



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO VICTOR ALZAMORA CASTRO

**AFRONTAMIENTO Y CLIMA FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TERMINAL DE UN HOSPITAL
NACIONAL, 2012**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN TERAPIA INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE**

MARIA ELIZABETH CHALCO FLORES

LIMA – PERÚ

2014

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta investigación, merece el agradecimiento fundamental a Dios, por haberme concedido las fuerzas, dedicación, perseverancia y motivación para concretar una de mis grandes metas personales.

Mi gratitud y estima a todos los miembros de mi familia, especialmente a mis padres, siendo ellos la razón y motivación para asumir nuevos retos en la vida.

A todos mis amigos y compañeros de trabajo que me brindaron su invaluable apoyo moral y académico... gracias.

A Giancarlo Ojeda, mi asesor, por su paciencia, tiempo y orientación constante durante todo este proceso de investigación... gracias.

Y a todos los participantes del estudio, quienes cada día son ejemplos de fuerza, paciencia y perseverancia; así también a sus familiares, que brindan lo mejor de sí con su infinito amor. A todos ellos, por sus enseñanzas y continuas enseñanzas a mi persona... gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	12
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
Identificación del problema	12
2. Justificación e importancia del problema	14
3. Limitaciones de la investigación.....	16
4. Objetivos de la investigación	17
4.1 Objetivo general	17
4.2 Objetivos específicos.....	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
1. Aspectos conceptuales pertinentes	18
1.1 Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT).....	18
1.1.1 Aspectos médicos	18
1.1.2 Aspectos psicológicos	23
1.2 Afrontamiento en adolescentes.....	28
1.2.1.Estilos y estrategias de afrontamiento	30
1.3 Clima familiar y enfermedades crónicas	33
1.3.1 La familia como recurso de afrontamiento.....	38
1.3.2 La familia del adolescente con IRCT	40
2. Investigaciones en torno al problema investigado.....	44
3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables	54
3.1 Definiciones conceptuales	54

3.2	Definición operacional	56
4.	HIPÓTESIS	58
	Hipótesis general.....	58
	Hipótesis específicas	58
CAPÍTULO III.....		59
METODOLOGÍA		59
1.	Nivel y tipo de investigación	59
2.	Diseño de la investigación	59
3.	Naturaleza de la población.....	59
3.1	Descripción de la muestra.....	60
3.2	Muestra y métodos de muestreo	60
3.3	Unidad de análisis.....	61
3.4	Marco de referencia	61
3.5	Criterios de inclusión:.....	62
3.4	Criterios de exclusión:	62
3.5	Criterios de eliminación:.....	62
4.	Técnicas de recolección de datos	62
4.1	Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes:	62
4.2	Ficha técnica	63
4.3	Ficha técnica	68
5.	Procedimientos	71
6.	Análisis de datos.....	71
CAPÍTULO IV.....		73
RESULTADOS.....		73
CAPÍTULO V		96
DISCUSIÓN		96
CONCLUSIONES		106

RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
Apéndice A.....	119
ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES.....	119
Apéndice B.....	123
ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de operacionalización de la variable Afrontamiento.....	59
Tabla 2: Matriz de operacionalización de la variable Clima Familiar.....	60
Tabla 3: Características sociodemográficas de la muestra.....	65
Tabla 4: Estilos y estrategias de afrontamiento del estrés.....	68
Tabla 5: Características socioambientales de las familias.....	72
Tabla 6: Niveles de intensidad de las relaciones según los criterios de Cohen.....	77
Tabla 7: Coeficiente de correlación canónico entre las variables afrontamiento y clima familiar.....	78
Tabla 8: Relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del sexo.....	79
Tabla 9: Relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción.....	79
Tabla 10: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad.....	80
Tabla 11: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento.....	80
Tabla 12: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia.....	81
Tabla 13: Relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del sexo.....	82
Tabla 14: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción.....	83
Tabla 15: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad.....	84
Tabla 16: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento.....	85
Tabla 17: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia.....	87
Tabla 18: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del sexo.....	88
Tabla 19: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del nivel de instrucción.....	89
Tabla 20: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del tiempo de diagnóstico.....	89
Tabla 21: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del tipo de tratamiento.....	90
Tabla 22: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del lugar de Procedencia.....	90
Tabla 23: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del sexo.....	91
Tabla 24: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento según el nivel de Instrucción.....	91
Tabla 25: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad.....	92
Tabla 26: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del tipo de Tratamiento.....	93
Tabla 27: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del lugar de procedencia.....	94
Tabla 28: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del sexo.....	94
Tabla 29: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción.....	95
Tabla 30: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de enfermedad.....	96
Tabla 31: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento.....	97
Tabla 32: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia.....	98

AFRONTAMIENTO Y CLIMA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2012

Resumen

La investigación realizada tuvo como objetivo general determinar la relación entre el afrontamiento y el clima familiar en adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) de un hospital nacional. Se evaluó a 36 adolescentes de ambos sexos, rango etario entre 10 y 19 años, con instrucción primaria y secundaria, procedentes de diferentes regiones del Perú, quienes se encontraban sometidos a tratamiento de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Se empleó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS, por su sigla en inglés), elaborada por E. Frydemberg y R. Lewis en 1993 y adaptada a nuestro medio por B. Canessa en el año 2002; y la Escala de Clima Social en la Familia (FES, por su sigla en inglés), propuesta por los autores R.H. Moos y E. Trickett en 1982, cuya estandarización fue realizada por C. Ruiz Alva y E. Guerra Turín (1993). Los resultados indican relación entre afrontamiento y clima familiar en adolescentes con IRCT. Así también relaciones positivas altas entre el estilo de afrontamiento “resolver problemas” con la dimensión “desarrollo” del clima familiar; seguido, entre la estrategia de afrontamiento “invertir en amigos íntimos” con la dimensión “relaciones del clima familiar”. El estilo de afrontamiento “resolver problemas” y el empleo de más de una estrategia son las que prevalecen, seguidas de una categoría del clima familiar promedio en los adolescentes con IRCT.

Palabras clave: Afrontamiento, estilos y estrategias, clima familiar, adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal.

ABSTRACT

COPING AND FAMILY CLIMATE IN TEENAGERS WITH TERMINAL CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY AT A NATIONAL HOSPITAL, 2012

The research main objective was to determine the relation between coping with the family climate in adolescents with terminal chronic kidney disease (CKD) of the National Hospital. Thirty-six both genders' adolescents, age range 10-19 years, primary and secondary education, from different regions of Peru, subjected to treatments of peritoneal dialysis, hemodialysis and renal transplantation were evaluated. The Adolescent Coping Scale (ACS) used was prepared by E. Frydemberg and R. Lewis in 1993, adapted in our environment by B. Canessa in 2002, and the Family Environment Scale (FES) proposed by the authors R. H. Moos and E. Trickett 1982, whose standardization was made by C. E. Guerra Ruiz Alva and E. Guerra Turin (1993). The results show relations between coping and family climate in adolescents with ESRD. So too high positive relations only between coping style dimension troubles hooting the development of family environment also between the coping strategies invested in close friends with the dimension of family relations climate. High positive relationships were also found only between style solve problems and dimensions of family climate, while some coping strategies save high positive relation with the dimensions of the family environment, such as focus on problem solving, physical distraction, seeking professional support, pay attention to the positive, relaxing search amusement, stress reduction and social action. The problem solving coping style and the use of more than one strategy are prevalent, followed by an average family climate category in adolescents with end-stage renal disease (ESRD).

Keywords: Coping, styles and strategies, family climate, adolescents with terminal chronic renal insufficiency.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades crónicas tales como cáncer, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), entre otras, constituyen las principales causas de mortalidad y/o padecimientos físicos, psicológicos y sociales en la población mundial.

La IRCT al presentarse en edad temprana, como la adolescencia, genera un fuerte impacto en la valía personal, debido a los efectos físicos, cognitivos, emocionales, las limitaciones interpersonales a consecuencia de la enfermedad y a las constantes consultas médicas y hospitalizaciones producto de sus análisis clínicos y chequeos respectivos, llegando a deteriorar su estilo y calidad de vida. Este deterioro también afecta a su familia, que se encuentra inmersa durante todo el proceso de la enfermedad brindando el soporte necesario que requiere el adolescente que la padece.

Se estima que la incidencia y la prevalencia de la IRCT, por millón de habitantes, cuyas edades se encuentran entre 0 y 19 años es de 6.25 y 12.8, respectivamente (Loza, 2007). En el Perú, según datos estadísticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia, existe un total de 326 pacientes con IRCT, de los cuales el 25% son adolescentes. Al Departamento de Nefrología Pediátrica asisten, en promedio, dos pacientes nuevos cada mes, los que son derivados en su mayoría al Departamento de Psicología, a fin de apoyarlos con el manejo de la enfermedad, porque esta viene acompañada de un conjunto de síntomas y signos psicológicos. Es frecuente observar en muchos de los adolescentes actitudes pesimistas y fatalistas hacia el futuro, que conllevan a mostrar ánimo depresivo, ansiedad, hipocondría, irritabilidad, dificultades en sus relaciones interpersonales

y conflictos familiares. No obstante, pese a sobrevalorar con frecuencia situaciones difíciles, que muchas veces incrementan la susceptibilidad en los adolescentes, estos poseen la capacidad innata de afrontarlas, de acuerdo con sus recursos personales, y de buscar el equilibrio personal.

Como sabemos, todo aprendizaje se inicia en un primer momento en el núcleo familiar; y es ahí donde el adolescente adquiere gran parte de sus capacidades y habilidades para desenvolverse en la vida. Por ende, la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y significativa para el acompañamiento frente a situaciones estresantes, contribuyendo al bienestar y la salud de todos sus miembros (Reyes y Castañeda, 2006). Sin embargo, es indispensable que al menos uno de los miembros pueda contar con recursos personales para acompañar al adolescente durante los acontecimientos que percibe como estresantes (Camacho, León y Silva, 2009), tal como lo es la IRCT.

A lo anterior se añade el trabajo realizado con adolescentes que poseen ICRT de un hospital nacional, referente a nivel nacional, surgiendo la finalidad de determinar la relación entre el afrontamiento con el clima familiar, interviniendo las variables sociodemográficas (sexo, nivel de instrucción, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tipo de tratamiento y lugar de procedencia), las cuales podrían estar influyendo en el manejo de la enfermedad. Conocer las respuestas frente a la enfermedad, así como la influencia de su entorno inmediato, es fundamental para el desarrollo de programas de intervención psicoterapéuticas acordes a nuestra población, que tienen por objetivo que el adolescente adquiera estrategias específicas para afrontar y luego adaptarse a su nueva condición de poseer una enfermedad renal crónica.

La investigación se ha dividido en cinco capítulos: en el primero se encuentra el planteamiento del problema, su importancia, limitaciones y objetivos. El segundo capítulo presenta el marco teórico, las investigaciones relacionadas con el estudio, las definiciones conceptuales y operacionales, así como las hipótesis. El tercero menciona la metodología del trabajo, las características de los participantes, los instrumentos utilizados y los procedimientos estadísticos usados para analizar los datos recolectados. Posteriormente, en el cuarto y quinto capítulos se encuentran los resultados y la discusión en relación con las variables estudiadas y, finalmente, las conclusiones más importantes de la presente investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Identificación del problema

La adolescencia es una compleja etapa del ciclo vital, por ser un período de transición en la que se presentan situaciones de crisis debido a los cambios acelerados en los diferentes aspectos: corporales, cognitivos, afectivos e interpersonales; además, por las respuestas frente a la percepción de las exigencias y demandas del entorno, tales como: ansiedad, inseguridad, tristeza, miedo, frustración, etc., que son características propias de esta etapa de vida. Es aún más intensa esta dinámica cuando se tiene que afrontar el padecimiento de una enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud pública global, debido al incremento en su incidencia y prevalencia, así como el impacto emocional adverso que conlleva a una significativa repercusión a nivel individual, familiar y social. El padecimiento de una enfermedad influye severamente durante la adolescencia, siendo una de las etapas de desarrollo con mayor vulnerabilidad ante los procesos de salud y enfermedad.

La IRCT es una afección que amenaza la vida de las personas no solo por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas sino por una muerte próxima e inminente. Esta condición hace más vulnerable a la persona, quien padecerá trastornos psicológicos y psiquiátricos, tales como el estrés y la depresión. (Christensen, Ehlers y Kimmel, 2002).

Ante tales efectos psicológicos, el adolescente —haciendo uso de su capacidad de afrontamiento— buscará la forma de enfrentar o evitar la

sintomatología del estrés resultante de la enfermedad. Esta disposición de afrontamiento del estrés es un factor que predispone a la persona a debilitarse ante las situaciones de riesgo o podría generar un bienestar psicológico que le permita desenvolverse sin mayores repercusiones adversas a pesar de la IRCT. Canessa (2002) señala que Frydemberg (1993) define:

“El afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva, así también desarrollan competencias psicosociales muy importantes, siendo consideradas como un factor protector de la salud [...] parecen ser el resultado de aprendizajes de experiencias previas” (p. 192).

Entonces, el afrontamiento es considerado como aquellas cogniciones y conductas que se generan en respuesta a las demandas del entorno; por lo tanto, puede cambiar durante una situación determinada. La literatura señala que el desarrollo teórico y metodológico del constructo afrontamiento, puede ser agrupado en un afrontamiento *disposicional* y *situacional*, representado en estilos y estrategias de afrontamiento, respectivamente, como se hace en el instrumento elaborado por Frydenberg y Lewis, que serán empleados en el estudio para conocer el afrontamiento que presentan los adolescentes con IRCT.

Los estilos de afrontamiento consisten en predisposiciones personales para hacer frente a las diferentes situaciones, siendo estas las que determinan las estrategias y su estabilidad temporal y situacional. (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

En tanto, la familia, fuente principal en la transmisión de costumbres, creencias y conductas, influye en la formación de conductas protectoras o de riesgo en el individuo (Reyes, 2003). La función básica de la familia es la de

brindar el soporte emocional, físico y social entre los miembros que la integran, permitiéndoles aceptar la enfermedad, tomar conciencia de ella y, por ende, mostrar disposición para la adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, es relevante conocer los estilos y estrategias de afrontamiento que presentan los adolescentes con IRCT, así como las relaciones que se generan y mantienen entre los miembros del hogar; aunados a las variables sociodemográficas, como sexo, nivel de instrucción y lugar de procedencia; este último tomado en cuenta debido a la pluriculturalidad que presenta nuestro país. Como se señala en Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012), la mente, cuerpo y cultura están íntimamente vinculados, existiendo relación entre nuestras formas de vivir y nuestro organismo; como también las variables clínicas, que se observan en la práctica diaria, ante la posibilidad de que ellas incidan sobre el desarrollo y manejo de la enfermedad, como algunos estudios lo corroboran y serán descritos en esta investigación. Adicionalmente, al ampliar el campo de acción de la Psicología de la Salud y de intervenir de manera oportuna en este grupo etario con el diagnóstico de IRCT, surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el afrontamiento con el clima familiar en adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal de un hospital nacional, 2012?

2. Justificación e importancia del problema

La adolescencia es una etapa caracterizada por continuos cambios que llevarán al adolescente a establecer una nueva relación consigo mismo, con sus padres y con su medio social, generando constantes preocupaciones que podrían ocasionar estrés. Entre ellas se encuentra la internalización de una nueva imagen

corporal, la incorporación de un sistema de valores, los problemas vinculados al colegio, incertidumbre con respecto al futuro, dificultades familiares, presión social, cuestiones relacionadas con el uso del tiempo libre, las relaciones amorosas y los problemas referidos a sí mismo.

Todas estas circunstancias incrementan el grado de vulnerabilidad, como sostienen Mosso y Penjerek(2007):

“[...] si bien biológicamente ya puede autoabastecerse, la vulnerabilidad en este momento pasa por la falta de consolidación de la personalidad y de ahí que no siempre cuente con los recursos suficientes para enfrentar los conflictos que se le presentan [...]” (p.42).

Así se vería afectado su desenvolvimiento para manejar dichas situaciones, llevándolo a una desadaptación; que es percibido por su entorno como un problema de índole patológico, evidenciándose conductas de rebeldía, desafío y desobediencia a las normas que son impartidas en el hogar. Si a todas estas condiciones estresantes anteriormente mencionadas, se adjunta una enfermedad crónica renal, existirá entonces la posibilidad de una seria alteración en su ajuste personal.

No obstante, el ser humano posee el instinto de supervivencia, sea este a través del uso de sus mecanismos de defensa y/o capacidad de afrontamiento. Razón por la cual, mediante diversas modalidades como la evasión, oposición, resistencia o confrontación, estos tipos de respuesta se manifestarán según la clase de experiencia que haya sostenido durante su desarrollo individual (Figuroa y Cohen, 2006).

En este sentido, la familia cumple un rol esencial y protagónico en el aprendizaje sobre las experiencias que el adolescente atraviesa, más aún cuando

sobrelleva la IRCT, diagnóstico que minimiza la valoración personal del adolescente por la intensidad de la sintomatología que presenta y las limitaciones en su estilo de vida. La familia es el soporte que permite continuar con todo el proceso que requiere el tratamiento; es decir, actuará como factor protector ante la comorbilidad y la adherencia al tratamiento; siendo este último un factor de riesgo que se viene acrecentando, dificultando el manejo de la enfermedad.

Ante todo lo expuesto es de suma importancia realizar la investigación debido a los escasos estudios en este grupo etario con IRCT, propiciando aportes sobre los estilos, estrategias de afrontamiento y el clima familiar del adolescente con esta enfermedad, profundizando los conocimientos de las capacidades, habilidades y recursos individuales que utilizan comúnmente los adolescentes para afrontar adversidades sin mayores complicaciones, durante todo el proceso de la ICRT. Asimismo, reforzará la importancia de la Psicología de la Salud, que enfatiza la intervención sobre los factores protectores del ser humano, mediante la elaboración de programas psicoterapéuticos enfocados en reforzar y/o generar herramientas o técnicas de afrontamiento ante situaciones estresantes que conlleva la IRCT en los adolescentes y su familia inmediata.

3. Limitaciones de la investigación

La información obtenida fue recolectada a través de las historias clínicas de los adolescentes con IRCT que asistieron al Departamento de Psicología, derivados por el médico nefrólogo, para realizar el soporte psicológico que requieren al presentar la enfermedad, por ende, los resultados no podrían generalizarse.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

OG. Determinar la relación entre el afrontamiento y el clima familiar en adolescentes con IRCT de un hospital nacional en el año 2012.

4.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

OE2. Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

OE3. Identificar la prevalencia de los estilos de afrontamiento que emplean los adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

OE4. Identificar la prevalencia de las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

OE5. Identificar la prevalencia de las dimensiones del clima familiar en adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En los últimos años, los temas de salud están dirigidos a promover y promocionar comportamientos saludables, por ser una de las tareas prioritarias de los profesionales de las ciencias de la salud; así como también al manejo y afrontamiento de nuevas situaciones que en la actualidad están cargadas de preocupaciones, que traen consigo enfermedades relacionadas al estrés —sea este un factor generador o una secuela—, circunstancias ante las cuales el individuo busca adaptarse de acuerdo a sus posibilidades, fortalezas y potencialidades.

1. Aspectos conceptuales pertinentes

1.1. Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)

1.1.1. Aspectos médicos

La adolescencia es una etapa vital fundamental en lo referente a la salud. Constituye un momento crítico, al observarse una brusca declinación de la función renal, que obedecería a un desbalance entre la masa renal funcional y el aumento rápido de la masa corporal y/o a factores hormonales.

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es la pérdida lenta e irreversible de la función renal, constituyendo el síndrome urémico, derivado de la acumulación de sustancias tóxicas en el organismo y del déficit de producción hormonal por parte del riñón (Ruiz, Gómez y Arias, 2007). Es, entonces, una fase donde la disfunción renal ha progresado a un punto tal en que la homeostasis y la supervivencia no pueden ser sostenidas por el riñón nativo sino con una terapia de reemplazo. Por tanto, la enfermedad renal obstaculiza los típicos procesos de

identificación con sus pares y la integración con el sexo opuesto, así como también provoca cambios en su aspecto físico que son de gran impacto para ellos, como baja estatura, decoloración de los dientes o piernas deformes. Otras secuelas son la anemia severa que les impide realizar muchas actividades físicas, la aparición de lesiones cutáneas, sequedad en la piel, trastornos en la libido y pérdida del deseo.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la no adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas, constituye un problema de salud pública, el cual parecería exacerbarse en la adolescencia (Ortiz, 2009). Tal es el impacto y los graves problemas que causan en las relaciones sociales, que repercute sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas.

La literatura refiere dos tipos de tratamiento para la IRCT: la diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y el trasplante renal.

