperanza y ansiedad ante la muerte, y negativamente con calidad de vida (básicamente con variables asociadas a salud mental y función social). Las variables que presentaron un mayor número de asociaciones significativas con los estilos de afrontamiento fueron depresión, soledad, esperanza, capacidad percibida de dar, soporte social percibido, soporte social de salud y percepción de salud general.

## Diferencias

1. *Búsqueda de apoyo social*. En el caso de los pacientes, esta estrategia se enfoca casi exclusivamente en el personal de salud, en quienes mantiene correlaciones superiores a .40. Los cuidadores, por su parte, obtienen una correlación similar, pero solo con el soporte social percibido. La búsqueda de apoyo en el paciente se asocia también con la percepción que este maneja acerca de su salud general, lo que es congruente con las primeras asociaciones.

2. *Experiencia emocional abierta*. En los pacientes, está asociada positivamente a depresión, soledad y soporte social proveniente de los médicos. En los cuidadores se asocia positivamente a desesperanza.

3. *Autofocalización negativa*. En los pacientes se asocia positivamente con depresión y soledad; con esta última variable obtiene una correlación casi el doble de grande respecto a la de los cuidadores.

4. *Reevaluación positiva*. Correlacionó positivamente en los pacientes con enfermedad percibida y soporte social proveniente del trabajo social.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto del programa de diálisis peritoneal continua am-

bulatoria en pacientes y cuidadores primarios en términos de las estrategias de afrontamiento con que estos intentan adaptarse, y la relación entre estas y el desajuste psicológico, la calidad de vida y otras variables psicosociales, como el soporte social percibido. Al parecer, existen más similitudes que diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes y sus cuidadores, lo que quizá podría explicarse por el estado cercano de dependencia emocional y funcional que caracteriza la relación entre ellos. Con todo, es posible arribar a particularidades importantes.

De inicio, el afrontamiento de autofocalización negativa resultó ser el más frecuente en los pacientes, y también el más fuerte y positivamente asociado a depresión, soledad, desesperanza y ansiedad ante la muerte; fue también el menos frecuente en los cuidadores. La siguiente estrategia más frecuente en los pacientes, después de la autofocalización negativa, fue el afrontamiento religioso, asociado a sentimientos de esperanza, y la menos frecuente fue la focalización en la solución de problemas. Estos resultados difieren parcialmente respecto a la literatura. Aunque la relación entre las estrategias de afrontamiento y otras variables positivas (esperanza, espiritualidad vital y divina, soporte social de salud) o negativas (depresión, soledad y desesperanza) coincide en términos adaptativos con la evidencia reportada por otros investigadores (Cassaretto y cols., 2007; Logan y cols., 2006; Asti y cols., 2006), la tendencia a emplear los distintos estilos de afrontamiento varía significativamente. De acuerdo con Cassaretto y cols. (2007) (cf. también Logan y cols., 2006), entre las estrategias más frecuentes en el paciente renal se encuentran el optimismo (pensamiento positivo), la solución constructiva de problemas y la búsqueda de apoyo; estas estrategias se encuentran también entre las más efectivas. En la presente muestra los pacientes tendieron a experimentar sentimientos negativos respecto a su situación, y quizás a expresarlos en conductas adaptativas poco funcionales.

Los sentimientos de impotencia o de pérdida de control que usualmente experimenta el paciente en diálisis peritoneal puede generar soledad, aislamiento y depresión (Asti y cols., 2006), y estos a su vez apreciaciones negativas respecto al presente y futuro de la enfermedad y su tratamiento (desesperanza), lo que genera un círculo vicioso

que aleja al sujeto de una solución efectiva de los problemas; de acuerdo con los resultados aquí expuestos, esta última no es la estrategia adaptativa básica empleada por los pacientes sino prácticamente la última. Es posible que esta actitud disfuncional se haya visto influida por la presencia de comorbilidad en los pacientes, como han sugerido Shu-Chuan y cols. (2008).

La autofocalización negativa está basada en dos importantes aspectos: por un lado, la percepción de que se carece de capacidad para afrontar la situación; por otro, que la situación misma suele ser mala. Ello podría implicar la percepción de una autoeficacia muy pobre (bajo locus de control interno) y el predominio de fuerzas externas responsables del propio bienestar (locus de control externo), lo que podría conducir a explicar la tendencia a un tipo religioso de afrontamiento, el cual correlacionó directamente con la espiritualidad divina, y esta, a su vez, con el afrontamiento focalizado en la solución de problemas y con la reevaluación positiva. Esto último evidencia la importancia de lo religioso como recurso adaptativo en condiciones de enfermedad. Se ha señalado que cuando las personas atraviesan por intensas situaciones críticas en su vida suelen recurrir con mayor frecuencia a Dios y a ciertas conductas religiosas, como la oración (Kelley y Chan, 2012), y que la vida espiritual suele generar efectos positivos en enfermos crónicos (Landis, 1996) en casos de depresión (Cotton, Larking, Hoopes, Cromer y Rosenthal, 2005; Sorajjakool, Aja, Chilson, Ramirez-Jhonson y Earll, 2008), cáncer (McCoubrie y Davis, 2006) y otros padecimientos. El paciente renal y su cuidador pueden sentirse respaldados por sus creencias religiosas al enfocar los problemas asociados al tratamiento dialítico y su propia percepción sobre las consecuencias y limitaciones que impone.

