

Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal

L. Varela¹, M.I. Vázquez¹, L. Bolaños², R. Alonso³

¹ Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

² Servicio de Nefrología. Hospital Xeral-Calde. Lugo. ³ Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Nefrología 2011;31(1):97-106

doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Jun.10279

RESUMEN

Introducción: Actualmente se reconoce el efecto de distintas variables clínicas y sociodemográficas en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en diálisis peritoneal (DP), pero la influencia de los factores psicológicos no ha sido suficientemente explorada. El objetivo de este estudio es identificar los predictores psicológicos de la CVRS en pacientes en DP. **Método:** Participaron 53 pacientes en tratamiento en DP (49,54 ± 17,03 años, 54,7% mujeres) en los que se evaluó su CVRS mediante el Kidney Disease Quality of Life Short Form y se recogió información de variables psicológicas (síntomas depresivos y ansiosos, alexitimia, locus de control relacionado con la salud y estrategias de afrontamiento), así como de variables sociodemográficas y clínicas. **Resultados:** Los pacientes en DP presentaron peor CVRS que la población general, particularmente en las dimensiones físicas. La comorbilidad, el número de visitas a urgencias, las hospitalizaciones previas, la albúmina, y el tratamiento previo en HD mostraron un efecto negativo en algunas dimensiones de la CVRS, pero los síntomas depresivos, la alexitimia y particularmente los síntomas ansiosos fueron los principales determinantes de la variabilidad en la CVRS de los pacientes en DP. No se encontraron relaciones significativas entre la CVRS y el locus de control o las estrategias de afrontamiento. **Conclusiones:** En los pacientes en DP, la ansiedad, la depresión y la alexitimia son importantes determinantes de la CVRS, por lo que deberían ser consideradas tanto en la evaluación como en el tratamiento de esta población de enfermos.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Calidad de vida relacionada con la salud. Diálisis peritoneal. Alexitimia. Locus de control. Afrontamiento.

Correspondencia: M.^a Isabel Vázquez Rodríguez
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.
Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.
Campus Universitario Sur, 15782. Santiago de Compostela.
mariaisabel.vazquez@usc.es

Psychological predictors for health-related quality of life in patients on peritoneal dialysis

ABSTRACT

Introduction: It is currently recognized the impact of different clinical and sociodemographic variables on the health-related quality of life (HRQL) of patients undergoing peritoneal dialysis (DP), albeit the influence of psychological variable has not been thoroughly studied. The objective of this study is to identify the psychological predictors of HRQL in patients under DP. **Method:** 53 patients on DP participated in the study (49.54 ± 17.03 years, 54.7% women) in whom HRQL was evaluated by the Kidney Disease Quality of Life Short Form and it was obtained information related with psychological variables (depressive and anxious symptoms, alexithymia, health-related locus of control and coping strategies) besides socio-demographical and clinical variables. **Results:** Patients on DP presented a worse HRQL than general population, particularly in the physical dimension. The comorbidity, the number of visits to urgency department, previous hospital admissions, serum albumin and previous treatment with hemodialysis showed a negative impact on several dimensions of HRQL, but depressive symptoms, alexithymia and particularly anxious symptoms were the main determinants of the variability of HRQL in DP patients. We did not obtain a significant relationship between HRQL and the locus of control or the coping strategies. **Conclusions:** Among patients undergoing DP, anxiety, depression and alexithymia are important determinants of HRQL and they should be considered both in the evaluation and the treatment of this population of patients.

Key words: Anxiety. Depression. Health-related quality of life. Peritoneal dialysis. Alexithymia. Locus of control. Coping.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la diálisis peritoneal (DP) se ha consolidado como modalidad terapéutica para pacientes con insufi-

ciencia renal crónica terminal (IRCT). En el tratamiento de esta población de enfermos la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es considerada en la actualidad una importante medida de resultados, y la consecución del mejor nivel posible de CVRS se plantea, junto con la supervivencia del paciente, como uno de los principales objetivos terapéuticos.

La CVRS es un proceso complejo en el que están implicados factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos¹, por lo que uno de los propósitos de la investigación en este ámbito es llegar a determinar la contribución específica de los distintos tipos de variables en la afectación de la CVRS de los pacientes con IRCT en DP. Hasta el momento, un importante número de investigaciones se han centrado en estudiar el efecto de distintas variables sociodemográficas y clínicas, mostrando que factores como el sexo y la edad, así como la concentración de albúmina, la función renal residual y la comorbilidad podían tener efectos significativos²⁻⁴.

Sin embargo, tan sólo un reducido número de estudios se han centrado en delimitar la relación entre CVRS y variables psicológicas como los síntomas depresivos y ansiosos, las estrategias de afrontamiento o el locus de control en la salud (LOCRS), un constructo que hace referencia a las expectativas de los individuos respecto a la relación entre las conductas de salud y sus consecuencias, según el cual pueden establecerse dos tipos de atribuciones: internas (las personas piensan que pueden influir en el mantenimiento de su salud), o externas (creen que su salud está determinada por agentes externos a ellos mismos, como los profesionales sanitarios, el azar o el destino).