La diálisis es el proceso de eliminar los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre. Existen dos modalidades:

- A) **Hemodiálisis:** Como tratamiento de reemplazo del funcionamiento renal, hace uso de una máquina que, por medio de una membrana semipermeable llamada dializador, elimina los productos de desecho concentrados en la sangre y restablece el balance químico de la misma, al extraer sustancias químicas que se encuentran en exceso. La sangre es retirada del paciente a través de unos tubos y llevada al dializador, en donde se extraen los productos de desecho, químicos y otros fluidos en exceso y se depositan en una sustancia llamada dializante. Una vez que la sangre ha sido limpiada y purificada, regresa al paciente por otra serie de tubos. Cabe

indicar que la hemodiálisis es un proceso dinámico y continuo; es decir, la sangre es extraída, limpiada y suministrada al paciente casi paralelamente. Para conseguir tal efecto, se requiere contar con una vía de acceso por la cual la sangre pueda salir y reingresar al paciente sin mayores complicaciones; esto es el acceso vascular, que se efectúa por medio de la inserción de catéteres a la altura de la clavícula o de la vena yugular interna y la fístula arteriovenosa, que es la unión quirúrgica de una arteria y una vena, siendo éstas las vías de acceso más comunes.

La hemodiálisis tiene una duración de tres a cuatro horas por sesión y debe ser realizada tres veces por semana, de preferencia intercaladamente, ya que de esa manera se evita la intoxicación urémica. Las complicaciones usualmente asociadas al tratamiento de hemodiálisis son: hipotensión, calambres musculares, síndrome del desequilibrio de la diálisis, hipoxemia, arritmias, hemorragias, enfermedades asociadas a la transfusión de sangre, pericarditis y, principalmente, anemia. Por tanto, se debe restringir la ingesta de líquidos a un litro diario y la dieta del paciente debe adecuarse a su nueva condición de vida; es decir, una ingesta de alimentos ricos en proteínas con disminución de aquellos ricos en potasio y fósforo, principalmente.

B) *Diálisis peritoneal:* Entre los tipos más comunes de diálisis peritoneal se encuentra la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC), que opera bajo los mismos principios que la hemodiálisis. En este caso, no se hace uso de una máquina sino del cuerpo del propio paciente; es decir, mediante la inserción quirúrgica de un catéter permanente a la altura del peritoneo,

se utiliza esa membrana semipermeable como el dializador a través del cual se filtran los productos de desecho y las sustancias químicas y fluidos en exceso en la sangre. Así, el paciente inserta el dializante o dializado (sustancia en la que se depositan los productos de desecho y las sustancias químicas y fluidos en exceso en la sangre una vez que han sido filtrados) en el peritoneo, haciendo uso del catéter y dejándolo depositado por seis horas, luego de las cuales debe drenar el dializante y colocar uno nuevo para que el proceso de filtración se renueve. No obstante, la DIPAC presenta mayores libertades que la hemodiálisis, pues el paciente no se encuentra sujeto a una máquina. El riesgo de una infección por peritonitis es el problema de mayor ocurrencia que enfrentan las personas bajo este tipo de tratamiento.

La diálisis peritoneal no obliga al paciente a acudir regularmente a un centro sanitario, excepto para los controles, que se realizan cada uno o dos meses.

Existen dos modalidades de diálisis peritoneal:

B.1 Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DIPAC), en la que se realizan los intercambios de fluido de forma manual. El líquido dializante queda en el abdomen de 4 a 6 horas, por lo que la mayoría de las personas cambian la solución cuatro veces al día.

B.2 Diálisis peritoneal automatizada (DPA), en que los intercambios se hacen mientras el paciente duerme, con ayuda de una pequeña y silenciosa máquina que realiza los intercambios cada dos horas. La DPA dura entre 8 y 10 horas.

C) **Trasplante renal**

El trasplante renal consiste en implantar un riñón, donado por una persona o donante vivo (familiar relacionado) o de un cadáver (producido por fallecimiento por muerte cerebral), que cumplirá con las funciones que los riñones del paciente solían ejecutar antes de ser afectados por la IRCT.

Hernández (2007) expresaba que:

“Esta etapa de espera es difícil, porque puede ser unos días, meses o no llegar, convirtiéndose el paciente en dependiente del hospital, y quienes viven lejos de la capital se quedan viviendo en la institución o cerca de ella esperando ser llamados. Si bien este tratamiento se presenta como la opción que proporciona los mejores niveles de calidad de vida, no es una cura a la enfermedad, pues existe el constante riesgo de rechazo por el accionar del sistema inmunológico” (p.13).

Razón por la cual el paciente trasplantado debe tomar medicinas inmunosupresoras que combatan esa posibilidad de rechazo; sin embargo, tales medicinas también ocasionan el debilitamiento del sistema inmunológico, lo que trae consigo otras complicaciones, como infecciones, tumores y enfermedades cardiovasculares.

Los problemas psicológicos más frecuentes en pacientes trasplantados son la percepción exagerada de los síntomas, temores y obsesiones por un posible rechazo, inadaptación laboral, ansiedad y depresión (Magaz, 2003).

Morales (2007) afirma:

“Para los adolescentes con IRCT, la enfermedad y el tratamiento fueron sinónimos de múltiples pérdidas: pérdida de la cotidianidad, del control del tiempo, de la imagen corporal previa y de la imagen corporal deseable, y de

la independencia. Los horarios impuestos para cumplir con el tratamiento farmacológico, el procedimiento de la diálisis, la presencia del catéter, las restricciones alimentarias y las relaciones sociales son las causas fundamentales de tales pérdidas, influenciadas por la invasión de su privacidad, debido a la colocación de sondas, catéter o las cicatrices quirúrgicas, las cuales dependerán según el tratamiento que recibe como la diálisis y el trasplante, encontrando dificultad en la adaptación de todo el proceso de intervención” (p.46).

1.1.2. Aspectos psicológicos

Cada momento de la adolescencia tiene su crisis que lo caracteriza; así encontramos que en la pubertad, considerada desde los 11 hasta los 14 años, aproximadamente, la crisis está centrada en el cuerpo; la mediana adolescencia, de los 14 a los 18 años, la crisis se enfoca en los aspectos psicológicos respecto del mundo interno; y el fin de la adolescencia, de los 18 hasta los 21, es el deseo y el miedo que pasan por la necesidad de ocupar y asumir nuevos roles en la sociedad (Mosso *et al.*,2007).

A esta clasificación sobre el tipo de crisis que atraviesa el adolescente acorde a su edad se suma la descripción que se realiza sobre la percepción de la enfermedad crónica. Se identificó que la enfermedad crónica presenta diferentes implicaciones de acuerdo a la fase de la adolescencia en la que se presenta; así tenemos que durante la adolescencia temprana no existe gran conciencia de la enfermedad y los jóvenes muestran preocupación por sus interacciones sociales, la manera de vestir y el cumplimiento de los cánones establecidos por el grupo de

pares para ser aceptados. Por otro lado, durante la adolescencia mediase observa una profunda preocupación por la imagen física y por las capacidades corporales que pueden ser afectadas por la enfermedad, generando sentimientos de ansiedad o menosprecio por el propio cuerpo. Finalmente, en la adolescencia tardía los jóvenes experimentan una fuerte preocupación por la enfermedad y sus efectos en diversos planos, reconocen las dificultades que esta les plantea y resienten, especialmente, la dificultad en el establecimiento de relaciones de pareja y de socialización ocasionadas por la enfermedad (Vargas, García e Ibáñez, 2011).

Encontramos también en el estudio de Magaz (2003, tomando en cuenta a Devins, 1997), que resalta el impacto de la enfermedad, que puede ser directo, indirecto o derivado de consecuencias secundarias. El impacto directo ocurre cuando determinados elementos del tratamiento (consecuencias fisiológicas, tiempo de dedicación, etc.) entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba el paciente antes de la aparición de la IRC. El impacto indirecto se refiere a los cambios que se producen en las relaciones familiares y sociales, asociados a los comportamientos de otras personas relacionadas con el enfermo. Finalmente, las consecuencias secundarias se dan cuando, influido por los factores anteriormente mencionados, el paciente disminuye las actividades que realiza y la posibilidad de obtener gratificaciones con ellas.

De esta forma, la aparición de una enfermedad crónica en la adolescencia genera un fuerte impacto negativo en la autoestima por los efectos físicos, cogniciones, sentimientos y limitaciones interpersonales, así como la necesidad constante de visitar hospitales o de atender prescripciones médicas, etc. que

impedirán la realización de actividades con su grupo de pares y su desarrollo académico. Surgirían, además, dificultades para establecer vínculos afectivos con personas en el interior y exterior de la familia. Estas dificultades que en la mayoría de la población se evidencian en la propia etapa de cambios, se acrecientan al presentar una enfermedad crónica, definida por la duración del proceso, las secuelas, las limitaciones, discapacidades, minusvalías y la necesidad de servicios especiales o prestaciones que exige.

Es entonces de gran importancia conocer el alcance de la enfermedad crónica durante la adolescencia. El significado que el paciente y su familia asignen a la enfermedad da como resultado una construcción específica del sentido de la misma y sus implicaciones en la vida, que repercutirá de manera importante en las estrategias conductuales, cognitivas y emocionales que utilizarán para afrontarla y será fundamental en la forma en que el paciente y su familia intentarán resolver la crisis (Vargas *et al.*, 2011).

Por otro lado, es común encontrar diversas manifestaciones psicológicas como respuesta ante el conocimiento de una enfermedad crónica terminal, que Kubler-Ross (1969) describe en cinco fases:

“Una primera etapa de negación y aislamiento es típica en el paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no lo conoce bien; sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación es habitual no solo en las primeras fases de la enfermedad sino también más adelante. La segunda fase es de la ira, cólera, agresión y protesta. El paciente se pregunta por qué le tiene que pasar esto a él, surgiendo sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia. La tercera fase es la del pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque solo durante breves períodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y nos hemos enojado con la gente y con Dios. La cuarta fase es la depresión, donde surgen sentimientos de vacío y de impotencia acompañados de sensación de pérdida; tales síntomas son el correlato de una serie de prolongadas intervenciones médico-quirúrgicas y hospitalizaciones. Por último, tenemos la quinta etapa: de aceptación”.

Aceptación no es sinónimo de estar feliz y con frecuencia está desprovista de sentimientos; es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado para enfermedades incurables; es equiparable con el estado de resignación.

En el caso del paciente con IRCT, la aceptación le permite pensar que la enfermedad es una parte de su vida; si bien importante, solo una parte de ella, resaltando que es el riñón que está enfermo. Según Kersner (2000) es el órgano el que recibe la denominación de terminal, mas no la persona, considerándose a este último como paciente crónico.

Dada la magnitud de tales cambios y más aún la escasa experiencia vital, muchos eventos pueden adquirir un carácter estresante y presentar diversos efectos psicológicos, afectando la salud física del adolescente (Barra, Cerna y Kramm, 2006.).Al mismo tiempo, otro autor afirma que la IRCT no afecta únicamente las condiciones físicas de los enfermos sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos (Magaz, 2003).

La incidencia de la enfermedad no solo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo; las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales, y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos.

En esas circunstancias, los pacientes jóvenes tienden a deprimirse, algo muy común que está registrado en la literatura médica, tanto como la falta de adhesión estricta al tratamiento (Remor, Arranz y Ulla, 2003). Todo esto asociado al tiempo que pierden o precisan para ocuparse de su enfermedad, los controles hospitalarios e ingresos, supone una ruptura con su vida habitual, tanto en su actividad física como escolar e intelectual, a lo que se añade el estrés ocasionado por las técnicas de diálisis (López *et al.*, 2005).

Por tanto, las funciones y actividades propias de la infancia y la adolescencia, como crecer, aprender, jugar y desarrollarse están alteradas. La enfermedad afecta y fractura la vida de estos pacientes, y tendrán que aprender a convivir con ella para poder rehabilitarse, siendo largo, doloroso y nada fácil el proceso de adaptación. A esto podríamos señalar las características psicológicas que se presentan en cada tipo de tratamiento, encontrándose que la hemodiálisis se caracteriza por cuadros de ansiedad relacionados con el inicio de la terapéutica, desconocimiento de la técnica y los procesos fóbicos, obsesivos y rituales, producidos simplemente por la rutina impuesta (horario de diálisis), fobia a la aguja, angustia, sentimientos de incapacidad para controlar su vida y disminución del interés en todas las actividades (López, Carrillo, Fernández y Angustias, 2005). En tanto que los efectos psicológicos de la diálisis peritoneal, causan menos depresión, mayor adecuación al régimen y un funcionamiento cognoscitivo más adecuado. Tanto los niños como los adultos, llegan a sentir “suyo” el catéter, que es como parte de su cuerpo (López, *et al.*, 2005).

El estado de angustia, ansiedad y depresión determina que la regresión de la personalidad sea más intensa y que se manifieste en personalidades totalmente

dependientes de sus familiares y del equipo asistencial. Los pacientes más afectados son los más pequeños (2 a 5 años) por los escasos recursos psicológicos de que disponen para defenderse de la angustia y adaptarse a la situación de la enfermedad. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es el daño psicosocial y neurológico, siendo fundamentales en este grupo las técnicas de estimulación sensorio-motriz. En el siguiente grupo de afectados se encuentran los adolescentes de 12 a 16 años edad, etapa en la que se configuran la sexualidad, la apariencia física, las relaciones amorosas, de amistad y los planes de futuro (López *et al.*, 2005).

A consecuencia de todas estas reacciones, es necesario que los adolescentes cuenten con una supervisión constante, incluso después del trasplante, ya que los efectos secundarios de los inmunosupresores que deben tomar después del mismo les afecta significativamente y pueden abandonarlos.

No obstante, aunque todas estas situaciones afectan severamente a la persona, no quiere decir que a todos los afecte por igual ni que todos puedan desencadenar un futuro problema psicológico.

1.2. Afrontamiento en adolescentes

Estrés y afrontamiento están vinculados de manera directa. El modo en que los individuos enfrentan las situaciones tiene que ver con los niveles de estrés, además de otros factores, como sus recursos personales y la percepción del medio social.

El marco teórico de los estudios llevados a cabo por Frydenberg está basado en el modelo sobre el estrés y el afrontamiento desarrollado por Lazarus y

Folkman (1984), añadiendo que el afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo realiza de tales situaciones. En ese sentido, la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), sostiene que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza.

Así, en un primer momento habría una valoración primaria por las consecuencias que la situación tiene y en un segundo estadio habría valoración secundaria si la situación tiene una significación de amenaza. El sujeto valora de esta manera los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias. Esta valoración secundaria propugna la capacidad de afrontamiento que se pone en marcha cuando la situación resulta amenazante.

Estos autores también afirman que el afrontamiento es un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente, y señalan que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. Algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan asociadas a contextos particulares. Por ejemplo, pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto. (Figuroa y Cohen, 2006).

Paredes (2005, citando a Martin y Brantley, 2002) sostiene que, en el caso de las enfermedades, el afrontamiento activo y el enfocado en el problema parecen estar asociados a resultados psicológicos positivos, tales como una mejor adaptación a la nueva condición de enfermo; mientras que el afrontamiento por evitación, de confrontación, de distanciamiento, de autocontrol y de escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como la depresión y la ansiedad. El afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el afrontamiento enfocado en la emoción presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como incontrolable.

Así, también encontramos que el afrontamiento de mayor ocurrencia en las enfermedades crónicas es el afrontamiento por evitación cognitiva o conductual; ya sea negando, minimizando, distanciándose, escapando o racionalizando la enfermedad crónica y sus efectos; y búsqueda de información, en especial de la enfermedad crónica, para tener un mejor entendimiento de su accionar y sus efectos.

1.2.1. Estilos y estrategias de afrontamiento

Durante los últimos años ha aumentado el interés por conocer las posibles relaciones entre las quejas de salud o síntomas que presentan los adolescentes y las diversas variables psicosociales. Algunas variables que parecen tener influencia en las quejas de salud son el estrés, las formas de afrontarlo, el estado de ánimo y el apoyo social.

“Debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico, la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud, sea directa o a través de influencia en las conductas de salud y en la percepción de apoyo social. Esto se daría no solo con eventos estresantes significativos sino también con aquellos estresores menores que pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física o mental en el adolescente”. (Barra *et al.*, 2006).

Por tanto, el bienestar psicológico y la salud del adolescente no solo están influenciados por la magnitud de los eventos estresantes, sino por sus características personales; las cuales van a determinar la valoración de tales eventos y la forma como afrontan dicha experiencia.

Canessa, (2002) señala diferentes fuentes de estrés, según los grupos etarios: los adolescentes tempranos (alrededor de los 13 años) —donde la familia es la fuente de preocupación más intensa—, los adolescentes medios (alrededor de los 15 años) —donde señalan al grupo de pares como principal fuente de estrés—, y los adolescentes tardíos (alrededor de 17 años) —donde las preocupaciones académicas y de futuro son las que generan mayor malestar—. Asimismo, refiere que el desarrollo de diversos estilos de afrontamiento durante la adolescencia varía según el género y parece estar influenciado por los patrones de socialización a los que nos vemos expuestos desde pequeños. En el caso de las mujeres, se produce la apertura social y familiar hacia la expresión de los sentimientos y la comunicación y el uso de la fantasía frente a los problemas. A diferencia de los varones, que la inhibición de sus emociones es incentivada, así como el desarrollo de su autonomía.

Esto vuelve comprensible el hecho de que cada sujeto va a la utilizar los estilos de afrontamiento que mejor domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia.

Giordano y Everly, citado en Figueroa *et al.*, (2006), refiere que las estrategias de afrontamiento pueden resultar adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo; mientras que las segundas reducen el estrés solo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

Es preciso diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. Según Fernández-Abascal (1997, citado en Figueroa *et al.*, 2006):

“Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”.

Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, las estrategias son situacionales, dependientes, cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria.

Paredes (2005), citando a Felton, Revenson y Taylor (1984), sostiene que “la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que esta impone y a mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo”. También señalan la necesidad de contar con un repertorio amplio de estrategias y

estilos de afrontamiento que procuren una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica en la existencia personal, pues no todas son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad.

Por otro lado, los adolescentes con IRCT presentan dos tipos de comportamiento: algunos están constantemente preocupados por su enfermedad, exigiendo ayuda permanente, volviéndolos muy dependientes y, en ocasiones, extraordinariamente exigentes; otros, sin embargo, ante el impacto del padecimiento y el dolor de los tratamientos se aíslan y parecen no querer saber nada acerca de su enfermedad, llegando a dormir en exceso, maximizando la negación acerca de lo que les sucede y viviendo con la única idea de que llegue el día en que la enfermedad se termine. Este patrón de respuestas no es duradero, puesto que las complicaciones y nuevas fases del tratamiento los obligan a aumentar la comunicación con su mundo exterior y paulatinamente logran una mayor aceptación de la enfermedad.

1.3. Clima familiar y enfermedades crónicas

La familia juega un papel insustituible en la transmisión de hábitos, costumbres, valores y actitudes. En el caso de la salud humana, el funcionamiento adecuado de las relaciones familiares contribuye al bienestar y la salud, así como su ausencia puede generar malestar y vulnerabilidad al estrés (Reyes, 2003). Así también a partir de inicios del siglo XXI existe una creciente revalorización del rol de la familia en la sociedad. La familia es un ámbito determinante de los grados de crecimiento, realización, equilibrio, salud y plenitud efectiva que las personas pueden alcanzar (Kliksberg, 2005).

“La familia abarca a todos aquellos miembros que se relacionan afectivamente y que participan en la vida familiar. Considerándose de esta manera como un organismo vivo donde cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los miembros. Asimismo, es considerada como la institución con mayores potencialidades en la promoción, prevención y educación de la salud y de los comportamientos saludables de sus miembros” (Barra *et al.*, 2006).

Es por ello que la familia constituye uno de los espacios de vida profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y, a la vez, uno de los espacios de mayor potencial para revertir e influenciar negativa o positivamente la condición de salud que el adolescente presenta. Por lo tanto, es de suma relevancia considerar como variable de estudio la influencia del clima familiar en el proceso de afrontamiento del adolescente con insuficiencia renal crónica terminal. Así define Zavala (2001) el clima familiar:

“El estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la misma. Dicho estado refleja el grado de comunicación, cohesión e interacción, siendo esta conflictiva o no, así como el nivel de organización con que cuenta la familia y el control que ejercen unos sobre otros”.

Por otro lado, Gómez (2006) realiza la denominación de “familia terminal”, refiriéndose como parte esencial dentro de la Medicina Paliativa:

“[...] los miembros contribuyen a los cuidados del enfermo y por lo tanto reciben la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente [...] la enfermedad terminal separa al paciente y a su familia solo en el cuerpo de quien la sufre, ya que los sueños, emociones y la dinámica se ve alterada por igual en todos los miembros [...]”.

Ledón L. (2011) refiere que las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa, a partir de construirse a sí mismas en términos de “carga” familiar. Este sentido de “carga” se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones; estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud. Ellos hacen parte de los retos que la familia enfrenta ante la realidad de una enfermedad crónica, lo que puede constituirse en una demanda excesiva sobre su capacidad de adaptación y tener efectos sobre el curso de la enfermedad y la estabilidad familiar.

Así, también existen otros autores que confirman la preponderancia de la influencia que ejerce la familia:

Gimeno S. (2010) sostiene que “elabora un modelo de ciclo de vida familiar con enfermedad crónica; distinguiendo tres etapas, el inicio, el curso y el desenlace” (Roland, 1987).

- El **inicio** puede darse de forma súbita o de forma progresiva; el tipo de adaptación familiar dependerá del tipo de enfermedad. En algunos casos se deben dar grandes cambios en un espacio de tiempo muy breve. Algunas familias toleran las cargas afectivas, presentan flexibilidad en los roles, los problemas los resuelven de forma efectiva y utilizan recursos externos para manejar el inicio de la enfermedad. Otras familias requieren un inicio gradual para adaptarse a la nueva situación.

