

Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Carmen M. Perales-Montilla, Ana García-León, Gustavo A. Reyes-del Paso

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén

Nefrología 2012;32(5):622-30

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447

RESUMEN

Objetivo: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de CVRS. **Método:** Se evaluó la CVRS de 39 pacientes en hemodiálisis mediante el instrumento SF-36. La capacidad predictiva de las variables evaluadas se analizó mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple. **Resultados:** Los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión es el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. El grado de preocupación, así como las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, también se asocian a menores niveles de CVRS. Por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asociaron a mayores niveles de CVRS. **Conclusiones:** Estos resultados tienen unas claras implicaciones clínicas respecto a los aspectos a los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a la mejora de la CVRS en los enfermos renales.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud. Insuficiencia renal crónica. Depresión. Afrontamiento del estrés. Apoyo social. Autoeficacia. Optimismo.

Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients undergoing haemodialysis

ABSTRACT

Objectives: To assess health-related quality of life (HRQOL) of chronic renal failure patients undergoing dialysis replacement therapy, and to evaluate the predictive power of psychosocial variables (social support, self-efficacy, optimistic outlook, depression, anxiety and coping strategies) on the different levels of HRQOL. **Methods:** We evaluated the HRQOL of 39 haemodialysis patients using the SF-36 instrument. The predictive ability of the evaluated variables was analysed using bivariate correlations and multiple regression analysis. **Results:** Patients showed lower levels of HRQOL than the reference values for the instrument. Depression is the main predictor of HRQOL, associated negatively with all of its components. The degree of concern and the use of passive coping strategies for stress such as helplessness-hopelessness, and fatalism are also associated with lower levels of HRQOL. By contrast, self-efficacy, optimism, social support, and fighting spirit were associated with higher levels of HRQOL. **Conclusions:** These results have clear clinical implications regarding the ways in which psychological interventions should be aimed at improving HRQOL in renal patients.

Keywords: Quality of life related to health. Chronic renal failure. Depression. Stress coping. Social support. Self-efficacy. Optimism.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un gran avance médico en la optimización de las técnicas de hemodiálisis. Pero, aun así, la enfermedad renal crónica y los tratamientos dialí-

Correspondencia: Gustavo A. Reyes del Paso
Departamento de Psicología.
Universidad de Jaén, Campus Las Lagunillas. 23071 Jaén.
greyes@ujaen.es

ticos siguen ocasionando en los pacientes cambios a nivel físico, psicológico y social¹. Para la evaluación de la interferencia que produce la enfermedad y sus tratamientos en el funcionamiento adaptativo, se ha desarrollado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La CVRS es la evaluación que lleva a cabo el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional². La CVRS se está constituyendo en un concepto fundamental en la atención integral del paciente con enfermedad crónica¹.

Respecto a la enfermedad renal crónica, los indicadores de CVRS han mostrado una estrecha relación con los índices de morbilidad y mortalidad^{3,4}. Por otra parte, el tratamiento de diálisis genera diversos cambios en la vida del paciente que, de no ser atendidos, pueden disminuir la CVRS^{5,6}. Varios trabajos han evaluado la CVRS en pacientes renales en tratamiento sustitutivo de diálisis^{2,7-11}. Los resultados muestran un deterioro de la CVRS en asociación con variables clínicas¹²⁻¹⁴, sociodemográficas^{13,15,16}, características de la diálisis¹⁶, existencia o no de deterioro cognitivo¹⁷ y la presencia de alteraciones emocionales^{18,8}.

Para la atención integral del paciente renal es muy relevante identificar las variables psicosociales que pueden afectar a la CVRS, modulando la interferencia que produce la enfermedad en el funcionamiento adaptativo. En este estudio nos hemos centrado en las siguientes: Apoyo Social, Autoeficacia, Optimismo Disposicional, Depresión, Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento.

El Apoyo Social consiste en la obtención por parte de la persona de recursos (materiales, cognitivos y afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o «fuentes» de apoyo. Estos recursos reducen la percepción de amenaza y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes¹⁹. En enfermos renales se ha encontrado que el apoyo social influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y la intensidad de los síntomas depresivos^{18,20-22}.