Respecto a las diferencias encontradas entre paciente y cuidador, parece haber un patrón compensatorio entre cuidador y paciente. En este modelo, cuando uno incrementa o disminuye el uso

de un estilo de afrontamiento, el otro disminuye o incrementa su empleo en un sentido inverso. Así, si el paciente se deja llevar por una autofocalización negativa, el cuidador reacciona en sentido contrario. Esta actitud emocional compensatoria entre los miembros de la díada podría obedecer a la fuerte dependencia funcional y emocional establecida entre ambos y a la necesidad de adaptarse lo más eficientemente posible a las condiciones de sobrevivencia. Unos y otros parecen experimentar emociones similares, y sin embargo diferenciarse en algunas de ellas; el paciente experimenta acentuada depresión y soledad, y el cuidador desesperanza.

La presente investigación adoleció de algunas limitaciones que deben ser subsanadas en futuros trabajos. La evolución del padecimiento con los cambios que supone la progresión de su gravedad y las limitaciones físicas y el menoscabo de la calidad de vida son factores importantes que podrían influir en las estrategias de afrontamiento y en el ajuste psicológico del paciente. Se desconoce, asimismo, la influencia en los resultados de los niveles de urea, cuya capacidad de condicionar somnolencia y obnubilación no fue considerada en esta investigación. Lo mismo ocurrió con los signos de depresión que suelen remitir después de la diálisis. Futuras investigaciones deben considerar la influencia de estos importantes aspectos.

Los resultados parecen apuntar a la necesidad de diseñar estrategias de intervención que disminuyan la incertidumbre que vive la díada paciente-cuidador (cf. Pelletier-Hibbert y Sohi, 2001), por un lado, e incrementen su autoeficacia (cf. Álvarez y Barra, 2010) en el afrontamiento instrumental de la DPCA con una clara conciencia de las ganancias y las pérdidas reales que ello significa; por otro –y quizás esto sea lo más importante–, que ambos encuentren en este esfuerzo conjunto un sentido esperanzador y constructivo, de tal suerte que la experiencia adopte características resilientes.

## REFERENCIAS

- Álvarez, M.E. y Barra, A.E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3) 63-72.
- Álvarez U., F., Álamo, C., Fernández R., M.J., Bravo, B., Vicente, E., Ferrer, M., Alonso, J. y Badía, X. (1999). Alteraciones del sueño y salud percibida en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 19(2), 168-176.
- Asti, T., Kara, M., Ipek, G. y Erci, B. (2006). The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 490-497.
- Billington, E., Simpson, J., Unwin, J., Bray, D. y Giles, D. (2008). Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis? *British Journal of Health Psychology*, 13, 683-699.
- Blevins, C. y Flood, T.M. (2011). Successful aging theory and the patient with chronic renal disease: Application in the clinical setting. *Nephrology Nursing Journal*, 38(3), 255-270.
- Bufford, R.K., Paloutzian, R.F. y Ellison, C.W. (1991). Norms for the Spiritual Well-being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56-70.
- Byers, D.J., Wicks, M.N. y Harris, B.T. (2011). Depressive symptoms and health promotion behaviors of African-american women who are family caregivers of hemodialysis recipients. *Nephrology Nursing Journal*, 38(5), 425-430.
- Campbell, J. (1998). *Understanding social support for patients with cancer*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Carson, V., Soeken, K.L., Shanty, J. y Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26, 28-34.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estrés y Afrontamiento*, 1, 87-98.
- Christensen, A.J. Turner, C.W. Slaughter, J.R. y Holman, J.M. (1989). Perceived family support as a moderator: Psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 249-265.
- Clarkson, K.A. y Robinson, K. (2010). Life on dialysis: A lived experience. *Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 29-35.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179.
- Cotton, S., Larking, E., Hoopes, A., Cromer, B.A. y Rosenthal, S.L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk. *The Journal of Adolescent Health*, 36(6), 529.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gee, C.B., Howe, G.W. y Kimmel, P.L. (2005). Couples coping in response to kidney disease: A developmental perspective. *Seminars in Dialysis*, 18(2) 103-108.
- Harwood, L., Wilson, B., Locking-Cusolito, H., Sontrop, J. y Spittal, J. (2009). Stressors and coping in individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(3), 265-301.
- Jalowiec, A., Murphy, S.P. y Powers, M.J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, May-Jun, 33(3), 157-161.
- Katz, S.C., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffee, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kelley, M.M. y Chan, K.T. (2012). Assessing the role of attachment to God, meaning, and religious coping as mediators in the grief experience. *Death Studies*, 36, 199-227.
- Kimmel, P.L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 951-956.
- Kimmel, P.L. y Peterson, R.A. (2005). Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Tools, correlates, outcomes, and needs. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 91-97.
- Kimmel, P.L., Phillips, T.M., Simmens, S.J., Peterson, R.A., Weihs, K.L. et al. (1998). Immunologic function and survival in hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 236-244.
- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G. y Pieper, A. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- Landis, B.J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 217-231.
- Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research planning and action for the elderly*. New York: Behavioral Publications.

- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-185.
- Lew, S.Q. y Piraino, B. (2005). Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 119-123.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. y Sjöden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1398-1408.
- Logan, S.M., Pelletier-Hibbert, M. y Hodgins, M. (2006). Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 382-391.
- Lye, W.C., Chan, P.S., Leong, S.O. y van der Straaten, J.C. (1997). Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. *Advances in Peritoneal Dialysis Journal*, 13, 134-136.
- Martínez D., N., del Ángel S., E.M., Enríquez H., C.M., Santes B., M.C., Aranda B., C. y Salazar, E. (2007). Apoyo familiar y actividades de la vida diaria del adulto mayor de Veracruz, México. *Anales de Psiquiatría*, 23, 6.
- McCoubrie, R. y Davis, A. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Journal of Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379-385.
- Medina-Mora, M., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación* (pp. 48-55). México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Méndez D., A., Méndez B., J.F., Tapia Y., T., Muñoz M., A. y Aguilar S., L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Revista de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11.
- Montero L.L., M., (1998). Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, 7, 62-67.
- Montero L.L., M. y Rivera L., A. (2009). IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor. en González-Celis R., A.L. (Ed.): *Evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Montero L.L., M. y Sierra C., L. (1996). Escala de Bienestar Espiritual: un estudio de validación. *La Psicología Social en México*, 6, 28-33.
- Morales J., R., Salazar M., E., Flores V., F.J., Bochicchio R., T. y López C., A.E. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gaceta Médica de México*, 14(2), 91-98.
- Nunn, K.P., Lewin, T.J., Walton, J.M. y Carr, V.J. (1996). Construcción y características de un instrumento para medir la esperanza personal. *Psychological Medicine*, 26, 531-545.
- Ostrosky S., F., López A., G. y Ardila, A. (1999). Influencias de la edad y de la escolaridad en el Examen Breve del Estado Mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano-parlante. *Salud Mental*, 22(3), 20-26.
- Paloutzian, R.F. y Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life, En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley.
- Patel, S.S., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 98-102.
- Pelletier-Hibbert, M. y Sohi, P. (2001). Sources of uncertainty and coping strategies used by family members of individuals living with end stage renal disease. *Nephrology Nursing*, 28(4), 411-419.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measures*, 1, 385-401.
- Rivera L., A. y Montero L.L., M. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico del adulto mayor en un contexto religioso*. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sancho, M.E. (2002). *Envejecer en España*. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: IMSERSO Ed.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Schultz, R. y Martire, L.M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249.
- Shu-Chuan, J.Y., Chia-Hsiung, H. y Hsueh-Chih, Ch. (2008). Relationships among coping, comorbidity and stress in patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 166-174.
- Smeltzer, S.C. y Bare, B.G. (2000). *Enfermería médico-cirúrgica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- Sorajakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Jhonson, J. y Earll, A. (2008). Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychology*, 56, 521-532.
- Tagaya, A., Okuno, S., Tamura, M. y Davis, A. (2006). Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2, 131-137.

- Wiedebusch, S., Konrad, M., Foppe, H., Reichwald-Klugger, E., Shaefer, F., Schreiber, V. y Muthny, F.A. (2010). Health-related quality of life, psychosocial strains, and coping in parents of childrens with chronic renal failure. *Pediatric Nephrology*, 25, 1477-1485.
- Weilitz, P.C. y Sciver, T.V. 1996. Nursing role in management obstructive pulmonary disease. En S. M. Lewis, I. C. Collier y M. M. Heitkemper (Eds.): *Medical surgical nursing* (pp. 701-730) (4<sup>th</sup> ed.). St Louis, MO: Mosby Year Book, Inc.
- Yong, D.S.P., Kwok, A.O.L., Wong, D.M.L., Suen, M.H.P., Chen, W.T. y Tse, D.M.W. (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine*, 23, 111-119.