- El **curso** puede adoptar tres formas diferentes: progresivo, constante y episódico. El trastorno **progresivo** es aquel que va añadiendo sintomatología y

progresa en la severidad. El individuo y la familia deben enfrentarse con los efectos perpetuos de la sintomatología y con el incremento de las discapacidades que se incrementan paso a paso. Los períodos de demanda de la enfermedad son mínimos.

La continua adaptación y el cambio de roles se hallan implícitos. El incremento de cansancio en los cuidadores de la familia es causado por los riesgos de fatiga y el continuo cambio de tareas que ellos deben realizar frecuentemente. Un **curso constante** es aquel en que aparece un síntoma en el inicio y después los síntomas biológicos se estabilizan. Existe la posibilidad de nuevos síntomas o recaídas, pero la familia y el individuo se hallan en un cambio semipermanente que es estable y predecible. En la familia no hay una tensión constante durante todo el tiempo. El tercer tipo es el **episódico**, en el que hay prácticamente una ausencia de síntomas. La tensión de la familia se genera entre los períodos de crisis y no crisis y la incertidumbre de no saber cuándo ocurrirá.

-El **desenlace** se da en muchos casos en que la enfermedad crónica conduce a la muerte, o a una situación crítica que puede producir un impacto psicosocial profundo.

Después del primer período de crisis y el impacto ante la nueva situación, la familia inicia una nueva etapa en la que el eje central es la enfermedad crónica. Esta etapa se caracteriza por la repartición del poder y la adopción de nuevas decisiones. Durante este proceso los niveles de estrés han ido en aumento; generalmente, la madre adopta el rol de cuidadora, aporta soluciones al día a día y crea una correlación simbiótica con el hijo enfermo; el padre tiende a refugiarse más en el trabajo. Podemos afirmar que los niveles de estrés y angustia en ambos

progenitores son diferentes. Este tipo de interacción provoca un distanciamiento en el resto de los miembros de la familia. La actitud de la familia respecto del adolescente puede ser de permisividad, manteniendo en muchos casos comportamientos dependientes; en otros, la actitud es de sobreprotección, por lo que en este caso se mantendrán las conductas infantiles.

El conocimiento de todas estas características que la familia padece ante un miembro con enfermedades crónicas nos hace comprender que las secuelas emocionales afectarán directa o indirectamente en el medio familiar; resultando que el afrontamiento que manejan dependerá de los recursos y potencialidades que la familia posee.

Por lo tanto, la familia es considerada como fuente de apoyo por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.

Desde el punto de vista de la teoría familiar, Bowen, citado en Vargas *et al.*, (2011), manifiesta que existen familias donde el nivel de diferenciación es más alto que en otras. La diferenciación se refiere al delicado balanceo que el individuo puede desarrollar entre las fuerzas del grupo y las fuerzas del individuo.

Es decir, una persona diferenciada sabe que pertenece al grupo (familia), establece lazos afectivos con el mismo y lo apoya; al mismo tiempo tiene sus propias metas, objetivos y forma de pensar. Una posibilidad extrema es que el sujeto indiferenciado se fusione con la familia de tal manera que su yo va a estar revuelto con el de los demás, por lo que no vive su vida en forma individual, sino

en forma emocional y grupal. Otra posibilidad extrema es que se desconecte: que se aleje completamente de la familia al no resolver su problemática y crearle una gran ansiedad con la asociación. Mientras que las familias caracterizadas con un nivel de diferenciación bajo tienden a ser bastante más emocionales e impulsivas, al no diferenciar entre su yo y el del resto de la familia, verán como propios los problemas de los otros componentes de la familia, lo que les ocasiona un grado mucho mayor de ansiedad y de conflictos sin resolver.

“[...] un elevado porcentaje de conductas de relación humana están dirigidas por factores emocionales instintivos automáticos más que por el intelecto. Gran parte de la actividad intelectual se pierde en dar razones y justificar conductas que están dirigidas por el complejo sentimientos-emociones-instintos [...]. Así es como las familias mejor diferenciadas tienen mayores probabilidades de buscar activamente soluciones a los problemas que se les presentan” (Vargas *et. al.*, 2011).

En cuanto a las afectaciones familiares que genera una enfermedad crónica en el adolescente, la información obtenida nos permitió observar que las familias cambian la asignación de roles y recursos, las pautas de interacción; así como la imagen colectiva que han construido a lo largo de su ciclo vital. De esta manera, características familiares como la expresividad, la cohesión y los límites se verán a prueba luego de un diagnóstico de este tipo y probarán las capacidades del sistema familiar para afrontar la crisis de manera flexible y efectiva.

1.3.1. La familia como recurso de afrontamiento

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana, protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros;

además, la existencia de relaciones familiares, de pareja y el funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud. (Reyes *et. al.*, 2006).

En nuestra realidad la familia pobre tiene entre sus miembros enfermos analfabetos y necesidades primarias no cubiertas, además de no contar con una vivienda decorosa ni mucho menos con espacios ni tiempos dedicados a la recreación y cultura (Paredes, 2009). Así se puede apreciar la notable dificultad que tiene la familia para afrontar las condiciones de salud y de enfermedad.

No se puede prestar ayuda a un paciente con una enfermedad crónica si no se tiene en cuenta a su familia. Por ejemplo, la hospitalización de uno de los miembros de la familia puede provocar cambios relevantes en el hogar. “[...] las necesidades de la familia cambiarán desde el principio de la enfermedad y continuarán haciéndolo de muchas formas hasta mucho después de la muerte [...]” (Kubler, 1969). Asimismo, se afirma que la familia, ante un diagnóstico terminal, atraviesa por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo, similar al que se ha descrito para los pacientes: negación, depresión, cólera, reajuste y aceptación; haciendo énfasis en que no tienen orden de presentación e incluso se pueden presentar en forma conjunta o parecida.

El funcionamiento adecuado o inadecuado de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. En la manera en que la familia cumple o deja de cumplir eficazmente sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional (Ramírez, Méndez, Barrón, Riquelme y Cantú, 2010). La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, permitir y estimular la individualidad a través del respeto y del reconocimiento de cada uno

de sus integrantes. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Es por ello que la familia debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse ante una enfermedad terminal (Félix, Martínez y Montelongo, 2008), así como debe poseer una estructura social fuerte para ajustarse mejor ante la enfermedad (Wolfgang, 1985, citado en Hernández, 2007).

López e Irigoyen (2009) señalan que es común encontrar una alianza rígida entre el paciente y la madre, ya que la enfermedad coloca a ambos en la necesidad de convivir intensa y cotidianamente, e incrementa las demandas instrumentales del adolescente, las mismas que son satisfechas frecuentemente por la madre. La formación de esta alianza, al mismo tiempo que vincula con mucha fuerza al paciente y a su progenitora, tiende a establecer cierta distancia del resto de la familia, por lo que se observa el desplazamiento del padre y los hermanos.

Al mismo tiempo, esta situación conduce a un estrechamiento de las relaciones afectivas entre ellos, basada en un sentimiento de mayor cercanía e identificación. Como consecuencia, el grado de jerarquía y que el paciente sea el centro de atención se incrementan, pues gran parte de las interacciones familiares giran a su alrededor. Asimismo, posibilitan la aparición de tensión emocional entre hermanos y la hostilidad hacia el adolescente enfermo por parte del resto del subsistema filial.

1.3.2. La familia del adolescente con IRCT

La enfermedad renal crónica supone una crisis para la vida familiar como sistema y para cada uno de sus integrantes de forma particular. La

enfermedad produce una desorganización dentro de la familia, sea de mayor o menor intensidad, dependiendo de aspectos como:

- 1) Dinámica del grupo familiar: historia previa, cultura, situación económica, relaciones conflictivas, enfermedades y muertes.
- 2) Contexto: lugar de residencia, distancia del hospital, redes de apoyo.
- 3) Enfermedad y tipo de tratamiento seguido: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal.

En un inicio, lo más difícil es entender y aceptar el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y son los padres los que se sienten confusos ante su nueva situación. En este período de adaptación puede producirse tanto una reorganización excesivamente rápida o todo lo contrario, exageradamente lenta; se produce generalmente un estancamiento o vuelta a la realidad ante la percepción de una situación catastrófica que les impide atender al paciente. Todo ello se agrava en familias con escasos recursos económicos, monoparentales y con escasas ayudas sociales y familiares, pasando a ser “familias de riesgo”, características frecuentes que se encuentran en el presente estudio.

Los patrones de adaptación familiar son variables. En ocasiones, la familia gira en torno a la enfermedad y al adolescente, que absorbe la mayor parte de sus energías y recursos, restando la posibilidad de desarrollo y afecto al resto de los miembros familiares y viven en un estado de ansiedad y angustia, pensando en las posibles complicaciones y en el riesgo de muerte. En ocasiones favorece a las agrupaciones intrafamiliares de dos o más miembros que se unen unos contra otros, lo que produce separaciones familiares (padres y hermanos). Esta situación, además, otorga “beneficios secundarios” al enfermo, como sobreprotección, pero

ocasiona grandes conflictos al resto de la familia, que pueden dar lugar a retraso escolar en los hermanos sanos o accidentes en los niños más pequeños de la familia (López *et al.*, 2005).

Algunos familiares, evitan la situación de enfermedad, lo que supone que solo uno de los miembros, generalmente la madre, se ocupe del paciente, lo que favorece su pasividad, dependencia y regresión. Genera celos y resentimientos que refuerzan la pauta de evitación de los otros miembros de la familia. A esto podemos agregar, según Bowen (1991, citado en Dunker, 2002), que cuando los padres estaban más cercanos emocionalmente, uno del otro, de lo que cualquiera de los dos estaba del paciente, este mejoraba, mientras que si uno de los padres estaban más cerca del paciente, este automáticamente experimentaba una regresión. Esto es debido a que cuando los padres se encuentran emocionalmente cerca, no se equivocan en el “manejo del enfermo”, respondiendo bien ante la firmeza, el consentimiento y los castigos. Así también (Satir, 1983), citado por el mismo autor, afirma que “la relación conyugal influye en el carácter de la homeostasis familiar” y que es el eje central donde se forman todas las otras relaciones familiares.

Los conflictos matrimoniales previos a la enfermedad se acentúan después de la misma. Solo en contadas ocasiones, se solucionan después de conocer el diagnóstico de la enfermedad y la familia aparta los problemas internos y une sus fuerzas para afrontar con más eficacia la nueva situación. Las interacciones de unión son muy útiles durante este período; pueden, sin embargo, resultar nocivas en la rehabilitación del paciente después del trasplante y pasar a ser familias de riesgo post trasplante (López *et al.*, 2009).

Por ende, el proceso psicológico por el cual atraviesan el enfermo terminal y su familia es largo, doloroso y complejo, siendo afirmado por Mutti, Schatternhofer, Daud y Faherer (2008), el cual variará de un enfermo a otro según la experiencia vital de cada uno, las características de su personalidad, su manera de enfrentarse a crisis pasadas y sus sistemas de apoyo familiar y social, sus creencias, el significado atribuido a la enfermedad y la calidad de la atención percibida por los otros.

Por otro lado, la salud mental de los padres y madres es un aspecto importante, ya que los pacientes pediátricos dependen de ellos y necesitan de sus cuidados y protección para sobrevivir. Entonces, si los progenitores presentan problemas psicológicos y no están preparados para cuidar a sus niños de la manera requerida, es de esperar efectos en la salud del paciente; de ahí la importancia de realizar intervenciones psicológicas con los padres a fin de minimizar su sufrimiento y estimular sus recursos psicológicos para afrontar la situación y cuidar adecuadamente del niño, Kern de Castro y Moreno (2005). Señala, además, que, con relación al funcionamiento familiar, la fase pre trasplante es un período de vulnerabilidad para la adaptación familiar. Dificultades relacionadas con el manejo del niño enfermo, cambios en la rutina de la familia, espera del trasplante e inseguridad sobre la supervivencia son factores que pueden desencadenar estrés en la familia. Asimismo, en el período post trasplante, algunos de estos problemas pueden disminuir debido a la supuesta mejora en la salud física del niño, aunque la necesidad de seguir una rutina de cuidados estricta para toda la vida sea un factor importante que la familia tendrá que aprender a manejar. En definitiva, la familia que atraviesa por la situación de trasplante pediátrico de órganos es

psicológicamente vulnerable y puede necesitar ayuda psicológica en diversos momentos.

2. Investigaciones en torno al problema investigado

A continuación, se mencionarán algunos estudios relacionados con el tema afrontamiento, clima familiar y las influencias de las variables como el género, nivel de instrucción, lugar de procedencia, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el tipo de tratamiento, se hace necesario incluirlas en la investigación

A nivel internacional

Ruiz de Alegría *et al.*, (2013), en “El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico”, identifican las formas de afrontamiento más utilizadas a lo largo del primer año de tratamiento y analizan su influencia en la calidad de vida y salud emocional, sobre un total de 98 pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, quienes fueron entrevistados al mes, 6 y 12 meses del inicio de la diálisis. Los resultados evidencian que los tipos de estrategias más usadas fueron búsqueda de información, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, delegación y expresión regulada de las emociones. Así también las estrategias de evitación y aproximación son factores que influyen en el bienestar psicológico de los pacientes en diálisis, llegando a perjudicar su bienestar psicológico si el paciente utiliza la estrategia de evitación al inicio del tratamiento.

Martín, Lucas y Pulido, (2011), en su estudio “Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia”, se analizan las diferencias de género en las

estrategias que utilizan los y las adolescentes para afrontar los problemas de la vida cotidiana, encontrándose que las adolescentes presentan mayor repertorio de estrategias a través de la búsqueda de apoyo social, invertir en amigos o la búsqueda de pertenencia, en tanto que los adolescentes utilizan estrategias centradas en ignorar el problema o reservarlo para sí.

Ruiz, A.*et al.*, (2011), en su trabajo de investigación titulado “Rasgos de personalidad, edad, cultura y restricciones hídricas y dietéticas en pacientes en hemodiálisis”, realizado a 35 pacientes de la unidad de diálisis, de diferentes edades (mayores de 18 años) y de ambos sexos, no hallaron correlación significativa entre los rasgos de personalidad y la cultura frente a la ganancia de peso interdiálisis. Entonces, podríamos afirmar que no existen influencias de los rasgos de personalidad, edad y cultura sobre los resultados analíticos correspondientes a la diálisis.

Sierra y Julio (2010) afirman en su investigación “Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica” que el grupo de pacientes asume su condición principalmente con estrategias activas, racionales y focalizadas en el problema más que en la emoción. Lo anterior puede evidenciarse a partir de las puntuaciones elevadas en las subescalas: solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; todas ellas indicadoras de estilos de afrontamiento racionales, activos y focalizados en el problema. El afrontamiento centrado en el problema comprende un papel activo en la situación, análisis de las causas y seguimiento de pasos concretos, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones precisas. Finalmente, la religiosidad como estilo de afrontamiento fue la segunda estrategia más utilizada.

Ruiz de Alegría, Basabe, *et al.*, (2009), en su estudio “Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo”, realizado a 93 pacientes estables en hemodiálisis y diálisis peritoneal, con edades inferiores a los 70 años y que llevaban diferentes tiempos en tratamiento, respondieron los cuestionarios de estrategias de afrontamiento y calidad de vida, cuyos resultados revelaron que, conforme transcurre el tiempo en tratamiento con diálisis, las personas utilizan menos las estrategias de distracción y la búsqueda de apoyo social y con más intensidad estrategias como el aislamiento social y confrontación; todo esto disminuyendo el bienestar psicológico y asociados con una peor percepción de salud mental.

Seiffgey Krenke, citados en Solís y Vidal (2006), realizan estudios con tres mil adolescentes de Alemania, Estados Unidos, Israel y Finlandia, encontrando que los factores estresantes de mayor intensidad son los relacionados con la visión de futuro. Encuentran, por un lado, que las mujeres presentan mayores preocupaciones referidas a sí mismas, sus padres y amigos, y por otro, que los varones muestran mayores tensiones en la escuela y actividades extracurriculares académicas y de ocio.

Un estudio de Watson (2003), citado en Reyes *et al.*, (2006), da a conocer que los padres de los niños con IRCT han notado niveles más altos de estrés, depresión y ansiedad que las madres, en especial si se trata de niños mayores. Este mismo autor cita a Kimmel (2001), que evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana con IRCT, encontrando que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis. De igual manera, refiere que en 500 familias de pacientes afroamericanos

de Washington y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron —después de tres años de seguimiento— que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia. Niños que vivían en el seno de familias complejas presentaban un riesgo incrementado de mortalidad, particularmente las mujeres.

En otro estudio, el mismo autor se refiere al funcionamiento familiar de 74 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal tratados con hemodiálisis, y encuentra que la mayoría (57 %) convivía en familias que estaban atravesando crisis no transitorias, dadas fundamentalmente por desmembramiento (debido a hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida). Esto provocaba dificultades en las relaciones familiares: desunión, peleas, atribución de culpas y sobrecarga de la labor de cuidador primario sobre algún miembro de la familia, especialmente sobre las mujeres. No obstante, el 81 % de los pacientes refirió una adecuada entereza familiar ante la enfermedad y atributos positivos de su funcionamiento (armonía, cohesión, afectividad, comunicación, roles funcionales, adaptabilidad), lo que incidió en sus propias formas de asumir la enfermedad y en los estilos de afrontamiento.

Valdés (2003), en uno de sus estudios, aclara la relación existente entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa. En ese contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes.

López *et al.*, (2009) afirma que la familia de los niños y adolescentes con IRCT tiende a aislarse del exterior; ya que su preocupación principal es el paciente; al mismo tiempo, las relaciones con la familia de origen se intensifican. La familia tiende a bloquear sus expresiones de angustia, miedo, tristeza o ira; no obstante, los miembros permanecen juntos. Se llegan a bloquear los intentos de independencia del resto de los hijos; es frecuente que la familia quede fijada en una etapa del ciclo vital, en la cual las pautas de interacción no responden adecuadamente para enfrentar los problemas, impidiendo de esta manera su adecuado desarrollo.

En muchas ocasiones la vida de las familias suele girar alrededor de la enfermedad, dejando de lado planes para el futuro; los problemas preexistentes se olvidan. Se observa que generalmente es la madre quien termina haciéndose completamente cargo del adolescente enfermo. Pero los roles y dinámicas familiares se ven modificadas porque la madre no puede sostener su rol de tal, llevando a cabo tareas como cocinar, limpiar y ocuparse de las actividades escolares de los niños pequeños. Al mismo tiempo, modifica la diferenciación de los hijos que no están enfermos y observan cómo, su hermano, que sí lo está, tiene toda la atención materna. El apoyo de la abuela o de cualquier otro miembro de la familia de origen o extensa es importante para lograr mantener cierto balance de los niveles de ansiedad familiar (López *et al.*, 2005).

Reyes *et al.*, (2006) afirman que las condiciones socioeconómicas favorables presentes en las familias estudiadas indican que están en mejores condiciones para brindar apoyo social, reduciendo el grado de vulnerabilidad socioeconómica de estos pacientes. De la misma forma, el nivel de adecuación del

afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia incide en la forma en que el individuo asume su enfermedad y los estilos de afrontamiento que aprende en el núcleo familiar. Así, encontramos que los casos de familias funcionales caracterizadas por una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitan la expresión de los afectos y la comunicación, resultando el nivel de flexibilidad y adaptabilidad alto; no obstante, en la disfuncionalidad familiar se observa una baja correspondencia entre los intereses y necesidades individuales y familiares, lo que genera desarmonía, poca permeabilidad, inadecuación de los roles familiares con sobrecarga en algunos miembros (casi siempre en mujeres).

González *et al.*, (2002) estudiaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables. La muestra estuvo formada por 417 adolescentes de entre 15 y 18 años. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con el ACS (Frydenberg y Lewis, 1996a) y el bienestar psicológico con el BIEPS (Casullo y Castro, 2000). Los resultados señalan una escasa relación de la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género.

Encontramos también el estudio que realiza Gómez (2002), donde manifiesta que la familia se ve sometida a cuatro tipos de problemas al estar envuelta en una situación en que el miembro de familia padece la enfermedad: desorganización (quebranta los recursos adaptativos que antes habían sido exitosos para afrontar situaciones difíciles), ansiedad (conductas hiperactivas,

irritabilidad, intolerancia entre unos y otros), labilidad emocional (reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente), tendencia a la introversión (la enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, la que, para defenderse del desorden, implanta nuevas normas).

Sumado a estos factores, el estrés psicológico cambia la dinámica familiar dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y convivencia: constantes visitas al hospital, acompañamiento a consultas, análisis y tratamientos, largas noches de compañía.

Solís *et al.*, (2006, cita a Halsted *et al.*,1993),refiriendo que encontraron que las mujeres y adolescentes de su muestra empleaban la búsqueda de soporte social y el anhelo de una solución como principales estrategias; mientras que los varones usaban más la anulación. Así también cita a Frydenberg y Lewis (1997),que afirma que las mujeres utilizan más las estrategias de búsqueda de soporte social, ilusión, reducción de la tensión, reinterpretación de la situación, aceptación y el apoyo de la religión.