La Autoeficacia se refiere a las creencias que tiene una persona sobre su grado de capacidad en el desempeño de acciones conducentes a la obtención de los resultados deseados²³. En enfermos renales la autoeficacia se ha asociado con el autocuidado de la enfermedad, la adherencia al tratamiento^{10,24-26} y con la disminución de la sintomatología física y psicológica²⁷.

El Optimismo Disposicional hace referencia a la expectativa o creencia generalizada de que en la vida ocurrirán cosas positivas²⁸. El optimismo afecta a la salud en parte a través de los mecanismos de afrontamiento, asociándose con un afrontamiento más activo y eficaz^{29,30} y una menor presencia de síntomas físicos³⁰. En enfermos renales se ha asociado con un mayor apoyo social y menores niveles de depresión³¹.

Dadas las especiales situaciones vitales a las que tiene que hacer frente el paciente renal (pérdida de la función renal, del bienestar, de su lugar en la familia y en el trabajo, tiempo, recursos financieros y función sexual), y la continua incertidumbre con la que ha de vivir, la Ansiedad y la Depresión son relativamente frecuentes. La depresión en enfermos renales se ha asociado con disfunciones inmunológicas y nutricionales^{32,33}, una peor percepción de la enfermedad^{9,18} y una menor CVRS⁸. La ansiedad también se ha asociado a una menor CVRS, principalmente en los primeros meses de hemodiálisis y en los pacientes de mayor edad¹².

Las Estrategias de Afrontamiento hacen referencia a los mecanismos habituales que utiliza el individuo para enfrentarse al estrés y los problemas cotidianos. Estas estrategias concretas se usan en diferentes contextos y pueden cambiar en función de la situación presente en cada momento³⁴. En pacientes renales el afrontamiento interviene en la adaptación a la enfermedad y en la adherencia al tratamiento^{7,35,36}.

El objetivo de este estudio es evaluar la CVRS en pacientes renales en diálisis con edad menor o igual a 55 años de la provincia de Jaén y analizar su asociación con algunas variables psicosociales (Ansiedad, Depresión, Autoeficacia, Optimismo Disposicional, Apoyo Social y Estrategias de Afrontamiento). Los resultados del estudio pueden sugerir cuál o cuáles son los factores más relevantes en los que debe centrarse la intervención psicológica para conseguir incrementar la CVRS en estos pacientes.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 39 pacientes con trastorno renal crónico y en diálisis. El tipo de diálisis recibida fue *online*, con tres sesiones semanales (y una sesión extra para pacientes con sobrepeso) de cuatro horas de duración (flujo de sangre [Qb] a 250-350 ml/m, flujo de líquido de diálisis [Qd] a 500 ml/m, dializador de polisulfona, volumen de infusión 30% del peso seco y Kt/V diana de 1,5). Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se exponen en la tabla 1. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o menor de 55 años, llevar en diálisis más de 6 meses, no haber padecido situaciones clínicas graves recientes (ingresos hospitalarios prolongados, obstrucción reciente del acceso vascular), trastornos psiquiátricos o deterioro cognitivo. Estos criterios se usaron en parte para asegurar una mejor comprensión de los instrumentos de evaluación utilizados.

Instrumentos de evaluación

Además de una entrevista semiestructurada para recoger información acerca de variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos de vida, se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra utilizada

VARIABLES	n
Edad (años)	
20 a 29	1
30 a 39	8
40 a 49	22
≥ 50	8
Sexo	
Hombre	27
Mujer	12
Nivel de estudios	
Sin estudios	4
Primarios	24
Secundarios	6
Universitarios	5
Tiempo en diálisis (años)	
0 a 5	20
6 a 10	8
11 a 20	7
≥ 21	4
Causas de la IRC	
Glomerulonefritis crónica	12
Vascular	7
Diabetes mellitus	6
Poliquistosis renal	6
Pielonefritis renal	5
No filiada	3
Trasplantado anteriormente	
No	27
Sí	12

IRC: insuficiencia renal crónica.