Los resultados de los trabajos realizados considerando estas variables psicológicas han puesto de manifiesto que las sintomatologías depresiva y ansiosa serían importantes determinantes de la mayoría de las dimensiones de CVRS⁵⁻⁷, mientras que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes, así como el LOCRS, podrían actuar como moderadores de los componentes psicológicos y físicos de la CVRS, respectivamente^{6,8}.

La alexitimia (un rasgo de personalidad caracterizado por la dificultad para identificar y describir emociones, así como para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional⁹) apenas ha sido estudiada en enfermos renales, y sólo en un trabajo se ha abordado su influencia en la CVRS en pacientes en DP¹⁰, a pesar de que este rasgo de personalidad ha sido relacionado con peores resultados clínicos y menor CVRS en otras enfermedades crónicas¹¹⁻¹³.

Hasta el momento ningún estudio ha considerado de forma conjunta todas estas variables psicológicas, por lo que no es posible precisar la contribución diferencial de cada una de ellas en las distintas dimensiones que conforman la CVRS de los pacientes en DP.

El objetivo de este trabajo es determinar las asociaciones existentes entre variables psicológicas (síntomas depresivos y ansiosos, LOCRS, estrategias de afrontamiento y alexitimia) y la CVRS en pacientes con IRCT en tratamiento con DP, controlando el efecto de las variables clínicas, la edad y el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

En este estudio transversal se seleccionaron consecutivamente pacientes ambulatorios con IRC sometidos a tratamiento en DP continua ambulatoria (DPCA) o diálisis peritoneal automática (DPA) en dos hospitales españoles: Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo y el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Para su inclusión en el estudio, los pacientes debían tener más de 18 años, haber recibido el tratamiento de DP durante un período mínimo de 3 meses y no presentar problemas cognitivos que pudieran impedir la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Medidas

En cada paciente se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, en el que se recogía información sobre las características sociodemográficas: edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios, situación de convivencia, situación laboral y clase social; y las características médicas: tipo de DP (manual o automática), tiempo que llevaba el paciente en DP, existencia y duración de un tratamiento previo en hemodiálisis, número de trasplantes fallidos, frecuencia de las hospitalizaciones y visitas a urgencias durante el año anterior y peritonitis previas. Como datos analíticos se incluyeron los valores de hematocrito, hemoglobina, albúmina, Kt/V, proteína C reactiva (PCR-us) y la función renal residual. En cada paciente se evaluó, además, el grado de comorbilidad utilizando el índice de Charlson modificado¹⁴.

Para evaluar la CVRS se empleó el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF¹⁵) que consta de un núcleo genérico compuesto por los 36 ítems del Short Form Health Survey (SF-36)¹⁶ distribuidos en ocho escalas: Función Física, Rol Físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, que pueden proporcionar, además, dos puntuaciones sumarias: el Índice Sumario Físico y el Índice Sumario Mental. El cuestionario se completa con otros 43 ítems específicos de la enfermedad renal distribuidos en 11 escalas: Síntomas, Efectos de la enfermedad renal, Carga de la enfermedad renal, Trabajo, Función Cognitiva, Calidad de la interacción social, Función Sexual, Sueño, Apoyo Social, Estímulo del personal de diálisis y Sa-

tisfacción del paciente con el personal de diálisis. Todas las escalas se puntúan en un rango de 0-100 (valores más altos indican mejor CVRS).

Para la estimación de los síntomas ansiosos y depresivos, se utilizó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS¹⁷). Consta de un total de 14 ítems que conforman las escalas de ansiedad y depresión. La puntuación total de cada escala oscila entre 0 y 21, y se obtiene del sumatorio de los valores de las alternativas escogidas en cada ítem. Tanto para la ansiedad como para la depresión una puntuación superior a 11 indica sospecha de problema clínico.

Para medir la alexitimia se empleó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20¹⁸), formada por 20 ítems que se puntúan de acuerdo a una escala Likert de cinco puntos. La puntuación total, obtenida del sumatorio de los valores que corresponden a cada una de las alternativas de respuesta, se sitúa en un rango de 20-100. El punto de corte establecido para considerar alexitímico a un sujeto es una puntuación igual o superior a 61.

El LOCERS fue evaluado mediante la escala Health Locus of Control¹⁹. Consta de 11 ítems con un rango de puntuación entre 11 y 66 (puntuaciones más altas indican la existencia de un LOCERS caracterizado por atribuciones externas sobre la salud).