Rojano (2001), en un estudio de 25 pacientes, determinó la influencia de aspectos psicosociales, como las redes sociales y apoyo social en estados de ansiedad y depresión en pacientes con IRCT.

Ruano (2000), describe las estrategias de afrontamiento que usan los padres con sus hijos adolescentes y aquellas que son más útiles, encontrando que las de reestructuración y obtención de apoyo social son las más empleadas.

Fantín, Florentino y Correche (2005) indagan la relación entre los estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento, aplicando dos instrumentos (ACS y Millon) a una muestra de 69 adolescentes de 15 y 18 años de edad, obteniendo como resultados diferencias significativas en las estrategias utilizadas por las mujeres, quienes tienden a buscar apoyo social, concentrarse en resolver sus problemas, preocuparse y buscar ayuda espiritual cuando tienen dificultades, disponiendo de una personalidad respetuosa; mientras que los varones registran puntuaciones significativamente mayores en las estrategias de ignorar el problema y de distracción física.

Para finalizar, Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012), buscan determinar la calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Fueron evaluadas 354 personas en hemodiálisis, cuyos resultados demostraron la correlación entre las variables sexo, escolaridad, tiempo de diálisis, hospitalizaciones, horas de diálisis, número de medicamentos y trasplantes con la calidad de vida. Sobre la residencia, se encontró que las personas del medio rural presentaron puntuaciones más bajas en la subescala carga de la enfermedad que las que viven en sectores urbanos, la que estaría determinada por las distancias que deben desplazarse desde su residencia hasta los centros de diálisis ubicados en la ciudad. El tiempo de traslado, las condiciones de transporte y, en algunas situaciones, la necesidad de un acompañante pueden constituir factores negativos en la percepción de la calidad de vida. Por otro parte, los años de estudios se correlacionaron positivamente con todas las subescalas; los pacientes con más de ocho años de estudio obtuvieron mejores puntajes en su calidad de vida que aquellos de menor

escolaridad. En cuanto al tiempo de tratamiento, se correlacionó positivamente con la subescala componente mental, y los mejores puntajes fueron para quienes estuvieron por menos tiempo en hemodiálisis.

A nivel nacional

Obando (2012), en su estudio “Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima”, sus resultados mostraron que en cuanto al afrontamiento, se notó un mayor uso del estilo resolver el problema sobre los otros dos estilos, referencia a los otros y no productivo. Además, las estrategias más utilizadas en la muestra corresponden a buscar diversiones relajantes, preocuparse, distracción física y fijarse en lo positivo; mientras que las menos utilizadas por los adolescentes corresponden a acción social, ignorar el problema, falta de afrontamiento y reducción de la tensión. Adicionalmente se encontró una correlación directa y mediana entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento no productivo, afirmándose que la presencia de síntomas depresivos se relaciona con la incapacidad personal para afrontar los problemas, asimismo se hallaron correlaciones medianas con las estrategias falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse.

Matalinares, Arenas, Sotelo, Díaz y Dioses (2010), evaluaron a 237 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, procedentes de diversos centros educativos estatales de Lima. Encontraron relación entre el clima social en la familia y la agresividad de estudiantes de secundaria, relación entre la dimensión de la escala de clima social en la familia con las subescalas hostilidad y agresividad verbal del cuestionario de agresividad. No se halló correlación

significativa entre la dimensión desarrollo de la escala de clima social en la familia y las subescalas del cuestionario de agresividad. No se halló correlación significativa entre la dimensión estabilidad del clima social en la familia y las subescalas del cuestionario de agresividad. El clima social familiar de los estudiantes se muestra diferente en función del sexo, al hallarse diferencias significativas en la dimensión estabilidad entre varones y mujeres.

Mikkelsen (2009) estableció la relación entre satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento en un grupo de 362 adolescentes de entre 16 y 22 años, utilizando las escalas de satisfacción con la vida (SWLS, por su sigla en inglés) y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), donde halló relaciones significativas entre ambas variables; asimismo, hubo un mayor empleo de los estilos resolver el problema y referencia a los otros, y se encontraron diferencias significativas según el género de los participantes.

Martínez y Morote (2001), en su estudio sobre las preocupaciones y estilos de afrontamiento de adolescentes limeños, encontraron que las mujeres presentan mayores preocupaciones en relación con su futuro, sus amistades y lo que sucede en el país. Los hombres se caracterizan por tener una mayor preocupación por su rendimiento escolar y por la familia, en particular por la economía familiar.

También, Díaz (1987), citado en Matalinares *et al.*, (2010) realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, a fin de identificar la influencia del ambiente familiar y de las actitudes parentales en las conductas agresivas que presenta el preescolar, así como para establecer la relación entre tipos de agresividad con los factores predisponentes, como estado civil, métodos

disciplinarios y grado de instrucción de los padres. La población objeto de estudio estuvo constituida por 180 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad, que presentaron conductas agresivas y cuyas historias clínicas fueron revisadas sistemáticamente. Los resultados mostraron que existe mayor proporción de niños agresivos en relación a las niñas y que la agresividad se incrementa con la edad. Los resultados del estudio revelan también que la forma de conducirse de los padres, su trato para con sus hijos y la forma de disciplinar y educar influye en las manifestaciones agresivas que presentan.

3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables

3.1. Definiciones conceptuales

Afrontamiento: Es un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surge en respuesta a una preocupación en particular. Ellas representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo. Esto puede hacerse resolviendo el problema, es decir, cambiando el estímulo o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución (Frydenberg, 1993, citado en Canessa, 2002). El constructo “afrontamiento” está constituido por estrategias y estilos de afrontamiento.

Estilos de afrontamiento: Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y determinarán el uso de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Carvery Scheier, 1994; Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez, 1997, citado en Cassareto *et al.*, 2003).

Estrategias de afrontamiento: Son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes (Carvery Scheier, 1994; Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez, 1997, citado en Cassareto *et al.*, 2003).

Clima familiar: Es el estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la misma. Dicho estado refleja el grado de comunicación, cohesión e interacción, siendo esta conflictiva o no, así como el nivel de organización con que cuenta la familia y el control que ejercen unos sobre otros (Zavala, 2001).

3.2 Definición operacional

Tabla 1: Matriz de operatividad de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESTILOS	ESTRATEGIAS	ÍTEMS	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Afrontamiento	Es un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta a una preocupación en particular. Ellas representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo. Esto puede hacerse resolviendo el problema, es decir, cambiando el estímulo o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución (Frydenberg, 1993, citado en Canessa, 2002)	Resolver problemas	Concentrarse en resolver el problema	2, 21, 39, 57, 79	Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)
			Esforzarse y tener éxito	3, 22, 40, 58, 74	
			Invertir en amigos íntimos	5, 24, 42, 60, 76	
			Buscar pertenencia	6, 25, 43, 61, 77	
			Fijarse en lo positivo	16, 34, 52, 70	
			Buscar diversiones relajantes	18, 36, 54	
			Distracción física	19, 37, 55	
		Afrontamiento no productivo	Preocuparse	4, 23, 41, 59, 75	
			Hacerse ilusiones	7, 26, 44, 62, 78	
			Falta de afrontamiento	8, 27, 45, 63, 79	
			Reducción de la tensión	9, 28, 46, 64, 80	
			Ignorar el problema	12, 30, 48, 66	
			Autoinculparse	13, 31, 49, 67	
			Reservarlo para sí	14, 32, 50, 68	
		Referencia a otros	Buscar apoyo social	1, 20, 38, 56, 72	
Acción social	10, 11, 29, 47, 65				
Buscar apoyo espiritual	15, 33, 51, 69				
Buscar apoyo profesional	17, 35, 53, 71				

Tabla 2: Matriz de operatividad de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBESCALAS	ÍTEMS	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Clima social familiar	Características propias de la familia, tales como su estructura y las relaciones que son establecidas entre sus miembros. (Moos, Moos y Tricket (1995).	Relaciones	Cohesión	1, 11, 21,31, 41, 51, 61, 71, 81	Escala de clima social familiar (FES)
			Expresividad	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82	
			Conflicto	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83	
		Desarrollo	Autonomía	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84	
			Actuación	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85,	
			Intelectual - Cultural	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86	
			Social - Recreativa	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87	
			Moralidad - Religiosidad	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88,	
		Estabilidad	Organización	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89	
			Control	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90	

4. HIPÓTESIS

Hipótesis general

H.G. Existe relación positiva alta entre el afrontamiento con el clima familiar en adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal de un hospital nacional durante el año 2012.

Hipótesis específicas

H.E.1 Existe relación positiva alta entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

H.E.2 Existe relación positiva alta entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en adolescentes con IRCT, en función a las variables sociodemográficas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Nivel y tipo de investigación

La investigación es de nivel básico, de tipo no experimental, retrospectivo y, en cuanto a la recolección de datos en un solo momento, es transversal.

2. Diseño de la investigación

La investigación se realizó por medio de un diseño descriptivo-correlacional-comparativo, donde se identificó la relación entre las variables de estudio en una muestra con la información recolectada por la institución, denominada como datos secundarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3. Naturaleza de la población

La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal del servicio de nefrología que acudieron el año 2012, siendo un total de 800 personas atendidas.

Todos los pacientes que se encuentran con el diagnóstico están subvencionados económicamente por el Estado, específicamente por el Seguro Integral de Salud. Asimismo cuenta con características particulares debido a los escasos recursos económicos que presentan, en su mayoría provenientes de zona rural y urbana rural; es decir, migran a la ciudad de Lima para iniciar su tratamiento, especialmente si se realizan hemodiálisis. Adicionalmente, provienen de familias que se caracterizan por ser monoparentales, extensivas y con presencia de conflictos entre sus miembros.

3.1. Descripción de la muestra

Los datos recogidos de las historias clínicas son de 36 adolescentes con IRCT, en tratamiento de diálisis o trasplantados y que acudieron como parte del proceso de intervención psicológica, derivados por el médico nefrólogo.

La muestra estuvo conformada por adolescentes de entre 10 y 19 años de edad constituyendo la totalidad de los que fueron derivados al Departamento de Psicología de un hospital nacional durante el año 2012.

3.2. Muestra y métodos de muestreo

La muestra es de estudio no probabilístico de tipo circunstancial, Ander (1987), lo cual no es una muestra representativa de la población, ya que los participantes del estudio poseen características distintas al resto de los miembros de la población, motivo por el que fueron derivados al servicio de psicología. Los participantes del estudio fueron la totalidad de los pacientes derivados por los médicos nefrólogos.

Tabla 3: Características sociodemográficas de la muestra

Sexo	F
Mujeres	19
Varones	17
Nivel Educativo	F
Primaria	9
Secundaria o posterior	27
Secundaria o posterior	27
Tiempo de Diagnóstico	F
Mayor de un año	26
Menor de un año	10
Tipo de tratamiento	F
Peritoneal	12
Hemodiálisis	16
Trasplante	8

Procedencia	F
Lima	13
Costa	6
Sierra	15
Selva	2

En la primera fase de la tabla 3 se presenta la distribución de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, observándose que la mayor proporción está representada por edades entre 14 y 16 años, mientras que la menor proporción tiene entre 10 y 13 años.

Seguidamente, podemos ver en la muestra 19 mujeres y 17 varones.

La mayor proporción de la muestra presenta nivel educativo de secundaria o posterior, siendo 27, mientras que solo 9 tienen el nivel educativo de primaria.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, la mayor proporción está dada por quienes han sido diagnosticados hace más de un año (26), y en menor medida los pacientes con diagnóstico de menos de un año (10).

Se aprecia también mayor proporción en hemodiálisis (16), seguida de la diálisis peritoneal (12) y el trasplante (8).

Con respecto al lugar de residencia, se observa que la mayor proporción proceden de la Sierra (15), mientras que la menor proporción es de la Selva (2).

3.3 Unidad de análisis

Adolescentes con IRCT que asisten al servicio de psicología, derivados por los médicos nefrólogos de un hospital nacional.

3.4 Marco de referencia

Historias clínicas, que se encuentran en el Servicio de Estadística del hospital nacional.

3.5. Criterios de inclusión:

- Adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal, derivados al Departamento de Psicología por el médico nefrólogo.
 - Rango de edad: 10 a 19 años.

3.4. Criterios de exclusión:

- Retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad.
- Adolescentes con IRCT que se encuentran hospitalizados.

3.5 Criterios de eliminación:

- Adolescentes que no completaron las pruebas psicológicas.
- Quienes abandonaron su tratamiento de diálisis.

4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Datos sociodemográficos:

En cuanto a la recopilación de datos, es retrospectiva, que abarca desde los meses de enero a diciembre del año 2012, siendo extraídos de las correspondientes historias clínicas de cada uno de los participantes en el estudio:

- Género: masculino o femenino.
- Edad: 10 a 19 años.
- Grado de instrucción: primaria, secundaria o posterior.
- Tiempo de diagnóstico: mayor de un año, menor de un año.
- Tipo de tratamiento: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante.
- Lugar de procedencia: Lima, Costa, Sierra y Selva.

4.2. Ficha técnica

Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS)

1. Nombre original : *Adolescent Coping Scale (ACS)*
2. Autor : Erika Frydenberg y Ramón Lewis (1993)
3. Reelaboración y adaptación castellana: Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos
4. Adaptación a Lima : Beatriz Canessa Lohman (2002)
5. Institución : Universidad de Lima
6. Edad de aplicación : Adolescentes de entre 14 y 17 años de edad
7. Forma de aplicación : Individual y colectiva
8. Tiempo de aplicación : 15 minutos, aproximadamente
9. Baremos : Percentiles

Descripción de la prueba: Es un inventario de autoinforme compuesto por 80 reactivos, que permite evaluar 18 escalas o estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes. Cada una de las 18 escalas del ACS tiene diferente número de reactivos. Así, las nueve primeras cuentan con cinco reactivos, las siete siguientes con cuatro reactivos y las dos últimas solo cuentan con tres reactivos. Los reactivos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de acuerdo con las siguientes alternativas: Nunca lo hago, Lo hago raras veces, Lo hago algunas veces, Lo hago a menudo, Lo hago con mucha frecuencia.

Según Canessa (2002), consta de dos formas, una específica y una general. La primera evalúa las respuestas a un problema en particular citado por la persona o por el evaluador, la segunda se refiere a cómo el sujeto afronta sus problemas en

general. Ambas formas contienen los mismos ítems, aunque varían en las instrucciones de aplicación.

A continuación, se detallan los estilos y estrategias de afrontamiento para adolescentes, adaptado a Lima, por Beatriz Canessa:

Tabla 4: Estilos y estrategias de afrontamiento del estrés

ESTILOS	DEFINICIÓN	ESTRATEGIAS
	<p>Caracterizado por los esfuerzos que se dirigen a resolver problemas manteniendo una actitud optimista y socialmente conectada.</p>	<p>Concentrarse en resolver el problema (Rp): Estrategia dirigida a resolver el problema, estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u oposiciones.</p> <p>Esforzarse y tener éxito (Es): Estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación.</p> <p>Invertir en amigos íntimos (Ai): Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones personales íntimas.</p> <p>Buscar pertenencia (Pe): Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y por lo que otros piensan.</p> <p>Fijarse en lo positivo (Po): Se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado.</p> <p>Buscar diversiones relajantes (Dr): Describe actividades de ocio y relajantes, como leer o pintar, escuchar música, ver televisión.</p> <p>Distracción física (Fi): Se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.</p>
<p>Estilo 2: Afrontamiento no productivo</p>	<p>Está asociado a una incapacidad para afrontar los problemas e incluye estrategias de evitación.</p>	<p>Preocuparse (Pr): Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales, preocupación por la felicidad futura.</p> <p>Hacerse ilusiones (Hi): Es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz.</p>

ESTILO	DEFINICIÓN	ESTRATEGIAS
	<p>Tal estilo no lleva la solución del problema, pero al menos lo alivia.</p>	<p>Falta de afrontamiento (Na): Consiste en ítems que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.</p> <p>Reducción de la tensión (Rt): Se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión.</p> <p>Ignorar el problema (Ip): Agrupa ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.</p> <p>Autoinculparse (Cu): Incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene.</p> <p>Reservarlo para sí (Re): Es la estrategia expresada por ítems que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.</p>
<p>Estilo 3: Referencia a otros</p>	<p>Implica un intento por enfrentar el problema acudiendo al apoyo y a los recursos de las demás personas, como pares, profesionales o deidades.</p>	<p>Buscar apoyo social (As): Estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución.</p> <p>Acción social (So): Consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades, como reuniones o grupos.</p> <p>Buscar apoyo espiritual (Ae): Está compuesta por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.</p> <p>Buscar ayuda profesional (Ap): Consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros.</p>

Validez y confiabilidad

Canessa (2002) realizó la adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento en una muestra conformada por 1236 escolares, entre varones y mujeres, cuyas edades fluctúan entre 14 y 17 años, de 3º, 4º y 5º de secundaria en la ciudad de Lima.

Confiabilidad: Para el cálculo de confiabilidad, se utilizó el método de consistencia interna a través del coeficiente factorial de Cronbach. Los coeficientes de confiabilidad de las escalas fluctuaron en un rango de 0.48 (para la escala de buscar diversiones relajantes) a 0.84 (escala de distracción física).

Validez: Se encontró que el ACS Lima presentó validez de contenido por criterio de jueces, pues los ítems alcanzaron coeficientes V de Aiken mayores de 0.70; así como también validez de constructo, ya que las correlaciones ítem-test en cada una de las escalas obtuvieron valores estadísticos significativos, y los análisis factoriales realizados revelaron que las 18 escalas del ACS se mantienen en la versión adaptada para nuestro medio; con la inclusión, en algunos casos, de ítems específicos, presentando así una composición factorial de acuerdo con lo que propone la teoría.

4.3. Ficha técnica

Clima familiar: Escala de clima social familiar (FES):

Nombre original : *The Social Climate Scales: family, work, correctional Institutions and Classroom Environment Scales*

Autor : R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett

Procedencia : Universidad de Stanford

Año : 1982, versión original en inglés

Adaptación castellana: Fernández Ballesteros, R. y Sierra, B., 1984

Edad de aplicación : Adolescentes y adultos

Administración : Individual o colectiva

Duración : 20 minutos, aproximadamente

Adaptada al Perú por : César Ruiz Alva - Eva Guerra Turín - Lima 1993

Descripción de la prueba: Esta escala aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La escala consta de 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

Tabla 5: Características socioambientales de las familias (R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett)

DIMENSIONES	DEFINICIÓN	SUBESCALAS
Relaciones	Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.	<p>Cohesión (CO): Mide el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.</p> <p>Expresividad (EX): Explora el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.</p> <p>Conflictos (CN): Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.</p> <p>Autonomía (AU): Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.</p>
Desarrollo	Evalúa los procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados por la vida en común.	<p>Actuación (AC): Grado en que las actividades (tales como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción-competencia.</p> <p>Intelectual-cultural (IC): Grado de interés en las actividades de tipo político, intelectual, cultural y social.</p> <p>Social-recreativa (SR): Grado de participación en este tipo de actividades.</p> <p>Moralidad-religiosidad (MR): Importancia que se les da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.</p>
Estabilidad	Proporciona información sobre la estructura y	Organización (OR): Importancia que se da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y

organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

responsabilidades de la familia.

Control (CN): Grado en que la dirección de la vida familiar sigue reglas y procedimientos establecidos.

Confiabilidad

Para la estandarización en Lima, utilizando el método de Consistencia interna, los coeficientes de confiabilidad van de 0.80 a 0.91, con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual-cultural, expresión y autonomía las más altas. En el test-retest con dos meses de lapso, los coeficientes eran, en promedio, 0.86 (variando de tres a seis puntos); la muestra usada para este estudio fue de 139 jóvenes, con promedio de edad de 17 años.

Validez

La validez de la prueba se logró correlacionándola con la prueba de Bell, específicamente en el área de ajuste en el hogar. Con adolescentes, los coeficientes fueron: en área cohesión, 0.57, conflicto, 0.60, organización, 0.51. Con adultos, los coeficientes fueron: cohesión, 0.60, conflicto, 0.59, organización, 0.57 y expresión, 0.53, en el análisis a nivel de grupo familiar. También se prueba el FES con la escala TAMAI (área familiar) y, al nivel individual, los coeficientes fueron: en cohesión, 0.62, expresividad, 0.53 y conflicto, 0.59.

5. Procedimientos

1° Se solicitó permiso a la Dirección General del Hospital Nacional; luego, al jefe del Departamento de Nefrología pediátrica.

2° Se realizó las coordinaciones respectivas para la obtención de las historias clínicas de todos los participantes en el estudio.

3° Luego se inicia con la revisión de todas las historias clínicas y se procede a recolectar la información requerida para la investigación como fueron el sexo, grado de instrucción, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento y lugar de procedencia, seguida de las evaluaciones psicológicas aplicadas completas, llegando a un total de 36 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Consideraciones éticas:

Debido que como parte de los procedimientos asistenciales que se realizan en el Departamento de Psicología, se incluye la aplicación de las pruebas de afrontamiento (ACS) y de clima familiar (FES), no se requirió el consentimiento informado por parte de los padres, al ser un procedimiento de rutina del hospital. Para el caso de la presente investigación, los datos fueron recolectados de las historias clínicas, por lo que lo único que se requirió fue la autorización del jefe del Departamento de Nefrología Pediátrica para la recolección de los datos.