- **Escala de Funcionamiento y Calidad de Vida SF-36³⁷.** Este instrumento evalúa el impacto de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo. Consta de 36 ítems referentes a 8 niveles básicos de funcionamiento: Función Física (autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger pesos, etc.), Rol Físico (trabajo y en otras actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad de dolor, en el que una menor puntuación indica un mayor dolor), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), Función Social (vida social habitual), Rol Emocional (problemas emocionales) y Salud Mental (depresión, ansiedad, control de la conducta y el afecto en general). La consistencia interna de las distintas subescalas oscila entre 0,7 y 0,94.
- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)³⁸.** Esta escala evalúa la ansiedad y la depresión sin usar síntomas de tipo somático, por lo que limita las posibilidades de que los síntomas propios de la enfermedad interfieran en las puntuaciones. Consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad (7) y depresión (7). La escala tiene una elevada consistencia interna, con un coeficiente α de 0,82 para la subescala de ansiedad y 0,84 para la subescala de depresión.
- **Escala de Preocupaciones y Autoeficacia de Báñez³⁹.** Esta escala fue desarrollada para analizar las creencias que tienen los enfermos acerca de sus preocupaciones y habilidades para manejar determinadas situaciones vitales relacionadas con la enfermedad, la familia, el trabajo, la actividad social y las finanzas. Consta de 25 ítems y se obtienen dos tipos de puntuación, una relacionada con el grado de preocupación por las distintas situaciones planteadas y otra respecto al grado en que la persona se siente capaz de afrontar esas situaciones (autoeficacia). La consistencia interna oscila entre 0,71 y 0,86³⁹.
- **Escala de Apoyo Social (AS-25)⁴⁰.** Consta de 25 ítems que se puntúan de 1 a 4. El objetivo de esta escala es cuantificar la disponibilidad de apoyo social. La consistencia interna del instrumento (coeficiente α de Cronbach) es de 0,87.
- **Test de Orientación Vital Revisado⁴¹.** Es el instrumento más ampliamente utilizado para evaluar el optimismo disposicional. Está compuesto por 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert. Tiene una fiabilidad test-retest de 0,74 y una consistencia interna (coeficiente α) de 0,87.
- **Escala de Estrategias de Afrontamiento o Ajuste Mental⁴².** Esta escala evalúa el grado de ajuste al padecimiento de una enfermedad. Se ha utilizado frecuentemente con enfermos de cáncer, por lo que para nuestro estudio se han eliminado 3 de sus ítems. Incorpora 4 subescalas referentes a espíritu de lucha, preocupación ansiosa, indefensión y fatalismo. La consistencia interna oscila entre 0,55 y 0,80.

Procedimiento y análisis estadístico

Una vez aprobado el protocolo del estudio por la dirección de los centros, los pacientes fueron reclutados en los cuatro servicios de diálisis de la provincia de Jaén (Unidad de Hemodiálisis del Hospital Médico Quirúrgico, Centro de Hemodiálisis Santa Catalina, NefroLinares y Centro de Diálisis Playa de la Victoria). La investigación fue propuesta al 100% de los pacientes disponibles en el distrito que cumplían los criterios de inclusión (45 pacientes). De éstos, 39 aceptaron finalmente participar en la investigación. Una vez localizados estos pacientes, se explicaron los objetivos de la investigación y se pidió la firma del consentimiento informado. Respecto a la evaluación, en primer lugar se recogió información acerca de las variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos de vida a través de una entrevista directa con el enfermo. A continuación se entregó un cuadernillo con los cuestionarios utilizados en orden contrabalanceado.

Para una interpretación de los valores de CVRS, las puntuaciones directas en la SF-36 se transformaron en puntuaciones estandarizadas según los baremos disponibles de la población general española⁴³ y posteriormente normalizadas (media [M] = 50, desviación típica [DT] = 10). El análisis de las relaciones entre las variables consideradas predictoras sobre la variable definida como dependiente (CVRS) se ha realizado en un primer lugar mediante un análisis correlacional exploratorio a través de correlaciones bivariadas de Pearson y posteriormente mediante análisis de regresión múltiple según el método de los pasos sucesivos. A partir de un diagnóstico de colinealidad previo, se eliminaron para el análisis de regresión dos predictores con un valor de tolerancia inferior a 0,4: Ansiedad, que correlacionaba con Depresión ($r = 0,64$) y Fatalismo, que correlacionaba con Indefensión-Desesperanza ($r = 0,62$). Los restantes predictores (Depresión, Preocupación, Autoeficacia, Optimismo, Apoyo Social, Indefensión-Desesperanza, Espíritu de Lucha y Preocupación Ansiosa)* mostraron valores de tolerancia por encima de 0,5. Los análisis de regresión han facilitado una r^2 corregida, como índice de la capacidad predictiva del modelo, y unos coeficientes β estandarizados, como valor de la pendiente de la línea de regresión. El nivel de significación se ha fijado en $p < 0,05$.