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas utilizando el COPE²⁰. Consta de un total de 60 ítems, cada uno de los cuales se puntúa entre 1 y 4 (un valor mayor indica una mayor frecuencia de utilización). Proporciona información sobre tres tipos de afrontamiento: Afrontamiento del Problema, Afrontamiento de las Emociones y Escape-evitación^{21,22}.

Todos los instrumentos habían mostrado previamente adecuadas propiedades psicométricas^{15,19,20,23,24}. En todos los instrumentos se han utilizado las versiones adaptadas a la población española²⁵⁻³².

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo durante los días de revisión médica rutinaria de los enfermos. A cada uno de los pacientes que cumplía los criterios de inclusión se le planteó la posibilidad de participar en el estudio. Los que aceptaron participar firmaron la hoja de consentimiento informado y mantuvieron una entrevista con la psicóloga en la que se recogían los datos sociodemográficos y se les proporcionaban los cuestionarios en orden aleatorio para ser cumplimentados en formato autoadministrado. Sólo en aquellos pacientes que presentaban dificultades de lectoescritura, los cuestionarios fueron administrados en forma de entrevista. Los datos clínicos fueron recogidos por el nefrólogo que atendía al paciente.

Diseño estadístico

Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y la media y la desviación típica para variables cuantitativas. Para controlar el efecto de la edad y el sexo en la estimación de las dimensiones genéricas de la CVRS se llevó a cabo la estandarización de las puntuaciones utilizando los datos normativos de la población española y siguiendo las instrucciones del grupo de validación español del SF-36³³.

Las asociaciones bivariadas entre las variables clínicas y psicológicas y las escalas del KDQOL-SF fueron evaluadas utilizando la prueba de la U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman. Para conocer las variables asociadas a la CVRS, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para cada dimensión del KDQOL-SF, en el que se incluyeron como variables independientes aquellas variables clínicas o psicológicas que mostraron un nivel de significación $p < 0,05$ en el análisis bivariado. Se utilizó el método hacia atrás como estrategia de selección de variables, con un criterio de $p < 0,05$ para aceptar la significación estadística. La colinealidad detectada fue corregida eliminando las variables PCR-us (debido a su alta correlación con la albúmina) y hematocrito (por su alta correlación con la hemoglobina); en el caso de la sintomatología ansiosa y depresiva, las puntuaciones se expresaron como la distancia a la media de la muestra³⁴. El nivel de significación estadística para todas las variables estimadas se fijó en $p < 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

RESULTADOS

Se identificaron un total de 64 pacientes que reunían los criterios de inclusión, de los cuales 11 declinaron participar. No se hallaron diferencias significativas en edad, sexo, modalidad de DP y duración del tratamiento entre participantes y no participantes. La muestra finalmente incluida en el estudio estaba formada por 53 pacientes. Las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de la muestra aparecen recogidas en la tabla 1.

Un total de 16 pacientes (31,4%) obtuvieron una puntuación mayor de 11 en depresión y 18 pacientes (35,3%), una puntuación mayor de 11 en ansiedad, lo que indica sospecha de problema clínico de depresión y ansiedad, respectivamente¹⁷. De acuerdo con los criterios de puntuación de la escala de alexitimia TAS-20, 6 pacientes (11,3%) eran alexitímicos.

No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes en DPCA y DPA en ninguna de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas evaluadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de la muestra

Variables sociodemográficas	Variables clínicas	Variables psicológicas
Edad (años) • Media ± DT 49,54 ± 17,03	Tipo de DP • Manual N (%) 19 (35,8%) • Automática N (%) 34 (64,2%) - Con intercambio suplementario N (%) 4 (11,76%) - Sin intercambio suplementario N (%) 30 (88,24%)	Depresión • Media ± DT 5,09 ± 4,71
Sexo • Hombres N (%) 24 (45,3%) • Mujeres N (%) 29 (54,7%)		Ansiedad • Media ± DT 6,15 ± 4,63
Lugar de residencia • Rural N (%) 25 (47,2%) • Urbano N (%) 28 (52,8%)	Duración del tratamiento DP (meses) • Media ± DT 27,96 ± 24,38	Locus de Control • Media ± DT 40,16 ± 7,74
Nivel educativo • Sin estudios o con estudios primarios N (%) 29 (54,7%) • Con estudios secundarios o universitarios N (%) 24 (45,3%)	Tratamiento previo HD • Sí N (%) 14 (26,4%) • No N (%) 39 (73,6%)	Alexitimia • Media ± DT 46,46 ± 11,24
Estado civil • Casado o viviendo en pareja N (%) 34 (64,2%) • Soltero, divorciados o viudos N (%) 19 (35,8%)	Duración del tratamiento HD (meses) • Media ± DT 13 ± 12,87	Afrontamiento • Afrontamiento del problema - Media ± DT 2,21 ± 0,38 • Afrontamiento de las emociones - Media ± DT 2,30 ± 0,52
Situación laboral • Activa N (%) 17 (32,07%) • No activa N (%) 36 (67,93%)	TR previos • Ninguno N (%) 41 (77,4%) • 1 o más N (%) 12 (22,6%)	• Escape-evitación - Media ± DT 2,00 ± 0,37
Clase social • Alta N (%) - • Media N (%) 49 (92,5%) • Baja N (%) 4 (7,5%)	N.º hospitalizaciones el pasado año • Ninguna N (%) 33 (62,3%) • 1 o más N (%) 20 (37,7%)	
	N.º de visitas a urgencias el pasado año • Ninguna N (%) 28 (52,8%) • 1 o más N (%) 25 (47,2%)	
	Episodios de peritonitis el año pasado Media ± DT 0,45 ± 0,66	
	% Hematocrito Media ± DT 33,46 ± 3,63	
	Hemoglobina (g/dl) Media ± DT 11,45 ± 1,27	
	Albúmina (mg/dl) Media ± DT 3,71 ± 0,30	
	Kt/V de urea semanal Media ± DT 2,53 ± 0,67	
	PCR-us (mg/dl) Media ± DT 0,85 ± 0,51	
	Función renal residual (aclaramiento creatinina ml/min /1,73 m ²). Media ± DT 4,51 ± 3,87	
	Índice de comorbilidad. Media ± DT 4,51 ± 2,35	