6. Análisis de datos

Al obtener los datos relacionados con las variables de estudio y las escalas empleadas, se realizó una base de datos, en el programa Excel, versión 2007, donde la información obtenida fue codificada sin identificación de los pacientes, a fin de mantener su anonimato. Finalmente, se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 para continuar con el procesamiento de la información.

Análisis univariado descriptivo: Para cumplir con los objetivos descriptivos referidos a las prevalencias se hizo uso de proporciones que son los índices utilizados para expresar prevalencias, y se acompañaron de las respectivas frecuencias, junto con el total de miembros en cada grupo analizado.

Análisis estadístico: Para el objetivo general, se utilizó el coeficiente de correlación canónica, ya que este permite correlacionar el afrontamiento (incluyendo los tres estilos) con el clima familiar (incluyendo las tres dimensiones). Es importante señalar que para este fin el análisis de correlación canónica forma dos valores teóricos que son lo que se correlacionan, correspondiendo cada uno a las variables de estudio, que en este caso son el afrontamiento y el clima familiar, por medio de una combinación lineal de valores ponderados que corresponden a las variables de estudio.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos de tipo relacional se utilizó el estadístico no paramétrico, como el coeficiente Rho Spearman, al encontrarse que la distribución de las variables evaluadas no correspondía a una distribución normal. Para evaluar la intensidad de las correlaciones obtenidas, se siguieron los criterios propuestos por Cohen (Cohen, J.1988).

Tabla 6: Niveles de intensidad de las relaciones según los criterios de Cohen

Coeficiente	Interpretación
$r = 1$	Correlación perfecta
$0.80 < r < 1$	Muy alta
$0.60 < r < 0.80$	Alta
$0.40 < r < 0.60$	Moderada
$0.20 < r < 0.40$	Baja
$0 < r < 0.20$	Muy baja
$r = 0$	Nula

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, se presentan los cuadros y análisis de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se muestran las relaciones entre el afrontamiento con el clima familiar; luego, las relaciones entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento con el clima familiar en adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal según las variables sociodemográficas. Finalmente, se describen los estilos y estrategias de afrontamiento prevalentes, así como el clima familiar, todas ellas en función de las variables de estudio.

Con respecto a la hipótesis general del estudio, a continuación se presenta el resultado del análisis de la relación entre afrontamiento y clima familiar.

Tabla7: Coeficiente de correlación canónico entre las variables afrontamiento y clima familiar

	Clima familiar
Afrontamiento	$r_c=0,65$

En la tabla 7, se aprecia una relación alta entre el afrontamiento y el clima familiar en adolescentes con IRCT.

1. Relaciones entre los estilos de afrontamiento y el clima familiar según las variables sociodemográficas

Tabla 8: Relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del sexo

ESTILOS	SEXO					
	Mujeres			Varones		
	Relac	Desar	Esta	Relac	Desar	Esta
Resolver problemas	0.329	0.650	0.417	0.343	0.579	0.734
No productivo	0.096	0.364	0.036	0.078	0.339	0.171
Referencia a otros	0.232	0.542	0.122	0.119	0.567	0.398
	(n = 19)			(n = 17)		

En cuanto a la tabla 8, las relaciones entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar según sexo, se observan relaciones positivas altas entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* en el caso de las mujeres (0.650), y entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Estabilidad* en el caso de los varones (0.734).

Tabla 9: Relación entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción

ESTILOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
	Primaria			Secundaria o posterior		
	Relac	Desar	Esta	Relac	Desar	Esta
Resolver problema	0.685	0.866	0.188	0.388	0.529	0.636
No productivo	0.104	0.447	-0.039	0.059	0.272	0.117
Referencia a otros	0.269	0.639	-0.145	0.159	0.530	0.265
	(n = 9)			(n = 27)		

En la tabla 9, se muestran las relaciones entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar según el nivel de instrucción. En el caso de los evaluados con instrucción primaria se observa una relación positiva muy alta entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* (0.866). También se

observan relaciones negativas bajas entre los estilos No productivo (-0.039) y Referencia a otros (-0.145) con la dimensión Estabilidad.

Se encuentran relaciones positivas altas entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Relaciones* (0.685), y entre el estilo *Referencia a otros* y la dimensión *Desarrollo* (0.639). En el caso de quienes tienen educación secundaria o posterior se encuentra una relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Estabilidad* (0.636).

Tabla 10: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad

ESTILOS	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD					
	Menor de 1 año			Mayor de 1 año		
	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta
Resolver problema	0.509	0.887	0.309	0.399	0.585	0.592
No productivo	0.348	-0.378	-0.272	-0.005	0.289	0.167
Referencia a otros	0.798	0.457	0.062	-0.084	0.530	0.302
		(n= 10)			(n= 26)	

En la tabla 10, las relaciones entre los estilos de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar según tiempo de diagnóstico, evidencian que en el caso de quienes tienen un diagnóstico menor de un año se observa una relación positiva muy alta entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* (0.887); asimismo, se encuentra una relación positiva alta entre el estilo *Referencia a otros* y la dimensión *Relaciones* (0.798). Se muestran también relaciones negativas bajas entre el estilo *No productivo* con las dimensiones *Desarrollo* (-0.378) y *Estabilidad* (-0.272) para los que tienen menor a un año y la dimensión *Relación* con los estilos *No productivo* (-0.005) y *Referencia a otros* (-0.084) para quienes poseen el diagnóstico mayor a un año.

Tabla 11: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento

ESTILOS	TIPO DE TRATAMIENTO								
	Peritoneal			Hemodiálisis			Trasplante		
	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta
Resolver problema	0.524	0.274	0.566	0.012	0.736	0.444	0.861	0.910	0.675
No productivo	0.204	-0.069	-0.431	-0.213	0.265	0.106	0.618	0.647	0.711
Referencia a otros	0.193	0.320	0.170	-0.105	0.781	0.177	0.691	0.240	0.615
	(n= 12)			(n= 16)			(n=8)		

Respecto de la tabla 11, en el caso de quienes reciben hemodiálisis se observan altas correlaciones positivas entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* (0.736) y con el estilo *Referencia a otros* (0.781). Finalmente, en quienes han sido trasplantados se observan relaciones positivas muy altas entre el estilo *Resolver problemas* y las dimensiones *Relaciones* (0.861) y *Desarrollo* (0.91). También se encontraron relaciones positivas altas entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Estabilidad* (0.675), el estilo *No productivo* con las dimensiones *Relaciones* (0.618), *Desarrollo* (0.647) y *Estabilidad* (0.711), y entre el estilo *Referencia a otros* y las dimensiones *Relaciones* (0.691) y *Estabilidad* (0.615). No obstante se aprecia relaciones negativas bajas entre el estilo *No productivo* con las dimensiones *Desarrollo* (-0.069) y *Estabilidad* (-0.431) en el tratamiento peritoneal, luego con la dimensión *Relaciones* (-0.213) en Hemodiálisis, así como con el estilo *Referencia a otros* (-0.105).

Tabla 12: Relación entre los estilos de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia

ESTILOS	LUGAR DE PROCEDENCIA								
	LIMA			COSTA			SIERRA		
	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta	Relac	Desar	Estab
Resolver problema	0.72	0.525	0.686	0.029	0.314	0.754	0.252	0.613	0.227
No productivo	0.19	0.263	0.035	0.455	0.177	0.090	-0.252	-0.184	-0.318
Referencia a otros	0.46	0.580	0.576	-0.206	0.657	0.530	-0.118	0.091	-0.273
	(n=13)			(n=6)			(n=15)		

En la tabla 12, se observa que quienes proceden de Lima presentan relaciones positivas altas entre el estilo *Resolver problemas* y las dimensiones *Relaciones* (0.72) y *Estabilidad* (0.686). En tanto, quienes proceden de la Costa mantienen una relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Estabilidad* (0.754). Finalmente, en quienes proceden de la Sierra se observa una relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* (0.613).

Asimismo, encontramos relaciones negativas bajas entre el estilo *Referencia a otros* con la dimensión *Relaciones* (-0.206) de la costa, luego entre el estilo *No productivo* con las tres dimensiones (-0.252), (-0.184) y (-0.318), seguido del estilo *Referencia a otros* con la dimensión *Estabilidad* (-0.273) de la zona Sierra.

Los datos de la zona Selva no han sido procesados para el análisis respectivo, debido a su reducido tamaño muestral (n = 2).

2. Relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el clima familiar según variables sociodemográficos.

Tabla 13: Relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función del sexo

ESTRATEGIAS	SEXO					
	Mujeres			Varones		
	Rel	Des	Est	Rel	Des	Es
E1. Concentrarse en resolver el problema	0.28	0.69	0.41	0.36	0.38	0.61
E2. Esforzarse y tener éxito	0.11	0.44	0.41	0.32	0.24	0.59
E3. Invertir en amigos íntimos	0.06	0.26	0.40	0.27	0.26	0.51
E4. Buscar pertenencia	0.45	0.40	0.00	-0.11	0.49	0.36
E5. Fijarse en lo positivo	0.43	0.49	0.23	0.20	0.68	0.61
E6. Buscar diversiones relajantes	0.28	0.30	0.15	0.19	0.50	0.56
E7. Distracción física	0.21	0.27	0.16	0.22	0.52	0.64
E8. Preocuparse	0.10	0.24	0.30	0.11	0.35	0.34
E9. Hacerse ilusiones	0.00	0.49	0.13	0.47	0.40	0.51
E10. Falta de afrontamiento	-0.37	-0.11	0.03	0.05	0.22	0.06
E11. Reducción de la tensión	0.41	0.58	0.10	-0.26	0.13	0.05
E12. Ignorar el problema	0.52	0.26	0.26	0.08	-0.22	0.12
E13. Autoinculparse	0.04	-0.10	-0.40	0.06	0.40	0.03
E14. Reservarlo para sí	-0.38	-0.10	-0.22	0.25	-0.17	-0.2
E15. Buscar apoyo social	0.34	0.17	-0.06	0.10	0.47	0.53
E16. Acción social	0.24	0.54	0.09	0.07	0.56	0.41
E17. Buscar apoyo espiritual	0.10	0.44	0.28	0.11	0.44	0.31
E18. Buscar apoyo profesional	0.20	0.63	0.20	0.05	0.44	0.18
	(n= 19)			(n=17)		

En cuanto la tabla 13, se observa que en las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y clima familiar según sexo, las mujeres presentan en la dimensión *Desarrollo* relaciones positivas altas con las estrategias *Concentrarse en resolver el problema* (0.69) y con *Buscar apoyo profesional* (0.63). Por otro lado, en los varones, en la dimensión de *Desarrollo* se evidencia relación positiva alta con las estrategias de *Fijarse en lo positivo* (0.68), en tanto que en la dimensión de *Estabilidad* su relación es alta con las estrategias de *Concentrarse en resolver el problema* (0.61), *Distracción física* (0.64) y *Fijarse en lo positivo* (0.61). También se puede apreciar relaciones negativas bajas entre la estrategia *Reservarlo para sí* con las dimensiones de *Relación* (-0.38), *Desarrollo* (-0.10) y

estabilidad (-0.22) en las mujeres.

Tabla 14: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción

ESTRATEGIAS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
	Primaria			Secundaria o posterior		
	Relac	Desar	Esta	Relac	Desar	Esta
E1. Concentrarse en resolver el problema	0.22	0.59	0.40	0.39	0.54	0.60
E2. Esforzarse y tener éxito	0.52	0.58	0.25	0.09	0.22	0.29
E3. Invertir en amigos íntimos	-0.09	0.06	-0.08	0.17	0.32	0.50
E4. Buscar pertenencia	0.17	0.43	-0.30	0.30	0.45	0.42
E5. Fijarse en lo positivo	0.52	0.65	0.36	0.28	0.50	0.43
E6. Buscar diversiones relajantes	0.66	0.89	0.25	0.18	0.19	0.36
E7. Distracción física	0.54	0.44	0.03	0.21	0.39	0.46
E8. Preocuparse	-0.02	0.03	-0.32	0.14	0.38	0.45
E9. Hacerse ilusiones	0.10	0.35	0.38	0.24	0.41	0.19
E10. Falta de afrontamiento	-0.35	-0.25	0.13	-0.17	0.05	-0.14
E11. Reducción de la tensión	0.68	0.94	0.25	-0.11	0.27	-0.09
E12. Ignorar el problema	0.56	0.77	0.49	0.32	-0.16	0.24
E13. Autoinculparse	0.08	0.25	-0.61	-0.03	0.08	-0.15
E14. Reservarlo para sí	-0.35	-0.06	-0.24	-0.13	-0.19	-0.31
E15. Buscar apoyo social	0.14	0.42	-0.11	0.24	0.38	0.31
E16. Acción social	0.36	0.65	0.26	0.10	0.49	0.19
E17. Buscar apoyo espiritual	0.09	0.30	0.05	-0.02	0.40	0.19
E18. Buscar apoyo profesional	0.11	0.50	0.41	0.22	0.51	0.19
	(n= 9)			(n = 27)		

Como se puede observar en la tabla 14, los menores que cursan el nivel primario evidencian, en su mayoría, relaciones positivas altas entre la dimensión de *Relaciones* y las estrategias de *Buscar diversiones relajantes* (0.66) y *Reducción de la tensión* (0.68), seguido de la dimensión *Desarrollo* con las estrategias de *Fijarse en lo positivo* (0.65), *Ignorar el problema* (0.77) y *Acción social* (0.65). También se evidencia una relación negativa alta entre la dimensión *Estabilidad* y la estrategia *Autoinculparse* (-0.61). En tanto, se presentan relaciones positivas muy altas entre la dimensión *Desarrollo* y las estrategias de *buscar diversiones relajantes* (0.89) y *Reducción de la tensión* (0.94). Así también se aprecia

relaciones negativas bajas entre la estrategia *Reservarlo para sí* con las tres dimensiones del clima familiar. En cuanto al nivel secundario o posterior, únicamente se encontraron relaciones positivas altas entre las dimensiones *Estabilidad y Concentrarse en el problema* (0.60).

Tabla 15: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad

ESTRATEGIAS	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD					
	Menor de 1 año			Mayor de 1 año		
	Rel	Des	Est	Rel	Des	Est
E1. Concentrarse en resolver el problema	0.17	0.69	-0.03	0.37	0.49	0.63
E2. Esforzarse y tener éxito	-0.24	0.15	-0.10	0.28	0.47	0.40
E3. Invertir en amigos íntimos	0.02	0.47	-0.04	0.11	0.22	0.33
E4. Buscar pertenencia	0.42	0.46	0.05	0.28	0.41	0.29
E5. Fijarse en lo positivo	0.08	0.30	-0.38	0.42	0.68	0.61
E6. Buscar diversiones relajantes	0.46	0.24	-0.24	0.26	0.41	0.45
E7. Distracción física	0.62	0.51	0.39	0.19	0.37	0.41
E8. Preocuparse	-0.06	0.47	0.07	0.13	0.18	0.25
E9. Hacerse ilusiones	0.68	0.43	0.06	0.09	0.39	0.34
E10. Falta de afrontamiento	0.56	-0.05	-0.13	-0.34	-0.02	-0.07
E11. Reducción de la tensión	-0.02	0.19	-0.15	0.13	0.50	0.06
E12. Ignorar el problema	0.04	-0.27	-0.26	0.46	0.12	0.45
E13. Autoinculparse	0.14	0.45	-0.15	0.09	0.03	-0.22
E14. Reservarlo para sí	-0.11	-0.30	-0.69	-0.24	-0.03	-0.23
E15. Buscar apoyo social	0.70	0.26	0.07	0.13	0.36	0.25
E16. Acción social	0.64	0.60	-0.08	0.08	0.54	0.28
E17. Buscar apoyo espiritual	0.73	0.50	0.30	-0.08	0.40	0.16
E18. Buscar apoyo profesional	0.52	0.42	-0.30	0.12	0.61	0.39

(n=10)

(n=26)

Se observa en la tabla 15 que, según la variable tiempo de diagnóstico de la enfermedad, los adolescentes que poseen el diagnóstico menor de un año presentan relaciones positivas altas entre la dimensión *Relaciones* y las estrategias de *Distracción Física* (0.62), *Hacerse ilusiones* (.68), *Buscar apoyo social* (0.70), *Acción social* (0.64) y *Buscar apoyo espiritual* (0.73). Mientras que la dimensión *Desarrollo* presenta relaciones altas en *Concentrarse en resolver el problema*

(0.69) y *Acción social* (0.60). Asimismo, la dimensión *Estabilidad* solo presenta una relación negativa alta con la estrategia *Reservado para sí* (-0.69). No obstante encontramos también relaciones negativas bajas entre la estrategia *Reservarlo para sí* con las tres dimensiones del clima familiar.

Por otro lado, en los adolescentes que presentan el diagnóstico mayor de un año tenemos relaciones entre la dimensión *Desarrollo* y las estrategias de *Fijarse en lo positivo* (0.68) y *Buscar apoyo profesional* (0.61), seguida de la dimensión *Estabilidad*, donde se observan relaciones con las estrategias *Concentrarse en resolver el problema* (0.63) y *Fijarse en lo positivo* (0.61).

Tabla 16: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento

ESTRATEGIAS	TIPO DE TRATAMIENTO								
	Peritoneal			Hemodiálisis			Trasplante		
	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta
E1. Concentrarse en resolver el problema	0.32	0.30	0.47	0.35	0.78	0.43	0.35	0.46	0.77
E2. Esforzarse y tener éxito	0.44	0.16	0.73	-0.12	0.50	-0.06	0.16	0.52	0.49
E3. Invertir en amigos íntimos	0.41	-0.02	0.35	-0.25	0.34	0.21	0.31	0.42	0.80
E4. Buscar pertenencia	0.21	0.55	0.19	-0.14	0.30	0.26	0.92	0.78	0.67
E5. Fijarse en lo positivo	0.35	0.14	0.13	0.15	0.67	0.53	0.74	0.90	0.61
E6. Buscar diversiones relajantes	0.33	-0.04	0.10	-0.17	0.55	0.34	0.81	0.59	0.29
E7. Distracción física	0.36	0.00	0.32	-0.20	0.65	0.46	0.72	0.61	0.31
E8. Preocuparse	0.30	0.05	0.05	-0.34	0.20	0.15	0.42	0.53	0.69
E9. Hacerse ilusiones	0.48	0.46	0.47	-0.03	0.46	-0.12	0.42	0.03	0.63
E10. Falta de afrontamiento	-0.20	-0.34	-0.68	-0.34	0.28	0.55	-0.08	-0.12	-0.19
E11. Reducción de la tensión	0.02	0.37	-0.27	-0.08	0.24	-0.06	0.60	0.61	0.47
E12. Ignorar el problema	0.55	-0.41	0.06	0.39	0.12	0.44	0.48	0.44	0.12
E13. Autoinculparse	-0.33	0.02	-0.68	-0.20	-0.06	-0.19	0.73	0.71	0.56
E14. Reservarlo para sí	-0.17	-0.18	-0.58	-0.04	-0.44	-0.16	-0.11	0.25	0.41
E15. Buscar apoyo social	0.28	-0.17	-0.05	-0.14	0.52	0.18	0.90	0.56	0.52
E16. Acción social	0.33	0.49	0.38	-0.27	0.68	0.07	0.82	0.49	0.40
E17. Buscar apoyo espiritual	-0.06	0.08	0.05	-0.10	0.70	0.12	0.79	0.29	0.38
E18. Buscar apoyo profesional	-0.07	0.44	-0.03	0.26	0.78	0.30	0.40	0.18	0.81

(n= 12)

(n= 16)

(n=8)

La tabla 16 nos muestra las relaciones entre el tipo de tratamiento y las

variables de estudio de estrategias de afrontamiento y clima familiar, en donde se observa que en el tratamiento de diálisis peritoneal la dimensión *Estabilidad* presenta una relación positiva alta con la estrategia *Esforzarse y tener éxito* (0.73), mientras que las estrategias de *Falta de afrontamiento* (-0.68) y *Autoinculparse* (-0.68) son relaciones negativas altas.

Por otro lado, en el tratamiento de hemodiálisis se observa en la dimensión *Desarrollo* correlaciones positivas altas en *Concentrarse en resolver el problema* (0.78), *Fijarse en lo positivo* (0.67), *Distracción física* (0.65), *Buscar apoyo espiritual* (0.70), *Buscar apoyo profesional* (0.78) y *Acción social* (0.68).

Finalmente, en el tipo de tratamiento de trasplante se aprecia que, en cuanto a la dimensión de *Relaciones* hay relaciones positivas muy altas con las estrategias de *Buscar pertenencia* (0.92), *Buscar apoyo social* (0.90), *Acción social* (0.82) y *Buscar diversiones relajantes* (.81). Asimismo, se presentan relaciones altas con las estrategias *Buscar apoyo espiritual* (0.79), *Fijarse en lo positivo* (0.74), *Distracción física* (.72) y *Autoinculparse* (0.73). En cuanto a la dimensión *Desarrollo* se observan relaciones muy altas con la estrategia *Fijarse en lo positivo* (0.90), *Buscar pertenencia* (0.78), *Autoinculparse* (0.71) y *Reducción de la tensión* (0.61). Además, en la dimensión *Estabilidad* aparecen relaciones muy altas con las estrategias de *Buscar apoyo profesional* (.81) e *Invertir en amigos íntimos* (0.80), y correlaciones altas con *Concentrarse en resolver el problema* (0.77), *Preocuparse* (0.69) y *Buscar pertenencia* (0.67).