RESULTADOS

a) Niveles de calidad de vida

Las puntuaciones de las diferentes dimensiones de la CVRS (SF-36) aparecen recogidas en la tabla 2. Como puede obser-

varse, los niveles mostrados por los pacientes quedan por debajo de los obtenidos en la muestra normativa del instrumento, con unos niveles especialmente bajos en Salud General, Función Social, Rol Emocional, Función Física y Rol Físico.

b) Análisis correlacional exploratorio

En la tabla 3 se exponen las correlaciones entre las variables consideradas predictoras y los distintos componentes de la CVRS. Los resultados muestran la existencia de asociaciones negativas significativas para Depresión, Ansiedad, Grado de Preocupación y las estrategias de afrontamiento de Indefensión-Desesperanza y Fatalismo. Por el contrario, se observan asociaciones positivas significativas para grado de Autoeficacia, Optimismo, Apoyo Social y la estrategia de afrontamiento del Espíritu de Lucha.

c) Análisis de regresión múltiple para la predicción de la calidad de vida relacionada con la salud

Los resultados del análisis de regresión múltiple para la predicción de la CVRS a partir de las variables psicosociales evaluadas en el estudio se presentan en la tabla 4. Seguidamente se resumen los resultados obtenidos:

- La Depresión predice una menor CVRS en todos los componentes de la SF-36.
- El Grado de Preocupación predice una menor CVRS en la mayoría de los componentes de la CVRS (Función Física, Rol Físico, Salud General y Salud Mental).

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas para las distintas subescalas de SF-36

Dimensiones de la calidad de vida	Puntuaciones directas		Puntuaciones normalizadas		Población española	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Función Física	69,61	22,98	37,87	13,54	90,2	16,97
Rol Físico	51,28	44,77	39,27	13,83	86	32,37
Dolor Corporal	57,25	27,99	40,85	10,87	80,8	25,75
Salud General	35,05	19,73	31,91	9,94	70,95	19,85
Vitalidad	53,33	19,17	44,66	9,2	68,45	20,82
Función Social	66,66	25,54	35,25	14,67	92,32	17,4
Rol Emocional	61,53	48,08	38,75	18,42	90,9	26,1

Los resultados se presentan en puntuaciones directas y normalizadas (media = 50, desviación típica = 10). También se incluyen los valores de referencia (puntuaciones directas) de la población general española⁴⁸.

* Este número de predictores podría considerarse excesivamente elevado para el tamaño muestral utilizado. No obstante, hay que tener en cuenta que el método de regresión usado ha sido el de los pasos sucesivos, en el que no todos los predictores entran en el modelo, sino que se van incorporando de uno en uno cuando contribuyen significativamente a un aumento en la varianza explicada. En este sentido, en los análisis realizados el número máximo de predictores que han entrado en un modelo ha sido de 4.

Tabla 3. Correlaciones entre las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y las variables consideradas como predictoras

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Ansiedad	-0,521 ^b	-0,439 ^b	-0,434 ^b	-0,502 ^b	-0,507 ^b	-0,527 ^b	-0,565 ^b	-0,738 ^b
Depresión	-0,638 ^b	-0,646 ^b	-0,590 ^b	-0,555 ^b	-0,710 ^b	-0,768 ^b	-0,651 ^b	-0,719 ^b
Preocupación	-0,382 ^a	-0,400 ^a	-0,379 ^a	-0,520 ^b	-0,344 ^a	-0,416 ^b	-0,378 ^a	-0,451 ^b
Autoeficacia	0,352 ^a	0,292	0,280	0,399 ^a	0,294	0,378 ^a	0,364 ^a	0,293
Optimismo	0,169	0,271	0,275	0,477 ^b	0,330 ^a	0,039	0,113	0,247
Apoyo Social	0,367 ^a	0,117	0,145	0,171	0,217	0,221	0,163	0,116
Espíritu de Lucha	0,357 ^a	0,292	0,421 ^b	0,489 ^b	0,492 ^b	0,255	0,296	0,374 ^a
Indefensión-								
Desesperanza	-0,601 ^b	-0,195	-0,522 ^b	-0,454 ^b	-0,523 ^b	-0,517 ^b	-0,299	-0,471 ^b
Fatalismo	-0,402 ^a	-0,292	-0,359 ^a	-0,449 ^b	-0,459 ^b	-0,455 ^b	-0,321 ^a	-0,506 ^b
Preocupación								
Ansiosa	-0,347 ^a	-0,114	-0,053	-0,110	-0,138	-0,337 ^a	-0,037	-0,279