El análisis del impacto de la enfermedad renal y el tratamiento con DP en las dimensiones genéricas y específicas de la CVRS se expone en la tabla 2.

Las puntuaciones estandarizadas correspondientes a las escalas genéricas del KDQOL-SF pusieron de manifiesto que la CVRS de los pacientes en DP se situaba en todas las escalas por debajo de los valores de referencia poblacional (figura 1).

No se encontraron diferencias significativas entre pacientes en DPCA y DPA en ninguna de las dimensiones genéricas ni específicas del KDQOL-SF.

El análisis de la relación entre las variables clínicas y psicológicas y las escalas del KDQOL-SF puso de manifiesto la existencia de relaciones significativas ($p < 0,05$) entre el número de hospitalizaciones durante el año anterior y las escalas Rol Emocional ($r = -0,281$),

Tabla 2. Medidas de centralización y dispersión y coeficientes de consistencia interna de las escalas del KDQOL-SF

Escalas KDQOL-SF	Alfa	Media	DE	Rango
Genéricas				
Función Física	0,918	63,77	28,04	0,00-100
Rol Físico	0,892	48,11	43,81	0,00-100
Rol Emocional	0,879	63,52	43,49	0,00-100
Función Social	0,627	70,28	25,26	12,5-100
Dolor	0,804	67,40	29,62	0,00-100
Vitalidad	0,870	50,00	26,65	0,00-100
Salud Mental	0,863	63,24	23,45	20,0-100
Salud General	0,708	37,73	20,51	0,00-90
Índice Sumario Físico		40,09	9,57	24,29-57,95
Índice Sumario Mental		43,92	13,18	17,63-64,65
Específicas				
Carga de la enfermedad renal	0,792	43,87	28,97	0,00-100
Función Cognitiva	0,727	77,73	18,72	33,33-100
Síntomas	0,767	77,43	14,55	29,16-97,92
Efectos de la enfermedad renal	0,872	65,86	25,15	3,13-100
Función Sexual	0,944	75,24	32,03	0,00-100
Sueño	0,872	60,66	24,85	15,00-100
Apoyo Social	0,542	81,13	18,50	0,00-100
Trabajo	0,604	41,50	38,89	0,00-100
Calidad de la interacción social	0,596	77,99	18,28	26,67-100
Satisfacción del paciente con el personal de diálisis	NA	88,98	13,47	50,00-100
Estímulo del personal de diálisis	0,297	93,71	11,19	50,00-100

NA: no aplicable.

Dolor ($r = -0,315$) y Efectos de la enfermedad renal ($r = -0,324$); el número de visitas a urgencias durante el año anterior y Rol Físico ($r = -0,281$), Función Social ($r = -0,279$) y Carga de la enfermedad renal ($r = -0,272$); peritonitis previas y el Índice Sumario Físico ($r = -0,312$); el valor de albúmina y la escala Satisfacción del paciente con el personal de diálisis ($r = 0,295$); el nivel del Kt/V y la escala Síntomas ($r = 0,320$); el nivel de PCR-us y las escalas Estímulo del personal de diálisis ($r = 0,352$) y Efectos de la enfermedad renal ($r = -0,272$); la función renal residual y las escalas Vitalidad ($r = 0,302$), Efectos de la enfermedad renal ($r = 0,312$), Función sexual ($r = 0,339$), Trabajo ($r = 0,290$) y el Índice Sumario Físico ($r = 0,311$); la comorbilidad y las escalas Rol Físico ($r = -0,392$) y Carga de la enfermedad renal ($r = -0,355$). Los pacientes que habían recibido un trasplante de riñón se diferenciaban significativamente de los que nunca habían sido sometidos a un trasplante en las escalas Rol Físico ($U = 151$) y Efectos de la enfermedad renal ($U = 145$). También se obtuvieron diferencias significativas entre los pacientes con experiencia en el tratamiento de HD y los que sólo se habían mantenido en DP en las escalas Dolor ($U = 169$) y Estímulo del personal de diálisis ($U = 191$).