Por otro lado se evidencia relaciones negativas bajas entre la estrategia *Falta de afrontamiento* en el tratamiento Peritoneal y trasplante, seguido de la estrategia *Autoinculparse* con el tratamiento hemodiálisis, todas ellas relacionadas

con las tres dimensiones del clima familiar.

Tabla 17: Relación entre las estrategias de afrontamiento y dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia

ESTRATEGIAS	Lima			Costa			Sierra		
	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta	Rela	Desa	Esta
E1. Concentrarse en resolver el problema	0.55	0.23	0.63	-0.38	0.37	0.64	0.52	0.43	0.17
E2. Esforzarse y tener éxito	0.60	0.34	0.70	-0.46	-0.27	0.13	-0.12	0.18	-0.07
E3. Invertir en amigos íntimos	0.50	-0.03	0.52	-0.43	0.26	0.59	0.32	0.28	0.02
E4. Buscar pertenencia	0.63	0.69	0.34	0.18	0.38	0.90	0.02	0.51	0.28
E5. Fijarse en lo positivo	0.73	0.58	0.80	0.14	-0.09	-0.36	-0.34	0.34	0.12
E6. Buscar diversiones relajantes	0.55	0.52	0.42	0.32	-0.27	0.13	0.28	0.54	-0.07
E7. Distracción física	0.42	0.60	0.37	0.34	0.12	0.54	0.072	0.46	0.05
E8. Preocuparse	0.48	-0.10	0.37	-0.15	0.64	0.81	-0.07	0.15	-0.05
E9. Hacerse ilusiones	0.36	0.49	0.63	0.02	0.74	0.81	0.10	-0.40	-0.37
E10. Falta de afrontamiento	0.17	0.16	0.12	-0.49	-0.12	-0.73	-0.66	0.06	-0.47
E11. Reducción de la tensión	0.22	0.15	-0.30	0.69	0.64	0.50	-0.25	0.07	-0.33
E12. Ignorar el problema	0.47	0.14	0.34	0.79	-0.37	0.06	-0.34	-0.03	0.18
E13. Autoinculparse	0.20	0.03	-0.56	-0.06	-0.09	-0.65	0.02	-0.11	-0.21
E14. Reservarlo para sí	-0.37	-0.03	-0.37	-0.40	-0.46	-0.87	-0.02	-0.56	-0.02
E15. Buscar apoyo social	0.49	0.43	0.46	-0.12	0.17	0.49	-0.03	0.30	0.05
E16. Acción social	0.36	0.40	0.38	0.05	0.90	0.82	-0.05	0.02	-0.55
E17. Buscar apoyo espiritual	0.25	0.35	0.27	-0.05	0.71	0.85	-0.35	-0.05	-0.44
E18. Buscar apoyo profesional	0.33	0.55	0.58	-0.49	0.49	0.27	0.21	0.34	0.05
	(n = 13)			(n = 6)			(n = 15)		

Respecto de la tabla 17, observamos que en la zona Lima se presentan relaciones positivas altas entre la dimensión *Relación* con las estrategias *Esforzarse y tener éxito* (0.60), *Fijarse en lo positivo* (0.73) y *Buscar pertenencia* (0.63). En tanto que en la dimensión *Desarrollo* se observan solo dos relaciones positivas altas con *Buscar pertenencia* (0.69) y *Distracción física* (0.60). Finalmente, en la dimensión *Estabilidad* se encontró una relación muy alta con la estrategia *Fijarse en lo positivo* (0.80), seguida de relaciones positivas altas con *Concentrarse en resolver el problema* (0.63), *Esforzarse en tener éxito* (0.70) y *Hacerse ilusiones* (0.63).

En cuanto a la Costa, la dimensión *Relaciones* evidencia relaciones positivas altas con las estrategias *Reducción de la tensión* (0.69) e *Ignorar el problema* (0.79). Seguidas de la dimensión *Desarrollo*, que muestra relaciones positivas muy altas con la estrategia *Acción social* (0.90) y relaciones positivas altas con *Preocuparse* (0.64), *Hacerse ilusiones* (0.74), *Reducción de la tensión* (0.64) y *Buscar apoyo espiritual* (0.71). Finalmente, en la dimensión *Estabilidad* se observan relaciones positivas muy altas con *Buscar pertenencia* (0.90), *Preocuparse* (0.81), *Hacerse ilusiones* (0.81), *Reservarlo para sí* (-0.87), *Acción social* (0.82) y *Buscar apoyo espiritual* (0.85). También se presentan relaciones positivas altas con *Concentrase en resolver el problema* (0.64) y relaciones negativas altas con las estrategias *Falta de afrontamiento* (-0.73) y *Autoinculparse* (-0.65).

En cuanto a la zona Sierra, en la dimensión *Relaciones* se observa únicamente una relación negativa alta con *Falta de afrontamiento* (-0.655).

Por otro lado se evidencian en común relaciones negativas bajas entre la estrategia *Falta de afrontamiento* con las dimensiones del clima familiar, similares puntuaciones se muestran entre las estrategias *Reservarlo para sí* con las dimensiones del clima familiar correspondientes a la zona Lima y Sierra, a este último se adiciona la estrategia de búsqueda de apoyo espiritual.

3. Análisis descriptivo de las variables

4.1. Prevalencia de los estilos de afrontamiento según variables sociodemográficas

Tabla 18: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del sexo

ESTILOS	SEXO					
	Mujeres		Varones		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Resolver problemas	10	10/19	13	13/17	23	23/36
Afrontamiento no productivo	5	5/19	1	1/17	6	6/36
Referencia a otros	4	4/19	3	3/17	7	7/36
	(n = 19)		(n = 17)		(n = 36)	

En cuanto al sexo, se observa que, tanto en mujeres y varones predomina el estilo *Resolver problemas* (10/19) y (13/17), respectivamente. En ese sentido, en el total de evaluados predomina el estilo *Resolver problemas* (23/36), seguido del estilo *Referencia a otros* (7/36). Finalmente, el estilo que menos predomina es el de *Afrontamiento no productivo* (6/36).

Tabla 19: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del nivel de instrucción

ESTILOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
	Primaria		Secundaria		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Resolver problemas	5	5/9	18	18/27	23	23/36
Afrontamiento no productivo	1	1/9	5	5/27	6	6/36
Referencia a otros	3	3/9	4	4/27	7	7/36
	(n = 9)		(n = 27)		(n = 36)	

Con respecto al nivel de instrucción, se observa que en las personas con instrucción primaria predomina el estilo *Resolver problemas* (5/9), Asimismo, en el grupo de evaluados con un nivel de instrucción secundaria o superior también predomina el estilo *Resolver problemas* (18/27).

Tabla 20: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del tiempo de diagnóstico

ESTILOS	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO					
	Menor a un año		Mayor a un año		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Resolver problemas	7	7/10	16	16/26	23	23/36
Afrontamiento no productivo	0	0	6	6/26	6	6/36
Referencia a otros	3	3/10	4	4/26	7	7/36
	(n = 10)			(n = 26)		

En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, quienes presentan menos de un año muestran predominio del estilo *Resolver problemas* (7/10); lo mismo ocurre en quienes presentan un tiempo mayor de diagnóstico, predominando también el estilo *Resolver problemas* (16/26).

Tabla 21: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del tipo de tratamiento

ESTILOS	TIPO DE TRATAMIENTO							
	Peritoneal		Hemodiálisis		Trasplantado		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Resolver problemas	9	9/12	8	8/16	6	6/8	23	23/36
Afrontamiento no productivo	1	1/12	5	5/16	0	0	6	6/36
Referencia a otros	2	2/12	3	3/16	2	2/8	7	7/36
	(n= 12)		(n= 16)		(n= 8)		(n = 36)	

En tipo de tratamiento se observa que en los tres casos predomina el estilo *Resolver problemas*, siendo en tratamiento peritoneal (9/12), hemodiálisis (8/16) y en quienes han sido trasplantados (6/8).

Tabla 22: Prevalencia de los estilos de afrontamiento en función del lugar de procedencia

ESTILOS	LUGAR DE PROCEDENCIA									
	Lima		Costa		Sierra		Selva		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Resolver problemas	10	10/13	6	6/6	7	7/15	0	0	23	23/36
Afrontamiento no productivo	2	2/13	0	0	4	4/15	0	0	6	6/36
Referencia a otros	1	1/13	0	0	4	4/15	2	2/2	7	7/36
	(n= 13)		(n= 6)		(n= 15)		(n = 2)		(n =36)	

En cuanto al lugar de procedencia, se observa que en todos los casos predomina el estilo *Resolver problemas*. En Lima se dan en una proporción de 10/13, en la Costa se presenta dicho estilo en la totalidad de los evaluados (6/6), en el caso de la Sierra la proporción es de 7/15 y, finalmente, en quienes proceden de la Selva se presenta el estilo *Referencia a otros* (2/2).

4.2. Prevalencia de las estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas

Tabla 23: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del sexo

ESTRATEGIAS	SEXO					
	Mujeres		Varones		Total	
	F	Pr	F	Pr	Total	Pr
E1:Concentrarse en resolver el problema	0	0	1	1/17	1	1/36
E2: Esforzarse y tener éxito	2	2/19	1	1/17	3	3/36
E5: Fijarse en lo positivo	4	4/19	3	3/17	7	7/36
E6: Buscar diversiones relajantes	1	1/19	1	1/17	2	2/36
E7: Distracción física	0	0	1	1/17	1	1/36
E8: Preocuparse	1	1/19	1	1/17	2	2/36
E9: Hacerse ilusiones	1	1/19	0	0	1	1/36
E14: Reservarlo para sí	1	1/19	1	1/17	2	2/36
E17: Buscar apoyo espiritual	2	2/19	0	0	2	2/36
E18: Buscar apoyo profesional	0	0	3	3/17	3	3/36
Más de una estrategia	7	7/19	5	5/17	12	12/36
	(n = 19)		(n= 17)		(n = 36)	

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes con IRC según el sexo, observamos que son los varones quienes tienden a utilizar con mayor frecuencia *Más de una estrategia* (5/17), seguida de *Fijarse en lo positivo* y *Buscar apoyo profesional* (3/17 en ambos casos); mientras que las mujeres hacen uso de *Más de una estrategia* (7/19) y *Fijarse en lo positivo* (4/19). En tal sentido, encontramos que en el total de los evaluados se utiliza *Más de una estrategia* (12/36), seguida de *Fijarse en lo positivo* (7/36).

Tabla 24: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento según el nivel de instrucción

ESTRATEGIAS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN				Total	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		F	Pr
	F	Pr	F	Pr		
E1: Concentrarse en resolver el problema	0	0	1	1/27	1	1/36
E2: Esforzarse y tener éxito	0	0	3	3/27	3	3/36
E5: Fijarse en lo positivo	4	4/9	3	3/27	7	7/36
E6: Buscar diversiones relajantes	2	2/9	0	0	2	2/36
E7: Distracción física	0	0	1	1/27	1	1/36
E8: Preocuparse	1	1/9	1	1/27	2	2/36
E9: Hacerse ilusiones	0	0	1	1/27	1	1/36
E14: Reservarlo para sí	0	0	2	2/27	2	2/36
E17: Buscar apoyo espiritual	0	0	2	2/27	2	2/36
E18: Buscar apoyo profesional	0	0	3	3/27	3	3/36
Más de una estrategia	2	2/9	10	10/27	12	12/36
					2	
	(n= 9)		(n= 27)		(N=36)	

En relación con el nivel de instrucción, se aprecia que en quienes han alcanzado hasta el nivel primario predomina *Fijarse en lo positivo* (4/9), seguida de *Más de una estrategia* y *Buscar actividades relajantes* (2/9) en ambos casos; mientras los que han alcanzado el nivel secundario o posterior tienden a emplear

Más de una estrategia (10/27), seguida de *Esforzarse y tener éxito*, *Fijarse en lo positivo* y *Buscar apoyo profesional* (3/27) en todos los casos.

Tabla 25: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del tiempo de diagnóstico de la enfermedad

ESTRATEGIAS	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD					
	Menor de 1 año		Mayor de 1 año		Total	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr
E1: Concentrarse en resolver el problema	0	0	1	1/26	1	1/36
E2: Esforzarse y tener éxito	2	2/10	1	1/26	3	3/36
E5: Fijarse en lo positivo	2	2/10	5	5/26	7	7/36
E6: Buscar diversiones relajantes	0	0	2	2/26	2	2/36
E7: Distracción física	0	0	1	1/26	1	1/36
E8: Preocuparse	1	1/10	1	1/26	2	2/36
E9: Hacerse ilusiones	0	0	1	1/26	1	1/36
E14: Reservarlo para sí	0	0	2	2/26	2	2/36
E17: Buscar apoyo espiritual	1	1/10	1	1/26	2	2/36
E18: Buscar apoyo profesional	2	2/10	1	1/26	3	3/36
Más de una estrategia	2	2/10	10	10/26	12	12/36
		(n=10)		(n=26)		(n = 36)

En este punto, los resultados señalan que en los evaluados con menos de un año de diagnóstico predominan en igual medida las estrategias de *Esforzarse y tener éxito*, *Fijarse en lo positivo*, *Buscar apoyo profesional* y *Más de una estrategia* (2/10), mientras que en quienes tienen más de un año de diagnóstico prevalece *Más de una estrategia* (10/26), seguida de *Fijarse en lo positivo* (5/26).

Tabla 26: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del tipo de tratamiento

ESTRATEGIAS	TIPO DE TRATAMIENTO						Total	
	Peritoneal		Hemodiálisis		Trasplantado		F	Pr
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
E1:Concentrarse en resolver el problema	0	0	1	1/16	0	0	1	1/36
E2: Esforzarse y tener éxito	2	2/12	0	0	1	1/8	3	3/36
E5: Fijarse en lo positivo	3	3/12	4	4/16	0	0	7	7/36
E6:Buscar diversiones relajantes	0	0	1	1/16	1	1/8	2	2/36
E7: Distracción física	0	0	0	0	1	1/8	1	1/36
E8: Preocuparse	1	1/12	1	1/16	0	0	2	2/36
E9: Hacerse ilusiones	0	0	1	1/16	0	0	1	1/36
E14: Reservarlo para sí	0	0	2	2/16	0	0	2	2/36
E17: Buscar apoyo espiritual	2	2/12	0	0	0	0	2	2/36
E18: Buscar apoyo profesional	0	0	2	2/16	1	1/8	3	3/36
Más de una estrategia	4	4/12	4	4/16	4	4/8	12	12/36
	(n= 12)		(n= 16)		(n= 8)			

(n=36)

Con relación a las estrategias de afrontamiento más empleadas según el tipo de tratamiento, encontramos que en quienes reciben la diálisis peritoneal predomina *Más de una estrategia* (4/12), seguida de *Fijarse en lo positivo* (3/12), mientras que en quienes reciben tratamiento de hemodiálisis predominan, en igual medida, *Más de una estrategia* y *Fijarse en lo positivo* (4/16). Finalmente, en quienes han sido trasplantados predomina el uso de *Más de una estrategia* (4/8).

Tabla 27: Prevalencia de las estrategias de afrontamiento en función del lugar de procedencia

	LIMA		COSTA		SIERRA		SELVA		TOTAL	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
E1:Concentrarse en resolver el problema	0	0	0	0	1	1/15	0	0	1	1/36
E2: Esforzarse y tener éxito	1	1/13	2	2/6	0	0	0	0	3	3/36
E5: Fijarse en lo positivo	2	2/13	1	1/6	3	3/15	1	1/2	7	7/36
E6:Buscar diversiones relajantes	2	2/13	0	0	0	0	0	0	2	2/36
E7: Distracción física	0	0	0	0	1	1/15	0	0	1	1/36
E8: Preocuparse	0	0	0	0	2	2/15	0	0	2	2/36
E9: Hacerse ilusiones	0	0	0	0	1	1/15	0	0	1	1/36
E14: Reservarlo para sí	1	1/13	0	0	1	1/15	0	0	2	2/36
E17: Buscar apoyo espiritual	1	1/13	0	0	1	1/15	0	0	2	2/36
E18: Buscar apoyo profesional	1	1/13	0	0	1	1/15	1	1/2	3	3/36
Más de una estrategia	5	5/13	3	3/6	4	4/15	0	0	12	12/36
	(n = 13)		(n = 6)		(n =15)		(n = 2)		(n = 36)	

La tabla 27, muestra que en los procedentes de Lima predomina el uso de *Más de una estrategia* (5/13), seguida, en igual medida, de *Fijarse en lo positivo* y *Buscar diversiones relajantes* (2/13). En el caso de quienes proceden de la Costa predomina el uso de *Más de una estrategia* (3/6), seguida de *Esforzarse y tener éxito* (2/6). En quienes proceden de la Sierra prevalece el uso de *Más de una estrategia* (4/15), seguida de *Fijarse en lo positivo* (3.15). Finalmente, en el caso de los procedentes de la Selva se presentan las estrategias de *Fijarse en lo positivo* y *Buscar apoyo profesional* en igual proporción (1/2).

4. Prevalencia de las dimensiones del clima familiar según las variables sociodemográficas

Tabla 28: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del sexo

CATEGORÍAS	RELACIONES				DESARROLLO				ESTABILIDAD			
	M		V		M		V		M		V	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Deficitaria	1	1/19	0	0/17	5	5/19	4	4/17	1	1/19	0	0/17
Mala	3	3/19	2	2/17	1	1/19	2	2/17	3	3/19	2	2/17
Promedio	6	6/19	9	9/17	5	5/19	3	3/17	6	6/19	9	9/17
Tiende a buena	5	5/19	2	2/17	7	7/19	8	8/17	5	5/19	2	2/17
Buena	4	4/19	4	4/17	1	1/19	0	0/17	4	4/19	4	4/17
Excelente	0	0/19	0	0/17	0	0/19	0	0/17	0	0/19	0	0/17
	(n=19)		(n=17)		(n=19)		(n=17)		(n=19)		(n=17)	

En la dimensión de *Relaciones* del clima familiar se observa que casi la mayoría de las mujeres se encuentra en la categoría de *Promedio* (6/19), así como también en la categoría *Tiende a buena* (5/19). Similar distribución se observa en los varones, donde la categoría predominante es *Promedio* (9/17). Respecto de la dimensión *Desarrollo* del clima familiar se aprecia que prevalece la categoría *Tiende a buena*, tanto en el caso de las mujeres (7/19) como en el de los hombres (8/17). Finalmente, en la dimensión *Estabilidad* tanto en mujeres (6/19) como en varones (9/17) la característica predominante es *Promedio*.

Tabla 29: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del nivel de instrucción

CATEGORÍAS	RELACIONES				DESARROLLO				ESTABILIDAD			
	Primaria (n=9)		Secundaria (n=27)		Primaria (n=9)		Secundaria (n=27)		Primaria (n=9)		Secundaria (n=27)	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Deficitaria	0	0/9	1	1/27	4	4/9	5	5/27	0	0/9	1	1/27
Mala	2	2/9	3	3/27	2	2/9	1	1/27	2	2/9	3	3/27
Promedio	3	3/9	12	12/27	1	1/9	7	7/27	3	3/9	12	12/27
Tiende a buena	1	1/9	6	6/27	2	2/9	13	13/27	1	1/9	6	6/27
Buena	3	3/9	5	5/27	0	0/9	1	1/27	3	3/9	5	5/27
Excelente	0	0/9	0	0/27	0	0/9	0	0/27	0	0/9	0	0/27

Según el nivel de instrucción, en la escala de *Relaciones* se evidencia predominio de la categoría *Promedio* (3/9) y (12/27) en los niveles primario y secundario, respectivamente.

Mientras que en la escala *Desarrollo* es preponderante la categoría *Deficitaria* (4/9) en el nivel primario y en nivel secundario lo es la categoría *Tiende a buena* (13/27). En la escala de *Estabilidad* se observa predominio de puntuaciones en la categoría *Promedio*, tanto en el nivel de primaria como de secundaria (3/9) y (12/27), respectivamente. En tanto se aprecia que en todas las dimensiones del clima familiar la categoría más frecuente es *Promedio* en aquellos que cursan el nivel primario como secundario.

Tabla 30: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del tiempo de diagnóstico de enfermedad

CATEGORÍAS	RELACIONES				DESARROLLO				ESTABILIDAD			
	< 1 año (n=10)		>1 año (n=26)		< 1 año (n=10)		> 1 año (n=26)		< 1 año (n=10)		> 1 año (n=26)	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Deficitaria	0	0/10	1	1/26	3	3/10	6	6/26	0	0/10	1	1/26
Mala	2	2/10	3	3/26	1	1/10	2	2/26	2	2/10	3	3/26
Promedio	2	2/10	13	13/26	2	2/10	6	6/26	2	2/10	13	13/26
Tiende a buena	3	3/10	4	4/26	3	3/10	12	12/26	3	3/10	4	4/26
Buena	3	3/10	5	5/26	1	1/10	0	0/26	3	3/10	5	5/26
Excelente	0	0/10	0	0/26	0	0/10	0	0/26	0	0/10	0	0/26

Según la variable tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la dimensión *Relaciones* del clima familiar, los resultados evidencian que la mitad de los participantes que poseen el diagnóstico de mayor de un año (13/26) obtiene puntaje predominante en la categoría de *Promedio*. Mientras que los que se encuentran en el tiempo de diagnóstico menor de un año las categorías preponderantes están entre *Tiende a buena* y *Buena* (3/10) en ambos casos.