^a p < 0,5; ^b p < 0,01.

- Las estrategias de afrontamiento de Indefensión-Desesperanza y Preocupación Ansiosa predicen menores niveles de CVRS en los componentes de Función Física, Rol físico y Función Social.
- El Optimismo predice mayores niveles de Salud General.

DISCUSIÓN

Nuestro primer objetivo era conocer la CVRS de los pacientes en diálisis de la provincia de Jaén. De acuerdo con los resultados, se evidencia un menoscabo importante en la CVRS en nuestra muestra. Todas las dimensiones de la CVRS están por debajo de la media de referencia del cuestionario SF-36, siendo las más afectadas la Salud General, la Función Social y la Función Física. Esto refleja el impacto psicológico que provoca la enfermedad en las actividades diarias. La dimensión peor preservada es la Salud General, lo que implica que el paciente en diálisis hace una mala valoración de su salud actual y de las perspectivas de mejora en el futuro. Los resultados obtenidos se encuentran en la misma línea que otros estudios que han usado la SF-36 en población con insuficiencia renal crónica⁴⁴ y en general corroboran la evidencia previa disponible^{1,17,36}.

Nuestro segundo objetivo era identificar las variables psicosociales que pudieran ser predictoras significativas de la CVRS. Los resultados muestran claramente que la Depresión es el principal predictor de la CVRS en nuestra muestra, asociándose negativamente a todos los componentes de la SF-36 y llegando a explicar porcentajes de varianza de alrededor del 50% para Función Física, Rol Físico, Vitalidad, Función Social y Salud Mental. Según

nuestros resultados, la Depresión produce una interferencia muy significativa en las actividades diarias, ocasionando un rendimiento menor del deseado, una mayor interferencia del dolor corporal en el trabajo habitual, una valoración más negativa sobre la salud actual y las perspectivas de salud en el futuro, una percepción de mayor cansancio y agotamiento, disminución de la vida social del paciente, mayores problemas emocionales que interfieren en las actividades diarias y disminución de la salud psíquica del paciente. Estos resultados son similares y corroboran la evidencia aportada por otros autores, que muestran que la depresión afecta negativamente la calidad de vida del enfermo renal^{8,45,46}, a su estado nutricional ya en el inicio de la diálisis⁴⁷ y, en general, al grado de deterioro físico y mental y a la morbilidad y mortalidad del enfermo renal^{48,49}.

Nuestros resultados muestran que el Grado de Preocupación que presenta el paciente se asocia negativamente a la mayoría de los componentes de la CVRS. Este hallazgo corrobora estudios previos que muestran que, cuando el paciente renal se preocupa por las situaciones relacionadas con su enfermedad, disminuye la CVRS^{10,24,26}. Por el contrario, el análisis correlacional muestra que el Grado de Autoeficacia se asocia positivamente a una mayor Función Física, Salud General, Función Social y Rol Emocional. Estos resultados van en la misma dirección que estudios previos²⁷, donde se encontró que el grado de autoeficacia se asocia con un aumento en la adherencia al tratamiento, la realización de conductas que promueven la salud y la disminución de la sintomatología física y psicológica en enfermos renales. Todos estos resultados apoyan la teoría de Bandura²³, que argumenta que un fuerte sentido de autoefi-

Tabla 4. Resultados del análisis de regresión por pasos sucesivos para la predicción de los distintos componentes de Calidad de Vida