Se encontraron relaciones significativas entre ansiedad y todas las escalas del KDQOL-SF (rango de $r = -0,460$ en Dolor a $r = -0,802$ en Salud Mental), excepto en Apoyo Social, Trabajo, Satisfacción del paciente con el personal de diálisis y Estímulo del personal de diálisis. La ansiedad también se relacionó significativamente con los Índices Sumario Físico y Mental ($r = -0,419$ y $r = -0,696$, respectivamente). Se obtuvieron relaciones significativas en-

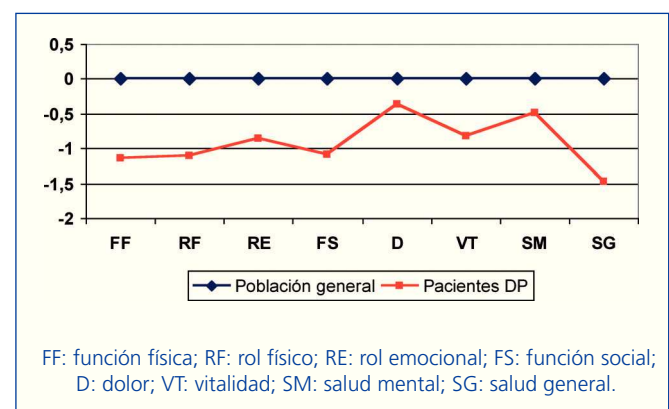


Figura 1. Puntuaciones estandarizadas de las escalas genéricas del KDQOL-SF.

Tabla 3. Resultados de los análisis de regresión lineal múltiple para cada una de las escalas genéricas del KDQOL-SF

Dimensión	Variables predictoras	R ² corregido	B	β	IC 95% (B)		p
Función Física		0,205					
	Ansiedad		-0,139	-0,469	-0,214	-0,064	0,001
Rol Físico		0,384					
	Ansiedad		-0,135	-0,406	-0,212	-0,058	0,001
	N.º de visitas a urgencias		-0,513	-0,279	-0,940	-0,086	0,020
	Comorbilidad		0,241	0,359	0,089	0,394	0,003
Rol Emocional		0,288					
	Ansiedad		-0,164	-0,433	-0,256	-0,072	0,001
	N.º hospitalizaciones		-0,745	-0,310	-1,326	-0,164	0,013
Función Social		0,515					
	Ansiedad		-0,167	-0,534	-0,234	-0,099	<0,001
	Alexitimia		-1,246	-0,280	-2,190	0,301	0,011
	N.º de visitas a urgencias		-0,346	-0,200	-0,702	0,010	0,057
Dolor		0,244					
	Ansiedad		-0,099	-0,410	-0,159	-0,039	0,002
	N.º hospitaliz.		-0,423	-0,278	-0,803	-0,044	0,030
Vitalidad		0,350					
	Ansiedad		-0,180	-0,603	-0,249	-0,111	<0,001
Salud Mental		0,670					
	Ansiedad		-0,147	-0,567	-0,208	-0,086	<0,001
	Depresión		-0,086	-0,322	-0,149	-0,023	0,008
Salud General		0,328					
	Ansiedad		-0,145	-0,584	-0,204	-0,087	<0,001
Índice Sumario Físico		0,212					
	Ansiedad		-0,820	-0,403	-1,334	-0,305	0,002
	Peritonitis previas		-6,237	-0,315	-11,249	-1,225	0,016
Índice Sumario Mental		0,547					
	Ansiedad		-1,389	-0,514	-2,132	-0,647	<0,001
	Depresión		-0,822	-0,295	-1,588	-0,057	0,036

tre depresión y todas las escalas del KDQOL-SF (rango de $r = -0,288$ en Apoyo Social a $r = -0,696$ en Salud Mental), excepto en Rol Físico, Satisfacción del paciente con el personal de diálisis y Estímulo del personal de diálisis. La depresión también mostró relaciones significativas con los Índices Sumario Físico y Mental ($r = -0,413$ y $r = -0,646$, respectivamente). La comparación entre la CVRS de pacientes alexitímicos y no alexitímicos puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en las escalas genéricas Función Social ($U = 34$), Salud Mental ($U = 52,5$), Salud General ($U = 49$) y el Índice Sumario Mental ($U = 52$) y en las escalas específicas Carga de la enfermedad renal ($U = 54$), Función Cognitiva ($U = 56$) y Función Sexual ($U = 59,5$). El afrontamiento centrado en el problema mostró relaciones significativas con

Función Social ($r = 0,294$), Dolor ($r = 0,312$) y Carga de la enfermedad renal ($r = 0,286$).

Para cada escala del KDQOL-SF, las variables clínicas y psicológicas identificadas en los análisis bivariados con $p < 0,05$ fueron introducidas como posibles predictores en los análisis de regresión multivariados. Los resultados de los análisis realizados para las dimensiones genéricas y específicas se exponen en las tablas 3 y 4, respectivamente.

En todas las escalas del KDQOL-SF, las características seleccionadas explicaban una proporción aceptable de la variabilidad (R^2), en un rango entre el 20% para la escala de Función Física, y el 67% para Salud Mental, situándose, por tanto, próximo o por encima del 25%, considerado el valor mínimo a partir del cual un modelo puede considerarse aceptable³⁴. Sólo

Tabla 4. Resultados de los análisis de regresión lineal múltiple para cada una de las escalas específicas del KDQOL-SF

Dimensión	Variables predictoras	R ² corregido	B	β	IC 95% (B)		p
Carga de la enfermedad renal		0,446					
	Ansiedad		-3,226	-0,525	-4,630	-1,823	<0,001
	Alexitimia		-20,749	-0,236	-41,111	-0,387	0,046
Función Cognitiva	Comorbilidad		-5,014	-0,367	-8,026	2,003	0,002
		0,562					
Síntomas	Ansiedad		-2,136	-0,535	-3,215	-1,058	<0,001
	Depresión		-1,163	-0,282	-2,275	-0,051	0,041
Efectos de la enfermedad renal		0,415					
	Ansiedad		-1,841	-0,653	-2,454	-1,228	<0,001
Función Sexual		0,408					
	Ansiedad		-3,367	-0,648	-4,515	-2,218	<0,001
Sueño		0,244					
	Ansiedad		-3,243	-0,510	-4,848	-1,638	<0,001
Apoyo Social Trabajo		0,498					
	Ansiedad		-3,746	-0,712	-4,805	-2,687	<0,001
Calidad de la interacción social		0,000	-	-	-	-	-
	Depresión		0,061				
Satisfacción del paciente con el personal de diálisis			-2,351	-0,283	-4,642	-0,060	0,045
	Ansiedad	0,325					
Estímulo del personal de diálisis			-2,314	-0,581	-3,244	-1,385	<0,001
	Albúmina	0,055					
Tratamiento previo en HD			11,954	0,271	0,035	23,874	0,049
		0,085					
	Tratamiento previo en HD		-8,036	-0,320	-14,735	-1,337	0,020

Trabajo, Satisfacción del paciente con el personal de diálisis, Estímulo del personal de diálisis y Apoyo Social se encontraban por debajo de ese valor, mostrando la escasa o nula capacidad explicativa de las variables clínicas y psicológicas seleccionadas para estas cuatro escalas del KDQOL-SF.

Las únicas variables clínicas que resultaron predictores significativos de peor CVRS en alguna de las dimensiones evaluadas fueron comorbilidad, número de hospitalizaciones y número de visitas a urgencias durante el año anterior, peritonitis previas, albúmina y tratamiento previo en HD. Por el contrario, los síntomas ansiosos se asociaban con peor CVRS en 15 de las escalas del KDQOL-SF y en los Índices Sumarios Físico y Mental. Los síntomas depresivos se relacionaban negativamente

con la escala genérica Salud Mental, el Índice Sumario Físico y las escalas específicas Función Cognitiva y Trabajo. La alexitimia se asociaba con peor CVRS en la escala genérica Función Social y la específica Carga de la enfermedad renal. Estas variables psicológicas presentaron los coeficientes de regresión más altos en todos los casos.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran un importante impacto de la enfermedad renal y su tratamiento con DP en la CVRS de los pacientes, siendo las variables psicológicas, particularmente los síntomas ansiosos, los

principales determinantes de la CVRS en esta población de enfermos.

Los datos obtenidos en las dimensiones genéricas del KDQOL-SF ponen de manifiesto que la CVRS de los pacientes en DP presenta valores más bajos que la población general española, con una mayor afectación en las dimensiones físicas, mientras que las dimensiones mentales permanecen más preservadas. En las escalas específicas del KDQOL-SF se observa un mayor impacto en la escala Carga de la enfermedad renal y en la escala referida al Trabajo. Nuestros datos coinciden con estudios previos en pacientes en DP^{7,8}, tanto en el perfil como en el grado de afectación, y muestran que el deterioro de la CVRS continúa siendo un importante problema para estos pacientes.

El impacto de la enfermedad renal y su tratamiento con DP en las dimensiones de CVRS evaluadas con el KDQOL-SF parecen explicarse mejor por características psicológicas de los pacientes que por el efecto de las variables clínicas. Los resultados del análisis multivariante coinciden con estudios previos al mostrar la importancia de la comorbilidad, la duración del tratamiento o la albúmina como determinantes de una baja CVRS, tanto en pacientes sometidos a trasplante y pacientes en HD como en pacientes en DP^{2-4,35-37}. Sin embargo, estas variables presentan un efecto limitado y afectan a un número reducido de escalas. Por el contrario, las variables psicológicas alexitimia, síntomas depresivos y, especialmente, los síntomas ansiosos son importantes predictores de un amplio número de escalas genéricas y específicas. Tal y como se esperaba, los síntomas ansiosos y depresivos explican la varianza en las escalas relacionadas con el bienestar emocional (especialmente Salud Mental), y en el Índice Sumario Mental, pero es importante tener en cuenta que los síntomas ansiosos también contribuían a explicar la percepción del estado físico (Función Física, Dolor, Vitalidad, Salud General, Síntomas), la capacidad funcional (Rol Físico, Carga de la enfermedad renal, Efectos de la enfermedad renal) y el funcionamiento social (Función Social, Calidad de la interacción social). Estos resultados se encuentran en la línea de lo referido previamente con poblaciones de pacientes en HD³⁸⁻⁴⁰ y en DP⁵⁻⁷. Dada la alta prevalencia de estos síntomas psicológicos en nuestra muestra (31,4 y 35,3%, respectivamente), que concuerda con la obtenida en otros estudios en pacientes en HD y en DP^{6,41-44}, debería llevarse a cabo una valoración de estos síntomas psicológicos tanto en la evaluación como en la intervención en la CVRS de pacientes en DP.

Los datos de nuestro estudio ponen de manifiesto, además, que otras variables psicológicas como el rasgo de alexitimia también son predictoras significativas de la escala genérica Función Social y de la escala específica Carga de la enfermedad renal. Es importante señalar que

aunque el número de escalas del KDQOL-SF que se relacionan con alexitimia no es elevado, sí parece ser una variable relevante en la medida en que se muestra como un predictor significativo en escalas que presentan un importante grado de afectación. En investigaciones previas, un mayor nivel de alexitimia se ha asociado con menor percepción de apoyo social en pacientes en DP^{10,45}. Estos resultados se encuentran en la línea de los datos obtenidos en el presente estudio, que identifican la alexitimia como un predictor de menor Función social. No obstante, Pucheu et al.¹⁰ han puesto de manifiesto que la relación entre la alexitimia y las dimensiones sociales de la CVRS vendrían moduladas por el grado de comorbilidad que presentan los pacientes, de manera que sólo en aquellos enfermos en DP con baja comorbilidad se observa que los alexitímicos presentan una peor percepción de apoyo social que los no alexitímicos. El efecto diferencial que puede mostrar la alexitimia en función de algunas características de los pacientes (como el grado de comorbilidad) no ha sido abordado en el presente trabajo, por lo que creemos de interés que se continúe profundizando en la delimitación del alcance predictivo de esta variable en la CVRS de los pacientes en DP.

En este estudio no se encontró relación entre el LOCRS y la CVRS, a diferencia de lo observado en investigaciones previas en pacientes en DP^{6,8}. Estas discrepancias en los resultados podrían ser parcialmente atribuidas a que se utilizaron distintos tipos de instrumentos, y a que en la presente investigación sólo se consideró una puntuación global de locus de control y no se atendió a las distintas dimensiones que componen este constructo. Dado que en estudios previos⁸ sólo algunas dimensiones de LOCRS se relacionan con CVRS sería recomendable que en futuras investigaciones se lleve a cabo una evaluación multidimensional del LOCRS.

Por lo que respecta a la ausencia de significación para las estrategias de afrontamiento, es posible que dada su estrecha relación con la ansiedad y la depresión²⁰ éstas se constituyan, en última instancia, en las variables explicativas relevantes, tal y como aparece en los resultados de los análisis multivariantes realizados en el presente trabajo. De hecho, cuando Pucheu et al.⁸ analizaron la relación entre estrategias de afrontamiento y dimensiones genéricas de CVRS no tuvieron en cuenta los síntomas ansiosos y depresivos que podrían explicar la relación significativa obtenida para algunas estrategias de afrontamiento y las dimensiones mentales de la CVRS.

La interpretación de los resultados obtenidos debe llevarse a cabo teniendo en cuenta algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el tamaño de la muestra era relativamente pequeño, por lo que estos resultados deben ser confirmados en una muestra más amplia. Además, dicho tamaño condicionó el número de variables que pudieron incluirse en el análisis multivariante, por lo que fue necesario recurrir a

criterios estadísticos estrictos que podrían haber llevado a la exclusión de variables potencialmente relevantes. Por último, se trata de un estudio transversal que sólo nos permite establecer relaciones entre variables, pero que en ningún caso posibilita definir atribuciones de causalidad.