En la escala de *Desarrollo* casi la mitad de los participantes que tienen el diagnóstico mayor de un año califican en la categoría *Tiende a buena* (12/26), en tanto que los que se encuentran en menor de un año de tiempo de enfermedad prevalecen en las categorías *Deficitaria* y *Tiende a buena* (3/10) en ambos casos. Mientras que en la dimensión *Estabilidad* se observa que la mitad de los participantes que presentan el tiempo de enfermedad mayor de un año obtienen una frecuencia en la categoría *Promedio* (13/26). Asimismo, se aprecia que en el tiempo de diagnóstico menor de un año las categorías predominantes son *Tiende a buena* y *Buena* (3/10) en ambos casos.

Tabla 31: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del tipo de tratamiento

CATEGORÍA	RELACIONES						DESARROLLO						ESTABILIDAD					
	Peritoneal (n=12)		Hemodiálisis (n=16)		Trasplante (n=8)		Peritoneal (n=12)		Hemodiálisis (n=16)		Trasplante (n=8)		Peritoneal (n=12)		Hemodiálisis (n=16)		Trasplante (n=8)	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Deficitaria	0	0/12	1	1/16	0	0/8	2	2/12	4	4/16	3	3/8	0	0/12	1	1/16	0	0/8
Mala	1	1/12	2	2/16	2	2/8	2	2/12	0	0/16	1	1/8	1	1/12	2	2/16	2	2/8
Promedio	5	5/12	5	5/16	5	5/8	4	4/12	3	3/16	1	1/8	5	5/12	5	5/16	5	5/8
Tiende a buena	1	1/12	5	5/16	1	1/8	3	3/12	9	9/16	3	3/8	1	1/12	5	5/16	1	1/8
Buena	5	5/12	3	3/16	0	0/8	1	1/12	0	0/16	0	0/8	5	5/12	3	3/16	0	0/8
Excelente	0	0/12	0	0/16	0	0/8	0	0/12	0	0/16	0	0/8	0	0/12	0	0/16	0	0/8

La tabla 31 muestra, en la dimensión *Relaciones* del clima familiar las categorías de *Promedio* y *Buena* en los tratamientos de diálisis peritoneal (5/12) y hemodiálisis (5/16), mientras que solo de nivel Promedio en el tratamiento de trasplante (5/8).

En cuanto a la escala de *Desarrollo*, observamos que en la diálisis peritoneal resalta la categoría *Promedio* (4/12), seguida de la categoría *Tiende a buena* (3/12); en tanto que en los que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis predomina la categoría de *Tiende a buena* (9/16). No obstante, en el tratamiento

de trasplante se evidencian las categorías *Deficitaria* y *Tiende buena* (3/8). Similares categorías de *Promedio* a *Buena* se presentan en la dimensión de *Estabilidad*, con los tipos de tratamiento peritoneal (5/12) y hemodiálisis (5/16), y en trasplante (5/8). Por tanto, se observa que entre las dimensiones del clima familiar y tipos de tratamiento las categorías más frecuentes son de *Promedio* y *Tiende a buena*.

Tabla 32: Prevalencia de las dimensiones del clima familiar en función del lugar de procedencia

CATEGORÍA	RELACIONES						DESARROLLO						ESTABILIDAD					
	Lima (n=13)		Costa (n=6)		Sierra (n=15)		Lima (n=13)		Costa (n=5)		Sierra (n=15)		Lima (n=13)		Costa (n=6)		Sierra (n=15)	
	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr	F	Pr
Deficitaria	0	0/13	0	0/6	1	1/15	4	4/13	1	1/5	4	4/15	0	0/13	0	0/6	1	1/15
Mala	2	2/13	0	0/6	3	3/15	1	1/13	0	0/5	2	2/15	2	2/13	0	0/6	3	3/15
Promedio	6	6/13	3	3/6	6	6/15	2	2/13	1	1/5	5	5/15	6	6/13	3	3/6	6	6/15
Tiende a																		
buena	3	3/13	1	1/6	2	3/15	6	6/13	3	3/5	4	6/15	3	3/13	1	1/6	3	3/15
Buena	2	2/13	2	2/6	3	4/15	0	0/13	0	0/5	0	0/15	2	2/13	2	2/6	2	4/15
Excelente	0	0/13	0	0/6	0	0/15	0	0/13	0	0/5	0	0/15	0	0/13	0	0/6	0	0/15

En cuanto al lugar de procedencia y la dimensión *Relaciones* muestran que en Lima los participantes se encuentran con mayor proporción en la categoría de *Promedio* (6/13), seguida por *Tiende a buena* (3/13) y *Buena* (2/13); en la zona Costa la mitad de los participantes también se ubica en la categoría de *Promedio* (3/6) también observada en la zona Sierra (6/15). Mientras que en la dimensión *Desarrollo* destacan las categorías *Deficitaria* en Lima (4/13) y Sierra (4/15), y *Tiende a buena* en las zonas Lima (6/13), Costa (3/5) y Sierra (6/15).

Resultado diferente aparece en la dimensión *Estabilidad*, donde las categorías predominantes están en *Promedio* en Lima (6/13), en la zona Costa (3/6) y en la Sierra (6/15).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo general, se aprecia que los adolescentes que padecen de IRCT presentan relación entre el afrontamiento y el clima familiar; es decir que las familias que evidencian mayor grado de comunicación, crecimiento personal y organización entre sus miembros promueven el desarrollo de recursos de afrontamiento de la enfermedad. Este resultado coincide con lo planteado por Reyes *et al.*, (2003), quienes señalan a la familia como generadora de conductas protectoras que contribuyen al bienestar y a la salud, tales como la orientación a solución de problemas. De igual manera, Gimeno (2011) considera que la búsqueda activa de soluciones por parte de la familia contribuye a atenuar el impacto de la enfermedad y fomentar la adhesión al tratamiento. Asimismo, Reyes *et al.*, (2006) manifiestan que las familias que se caracterizan por ser armoniosas y cohesionadas promueven la expresión de los afectos y comunicación, permitiendo enfrentar la enfermedad y sobreponerse a ella, debido al rol directo que cumple el núcleo familiar en la adolescencia, según lo explicado por Camacho, León y Silva (2009).

En cuanto al primer objetivo específico, las relaciones encontradas en función de la variable sexo, se observa que frente a un problema las mujeres adolescentes muestran esfuerzos orientados a resolverlos, con actitud optimista y manteniéndose socialmente conectadas, consideran que su clima familiar da especial importancia a fomentar el desarrollo personal. Mientras que en el caso de los adolescentes varones se observa una relación entre el estilo *Resolver problemas* y las dimensiones de *Desarrollo* y *Estabilidad*, lo cual indicaría que

quienes frente a un problema muestran esfuerzos orientados a resolverlos, actitud optimista y mantenerse socialmente conectados, tienden a percibir en sus familias el mayor grado de estructura, organización y control que ejercen entre sus miembros; además, presentan un clima familiar que fomenta el desarrollo personal. Estos resultados revelan que los varones presentan mayor tendencia a la acción frente al medio, tal como señaló Ruiz (2005), quien en una muestra de deportistas españoles encontró que los varones cuentan con mayor nivel de dominancia que las mujeres, entendida esta como la disposición a hacer valer la propia influencia sobre los demás y sobre el entorno. Así los varones cuyo medio familiar les provee de estructura y fomenta la independencia se encuentran más orientados a enfrentar situaciones de estrés complejas mediante la búsqueda de soluciones más que por medio de la pasividad.

Respecto del grado de instrucción, se puede mencionar que en los adolescentes con instrucción primaria se observan diversas relaciones entre los estilos con las dimensiones de *Relaciones* y *Desarrollo*, de lo cual se puede inferir que en estos adolescentes un clima familiar que tiene presente el desarrollo personal y donde existe mayor grado de comunicación, interacción y libre expresión, puede favorecer la aparición de distintas formas de afrontamiento, más que la dimensión *Estabilidad*, manteniendo esta última relación con los adolescentes de instrucción secundaria o superior. En este caso se considera la estabilidad de la familia como factor relacionado a un afrontamiento saludable de los problemas en el caso de adolescentes con instrucción secundaria, a diferencia de quienes tienen educación primaria. En otro contexto, esto coincide con lo encontrado por Bazán *et al.*, (2007) en una población femenina, donde a mayor

grado de instrucción se presentan mayores conocimientos y mayor actitud favorable acerca de la prueba de Papanicolau, siendo en nuestro caso la estabilidad familiar un factor modelador de actitudes positivas frente a la salud en personas con mayor grado de instrucción.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, en los adolescentes que tienen menos de un año de diagnóstico se observan relaciones entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Desarrollo* del clima familiar. En ese sentido, es de esperar que la familia, en especial en las primeras etapas, se constituya como la red de apoyo social más cercana y significativa para el acompañamiento frente a situaciones estresantes (Reyes y Castañeda, 2006).

En función del tipo de tratamiento, los adolescentes que han recibido tratamiento de hemodiálisis muestran esfuerzos orientados a resolver los problemas con actitud optimista, manteniéndose socialmente conectados y en búsqueda de apoyo social. Es de resaltar que en este caso los efectos psicológicos de la hemodiálisis, como la ansiedad, sentimientos de incapacidad para controlar su vida y disminución del interés en todas las actividades (López *et al.*, 2005) se atenúan con la presencia de una familia que se orienta hacia el desarrollo del paciente y facilite estrategias saludables como las mencionadas.

En el caso de los adolescentes trasplantados se observa que el clima familiar en la dimensión *Relaciones* tiene correlación positiva con los tres estilos de afrontamiento. Similar situación se observa en la dimensión *Estabilidad*. Por otro lado, la dimensión *Desarrollo* se correlaciona únicamente con los estilos de *Resolver problemas* y *Afrontamiento no productivo*. Aparentemente, la condición de trasplante puede estar funcionando como promotora de las relaciones entre los

estilos y el clima familiar, dado que luego de ser trasplantado el paciente se observa que el clima familiar mejora luego de un período de preocupación constante.

Por otra parte, se puede inferir que los problemas psicológicos frecuentes en pacientes trasplantados, tales como la percepción exagerada de los síntomas, temores y obsesiones por un posible rechazo, inadaptación laboral, ansiedad y depresión (López *et al.*, 2005) se atenúan si el clima familiar fomenta el desarrollo personal mostrando un mayor grado de comunicación.

En tanto que en los adolescentes que han recibido tratamiento peritoneal se observan moderadas correlaciones positivas, ya que frente a un problema muestran compromiso, dedicación y disposición para enfrentarlo, y suelen poseer un clima familiar estructurado, organizado y controlado entre sus miembros.

El hecho de que exista menor modulación de la familia frente al estilo de *Afrontamiento*, a diferencia de los demás tratamientos, puede deberse a que en el caso del tratamiento peritoneal se observa una adaptación y funcionamiento cognitivo más adecuado, ya que, según López *et al.*, (2005) llegan a sentir al catéter como parte de su cuerpo.

En cuanto al lugar de residencia, el estilo *Resolver problemas* se relaciona con las dimensiones del clima familiar en los diferentes lugares de procedencia, ante la necesidad de responder o afrontar la enfermedad. Sin embargo, en la práctica clínica se observa que las personas con residencia rural, pertenecientes a la Costa y Sierra, evidencian el estilo de *Afrontamiento no productivo*, percibiendo la enfermedad como un problema severo. Esto coincide con el estudio de Ruiz *et al.*, (2011), que afirma que la carga estaría determinada por la distancia

desde su residencia hasta los centros de diálisis —que normalmente están en la ciudad—, el tiempo de traslado y las condiciones de transporte requiriendo de un acompañante. Entonces, la baja escolaridad, la alta ruralidad, los bajos ingresos económicos, el tiempo que llevan en hemodiálisis, son variables que contribuyen al bajo nivel de calidad de vida.

Por otro lado los resultados también muestran relaciones negativas bajas frecuentemente entre los estilos de afrontamiento No productivo y Referencia a otros con las tres dimensiones del clima familiar las cuales se presentan con la mayoría de las variables sociodemográficas. Ante estos resultados podemos inferir que los adolescentes con IRCT que perciben un medio familiar con características que promueven adecuadas relaciones, desarrollo y organización entre sus miembros tienden a disminuir o no hacer uso de los estilos No productivos, en gran parte de las variables de estudio, como del estilo Referencia a otros, buscando responder ante las dificultades o manejo de la enfermedad acorde a sus propios recursos familiares.

Así también encontramos estrategias de afrontamiento que guardan relaciones negativas bajas con las dimensiones del clima familiar, entre ellas tenemos la estrategia Falta de afrontamiento que se presentan en las mujeres, lo que indicaría que a pesar de pertenecer a un medio familiar que brinda el apoyo necesario tienden a desarrollar síntomas psicósomáticos, característica común en quienes se encuentran en el nivel primario, el cual podría relacionado este último por estar en proceso de desarrollar sus recursos personales, como también en aquellos que poseen el diagnóstico menor y mayor al año, seguido del tipo de

tratamiento y lugar de procedencia; las estrategias Reservarlo para sí y Autoinculparse también se observan que comúnmente se relacionan.

En relación con el segundo objetivo específico, referido a las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del clima familiar en función al sexo, frente a un problema, las adolescentes lo estudian sistemáticamente y analizan los diferentes puntos de vista. Quienes buscan la opinión y ayuda de profesionales también presentan un clima familiar que fomenta el desarrollo personal de sus miembros. Esto coincide con lo encontrado por Canessa (2002) y Martín *et al.*, (2011), y quien afirma que las mujeres utilizan más las estrategias de búsqueda de soporte social, Mikkelsen (2009). En el caso de los varones, la estrategia de afrontamiento *Fijarse en lo positivo* presenta relación con las dimensiones de *Desarrollo* y *Estabilidad*, lo cual indicaría que quienes frente a un problema muestran esfuerzos orientados a resolverlos con actitud optimista, tienden a percibir en su ámbito familiar mayor grado de estructura, organización y control ejercido entre sus miembros; además, el clima en su hogar fomenta el desarrollo personal. Estos resultados revelan que los varones muestran mayor tendencia a la acción frente al medio, tal como señaló Ruiz (2005), quien en una muestra de deportistas españoles halló que estos presentan mayor nivel de dominancia que las mujeres, entendiéndose esta como la disposición a hacer valer la propia influencia sobre los demás y sobre el entorno. Así, los varones cuyo medio familiar provee de estructura y fomenta la independencia se encuentran más orientados a enfrentar situaciones de estrés complejas mediante la búsqueda de soluciones más que por medio de la pasividad.

En cuanto al nivel de instrucción, los adolescentes con IRCT con instrucción primaria muestran diversas relaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de *Relaciones y Desarrollo*, de lo que puede inferirse que en estos pacientes un clima familiar que tiene presente el desarrollo personal y mayor grado de comunicación y libre expresión, puede favorecer la aparición de distintas formas de afrontamiento.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, los adolescentes con menos de un año de diagnóstico presentan las estrategias de *Concentrarse en resolver el problema*, *Distracción física*, *Hacerse ilusiones*, *Reservarlo para sí*, *Acción social* y *Búsqueda espiritual*, en su mayoría con la dimensión Relaciones, lo que indicaría un clima familiar con mayor grado de comunicación, interacción y libre expresión de sus afectos. Por otro lado, algunas estrategias coinciden con las primeras etapas de afrontamiento de la enfermedad que plantea Kubler-Ross (1969), que señala, entre otras características, la búsqueda de ayuda espiritual. Asimismo, Ruiz de Alegría *et al.*, (2013) sostiene que las estrategias más usadas fueron la *Búsqueda de información*, *Resolución de problemas* y *Expresión de las emociones*; sin embargo quienes utilizan estrategias de *Evitación* al inicio de la diálisis ponen en riesgo su bienestar psicológico.

En los adolescentes con diagnóstico mayor de un año se encuentran relaciones entre las estrategias de *Visión optimista y positiva* con las dimensiones *Relaciones y Estabilidad*, que implican un clima familiar que fomenta el desarrollo personal de sus miembros y que presenta mayor estructura y organización. No obstante, Ruiz de Alegría *et al.*, (2009) señala que a medida que transcurre el tiempo las personas utilizan menos la *Distracción* y *Búsqueda de*

apoyo social, intensificándose las estrategias de *Aislamiento social* y *Confrontación*.

En función del tipo de tratamiento, los adolescentes que han recibido hemodiálisis muestran esfuerzos orientados a resolverlos problemas, se distraen con actividades físicas, buscan apoyo social, espiritual y profesional, así como presentan un clima familiar que fomenta el desarrollo personal de sus miembros.

En tanto que en los adolescentes trasplantados se evidencia mayor empleo de estrategias de *Afrontamiento* relacionadas con todas las dimensiones del clima familiar. Aparentemente, la condición de trasplante puede estar funcionando como promotor de las relaciones, dado que luego de un período de preocupación constante, al ser trasplantados el clima familiar mejora.

Posteriormente, el tercer objetivo específico relacionado con la identificación de los estilos de afrontamiento prevalentes, se encuentra que, en función del sexo, el estilo que predomina en ambos casos, hombres y mujeres, es el de *Resolver problemas*. Dicho estilo también se destaca en los adolescentes con instrucción primaria y secundaria o posterior. De la misma manera, tanto en quienes tienen diagnósticos de menos o más de un año, en quienes han recibido los tres tipos de tratamiento —peritoneal, hemodiálisis y trasplante—, como en quienes proceden de Lima, Costa y Sierra, el estilo de afrontamiento preponderante es el de *Resolver problemas*. En este sentido, se observa una clara predominancia del estilo de *Resolver problemas* en el total de los evaluados y en cuanto a diferentes variables de análisis. Estos resultados coinciden con lo hallado por Sierra y Julio (2010), quienes indican que pacientes con insuficiencia renal asumen su condición principalmente con estrategias activas, racionales y

focalizadas en el problema más que en la emoción. El afrontamiento centrado en resolver el problema, comprende un papel activo en la situación y seguir un plan de acción, con soluciones concretas.

Respecto del cuarto objetivo específico, se identifican las estrategias de afrontamiento prevalentes, evidenciándose que, en función del sexo, tanto en hombres como en mujeres predomina el uso de *Más de una estrategia* de afrontamiento. En cuanto al nivel de instrucción, en quienes poseen primaria destaca *Fijarse en lo positivo*, mientras que los de instrucción secundaria o posterior hacen uso de *Más de una estrategia* de afrontamiento. Con respecto al tiempo de diagnóstico, en quienes tienen menos de un año predomina *Más de una estrategia* de afrontamiento, al igual que en quienes tienen más de un año de diagnóstico. En función del tipo de tratamiento, en quienes reciben los tres tipos —peritoneal, hemodiálisis y trasplante—, prevalece el uso de *Más de una estrategia* de afrontamiento. Lo mismo ocurre según el lugar de procedencia, pues tanto en quienes proceden de Lima, como de Costa y Sierra, es predominante el uso de *Más de una estrategia* de afrontamiento. En este caso se observa una clara supremacía del uso de *Más de una estrategia* de afrontamiento. Así, es importante indicar que Paredes (2005), citando a Felton y Revenson y Taylor, señala la necesidad de contar con un repertorio amplio de estrategias de afrontamiento que procuren una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica, pues no todas son útiles en todo momento.

En cuanto al quinto objetivo específico, del predominio de categorías del clima familiar, se observa que en la mayoría de los casos predomina el nivel *Promedio* en las tres dimensiones —*Relaciones, Desarrollo y Estabilidad*, lo cual

indica grados moderados de dichas características en la percepción familiar de los pacientes evaluados. Sin embargo, cabe notar que en el caso de quienes presentan instrucción primaria en la escala *Desarrollo* predomina la categoría *Deficitaria* y en los de secundaria o superior *Tiende a ser buena*; esto se puede explicar por el hecho de que un clima familiar que promueva el desarrollo personal dé mayor importancia al grado de instrucción alcanzado a la edad de la adolescencia, siendo esperable que quienes únicamente tienen primaria muestren niveles bajos en cuanto a su desarrollo personal.

Por otro lado, en quienes presentan un diagnóstico menor de un año en la escala *Relaciones* predominan niveles más altos; en cambio, en aquellos con diagnóstico mayor de un año predominan niveles altos en la escala *Estabilidad*. Esto puede explicarse porque en el período inicial de la enfermedad, la cohesión familiar puede verse incrementada frente a un hecho estresante que afecta a uno de sus miembros; incluso Gimeno (2011) menciona que puede llegarse a la sobreprotección del paciente. En cambio, luego de un año se espera que la familia provea más estructura y control para el adecuado manejo de la enfermedad.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la investigación realizada en una muestra de adolescentes con IRCT de un hospital nacional se puede concluir lo siguiente:

1. Existe relación entre afrontamiento y clima familiar ($r_c=0,65$).
2. Existe relación positiva alta solo entre el estilo *Resolver problemas* con la dimensión *Desarrollo* del clima familiar en el grupo de mujeres, en tanto que en los varones se relaciona de forma positiva y alta con la dimensión *Estabilidad*.