V. dependiente	V. predictora	β	r^2	t	p
Función Física	1.º modelo:				
	Depresión	-0,731	0,521	-6,339	0,000
	2.º modelo:				
	Depresión	-0,564	0,592	-4,562	0,000
	Indefensión-Desesperanza	-0,328		-2,656	0,012
	3.º modelo:				
	Depresión	-0,489	0,633	-4,003	0,000
	Indefensión-Desesperanza	-0,288		-2,426	0,021
	Preocupación	-0,245		-2,201	0,035
Rol Físico	1.º modelo:				
	Depresión	-0,694	0,466	-5,698	0,000
	2.º modelo:				
	Depresión	-0,591	0,512	-4,668	0,000
	Preocupación	-0,263		-2,076	0,046
	3.º modelo:				
	Depresión	-0,716	0,559	-5,350	0,000
	Preocupación	-0,303		-2,489	0,018
	Indefensión-Desesperanza	0,279		2,142	0,040
Dolor	Depresión	-0,552	0,285	-3,917	0,000
Salud General	1.º modelo:				
	Depresión	-0,545	0,277	-3,843	0,000
	2.º modelo:				
	Depresión	-0,438	0,370	-3,151	0,003
	Optimismo	0,346		2,488	0,018
	3.º modelo:				
	Depresión	-0,320	0,442	-2,279	0,029
	Optimismo	0,329		2,508	0,017
	Preocupación	-0,314		-2,315	0,027
Vitalidad	Depresión	-0,726	0,513	-6,244	0,000
Función Social	1.º modelo:				
	Depresión	-0,789	0,612	-7,606	0,000
	2.º modelo:				
	Depresión	-0,760	0,649	-7,623	0,000
	Preocupación ansiosa	-0,215		-2,158	0,038
Rol Emocional	Depresión	-0,608	0,352	-4,535	0,000
Salud Mental	1.º modelo:				
	Depresión	-0,773	0,586	-7,207	0,000
	2.º modelo:				
	Depresión	-0,657	0,752	-6,146	0,000
	Preocupación	-0,296		-2,774	0,009

cacia aumenta el bienestar personal y que, en contraste, las personas que dudan de sus capacidades rehúyen las tareas difíciles, considerándolas una amenaza contra su persona. En este sentido, el paciente renal se enfrenta constantemente a la percepción de falta de control sobre las situaciones que está viviendo.

Centrándonos en el Optimismo, éste predice percepciones de mayor Salud General, incluyendo el estado actual y las perspectivas futuras de salud. Asimismo, como muestra el análisis correlacional, el Optimismo se asocia a mayores niveles de Vitalidad. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Maruta⁵⁰ y sugieren que el optimismo ayuda

eficazmente a afrontar la enfermedad de una forma más adaptativa^{28,30}. El optimismo se asocia a un mayor bienestar subjetivo⁵¹, lo que conlleva efectos positivos sobre el comportamiento y la CVRS.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, cuando se utilizan estrategias como la Indefensión-Desesperanza se puede predecir una menor Función Física y Función Social. Asimismo, como muestra el análisis correlacional, la Indefensión-Desesperanza y el Fatalismo se asocian negativamente con la mayoría de los componentes de la SF-36. Por el contrario, las correlaciones encontradas muestran que el Espíritu de Lucha se asocia a un aumento en Función Física, Salud General, Vitalidad y Salud Mental y una disminución del Dolor. Como conclusión, en consonancia con estudios previos^{7,30,36}, podemos afirmar que las estrategias de afrontamiento activo (cuando el paciente se involucra activamente en su problema haciendo algo) predicen un aumento de la CVRS, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivo (cuando el paciente no hace nada por mejorar o resolver sus problemas, reaccionando con inhibición) predicen su disminución.

En lo que concierne al Apoyo Social, el análisis correlacional muestra que se asocia a un aumento en la Función Física, de forma que los pacientes con mayor apoyo social encuentran menores limitaciones en la actividad física de su vida diaria. Recuérdese que la Función Física es una de las dimensiones de la CVRS que más deteriorada se encuentra en nuestra muestra. Ello sugiere la posible utilidad de promover actividades físicas en grupo o moduladas por el apoyo social.

En lo que respecta a la Ansiedad, el análisis correlacional muestra que se asocia negativamente con todas las dimensiones de la CVRS. Algunos estudios han puesto de manifiesto la importancia de la salud mental en la enfermedad renal crónica. Por ejemplo, los pacientes en diálisis con mejor percepción de salud mental se adaptan mejor al curso de la enfermedad y al tratamiento⁵². Ello sugiere la relevancia de implantar estrategias para detectar los trastornos de depresión-ansiedad en esta población, lo que mejoraría la CVRS y los propios resultados clínicos.

La principal limitación de nuestro estudio hace referencia al tamaño muestral utilizado, que podría considerarse bajo. No obstante, la investigación fue propuesta a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (45) y la mayoría de ellos aceptaron participar en el estudio (39). El principal motivo del número relativamente reducido de participantes utilizados ha residido en nuestro criterio de inclusión de edad (igual o menor de 55 años), lo que redujo drásticamente el número de participantes disponibles. El objetivo de este criterio fue asegurar una comprensión óptima de las pruebas psicológicas, y con ello lograr una mayor validez de nuestros resultados. El impacto de la edad sobre la CVRS está bien documentado, por lo que nuestros resultados no pueden

ser directamente extrapolados a otros rangos de edad. Otra limitación podría radicar en la ausencia de grupo control. No obstante, nuestro objetivo principal ha sido valorar la posibilidad de predecir la CVRS a partir de una serie de variables psicosociales, y no la comparación de dichas variables entre pacientes con enfermedad renal y sujetos normales. Por último, hay que tener en cuenta que nuestro estudio se encuadra en una perspectiva multidimensional biopsicosocial, donde se presupone que la salud y la enfermedad están determinadas por la interacción mutua de diversas variables a distinto nivel (bio-psico-social) y que se pueden explicar desde diversos niveles de análisis. Captar estas sutiles relaciones de mutua influencia es algo muy difícil. Por tanto, el sentido de la causalidad podría ser interactivo o inverso al presentado en nuestro trabajo.

Como conclusión, los resultados del estudio sugieren que la intervención en algunos aspectos psicosociales puede ser de utilidad para mejorar la CVRS de los enfermos renales. En primer lugar, dado que la Depresión ha aparecido con el principal predictor de la CVRS, nuestros resultados muestran la necesidad de que el paciente renal sea evaluado (y tratado, si es necesario) en su estado emocional (incluyendo estados ansiosos o de preocupación excesiva). Esto redundará en un aumento de la CVRS y fomentará secundariamente una mejor adaptación del paciente a su enfermedad, mejorando el pronóstico y la respuesta al tratamiento. La Depresión también se relaciona negativamente con el Optimismo y la Autoeficacia, variables que se han asociado de forma positiva en nuestro estudio a algunos aspectos de la CVRS. En este sentido, actualmente disponemos de intervenciones con eficacia demostrada para tratar simultáneamente la Depresión y mejorar el Optimismo y la Autoeficacia mediante terapias de corte cognitivo-conductual⁵³⁻⁵⁵, que es conocido que redundan en una mejora que se mantiene a largo plazo, disminuyendo también la ansiedad y expectación aprehensiva. Respecto al Apoyo Social, se puede sugerir la implantación de programas de actividad física estimulados por redes de apoyo social (p. ej., involucrar a algún familiar o hacer grupos de pacientes para el desarrollo de programas de actividad). Por último, nuestros resultados también sugieren un importante papel de los mecanismos de afrontamiento en la determinación de la CVRS. La intervención debe ir dirigida a disminuir las estrategias de afrontamiento pasivo (como el Fatalismo o la Indefensión-Desesperanza) y aumentar las estrategias de afrontamiento activo. En este sentido, la Autoeficacia se asocia a un estilo de afrontamiento activo, por lo que la intervención en este aspecto puede redundar secundariamente en una mejora del perfil de afrontamiento.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología* 2000;20:431-9.
2. Álvarez-Ude F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2001;14:64-8.
3. Ifudu O, Paul HR, Homel P, Friedman EA. Predictive value of functional status for mortality in patients on maintenance hemodialysis. *Am J Nephrol* 1998;18:109-16.
4. López K, García FJ, De Álvaro F, Alonso J. Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (CALVIDIA Study). *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:2347-53.
5. Evans R, Manninen D, Garrison L. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985;312:553-9.
6. Sánchez JM, Montejo AL, Llorca G. Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatr Biol* 2006;13:67-70.
7. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud* 2008;18:165-79.
8. Morales R, Salazar E, Flores FJ, Bochicchio T, López AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx* 2008;144:91-8.
9. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2002;40:1013-22.
10. Shioh-Luan T, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002;39:245-51.
11. Yarlus A, White M, Yang M, Saris-Baglam R, Bech P, Chistensen T. Measuring the health status burden in hemodialysis patients using the SF-36® health survey. *Qual Life Res* 2011;20:383-9.
12. Páez AE, Jofré MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ Psicol* 2009;8:117-24.
13. Álvarez-Ude F, Rebollo P. Alteraciones psicológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). *Nefrología* 2008;28:57-62.
14. Odden MC, Whooley MA, Shlipak MG. Depression, stress, and quality of life in persons with chronic kidney disease: the Heart and Soul Study. *Nephron Clin Pract* 2006;103:c1-c7.
15. Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 1999;19:84-90.
16. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Sintomatología física y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología* 2001;21:191-9.
17. Gil JM, Gariás MJ, Foronda J, Borrego JF, Sánchez Perales MC, Pérez del Barrio J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología* 2003;23:528-37.
18. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59:1599-613.
19. Pérez AM. Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social. Madrid: UNED-FUE; 1999.
20. McClellan WM, Stanwyck DJ, Anson CA. Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:1028-34.
21. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998;54:245-54.
22. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005;18:98-102.
23. Bandura A. Self-efficacy. New York: Academic Press; 1994.
24. Brady BA, Tucker CM, Alfino PA, Tarrant DG, Finlayson GC. An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: a self-efficacy theory based approach. *Ann Behav Med* 1998;19:339-43.
25. Oka M, Chaboyer W. Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *Int J Nurs Pract* 2001;7:431-9.
26. Shioh-Luan T. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003;43:370-5.
27. Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP, Levin NW. Psychosocial factors affecting adherence to medical regimes in a group of hemodialysis patients. *Med Care* 1982;20:567-80.
28. Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *J Pers* 1987;55:169-210.
29. Chico E. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema* 2002;14:544-50.
30. Martínez-Correa A, Reyes del Paso GA, García-León A, González-Jareño MI. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema* 2006;18:66-72.
31. Symister P, Friend R. The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychol* 2003;22:123-9.
32. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27.
33. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002;53:951-6.
34. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer; 1984. [Spanish version: Martínez Roca, 1986].
35. Baldree K, Murphy S, Powers M. Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis. *Nurs Res* 1982;31:107-12.
36. Calvanese N, Feldman L, Weisinger J. Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrol Latin* 2004;11:49-63.

37. Alonso J, Prieto L, Antó M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.
38. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
39. Báñez M. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
40. Pulgar A. Aplicación del modelo Biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico [tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2010.
41. Otero JM, Luengo A, Romero E, Gómez JA, Castro C. *Psicología de la Personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum; 1998.
42. Ferrero J, Barreto M, Toledo M. Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: An Exploratory Study. *Psych Oncol* 1994;3:223-32.
43. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998;111:410-6.
44. Rodríguez M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrología* 2011;31:91-6.
45. Esquivel C, Prieto J, Robledo J, Ortega R, Martínez J, Velasco V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Méx* 2009;25:443-9.
46. Seica A, Segall L, Verzan C, Văduva N, Madincea M, Rusoiu S, et al. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24:626-9.
47. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002;40:1185-94.
48. Lopes A, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002;62:199-207.
49. Kimmel PL, Peterson R, Weihs K, Simmens S, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 2000;57:2093-8.
50. Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Oxford KP. Optimism-Pessimism assessed in the 1960s and Self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc* 2002;77:748-3.
51. Lyubomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational factors in well-being. *Am Psychol* 2001;56:239-49.
52. Ruiz B, Basabe N, Fernández E, Baños C, Nogales M, Echebarri M. Vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. *Metas de Enfermería* 2008;11:27-32.
53. Seligman MEP. *Learned optimism*. Sydney: Random House Australia; 1990. [Spanish version: Ed. Atlántida, 1991].
54. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005;60:410-21.
55. Lyubomirsky S, King LA, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psych Bull* 2005;131:803-55.