En conclusión, el presente estudio pone de manifiesto que los síntomas ansiosos y depresivos y la alexitimia son predictores significativos de la CVRS en pacientes en DP, por lo que aquellos pacientes que presenten estas características psicológicas podrían beneficiarse de la incorporación al tratamiento médico de intervenciones psicológicas dirigidas a actuar sobre estos factores potencialmente modificables.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las enfermeras M.^a Ángeles Gómez Vilas, Julia López Campos, Linda Ozores Álvarez e Inés Puente Rodríguez su colaboración en la realización de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001;38(3):443-64.
2. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, De Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. *Kidney Int* 1999;56(2):720-8.
3. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int* 2002;61:239-48.
4. Manns B, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants? *Clin Nephrol* 2003;60(5):341-51.
5. Steele TE, Baltimore D, Finkelstein SH, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Quality of Life in Peritoneal Dialysis Patients. *J Nerv Mental Dis* 1996;184(6):368-74.
6. Martin CR, Thompson DR. Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychol* 2000;5:41-55.
7. Bilgic A, Akman B, Sezer S, Ozisik L, Arat Z, Ozdemir FN, et al. Predictors for quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Nephrology* 2008;13:587-92.
8. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, François P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *J Psychosom Res* 2004;56(3):317-22.
9. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000;45:134-42.
10. Pucheu S, Consolini SM, François P, Issad B, D'Auzac C. The relationship of quality of life with the severity of disease and non-expression of emotions in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2004;24(1):77-9.
11. Jula A, Salminen JK, Saarijarvi S. Alexithymia: a fact of essential hypertension. *Hypertension* 1999;33:1057-61.
12. Todarello O, Taylor GJ, Parker JDA, Fanelli M. Alexithymia in essentials hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J Psychosom Res* 1995;39:987-94.
13. Verissimo R, Mota-Cardosa R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998;67:75-80.
14. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40(5):373-83.
15. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. *Qual Life Res* 1994;3:329-38.
16. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
17. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
18. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
19. Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976;44(4):580-5.
20. Carver CS, Sèller MF, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56(2):267-83.
21. Ingledew DK, Hardy L, Cooper CL, Jemal H. Health behaviours reported as coping strategies: A factor analytical study. *Br J Health Psychol* 1996;1:263-81.
22. Lyne K, Roger D. A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Pers Individ Diff* 2000;29:321-35.
23. Martin CR, Tweed AE, Metcalfe MS. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychol* 2004;43(1):51-64.
24. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003;55:260-75.
25. Hays RD, Amin N, Alonso J, Kallich J, Coons SJ, Carter WB, et al. Kidney Disease Quality of life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.2: A Manual for Use and Scoring (Spanish Questionnaire, Spain). P-7928/1. Santa Monica, CA: Rand, 1997.
26. Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
27. Sandin B, Chorot P, Santed MA, Jiménez P. Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis* 1996;17(1):37-45.
28. Bueno AM, Buceta JM. Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso. Madrid: Dykinson, 1997.
29. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento:

- adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anal Modif Cond* 1997;23(92):797-830.
30. García López FJ, López Revuelta K, Álvaro F, Prieto L, Alonso J. Spanish validation of the short form of the Kidney Disease Quality of Life Instrument [Resumen]. *Qual Life Res* 1999;8:602.
31. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Fac Med Barna* 1986;12:233-8.
32. Martínez Sánchez F. Adaptación Española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996;7(1):19-32.
33. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-6.
34. Abaira V, Pérez de Vargas A. Métodos multivariantes en bioestadística. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1996.
35. Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología* 2000;20(2):171-81.
36. Simmons RG, Abress L. Quality of life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 1990;15(3):201-8.
37. Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo A, Mujais S. Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. *Kidney Int* 2005;67(3):1093-104.
38. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología* 2001;21(2):191-9.
39. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2005;14:179-90.
40. Vázquez I, Valderrábano F, Jofré R, Fort J, López-Gómez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003;16:886-94.
41. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-55.
42. Griffin KW, Wadhya NK, Friend R, Suh H, Howell N, Cabralda, et al. Comparison of quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Adv Perit Dial* 1994;10:104-8.
43. Sensky T, Leger C, Gilmour S. Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimen by people on chronic hemodialysis. *Psychother Psychosom* 1996;65:36-42.
44. Wuerth DB, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Sem Dialysis* 2005;18:142-6.
45. Fukunishi I, Maeda K, Kubota M, Tomino Y. Association of alexithymia with low utilization and perception on a measure of social support in patients on peritoneal dialysis. *Psychol Rep* 1997;80:127-30.