2.1 Existe relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* con la dimensión *Relación* y muy alta con la dimensión *Desarrollo*; así también entre el estilo *Referencia a otros* y la dimensión *Desarrollo* en quienes se encuentran en el nivel de instrucción primaria; mientras que en los que cursan el nivel secundario o posterior la relación se da entre el estilo *Resolver problemas* y la dimensión *Estabilidad*.

2.2 Existe relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* con la dimensión *Desarrollo*, así como el estilo *Referencia a otros* con la dimensión *Relación* en quienes presentan el tiempo de diagnóstico menor de un año.

2.3 Existe relación positiva alta entre los estilos *Resolver problemas* y *Referencia a otros* con la dimensión *Desarrollo* del clima familiar; En tanto que el estilo *No productivo*, mantiene una relación positiva alta con las tres dimensiones del clima familiar, seguido

del estilo *Referencia a otros* con las dimensiones *Relación* y *Estabilidad* del clima familiar, en el tipo de tratamiento Trasplantados.

2.4 Existe relación positiva alta entre el estilo *Resolver problemas* con la dimensión *Estabilidad*, en el lugar de residencia Lima, luego con la dimensión *Estabilidad* y la Costa y, en el lugar de residencia Sierra, lo realiza con la dimensión *Desarrollo* del clima familiar.

3 Existe relación positiva alta solamente entre las estrategias de afrontamiento *Concentrarse en resolver el problema* y *Buscar apoyo profesional* con la dimensión *Desarrollo* del clima familiar en mujeres, en tanto que los varones lo hace con la estrategia *Fijarse en lo positivo* y la dimensión *Desarrollo* clima familiar.

3.1 Existe relación positiva alta solamente entre las estrategias *Buscar diversiones relajantes* y *Reducción de la tensión* con la dimensión *Relación*; en tanto que las estrategias de *Fijarse en lo positivo*, *Buscar diversiones relajantes*, *Reducción de la tensión*, *Ignorar el problema* y *Acción social* lo hacen con la dimensión *Desarrollo* del clima familiar en quienes se encuentran en el nivel de educación primaria. Por otro lado, se observa que solo la estrategia *Concentrarse en resolver el problema* mantiene una relación positiva alta con la dimensión *Estabilidad* del clima familiar en quienes cursan el nivel secundario o posterior.

3.2 Existe relación positiva alta entre las estrategias *Distracción física*, *Hacerse ilusiones*, *Buscar apoyo social*, *Acción social* y *Buscar*

apoyo profesional con la dimensión *Relación*; mientras que las estrategias de *Concentrarse en resolver el problema* y *Acción social* lo hacen con la dimensión *Desarrollo* en todos aquellos que presentan el tiempo de diagnóstico menor de un año. En tanto, quienes se encuentran con el tiempo de diagnóstico mayor de un año guardan relación entre la estrategia *Concentrarse en resolver el problema* y la dimensión *Estabilidad* y las estrategias *Fijarse en lo positivo* y *Buscar apoyo profesional* con la dimensión *Desarrollo*.

3.3 Existe relación positiva alta solo entre las estrategias *Concentrarse en resolver el problema*, *Fijarse en lo positivo*, *Distracción física*, *Acción social*, *Buscar apoyo espiritual* y *Buscar apoyo profesional* con la dimensión *Desarrollo* en el tipo de tratamiento con hemodiálisis; en tanto que las estrategias de *Buscar pertenencia*, *Buscar diversiones relajantes*, *Buscar apoyo social* y *Acción social*, *Fijarse en lo positivo*, *Distracción física*, *Reducción de la tensión* y *Buscar apoyo profesional*, guardan relación con las dimensiones del clima familiar en quienes están trasplantados.

3.4 Existe relación positiva alta entre las estrategias de *Esforzarse y tener éxito*, *Buscar pertenencia*, *Fijarse en lo positivo* con la dimensión *Relación*, seguida de la estrategia *Buscar pertenencia* con la dimensión *Desarrollo* y, posteriormente, las estrategias de *Concentrarse en resolver el problema*, *Esforzarse y tener éxito*, *Fijarse en lo positivo* y *Hacerse ilusiones* con la dimensión *Estabilidad* del clima familiar en el lugar de procedencia Lima.

Mientras que en la Costa sostienen relación con las estrategias de *Reducción de la tensión* e *Ignorar el problema* con la dimensión *Relación*, en tanto que las estrategias de *Preocuparse*, *Hacerse ilusiones*, *Reducción de la tensión*, *Acción social* y *Buscar apoyo espiritual* se relacionan con la dimensión *Relación* y las estrategias de *Buscar pertenencia*, *Preocuparse*, *Hacerse ilusiones*, *Acción social* y *Buscar apoyo espiritual* con la dimensión *Estabilidad*.

En relación con los objetivos descriptivos simples que no requirieron de hipótesis, se concluye lo siguiente:

- 4 Con respecto al objetivo específico 3 se infiere que, en función del sexo, nivel de instrucción, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tipo de tratamiento y lugar de procedencia, el estilo prevalente es *Resolver problemas*.
- 5 Con respecto al objetivo específico 4, se concluye que, en función del sexo, nivel de instrucción, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tipo de tratamiento y lugar de procedencia, existe *Más de una estrategia* prevalente.
- 6 Con respecto al objetivo específico 5 se concluye que la categoría prevalente es de promedio en las tres dimensiones del clima familiar.

RECOMENDACIONES

Sobre la base de los resultados y conclusiones obtenidos en la presente investigación, se sugieren las siguientes recomendaciones:

- A nivel metodológico:
 - Desarrollar el estudio en muestras de mayor tamaño a fin de garantizar la generalización de nuestros resultados.
- Controlar otras variables que puedan estar influyendo en los resultados, como el tipo de familia, prácticas religiosas, nivel de instrucción de los padres, así como su nivel socioeconómico.
- A nivel aplicativo:
 - Elaborar talleres de intervención psicológicas enfocadas en potenciar los estilos de afrontamiento *Resolver problemas* y *Referencia a otros*.
 - Promover en las familias las estrategias de afrontamiento Esforzarse y tener éxito, Buscar pertenencia, Buscar diversiones relajantes, Distracción física y Buscar apoyo social, este último como una forma de encontrar alternativas adecuadas para mejorar su condición de salud emocional con el soporte de personas especializadas y/o de sus pares.
 - En las familias de los adolescentes con IRCT, fomentar las adecuadas relaciones entre los miembros y el desarrollo personal en cada uno de los integrantes para lograr afrontar la enfermedad y fortalecer los recursos personales del adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander, E. (1987). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Editorial Magisterio del río de la Plata.
- Barra, E., Cerna, R. y Dramm, D. (2006). *Problemas de salud, estrés afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes*. Chile: Red Terapia Psicológica.
- Bazán, F., Posso, M. y Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*. 68 (1) 47-54.
- Bravo, M. (2006). Qué es la Tanatología. *Revista Digital Universitaria. UNAM*. 7(8) 1-10.
- Camacho, P., León, C. y Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*. 2(2): 80-85. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Canessa, B. (2000). *Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Limametropolitana*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de Lima. Lima, Perú.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 21(2), 364-392.
- Cassaretto, M. y Paredes, R., (2006). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 24 (1), 109-140.

- Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (3), 712-720.
- Cohen, J., (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva Jersey: LEA- Hillsdale.
- Dunker, L.J. (2002). *Los vínculos familiares. Una psicopatología de las relaciones familiares*. Argentina: Editorial El Cid Editor.
- Fantín, M., Florentino, M. y Correché, M. (2005). Estilos de personalidad. Estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis*. VI (I), 159-176.
- Felix Ruiz, C., Martínez Rodríguez, G. y Montelongo Soto, R. (2008). *Importancia de la familia en la depresión del paciente terminal*. México: Editorial Amecyd. Recuperado: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/Importancia%20de%20la%20familia.pdf>
- Figuroa, M. y Cohen S. (2006). *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Contini (compiladora). Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Gómez Calle, J. (2006). La familia y la enfermedad en fase terminal. *Oncología, medicina familiar y atención primaria*. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/index.htm>.
- González, R., Montoya I., Casullo, M. y Bernabéu J. (2002). Relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en Adolescentes. *Psicothema*. 14 (2)363-368.

- Gimeno, S. M., (2010). La Enfermedad crónica y la familia. Recuperado: [www.centre Londres 94.com/files/la enfermedad crónica y la familia](http://www.centre Londres 94.com/files/la%20enfermedad%20cr%C3%B3nica%20y%20la%20familia).
- Guerra G., Sanhuesa A. y Cáceres E. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista Latino Americano Enfermagem*. 20(5). Recuperado: www.eerp.usp.br/rlae.
- Hernández, E. (2007). *Atención psicológica en el trasplante de órganos*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (3ª ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Kern de Castro, E. y Moreno, B. (2005). Funcionamiento familiar en situación de Trasplante de órganos pediátrico. *Revista de la Universidad Autónoma de Madrid*. España. 29 (3) 383-388.
- Kersner, P. (2000). Aspectos psicosociales del paciente en hemodiálisis. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*. 3(2).
- Kliksberg, B. (2005). La familia en América Latina. Realidades, interrogantes y perspectivas. Recuperado: [http://www.iin.oea.org/iin/cad/actualizacion/pdf/1_2/basica/La familia en América Latina-Realidades, interrogantes y persp., Kliksberg](http://www.iin.oea.org/iin/cad/actualizacion/pdf/1_2/basica/La%20familia%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina-Realidades,%20interrogantes%20y%20persp.,Kliksberg).
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37 (4) 488-499.

- López, A., Carillo M., Fernández A. y Angustias, X. (2005). *Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres*. España: Editorial Universidad Complutense. Madrid.
- López, B., Moreno J., Devesa, M. y Rodríguez, M. (2005). Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista española* 9 (12). Recuperado: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082005001200005>
- López, F. G. e Irigoyen, C. A. (2009). La insuficiencia renal crónica en niños y adolescentes: Los recursos que la familia puede ofrecer. *Revista Mexicana*. 16 (6), 87.
- Loza, M., R. (2007). *Prevalencia Renal Crónica en niños*. Tesis de Maestría no publicada) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos*. Tesis doctoral, Universidad de Deusto. Recuperado: AAT 230603.
- Martín, G., Lucas B., Pulido, R. (2011) Diferencias de Género en el afrontamiento en la adolescencia. *Revista Universidad Complutense de Madrid*, 35, 157-166.
- Martínez, P. y Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(2), 212-236.

- Matalinares, M., Arenas C., Sotelo L., Díaz G. y Dioses, A. (2010). Clima familiar y agresividad en estudiantes de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica UNMSM*. 13 (1) 109-128.
- Miguel M., Valdés, A., Rábano C., Artos, M., Cabello V., De Castro P., y otros(2009). *Revista Sociedad Enfermería Nefrológica*. 12(1). Recuperado:<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n1/original3.pdf>
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Morales, C. y Castillo, E. (2004). Vivencias de los adolescentes en diálisis: Una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. *Revista Médica de Colombia*. 38 (4).
- Mosso, L. y Penjerek, M. (2007). *Adolescencia y salud*. Argentina: Maipue.
- Ortiz, M. (2009). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos Tipo I. *Red Terapia Psicológica Chile*.002(24)1-11.
- Mutti F., Schattenhofer N., Daud L. y Faherer R. (2008). Reacciones psicológicas de los pacientes y familiares en la enfermedad terminal. Una revisión del tema. *Arch. Neurología, Neurociencia y Neuropsiquiatría*. 16 (2), 9.
- Obando, R. (2012). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Tesis inédita de Licenciatura. Perú.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Tesis inédita de Licenciatura. Perú.
- Paredes, R. J. (2009). *Salud y pobreza*. Perú: Editorial El Cid Editor.

- Ramírez, C., Méndez E., Barrón F., Riquelme H. y Cantú, R. (2010). Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. Hospital Universitario José González, Monterrey.
- Ramos,W.,Munive,L.,Calderón,M.,Velazco,S.y Velazco, M.(2009).Características sociodemográficas y fuentes de información en correlación con la percepción del riesgo en transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. *Revista Peruana de Epidemiología*. 13(3) 1-7.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003).*El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer.
- Ruiz de Alegría, B., Basabem N., Fernández, E., Baños, C., Nogales, M., y Echebarri, M. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 12(1) 11-17.
- Ruiz de Alegría, B., Basabem N. y Saracho, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: Un estudio longitudinal y multicéntrico. *Revista de Nefrología*. 33(3) 342-354.doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Feb.11771.
- Ruiz, J., Gómez, C.y Arias, M. (2007).*Enfermedades nefrourinarias*. Medicine ISSN 0304-5412, 9(79)5068-5076.
- Ruiz, B. R. (2005). Análisis de las diferencias de personalidad en el deporte del judo a nivel competitivo en función de la variable sexo y categoría de edad deportiva. *Cuaderno de Psicología Deportiva*.Universidad de Murcia. 5(2) 29-48.

- Ruiz, A., Muñoz, V., García, J., Mohamed, N., García, J. y Bagdad, A. (2011). Rasgos de personalidad, edad, cultura y restricciones hídricas y dietéticas en pacientes en hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 14(2) 91-97.
- Reyes, A. (2003). *Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*. Santiago de Cuba. Tesis inédita de maestría. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Reyes, A. y Castañeda, V. (2006). Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de profesionales y técnicos de la Salud en Santiago de Cuba*. 10 (4).
- Rojano, L. (2001) Aspectos psicosociales, ansiedad y depresión en pacientes candidatos a trasplante renal. *Revista Hospital Juárez de México*.68 (2), 72-78.
- Ruano, R. y Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología*. España 16 (2) 199-206.
- Sierra, L. y Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. Universidad Simón Bolívar. Colombia *Psicogente*, 13 (23), 27-41.
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*.VII (1), 33-39.
- Soriano, C. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. *Revista Nefrológica*. 24(6)27-33.

- Valdés, I. (2003). El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis. Tesis de especialidad. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, Cuba.
- Vargas, J., García, E. e Ibañez, E. (2011). Adolescencia y enfermedades crónicas: Una aproximación a la Teoría de la Diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.* 14 (1) 175-180.
- Zavala, G., (2001). El Clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rímac. Tesis de Licenciatura. Perú.

3. Sigo con mis tareas como es debido.	A	B	C	D	E
4. Me preocupo por mi futuro.	A	B	C	D	E
5. Me reúno con mis amigos más cercanos.	A	B	C	D	E
6. Trato de dar una buena impresión a las personas que me importan.	A	B	C	D	E
7. Espero que me ocurra lo mejor.	A	B	C	D	E
8. Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada.	A	B	C	D	E
9. Me pongo a llorar y/o gritar.	A	B	C	D	E
10. Organizo una acción en correlación con mi problema.	A	B	C	D	E
11. Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema.	A	B	C	D	E
12. Ignoro el problema.	A	B	C	D	E
13. Ante los problemas, tiendo a criticarme.	A	B	C	D	E
14. Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15. Dejo que Dios me ayude con mis problemas.	A	B	C	D	E
16. Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves.	A	B	C	D	E
17. Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo.	A	B	C	D	E
18. Encuentro una forma de relajarme, como escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etcétera.	A	B	C	D	E
19. Practico un deporte.	A	B	C	D	E
20. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente.	A	B	C	D	E
21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades.	A	B	C	D	E
22. Sigo asistiendo a clases.	A	B	C	D	E
23. Me preocupo por buscar mi felicidad.	A	B	C	D	E
24. Llamo a un amigo(a) íntimo(a).	A	B	C	D	E
25. Me preocupo por mis relaciones con los demás.	A	B	C	D	E
26. Espero que un milagro resuelva mis problemas.	A	B	C	D	E
27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a).	A	B	C	D	E
28. Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas.	A	B	C	D	E
29. Organizo un grupo que se ocupe del problema.	A	B	C	D	E
30. Decido ignorar conscientemente el problema.	A	B	C	D	E
31. Me doy cuenta de que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas.	A	B	C	D	E
32. Evito estar con la gente.	A	B	C	D	E
33. Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas.	A	B	C	D	E
34. Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas.	A	B	C	D	E
35. Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas.	A	B	C	D	E
36. Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades.	A	B	C	D	E

37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud.	A	B	C	D	E
38. Busco ánimo en otras personas.	A	B	C	D	E
39. Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta.	A	B	C	D	E
40. Trabajo intensamente (trabajo duro).	A	B	C	D	E
41. Me preocupo por lo que está pasando.	A	B	C	D	E
42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a).	A	B	C	D	E
43. Trato de adaptarme a mis amigos.	A	B	C	D	E
44. Espero que el problema se resuelva por sí solo.	A	B	C	D	E
45. Me pongo mal (me enfermo).	A	B	C	D	E
46. Culpo a los demás de mis problemas.	A	B	C	D	E
47. Me reúno con otras personas para analizar el problema.	A	B	C	D	E
48. Saco el problema de mi mente.	A	B	C	D	E
49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren.	A	B	C	D	E
50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa.	A	B	C	D	E
51. Leo la Biblia o un libro sagrado.	A	B	C	D	E
52. Trato de tener una visión positiva de la vida.	A	B	C	D	E
53. Pido ayuda a un profesional.	A	B	C	D	E
54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan.	A	B	C	D	E
55. Hago ejercicios físicos para distraerme.	A	B	C	D	E
56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.	A	B	C	D	E
57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago.	A	B	C	D	E
58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo.	A	B	C	D	E
59. Me preocupo por las cosas que me pueden pasar.	A	B	C	D	E
60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica.	A	B	C	D	E
61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás.	A	B	C	D	E
62. Sueño despierto que las cosas van a mejorar.	A	B	C	D	E
63. Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos.	A	B	C	D	E
64. Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo.	A	B	C	D	E
65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo.	A	B	C	D	E
66. Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos.	A	B	C	D	E
67. Me considero culpable de los problemas que me afectan.	A	B	C	D	E
68. Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento.	A	B	C	D	E
69. Pido a Dios que cuide de mí.	A	B	C	D	E
70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas.	A	B	C	D	E
71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo.	A	B	C	D	E

72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar problemas.	A	B	C	D	E
73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema.	A	B	C	D	E
74. Me dedico a mis tareas en vez de salir.	A	B	C	D	E
75. Me preocupo por el futuro del mundo.	A	B	C	D	E
76. Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir.	A	B	C	D	E
77. Hago lo que quieren mis amigos.	A	B	C	D	E
78. Me imagino que las cosas van a ir mejor.	A	B	C	D	E
79. Sufro dolores de cabeza o de estómago.	A	B	C	D	E
80. Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar. beber o tomar drogas.	A	B	C	D	E

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

Apéndice B

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD : _____

LUGAR EN LA FAMILIA: _____

Instrucciones:

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. tiene que leer y decir si le parecen verdaderas o falsas con relación a su familia.

Si Ud. cree que respecto de su familia la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la **hoja de respuesta** una **X** en el espacio correspondiente a la **V** (verdadero). Si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una **X** en el espacio correspondiente a la **F** (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ella.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	V	F
3. En nuestra familia reñimos mucho.	V	F
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	V	F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.	V	F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.	V	F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.	V	F
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11. Muchas veces da la impresión de que en casa está solo.	V	F
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.	V	F

13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.	V	F
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.	V	F
17. Frecuentemente vienen amigos a comer a casa o a visitarnos.	V	F
18. En mi casa no rezamos en familia.	V	F
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.	V	F
20. En nuestra familia hay pocas normas que cumplir.	V	F
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.	V	F
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.	V	F
24. En mi casa cada uno decide sus propias cosas.	V	F
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.	V	F
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etcétera.	V	F
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.	V	F
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrarlas cosas que necesitamos.	V	F
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.	V	F
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.	V	F
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.	V	F
34. Cada uno entra y sale de casa cuando quiere.	V	F
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”.	V	F
36. Nos interesan poco las actividades culturales.	V	F
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etcétera.	V	F
38. No creemos en el Cielo ni en el Infierno.	V	F
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.	V	F
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca	V	F

algún voluntario.		
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos fuertemente unas a otras.	V	F
44. En mi familia, tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor.	V	F
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aflicciones.	V	F
48. Las personas de mi casa tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.	V	F
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.	V	F
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.	V	F
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en sí misma cuando surge un problema.	V	F
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.	V	F
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.	V	F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.	V	F
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.	V	F
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.	V	F
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.	V	F
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.	V	F
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus derechos.	V	F
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca.	V	F
67. Los miembros de mi familia asistimos a veces a un cursillo o	V	F

clases particulares por afición o por interés.		
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.	V	F
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiere.	V	F
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
72. Generalmente, tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos contra otros.	V	F
74. En mi familia es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.	V	F
75. Primero el trabajo, luego la diversión, es una norma en mi familia.	V	F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	V	F
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.	V	F
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.	V	F
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
80. En mi casa las normas son bastante flexibles.	V	F
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.	V	F
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.	V	F
85. En mi casa hacemos comparaciones con nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.	V	F
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar radio.	V	F
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.	V	F
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.	V	F

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES