

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Social y Antropología



TESIS DOCTORAL

**EL ENFERMO RENAL CRÓNICO: ANÁLISIS
DE SU EXPERIENCIA PSICOSOCIAL EN
LA HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA**

ANTONIO ALBERTO BARBA TEJEDOR

2014

La Dra. Dña. **María Teresa Vega Rodríguez**, Profesora Titular del Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca

CERTIFICA:

Que: la presente Tesis Doctoral, titulada "*El enfermo renal crónico: análisis de su experiencia psicosocial en la hemodiálisis hospitalaria*", realizada por D. **Antonio Alberto Barba Tejedor**, licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología), se ha desarrollado bajo su dirección y reúne, a su juicio, méritos suficientes de originalidad, rigor y calidad científica para que su autor pueda optar con ella al título de Doctor en Psicología.

Por todo ello, autorizo la presentación de dicha Tesis Doctoral.

Fdo. Dra. Dña. María Teresa Vega Rodríguez

En Salamanca, en mayo de dos mil catorce

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

***A todos los que han hecho posible la realización
de este trabajo, especialmente a los pacientes renales,
para que entre todos les ayudemos a sobrellevar mejor
la difícil prueba que la vida les ha puesto.***

AGRADECIMIENTOS

A Mayte, mi directora de tesis, por su inmensa capacidad de trabajo y por haber confiado en su momento en mí y haberme dado el empujón definitivo para poder terminar.

A mi hermana Susana, por haber sido parte activa e imprescindible en muchos momentos de la tesis. Sin ella no habría habido permisos, ni gente que colaborara, ni parte de los datos.

A Eufemiano y a Yolanda, dos profesionales de la vieja escuela por su inestimable colaboración activa y por seguir dando lo mejor de ellos en sus puestos de trabajo, cosa que no es nada fácil conseguir en los tiempos que corren. Sin ellos no habría habido datos que analizar.

A los responsables de los hospitales y a los jefes de servicio que permitieron que un psicólogo extraño se “colara” en su mundo para buscar de qué hablar. Especialmente a Mila.

A mi padre Antonio, por su disponibilidad inmediata y su cuidado exquisito en cada una de las tareas que le solicité, pero sobre todo por haberme enseñado una forma de ver la vida que espero también se refleje en esta tesis: honestidad, rigurosidad, preocupación e interés por las personas que más lo necesitan.

A mi madre Ángela, por haberme dado valores sin los cuales una tesis no podría haberse hecho nunca: esfuerzo, constancia, eficacia, sencillez y alegría.

A mi hermana Mari Luz, por su ejemplo en la vida, al recordarme con su actitud que hay pocas dificultades que no se puedan superar.

A mis amigos y compañeros y el resto de mi familia (especialmente a José Luis y María Jesús), que se han preocupado directa o indirectamente por mí y por la realización de la tesis.

De manera muy especial, gracias a Laura y a Mario, mis niños, por haber sabido “competir” con los tiempos robados por esta tesis y dedicarme la mejor de sus sonrisas después de muchos agotadores días de trabajo.

Gracias a Sara, mi vida, por su acción efectiva como “becaria de investigación” y sobre todo por su impagable trabajo como “compañera de camino” en este largo viaje.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: ASPECTOS MÉDICOS DE LA IRC.....	6
1.1. CONCEPTO Y NATURALEZA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC).....	7
1.1.1. Concepto.....	7
1.1.2. Fisiología renal.....	8
1.1.3. Sintomatología de la IRC	13
1.1.4. Etiopatogenia	14
1.1.5. Fases de la IRC	15
1.1.6. Epidemiología	17
1.2. EL TRATAMIENTO DE LA IRC	27
1.2.1. Tratamiento preventivo	27
1.2.2. Tratamiento conservador	28
1.2.3. Tratamiento sustitutivo	28
CAPÍTULO 2:ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA..	41
2.1. EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	42
2.2. VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LA IRC Y LA HD	49
2.2.1. Ansiedad	49
2.2.2. Depresión.....	52
2.2.3. Estrés	56
2.2.4. Afrontamiento.....	59
2.2.5. Apoyo social.....	65
2.3.EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA IRC Y LA HD.....	70
2.3.1. Evaluación de los procesos psicosociales	70
2.3.2. El tratamiento psicológico en la IRC y la HD	73
2.3.3. La adherencia terapéutica.....	79

CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS	85
3.1. OBJETIVOS GENERALES	87
3.2. MÉTODO	88
3.2.1. Muestra	88
3.2.2. Variables	90
3.2.3. Instrumentos de medida.....	91
3.2.4. Procedimiento	102
CAPÍTULO 4: ESTUDIO DESCRIPTIVO	104
4.1. OBJETIVOS	105
4.2. HIPÓTESIS	106
4.3. DISEÑO	107
4.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	110
4.5. RESULTADOS.....	111
4.5.1. Datos sociodemográficos.....	111
4.5.2. Datos referidos a la enfermedad.....	117
4.5.3. Perfil psicosocial del enfermo con IRC en tratamiento con hemodiálisis.....	119
4.5.4. Descripción del estrés en la hemodiálisis	122
4.5.5. El afrontamiento al estrés en la IRC y la hemodiálisis	139
4.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	142
CAPÍTULO 5: ESTUDIO ANALÍTICO.....	147
5.1. OBJETIVOS	148
5.2. HIPÓTESIS	150
5.2.1. Relacionadas con las variables sociodemográficas.....	150
5.2.2. Relacionadas con las variables de la enfermedad.....	151
5.2.3. Relacionadas con las variables psicosociales	152
5.3. DISEÑO	153
5.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	154

5.5. RESULTADOS.....	154
5.5.1. Datos sociodemográficos.....	155
5.5.2. Datos relacionados con al enfermedad y el tratamiento.....	173
5.5.3. Datos relativos a las variables psicosociales.....	179
5.5.4. Datos relativos al estrés y su afrontamiento ..	180
5.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	189
CAPÍTULO 6: ESTUDIO PREDICTIVO.....	205
6.1. OBJETIVOS.....	206
6.2. DISEÑO	206
6.3. ANÁLISIS DE DATOS.....	207
6.4. RESULTADOS.....	208
6.4.1. Perfil psicosocial	208
6.4.2. Estrés	213
6.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	219
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES.....	226
7.1. HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS.....	227
7.2. RECOMENDACIONES CLÍNICAS	235
7.3. ANÁLISIS CRÍTICO.....	238
7.3.1. Puntos a mejorar.....	238
7.3.2. Aspectos destacables	239
7.4. LÍNEAS DE TRABAJO PARA EL FUTURO.....	240
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	242
ANEXOS.....	271

Introducción

La relación entre la Psicología y la Medicina es una de las constantes en la evolución de ambos campos científicos. Desde el planteamiento disyuntivo entre mente y cuerpo, herencia de la tradición cartesiana, hasta la actual concepción integradora, han sido innumerables los estudios que han aunado estas dos realidades. El planteamiento psicosomático ha dado paso a una concepción holística de la enfermedad y la salud en la que en muchas ocasiones la relación entre mente y cuerpo es circular. El siguiente avance se produjo al integrar variables psicosociales como el apoyo social o la autoeficacia en los modelos explicativos de la relación mente-cuerpo en el ámbito de la salud. Es justo dentro de esta concepción de la salud y la enfermedad como algo integral donde se sitúa la presente tesis doctoral.

De entre las numerosas entidades nosológicas estudiadas en la Psicología de la Salud, las enfermedades crónicas ocupan un lugar destacado. Cáncer, dolor, diabetes, SIDA, o enfermedades intestinales inflamatorias (por poner varios ejemplos) han sido analizadas con profundidad y extensión (p.ej. véase Amigo, 2013; Baum, Revenson y Singer, 2012; Roales, 2003). En el caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) no se ha seguido esta misma tendencia a pesar de las importantes implicaciones que las variables psicosociales tienen en su curso. Si bien es cierto que a partir de los años 90 se ha constatado un incremento en el número de investigaciones sobre esta materia, el número de publicaciones es sensiblemente inferior a la de otras patologías crónicas. Por ello, estudiar con mayor profundidad estas relaciones, es uno de los objetivos de la presente tesis.

¿Por qué una tesis sobre Insuficiencia Renal Crónica?

Básicamente porque la influencia de las variables psicosociales se antoja fundamental en diversos aspectos de esta enfermedad:

- En las consecuencias psicopatológicas derivadas de la propia IRC.
- En la adaptación a las diferentes fases por las que tiene que pasar el paciente en el curso de su enfermedad.
- En el afrontamiento activo tanto de la patología como del tratamiento.

- En la aceptación de la cronicidad.
- En la adherencia terapéutica.
- En la predicción de la morbi-mortalidad.

Panagopoulou, Hardalias, Berati y Fourtounas (2009) plantean que las variables y procesos psicosociales interfieren, de manera fundamental, en varias de las dimensiones del Modelo de Cinco Factores de la calidad de vida relacionada con la salud propuesto por Wilson y Clearly (1995): factores biológicos y fisiológicos, síntomas, funcionalidad, percepción general de salud y calidad de vida global. En todos ellos se produce una influencia activa de dichas variables. Así pues cabe pensar que en la IRC se dan relaciones similares (Chistensen y Smith, 1995). En este sentido Cameron, Whiteside, Katz, y Devins, (2000), buscando las diferencias entre los diversos modos de tratamiento (hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) y trasplante), constataron que varios aspectos psicosociales (p.ej. la falta de educación relacionada con la enfermedad y el tratamiento, las relaciones con el equipo de atención, la ansiedad y/o la depresión) se relacionaban con el estatus funcional y la calidad de vida de estos enfermos. Todas estas relaciones se han analizado con detalle en esta tesis, tratando de demostrar, con el estudio de campo llevado a cabo, el papel de diversas variables psicosociales en la salud física y mental del enfermo renal crónico en tratamiento sustitutivo, más concretamente en la hemodiálisis.

¿Por qué centrarse en la hemodiálisis?

El paciente renal crónico en tratamiento con hemodiálisis necesita someterse a un tratamiento doloroso, de larga duración y que genera grandes cambios en su vida y en las de las personas de su entorno (Maldaner, Beuter, Brondani, Budo y Pauletto, 2008). La mayor parte de los enfermos en diálisis y de sus familias experimentan un fuerte proceso de estrés que resulta en niveles moderados y/o altos de ansiedad y depresión de manera más frecuente que en la población normal (Kirschenbaum, 1991). Estos índices más elevados de estrés y sufrimiento incluso llegan a hacerse extensivos a la familia del enfermo (Ventura, 1986) y son más habituales que en otras formas de tratamiento sustitutivo de la IRC (Wasserfallen et al, 2004).

El propio tratamiento de hemodiálisis tiene una serie de características especiales que podrían favorecer la aparición de estos trastornos. Entre ellas cabe citar:

- Combinación de cronicidad con episodios agudos (crisis).
- Situaciones controlables (dieta, ingesta de líquidos, ejercicio...) con situaciones no controlables (p.ej. actuación de enfermería en el proceso de diálisis).
- Alto frecuencia de vida en el hospital (tres veces por semana como mínimo).
- Combinación de situaciones de dependencia con funcionamiento normal independiente.
- Estatus de “sano” vs. estatus de “enfermo”.

Así pues el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis añade a la IRC otra nueva carga de alteraciones cognitivas y emocionales que hacen aún más necesario su estudio.

¿Cuál es el enfoque de esta tesis?

La investigación específica que aquí se presenta surgió de una realidad y una necesidad clínica concreta y palpable: la situación psicológica del enfermo renal crónico en España y las demandas que exige del personal sanitario que lo atiende. En el intento de abordarla se ha tratado de buscar el rigor y la contestación científica que el planteamiento académico exige sin olvidar la vertiente clínica y psicosocial.

A lo largo de mi trayectoria profesional se han producido más de una vez divergencias, a veces de bastante entidad, entre el trabajo académico y el trabajo clínico. Independientemente de la “necesidad” de dichas divergencias, siempre me ha parecido imprescindible el planteamiento de aunar ambas tendencias y esta tesis doctoral me ha brindado una excelente oportunidad de poderlo hacer. Se ha pretendido que este estudio pueda resultar de interés para los profesionales que quieran conocer de primera mano la investigación más específica sobre la IRC y la hemodiálisis. Pero también se ha buscado que pueda ser de utilidad para los clínicos (y no sólo psicólogos) que deseen encontrar alguna pista sobre cómo abordar psicológicamente esta enfermedad y su tratamiento, en su modalidad de hemodiálisis.

La elección de las variables de estudio ha seguido este mismo criterio: por un lado escoger aquellos procesos y elementos que más afectan a la calidad de vida y a la salud del enfermo pero que, por otra parte, han podido ser contrastados a través de la literatura científica. Entre ellos se han escogido:

- Ansiedad, depresión y apoyo social porque influyen de manera fundamental en la calidad de vida del paciente renal e incluso en su supervivencia.
- Estrés, al ser tanto la IRC como la HD elementos altamente estresantes y entender que guardan relación con las variables anteriores (planteamiento transaccional).
- Afrontamiento, al mediar en las relaciones y dar “pistas clínicas” para ayudar a los pacientes.
- Variables sociodemográficas y médicas, al actuar como variables intervinientes en las relaciones entre las variables independientes y dependientes.

El hecho de no haber ampliado más la lista de variables a considerar (p.ej. con constructos como la autoeficacia o la autorregulación emocional) se debe al doble objetivo de no hacer inmanejables los datos aportados (planteamiento académico) y de no saturar al paciente con una recogida de datos ya de por sí prolifera (planteamiento clínico). Para tener un cuerpo de conocimiento en el cual apoyarse adecuadamente al desarrollar esta tesis, se han elegido aquellas variables que tienen una mayor constatación empírica, pero que a la vez estén muy presentes en la práctica diaria.

Así pues, y en resumen, quien se acerque a este trabajo, puede encontrarse con una tesis monográfica, empírica y de especial interés tanto clínico como académico. El objetivo fundamental es contextualizar la IRC y la HD en el campo científico de la Psicología de la Salud y conocer mejor la relación de interacción que se produce entre cuerpo y mente cuando el fallo renal se cronifica...

Capítulo 1

Aspectos médicos de la Insuficiencia Renal Crónica

1.1. CONCEPTO Y NATURALEZA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1.1. CONCEPTO

La insuficiencia renal se define como la incapacidad de los dos riñones para realizar sus funciones habituales: formar sangre, mantener la presión sanguínea, proteger la estructura ósea evitando la descalcificación y elaborar la orina. En términos más específicos, se habla de una insuficiencia renal, cuando se produce una disfunción glomerular que hace que el riñón se vea incapacitado para eliminar los desechos.

Para hablar de insuficiencia renal, ambos riñones han de perder su capacidad funcional, dado que un solo riñón puede realizar las funciones que se han citado. Además es posible seguir generando orina a pesar de tener una insuficiencia renal. El problema de esta orina es que no contiene la cantidad suficiente de residuos tóxicos a eliminar.

La insuficiencia renal se origina por la pérdida de la capacidad funcional de las nefronas debido a la esclerosis de los vasos renales. Las nefronas que no están dañadas no pueden desempeñar todas las funciones del riñón, por lo que disminuye la cantidad total de filtrado. Como consecuencia de ello aparece la uremia (aumento de la concentración de urea en la sangre) que provoca un envenenamiento sanguíneo acompañado de alteraciones nerviosas, gastrointestinales y vasculares.

A nivel patológico hay que distinguir la insuficiencia renal aguda de la insuficiencia renal crónica. La primera se presenta de modo brusco consecuentemente a algún tipo de problema (p.ej. enfermedad, intoxicación medicamentosa, obstrucción en las vías renales...). Es reversible si se logra recuperar la función renal. En cambio, la insuficiencia renal crónica (IRC) es un proceso progresivo de deterioro funcional de los riñones de carácter irreversible, que comienza cuando parte las nefronas pierden su funcionamiento y termina cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener con vida al paciente, siendo necesario un tratamiento sustitutivo de trasplante o diálisis (Rubio y Pérez, 2002).

1.1.2. FISIOLOGÍA RENAL

El riñón puede ser considerado como uno de los órganos vitales del cuerpo humano. Es una estructura doble en forma de alubia de unos 12 centímetros de largo por 6 de ancho y 3 de grosor. Está situado a ambos lados de la columna vertebral, en la zona retroperitoneal a nivel de la última vértebra dorsal y de la primera y segunda vértebras lumbares (Muedra, 1969). En la Figura 1 se puede observar un esquema del sistema renal en conjunto así como sus conexiones con los sistemas circulatorio y excretor.

En un corte sagital del riñón (Figura 2) nos encontramos con tres zonas bien diferenciadas:

- A. La corteza renal: zona exterior de la parénquima (masa constitutiva del riñón) de aspecto granuloso. Contiene los glomérulos de Malpighi, una especie de ovillo de capilares sanguíneos irrigados por un vaso aferente y otro eferente encargados de filtrar la sangre. Los glomérulos están envueltos en una bolsa llamada cápsula de Bowman.

- B. La médula: zona interior de la parénquima de aspecto estriado. Se ocupa de recuperar el agua y las sustancias útiles para el organismo una vez que han pasado por el proceso de filtración. En ella podemos encontrar los tubos uriníferos que confluyen y forman las pirámides de Malpighi.

- C. La pelvis renal: cavidad que tiene como función recoger las gotas de orina y conducirlas hasta los uréteres.

Recubriendo a ambos riñones, y guardando con ellos una relación de vecindad anatómica, se encuentran las glándulas suprarrenales, importantísimas en el equilibrio hormonal y encargadas, entre otras funciones, de la elaboración de la adrenalina.

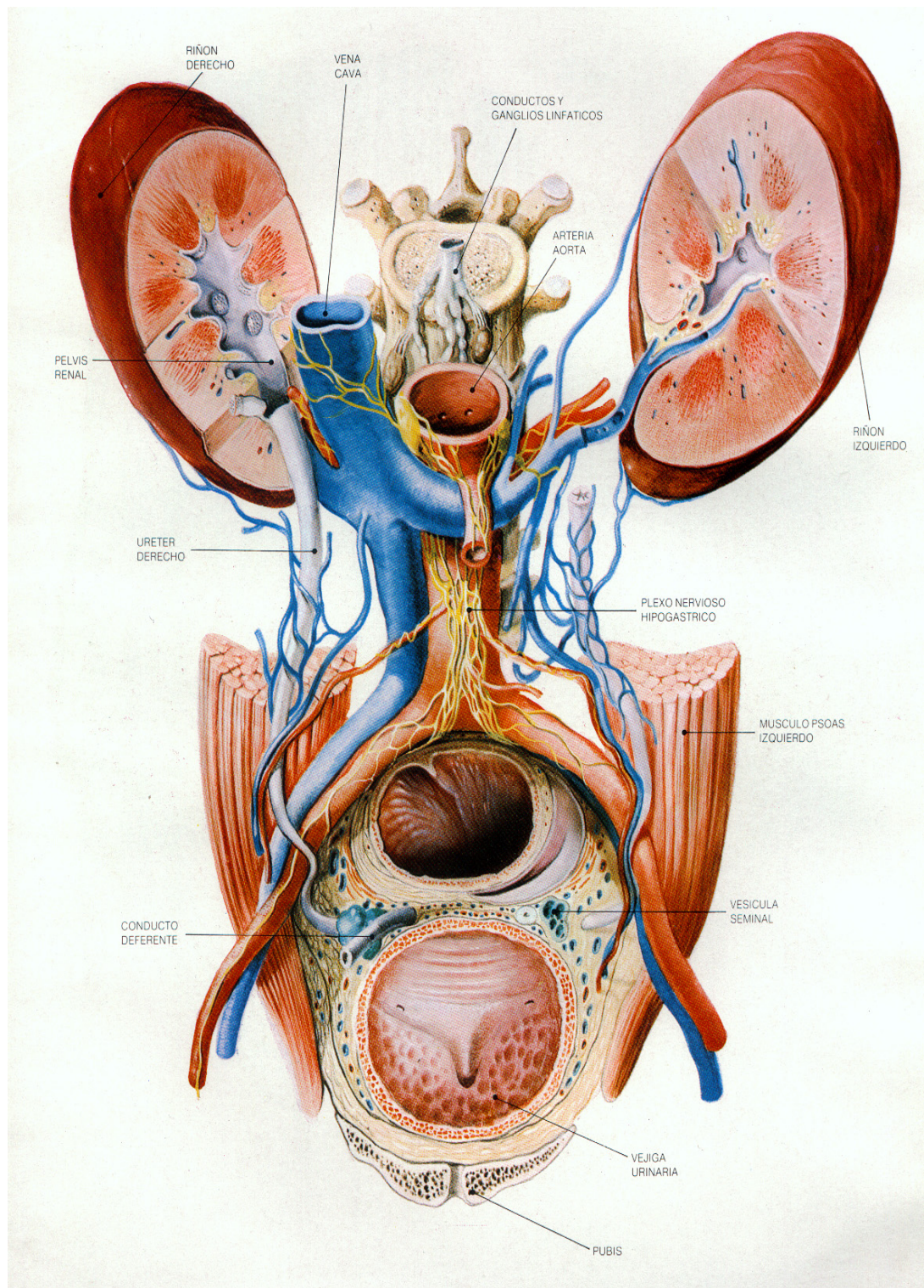


FIGURA 1. Proyección anatómica de la región retroperitoneal en la pelvis masculina (Tomado de Laboratorios Almirall).

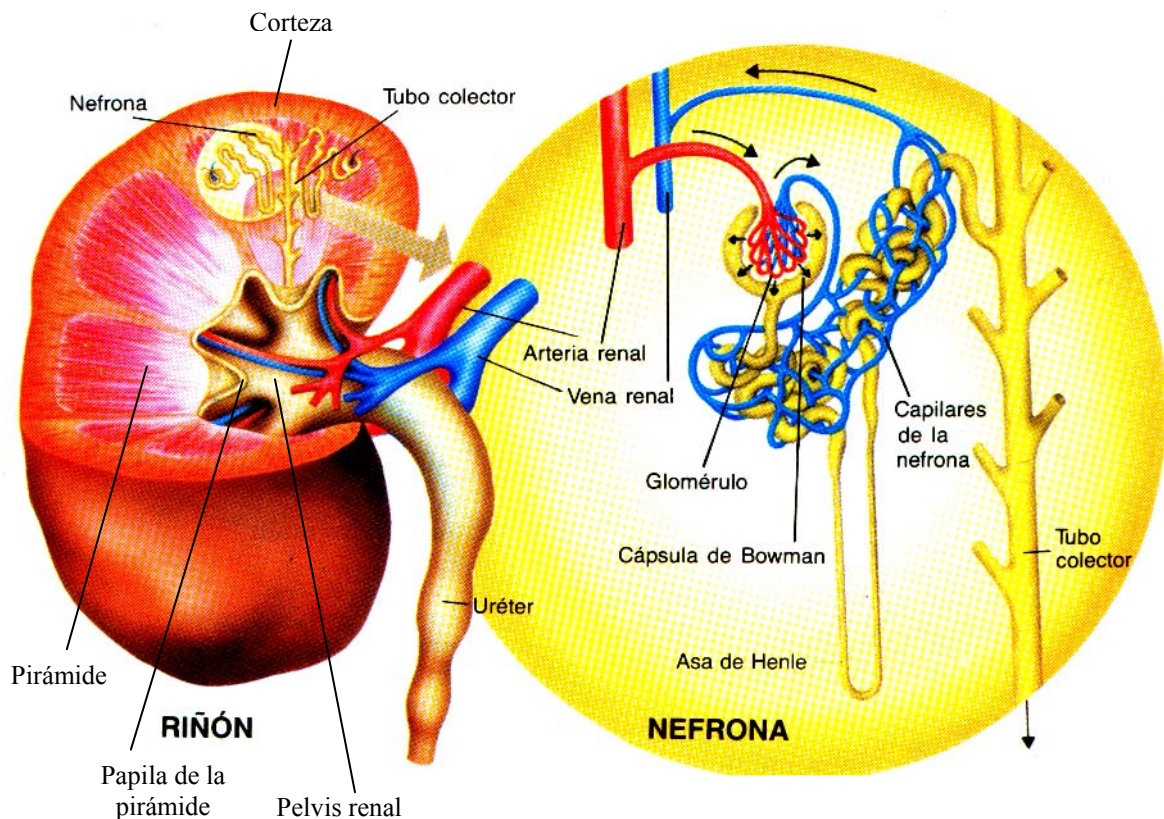


FIGURA 2. Corte sagital del riñón y estructura de la nefrona (Adaptado de Barutell, Carrión, Berges y Martínez, 1991).

La unidad funcional del riñón es la nefrona, existiendo en el adulto humano alrededor de dos millones de ellas. Como se puede apreciar en la Figura 2, en la nefrona, aparte del ya descrito glomérulo, podemos encontrar el túbulo (o tubo urinífero) elemento muy vascularizado, que saliendo bastante engrosado de la cápsula de Bowman describe una trayectoria sinuosa para después descender y volver a ascender (asa de Henle) y juntarse con el tubo colector una vez pasado un nuevo trayecto ondulatorio. A su vez los tubos colectores se unen a la papila de la pirámide para acabar terminando en la pelvis renal. Es interesante conocer esta organización anatómica porque en ella se producen procesos fisiológicos bien diferenciados que se explican a continuación.

El riñón cumple una serie de funciones que pueden ser agrupadas en tres grandes bloques:

- A. Función excretora: el riñón se encarga de eliminar los productos de desecho y las sustancias tóxicas resultado del metabolismo de los principios inmediatos. También elimina agua. Más que un proceso de filtrado sin más, esta función consiste en un verdadero proceso de selección de las sustancias que trae la sangre (sodio, potasio, cloro, fósforo, calcio...), reteniéndolas o eliminándolas según las necesidades del resto del cuerpo. El resultado de esta transformación es la orina.
- B. Función hormonal: el riñón es el encargado de la secreción de importantes hormonas como la eritropoyetina (estimula la médula ósea para la formación de glóbulos rojos), la renina (hormona reguladora de la tensión arterial) o los metabolitos del calcio (responsables de la activación de la vitamina D).
- C. Función reguladora: regulación del medio interno (equilibrio ácido-base), regulación de la presión sanguínea...

En relación con la función excretora, la orina se forma en la nefrona a través de un proceso de dos fases. En una primera fase, la fase glomerular o de filtración, la presión sanguínea aumenta en los capilares del glomérulo filtrándose al interior de la cápsula de Bowman un líquido similar al plasma sanguíneo carente de proteínas. En este primer momento de filtrado el agua y el cloruro de sodio son eliminados. El volumen de sangre que pasa por los riñones en esta fase es de aproximadamente de 1,2 litros por minuto, pero tan sólo el 20-25% del plasma atraviesa por el glomérulo (unos 0,12-0,15 litros por minuto). Esto supondría tener entre 170 a 215 litros diarios de orina primaria, cantidad, evidentemente, que no puede ser expulsada. Es por ello por lo que se produce la segunda fase, la fase tubular o de reabsorción. En ella, los componentes de esta orina primaria a su paso por el túbulo renal van siendo asimilados por los capilares que lo rodean y por presión osmótica el agua vuelve a ser reabsorbida. Aquí se retienen las sustancias de utilidad para el organismo y las nocivas (amoníaco, urea...) son eliminadas, disueltas en agua. Así la orina es más acuosa si el organismo posee agua en exceso y es más escasa y concentrada, de color amarillo intenso, en situaciones de falta de agua (deshidratación por sudoración, fiebre...). El resultado final del proceso tubular es la orina, que difiere en gran medida del resultante del filtrado glomerular. Las gotas de orina van siendo recogidas en la pelvis renal para que a través de los

movimientos peristálticos de los uréteres alcancen la vejiga y salgan del organismo por la uretra.

En la Figura 3 se puede observar esquemáticamente el mecanismo de funcionamiento del riñón y cómo se forma la orina:

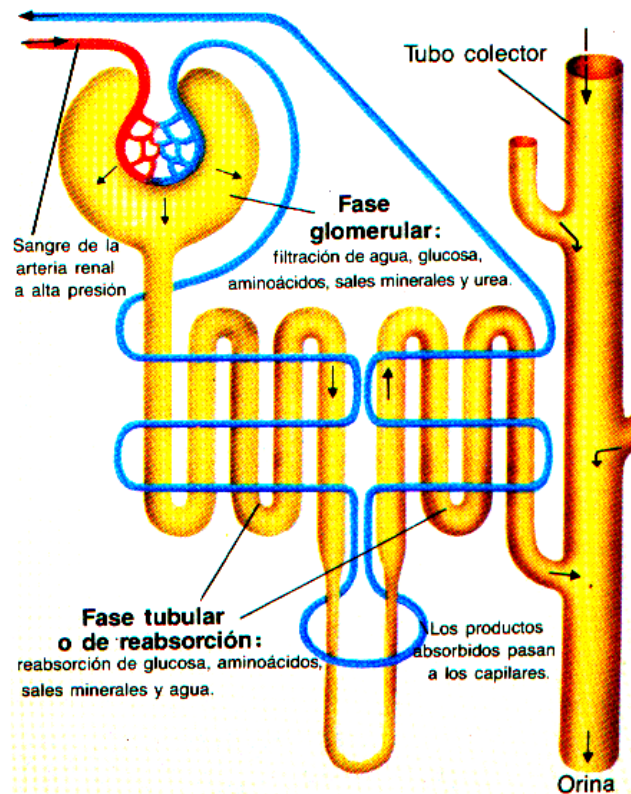


FIGURA 3. Esquema del proceso de formación de la orina en la nefrona (Barutell, Carrión, Berges y Martínez, 1991).

Este mecanismo es esencial para conservar el equilibrio interno del ser humano (función reguladora) a través de la estabilización del volumen y las características físicas y químicas del líquido extra e intracelular. Para ello el riñón conserva el agua y las sustancias necesarias que habitualmente están en el organismo (sodio, potasio, cloro y bicarbonato, fundamentalmente) hasta alcanzar los niveles normales y elimina los excesos junto con otros productos de desecho (urea, creatinina, ácido úrico, hidrogeniones...) y/o productos tóxicos que puedan haber penetrado en el organismo.

1.1.3. SINTOMATOLOGÍA DE LA IRC

- A. Sintomatología dermatológica: coloración pálida, terrosa, pajiza o de color sucio producida casi siempre por la anemia y por la acumulación de pigmentos urinarios cromógenos que no han sido eliminados. También se puede apreciar en algunos casos urémides, escarcha urémica resultado de la eliminación de sustancias tóxicas por la piel. Además el trastorno del metabolito del calcio provoca prurito.
- B. Sintomatología oftálmica: el depósito de calcio provoca conjuntivitis. Hay aumento de la presión intraocular e incluso en personas jóvenes se han observado cataratas por calcificación corneal.
- C. Sintomatología digestiva: la gran cantidad de urea retenida produce una alteración de la mucosa intestinal, dando lugar a hemorragias digestivas, náuseas, vómitos, diarreas y/o heces pastosas y negras. También es característico el olor del aliento a urea (fedor urémico).
- D. Sintomatología respiratoria: existe disnea por retención de líquidos y edema pulmonar.
- E. Sintomatología circulatoria: lo más característico es la hipertensión arterial producida por el aumento de la renina. La hiperhidratación existente puede acabar desembocando en una insuficiencia cardíaca.
- F. Sintomatología del sistema nervioso: son características de la IRC las cefaleas, el insomnio, la debilidad general... pero sobre todo las polineuropatías urémicas, acompañadas de calambres y hormigueos debidas a la falta de calcio.
- G. Sintomatología endocrinológica: hiperparatiroidismo secundario a la falta de vitamina D. También puede producirse esterilidad.
- H. Otra sintomatología: a nivel metabólico hay hiperlipemia, sobre todo de triglicéridos, y disminución de la tolerancia a la insulina. A nivel hematológico se producen anemias, falta de eritropoyetina y hematurias. A nivel locomotor aparece una osteopatía renal provocada

por la falta de reabsorción del calcio y de eliminación del fósforo. Asimismo los ataques de gota por acumulación de ácido úrico son muy frecuentes. A medida que la enfermedad va progresando aparecen con más frecuencia alteraciones hormonales que dificultan la actividad sexual. También se pueden encontrar infecciones debidas a un déficit inmunitario.

1.1.4. ETIOPATOGENIA

Las causas de la IRC varían en incidencia y prevalencia de unas regiones a otras pero entre las más habituales se pueden citar las siguientes:

- A. Enfermedades renales: entre ellas podemos destacar la glomerulonefritis (inflamación del tejido renal a nivel de los glomérulos de Malpighi), las nefropatías intersticiales, las poliquistosis renales y las litiasis urológicas.
- B. La diabetes: es otra de las causas principales de la IRC.
- C. Las enfermedades vasculares: entre ellas destaca especialmente la hipertensión arterial que puede provocar la lesión de los capilares y arteriolas renales con el consiguiente deterioro funcional.
- D. Enfermedades hereditarias: especialmente la poliquistosis renal, el síndrome de Alport (alteración de la membrana basal de todos los vasos sanguíneos) y la enfermedad de Fabry (depósito de ceramina en los vasos sanguíneos y los capilares glomerulares).
- E. Enfermedades multisistémicas: como el lupus eritomatoso o la ya citada diabetes.
- F. Otras causas: como traumatismos, intoxicaciones medicamentosas, bien por efecto acumulativo, bien por efecto directo y enfermedades infecciosas (pielonefritis, reflujos vésico-ureterales, infecciones urinarias de vías altas...). También se puede hablar de insuficiencias renales de origen desconocido.

1.1.5. FASES DE LA IRC

En el desarrollo de la insuficiencia renal crónica se puede hablar de tres fases principales:

- 1ª. *De compensación total*: no existe sintomatología aparente salvo una poliuria (exceso de orina ineficaz) que a veces no se identifica con un fallo renal. Ya existe un deterioro de las nefronas aunque las restantes lo compensan con un aumento de su trabajo.

- 2ª. *De retención compensadora*: se produce una retención urinaria por disminución de la capacidad funcional nefrológica. Aparece sintomatología como la poliuria estenúrica y la nicturia.

- 3ª. *De descompensación total*: las nefronas que aún poseen capacidad de funcionamiento son incapaces de sustituir a las afectadas y se produce un colapso de la función renal que va acompañado de oliguria o anuria.

La evolución de la IRC en cada una de estas fases depende fundamentalmente de cuatro factores:

1. Su etiopatogenia.
2. El tipo de afectación renal.
3. Su diagnóstico precoz.
4. La eficacia del tratamiento.

Como se ha comentado anteriormente, en muchos casos, la insuficiencia renal permanece asintomática durante un buen periodo de tiempo, lo que dificulta mucho su diagnóstico precoz. Este hecho complica el tratamiento, ya que cuanto antes se diagnostique la enfermedad más posibilidades de controlarla se tienen. En este sentido el diagnóstico adecuado de la IRC debería atender, como mínimo, a tres grandes bloques de información:

1. Diagnóstico sindrómico y etiológico: en primer lugar es importante distinguir si la disfunción renal se debe a un deterioro agudo o a una insuficiencia renal crónica. En muchos casos es difícil hacer tal distinción, máxime cuando no siempre se conoce la etiología directa de la IRC o cuando ésta es el resultado de diferentes problemas clínicos. Para realizar adecuadamente esta diferenciación es necesaria una correcta anamnesis y exploración física haciendo especial hincapié en los antecedentes que el paciente pueda presentar (diabetes, hipertensión, infecciones urinarias repetidas, enfermedades renales familiares, adicciones a drogas o fármacos...). También hay que indagar sobre los posibles indicadores sugerentes de cronicidad, como pueden ser la duración prolongada de los síntomas o la presencia de múltiples consecuencias de la insuficiencia renal.

Todo estudio diagnóstico de IRC debe ir acompañado de las pertinentes pruebas complementarias debido, no solo al valor diferencial que puedan presentar estas pruebas, sino también a su posible valor pronóstico. Entre ellas las más usadas son:

- Datos del laboratorio.
- Estudios de imágenes: la disminución del tamaño renal es un factor que suele ser indicativo de IRC (excepto en diabéticos y personas con amiloidosis, mielomas múltiples o enfermedad quística renal).
- Biopsias renales.

2. Valoración de efectos reversibles: a la vez que se hace el diagnóstico diferencial y etiológico de la IRC se deberían conocer los factores que empeoran la función renal pero que tienen carácter reversible. Entre ellos podemos citar:

- La reducción del flujo sanguíneo arterial por insuficiencia cardiaca congestiva.
- Las alteraciones de la presión sanguínea por hiper o hipotensión.
- Los agentes nefrotóxicos (por ejemplo los aminoglucósidos o los antiinflamatorios no esteroideos).
- Las infecciones urinarias o sistémicas.
- La obstrucción de las vías urinarias.

Cuanto antes se comience con el tratamiento de estos efectos reversibles mayor será el control de la IRC y más lenta será su progresión.

3. Valoración de la función renal y monitorización de la progresión de la IRC: en la mayor parte de los pacientes con IRC se suele dar un empeoramiento progresivo de la función renal independientemente de que el agente causante de dicha insuficiencia siga actuando o no. Este hecho es debido a la hiperfiltración. Al producirse una disminución de la capacidad de filtración del riñón se produce una reducción de la masa renal funcional que hace que los glomérulos sufran una vasodilatación para poder seguir manteniendo el ritmo de filtrado. Esta vasodilatación va acompañada del consiguiente aumento del flujo y de la presión y entre todos acaban provocando lesiones epiteliales que muchas veces desembocan en glomeruloesclerosis y proteinuria. Debido a ello es necesario realizar controles periódicos, tanto clínicos como analíticos, controlando el cálculo del aclaramiento de creatinina y su variación en función del tiempo ya que este es un valor indicativo de la progresión del filtrado glomerular.

1.1.6. EPIDEMIOLOGÍA

Desde el punto de vista de la salud pública, la IRC afecta a un segmento importante de la población en edad productiva. Sin embargo no siempre es fácil determinar la cantidad exacta de afectados así como los índices de prevalencia, incidencia y mortalidad. Esto se debe, fundamentalmente, a tres razones:

1. Problemas en la recogida de datos: no existencia de registros individualizados en todas las Comunidades Autónomas y no representación del 100% del territorio nacional en los Registros Centrales.
2. Multicausalidad de la insuficiencia renal crónica y de las muertes producidas por ella.
3. Problemas en el procesamiento de los datos: ausencia de control de covariables y no utilización de metodología multivariante.

Para mejorar la calidad de los informes anuales, en nuestro país se elabora anualmente una estadística en la que se recogen, a través de los Registros Autonómicos de Enfermos Renales, los nuevos casos aparecidos así como la evolución de los ya existentes. Con estos datos se emite un informe epidemiológico de la situación de la IRC y las terapias sustitutivas. En él se reseñan la incidencia de la enfermedad (pacientes que iniciaron por primera vez el tratamiento entre la población de referencia), la prevalencia (pacientes en terapia renal sustitutiva en cada Comunidad) y la letalidad (número de enfermos en terapia renal sustitutiva fallecidos a lo largo del año, señalando la causa de la muerte).

A continuación se aportan los datos más interesantes de dichos registros referidos a los años 2007 al 2012, provenientes del Comité de Registros de la Sociedad Española de Nefrología.¹ No se ofrecen los datos del año 2013 porque a fecha de redacción de esta tesis aún no habían sido publicados. En primer lugar se compara la tendencia global de los datos de incidencia, prevalencia y mortalidad en este período y después se analizan de manera más detallada los de cada uno de los años, indicando las conclusiones más importantes.

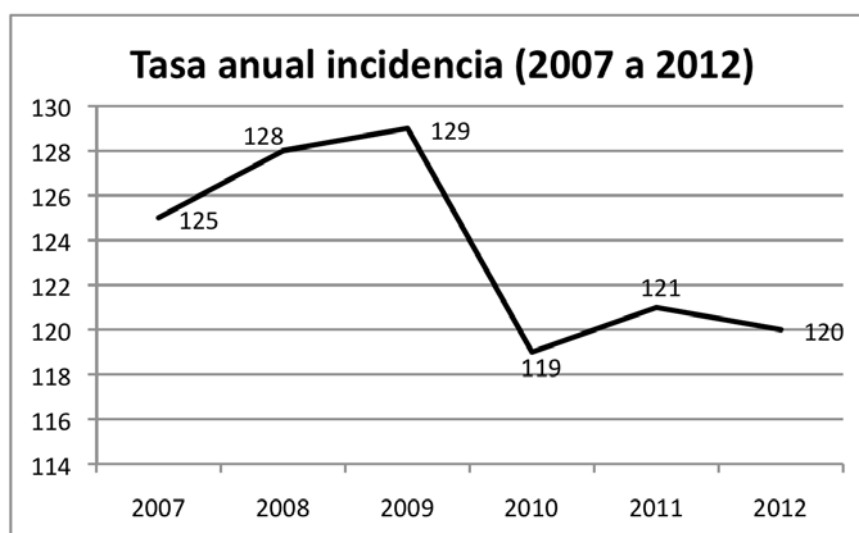


FIGURA 4. Evolución de la incidencia de la IRC en cinco años. (Fuente Comité de Registros de la Sociedad Española de Nefrología).

¹ Para consultas sobre los datos de fechas anteriores se puede consultar la siguiente dirección: <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=128>

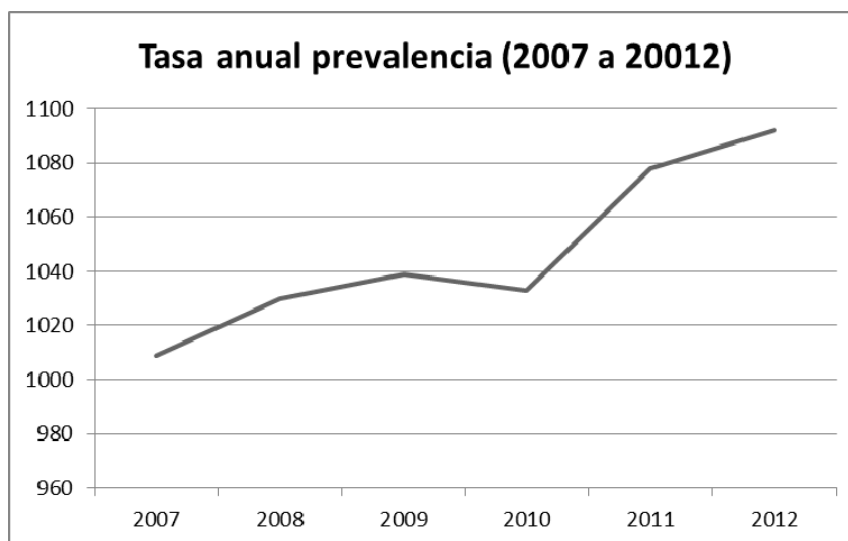


FIGURA 5. Evolución de la prevalencia de la IRC en los últimos cinco años. (Fuente Comité de Registros de la Sociedad Española de Nefrología).

Como se puede observar en las Figuras 4 y 5, en los últimos cinco años se ha producido una ligera disminución de la incidencia de la IRC en España, si bien la prevalencia ha aumentado. Aunque existan menos casos por años la diferencia no es excesivamente significativa (9 personas por millón de habitantes). Además la supervivencia de los pacientes no incidentes es mayor, lo que explica ese aumento de la prevalencia a pesar de la disminución de la incidencia.

De acuerdo a los datos de la Figura 6, la hemodiálisis es el tratamiento sustitutivo de mayor elección en los nuevos pacientes con IRC, si bien ha disminuido ligeramente en los últimos años a favor de un incremento de la diálisis peritoneal. No obstante las diferencias entre ambos aún son muy grandes.

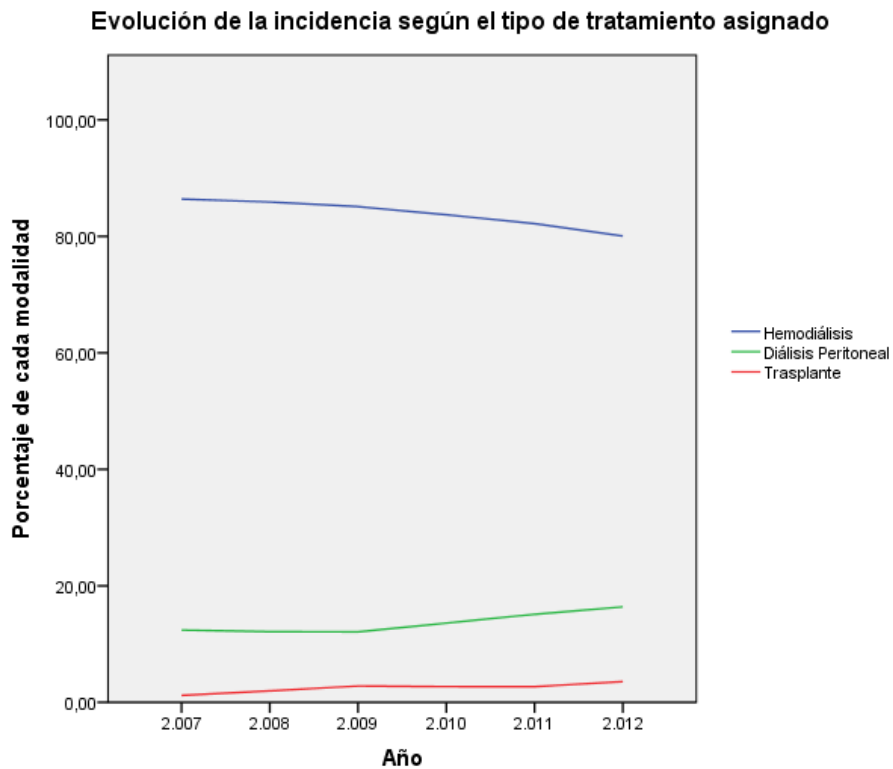


FIGURA 6. Evolución de la incidencia en los últimos 5 años según el tratamiento asignado.

Los datos cambian en el conjunto de los pacientes prevalentes (Figura 7).

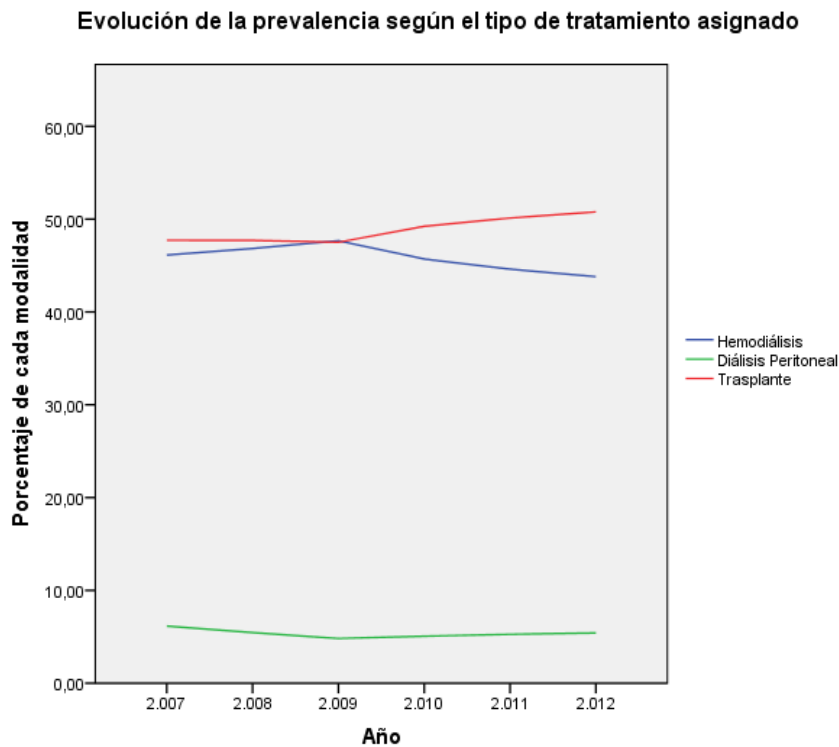


FIGURA 7. Evolución de la prevalencia en los últimos 5 años según el tratamiento asignado.

La modalidad terapéutica más extendida entre el total de los pacientes españoles con IRC es el trasplante renal que porcentualmente no ha parado de aumentar en los últimos años, gracias, entre otras cosas, al incremento de los donantes vivos (Figura 8). La diálisis peritoneal como modalidad menos utilizada se mantiene estable mientras que la hemodiálisis ha disminuido en la misma proporción en la que han aumentado los trasplantes.

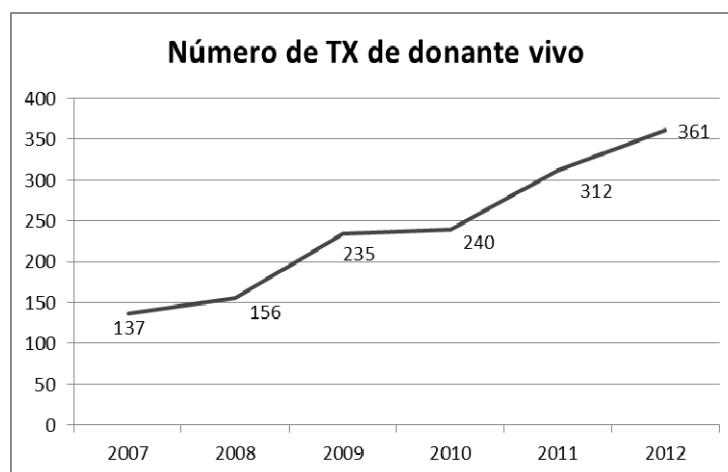


FIGURA 8. Evolución del número de trasplantes proveniente de donante vivo en los últimos cinco años.

En relación con evolución de la mortalidad asociada a la insuficiencia renal crónica según la modalidad de tratamiento (Figura 9) se puede indicar que la modalidad con mayor letalidad asociada es la hemodiálisis y la que menos el trasplante renal, que además se muestra más estable en su evolución. Respecto a la diálisis peritoneal se puede observar que se ha controlado la mortalidad asociada después de un aumento significativo en el año 2008.

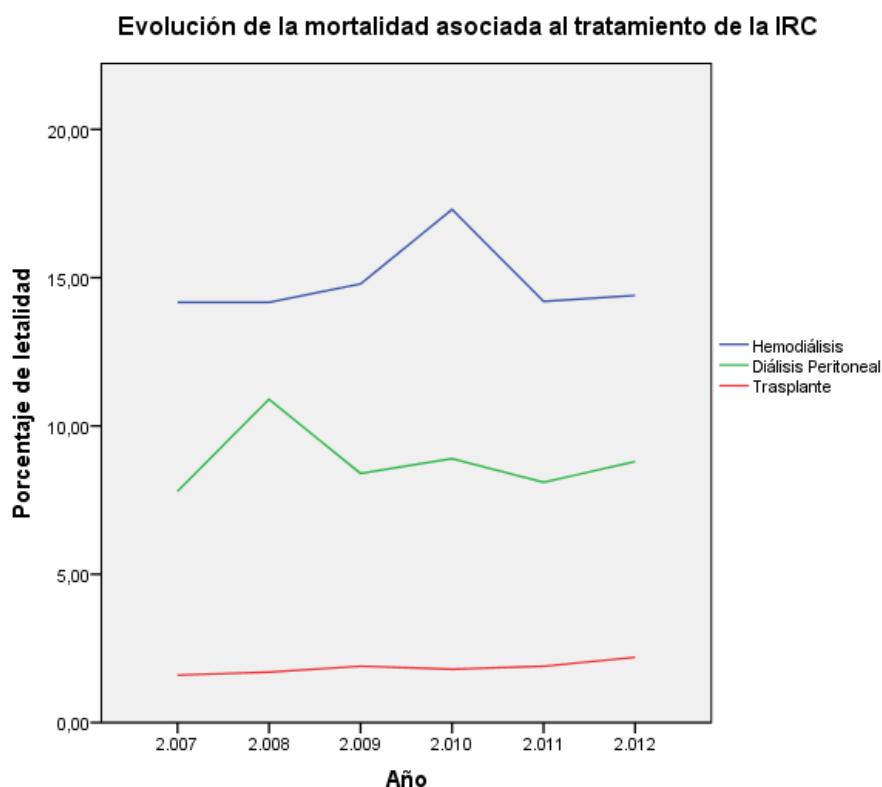


FIGURA 9. Evolución de la mortalidad asociada a los tipos de tratamiento de la IRC.

A continuación se indican las principales conclusiones de la epidemiología de la IRC según el registro temporal analizado.

Año 2007 -> Población cubierta: 80.17% (sin datos de Cataluña)

Incidencia:

- Mayor en hombres que en mujeres a excepción de Canarias, Aragón, Cantabria y Baleares.
- Principales causas de incidencia:
 - Diabetes: 22.4% de los nuevos casos.
 - Causas no filiadas: 21.2%.
 - Vasculares: 17.1%; es la causa más importante entre los mayores de 75 años (44.6%)
 - Glomerulonefritis: 12.2%.
- Diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA): del 92.5 pmp (pacientes por millón de habitantes) de Cantabria al 147.1 pmp de Canarias.
- Diferencias entre CCAA respecto al tratamiento inicial: del 100% de HD de Ceuta y Melilla al 62% de Cantabria.

- Rango intermedio de incidencia respecto a otros países entre el 213 pmp de Alemania y el 84 pmp de Finlandia.

. Prevalencia:

- Edad: la IRC es más frecuente entre 65 y 74 años (2403 pmp) y menos entre 15 y 44 años (407 pmp).
- Diferencias entre Comunidades Autónomas: de las 845 pmp de Cantabria a las 1675 pmp de Canarias.
- Diferencias entre Comunidades Autónomas respecto a modalidad de tratamiento: desde el 100% en HD en Ceuta y Melilla al 26% del País Vasco.
- La diálisis peritoneal (DP) es la opción terapéutica menos usada.
- Aumento de donantes vivos en los trasplantes.

. Letalidad: principales causas:

- En HD: cardíacas, infecciosas y no filiadas.
- En DP: infecciosas, cardíacas y no filiadas.
- En TX: cáncer, infecciones y no filiadas.
- Las más habituales en conjunto son las causas cardiovasculares.

Año 2009² -> Población cubierta: 73.80%

. Incidencia:

- Los valores absolutos de incidencia han de ser considerados con una cierta cautela sobre todo al compararlos a los de series anteriores dado que la población cubierta en este año es sensiblemente menor a la del anterior.
- Principales causas de incidencia:
 - No filiadas: 23%.
 - Diabetes: 21.5% de los nuevos casos.
 - Vasculares: 13.9%.
 - Glomerulonefritis: 11.5%.
- Diferencias entre Comunidades Autónomas tanto en la incidencia como en la elección del tratamiento inicial. Van en la misma línea que en años anteriores.
- Rango intermedio de incidencia respecto a otros países.

² No se ha podido acceder al informe detallado del año 2008.

. Prevalencia:

- Edad: distribución de prevalencia por edad muy similar a la del año anterior.
- Diferencias muy grandes entre Comunidades Autónomas especialmente en lo que a modalidades de tratamiento se refiere: el País Vasco y Cantabria son los lugares donde se han realizado más trasplantes y la Comunidad Valenciana y Canarias donde más HD se realizan. La diálisis peritoneal sigue siendo opción terapéutica menos usada.
- Crecimiento muy significativo de donantes vivos (de 156 en 2008 a 235 en 2009).

. Letalidad: principales causas:

- Las causas cardiovasculares e infecciosas son las principales causas de mortalidad en todas las edades y modalidades de tratamiento.
- Las cifras globales de mortalidad se mantienen respecto a años anteriores.

Año 2010 -> Población cubierta: 94.60%

. Incidencia:

- Principales causas de incidencia:
 - Diabetes: 24.7%.
 - No filiadas: 21.8%.
 - Vasculares: 14.2%.
 - Glomerulonefritis: 11.8%.
- Se mantiene las diferencias entre Comunidades Autónomas tanto en la incidencia como en la elección del tratamiento inicial siendo muy significativas en cuanto a la diálisis peritoneal: La Rioja como Comunidad con mayor número (cerca del 50%) vs. Ceuta y Melilla (sin DP).
- Rango intermedio de incidencia respecto a otros países muy parecido a los años anteriores.

. Prevalencia:

- Edad: aumento de las cifras de prevalencia del grupo de edad entre 65 y 74 años, siendo el grupo donde más casos de IRC se dan.
- Se mantienen las diferencias entre Comunidades Autónomas.
- En comparación con otros países del entorno los datos de prevalencia de España nos sitúan en la zona media-alta.

- Disminución del número de trasplantes respecto al año anterior, sin diferencias en los donantes vivos.

. Letalidad: principales causas:

- Se observa un incremento en la mortalidad asociada a HD que no se da en los trasplantes ni en la DP.

Año 2011 -> Población cubierta: 94.60%

. Incidencia:

- Principales causas de incidencia:
 - Diabetes: 24.97%.
 - No filiadas: 23.58%.
 - Vasculares: 14.75%.
 - Glomerulonefritis: 11.55%.
- Cifras de incidencia muy similares al año anterior incluida la distribución en modalidad terapéutica.
- Rango intermedio de incidencia respecto a otros países muy parecido a los años anteriores.

. Prevalencia:

- Las cifras de prevalencia siguen aumentando aunque lo hacen en una proporción similar a las de los países de nuestro entorno.
- Se produce un leve incremento en el uso de la diálisis peritoneal pero sigue siendo la modalidad menos usada con diferencia.
- La diabetes se sigue consolidando como una de las principales causas de la IRC.
- Se ha producido un aumento muy notable de los trasplantes (un 12,3%) cobrando cada vez más importancia los derivados de donantes vivos.

. Letalidad: principales causas:

- Se “reajusta” a la baja el incremento de la mortalidad producido en el año anterior para volver a las cifras de las series anteriores.

Año 2012 -> Población cubierta: 98.60%

. Incidencia:

- Principales causas de incidencia:
 - Diabetes: 24.91%.
 - No filiadas: 21.34%.
 - Vasculares: 15.99%.
 - Glomerulonefritis: 12.83%.
- De cada cuatro pacientes que debutan con una IRC uno de ellos es diabético.
- Sigue aumentando la diálisis peritoneal como opción de tratamiento aunque esté lejos de la hemodiálisis.

. Prevalencia:

- Las cifras de prevalencia siguen aumentando a pesar de la estabilización de la incidencia debido a la mayor supervivencia de los enfermos.
- Con un 50,78% de pacientes trasplantados, España sigue siendo uno de los países con más tasas de trasplantes por millón de habitantes.

Como conclusiones generales a los datos epidemiológicos analizados se pueden indicar las siguientes:

1. A lo largo de los últimos años la incidencia de la insuficiencia renal crónica se ha mantenido en la zona media de los países europeos, siguiendo una tendencia estable.
2. La prevalencia de la enfermedad sigue en aumento.
3. La hemodiálisis es la primera opción terapéutica en los tratamientos sustitutivos si bien el trasplante lo es en el conjunto de todos los pacientes prevalentes.
4. Una de las causas fundamentales de la aparición de IRC, la diabetes mellitus, responsable de una cuarta parte de los nuevos casos, guarda una estrecha relación con elementos comportamentales y hábitos y conductas de salud.

1.2. EL TRATAMIENTO DE LA IRC

La hemodiálisis no es el único tratamiento existente en la insuficiencia renal crónica. De hecho habitualmente se distinguen tres grandes grupos de terapias en la IRC: los tratamientos preventivos, los conservadores (destinados a modificar el curso de la IRC) y los sustitutivos de la función renal (trasplante y diálisis). Se detallan a continuación.

1.2.1. TRATAMIENTO PREVENTIVO

A pesar de la cronicidad de la IRC y de su multicausalidad, es interesante destacar que se puede prevenir a ciertos niveles:

- Si las causas de la IRC se deben a enfermedades hereditarias, la información a los futuros padres que ya padecen enfermedades renales o que tienen antecedentes familiares en este sentido puede prevenir la posibilidad de transmitir las a los hijos.
- Diagnóstico precoz: la realización de controles periódicos ayuda a controlar preventivamente ciertas enfermedades renales que guardan relación con la IRC. Además, como se ha indicado anteriormente, a mayor prontitud en el diagnóstico mayor control de la enfermedad y menor progresión en el avance de la misma.
- Tratamiento precoz: el tratamiento antibiótico eficaz de las infecciones urinarias evita infecciones crónicas de riñón que a la larga pueden causar insuficiencia renal. Asimismo el tratamiento de las infecciones de garganta puede impedir la aparición de nefritis, que también es una causa de la insuficiencia renal.
- El control de enfermedades que guardan relación con el origen de la IRC, especialmente la hipertensión arterial, la diabetes, la gota y la hipercolesterolemia previenen la aparición y complicación de la insuficiencia renal.
- Evitación de sustancias tóxicas que puedan dañar al riñón.

1.2.2. TRATAMIENTO CONSERVADOR

En este tipo de tratamientos están incluidas todas las medidas dirigidas a mantener la función renal alterando la progresión de la insuficiencia renal. Podríamos establecer cinco grandes tipos de tratamientos conservadores:

1. Los destinados a modificar la progresión de la IRC: entre ellos incluimos medidas como la modificación de la dieta (dirigida a la reducción de proteínas para proteger el riñón), el control del exceso de lípidos, el control de la hipertensión (reducción de la tensión arterial) y el control de la hiperglucemia (especialmente de la hemoglobina glicosilada).
2. Los destinados a tratar las alteraciones electrolíticas y el equilibrio ácido-base, para mantener los niveles necesarios de agua y sodio en función del volumen de diuresis y la presencia de otros problemas (insuficiencia cardíaca, hipertensión, edemas...).
3. Los destinados a controlar el metabolismo del calcio-fósforo, evitando la aparición de anomalías óseas y calcificaciones metastásicas resultantes de la hiperfosfatemia o hiperparatiroidismo.
4. Los destinados a tratar las enfermedades cardiovasculares, especialmente la insuficiencia cardíaca y la pericarditis.
5. Los destinados a tratar los trastornos hematológicos, como la anemia o la trombopatía urémica.

1.2.3. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Se dirige a reemplazar a través de otros medios la función renal perdida para evitar complicaciones graves que pueden llegar a causar la muerte del paciente. Engloba dos medidas fundamentales: la diálisis (tanto diálisis peritoneal como hemodiálisis) y el trasplante. Se opta por estos tratamientos en situaciones de IRC avanzada y terminal cuando los tratamientos conservadores son insuficientes para poder mantener la función renal. Como

indican Pérez, Borrás y Martín (2002) el tratamiento sustitutivo no sólo debe de reponer la función renal perdida, sino que además ha de proporcionar al paciente una calidad de vida aceptable y suficiente para que pueda recuperar sus actividades habituales. No obstante, aunque los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia del paciente, no significa que obligatoriamente conlleven una mejoría completa ni a nivel físico ni emocional ni social (García y Calvancece, 2008).

1.2.3.1. LA DIÁLISIS

La diálisis es un método que pretende sustituir el trabajo depurativo del riñón, la descompensación iónica y el desequilibrio de líquidos producido por la IRC, a través de la filtración y eliminación de las sustancias acumuladas en exceso en la sangre. Su principio de funcionamiento se basa en poner en contacto la sangre con un líquido artificial (de similar composición al plasma sanguíneo pero sin toxinas) a través de una membrana porosa semipermeable que permite el paso de sustancias de pequeño tamaño y del agua pero que impide el acceso a sustancias de mayor tamaño. Las sustancias van pasando del lado de la membrana en las que hay mayor concentración al de menor concentración hasta quedar igualadas (ósmosis). De este modo se sustituyen las funciones depurativas y de restablecimiento del equilibrio interno del riñón aunque no de las funciones metabólicas y endocrinas que éste realiza, lo cual es una limitación importante de esta técnica sustitutiva.

La introducción de un paciente en un programa de diálisis debe de individualizarse en función de su estado clínico, psíquico y social. Como criterio técnico se recomienda la inclusión en programas de diálisis cuando el aclaramiento de creatinina está por debajo de 5-10 ml/min o incluso antes en el caso de los pacientes diabéticos (15 ml/min).

En función de la membrana utilizada se habla de dos tipos de diálisis:

. *Diálisis peritoneal*: la membrana que se utiliza es natural, el propio peritoneo del paciente.

. *Hemodiálisis*: el intercambio líquido se realiza a través de una membrana artificial extracorpórea.

Diálisis peritoneal

El proceso de filtración de la sangre se realiza utilizando el peritoneo, membrana serosa semipermeable que tapiza las paredes abdominales y la parte inferior del diafragma. Su extensión total (unos 1,2 m²) es equivalente a la superficie de los capilares glomerulares del riñón y a la superficie total de un dializador artificial. Consta de dos capas (caras visceral y parietal) que dejan en su interior un espacio llamado cavidad peritoneal en el cual se introduce el líquido de diálisis. El peritoneo actúa como un filtro sustitutivo del riñón al permitir pasar el agua y los metabolitos del líquido de diálisis a la sangre y devolver a ese líquido los productos de desecho.

Para la ejecución de esta técnica se necesita un catéter de silicona permanente cuyo extremo interior queda en la cavidad peritoneal y el exterior sale por la pared abdominal. Una vez instalado bajo anestesia se lava con suero fisiológico y se rellena de heparina para evitar la obstrucción. Cuando la cicatrización y el estado general del paciente lo permitan se puede proceder al intercambio de líquidos (diálisis). Para ello se infunde el líquido dializador en la cavidad peritoneal hasta alcanzar progresivamente la cantidad ideal (unos dos litros por cambio). Este proceso de filtración se ve afectado fundamentalmente por tres variables: el tiempo de permanencia del líquido dentro de la cavidad peritoneal (unas 2 horas para el proceso completo), el flujo del líquido de diálisis (a mayor cantidad de líquido de entrada por unidad de tiempo mayor aclaramiento) y la temperatura del líquido de diálisis (37° centígrados como temperatura recomendada, ya que a más temperatura se puede producir un aumento del catabolismo perjudicial para el enfermo). Este proceso se repite unas tres o cuatro veces al día, realizado por el propio paciente, que ha de llevar un control riguroso del líquido introducido y del extraído.

La diálisis peritoneal está indicada en los siguientes casos (Pérez, Borrás y Martín, 2002):

- Inicio del tratamiento en diálisis.

- Imposibilidad de acceso vascular.

- Largas distancias o inaccesibilidad a un centro de diálisis.
- Cardiopatías con inestabilidad hemodinámica.
- Trasplante renal a corto plazo.
- Posibilidades de independencia y autocuidado.
- Niños.
- Diabéticos.

Aunque no existen contraindicaciones absolutas, no se recomienda su uso en caso de problemas en la cavidad abdominal (neoplasias abdominales, íleo paralítico, masas abdominales, adherencias, cicatrices por intervenciones recientes...) o en pacientes en los que no se puede garantizar un nivel de cuidado domiciliario adecuado.

Existen diversos tipos de diálisis peritoneal pero las más usadas actualmente son la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la diálisis peritoneal automatizada.

1. Diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD): es una técnica de diálisis manual en la que el paciente se conecta a un sistema de doble bolsa como el que se ve en la Figura 10. El líquido se presenta en bolsas de 1 ó 2 litros con diferentes tipos de concentración (1,36% ó 3,86% de glucosa) para provocar una menor o mayor ultrafiltración. El proceso de intercambio se produce cada 6-8 horas diariamente descansando por la noche.
2. Diálisis peritoneal automatizada (DPA): en vez de utilizar un sistema manual de doble bolsa se usa un procedimiento automático con una máquina cicladora que infunde y drena el líquido durante la noche mientras el enfermo duerme. Habitualmente se establece un ciclo por hora.

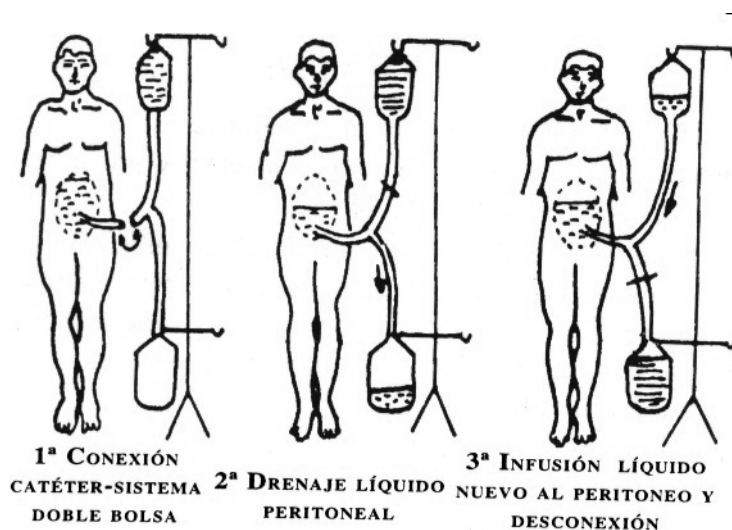


FIGURA 10. Proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria (Tomado de Márquez, 1996).

La utilización de cualquiera de las dos técnicas de diálisis peritoneal permite al paciente una mayor autonomía al no tener que depender del centro de diálisis. Por ejemplo, en el estudio multicéntrico de Fragola, Grube, Von Bloch y Bourke (1983) se demostró que el 68% de los pacientes en CAPD llevaban una vida totalmente normal con actividades diferentes y adicionales al cuidado personal.

Otras de las ventajas de la CAPD se refieren a parámetros clínicos como la mejora del control de la hipertensión y la glucemia. En el lado opuesto, las complicaciones más habituales se centran en el dolor abdominal que puede provocar la entrada o salida del líquido, el mayor riesgo de infecciones (en especial la peritonitis y la sepsis), las hemorragias y síntomas neurológicos como calambres, cefaleas y obnubilación, así como el cuidado y la higiene que exige tener instalado el catéter intraperitoneal. Además hay que tener en cuenta que no hay ni un solo día libre de tratamiento. A nivel psicosocial, y al igual que pasa con la hemodiálisis, también aparecen diversos trastornos y alteraciones: desesperanza, depresión y ansiedad (García y Calvancece, 2008); deterioro de la autoimagen, alteración de la propia percepción y aislamiento social (Alarcón-Rosales, 2007) y trastornos de tipo adaptativo y de la sexualidad (Rivera, Montero, Sandoval, 2012).

Hemodiálisis³

En la hemodiálisis el proceso de filtrado y reposición se realiza de manera extracorpórea utilizando una membrana artificial llamada dializador o filtro. La sangre sale del cuerpo del paciente con las sustancias tóxicas de desecho, es filtrada en el circuito de diálisis y regresa al enfermo, limpia y con los ajustes iónicos adecuados. En realidad es como si el paciente tuviera un riñón artificial externo encargado de realizar las funciones de filtración y equilibrio, aunque no las endocrinas y hormonales.

Aunque existen numerosos modelos de máquinas de hemodiálisis, en esquema, todas ellas constan de tres partes bien diferenciadas:

- A. La bomba: se encarga de extraer la sangre del paciente e impulsarla hasta el dializador.
- B. El monitor: en él se lleva el control de la diálisis pudiéndose modificar los parámetros de la misma. En esta misma zona se prepara el líquido de diálisis que varía en su concentración según las necesidades de cada paciente.
- C. El dializador: variable en tipo (placas, capilares...) y materiales (cuprofán...). Es el filtro propiamente dicho. Tiene una entrada doble para la sangre y el líquido de diálisis y dos salidas, una para el líquido de diálisis con toxinas y otra para la sangre limpia.

En la Figura 11 se puede observar, a grandes rasgos, el esquema de una máquina de diálisis con las partes que se acaban de describir. El flujo adecuado de sangre en diálisis se sitúa entre 250 y 350 ml. por minuto, volumen que las venas no son capaces de soportar habitualmente. Para evitar este problema se realiza una fístula arteriovenosa interna que consiste en unir quirúrgicamente una arteria y una vena que se dilatan más de lo habitual recibiendo más sangre y pudiendo ser punzadas en cada sesión de diálisis. Esta fístula se puede realizar con las propias venas del paciente (radiocefálica, antecubital, humerocefálica y

³ A pesar de que la presente tesis tiene como objeto de estudio fundamental las variables psicosociales relacionadas con la IRC y la HD, se ha considerado oportuno describir con detalle el proceso de hemodiálisis dado que una gran cantidad de los estresores hallados se relacionan con dicho procedimiento.

humerobasílica, por este orden) o con materiales artificiales como el Goretex en caso de que el estado de las venas del paciente no lo permita.

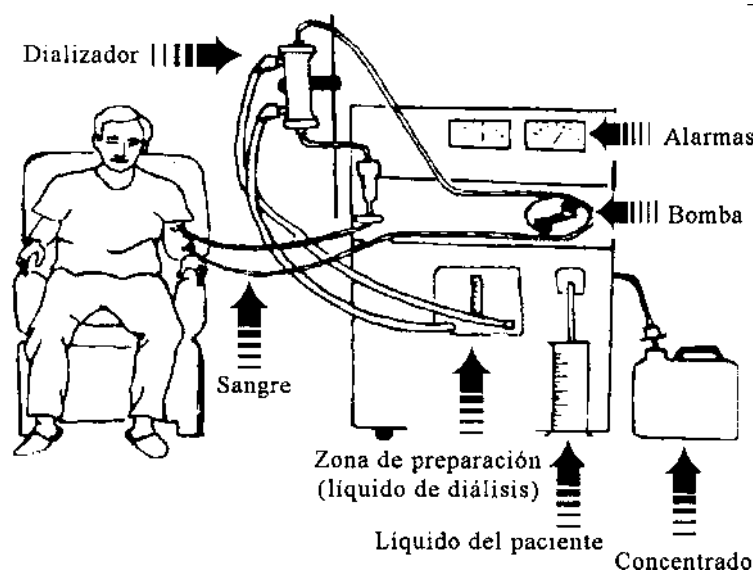


FIGURA 11. Representación esquemática de una máquina de diálisis (Tomado de Márquez, 1996).

En condiciones normales a los 20-30 días de la operación se puede empezar a utilizar la fístula para realizar las punciones. La vida media de una fístula es de 10 años cuidándola adecuadamente: lavar e hidratar diariamente, evitar golpes y opresiones, no cargar con peso, no permitir que se extraiga sangre de ella y comprobar diariamente su funcionamiento. Si por algún motivo no se pudiera hacer una fístula arteriovenosa interna (p.ej. necesidad de una diálisis urgente sin tener aún la fístula) se recurre a la implantación de un catéter temporal en la femoral, la yugular o la subclavia.

Una sesión tipo de hemodiálisis comienza pesando al enfermo. Es necesario conocer la ganancia o pérdida de peso entre sesiones de diálisis para ajustar el volumen del líquido que se va a filtrar. Aparte de la depuración y el aporte de iones, en la hemodiálisis, se extrae del paciente aquella cantidad de líquido ganado (ultrafiltración). Es interesante destacar en este punto la importancia de la dieta en la vida del enfermo con IRC para evitar la ganancia de peso y la acumulación de toxinas derivadas de la síntesis de los alimentos. A su vez las variaciones en el peso intersesiones son un indicador indirecto de la capacidad funcional del riñón. Una vez pesado se coloca al paciente en la máquina de hemodiálisis correspondiente.

Se desinfecta la zona de punción, se comprueba la fístula y si esta funciona adecuadamente se pinchan en ella dos agujas. Si por algún motivo no se pudiera hacer esa bipunción también se puede pinchar una sola aguja pero el tiempo de diálisis será mayor debido a que la sangre tiene que entrar y salir, en intervalos de tiempo, de un mismo sitio. A continuación se conecta la aguja a la línea arterial que lleva la sangre al dializador a través de una bomba que la va succionando. En esta misma línea arterial se inyecta heparina para evitar la coagulación. Después se conecta a la otra aguja la línea venosa que viene del dializador para que el paciente reciba la sangre ya dializada. En el monitor se ajustan los parámetros de hemodiálisis de acuerdo con la situación del paciente en esa sesión y el peso que ha de perder y se espera alrededor de cuatro horas hasta que todo el volumen sanguíneo haya sido dializado. Mientras tanto el paciente puede realizar determinadas actividades como comer o beber (siempre con moderación), ver la televisión, escuchar música, leer... En todo momento ha de permanecer en cierta inmovilidad para evitar que las agujas o el catéter se salgan o se doblen y dificulten el proceso. La sesión finaliza con la desconexión a las líneas y la retirada de las agujas debiéndose presionar con los dedos durante 5 ó 10 minutos la zona de punción. El enfermo permanece sentado durante un rato para evitar mareos por cambio de tensión arterial y se vuelve a pesar. Este peso (peso en seco) ha de coincidir con el inicial menos el extraído en diálisis a no ser que se haya comido o bebido durante el proceso. El peso ideal a perder en cada sesión es de dos kilogramos pero puede variar en función de la situación del paciente y de la enfermedad.

El tiempo medio de cada sesión de diálisis es de unas cuatro horas, tres días por semana aunque estos datos pueden variar según el criterio del nefrólogo. En todo momento se busca que la hemodiálisis interfiera lo menos posible en la vida del paciente aunque evidentemente, y como se verá después, las características especiales de este tipo de tratamiento lo convierten en uno de los más intrusivos.

Las complicaciones más habituales en la hemodiálisis son las siguientes:

- Problemas relacionados con la fístula: hemorragias, trombosis, dilataciones insuficientes, dilataciones excesivas.

- Problemas relacionados con el procedimiento técnico: rotura del monitor, rotura del dializador, coagulación del circuito, fallo en la corriente, falta de agua, entrada de aire en el circuito...
- Problemas clínicos: calambres, sed, mareos, náuseas, sudoración, prurito, bajadas de tensión arterial... Aunque son relativamente frecuentes suelen ser fáciles de solucionar.
- Problemas derivados del desequilibrio electrolítico: se suelen corregir reajustando los parámetros de hemodiálisis.

La hemodiálisis está indicada en aquellos casos de IRC en los que no se pueda realizar una diálisis peritoneal o en el caso de que el enfermo así lo pida, por no querer o poder llevar a cabo un tratamiento domiciliario. Además la elección de una u otra técnica (diálisis peritoneal o hemodiálisis) depende de muchos otros factores, fundamentalmente de la situación clínica y social del paciente.

1.2.3.2. EL TRASPLANTE RENAL

Es el único tratamiento sustitutivo que permite devolver al paciente a un estado similar al anterior a la pérdida de la función renal. Aparte de las funciones depurativas, de mantenimiento del equilibrio y de compensación iónica también devuelve al enfermo las funciones metabólicas y endocrinas.

El trasplante renal como tratamiento sustitutivo de la IRC consiste en la extracción de un riñón de un individuo previamente sano (o muerto) y su colocación en un enfermo con IRC terminal. Antes de proceder al trasplante y si existe histocompatibilidad entre donante y receptor se realiza una prueba cruzada (cruzar suero del donante con linfocitos del receptor) para comprobar que no existen anticuerpos contra el donante. Después, mediante procedimiento quirúrgico, se coloca el nuevo riñón entre la parte superior del muslo y el abdomen y se conectan las venas y arterias del riñón donado a las venas y arterias del paciente. Salvo que existan casos de infección o presión arterial alta se mantienen los riñones originales en su lugar para poderlos utilizar en caso de rechazo o disfunción del órgano

trasplantado. El riñón trasplantado puede comenzar a producir orina de inmediato aunque en ciertos casos puede llegar a tardar varias semanas. Antes del trasplante y después del mismo se administra al paciente medicación inmunosupresora para disminuir la probabilidad de rechazo.

Aunque las técnicas actuales de trasplante renal admiten tanto órganos de donantes vivos como de muertos, existe cierta preferencia por los riñones de los donantes vivos (National Kidney Foundation, 2013) debido a tres razones fundamentales:

1. Presentan mejores resultados respecto a no rechazos y funcionamiento que los riñones extraídos de cadáveres. Este porcentaje se incrementa cuando los donantes son familiares del enfermo.
2. Se acortan los tiempos de espera que en muchos casos son fundamentales tanto a nivel médico como social y económico.
3. La necesidad de riñones para trasplantar es mayor que la oferta existente, a pesar de que España es uno de los países con más donantes del mundo.

No todo paciente con IRC en estado terminal es susceptible de recibir un trasplante de riñón. A pesar de que los criterios de aceptación o rechazo han variado y se han vuelto más flexibles, aún siguen dándose casos de exclusión. Como criterios absolutos de exclusión se suelen mantener los siguientes:

1. Neoplasias activas y/o metástasis.
2. Oxalosis (acumulación de cristales de oxalato).
3. Esclerodermia.

Como criterios relativos de exclusión se tienen en cuenta los siguientes:

1. Edad mayor a 60 años.
2. Procesos infecciosos de cualquier tipo.
3. Procesos ulcerosos.

4. Disfunciones vesicales.
5. Diabetes.
6. Presencia de complicaciones secundarias a la IRC.

Como criterios de prioridad para el trasplante se citan:

1. Imposibilidad de realizar una diálisis peritoneal.
2. Existencia de osteodistrofia renal avanzada.
3. Polineuritis severa.
4. Psicopatología derivada de la diálisis.
5. Personas jóvenes con más de 10 años en diálisis.

Los enfermos que cumplen los criterios de inclusión permanecen en una lista de espera centralizada en la que se tienen datos actualizados sobre su edad, grupo sanguíneo, tipificación HLA (antígenos identificativos de las células de nuestro organismo), estado general de salud y grado de urgencia con el que necesita el trasplante. Una vez que hay un donante se procede al tipaje del mismo para conocer su estructura inmunitaria ABO y HLA y se selecciona al receptor final en función del mayor grado de histocompatibilidad inmunitaria.

Las dos complicaciones fundamentales del trasplante renal son los rechazos y las infecciones. A pesar del significativo avance que se ha realizado en el primero de ellos, aún sigue siendo el factor limitativo más importante a la hora de realizar trasplantes. Otras complicaciones secundarias al trasplante son el linfocele (acumulación linfática por falta de drenaje), las roturas del injerto, las hemorragias y la toxicidad farmacológica. A pesar de todas las complicaciones, la supervivencia al trasplante renal es superior al 95% para el paciente en el primer año y al 85% para el injerto, siendo su vida media de unos 10 años (Pérez, Borrás y Martín, 2002).

Las variables psicosociales también pueden afectar a la evolución del paciente trasplantado. Uno de los elementos clave para la recuperación y funcionalidad del trasplante se basa en la adherencia terapéutica. Los pacientes trasplantados con menos depresión refieren una mayor calidad de vida y un mejor sentimiento de bienestar, que a su vez está ligado a factores como la adherencia al tratamiento (Muehrer y Becker, 2005). En cambio la ansiedad

y la depresión correlacionan positivamente con la mayor morbilidad después de un trasplante de riñón en procesos como el funcionamiento sexual, las relaciones de pareja y el sueño (Noohi, et al. 2007).

Aparte del aumento de la supervivencia del paciente otro de los objetivos de la utilización de un trasplante renal es la mejora de la calidad de vida del enfermo. Sin embargo no hay unanimidad respecto a la posible mejoría que el trasplante conlleva al menos en lo que a ciertas variables psicosociales se refiere: supervivencia, ajuste a la enfermedad, cambios en el estilo de vida (Dew, Switzer, Goycoolea, Allen, DiMartini, Kormos, y Griffith, 1997).

Si bien la mayor parte de los pacientes con IRC que han sido trasplantados pueden llevar una vida normal aunque con más controles, al cabo del tiempo han de regresar a la hemodiálisis debido a que la durabilidad del injerto no es absoluta. Un mayor cuidado del estado general de salud redundaría en una mayor duración del trasplante del mismo modo que un deterioro de la misma acorta la vida útil del injerto. De ahí la especial importancia que la nefrología otorga al estilo de vida del paciente trasplantado. También cobran especial relevancia las variables psicosociales predictoras de una mejor calidad de vida en el paciente trasplantado. Entre ellas se pueden encontrar el estilo cognitivo de búsqueda de información sobre la salud (Christensen, Ehlers, Raichle, Bertolatus, y Lawton, 2000) y el apoyo social recibido (Christensen, Raichle, Ehlers y Bertolatus, 2002) del que se hablará con más detalle en el capítulo siguiente de esta tesis.

En resumen, y en una primera lectura, se podría afirmar que los pacientes trasplantados tienen una mejor calidad de vida tanto objetiva como subjetiva así como un mayor potencial de rehabilitación y se encuentran más satisfechos vitalmente (Evans et al., 1985). Además el trasplante está asociado con un menor nivel de estrés emocional y una mayor percepción de bienestar subjetivo (Cameron, Whiteside, Katz y Devins, 2000). Le seguirían los pacientes en diálisis domiciliaria en cualquiera de sus modalidades y por último los pacientes en diálisis institucional (Borrero, 1989) dado que la carga estresante de los pacientes en HD hospitalaria (los que mayor dependencia tienen) es más alta que la de otros tratamientos (Lindqvist, Carlsson, y Sjoden, 1998). De hecho varios estudios demuestran que los pacientes en CAPD experimentan una mayor calidad de vida que los pacientes en HD (Lindqvist et al., 1998; Lok, 1996; Simmons, Anderson, y Kamstra, 1984).

Sin embargo y a pesar de que las variables psicológicas son sensibles a variaciones según el tipo de tratamiento recibido, todos ellos, generan situaciones difíciles debidas, sobre todo, a la relación de dependencia continua con el tratamiento. De hecho hay que ser bastante cuidadosos a la hora de establecer “jerarquías” de problemas según el tipo de tratamientos porque los resultados varían en función de la metodología y las características muestrales. Por ejemplo, aunque la diálisis peritoneal permite a los pacientes una mayor autonomía, se ha encontrado que también correlaciona significativamente con sentimientos de ansiedad e inseguridad (CENSIS, 1997). De hecho la intermediación de variables como la edad de los pacientes, su educación, la comorbilidad o la severidad de la enfermedad hacen muy difícil llegar a una conclusión final acerca de la mayor superioridad (en cuanto a calidad de vida) de una modalidad de tratamiento de la IRC sobre otra (Christensen y Ehlers, 2002). Así se entiende que trabajos como el de Wasserfallen y colaboradores (2004) afirmen que la pérdida de la función renal y la entrada en terapia renal sustitutiva provocan cambios psicológicos negativos (ansiedad y depresión sobre todo) independientemente del tipo de terapia utilizada.

Capítulo 2

Aspectos psicosociales de la insuficiencia renal crónica

2.1. EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Una enfermedad crónica, progresiva e incurable como la IRC requiere una continua adaptación a las demandas y retos psicosociales a medida que la enfermedad progresa (Altschuler, 1997; Devins, Beanlands, Mandin y Paul, 1997; Newby, 1996). No sólo provoca el deterioro de una serie de funciones físicas sino que también modifica el psiquismo de los individuos que la padecen. De hecho la comorbilidad psiquiátrica en la IRC es más común que en otras enfermedades como la diabetes o las patologías cardíacas (Kimmel, Thamer, Rochard y Ray, 1998). Además, a esto se añade que, en muchos casos, la IRC se convierte en una enfermedad terminal, con las consecuencias psicosociales que ello conlleva, deformando el sentido de identidad del enfermo y originando un sentimiento psicológico de pérdida (Grumke y King, 1994). No se pueden olvidar tampoco los exigentes retos derivados de los tratamientos, especialmente los concernientes al procedimiento de hemodiálisis. A las complicaciones ya comentadas con anterioridad hay que sumar la escasa capacidad de intervención del paciente en el procedimiento en sí (Christensen y Ehlers, 2002) lo que a nivel de afrontamiento le convierte en un sujeto pasivo, con poca participación en su tratamiento, a excepción de la evitación de la ganancia de peso/líquido inter-sesiones y los cuidados básicos de la fistula.

Esta pérdida del control personal, la combinación de estresores agudos y crónicos, el alto impacto emocional, la frecuente comorbilidad psicopatológica y el reto del cambio en el estilo de vida, hacen de la IRC y de su tratamiento (en especial de la hemodiálisis) una enfermedad y un procedimiento terapéutico altamente intrusivos a nivel psicosocial (Christensen y Ehlers, 2002; Kimmel, 2000).

Los problemas médicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan los enfermos que padecen una IRC van variando a lo largo del tiempo según lo hacen la propia enfermedad y los procesos terapéuticos. En líneas generales Doka (1993) establece cuatro fases con diferentes tareas a las que se somete cualquier paciente que sufre un problema de cronicidad, como el de la IRC:

1. Fase de diagnóstico: la espera y la comunicación de una enfermedad crónica suponen, básicamente, una situación de miedo y ansiedad para el enfermo y su familia. Además de intentar manejar adecuadamente esta situación, el paciente, necesita conocer los peligros y riesgos reales de su enfermedad e ir desarrollando estrategias de recuperación de la salud. Entre las posibles reacciones de los enfermos cuando les diagnostican una IRC se pueden encontrar una amplia gama de respuestas en función de numerosas variables. Algunas de estas reacciones más habituales son:
 - *A nivel cognitivo*: negación y rechazo, aceptación, reexperimentación de la experiencia vivida en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos, dificultades de concentración.
 - *A nivel emocional*: sensación de amenaza vital, miedo, horror, indefensión, irritabilidad, sentimientos de culpa y/o vergüenza resultado de una atribución sesgada.
 - *A nivel psicopatológico*: problemas para conciliar el sueño, pesadillas, ansiedad, depresión...

2. Fase de crisis: en ella el paciente y su familia han de ir aprendiendo a convivir con la enfermedad, su sintomatología, el hospital, el equipo sanitario y los tratamientos. El dotar a todo ello de un significado coherente que proporcione control y competencia sobre la nueva situación, permite una mayor aceptación de la enfermedad, a raíz de lo cual se pueden ir desarrollando estrategias de afrontamiento adecuadas. La flexibilidad y el apoyo emocional e instrumental juegan un papel muy importante a la hora de la evolución posterior del proceso. De ahí el nombre de fase crítica.

3. Fase de cronicidad: el paciente se va dando cuenta que la enfermedad no va a abandonarlo y que su vida se va a ver afectada por ella y por el tratamiento. Su tarea fundamental consiste en manejar el estrés que supone la cronicación de la enfermedad, tratando de normalizar su vida a pesar de esta situación. Para ello ha de llevar a cabo regímenes de vida que maximicen los períodos de bienestar, afrontando los síntomas y efectos secundarios, previniendo y tratando las posibles crisis, reconstruyendo su estilo de vida y dando un sentido a su sufrimiento y cronicidad.

4. Fase de terminalidad: como se ha indicado anteriormente, la IRC puede convertirse en una enfermedad terminal si el deterioro de la función renal aumenta. Un porcentaje variable de los pacientes con IRC acaba encontrándose en esta situación con las tremendas consecuencias psicológicas que ello conlleva. Controlar y atenuar los síntomas que los pacientes terminales sufren, así como ayudar a resolver sus nuevas necesidades (encontrar sentido a la vida y a la muerte, despedirse, reconciliarse...) son los objetivos básicos de la intervención en esta fase.

En el caso del tratamiento con hemodiálisis, también podemos hablar de diferentes fases de adaptación psicológica en el progreso del mismo (Levy, 1981; Levy, 1984):

1. Fase de luna de miel: el paciente descubre que con este tipo de tratamiento su estado es mejor que el que tenía anteriormente y valora muy positivamente la nueva situación.
2. Decepción: la repetición constante de las rutinas de tratamiento así como las limitaciones que éste impone, hacen que el paciente se vaya desilusionando y decepcionándose progresivamente. El enfermo entra en una etapa de alto riesgo psicológico.
3. Adaptación: proceso más o menos lento de ajuste a la nueva situación. Está influido por una gran cantidad de variables tanto a nivel individual como social.

Siempre que se hace una ordenación más o menos artificial de una realidad compleja como una enfermedad y su tratamiento se ha de ser cuidadoso respecto al encasillamiento de los pacientes en esta dinámica. No todo paciente tiene que pasar obligatoriamente por todas las fases y en este orden, ni desarrollar todas las características indicadas. Sin embargo la práctica clínica demuestra, en el caso de la IRC, una asombrosa similitud con lo aquí expuesto.

Además de la propia progresión de la enfermedad y del tratamiento hay otras variables que determinan la mayor o menor adaptación a la IRC y por tanto una mayor o menor problemática añadida:

- Momento evolutivo: dependiendo del momento evolutivo en el que se encuentra el paciente se pueden hallar dificultades concretas que afectan específicamente a cada período: en el caso de las IRC en niños, existen problemas de disminución del crecimiento y retardo de la maduración. En los jóvenes, preocupa especialmente la limitación en las experiencias vitales y sociales. Las personas de mediana edad, presentan una percepción distorsionada del futuro y los ancianos complicaciones a todos los niveles. Ahora bien, en todos los grupos de edad, la sensación de inutilidad es más o menos acusada.

- Contexto médico y de la enfermedad: en la adaptación a la IRC influyen la forma y circunstancias de comienzo y evolución de la enfermedad, la incapacitación provocada, las relaciones con el equipo asistencial, el historial clínico previo...

- Contexto individual: experiencias previas, intensidad del trauma (a mayor vivencia traumática de la situación mayores problemas de adaptación), estabilidad emocional, autoestima, recursos psicológicos propios, modos de afrontamiento... El autoconcepto de enfermedad (percibirse como un enfermo o no) matiza el impacto de la enfermedad en relación con la edad. Los pacientes jóvenes que no poseen un autoconcepto de enfermo renal crónico sufren más problemas de adaptación que aquellos que sí lo admiten. En cambio en sujetos adultos la tendencia es la inversa (Devins et al. 1997).

- Contexto familiar: hay que tener en cuenta los recursos psicosociales de la familia, la dinámica y estructura familiar (forma y modo de relacionarse), la calidad de las relaciones (positividad emocional existente en las relaciones familiares), los valores culturales, las creencias familiares, la comunicación, los recursos económicos...

- Contexto social: apoyo social, relaciones actuales, estatus socioeconómico...

Así pues, en la calidad de vida de los enfermos con IRC en tratamiento sustitutivo, influyen tanto factores directamente relacionados con la enfermedad y el tratamiento como factores no relacionados (Binik, Chohanec y Devins, 1990; Devins et al., 1997).

Como se ha indicado, al igual que el resto de las enfermedades crónicas, la IRC supone un alto grado de coste a nivel personal, familiar, social y económico. La prolongación de la vida de los pacientes que sufren este problema a través del desarrollo preventivo, pero sobre todo conservador y sustitutivo, supone una enorme ventaja en cuanto a supervivencia. Pero ello conlleva asimismo el tener una serie de contraprestaciones en cuanto a costes económicos y relacionados con la calidad de vida. El tratamiento de la insuficiencia renal crónica a través de la hemodiálisis significa para el paciente un condicionante en su vida y en sus funciones y actividades habituales. Aparte de las limitaciones que suponen el tener que pasar tres de los siete días de la semana, durante cuatro horas diarias, enganchado a una máquina sin la cual no sobrevivirían, los pacientes en hemodiálisis presentan otros problemas añadidos relacionados con el tratamiento (Devins et al, 1990; 1997):

- Restricciones dietéticas y de ingesta de líquidos.
- Adherencia estricta a medicamentos de forma permanente.
- Minimización de las actividades físicas.
- Fatiga crónica.
- Disfunciones sexuales.
- Trastornos del sueño.
- Alteración de la imagen corporal.
- Condicionamiento de la vida laboral y social por el tratamiento.
- Comorbilidad.
- Pasar muchos años con el tratamiento y con la enfermedad.

Por todo ello no es descabellado asegurar que los enfermos con IRC en hemodiálisis son “candidatos propensos” a sufrir problemas (o cuanto menos alteraciones) de carácter psicosocial en una alta medida. De hecho los mismos pacientes, desde su propia perspectiva, refieren la existencia de problemas tales como la sensación de cansancio físico y mental, la ansiedad, el aislamiento social, las alteraciones en la vida diaria, las respuestas emocionales negativas y/o las complicaciones en el trato social y familiar (White y Grenyer, 1999; Heiwe, Clyne y Dahlgren, 2003).

La presencia y evolución de la IRC y de su tratamiento interfiere en todas las esferas de la vida del paciente y también de su familia (García-Camba et al., 1992) aumentado con ello las complicaciones y los síntomas psicológicos (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez e Hinostroza, 2004). De acuerdo a los hallazgos empíricos encontrados, ¿en qué consistirían fundamentalmente esas complicaciones? La lista de problemas y alteraciones psicosociales hallada entre los pacientes en hemodiálisis relacionada con la enfermedad y su tratamiento es bastante amplia:

- Eichel (1986) encuentra que los pacientes en hemodiálisis experimentan más estrés que los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- Lubkin (1998) describe en los pacientes en hemodiálisis cambios psicosociales en el autoconcepto y la autoconfianza, inversión de los roles familiares y pérdida de dignidad.
- Evans, et al. (1985) indican pérdida de autonomía, pérdida de autoestima y deterioro de la imagen corporal.
- Blommers, Shanbacher y Corry (1984) reseñan una pérdida de individualidad del paciente al convertirse en un objeto de tratamiento repetido y habitual.
- Maiorca, Ruggieri, Vaccaro y Pellini (1998) observan un aumento de la tasa de suicidio entre los pacientes en diálisis hasta 50 veces más que en la población general.
- Rivera, Montero y Sandoval (2012) hablan de un mayor riesgo de suicidio que en la población general llegando incluso a tasas de riesgo del 84% (Páez, Jofré, Azpiroz, y De Bortoli, 2009).
- Borrero (1989) constata cambios en el nivel de funcionamiento social que pueden cursar con aumento del nivel de conflictos, problemas en pedir ayuda, alteraciones matrimoniales y familiares, disminución de oportunidades laborales, sentimientos de culpabilidad por parte del paciente...

-Bresst (1996) habla de efectos sobre la familia: alteración de los roles de género y paterno-filiales con el consiguiente deterioro de la auto imagen y de la autoestima, modificación de la dinámica familiar (cómo los miembros de una familia se sienten e interactúan unos con otros), cambios en la identidad familiar (Smith y Soliday, 2001) y mayores estresores en el sistema familiar.

-Maiorca y colaboradores (1998) concluyen que, independientemente de la forma de tratamiento, una buena parte de los pacientes con IRC experimentan fuertes sentimientos relacionados con limitaciones sociales en la mayor parte de las esferas de su vida: trabajo, relaciones con los amigos y disfrute del tiempo libre, llegando incluso a sentirse excluidos socialmente.

En el Modelo Biopsicosocial que White y Grenyer proponen (White y Grenyer, 1999) las diferentes consecuencias de la IRC y el tratamiento en HD son agrupados en tres grandes categorías:

1. Efectos biológicos:

- A. Pérdida de la funcionalidad normal del cuerpo.
- B. Daños físicos debidos a la IRC.
- C. Complicaciones asociadas a la terapia en diálisis.
- D. Estatus de salud inestable.

2. Efectos psicológicos:

- A. Ira.
- B. Ansiedad.
- C. Depresión.
- D. Pena.
- E. Miedo.
- F. Pérdida de auto imagen.
- G. Percepción de enfermedad.

3. Efectos sociales:

- A. Cambios en los roles familiares y sociales.
- B. Percepción de enfermedad por los otros.
- C. Pérdida de sueños y aspiraciones sociales.
- D. Pérdida de oportunidades y opciones.
- E. Aislamiento social.
- F. Modificación de las relaciones familiares y laborales.
- G. Pérdida del tiempo.

En resumen. Se puede decir que la cronificación de una enfermedad como la IRC suele ser interpretada como un acontecimiento traumático que puede llegar a alterar el modo de funcionamiento psíquico de la persona afectada con el consiguiente impacto psicosocial que ello provoca. Este es el motivo por el que numerosos autores (p.ej. Binik, Chowanec y Devins, 1990; Devins et al., 1990; Sacks, Peterson y Kimmel, 1990) hablan de la IRC como una enfermedad de “alta intrusividad”. Es decir, de una patología que provoca la perturbación de la vida normal y positiva del enfermo y además compromete su calidad de vida, amenazando al bienestar biopsicosocial de quien la padece y, en muchas ocasiones, también de quienes los rodean (Smith y Soliday, 2001).

Una vez definido el impacto que la IRC tiene sobre el enfermo y su entorno se procede a analizar las principales variables implicadas en esta situación.

2.2. VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LA IRC Y LA HEMODIÁLISIS

2.2.1. ANSIEDAD

Como definición general, la ansiedad puede ser entendida como una respuesta adaptativa del organismo, acompañada por un conjunto de reacciones fisiológicas, emocionales, comportamentales y cognitivas que se caracterizan por un estado de activación y alerta ante una señal de peligro o ante una amenaza a la integridad física y/o psíquica (Sáiz e

Ibáñez, 1996). Así pues, y en principio, se puede pensar que la ansiedad es un proceso normal, no patológico, que le da a la persona la capacidad para responder ante las exigencias del entorno.

Sin embargo hay que añadir que, independientemente de su función adaptativa, la ansiedad, como resultado del mantenimiento del propio proceso de activación, se acompaña de sentimientos de intranquilidad y desasosiego y una serie de cambios psicofisiológicos que pueden generar sensación de malestar en la persona que la experimenta. A pesar de ello tampoco así se puede etiquetar a la ansiedad como patológica.

La ansiedad se convierte en un problema cuando es excesiva, demasiado intensa, muy frecuente, no responde a una exigencia y/o se vuelve desadaptativa, provocando malestar significativo con síntomas que afectan al plano físico, al cognitivo, al emocional y al comportamental. Además se puede hablar de un nivel más de afectación de la ansiedad, al considerarla como un cuadro clínico específico con entidad patológica propia. Es este último sentido de la ansiedad como psicopatología el que se usa en la presente tesis. En las clasificaciones taxonómicas actuales, los trastornos de ansiedad se engloban dentro de los trastornos del estado de ánimo (American Psychiatric Association, 2002). Los trastornos de ansiedad son entendidos, en conjunto, como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.⁴

De la enorme cantidad de modelos explicativos de la ansiedad, sus causas y consecuencias, en la presente tesis se ha optado por seguir la propuesta teórica de Spielberger y colaboradores (1970) que distingue entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Se entiende la ansiedad estado como una situación emocional transitoria que puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y miedo así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Es decir, la consideración de la

⁴ Dado que en esta tesis no se pretende hacer una revisión general de las variables estudiadas sino centrarse en las relaciones específicas de las mismas con la IRC y la HD, se omite una descripción pormenorizada de los diferentes trastornos del estado de ánimo entre los que se incluyen la ansiedad y la depresión. Se remite al lector al DSM-IV TR y a los principales manuales de psicopatología para profundizar sobre cada una de las ellas.

ansiedad como una respuesta desadaptativa. Por otro lado la ansiedad rasgo puede ser definida como una forma disposicional del individuo consistente en la tendencia estable a experimentar estados de ansiedad. Esta misma explicación de la ansiedad ha sido usada tradicionalmente en un número ingente estudios de Psicología de la Salud incluidos, como a continuación se verá, los relativos a la insuficiencia renal crónica.

En las relaciones entre la IRC y la psicología, la ansiedad ha sido una de las variables más tempranamente estudiada (véase Kutner, Fair y Kutner, 1985; Maher, Lamping y Dickison, 1983). Tradicionalmente se adjudica a los pacientes con insuficiencia renal crónica unos niveles mayores de ansiedad que en la población normal. En el estudio de Horn (1995) cerca de la mitad de los enfermos (treinta y ocho) de una muestra de 79 pacientes en centros en diálisis presentaba signos y síntomas indicativos de ansiedad, estando ésta relacionada con un estilo represivo de afrontamiento. Para White y Grenyer (1999) la mayoría de los pacientes en diálisis experimentan miedos y temores sobre diversos temas entre los que destacan la incertidumbre sobre su salud, la preocupación por el futuro y las relaciones sociales. Ello podría explicar en cierta medida el porqué de la mayor presencia de ansiedad en este tipo de enfermos.

Según Zahonero (1985) la ansiedad en la hemodiálisis está relacionada con:

- La vivencia de la IRC como enfermedad crónica que supone un trastorno para el paciente.
- La dependencia del riñón artificial, del equipo terapéutico e incluso de la propia familia y la sociedad.
- El estado de incapacidad general que acompaña a muchos de estos pacientes.
- La elevada frecuencia de enfermedades intercurrentes que presentan.
- El propio tratamiento en sí con sus complicaciones como por ejemplo la presencia de baja autoeficacia y afrontamiento orientado a la emoción en pacientes con prurito provoca más ansiedad que en aquellos que no tienen prurito (Takaki et al., 2003).

- La muerte de compañeros en diálisis.
- La preocupación continua por la enfermedad.
- La incertidumbre respecto al futuro.

Al igual que pasa en las poblaciones generales la ansiedad correlaciona positivamente con la depresión en el caso de los enfermos con IRC (Martin, 1999). De hecho la ansiedad y la depresión son dos de las variables más importantes en la determinación de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, convirtiéndose en predictoras de la calidad de vida asociada con la salud (Vázquez et al., 2003).

2.2.2. DEPRESIÓN

A pesar de ser un término muy utilizado en infinitud de investigaciones psicológicas sobre la salud, la definición exacta de “depresión” es bastante complicada. Bajo esta nomenclatura no se hace referencia a una sola entidad nosológica, sino a múltiples patologías con elementos comunes, entidades que varían desde el episodio depresivo aislado al trastorno depresivo mayor. El diagnóstico diferencial de cada uno de estas formas exige múltiples pruebas y acercamientos y aun así es fácil poderlas confundir (véase Agudelo, Buena-Casal y Spielberger, 2007).

Es por ello que en la investigación se suele usar el término “depresión” para definir un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Todos ellos son elementos comunes a los diferentes trastornos depresivos y podrían unificarse en la tríada básica de la depresión, que vendría compuesta por la anhedonia, la anergia y el estado de ánimo decaído. Así, en último término, la depresión puede ser considerada como una falta de reactividad al ambiente (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos-Díaz, 2003). La mayor parte de los cuestionarios no clínicos para medir la depresión (entre los que se puede incluir el Inventario de Depresión de Beck usado en esta tesis) evalúan la presencia de esta sintomatología y en base a la cantidad de

síntomas hallados, baremados con diferentes poblaciones, establecen un nivel de depresión u otro. Este hecho está fundamentado en la *hipótesis de la continuidad* de la depresión (Vázquez y Sanz, 1998) que establece la depresión como un continuo en la que se puede situar a un sujeto en cualquier punto de ese continuo, según las manifestaciones de la misma.

Este es, generalmente, el concepto que se maneja en las investigaciones de Psicología de la Salud que incluyen entre sus variables a la depresión, y que se ha seguido en la presente tesis doctoral.

Entre las diferentes teorías que tratan de explicar la depresión, este trabajo se centra en los Modelos Cognitivos desarrollados a partir del planteamiento de Aaron Beck (Beck, 1967).⁵ En la base de estos modelos están las relaciones entre las emociones y el pensamiento, y la concepción de diátesis-estrés. La existencia de determinadas vulnerabilidades psicológicas en las personas (diátesis) en interacción con sucesos estresantes aumenta la posibilidad de aparición y/o de incremento de patologías y trastornos psicológicos. Muchas de las variables que favorecen la aparición de los trastornos están relacionadas con la forma de procesar la información de la persona. Entre estos elementos cognitivos son de especial importancia los esquemas de pensamiento y los sesgos cognitivos, tanto atencionales como mnésicos como atribucionales e interpretativos.

Entre los pacientes con IRC, especialmente entre los que están en estadio muy avanzado y terminal y particularmente entre los enfermos que reciben diálisis, se encuentra una alta prevalencia de depresión (Burton, Kline, Lindsay y Heidenheim, 1986; Israel, 1986; Shulman, Price y Spinelli, 1989; Welch y Austin, 2001). De hecho Levy (1984) afirma que la depresión es la complicación psicológica más habitual de la diálisis. La incidencia de este trastorno varía en función de si se utilizan, como fuente de diagnósticos, los autoinformes de síntomas o si por el contrario se siguen los criterios psiquiátricos. En el primero de los casos las cifras van desde el 25% de Rodin y Voshart (Rodin y Voshart, 1987) al 50% de Kutner y colaboradores (Kutner et al. 1985). En el segundo se pueden encontrar cifras del 30% (Hong, Smith, Robson y Wetzel, 1987) al 35% (Aghanwa y Morakinyo, 1997). También se han

⁵ Para una aproximación comprensiva de los modelos cognitivos de la depresión véase Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010.

observado variaciones según el tipo de tratamiento que el paciente recibe. Hay que destacar la mayor incidencia de la depresión en pacientes tratados en hemodiálisis hospitalaria que con otros tratamientos sustitutivos (Christensen, Holman, Turner, Smith, y Grant, 1991).

En cualquier caso el diagnóstico de la depresión en la IRC no es siempre adecuado y ni mucho menos fácil, ya que a las dificultades evaluativas habituales (criterios diagnósticos, instrumentos de medida, variabilidad muestral) se añade la confusión de síntomas entre los propios de la IRC y los de la depresión: aletargamiento, problemas de concentración, trastornos del sueño... (Guzman y Nicassio, 2003).

Aparte de las complicaciones que la depresión conlleva por si misma, se ha visto que también interfiere en el progreso de la IRC. Los pacientes con más niveles de depresión sufren más hospitalizaciones, bien sea por motivos psiquiátricos bien por motivos nefrológicos (Numan, Barklind y Lubin, 1981), tienen menos contactos sociales, perciben menos cantidad de apoyo social y están menos satisfechos (Elal y Krespi, 1999). Lo que no queda tan claro es si la depresión influye en su supervivencia (Welch y Austin, 2001). Independientemente de ello se estima que alrededor del 20% de las muertes por IRC en las que los pacientes pidieron el cese voluntario de la diálisis, la decisión se debió a procesos depresivos y de insatisfacción vital (Mailloux et al., 1993; Neu y Kjellstrand, 1986).

Algunos factores que ayudan a explicar el desarrollo de la depresión en la IRC son:

- Falta de expectativas de una cura eficaz.
- Limitaciones vitales que impone la enfermedad y el tratamiento.
- Cambio en el sentido vital.
- Factores psicofisiológicos intrínsecos (desajustes electrolíticos, cambios hormonales...).
- Cambios y pérdidas de rol.

La relación de la depresión con el estrés en la IRC ha sido puesta de manifiesto por Devins (Devins et al., 1981) y Welch (Welch y Austin, 2001). En el primero de los estudios se encuentra que los mayores niveles de percepción de intrusividad de la enfermedad (estrés derivado de la IRC) están más relacionados con una menor satisfacción vital, con una disminución de la autoestima y con más pesimismo y, en definitiva, con mayores niveles de depresión. En el segundo, una mayor presencia de estresores psicosociales relacionados con la IRC y su tratamiento correlaciona positivamente con un aumento de la sintomatología depresiva. Estos resultados son coherentes con el modelo de diátesis-estrés expuesto anteriormente.

Asimismo también se han encontrado relaciones entre la depresión y el afrontamiento de la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis. En el ya citado estudio de Welch y Austin (Welch y Austin, 2001) el estilo evitativo de afrontamiento correlaciona positivamente con mayores niveles de depresión, e incluso es capaz de predecir una mayor presencia de la sintomatología depresiva. Lo que no queda tan claro es la explicación del porqué del uso de este tipo de estrategia por los pacientes. Podría deberse a un hábito adquirido en el manejo habitual de los estresores o incluso ser una consecuencia del propio proceso depresivo. En el sentido contrario, los pacientes que afrontan su enfermedad de manera activa presentan menos depresión (Christensen, Smith, Turner y Cundick, 1994).

La influencia de las expectativas de control sobre la depresión en la IRC también ha sido contrastada. En general unas mayores creencias o expectativas de control están asociadas a un menor estrés emocional. Christensen, Turner, Smith, Holman y Gregory (1991) comprobaron que el pensamiento de que la propia salud es controlable estaba asociado a una menor depresión, a excepción de en aquellos pacientes que previamente habían sufrido un fracaso renal, donde una mayor creencia de control correlacionaba con una mayor depresión.

Al igual que ocurre con el resto de las enfermedades crónicas (véase Brown, Andrews, Harris, Adler y Bridge, 1986) en el campo concreto de la hemodiálisis también se ha comprobado el papel del apoyo social como moderador de la depresión (Martin, 1999). En este estudio, con 100 pacientes en diálisis, aquellos enfermos que recibían el suficiente apoyo social de calidad presentaban una disminución en el riesgo de depresión (correlación negativa entre apoyo social y depresión).

Otra de las relaciones importantes de la depresión en la IRC es su conexión con la edad. Welch (1996) encuentra que aquellos pacientes de hemodiálisis mayores de 60 años presentaban menos índices de depresión que los menores de esa edad.

Asimismo la presencia previa de un antecedente personal de depresión también se relaciona positivamente con la aparición de un trastorno depresivo durante la IRC (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez, e Hinostraza, 2004). Sin embargo los antecedentes personales de ansiedad y los historiales familiares de depresión son poco frecuentes en estos casos.

Por último también hay que resaltar la importancia de la propia percepción y evaluación que el paciente hace de si mismo y que puede contribuir al mantenimiento del proceso depresivo (Guzman y Nicassio, 2003). En líneas generales, cuanto más perciban los pacientes que la enfermedad interfiere con su vida, mayor es la tendencia a la depresión que podemos observar (Devins et al., 1984). De hecho los esquemas de enfermedad más negativos y frecuentes predicen mayores niveles de depresión que los positivos (Guzman y Nicassio).

2.2.3. ESTRÉS

Dentro de la ya clásica conceptualización del estrés como estímulo, respuesta y proceso, la presente tesis parte del planteamiento conceptual del estrés como proceso (Lazarus y Folkman, 1984) en la que la respuesta de estrés depende de la interacción entre el sujeto y su medio y de la valoración que éste hace acerca de la situación, sus demandas y los recursos que posee. El estrés y las emociones negativas a él asociado van a depender del modo en el que el sujeto evalúe las interacciones con el entorno, de la forma particular de relación que se dé entre la persona y su medio (Lazarus, 2000).

Partiendo de este modelo podemos afirmar que en el proceso de la IRC y la HD existen gran cantidad de situaciones potencialmente estresantes que podrían desencadenar respuestas de estrés en los pacientes. De hecho el enfermo de IRC que además recibe tratamiento de hemodiálisis está sometido a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales que pueden suponer una amenaza para su estilo de vida (Baldree, Murphy y Powers, 1982;

Devins et al., 1997; Eichel, 1986; Gurklis y Menke, 1988; Lok, 1996; Mok y Tam, 2001). Esto suele conllevar una mayor problemática a la hora de ajustarse a su enfermedad (Eitel, Hatchett, Friend, Griffin y Wadhwa, 1995).

Entre los estresores más importantes encontrados en la IRC y la HD se pueden citar:

1. Relacionados con la enfermedad:

- Sintomatología fisiológica, especialmente la urémica: dolor, disconfort (malestar), picores, calambres...
- Cansancio y falta de energía.
- Problemas en la actividad sexual.
- Trastornos del sueño.
- Cambios en la apariencia corporal.
- Padecer una enfermedad crónica e incurable.
- Perspectiva y sentimiento de incapacidad física.
- Incertidumbre sobre el futuro.
- Problemas económicos derivados de la incapacidad.

2. Relacionados con el tratamiento:

- Proceso de la diálisis.
- Transporte hasta el lugar de diálisis.
- Sujeción a un régimen dietético y de restricción de líquidos.
- Limitaciones en la actividad la actividad física.
- Fatiga y debilidad.
- Dependencia del equipo sanitario.
- Problemas con amigos, familia y medio laboral.
- Problemas económicos derivados de los costes del tratamiento.

La importancia y la frecuencia de estos estresores varían según los estudios, aunque Mok y Tam (2001) afirman que los principales cinco estresores en HD son similares en casi todos los trabajos, aunque puedan variar su orden. De este modo los estresores más importantes de la IRC serían las limitaciones (de la actividad física y de la ingesta), las alteraciones en la vida social, la incertidumbre sobre el futuro, la fatiga y los calambres. En la

Tabla 1 se recogen los estresores más frecuentes ordenados por importancia en cuatro estudios diferentes.

La clasificación más habitual de los estresores relacionados con la IRC y la HD distingue entre estresores fisiológicos y psicosociales (Mok y Tam, 2001). Los estresores psicosociales relacionados con el tratamiento de la IRC serían capaces de predecir la importancia de los fisiológicos, los cambios en los roles del paciente e incluso su estado de salud (Welch, 1996).

Tabla 1

Estresores más habituales en la IRC. Comparación entre los principales estudios

Baldree et al. (1982)	Gurklis y Menke (1998)	Lok (1996)	Lindqvist et al. (1998)	Mok y Tam (2001)
Limitación de fluidos	Sentirse cansado	Limitación de la actividad	Físicos	Limitación de fluidos
Calambres musculares	Limitación de fluidos	Decremento vida social	Sociales	Limitación de comida
Fatiga	Limitación de comida	Incertidumbre sobre el futuro	Psicológicos	Picores
Incertidumbre sobre el futuro	Limitación de la actividad	Fatiga	Existenciales	Fatiga
Limitación de comida	Hospitalizaciones frecuentes	Calambres musculares	-----	Factores económicos

Esta clasificación en estresores fisiológicos y psicosociales presenta sus problemas. En ninguno de los estudios consultados se determinan, de manera operativa, los criterios exactos para clasificar cada estresor en concreto. Sólo se especifican listas pero no criterios. Este hecho es especialmente problemático en el caso de los estresores psicosociales (en principio cualquier estresor que no sea fisiológico) ya que esta clasificación no discrimina de manera más sutil la variedad de estresores dentro de este grupo. Para evitar este problema un sistema alternativo de clasificación es el propuesto por Stapleton (2000) al hablar de estresores fisiológicos, psicológicos, de alteraciones en los roles y estresores que producen cambios vitales. También Lindqvist (Lindqvist, Carlsson y Sjoden, 1998) proponen otra clasificación que distingue entre estresores físicos (p.ej. la fatiga o el sangrar por la fistula), psicológicos (p.ej. ansiedad, ira, desánimo), sociales (p.ej. problemas en el desempeño de roles) y existenciales (p.ej. preguntarse por qué le pasa eso a uno, el significado de la enfermedad...). Como se verá más adelante en esta tesis se propone un sistema alternativo de clasificación que trate de complementar a los ya establecidos.

Independientemente de las acciones del enfermo y del contexto concreto en el que se den, en función de su controlabilidad, no todos estos estresores influyen de la misma manera sobre el grado de estrés que sufren los pacientes. De hecho la IRC y el tratamiento de hemodiálisis se caracterizan por combinar estresores de diferentes grados de controlabilidad (Christensen et al., 1995). Entre los estresores sobre los que el paciente tiene más control podríamos citar la ingesta de líquidos, el seguimiento de la dieta y el cumplimiento de la medicación. Entre los menos controlables las complicaciones derivadas de la enfermedad y el tratamiento (calambres, disminución de tensión arterial...) o el comportamiento del equipo sanitario.

Así pues las alteraciones físicas, funcionales, emocionales y sociales que comportan la IRC, hacen que pueda ser considerada como un acontecimiento vital estresante (*life event*) por la gran demanda de ajustes que conlleva su aparición y desarrollo y que desgasta o incluso agota los recursos psicológicos del paciente (Cantú, Uribe y Cirlos, 2011). En el manejo de los estresores vitales, y de acuerdo al planteamiento clásico de Rahe (1974), hay cinco elementos básicos a considerar que también habrán de ser tenidos en cuenta en el caso de la IRC: la experiencia pasada (cómo ha manejado la persona anteriormente los sucesos estresantes), las defensas psicológicas (habilidad para manejar sucesos estresantes), las reacciones físicas ante los estresores, las habilidades de afrontamiento para atenuar o compensar reacciones físicas y la conducta de enfermedad (manera en que se interpretan los síntomas y se decide buscar ayuda). La combinación y el funcionamiento adecuado de cada una de estas facetas pueden suponer una mejor protección frente a la amenaza vital que supone la IRC y su tratamiento asociado.

2.2.4. AFRONTAMIENTO

De acuerdo al planteamiento teórico propuesto por Lazarus y Folkman (1984) el estrés y el afrontamiento pueden afectar a la adaptación psicosocial de las personas, produciendo diferentes resultados normales (sujeto adaptado) o anormales (depresión, ansiedad...). Dado que la mayor parte de las enfermedades (y la IRC especialmente) suelen provocar grandes retos de adaptación, la importancia del estilo de afrontamiento de cada paciente se convierte en fundamental (Márquez, 1996).

De hecho, gran parte del ajuste a largo plazo a la enfermedad viene determinado por el grado de efectividad en el manejo de los estresores (Leake, Friend y Wadhwa, 1999).

El estilo de afrontamiento puede ser definido como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164). Dicho de otro modo, se puede decir que lo que una persona piensa, siente y hace para intentar resolver un problema y/o afrontar un estresor constituyen las estrategias de afrontamiento. Dichas estrategias van a mediar la relación entre el estresor y los resultados posteriores.

Lazarus y Folkman (1984) hablan de un estilo de afrontamiento que se dirige a manejar los estresores de una determinada situación (afrontamiento centrado en el problema) y de otro afrontamiento dirigido a controlar el distress emocional que provoca dicha situación (afrontamiento dirigido a la emoción). Es decir, el sujeto puede o bien tratar de resolver el problema generador del estrés y/o las consecuencias a él asociadas (afrontamiento centrado en el problema) o tratar de controlar los efectos emocionales que dicho estrés conlleva (afrontamiento dirigido a la emoción). Entre las estrategias usadas en el afrontamiento centrado en el problema se pueden indicar: la resolución de problemas, la toma de decisiones, la resolución de conflictos interpersonales, la búsqueda de información, la búsqueda de consejo, el manejo del tiempo y el establecimiento de metas. Dentro del afrontamiento dirigido a la emoción se encuentran estrategias como el cambio del significado emocional de la situación, la comparación social, la minimización o la búsqueda de lo positivo de las cosas. Ambos estilos (afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento dirigido a la emoción) pueden aparecer de manera simultánea, interactuar o incluso obstruirse (Cohen y Lazarus, 1973). La elección de uno u otro tipo de afrontamiento por parte de la persona depende de varios factores entre los que destacan la evaluación que el individuo hace de la situación, la disponibilidad de los recursos, las experiencias pasadas, la naturaleza del estrés y el contexto en el que se da el proceso. Estas respuestas de afrontamiento pueden ser alteradas conductualmente (acciones basadas en estrategias que afrontan o modifican un estresor y/o un estado emocional indeseado), cognitivamente (modificación del significado del estresor y/o del estado emocional) o combinando ambas formas (Thoits, 1991).

En el caso de la diálisis (Dimond, 1979) se ha visto que los enfermos utilizan las dos formas de afrontamiento (dirigido al problema y dirigido a la emoción), aunque para la mayor parte de los autores (Baldree et al., 1982; Bombardier, D'Amico y Jordan, 1990; Cormier-Daigle y Stewart, 1997; Eichel, 1986; Gurklis y Menke, 1988; Welch y Austin, 2001) el afrontamiento centrado en el problema es más habitual. Respecto a las diferencias en el estilo de afrontamiento entre hombres y mujeres encontrados en población sana (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987; Thoits, 1991) la escasa literatura al respecto no parece haber hallado diferencias en el caso de los pacientes con IRC en hemodiálisis (Cormier-Daigle y Stewart, 1997).

A pesar de toda la investigación existente respecto al afrontamiento, en el contexto de las enfermedades médicas (y en especial de las crónicas) existen una serie de problemas que hacen que no estén bien definidas las relaciones entre este proceso y otros como, el bienestar o la adaptación a la enfermedad (Christensen et al., 1995). Entre estos problemas Crespo y Cruzado (1997) citan:

- Se usa el término de manera imprecisa y no bien delimitado.
- Cada autor propone una categorización diferente de los elementos cognitivos y conductuales implicados en el afrontamiento.
- Se mide con pocos instrumentos de evaluación y no demasiado investigados.
- Las mediciones se centran en el rasgo y no en los procesos.
- No se tienen en cuenta las diferencias culturales e incluso raciales.⁶

Otro problema añadido es el no considerar las influencias contextuales, ya que el valor adaptativo de un tipo particular de afrontamiento parece estar en función tanto de las características del estresor (p.ej. grado de controlabilidad) como del contexto en el que se

⁶ En el caso de la IRC Greco, Brickman y Routh (1996) han encontrado diferencias significativas en el modo de afrontamiento según la raza del paciente. Respecto a los enfermos blancos, los negros e hispanos tienen una mayor probabilidad de utilizar estilos disfuncionales y una menor probabilidad de usar los más funcionales.

produce (Lazarus, 1993). Así, por ejemplo, el valor adaptativo del afrontamiento centrado el problema disminuye frente a estresores no controlables o de baja controlabilidad y el centrado en la emoción parece aumentar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

Las “tareas” que debe de afrontar un enfermo con IRC son múltiples y comunes a otras muchas enfermedades crónicas (Cantú, Uribe y Cirlos, 2011):

- Conocer la necesidad de sufrir un tratamiento a largo plazo.
- Aprender técnicas relacionadas con el tratamiento.
- Restringir numerosas actividades.
- Afrontamiento ante la pérdida de una función vital del cuerpo.
- Manejar el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el entorno social y la vida diaria.
- Resolver la necesidad de incorporar una imagen y una identidad (la de enfermo) nuevas.

Tampoco hay unanimidad en relación a cuál es la estrategia concreta más empelada por los enfermos de IRC en HD. En el estudio de Cormier-Daigle y Stewart (1997) prevalece la búsqueda de apoyo social informacional que ayudaría a la generación de sentimientos de control. También Stewart y colaboradores (Stewart, Ritchie, McGrath, Thompson, y Bruce, 1994) indican que el afrontamiento de pacientes en HD está muy relacionado con el apoyo social. Mok y Tam (2001), en cambio, encuentran, en su muestra, como estilo más habitual la aceptación de la situación y la resignación. Como estos mismos autores indican, y de acuerdo al propio planteamiento teórico de Lazarus, en el caso del afrontamiento, se han de tener en cuenta los factores situacionales que pueden afectar a la elección del paciente. De hecho la muestra del mencionado estudio de Mok y Tam es oriental (Hong Kong) y el propio sentido vital de resignación, propio de culturas orientales, puede favorecer la adopción de estas estrategias concretas en detrimento de otras.

La Tabla 2 recoge los resultados encontrados en varios estudios respecto a las estrategias más empleadas por los pacientes en hemodiálisis.

Tabla 2

Estilos de afrontamiento más habituales en la HD. Comparación entre los principales estudios

Baldree et al. (1982)	Gurklis y Menke (1998)	Lok (1996)	Lindqvist et al. (1998)	Mok y Tam (2001)
Tratar el problema objetivamente	Rezar y confiar en Dios	Tratar de mantener el control	Optimismo	Aceptar la situación tal y como es
Aceptar la situación tal y como es	Tratar de mantener el control	Tener esperanza	Fatalismo	Decirse a uno mismo que no hay que preocuparse
Tratar de mantener el control	Aceptar la situación tal y como es	Rezar y confiar en Dios	Auto compasión	Minimizar la importancia del problema
Esperar que las cosas mejoren	Tener esperanza	Tratar el problema objetivamente	Búsqueda apoyo	Preocuparse
Preocuparse	Tratar el problema objetivamente	Preocuparse	Hacer frente al problema	Resolver paso a paso el problema

La relación entre los estresores en la IRC y la HD y los modos de afrontamiento ha sido estudiada en numerosas ocasiones sin acabar de encontrar un consenso al respecto. Baldree y colaboradores no hallaron relación entre la cantidad total de estrés y los estilos de afrontamiento (Baldree et al., 1982). Schreiber y Huber coinciden en la misma línea de resultados (Schreiber y Huber, 1985). Sin embargo estudios posteriores (Devins et al., 1990; Gurklis y Menke, 1988) encuentran relaciones entre los estresores y los modos de afrontamiento. Blodgett (1985), en una muestra de 62 enfermos de IRC en diferentes regímenes terapéuticos comprueba que los estilos de afrontamiento basados en la agresividad estaban inversamente relacionados con el ajuste psicológico; es decir, a mayor agresividad en el estilo de afrontamiento peor ajuste psicológico (Blodgett, 1985). También Welch y Austin (2001) hallan resultados en la misma línea, relacionando los estilos evitativos de afrontamiento con una mayor presencia de sintomatología depresiva asociada al estrés que produce la IRC y la HD.

Así pues en el caso de la IRC y la HD, cómo el paciente afronte las dificultades y problemas derivados de la enfermedad y el tratamiento, puede ser determinante a la hora de

que éste sufra más o menos complicaciones psicológicas o incluso psicofisiológicas, ya que el afrontamiento influye sobre la evaluación que el enfermo hace de la situación y sobre la respuesta de estrés en sí. De todos modos este modelo está muy limitado en su capacidad predictiva si no se tienen en cuentas las diferencias contextuales para cada paciente, ya que como el propio Lazarus (1993) sugiere, el valor adaptativo de un determinado estilo de afrontamiento parece estar en función de las características del estresor (en este caso severidad, complicaciones secundarias, controlabilidad...) y del contexto en el que se realiza la interacción. Así, por ejemplo, Christensen y sus colaboradores (Christensen et al., 1995) descubren que cuando el paciente utiliza estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (p.ej. planificación en la resolución de problemas) para afrontar estresores altamente controlables (p.ej. restricciones en la ingesta de líquidos) la adherencia al tratamiento es mejor que cuando usan estrategias más pasivas (p.ej. centrarse en sus emociones) para ese mismo tipo de estresores. Sin embargo cuando el paciente se enfrenta a estresores menos controlables (p.ej. un problema en la sesión en diálisis) las estrategias centradas en la emoción (p.ej. autocontrol emocional) predecían mejor la adherencia. Estrategias como el afrontamiento agresivo no se muestran útiles en ninguno de los dos casos (Blodgett, 1985).

Otra línea muy interesante de investigación es la referida a la autoevaluación que el paciente hace acerca de sus procedimientos de afrontamiento. Para Leake, Friend y Wadhwa (1999) la percepción que el sujeto tiene sobre sus propias capacidades es tan importante como la elección de la estrategia de afrontamiento. En un programa de entrenamiento simulado para nuevos pacientes en diálisis, un primer grupo fue sometido a una condición experimental en la que se les presentaban en una entrevista grabada en vídeo una serie de enfermos afrontadores con éxito de los problemas de la IRC y la HD. Un segundo grupo simplemente contaba cómo hacía frente a la enfermedad, el tratamiento y sus problemas y un tercer grupo de control sólo veía un vídeo sobre la diálisis. Al término del procedimiento, un mes más tarde, los pacientes del primer grupo informaban de menos síntomas físicos, más habilidades de afrontamiento exitosas y un mejor ajuste a la enfermedad (menos depresión) en relación con los otros dos grupos, desarrollando realmente nuevas habilidades de afrontamiento. La explicación a estos resultados podría venir dada desde diversas teorías de la psicología social como la Teoría de la Disonancia Cognitiva (Festinger, 1957), la Teoría de la Autopercepción de Bem (1972), la generación de autoeficacia a través de la percepción de modelos (Bandura, 1977) o por la existencia de sesgos cognitivos (Jones, Rhodewalt, Berglas y Skelton, 1981).

2.2.5. APOYO SOCIAL

El apoyo social actúa como elemento de afrontamiento en el manejo de estresores y en la moderación de los efectos negativos de las condiciones estresantes (Folkman et al., 1991) habiéndose comprobado que los pacientes con enfermedades crónicas que reciben el suficiente apoyo social mejoran en su adaptación a la enfermedad (Penninx et al., 1998) modificando incluso parámetros médicos y fisiológicos (Uchino, 2006). De hecho son varios los metanálisis y revisiones sistemáticas que relacionan la presencia del apoyo social con la obtención de mejores resultados clínicos en pacientes con distintas enfermedades crónicas. Entre ellos podemos citar a Hemingway y Marmot (1999) en enfermedades cardíacas o Van Dam, van der Horst, Knoop, Ryckman y Crebolder (2005) en la diabetes.

Pero a pesar que el apoyo social es una de las estrategias más usadas en el afrontamiento, el papel de la búsqueda de apoyo en la adaptación a la enfermedad crónica no está bien definido (DeRidder y Schreurs, 1996). Mayoritariamente se ha entendido que el apoyo social mejora la adaptación al estrés en las enfermedades crónicas (Cohen y Syme, 1985; Kaplan y Toshima, 1990; Suwaileh, 1996) pero toda una línea de investigación ha puesto de relieve que la búsqueda de apoyo social también tiene sus costes (p.ej. la reciprocidad en la ayuda). El estudio de Siegal y colaboradores (Siegal, Calsyn y Cuddihee, 1987) encuentra que el contacto frecuente con amigos y parientes puede llegar a convertirse en estresante y agravar los síntomas psicológicos de los enfermos con IRC, probablemente debido a procesos de comparación social, conflicto y falta de reciprocidad.

Independientemente de ello, respecto a la acción del apoyo social, se pueden observar diferentes efectos en los pacientes en función del tipo de apoyo recibido:

- En enfermedades que suponen una amenaza vital para el sujeto, el apoyo emocional parece proteger de la depresión (Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell y Hamovitch, 1989; Primono, Yates y Woods., 1990). Además se mejora el ajuste en forma de menos problemas psicosociales y una mejor utilización de los recursos (Zemore y Shepel, 1989).

- El apoyo instrumental también protege de cuadros depresivos en el caso de enfermedades en las cuales la funcionalidad de los pacientes está comprometida (Fitzpatrick, Newman, Archer y Shipley, 1991).
- Cuando se recibe apoyo tangible se favorece la recuperación física (Funch y Mettlin, 1982).
- Al recibir apoyo evaluativo-valorativo se mejora de la autoestima (Dunkel-Schetter, 1984).
- Si se recibe apoyo informativo por parte de los profesionales de la salud, disminuye la incertidumbre y se produce un alivio emocional (Mishel y Braden, 1987; Dunkel-Schetter, 1984).

Desde los estudios iniciales sobre el apoyo social en la IRC, se ha visto que el apoyo familiar y la disponibilidad de una persona de confianza se asocian con menos complicaciones de la enfermedad y menos dificultades en el funcionamiento social (Dimond, 1979). También se ha comprobado la relación beneficiosa entre percepción de disponibilidad de apoyo social, la utilización de estrategias activas de afrontamiento y un menor número de problemas en pacientes en hemodiálisis (Al-Arabi, 2003). Asimismo hay una evidencia estable de que el apoyo social guarda relación con los índices de supervivencia de los enfermos con IRC convirtiéndose en un predictor de la misma (Kimmel, Peterson, et al., 1998; Szeto et al., 2008). En el estudio de Szeto y colaboradores, realizado con pacientes en hemodiálisis, controlando la edad, la gravedad de la enfermedad y los niveles séricos de albúmina (como indicadores del estado nutricional) se observó que los enfermos con un entorno familiar que brindaba menos apoyo social tenían tasas de mortalidad asociadas tres veces más altas que los pacientes con un mayor nivel de apoyo social. En esta misma línea, Kimmel, Peterson, Weihs, Shidler, Simmens, Alleyene et al. (2000) encuentran una asociación significativa entre la calidad de las relaciones diádicas y la supervivencia de los pacientes en estado avanzado de IRC, en el sentido de que entre las pacientes femeninas, una relación de pareja poco conflictiva y altamente satisfactoria disminuía el riesgo de mortalidad.

Aunque a la vista de los resultados ya no se discute la influencia del apoyo social en la IRC y en la hemodiálisis, no hay unanimidad respecto a su forma de actuación. Por un lado hay datos que apoyan la acción amortiguadora del apoyo frente a los estresores (Christensen

et al., 1989; Littlefield, Rodin, Murray y Craven, 1990) pero por otro hay resultados que avalan su acción directa independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el paciente (Christensen et al., 1992; Elal y Krespi, 1999). Es decir, no está claro si el apoyo social tiene una acción más directa o indirecta. Aparte de los datos de Christensen et al. (1989) y de Littlefield, Rodin, Murray y Craven (1990) parecen apoyar la hipótesis de la acción indirecta del apoyo social los resultados de Moran, Christensen, Ehlers, and Bertolatus (1999) en pacientes con IRC en espera de ser trasplantados. Comprobaron que el efecto de un entorno familiar proveedor de apoyo social sobre el estrés estaba mediado por la reducción de pensamientos relacionados con la intrusividad de la enfermedad. Los pacientes que provenían de entornos familiares con un mayor apoyo emocional y que facilitaban la expresión de pensamientos y sentimientos tenían menos sintomatología asociada a la depresión y a la ansiedad. Es decir, el apoyo social reduciría el malestar psicológico del paciente a través de la disminución de las ideas y emociones relacionadas con la intrusividad de la enfermedad, corroborándose así su efecto indirecto.

Por otro lado resulta interesante hablar de una diferente utilización de la red de apoyo en función de los objetivos perseguidos (Cormier-Daigle y Stewart, 1997): a) profesionales e iguales para el apoyo informacional y b) familia y cónyuge para el apoyo emocional.

El entorno familiar se convierte en una fuente especialmente importante de apoyo para el enfermo crónico (Christensen, Turner, Slaughter y Holman, 1989; Christensen, Wiebe, Smith y Turner, 1994; Wills y Fegan, 2001). También para los enfermos en diálisis es fundamental el papel de la familia (García-Camba et al., 1992) incidiendo en sus aspectos positivos. Además, parece que el apoyo social percibido mejora el bienestar psicológico no sólo del paciente sino también el de su pareja (Burton, Kline, Lindsay y Heidenheim, 1988). Así pues la familia se convierte a la vez en dadora y receptora de apoyo, en elemento terapéutico y parte a considerar en el tratamiento como paciente y como agente.

El apoyo familiar puede incluso transformarse en un predictor de la calidad de vida de los pacientes con IRC que han sido sometidos a trasplante, como demuestra el estudio de Christensen, Raichle, Ehlers y Bertolatus (2002), jugando un papel fundamental en la disminución de la sintomatología depresiva y en otros índices de calidad de vida como la funcionalidad social. Los pacientes provenientes de entornos sociales menos brindadores de

apoyo mostraban un incremento de la depresión y una disminución de la movilidad y del funcionamiento social después del trasplante, justo a la inversa que ocurría en aquellos con un buen nivel de apoyo familiar. Sin embargo este efecto se encuentra matizado por variables como la fuente del trasplante (cadavérica o de persona con vida), siendo solo efectivo para el caso de que el donante fuese un miembro de la familia con vida.

A pesar que la familia puede mitigar los efectos negativos de la enfermedad y del tratamiento médico también puede convertirse en un problema o en un estresor añadido. De hecho, en el estudio que se acaba de citar, se comprobó cómo aquellos pacientes que presentaban peores índices comportamentales en la diálisis (conducta agresiva, múltiples quejas, mala relación con otros pacientes, rechazo del marco terapéutico, falta de puntualidad reiterada, somnolencia/desinterés) provenían de familias con niveles más altos de conflicto. A su vez, dentro de este grupo, aquellos enfermos con más actitud de rechazo o agresividad tenían una peor adherencia terapéutica [medida con los parámetros de generación de urea y tasa de catabolismo proteico (PCR)]. En el extremo opuesto, aquellos pacientes con una mejor adaptación a su enfermedad y un ajuste psicológico más positivo, provenían de familias que se percibían como más cohesionadas, expresivas y con menos niveles de conflicto (Christensen, Turner, Slaughter y Holman, 1989).

El efecto del apoyo familiar puede estar matizado por el grado de impacto que la IRC tiene sobre el paciente (Christensen, Turner, Slaughter, y Holman, 1989). En pacientes con poca intrusividad de la enfermedad (y por tanto con menos estrés) el efecto del apoyo familiar no resultó significativo. En cambio en los enfermos en un estado más grave, la presencia de un menor apoyo familiar estaba relacionada con mayores niveles de depresión y de ansiedad, en comparación con los que en ese mismo estado tenían un entorno familiar que brindaba más apoyo.

Otro de los puntales básicos del apoyo social del enfermo dializado lo puede constituir el equipo de tratamiento. La gran cantidad de tiempo que pasan los pacientes con los mismos equipos sanitarios favorece la aparición de relaciones interpersonales más próximas que no se dan en otras enfermedades más agudas (Martín, Sarró, Ferrer, Arenas, González, y Gil, 2004). La percepción de apoyo por parte del equipo podría funcionar como un amortiguador de la carga estresante de los pacientes dializados, mientras que la existencia de relaciones negativas

o incluso conflictivas podría constituirse como una nueva fuente de estrés. Por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo con diabéticos por Bolaños y Sarría (2003) dos de los aspectos que más ayudaban al proceso de afrontamiento de la enfermedad eran la información que les daba el médico y la confianza que establecían con este. En el caso de la IRC, Cunha, Teles, Vasconcelos, Alves, Santana y De Oliveira (2011), al evaluar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis renal utilizando el KDQOL-F (Kidney Disease and Quality of Life Short Form) encontraron que los pacientes más satisfechos con el tratamiento ofrecido por los profesionales puntuaban más alto en los índices globales de calidad de vida, probablemente, y entre otros factores, por una mayor percepción de apoyo de dichos profesionales. No obstante hay que tomar con cautela esta interpretación dado que las puntuaciones generales sobre apoyo social resultaron de las más bajas, teniéndose que diferenciar entre el apoyo profesional y el de otras personas. No obstante habría también que considerar el tipo de tratamiento renal sustitutivo dado que en la diálisis peritoneal el contacto con el equipo sanitario, aunque frecuente, es mucho menor que en el caso de la hemodiálisis.

Dentro del estudio del apoyo social por parte de los profesionales sanitarios se necesitan al menos dos líneas de trabajo que clarifiquen tanto el concepto como el proceso: por un lado la utilización de instrumentos estandarizados en la medición del apoyo y por otro el conocimiento de los procesos concretos que pueden favorecer una mayor percepción de apoyo por parte del paciente en relación con su el equipo que lo atiende. En la primera línea de trabajo, y dada la ausencia de instrumentos específicos para la IRC y la HD, Rivera, Montero y Sandoval (2011) destacan las cualidades psicométricas, tanto en consistencia interna como en validez concurrente, del cuestionario ESS elaborado por este mismo equipo. En este cuestionario se preguntan a los pacientes por aspectos relacionados con: la comunicación con el equipo sanitario (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), la transmisión de información, la petición de necesidades y la aceptación. Bien es cierto que las cualidades metodológicas de este trabajo dejan que desear en algunos aspectos (especialmente en el análisis factorial) pero se podría tomar este instrumento como punto de partida para desarrollar inventarios específicos.

En la segunda línea de trabajo (qué aspectos de la relación médico-paciente contribuyen a una mayor percepción de apoyo), Pons (2006) destaca la importancia del trato humano, especificado en factores como la empatía, la calidad de la información

proporcionada, el tiempo dedicado a la relación con el paciente y el favorecimiento de la expresividad del enfermo. La presencia de estos factores a los cuales el autor denomina “trato empático y de alta calidad” ayudarían al clínico a diseñar mejores procesos terapéuticos y asistenciales en función de las necesidades particulares de cada paciente, buscando obtener una mejor información y adhesión al tratamiento. No obstante se antoja un objetivo pretencioso dado el sistema de trabajo presente en muchos hospitales españoles y las cargas asistenciales que la coyuntura actual exige, dicho lo cual no impide que sea un objetivo a conseguir en el cuidado integral de la persona con insuficiencia renal crónica.

2.3. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA IRC Y LA HD

De acuerdo al doble planteamiento teórico-aplicado de esta tesis, una vez analizados los principales procesos psicosociales más estudiados en la IRC y en la HD, se profundiza en los principales métodos e instrumentos de evaluación y tratamiento psicológicos utilizados en el abordaje de la enfermedad.

2.3.1. EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS PSICOSOCIALES

Según el planteamiento de Kirschenbaum (1991) los métodos e instrumentos para medir de modo genérico las diferentes variables y procesos psicológicos que puedan estar presentes en la IRC, son totalmente apropiados para poder ser utilizados tanto en la clínica como en la investigación. Los métodos generales para medir ansiedad, depresión, afrontamiento o apoyo social se usan con igual frecuencia y utilidad en los pacientes en HD que en otras poblaciones. De ahí la elección de este tipo de instrumentos en la presente tesis.

No obstante, parece oportuno incluir una descripción pormenorizada de las herramientas creadas específicamente para la IRC y la HD, derivadas de la investigación más comúnmente utilizadas. Si embargo no se puede hablar de una gran profusión de instrumentos específicos para la evaluación de las variables, procesos y problemas psicosociales que están

presentes en la IRC y en la HD. En el caso de la literatura española este hecho es aún más patente. Al mismo tiempo es más difícil encontrar una herramienta diagnóstica de problemas psicosociales en la IRC y la HD derivada directamente de la clínica. La mayor parte de estos instrumentos se crearon a raíz de investigaciones específicas y posteriormente alguno de ellos se ha usado clínicamente. Entre los más importantes se pueden citar:

1. Listado de Problemas en Diálisis (*Dialysis Problem Checklist; DPCL*) (Nichols y Springford, 1984): consiste en una lista de 126 problemas que algunas veces experimentan los pacientes en HD y de otra de 70 problemas que a veces experimentan las parejas de los pacientes. La lista de problemas se deriva de la observación a lo largo de tres años en una unidad de atención psicológica de los usuarios de los servicios enviados desde unidades de diálisis. Los problemas se agrupan en varias categorías:

- A. Comunicación respecto al proceso de la diálisis.
- B. Problemas con las máquinas.
- C. Sentimientos durante la diálisis.
- D. Relaciones con la familia.
- E. Relaciones con el personal que los atiende.
- F. Problemas psicológicos generales: ansiedad, depresión, agresividad...
- G. Síntomas y problemas físicos.

El principal inconveniente de este listado es que no tiene una validación psicométrica. A pesar de que Nichols y Springford (1984) encontraron que la mitad de los pacientes y el 82% de sus parejas presentaban problemas más o menos comunes, no tenemos ningún índice de fiabilidad ni de validez que otorgue credibilidad psicométrica a este instrumento, lo cual no es óbice para que se esté utilizando en la práctica clínica. No existe versión en castellano de este listado.

2. Listado de autocuidado en diálisis (*Self-Care Dialysis Checklist; SCD*) (Kirschenbaum et al., 1987): es un listado observacional diseñado para evaluar el grado en el que los pacientes en hemodiálisis dirigen y manejan su propio tratamiento dentro del contexto hospitalario. Los autores parten del hecho que el autocuidado y el automanejo de los aspectos relacionados con la diálisis proporcionan sensación de control a los pacientes, les hace sentir mejor y abaratan los costes de tratamiento de la enfermedad al no requerir tanta atención por parte del personal sanitario. En este listado, la enfermera o el profesional al cargo, anota los aspectos del tratamiento que el paciente controla directamente en relación con una lista de 12 ítems que varían desde el registrar la presión sanguínea hasta el arranque de la máquina sin necesidad de la intervención de la enfermera. A mayor puntuación en el cuestionario mayor autocuidado por parte del paciente. Existen índices de fiabilidad de este cuestionario que lo colocan con una media del 92% según el método de fiabilidad interjueces (Kirschenbaum et al.). Sin embargo dichos índices son muy criticables debido al escaso tamaño muestral (10 sujetos) con el que se obtuvieron.

3. *Illness Intrusiveness Ratings Scale* (Devins et al., 1984): a falta de una traducción adecuada del nombre de esta escala se puede traducir literalmente como Escala de Puntuaciones de Intrusividad de la Enfermedad. Este instrumento se compone de 13 ítems de los que se obtiene un índice del grado en que la IRC, su tratamiento o ambos interfieren en 13 dimensiones importantes para la calidad de vida de los enfermos. A mayor puntuación mayor nivel de interferencia (“intrusividad”) de la enfermedad. Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas (Devins, 1994) llegando incluso a alcanzar una consistencia interna de .83 en el estudio de Devins y colaboradores (Devins et al., 1997). Tampoco existe una versión española.

4. Escala de estresores en hemodiálisis (*Haemodialysis Stressors Scale*) (HSS; Baldree et al., 1982): escala de 29 ítems utilizada para evaluar la intensidad (severidad) y la frecuencia (incidencia) de los estresores asociados a la hemodiálisis. Se compone de dos subescalas, una para estresores fisiológicos (6 ítems) y otra para estresores psicosociales (23). El paciente anota la presencia o no de esos estresores en su caso y el grado de problemática de cada uno de ellos en una escala de 0 a 3. A más puntuación más estrés. Este instrumento ha mostrado de manera consistente una buena fiabilidad (Baldree et al., 1982; Mok y Tam, 2001; Welch y Austin, 2001).

5. Cuestionario KDQOL (*Kidney Disease and Quality-of-Life*) (Hays, Kallie, Mapes, al., 1994). Es un test específico para medir la calidad de vida en los pacientes con IRC centrado, además, en elementos relacionados con el procedimiento de hemodiálisis. De la forma original de 80 ítems se ha pasado a dos cuestionarios breves de 24 y 36 ítems respectivamente. La versión española del cuestionario no ha sido validada hasta la fecha, careciendo de poblaciones de referencia, pero puede encontrarse en la dirección electrónica http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html. El cuestionario engloba casi todas las posibles dimensiones de la calidad de vida que pueden verse afectadas por la IRC y la HD: síntomas y problemas, funcionamiento sexual, alteraciones del sueño, repercusiones sobre la vida diaria, situación laboral, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo, apoyo social, relación con el equipo sanitario, satisfacción del paciente y medidas generales de salud. El KDQOL se está convirtiendo en un instrumento estándar en muchas de las investigaciones recientes acerca de la calidad de vida de los enfermos renales (p.ej. véase <http://www.rand.org/health/highlights.html> en donde se ofrece un listado de publicaciones que han tenido como base el KDQOL desde el año 1998 hasta hoy).

2.3.2. EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA IRC Y LA HD

Como se ha visto anteriormente los estresores asociados a la IRC y a la HD pueden llegar a crear o a exacerbar problemas psicológicos y comportamentales en estos pacientes, con lo que la intervención psicológica se hace muy necesaria. Como indican Bath, Tonks y Edwards (2003) el impacto de los procesos psicosociales sobre las variables físicas de la IRC, es otro de los motivos cruciales para la inclusión de cuidados psicológicos de calidad en los enfermos en terapia renal sustitutiva.

Al igual que pasaba con la parte de evaluación y diagnóstico, las técnicas psicológicas generales pueden ser utilizadas en el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis. Los criterios básicos de eficiencia, eficacia y economía han de marcar la elección de los procedimientos más adecuados en cada caso. Teniendo en cuenta esos criterios se puede afirmar que hay evidencia de que los problemas de ansiedad y de depresión asociados a la

IRC pueden ser tratados con éxito a través de intervenciones psicológicas convencionales (Hener, Weisenberg, y Har-Even, 1996).

Además de estos tratamientos más generales también existen tratamientos específicos que se han probado en las complicaciones psicosociales de la IRC y la HD con éxito. Entre ellos destacan:

A. Educación en prediálisis: los pacientes con IRC han sido considerados tradicionalmente como un grupo de enfermos con alta necesidad de educación debido al impacto de la enfermedad, su cronicidad y la importancia de su conducta de cara a la evolución de la misma (Grumke y King, 1994). Además, la falta de comprensión y conocimientos puede contribuir a aumentar la ansiedad y a una peor adaptación (Nitz y Shayman, 1986). El momento de la prediálisis parece ser clave en el posterior ajuste de los pacientes a su enfermedad (Klang, Björvell y Clyne, 1999) por lo que este periodo se convierte en muy adecuado para que los enfermos reciban la educación pertinente. De hecho la intervención educacional en prediálisis en pacientes con uremia susceptibles de un tratamiento sustitutivo logra que estos tengan mejores conocimientos sobre la diálisis y la IRC y un mejor ajuste psicológico (Kovachi, 1990). Además, se consigue una mejor funcionalidad (movilidad, ejercicio y autonomía) y bienestar emocional (menos ansiedad) que aunque alcanza su máxima eficacia en los seis primeros meses de tratamiento se puede repetir en momentos posteriores (Klang, Björvell, Berglund, Sundstedt y Clyne, 1998). La visión de la enfermedad como algo menos estresante y el poder elegir de manera responsable la modalidad de tratamiento también son resultados de una educación de prediálisis adecuada (Ifudu y Friedman, 2003). En una revisión que Hayslip y Suttle (1995) realizan sobre 120 estudios de enfermería acerca de la eficacia de la educación de los pacientes, aparte de los resultados ya comentados, se pone de manifiesto la existencia de otros efectos a más largo plazo, como el seguir una mayor adherencia terapéutica. Los mecanismos de acción de estos programas podrían ser varios: la información como reductora de la incertidumbre, la sensación de control al anticipar los problemas y la evolución posterior y el apoyo social indirecto recibido en el caso de la educación grupal.

Aunque los contenidos concretos de cada programa educacional varían según los diferentes autores la mayor parte de ellos tratan los siguientes puntos: la enfermedad renal y sus complicaciones; las terapias sustitutivas; las restricciones dietéticas; el ejercicio físico; el impacto de la enfermedad renal en la vida familiar, social, laboral y económica. Suelen tener como bases el enfoque multidisciplinar y la búsqueda de la implicación del paciente en su cuidado.

B. Técnicas para aumentar la auto-directividad: conjunto de técnicas cognitivo-conductuales propuestas por Kirschenbaum (1991) dirigidas a incrementar la implicación del paciente en las decisiones y en el manejo de su tratamiento. A pesar de las reticencias que este objetivo puede acarrear (miedo a no saber hacerlo, cambio en los roles, pérdida de tiempo en el entrenamiento) la aplicación de estas técnicas puede resultar beneficiosa tanto para el paciente como para el personal sanitario que lo atiende. Una mayor implicación del enfermo le otorga sensación de control sobre su proceso, le ayuda a reducir sus miedos y conlleva ventajas físicas y psicológicas (véase Devins et al., 1981). Una vez que se ha evaluado el grado de auto-directividad que tiene el paciente se realizan los siguientes pasos:

1. *Introducción de la racionalidad en el paciente*: el personal sanitario que atiende al enfermo le explica por qué se quiere mejorar su capacidad de auto directividad y las ventajas que ello conllevaría. Es importante encontrar la colaboración voluntaria del paciente y que sea él quien tome la decisión final.
2. *Promoción de toma de decisiones efectiva*: se elaboran de manera conjunta con el paciente hojas de balance de autocuidados y se toman las decisiones más efectivas respecto a qué aspectos controlar y cuáles no. El enfermo anota lo que él cree que son las ventajas y los inconvenientes de controlar o no los diferentes aspectos de su tratamiento. Con la ayuda del personal sanitario completa sus balances y toma decisiones al respecto.
3. *Establecimiento de un contrato conductual*: una vez que el paciente ha decidido qué aspectos del tratamiento intentará manejar, necesitará ayuda para seguir motivado hacia esa meta de autocuidado. Para ello se usa el contrato conductual como forma de

acuerdo explícito en el que se especifican expectativas, planes y contingencias respecto al comportamiento que se quiere cambiar. Los beneficios y los castigos de dicho plan son negociados directamente con el enfermo en función de sus intereses personales.

4. *Promoción del autoregistro*: el recoger de manera sistemática información sobre el propio estado y avance del proceso terapéutico ayuda a autoregular el propio comportamiento. El autoregistro provee información sobre los logros y fracasos y sirve también como elemento motivador.
5. *Apoyo continuo del personal sanitario*: semanalmente se revisan los progresos, dificultades y circunstancias, ayudando en la resolución de problemas, ofreciendo alternativas y motivando adecuadamente.

El desarrollo de este programa requiere una inversión temporal inicial bastante alta en lo que se refiere a formación tanto del equipo sanitario como de los pacientes. Ahora bien, una vez establecidas las rutinas, el ahorro de tiempo de cuidados por parte del personal suele compensar la inversión inicial. No hay que olvidar que se está hablando de una enfermedad crónica de larga duración.

C. Técnicas para mejorar la adherencia al tratamiento: procedimiento terapéutico en cinco pasos también desarrollado por Kirschenbaum (1991) para tratar de remediar uno de los grandes problemas derivados del tratamiento de la IRC: la no adherencia al régimen terapéutico, especialmente en lo referido a la ingesta de líquidos y a la dieta. Los pasos propuestos son los siguientes:

1. *Proporcionar racionalidad*: se comentan con el paciente los riesgos médicos asociados a la ganancia de peso y a la ingesta excesiva de líquidos explicando los signos y síntomas que indican tal incumplimiento terapéutico.
2. *Fomentar la toma de decisiones efectivas* a través de la utilización de hojas de balance de decisiones y el desmontar los argumentos del paciente que puedan justificar el incumplimiento terapéutico.

3. *Establecer un contrato conductual* con el objetivo de disminuir la ganancia de peso intersesiones. Se incluyen técnicas como el autorregistro de ingesta de líquidos, las autoinstrucciones y la detención del pensamiento.
 4. *Favorecer el autorregistro* de los líquidos consumidos por el paciente, ya que como bien sabemos esta técnica tiene un valor terapéutico por si misma. Se suelen utilizar tanto registros diarios como semanales.
 5. *Uso de autoinstrucciones y técnicas de control de impulsos* para evitar el consumo inadecuado de líquidos y alimentos.
- D. Afrontamiento de estresores: fragmentar los estresores para hacerlos más manejables; enseñar a manejar lo manejable; evaluar adecuadamente el afrontamiento y la depresión. Otras implicaciones para el tratamiento en los pacientes más jóvenes consisten en ayudarles a aceptar su status de enfermos crónicos ajustando ese status a los problemas reales y evitando que lo estereotipen. La identificación temprana de los problemas y estresores también podría mostrarse eficaz.
- E. Counseling: el counseling es una terapia que habitualmente se utiliza en el campo de trabajo de la psicología médica. En ella el psicólogo (o terapeuta) ayuda a los pacientes a resolver problemas y a advertir sobre posibles errores en la forma de abordar la situación a través del consejo que emite como experto. Frecuentemente este consejo se acompaña, además, de otras estrategias de tratamiento. La utilización de esta forma terapéutica ha sido utilizada con éxito en la IRC. Tucker, Chennault, Green, Ziller y Finlayson (1986), en un trabajo ya clásico en el abordaje psicosocial de la insuficiencia renal crónica, aplica a 55 pacientes en terapia renal sustitutiva un programa de counseling grupal centrado en manejar las preocupaciones, dudas e inquietudes de los enfermos. El 80% de los participantes en estas sesiones refirieron sentirse menos ansiosos y deprimidos, el 60% mejoraron su autoestima y el 72% indicó que el programa había incrementado la comunicación emocional con los miembros de la familia.

F. Consejos ofrecidos en los manuales para pacientes (Márquez, 1996):

- Aprender a aceptar y a convivir con la enfermedad: el rechazo sólo aumenta los problemas: se busca asumir la enfermedad desde una postura de lucha por la vida.
- Acercarse más al personal asistencial: se incide en recordar al paciente que no está solo y que puede contar con el personal sanitario que lo atiende.
- Pedir información y explicaciones siempre que se necesite -> el conocer la enfermedad, sus consecuencias, evolución y tratamiento ayuda a un mejor control y ajuste.
- Buscar ayuda extrahospitalaria como pueden ser las asociaciones o la propia Administración.
- Entender la parte buena de la diálisis: ayuda a mantener la vida.
- Buscar apoyo familiar.
- No aislarse ni quedarse sin hacer nada: mantener o crear aficiones, deportes o estudios.
- No obsesionarse con la enfermedad ni vivir sólo para ella -> tener otros alicientes y objetivos en la vida.
- Revisar y modificar las conductas, comportamientos y creencias erróneas sobre nosotros mismos, los demás, al enfermedad y el tratamiento (Iglesias, 2002).
- Evitar la sobreprotección por parte de la familia y los amigos -> impide la autonomía y el crecimiento personal.
- Intentar ajustar los ritmos de actividad habitual de acuerdo al estado general teniendo en cuenta la progresión de la enfermedad.

- La familia ha de ayudar al enfermo en la medida en que éste lo necesite, sin sobreproteger pero sin ignorar.

2.3.3. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Antes de analizar la importancia de la adherencia terapéutica en la IRC y en los tratamientos sustitutivos, es necesario distinguir el concepto de adherencia terapéutica del de cumplimiento terapéutico. Aunque en numerosas ocasiones ambos términos se manejan en el mismo sentido, la adherencia es un concepto que implica acción (el enfermo ha de hacer algo) mientras que el cumplimiento está relacionado con la pasividad del paciente (OMS, 2004). Si se habla de cumplimiento se espera que la persona siga y “acate” las instrucciones y recomendaciones hechas por el equipo terapéutico. Si se refiere a la adherencia, se espera que el enfermo trabaje para mantener su salud en colaboración con el personal sanitario. La adherencia implica, pues, una serie de conductas que van más allá de las respuestas pasivas que exige el cumplimiento terapéutico: tomar la medicación, seguir las indicaciones del médico, acudir a las consultas programadas... Si el paciente comprende, acepta y participa activamente en las recomendaciones que se prescriben entonces su grado de implicación será mayor.

Entre las conductas activas que exige la adherencia terapéutica se pueden citar:

- Planificar el afrontamiento de los síntomas y complicaciones de la enfermedad.
- Prevenir, si es posible, la aparición de nuevas complicaciones o el agravamiento de las ya existentes.
- Tomar decisiones de manera compartida con los profesionales de la salud.
- Evitar conductas de riesgo y/o que perjudiquen la estabilidad clínica.
- Incorporar conductas y hábitos saludables.

En relación con la insuficiencia renal crónica se ha indicado anteriormente que la IRC y el tratamiento de la HD suponen una limitación severa para ciertos aspectos de la vida de los pacientes que la sufren. Entre estos aspectos están las fuertes restricciones dietéticas y de ingesta de líquidos así como el cumplimiento preciso de la medicación, para evitar descompensaciones que agraven el estado de salud del enfermo. La adherencia del paciente a este estricto régimen (especialmente en lo referido a la ingesta de líquidos) es fundamental para el mantenimiento de su calidad de vida e incluso para la propia supervivencia (Wolcott, Maida, Diamond y Nissenson, 1986). Los pacientes con episodios repetidos de rechazo del tratamiento tienen mayores niveles de utilización de los servicios médicos (Brickman y Yount, 1996), más hospitalizaciones y más largas, con mayores complicaciones derivadas de la uremia (Bernardini, Nagy y Piraino, 2000). Sin embargo la falta de adherencia terapéutica es una constante en el tratamiento de muchas de las enfermedades crónicas (Gerber y Nehemkis, 1986). Los datos sobre la adherencia terapéutica en la IRC también dejan mucho que desear. Así en un estudio de Christensen, Benostsch y Smith (1997) se indica que entre el 30 y el 50% de los pacientes en diálisis no se adhería a la dieta, la ingesta de fluidos y la medicación. Aunque en nuestro país no se han podido encontrar estudios similares, desde el punto de vista de la clínica, se estima una proporción similar o incluso superior a lo encontrado en las poblaciones que acabamos de citar.

Generalmente la medición de la adherencia al tratamiento en hemodiálisis se hace en base a tres índices:

1. Ganancia de peso inter-diálisis: se pesa al paciente en cada sesión de diálisis y así se comprueba la adherencia al régimen dietético. Una variación significativa de peso ha de deberse, casi obligatoriamente, a haberse saltado la dieta o bebido más líquidos de los permitidos.
2. Niveles séricos de fósforo: debido a los problemas del riñón a la hora de eliminar el fósforo, si el régimen de medicación no se sigue adecuadamente los niveles séricos de fósforo suben, acompañados de un descenso del calcio. Un análisis mensual permite conocer de manera indirecta la adherencia del paciente a la medicación.

3. Niveles séricos de potasio: al igual que ocurría con el fósforo el paciente en IRC tiene problemas a la hora de eliminar el potasio. Un incremento de sus niveles séricos suele ser indicativo de no haber respetado la dieta hipopotasémica. Al igual que la medida anterior los valores por encima de los 6.0 mEq/L son indicativos de una adherencia problemática (Wolcott et al., 1986).

Algunos otros estudios (Kimmel et al., 1995; Kimmel, Peterson et al., 1998) también consideran la asistencia a la diálisis como un indicador de la adherencia, tomando como medida el porcentaje de asistencia a las sesiones en el hospital o, en el caso de la CAPD, el tiempo que el enfermo se hemodializa. Ahora bien este sistema se presume poco revelador por el escaso porcentaje de personas que no se someten voluntariamente a las sesiones de diálisis (menos del 2% para Kimmel et al., 1998) dada la amenaza vital que supone la inasistencia a las sesiones.

Entre las variables que afectan a la adherencia al tratamiento de la IRC en hemodiálisis se pueden citar:

1. Edad: los pacientes de más edad suelen tener mayores problemas a la hora de mantener de forma más estricta el régimen y la ingesta de fluidos y también es más frecuente que no sigan la medicación al pie de la letra. Sin embargo también se han hallado datos que parecen ir en el sentido contrario: los pacientes más mayores muestran más adherencia al régimen medicamentoso (Christensen y Smith, 1995) e incluso una menor ganancia de peso intersesiones (Florio, 1998).
2. Estilo atencional: se refiere al concepto de Miller (1987) acerca de cómo el paciente busca información sobre los aspectos amenazantes de su enfermedad. Los sujetos enfermos varían en un continuo, desde aquellos que se muestran totalmente vigilantes hacia las claves que suponen para él una amenaza (“monitors”) hasta aquellos que no se muestran nada atentos a dicha información (“blunters”). Se ha visto que en otras enfermedades los individuos que puntúan alto en la dimensión de búsqueda de información tienen un peor ajuste emocional y comportamental (Miller, 1995), entre otras razones porque los “monitors” tienden a sobrestimar la severidad de sus problemas de salud y a mostrarse más estresados durante los periodos diagnósticos (Miller, Brody y Summerton, 1988). En el caso de la IRC los

estudios sobre este tema son bastante escasos aunque los resultados parecen ir en la misma línea. Las diferencias en la disposición atencional están asociadas a la adherencia al régimen médico. Los pacientes en HD que tienen una tendencia más pronunciada hacia la búsqueda de información amenazante presentan niveles séricos de potasio más altos y mayor ganancia de peso entre sesiones, frente a los pacientes con una tendencia hacia el “monitoring” menos pronunciada (Christensen, Moran, Lawton, Stallman y Voigts, 1997). Estos datos sugieren que los “monitors” tienen una percepción disminuida del control que pueden ejercer sobre su enfermedad y expectativas más negativas sobre los tests médicos, deformando la percepción de su estado de salud y de los riesgos a él asociados, por lo que prefieren tener menos actividad en su autocuidado.

3. Estilo de afrontamiento: la forma de afrontamiento a los estresores influye en el grado de adherencia que muestra el paciente, si bien viene matizado por el grado de controlabilidad del estresor (Christensen et al., 1995). En el caso de los estresores menos controlables por el paciente se encuentra que:

- Los enfermos que utilizan más un estilo de afrontamiento “confrontativo” (hacen frente a los problemas independientemente de dónde procedan) presentan peores niveles de adherencia que aquellos con menor confrontación.
- Los enfermos que se basan más en la búsqueda de apoyo social también obtienen peores resultados en ganancia de peso inter sesiones.

Para los estresores más controlables se ha visto que:

- Los niveles más bajos de confrontación producen una mejor adherencia.
- La planificación y la resolución de problemas predicen una mejor adherencia.

4. Autocontrol y autoeficacia: a más nivel de autocontrol menos problemas en la dieta, la ingesta de líquidos y el cumplimiento de la medicación (Christensen et al., 1995). Asimismo aquellos pacientes en hemodiálisis que se sienten más eficaces en el control de la ingesta de líquidos a través de la generación de expectativas de autoeficacia, presentan

menos ganancia de peso entre las sesiones en diálisis (Brady, Tucker, Alfino, Tarrant y Finlayson, 1997; Tsay, 2003). Otro de los constructos estudiados en esta misma línea es el del locus de control. Aunque inicialmente se encontró que hay una moderada evidencia de que los pacientes con un locus de control interno tienen una adherencia al régimen más favorable (Kaplan y Czaczkes, 1979; Poll y Kaplan, 1980), estudios posteriores parecen indicar que las expectativas de control interno no guardan relaciones significativas con la adherencia al régimen de la HD (Brown y Fitzpatrick, 1988; Schneider, Friend, Whitaker, y Wadhwa, 1991).

5. Factores de personalidad: revisiones más antiguas indicaban la falta de relación entre las características de personalidad del paciente y la adherencia a los tratamientos médicos (Haynes, 1979; Kaplan y Simon, 1990; Meichenbaum y Turk, 1987). Sin embargo estudios más recientes (Wiebe y Christensen, 1996) proponen una relación entre ambos conceptos. Para estos autores los trabajos anteriores tenían dos errores fundamentales que les llevaban a afirmar la no existencia de relación. Estos eran:

A. Limitaciones debidas a la falta de una teoría estructural de la personalidad común.

B. Limitaciones debidas a la no consideración de la interacción de la persona con el contexto médico y de la enfermedad (p.ej. severidad de la enfermedad, características del tratamiento, efectos secundarios...).

Aplicando un modelo estructural común [el Modelo de los Cinco Factores (McCrae y John, 1992)] desde una postura interactiva que reconozca la influencia moderadora de los factores contextuales sobre la expresión comportamental de los rasgos del sujeto, se ha visto que la personalidad del paciente puede predecir la adherencia al tratamiento. Así Christensen y Smith (1995) comprueban que la Dimensión III (apertura a la experiencia) de dicho modelo de los cinco factores predice una mejor adherencia al régimen médico de la hemodiálisis, aunque esta acción queda matizada por la edad de los pacientes y por el tipo de tratamiento que reciben.

6. Apoyo social: desde el modelo cognitivo conductual aplicado a la adherencia al tratamiento, la percepción de la disponibilidad del apoyo social es un indicador para el

paciente que le lleva a activar la creencia que el refuerzo de los otros está disponible. Esta creencia suele llevar a los sujetos a incrementar su motivación y a facilitar la adherencia al tratamiento. A pesar de la solidez de este modelo y los resultados encontrados en otras enfermedades (p.ej. Kulik y Mahler, 1993; Wallston, Alagna, De Vellis y De Vellis, 1983) en el caso de la IRC no se ha investigado lo suficiente y los escasos datos existentes no parecen confirmar su funcionamiento, pudiéndose hallar evidencias tanto a favor como en contra de la actuación de este factor (Florio, 1998). Bien es cierto que en algunos estudios posteriores a esta afirmación se pueden encontrar resultados que relacionan positivamente la presencia de un apoyo social percibido como disponible y de calidad con un aumento del control en la ingesta de líquidos (Christensen et al., 1992). Sin embargo parecen ser más los estudios que no encuentran relación entre el apoyo social y los indicadores bioquímicos que los que informan de una buena adherencia (Boyer, Friend, Chlouverakis y Kaloyanides, 1990; Cummings, Becker, Kirscht y Levin, 1982; Hitchcock, Brantley, Jones y McKnight, 1992; Rudman, Gonzales y Borgida, 1999). La presencia de variables mediadoras como la edad, el sexo o las diferentes formas de medir e incluso de conceptualizar el apoyo social, podrían contribuir a explicar estos resultados. Se necesita más investigación al respecto para poder determinar de manera clara tan compleja relación.

7. Apoyo familiar: un entorno familiar que provee de mejor apoyo al paciente en hemodiálisis favorece la adherencia al tratamiento. Los enfermos de IRC que perciben a su familia como cohesionada, expresiva y con menor nivel de conflictos intrafamiliares presentan una mayor adherencia a la restricción en la ingesta de líquidos que aquellos enfermos que informan de un menor apoyo familiar (Christensen et al., 1992).

Independientemente de los resultados encontrados en cada una de las variables analizadas, resultaría interesante la elaboración de un modelo comprensivo en el que se tuviesen en cuenta las interacciones entre ellas. En este sentido Christensen y Ehlers (2002) consideran que la perspectiva interaccional (interacción paciente-contexto) podría ayudar a comprender de manera más eficaz las relaciones entre las diferentes variables. Así la adherencia se explicaría mejor cuando las características individuales del paciente (estilos cognitivos, rasgos de personalidad...) son consideradas dentro de las características contextuales (demandas, interrelaciones...) atendiendo a cada tipo particular de tratamiento y al momento evolutivo de la enfermedad.

Capítulo 3

Planteamiento General de los Estudios Empíricos

Como se ha indicado hasta ahora, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las enfermedades que presenta mayores niveles de impacto psicosocial en los pacientes que la sufren (véase Gordon y Moore, 1976; Kaplan, y Czaczkesj, 1979; Levine, 1991; Levy y Norman, 1978). La combinación de numerosos estresores agudos y crónicos hace del paciente con IRC una persona con altos niveles de sufrimiento físico y psíquico (Christensen, Benotsch, Wiebe y Lawton, 1995).

No basta con decir que los enfermos en hemodiálisis presentan una sintomatología psicopatológica mayor que la población normal. En la reducción de este sufrimiento se han de tener en cuenta obligatoriamente las variables psicosociales. Hay que considerar cuáles de ellas se ven alteradas, en qué medida y bajo qué circunstancias, haciendo especial hincapié en el estrés que genera la enfermedad y el tratamiento y cómo se afrontan.

Además, es necesario determinar los principales estresores implicados en el proceso de la hemodiálisis para conocer el impacto de cada uno de ellos en el conjunto de la enfermedad y en el deterioro de la calidad de vida del paciente y de la familia. También se ha de analizar la relación entre cómo un sujeto afronta sus estresores y los resultados de su proceso de adaptación a dichos estresores (Lazarus, 1966; Lazarus, 1993). La evaluación y modificación de los modos individuales de afrontamiento (qué piensa, siente y hace un paciente para enfrentarse a su enfermedad, al tratamiento y a las consecuencias de ambos) deben ser una de las partes principales en el proceso del abordaje de la hemodiálisis.

La segunda parte de esta tesis consiste en la realización de una investigación original con los sujetos de la muestra seleccionada. Dicha investigación se encuadra dentro del marco conceptual que se acaba de describir, teniendo como líneas fundamentales las siguientes:

1. Descripción de las características psicosociales de una muestra de pacientes españoles con IRC que reciben hemodiálisis.
2. Descripción de los estresores y sus consecuencias en el proceso de la hemodiálisis.
3. Relación de dichas variables con los modos de afrontamiento.

4. Predicción de la problemática psicológica (alteraciones emocionales y comportamentales) que estos pacientes pueden desarrollar a lo largo del curso de la enfermedad.

3.1. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos globales de la presente investigación pueden ser agrupados en torno a tres grandes planteamientos:

1. Planteamiento descriptivo: se pretenden tres objetivos fundamentales:

- a) Definir el perfil psicosocial del enfermo con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.
- b) Conocer la situación del estrés en la hemodiálisis, sus características, causas y consecuencias.
- c) Describir los principales modos de afrontamiento del estrés en la hemodiálisis.

2. Planteamiento analítico: se buscan tres objetivos básicos:

- a) Comparar el perfil psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en función de diferentes variables sociodemográficas y clínicas.
- b) Establecer las diferencias entre los pacientes según sus características psicosociales, niveles de estrés y estilos de afrontamiento.
- c) Determinar las variables que discriminan los diferentes grupos de pacientes tanto a nivel sociodemográfico como psicosocial.

3. Planteamiento predictivo: se busca:

- a) Conocer las relaciones entre estrés, afrontamiento, apoyo social, ansiedad y depresión en pacientes con IRC en hemodiálisis.

- b) Determinar las variables que predicen y amortiguan el estrés en la hemodiálisis.
- c) Ofrecer claves para la intervención clínica psicosocial en función del poder predictivo de las variables analizadas.

Para ello se presentan tres estudios diferentes de carácter empírico: el primero atiende a los objetivos de la parte descriptiva (Capítulo 4), el segundo se corresponde con la parte analítica (Capítulo 5) y el último trata de resolver las cuestiones relacionadas con la predicción (Capítulo 6).

3.2. MÉTODO

3.2.1. MUESTRA

La muestra está formada por 86 enfermos con insuficiencia renal crónica en distintos estadios que reciben tratamiento de hemodiálisis, siendo 48 de ellos varones (55,8 %) y 38 mujeres (44,2 %). Su edad media es de 61,29 años, con una desviación típica de 15,64 y con un rango de edad de 26, comprendido entre 26 y 89 años.

Los criterios de inclusión muestral fueron:

- Estar diagnosticado, por un especialista, de insuficiencia renal crónica en cualquiera de sus estadios.
- Recibir tratamiento habitual en una Unidad Hospitalaria de Hemodiálisis del Sistema Nacional de Salud.⁷
- Saber leer y escribir.

⁷ En el tratamiento de hemodiálisis además de los centros del Sistema Nacional de Salud existen los llamados centros satélites, centros privados con conciertos estatales. Estos presentan características diferenciales con las Unidades Hospitalarias de Hemodiálisis (menor tamaño, menor cantidad de personal, tiempos de espera diferentes...) que hacen que las muestras no sean comparables.

- No presentar trastornos psicológicos severos previos: esquizofrenia, psicosis y/u otros trastornos de personalidad.
- Ausencia de trastornos cognitivos mayores como demencias o enfermedades neurodegenerativas.

De los sujetos que cumplían los requisitos de inclusión se seleccionaron aquellos que libremente quisieron colaborar con la investigación. Se eliminaron de la muestra a los pacientes que sólo recibían tratamiento de hemodiálisis en ese hospital en períodos concretos de tiempo (p.ej. en vacaciones) y no de forma usual.

Según su hospital de procedencia la muestra se distribuye de la siguiente manera:

- 32,56 % (28 pacientes) del Hospital Clínico de Valladolid.
- 29,07 % (25 pacientes) del Hospital Comarcal de Barbastro (Huesca).
- 38,37 % (33 pacientes) del Hospital “Virgen Vega” de Salamanca.

La muestra representa, globalmente, al 26,67% de la población que recibe tratamiento de hemodiálisis de las tres provincias⁸, repartiéndose del siguiente modo:

- Barbastro -> 42,37 % del total de la población en hemodiálisis. Sólo son atendidos en este hospital con lo cual el porcentaje coincide con el total de los hemodializados de la ciudad.
- Salamanca -> 24,44% del total de los pacientes prevalentes en la provincia. En relación con los enfermos atendidos en el Complejo Asistencial Universitario Unidad Virgen de la Vega (hospital de donde se extrajo la muestra) las 33 personas del estudio suponen el 32,04%.

⁸ En relación con los datos del año 2011 obtenidos de los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud.

- Valladolid -> 13,21% del total de los pacientes prevalentes en la provincia. En relación con los enfermos atendidos en el Hospital Clínico (lugar donde se extrajo la muestra) las 28 personas del estudio suponen el 52,08% de la población total atendida.

3.2.2. VARIABLES

A continuación, y según la revisión teórica, se exponen las diferentes variables que han sido consideradas en esta tesis, agrupadas en los distintos bloques utilizados:

Tabla 3

Listado agrupado de las principales variables utilizadas en la tesis

SOCIODEMOGRÁFICAS	RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD	PSICOSOCIALES
Ciudad de procedencia	Tiempo con la IRC	Ansiedad: - Estado - Rasgo
Edad	Estadio de la IRC	Depresión: - Inventario de Beck - Nivel
Sexo	Tiempo en hemodiálisis	Apoyo social: - Puntuación - Nivel - Nº personas convivencia - Relación persona conviv.
Estado civil	Otras enfermedades: - Número - Repercusiones psicológicas	

		<p>Estrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Life events</i> - Nivel estrés por <i>life events</i> - Estresores en HD - Nivel total de estrés - Consecuencias estrés
Nivel de estudios	<p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicofármacos - Con repercusión psicológica 	Afrontamiento del estrés
<p>Situación laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situación - Tipo de trabajo 	Turno de Hemodiálisis	
Nivel socioeconómico	Tiempo con el mismo personal sanitario	

3.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

3.2.3.1. HOJA DE REGISTRO DE PACIENTE

Instrumento creado específicamente para este estudio. A través de una serie de preguntas abiertas se recogen dos grandes bloques de variables:

- a) Variables sociodemográficas: con ella se obtuvieron los datos referidos a la edad, el sexo, el estado civil, el nivel y el tipo de estudios, la clase de trabajo, el nivel socioeconómico y las personas con las que convive el enfermo.

- b) Variables relacionadas con la enfermedad: además del tiempo que el paciente lleva sufriendo la insuficiencia renal y el estadio en el que se encuentra (inicial, intermedio y avanzado), se tomaron datos sobre el tipo de tratamiento recibido, así como de otras enfermedades y medicaciones, especialmente en lo referido a cuestiones psicológicas. La

clasificación del estadio de la enfermedad se realizó en función de los criterios médicos habituales para esta enfermedad (Celdrán, García, Plaza y Hernando, 1987), que establecen los siguientes períodos:

- De 0 a 2 años en hemodiálisis -> estadio inicial.
- De 2 a 10 años en hemodiálisis -> estadio intermedio.
- Más de 10 años en hemodiálisis -> estadio avanzado.

También se anotó el tipo de personal sanitario que atendía a ese paciente (médico, enfermera, auxiliar, psicólogo y/u otros), el tiempo que llevaba con el mismo personal y el turno de hemodiálisis (mañana, tarde y noche). Se incluyen estas variables debido a que la confianza en el equipo asistencial habitual y las consecuencias derivadas de la turnicidad, se consideran factores que influyen en la calidad de vida de este tipo de enfermos.

Aparte del informe verbal del paciente se consultó la historia médica y de enfermería para completar y corroborar la información obtenida. La hoja de recogida de datos se adjunta en el Anexo 1.

3.2.3.2. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

El cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire; GHQ. Goldberg, 1978) es un cuestionario de screening construido inicialmente para detectar casos de enfermedad psiquiátrica. En revisiones posteriores (Goldberg y Williams, 1988) se añadieron ítems que también medían cuestiones relacionadas con la salud psicofisiológica en general, incluyendo síntomas derivados de la activación del sistema nervioso autónomo (dolores de cabeza y musculares, escalofríos, náuseas...). Es por este motivo por lo que se ha incluido dentro de la presente investigación.

Este cuestionario presenta varias versiones en su aplicación en función de la longitud total del mismo (60 ítems, 30, 28, 20 y 12). Para esta tesis se ha escogido la versión de 28 ítems en la versión española de Lobo (Lobo, Pérez y Artal, 1986) por las siguientes razones:

- Estar desarrollado más específicamente para propósitos de investigación (Bowling, 1997).
- Presentar índices de fiabilidad y validez apenas inferiores a la versión más larga y sensiblemente superiores a las demás (Goldberg y Williams, 1988).
- Permitir análisis que incluyan subcategorías.
- Facilidad de aplicación al no saturar al paciente con tantas preguntas.

El sujeto debe responder en una escala de severidad de 4 puntos a una serie de cuestiones planteadas en relación a varios síntomas, comparando su situación actual con la que habitualmente tiene. Algunos ítems son positivos y otros negativos. Se obtiene una puntuación para cada subescala (síntomatología psicofisiológica, ansiedad/tensión, capacidad funcional y depresión) y un índice total del estado de salud general, resultante de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. Para su corrección se ha usado el método propuesto por Goodchild y Duncan Jones (1985) debido a que es más apropiado para pacientes con enfermedades crónicas. Sus adecuadas características psicométricas han sido puestas de relieve en diferentes tipos de muestras y culturas. Para obtener más detalles al respecto se puede consultar a Goldberg y Williams (1996).

Respecto a la fiabilidad de la escala en la muestra de la tesis se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,80 no teniendo que eliminar ningún elemento para aumentarla. El análisis factorial de la escala confirma la presencia de cuatro factores coincidentes con las cuatro subescalas propuestas por el cuestionario: sintomatología psicofisiológica, ansiedad/tensión, capacidad funcional y depresión que explican el 62,81% de la varianza.

3.2.3.3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Para esta investigación se ha usado el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDi. Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) en la versión española de Conde y Useros (1975).

Está formado por 21 ítems que describen manifestaciones comportamentales propias de la depresión, desde el estado de ánimo a la pérdida del deseo sexual, pasando por el pesimismo, el llanto, el sentimiento de culpabilidad, la irritabilidad y los trastornos del sueño y el apetito, haciendo especial hincapié en el componente cognitivo de la depresión (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). El sujeto debe elegir en cada ítem la frase que mejor se ajuste a su estado actual. Posteriormente se puntúa cada elección entre 0 y 3 puntos en función de la intensidad o del grado de severidad de la frase escogida. Se suman las puntuaciones de cada ítem para obtener la puntuación total (que varía de 0 a 63 puntos) y obtener así el índice de depresión de ese sujeto. Opcionalmente (en esta tesis así se ha hecho) se puede categorizar este índice total según el nivel de depresión:

- a) Ausencia de depresión: 0-9 puntos.
- b) Depresión leve: 10-15 puntos.
- c) Depresión moderada: 16-23 puntos.
- d) Depresión severa: 24-63 puntos.

EL BDI se ha mostrado habitualmente como un cuestionario con altos índices de validez y de fiabilidad tanto interna como temporal, haciendo redundante el cálculo de dichos parámetros psicométricos en la muestra de la tesis. Los índices detallados de este test se pueden consultar en Beck, Steer y Garbin (1988); Conde, Esteban y Useros (1976) y Vázquez y Sanz (1991 y 1998).

3.2.3.4. LISTADO DE ESTRESORES

Tal y como se ha referido anteriormente, una de las partes fundamentales de este trabajo radica en la determinación de los niveles y características del proceso de estrés en los sujetos de la muestra, tanto en lo concerniente a acontecimientos vitales como a los estresores relacionados con la hemodiálisis y sus consecuencias. Para medir este segundo grupo de variables (las propias del proceso de hemodiálisis) se ha elaborado un cuestionario específico que se adjunta en el Anexo 2.

El diseño de esta escala es similar al empleado por otros autores, como Baldree, Murphy y Powers (1982) en su Haemodialysis Stressor Scale (HSS). Consiste en una lista de 16 ítems cerrados y uno abierto de los principales estresores que se pueden dar en el proceso de diálisis y en sus consecuencias, elegidos en función de la investigación anterior (Barba, Pérez, Gómez, Barba y Machí, 1998) y de las aportaciones realizadas por personal sanitario especializado en este tipo de patología y su tratamiento. Según los resultados de este proceso se hizo la selección de los ítems.

El paciente ha de indicar si cada uno de los elementos citados le generan (o no) estrés, malestar físico y/o psíquico. En caso afirmativo ha de puntuar el grado de estrés provocado en una escala de 1 a 10, en la que una mayor puntuación supone un mayor nivel de malestar. De este modo aparte de la incidencia del estresor se pretende medir su impacto a través de la percepción que el sujeto tiene del mismo.

Además se pregunta al enfermo qué es lo que hace cuando se encuentra con ese estresor, para conocer su modo de afrontamiento concreto ante las situaciones estresantes en el proceso de diálisis y en distintos aspectos de la insuficiencia renal crónica.

Los estresores están agrupados en varios bloques de acuerdo a sus características:

- 1) Estresores ambientales:
 - A. Temperatura de la sala de diálisis.
 - B. Iluminación.
 - C. Ruido.

- 2) Estresores relacionados con el proceso de diálisis:
 - A. Dolor.
 - B. Posturas molestas.
 - C. Cambios posturales.
 - D. Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina.
 - E. No tener vacaciones.
 - F. Desplazamientos.
 - G. Tener una enfermera nueva.

- 3) Estresores relacionados con la enfermedad y sus consecuencias:
 - A. Falta de autonomía en el autocuidado.
 - B. Falta de autonomía en la vida privada.
 - C. Miedo a las complicaciones.
 - D. Miedo al sufrimiento
 - E. Miedo a morir.

- 4) Estresores psicosociales:
 - A. No participación en la toma de decisiones respecto a cuestiones referidas a la enfermedad y su tratamiento.
 - B. Falta de reconocimiento y apoyo por parte del equipo asistencial.
 - C. Falta de reconocimiento y apoyo por parte de la familia.
 - D. Falta de reconocimiento y apoyo por parte de los amigos y otras personas.
 - E. Falta de información sobre la enfermedad y sus consecuencias.
 - F. Falta de información sobre los tratamientos y cuidados a seguir.
 - G. Relaciones personales con el equipo asistencial.
 - H. Relaciones personales con otros pacientes.
 - I. Relaciones personales con la familia.
 - J. Relaciones personales con los amigos y otras personas.

Además se deja una pregunta abierta en la que el enfermo puede indicar cualquier otro estresor no considerado en el listado ofrecido.

El coeficiente de fiabilidad calculado en esta muestra para todos los ítems a través del método de la matriz de covarianzas (utilizado al no estar los ítems tipificados), se sitúa en 0,86 variando todos los α de cada ítem entre ,85 y ,86. En los resultados de la escala se obtiene una media de 51,46 con una desviación típica de 54,44. La eliminación de los ítems que presentan un nivel de correlación más bajo respecto a los demás (ítems 1, 3, 17, 18, 19 y 21 al 25) apenas varía la fiabilidad total del cuestionario, llegando a ser incluso menor en casi todos los casos si se produce esta eliminación, por lo que se decide mantenerlos.

De acuerdo a dichos resultados podemos decir que el instrumento se muestra fiable:

- Estable: una persona obtendrá la misma puntuación si se le aplica la prueba en una segunda ocasión.
- Consistente: la puntuación obtenida refleja la habilidad real de la persona en esa prueba (Camacho, 2000).

3.2.3.5. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO DE SPIELBERGER

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory; STAI-E, STAI-R) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) es un cuestionario en forma de autoinforme destinado a la medición de la ansiedad en dos niveles diferentes a través de dos escalas distintas formadas por 20 preguntas cada una de ellas.

En la primera de dichas escalas (STAI-E; ansiedad estado) el sujeto ha de responder a cómo se siente en el momento, otorgando una puntuación de 0 (Nada) a 3 (Mucho) en función del grado que mejor describa su sentimiento en ese instante. Se pretende medir la ansiedad estado entendida como una situación emocional transitoria que puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y miedo así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

En el autoinforme de ansiedad rasgo (STAI-R) se responde a cada uno de los ítems en una escala tipo Likert que va desde el 0 (Casi nunca) al 3 (Casi siempre) según la

frecuencia con la que el sujeto manifiesta la conducta expresada en la pregunta. Se entiende la ansiedad rasgo como una forma disposicional del individuo consistente en la tendencia estable a experimentar estados de ansiedad. A mayor puntuación en la escala mayor tendencia a responder de manera ansiógena a situaciones percibidas como amenazantes.

Las puntuaciones directas en ambas escalas varían entre 60 de máxima y 0 de mínima, suponiendo una mayor puntuación más nivel de ansiedad. De ellas se puede obtener puntuaciones estandarizadas de acuerdo a los baremos para la población española establecidos por TEA (1988). La existencia de estos baremos junto con los altos índices de fiabilidad y validez obtenidos en diversos análisis y reflejados en el cuadernillo que acompaña al test lo convierten en un instrumento fiable y válido en los sujetos de la muestra de la tesis, por lo que no se calculan los índices específicos.

3.2.3.6. ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS-APOYO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE CALIFORNIA

La Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (1981) se engloba dentro de los instrumentos tradicionales de evaluación del estrés entendido como estímulo. Evalúa la existencia de acontecimientos vitales estresantes dentro de tres áreas (personal, laboral y económica) en función de si el sujeto ha sufrido o no durante el último año alguno de ellos. Cada uno de los 19 ítems que compone la escala tiene un peso específico distinto en función de la ponderación realizada por los autores. Se adjudica a cada acontecimiento vital una determinada cantidad de estrés y el estrés total para ese sujeto resulta de la suma de estas puntuaciones. Una vez obtenida la puntuación directa total se clasifica en el siguiente baremo:

- a) Nivel de estrés bajo: puntuaciones directas menores de 10. Indica que la vida del sujeto ha sido estable en la mayoría de sus facetas.
- b) Nivel de estrés moderado: puntuaciones directas entre 11 y 15. Indicativo de la existencia de cambios importantes en la vida del sujeto.

- c) Nivel de estrés alto: puntuaciones directas mayores de 16. Indica inestabilidad vital y grandes cambios en la vida del sujeto.

Aparte del establecimiento del nivel de estrés a través de la medición de la existencia de acontecimientos vitales estresantes, en este instrumento se recoge, también, una medida de apoyo social. Esta escala de apoyo social está formada por 6 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno graduadas de menor a mayor frecuencia. Al igual que en el caso anterior la puntuación directa obtenida se califica en un baremo:

- a) Apoyo social bajo: puntuación directa menor a 15.
- b) Apoyo social moderado: puntuaciones directas entre 16 y 29. Apoyo suficiente salvo en situaciones de estrés.
- c) Apoyo social alto: puntuaciones directas mayores a 30. Apoyo social satisfactorio incluso en situaciones de estrés.

3.2.3.7. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (COPE)

Son numerosos los cuestionarios que miden el afrontamiento, existiendo algunos diseñados específicamente para enfermedades crónicas (p.ej. el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales (CEA-A)* (Pelechano, 1992). Sin embargo en este trabajo se ha elegido un instrumento de medición más general, el Cuestionario de Afrontamiento COPE (Coping Estimation) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), por las siguientes razones:

- Existencia de una versión española adaptada.
- Índices de fiabilidad y validez contrastados tanto a nivel de muestras internacionales (Carver et al., 1989) como nacionales (Crespo y Cruzado, 1997).
- Evaluación de más áreas de afrontamiento que otros cuestionarios como el WOC de Folkman y Lazarus (Folkman y Lazarus, 1980).

- Adecuación al modelo teórico seguido en nuestro trabajo (Lazarus y Folkman, 1984, Carver y Scheier, 1981).

Este test consta de 60 ítems agrupados en 15 escalas (13 en su versión original) destinadas a medir las diferentes formas en que las personas responden al estrés. El sujeto debe indicar en una escala tipo Likert de 4 puntos la frecuencia con la que utiliza cada una de las conductas enumeradas en el ítem. Las estrategias de afrontamiento medidas son:

1. *Afrontamiento activo*: realizar acciones directas y esfuerzos destinados a eliminar o paliar el estresor y sus consecuencias.
2. *Planificación*: pensar cómo se va a hacer frente a un estresor, qué pasos se van a tomar para manejar mejor el problema.
3. *Búsqueda de apoyo social instrumental*: buscar ayuda, información y/o consejo sobre qué hacer.
4. *Búsqueda de apoyo social emocional*: tratar de conseguir apoyo moral, comprensión y simpatía de los demás.
5. *Supresión de actividades distractoras*: intentar evitar distraerse con otras cosas o acciones para concentrarse de forma más completa en el estresor.
6. *Religión*: aumentar la implicación en actividades religiosas como la oración.
7. *Reinterpretación positiva y crecimiento personal*: pensar que la situación estresante es una oportunidad para desarrollarse más como persona.
8. *Refrenar el afrontamiento*: posponer cualquier tentativa de solución del problema hasta que se dé el momento oportuno.
9. *Aceptación*: pensar que lo que ha ocurrido es real.

10. *Centrarse en emociones y desahogarse*: centrarse en el propio malestar emocional y tratar de descargar esos sentimientos.
11. *Negación*: intentar rechazar la existencia del estresor y/o la realidad de sus consecuencias.
12. *Desconexión mental*: distracción mental.
13. *Desconexión conductual*: renunciar a reducir el estresor o a abandonar cualquier objetivo que esté interfiriendo con el mismo.
14. *Consumo de alcohol o drogas*: tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
15. *Humor*: bromear acerca del estresor.

La puntuación total para cada estrategia resulta de la suma de las puntuaciones parciales de los ítems asociados a las mismas (4 ítems por escala).

El cuestionario puede aplicarse tanto en forma disposicional como situacional. La forma disposicional se refiere a lo que el sujeto habitualmente hace para responder al estrés (Crespo y Cruzado, 1997). La forma situacional mide lo que el sujeto hace frente a un problema específico o durante un período de tiempo limitado. La versión disposicional ha sido criticada por encajar mal con el modelo interactivo de estrés, pero son numerosos los autores que consideran la utilidad de esta forma de aplicación para conocer la estructura y las dimensiones básicas del afrontamiento dentro de las cuales se incluirían las estrategias concretas (cfs. Carver y Scheier, 1994, Crespo y Cruzado, 1997 y Pelechano, Matud y De Miguel, 1993). De este modo se entendería el afrontamiento desde una perspectiva más amplia que incluiría tanto los aspectos situacionales como los dispocionales. A la vista de ello, en esta tesis se ha utilizado la forma disposicional.

Los datos normativos del cuestionario y las propiedades psicométricas de su versión española pueden consultarse en Crespo y Cruzado (1997) pudiéndose afirmar que son buenas.

En el caso concreto de esta tesis se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,76, no siendo necesario quitar ningún ítem ya que no se aumenta su fiabilidad con la eliminación de los mismos.

3.2.4. PROCEDIMIENTO

El primer paso para llevar a cabo esta investigación fue hacer una búsqueda exhaustiva consultando bases de datos psicológicas y biomédicas sobre el papel de las variables psicosociales en la insuficiencia renal crónica y en la hemodiálisis. Entre las bases consultadas destacan: Academic Search, Chrocane, Medline, Psycinfo, Psyclit y las bases de datos del CSIC.

Con la información obtenida y la experiencia de un estudio piloto anterior (Barba et al., 1998), se planificó la investigación que fue presentada inicialmente a los responsables médicos y de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis de la Residencia Sanitaria Virgen de la Vega de Salamanca. Una vez concedidos los permisos se seleccionó una persona ajena a la investigación (para evitar el posible sesgo de encuesta por parte del investigador principal) convenientemente instruida en el manejo de los cuestionarios. Esta persona se encargó de seleccionar y entrevistar a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión muestral anteriormente citados. En todos los casos se pidió la colaboración previa del paciente explicándole el porqué de la investigación. Se eliminaron aquellos sujetos que no quisieron colaborar.

El entrevistador aplicó el protocolo de evaluación a lo largo del proceso de diálisis, preferentemente en los momentos intermedios cuando el paciente estaba más tranquilo, haciéndolo siempre igual para todos los sujetos. El orden de aplicación de los instrumentos se determinó al azar salvo en el caso de los datos sociodemográficos que fue siempre el primero [1º- Hoja de registro de paciente; 2º- Cuestionario de Salud General (GHQ); 3º- Inventario de Depresión de Beck (BDI); 4º- Listado de estresores; 5º- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); 6º- Escala Autoaplicada para la evaluación del estrés- apoyo social (Mental Health); 7º- Cuestionario de afrontamiento (COPE)]. A excepción del Listado de Estresores los cuestionarios se pasaron de forma autoaplicada, estando presentes los encuestadores en la

evaluación para resolver las posibles dudas. En el protocolo se adjuntó una hoja de instrucciones para los pacientes. Se insistió de manera especial en el mantenimiento de la confidencialidad y del anonimato para garantizar la colaboración. Los datos sobre la enfermedad aportados por el paciente fueron contrastados con el personal que lo atendía así como con su historia clínica.

Con los datos obtenidos se elaboró un informe psicológico para cada enfermo que fue adjuntado a su historial, quedando a disposición del equipo asistencial para cualquier problema o comentario surgido al respecto.

A continuación se contactó con los responsables de las Unidades de Hemodiálisis de los hospitales de Barbastro y Clínico de Valladolid que dieron su visto bueno a poder ampliar la investigación con sus pacientes. En una última fase de evaluación se amplió la muestra en todos los centros hasta alcanzar el tamaño actual.

En todo momento se siguió el mismo esquema del estudio inicial para evitar contaminaciones: misma hora de entrevista (según cada turno), mismo lugar de entrevista (sala de diálisis), instrucciones y orden de aplicación de los cuestionarios iguales para todos los casos (constancia de condiciones). La única variación se dio en el entrevistador que fue distinto en cada ciudad. De todos modos todos ellos fueron entrenados de la misma manera y además esta variable se encuentra anotada para su posterior control estadístico al querer comprobar si existen diferencias significativas en función del entrevistador. El tiempo medio de entrevista fue de una hora y 25 minutos.

Una vez recogidos todos los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 20.0 tal y como se describe en el epígrafe *Análisis de datos* de cada Estudio concreto.

Capítulo 4
Estudio Descriptivo

Una vez planteados los elementos comunes del trabajo de campo realizado en esta tesis (Capítulo 3) se organizan los resultados en base a tres estudios diferentes: el descriptivo (Capítulo 4), el analítico (Capítulo 5) y el predictivo (Capítulo 6). Si bien es cierto que se podrían haber agrupado todos ellos en un solo capítulo, la diferenciación tanto de objetivos como de metodología de análisis de datos, hacen que tengan entidad suficiente para ser considerados como tres estudios diferenciales. Con este primer estudio descriptivo se quiere establecer un perfil de las principales características psicosociales del enfermo renal crónico tratado en hemodiálisis. Con el estudio analítico se quieren poner de manifiesto las relaciones entre los diferentes procesos psicosociales estudiados y ver qué variables son capaces de diferenciar entre grupos. Por último, con el estudio predictivo, se pretende determinar las variables que tienen capacidad de pronóstico.

4.1. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden en esta parte de la tesis son:

1. Definir el perfil psicosocial del enfermo con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis.
2. Conocer la situación del estrés en la hemodiálisis, sus características, causas y consecuencias.
3. Describir los principales modos de afrontamiento al estrés de la hemodiálisis.

A su vez estos tres objetivos generales se pueden especificar en los siguientes:

1. Establecer un perfil de las características psicosociales de una muestra de enfermos con IRC en tratamiento con hemodiálisis en diferentes centros hospitalarios de España:
 - Conocer los niveles de depresión de los pacientes estudiados.
 - Describir los niveles de ansiedad (estado y rasgo) de los sujetos de la muestra.

- Determinar los niveles de apoyo social de los enfermos que componen este grupo.
- 2. Evaluar el estrés de una muestra de sujetos con IRC en hemodiálisis de tres centros hospitalarios españoles.
- 3. Determinar cuáles son los principales estresores relacionados con la hemodiálisis en los pacientes de este estudio.
- 4. Determinar el impacto de cada estresor en el conjunto de la enfermedad.
- 5. Evaluar los modos individuales de afrontamiento a los estresores más habituales en la hemodiálisis.
- 6. Comparar los resultados obtenidos en este trabajo con los datos ofrecidos en otras investigaciones similares.

4.2. HIPÓTESIS

1. Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis presentan un perfil psicosocial de características bien definidas:
 - Puntuaciones elevadas en ansiedad (estado y rasgo).
 - Puntuaciones elevadas en depresión.
 - Presencia de sintomatología psicofisiológica derivada del estrés.
 - Niveles de apoyo social no homogéneos: variación en cuanto al número de apoyos disponibles.
 - Estresores altamente impactantes: estresores con consecuencias negativas importantes sobre la salud física y psicológica de los pacientes.

2. Los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis presentan índices mayores de sintomatología depresiva que los sujetos provenientes de poblaciones normales.
3. Los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis presentan índices mayores de ansiedad (estado y rasgo) que los sujetos provenientes de poblaciones normales.
4. Los pacientes que componen la muestra de este estudio presentan índices de depresión y ansiedad parecidos a los de otros estudios análogos que tengan metodologías similares.
5. Los estresores relacionados con la hemodiálisis que afectan a los pacientes de este trabajo son similares a los encontrados en otros estudios.
6. Los estresores relacionados con la hemodiálisis que afectan a los enfermos de esta muestra se agrupan en conjuntos bien definidos.

4.3. DISEÑO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables medidas y un diseño correlacional para comprobar la significación de las asociaciones entre las diversas variables.

Dado el carácter descriptivo de este estudio, se busca dar una imagen de las características psicosociales de los enfermos con IRC no queriendo establecer una relación de causalidad entre ellas ni comprobar los efectos de unas sobre las otras (eso se hará en los dos siguientes capítulos). Por ello, y dado el carácter descriptivo-correlacional, no se puede hablar de una clasificación tradicional de variables en independientes y dependientes.

Las variables estudiadas fueron⁹:

⁹ Con este listado no se pretende que haya que hacer una lectura de todas las variables utilizadas, sino ofrecer una guía de rápido acceso a las mismas que sirva como referencia para entender los datos posteriores.

1. Variables sociodemográficas:

- Ciudad donde se realiza la hemodiálisis (Barbastro, Salamanca, Valladolid).
- Edad del paciente (en años).
- Grupos de edad (agrupamiento de edades en años).
- Sexo del paciente.
- Estado civil (soltero, casado, viudo, separado, otro).
- Nivel de estudios (sin estudios, primarios, medios, superiores, otros).
- Situación laboral (con o sin trabajo, ama de casa, jubilado, incapacidad laboral)
- Tipo de trabajo (de acuerdo al sistema de clasificación por competencias en la Formación Profesional Española).
- Nivel socioeconómico subjetivo (bajo, medio, alto); percepción del propio estado socioeconómico.
- Número de personas con las que convive el paciente (dimensión objetiva del apoyo social).
- Relación con las personas de convivencia.

2. Variables referidas a la enfermedad:

- Tiempo que lleva padeciendo la insuficiencia renal crónica (en meses).
- Estadio de la enfermedad (inicial, medio, terminal).

- Tiempo que lleva en hemodiálisis (en meses).
- Presencia de otras enfermedades.
- Número de otras enfermedades.
- Presencia de enfermedades con repercusiones psicológicas.
- Medicación con psicofármacos.
- Turno de hemodiálisis (mañana, tarde, noche).
- Tiempo que lleva con el mismo personal sanitario.

3. Variables psicosociales

- Ansiedad estado medido por el STAI-E.
- Ansiedad rasgo medido por el STAI-R.
- Índice de depresión medido con el BDI (Conde y Useros, 1975).
- Nivel de depresión según baremos BDI.
- Aspecto cuantitativo del apoyo social medido por la Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (Escala Mental Health).
- Nivel de apoyo social según el baremo de la Escala Mental Health.

4. Variables relacionadas con el estrés.

- Estresores vitales (acontecimientos vitales) medidos por la Escala Mental Health de California.
- Nivel de estrés provocado por acontecimientos vitales.

- Estresores específicos relacionados con la hemodiálisis, medidos con el Listado Específico de Estresores en Hemodiálisis. Se evalúa la presencia del estresor y su impacto.
- Consecuencias del estrés, medidas a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (Goldberg, 1978).
- Estilo de afrontamiento del estrés utilizado por el paciente medido a través del cuestionario COPE (Carver et al., 1989).

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar se procedió a la codificación de todas las variables y su introducción en el paquete estadístico SPSS v.20.0. Además de las puntuaciones directas de cada cuestionario se introdujeron también las de cada subescala y en el caso del STAI las puntuaciones centílicas según los baremos propuestos por TEA (1988). En aquellos instrumentos que presentaban posibilidades de agrupamiento de las puntuaciones en rangos (BDI y Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California), se calcularon dichas puntuaciones a través del comando COMPUTE.

A continuación se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables anteriormente citadas utilizando las opciones RESUME, FRECUENCIAS y DESCRIPTIVES del SPSS. También se realizó un análisis factorial con las puntuaciones del listado de estresores para conocer cómo se agrupaban los diferentes estresores relacionados con la hemodiálisis.

Por último se calcularon las Tablas de contingencia y la matriz de correlación de las variables para ver las interrelaciones que existían entre ellas.

4.5. RESULTADOS

4.5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.5.1.1. EDAD

Las edades de los pacientes que componen la muestra se distribuyen de acuerdo a la Tabla 4.

Tabla 4

Distribución muestral por grupos de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-30 años	4	4,7	4,7	4,7
	31-40 años	8	9,3	9,4	14,1
	41-50 años	8	9,3	9,4	23,5
	51-60 años	18	20,9	21,2	44,7
	61-70 años	18	20,9	21,2	65,9
	71-80 años	23	26,7	27,1	92,9
	>80 años	6	7,0	7,1	100,0
	Total	85	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		86	100,0		

El rango de edad varía desde los 23 a los 89 años, con una media de 61,29 años y una desviación típica de 15,64 años. A la vista de los resultados se puede indicar que la muestra está compuesta principalmente por sujetos mayores de 50 años (76,5% del total), siendo el intervalo de edad más frecuente el comprendido entre los 71 y 80 años (moda=6).

Los coeficientes de asimetría y curtosis son de -0,62 y -0,38 respectivamente. Además, para comprobar la distribución de las edades, se ha calculado la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors obteniendo una significación de 0,010 ($p = ,010$; 85 g.l.). De acuerdo con estos resultados se puede hablar de una distribución no normal, asimétrica negativa (derecha) y platicúrtica tendente claramente hacia la vejez.

4.5.1.2. SEXO

La distribución por género de la muestra está bastante equilibrada aun siendo mayor el número de hombres ($n = 48$; 55,8% del total) que el de mujeres ($n = 38$; 44,2% del total).

4.5.1.3. ESTADO CIVIL

Algo más de la mitad de la muestra (51,2%) está casada, distribuyéndose la mitad restante entre los solteros (29,1%) y los viudos (17,4%). Tan sólo un sujeto está separado y otro divorciado. Para comprobar si existe algún tipo de asociación entre el estado civil y el sexo se calculó la tabla de contingencia así como los estadísticos adecuados (χ^2 , coeficientes de contingencia y V de Cramer) para verificar la relación entre ambas variables y la magnitud de dicha asociación (Tabla 5).

Tabla 5

Tabla de contingencia y pruebas de asociación Estado Civil y Sexo

		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Estado Civil	Soltero	21	4	25
	Casado	25	19	44
	Viudo		15	15
	Separado	1		1
	Divorciado	1		1
Total		48	38	86
		Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson		28,60	4	,000
V de Cramer		,58		,000
Coeficiente de contingencia		,50		,000

$(p=0'05)$

Según estos resultados se puede decir que existe una relación entre las variables sexo y estado civil, no pudiendo ser consideradas como independientes. La magnitud de la asociación es significativa e intermedia dirigiéndose en la dirección que muestra la Figura 12.

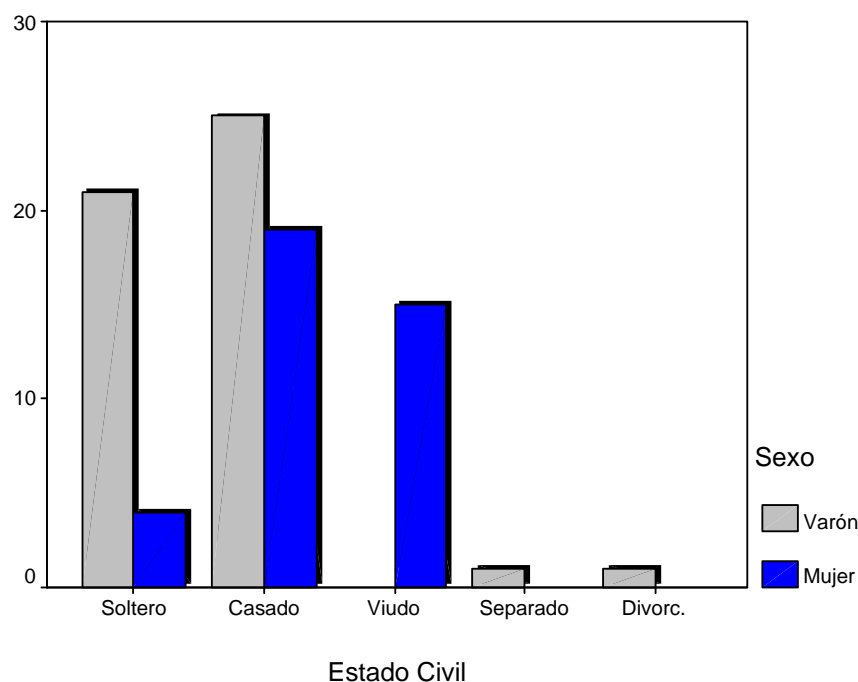


FIGURA 12. Relación entre el estado civil y el sexo en los sujetos de la muestra.

También se calculó una posible asociación entre el estado civil y la edad encontrando que ambas variables no están relacionadas entre sí ($\chi^2 = 169,84, p = ,361$)

4.5.1.4. NIVEL DE ESTUDIOS

Los pacientes de la muestra se caracterizan mayoritariamente por carecer de estudios o tener un bajo nivel. De hecho la suma de estas dos situaciones representa a un 82,6% del total muestral (47,7% sin estudios y 34,9% con estudios primarios) frente al 17,4% que tienen estudios secundarios (11,6%) o superiores (5,8%). Se puede vincular este dato con la alta edad muestral. De hecho la relación entre ambas variables es significativa ($\chi^2(18) = 28,88, p = ,049$) no pudiendo demostrarse la independencia entre ellas. La dirección de la asociación queda reflejada en la Figura 13.

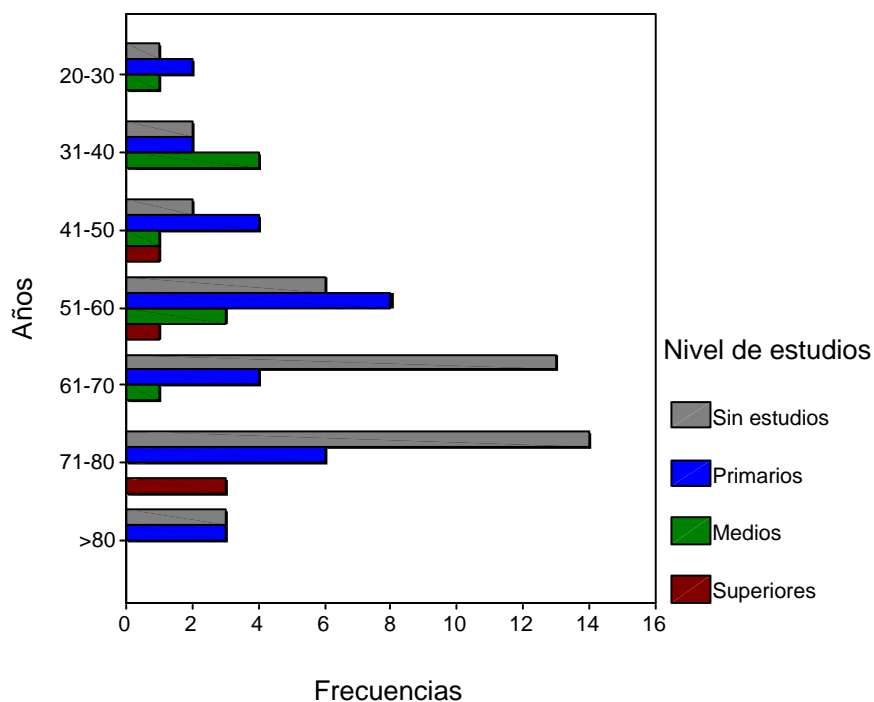


FIGURA 13. Relación entre la edad y el nivel de estudios de los sujetos de la muestra.

4.5.1.5. SITUACIÓN LABORAL

La situación laboral de los pacientes que componen la muestra queda reflejada en la Tabla 6.

Tabla 6

Situación laboral de los pacientes de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sin trabajo	13	15,1	15,1
	Con trabajo	15	17,4	17,4
	Amas de casa	26	30,2	30,2
	Jubilado	28	32,6	32,6
	Incapacidad laboral	4	4,7	4,7
	Total	86	100,0	100,0

De la lectura de la Tabla 6 se puede destacar:

- Alto porcentaje de sujetos jubilados (correspondencia lógica con la distribución muestral de la edad).

- Alto porcentaje de amas de casa.
- Del grupo de personas en activo (excluyendo a las amas de casa) la tasa de desempleados es muy similar a la de las personas con trabajo.
- Escaso número de personas (4,7%) con incapacidad laboral pese a la presencia de la IRC.

Las medidas de asociación entre la situación laboral en relación con el sexo resulta significativa. De acuerdo al estadístico χ^2 se rechaza la hipótesis nula ($\chi^2(4)= 52,17, p=,000$) con lo cual se comprueba la no independencia de las variables, o lo que es lo mismo, la existencia de una relación entre el sexo y la situación laboral de las personas. Además, los coeficientes de asociación (V de Cramer y de contingencia) indican valores de asociación significativos y altos (Tabla 7).

Tabla 7

Pruebas de asociación. Situación Laboral por Sexo

	Valor	Significación
V de Cramer	,78	,000
Coefficiente de contingencia	,61	,000

Es importante destacar el menor porcentaje de mujeres trabajadoras frente al número de hombres, así como el menor número de jubiladas que de jubilados y la ausencia total de hombres dedicados en exclusiva a las tareas del hogar tal y como puede verse en la tabla de contingencia (Tabla 8).

Tabla 8

Tabla de contingencia. Situación Laboral – Sexo

		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Situación laboral	Sin trabajo	7	6	13
	Con trabajo	14	1	15
	Amas de casa		26	26
	Jubilado	24	4	28
	Incapacidad laboral	3	1	4
Total				86

4.5.1.6. NIVEL SOCIOECONÓMICO SUBJETIVO

El nivel socioeconómico subjetivo hace referencia a cómo los pacientes se ven a sí mismos dentro de una escala de situación social y económica que va desde el nivel bajo al alto pasando por el medio. El 22,4% de ellos se percibían como de bajo nivel; el 57,6% como de nivel medio y el 20% restante como de alto nivel. Así pues la distribución del nivel socioeconómico sigue un patrón de distribución normal casi perfecto con la mayoría de los pacientes considerados así mismos como de nivel medio.

4.5.1.7. PERSONAS DE CONVIVENCIA

La media de personas con las que conviven los pacientes de la muestra es de 1,59 personas ($S_x = 4,34$). Dada la existencia de un caso extremo (sacerdote que convive con otros cuarenta compañeros) se ha calculado la media recortada al 95% mucho más indicativa de la realidad muestral que la media normal. En la Tabla 9 se indica la relación de esas personas de convivencia con el paciente. En ella puede apreciarse que la mayor parte de los enfermos conviven con sus parejas o padres (dato muy significativo a pesar de la alta edad de la muestra) y muy pocos (3,6%) lo hacen con personas ajenas al entorno familiar.

Tabla 9

Relación de las personas con las que convive el paciente

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Cónyuge o pareja	44	39,6
	Padres	29	26,1
	Otros familiares	22	19,8
	Hijos	12	10,8
	Otras personas	4	3,6
	Total	111	100,0

4.5.2. DATOS REFERIDOS A LA ENFERMEDAD

4.5.2.1. TIEMPO CON LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El rango de tiempo que los pacientes entrevistados llevan padeciendo la IRC varía desde los 3 meses a los 46 años, con una media de más de 11 años (11,77) y una desviación típica de 10,24. Los coeficientes de asimetría y curtosis son de 1,37 y 1,59 respectivamente. Además, para comprobar la forma de la distribución, se ha calculado la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov obteniendo una significación de $p=,007$. A la vista de los resultados se ve una distribución no normal, asimétrica positiva y leptocúrtica de gran variabilidad que ofrece un tiempo medio de padecimiento de la insuficiencia renal crónica de más de 11 años (141,26 meses) con gran contraste entre los tiempos máximos y mínimos. Así pues son pacientes con un alto tiempo de padecimiento de la enfermedad, dato importante para comprender algunas de las características muestrales posteriores.

De acuerdo a la clasificación médica habitual en estadios de la enfermedad, 36 pacientes de nuestro estudio (44,4%) se encuentran en un estadio inicial, 35 (43,2%) en estadio intermedio y tan sólo 10 (11,6%) en estadio avanzado o terminal. Los 5 sujetos restantes hasta completar el tamaño muestral se consideran casos perdidos por falta de información.

4.5.2.2. DATOS REFERIDOS A LA HEMODIÁLISIS

La Tabla 10 muestra el tiempo que llevan los pacientes en diálisis. El rango de tiempo encontrado varía desde 1 mes a los 20 años (en este último caso con un trasplante de por medio), con una media de más de 3 años (3,88) y una desviación típica de 4,30. La mayor parte de los pacientes (60,8%) tienen menos de 3 años de permanencia en diálisis. Los coeficientes de asimetría y curtosis son de 1,80 y 3,10 respectivamente. Además, para comprobar la distribución, se ha calculado la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov obteniéndose una significación de 0,003 ($z(1,73) = 1,807, p=,003$). A la vista de los resultados se puede hablar de una distribución no normal, asimétrica positiva y leptocúrtica de alta variabilidad con gran contraste entre los tiempos máximos y mínimos de estancia en HD.

Tabla 10

Tiempo que llevan los pacientes en hemodiálisis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Un mes - Un año	23	26,7	31,1	31,1
	1-3 años	22	25,6	29,7	60,8
	3-6 años	17	19,8	23,0	83,8
	>6 años	12	14,0	16,2	100,0
	Total	74	86,0	100,0	
Perdidos	Sistema	12	14,0		
Total		86	100,0		

Respecto al turno de hemodiálisis el 58,2% de los pacientes recibían hemodiálisis por la mañana, el 37,3% por la noche y el 4,5% restante por la noche.

El tiempo medio de permanencia con el mismo personal sanitario es de 43,92 meses (más de tres años y medio) aunque debido a la gran dispersión muestral en esta variable ($S_x = 51,16$ con un rango de 239 meses) es preferible utilizar la media recortada al 5% (37,69 meses; 3,14 años). La mediana de la distribución se sitúa en 24 meses. En relación con el tiempo medio pasado en diálisis (3,88 años) este dato indica que los pacientes han estado siempre o casi siempre con el mismo personal sanitario.

4.5.2.3. OTRAS ENFERMEDADES Y OTROS MEDICAMENTOS

El 64,6% de los pacientes (51 sujetos) presentan alguna otra enfermedad además de la insuficiencia renal crónica. La media de enfermedades por paciente es de 2,42 (con una $S_x = 1,43$) de las cuales solo el 6,61% son de origen psicológico y/o psiquiátrico. El 100% de los pacientes con otras enfermedades aparte de la insuficiencia renal consumen otros medicamentos, siendo el porcentaje de psicofármacos del 10,8% sobre el total de medicamentos consumidos.

4.5.3. PERFIL PSICOSOCIAL DEL ENFERMO CON IRC EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS

4.5.3.1. ANSIEDAD

Los pacientes de la muestra obtuvieron una puntuación media en ansiedad estado de 13,79 ($S_x = 10,96$) y de 17,18 ($S_x=11,02$) en ansiedad rasgo sobre un total de 60 puntos posibles. Además de las puntuaciones directas se calcularon sus equivalentes centílicas de acuerdo al baremo del STAI, obteniendo una puntuación centílica media de ansiedad estado de 25,78 ($S_x = 28,07$) y de ansiedad rasgo de 34,79 ($S_x = 36,38$). Como ya se sabe, las puntuaciones centílicas permiten determinar la cantidad relativa que un sujeto posee de un determinado atributo y la comparación con respecto a otros sujetos. En el primero de los casos los pacientes de la muestra se sitúan en la media en el centil 26 en cuanto a su nivel de ansiedad estado y en el centil 35 en cuanto a su ansiedad rasgo. Para el segundo de los casos las Tablas 11 y 12 recogen las puntuaciones de ansiedad estado y rasgo organizadas en niveles según centiles. Observando la Tabla 11 se puede indicar que el 76,2% de los pacientes de la muestra está entre el centil 1 y 20 en ansiedad estado y tan sólo el 16,7% de los enfermos superan el centil 50. Su distribución presenta unos coeficientes de asimetría y curtosis de 1,36 y 1,18 respectivamente, lo cual indica una distribución asimétrica positiva y leptocúrtica. La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov denota una distribución no normal ($z=2,03$; $p=0,001$).

Tabla 11

Puntuaciones centílicas agrupadas. Ansiedad Estado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centil 0-10	33	38,4	39,3	39,3
	Centil 11-20	31	36,0	36,9	76,2
	Centil 31-40	3	3,5	3,6	79,8
	Centil 41-50	3	3,5	3,6	83,3
	Centil 51-60	1	1,2	1,2	84,5
	Centil 61-70	2	2,3	2,4	86,9
	Centil 71-80	2	2,3	2,4	89,3
	Centil 81-90	4	4,7	4,8	94,0
	Centil 91-100	5	5,8	6,0	100,0
	Total	84	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	2,3		
Total		86	100,0		

Respecto a la ansiedad rasgo (Tabla 12) los resultados indican un mayor porcentaje (más del doble) de sujetos en los centiles superiores al 50 en relación con la ansiedad estado (35,4% vs. 16,7%). En cuanto a la distribución los coeficientes de asimetría y curtosis son de -0,86 y 0,53, lo que significa que la distribución es asimétrica negativa (tendente hacia un mayor nivel de ansiedad) y ligeramente leptocúrtica. Su z de Kolmogorov-Smirnov es de 1,23 con una probabilidad asociada de 0,09 con lo cual se puede asumir que la distribución es normal con una p de 0,05.

Tabla 12

Puntuaciones centílicas agrupadas. Ansiedad Rasgo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centil 0-10	29	33,7	35,4	35,4
	Centil 11-20	19	22,1	23,2	58,5
	Centil 31-40	3	3,5	3,7	62,2
	Centil 41-50	2	2,3	2,4	64,6
	Centil 51-60	3	3,5	3,7	68,3
	Centil 61-70	9	10,5	11,0	79,3
	Centil 71-80	3	3,5	3,7	82,9
	Centil 81-90	10	11,6	12,2	95,1
	Centil 91-100	4	4,7	4,9	100,0
	Total	82	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	4,7		
Total		86	100,0		

4.5.3.2. DEPRESIÓN

La puntuación media obtenida por los pacientes de la muestra en el BDI es de 12,19 con una desviación típica de 9,8 (sobre un máximo de 63). Los coeficientes de asimetría y curtosis fueron de 1,08 y 0,79 respectivamente lo que indica una distribución asimétrica positiva (tendente hacia mayores puntuaciones de depresión) y ligeramente leptocúrtica. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov se ha obtenido la $z = 1,41$ tiene una $p = ,03$ lo cual lleva a decir que la distribución de las puntuaciones de depresión no sigue la curva normal.

En la Figura 14 se recoge el nivel de depresión de los enfermos de la muestra ordenados de acuerdo al propio baremo del BDI. Se expresa el porcentaje de pacientes en cada una de las categorías. De la lectura de la Figura 14 se deduce que la mitad de los

enfermos del estudio presentan signos y síntomas depresivos teniendo éstos el carácter de moderado y severo en el 30% de los casos.

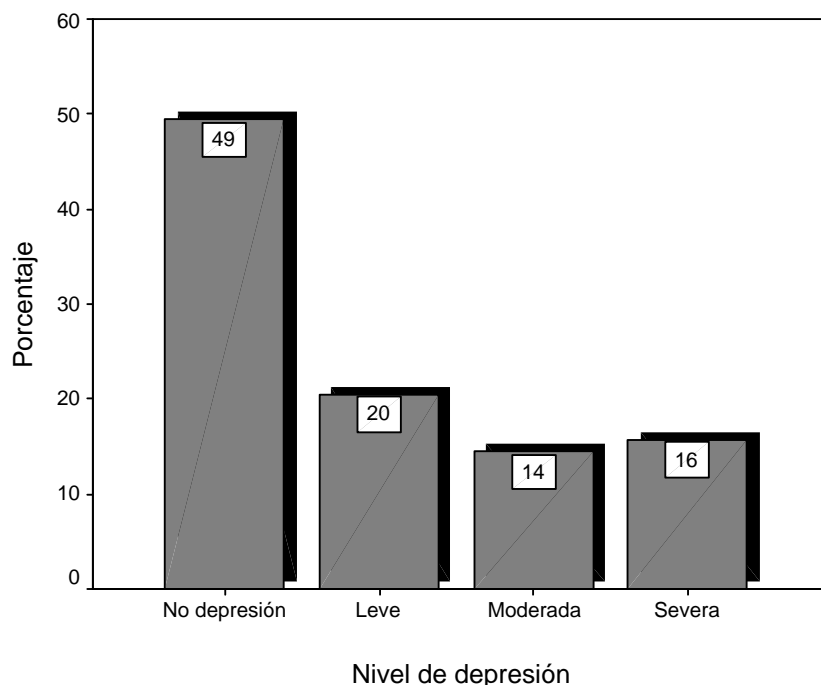


FIGURA 14. Nivel de depresión de acuerdo al baremo del BDI.

4.5.3.3. APOYO SOCIAL

El gráfico de la Figura 15 refleja el nivel de apoyo social percibido por los enfermos de la muestra de acuerdo al baremo obtenido con las puntuaciones directas de la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California. Se puede destacar el escaso porcentaje de pacientes con alto nivel de apoyo social y el significativo número de enfermos con bajo apoyo. Las implicaciones que estos datos pueden tener se discutirán en el próximo capítulo de esta tesis.

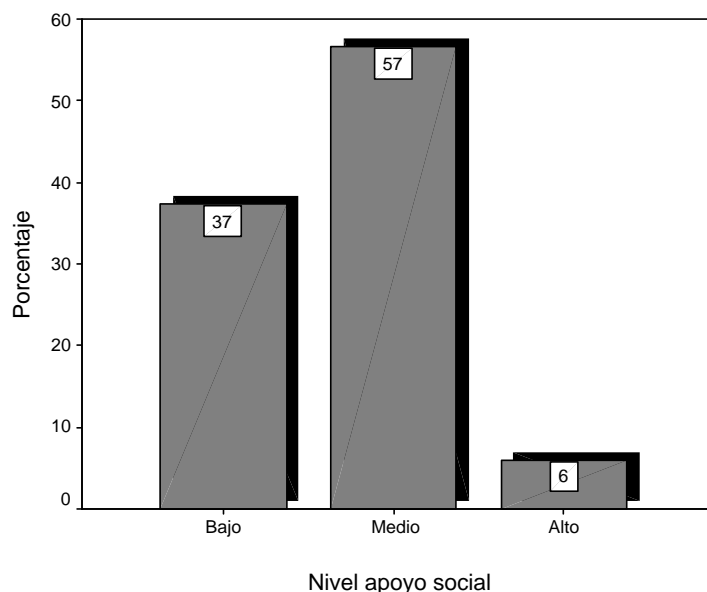


FIGURA 15. Nivel de apoyo social de acuerdo al baremo del Cuestionario Mental Health.

4.5.4. DESCRIPCIÓN DEL ESTRÉS EN LA HEMODIÁLISIS

4.5.4.1. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

La puntuación media en la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California, en su parte de acontecimientos vitales estresante, fue de 8,6 con una desviación típica de 7,87. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima posible en esta escala es de 30 puntos, se puede hablar de una media de acontecimientos vitales estresantes más bien baja. Con una $z = 1,41$, $p=,04$) en la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, no se puede asumir la normalidad de la distribución.

La Figura 16 refleja el nivel de acontecimientos vitales estresantes soportado por los pacientes de acuerdo a los baremos de dicha escala. Estos datos muestran como más de la mitad de los pacientes (66%) presentan un nivel bajo de estresores vitales aunque también se destaca el 20% de enfermos que han tenido en los últimos seis meses varios acontecimientos vitales estresantes importantes.

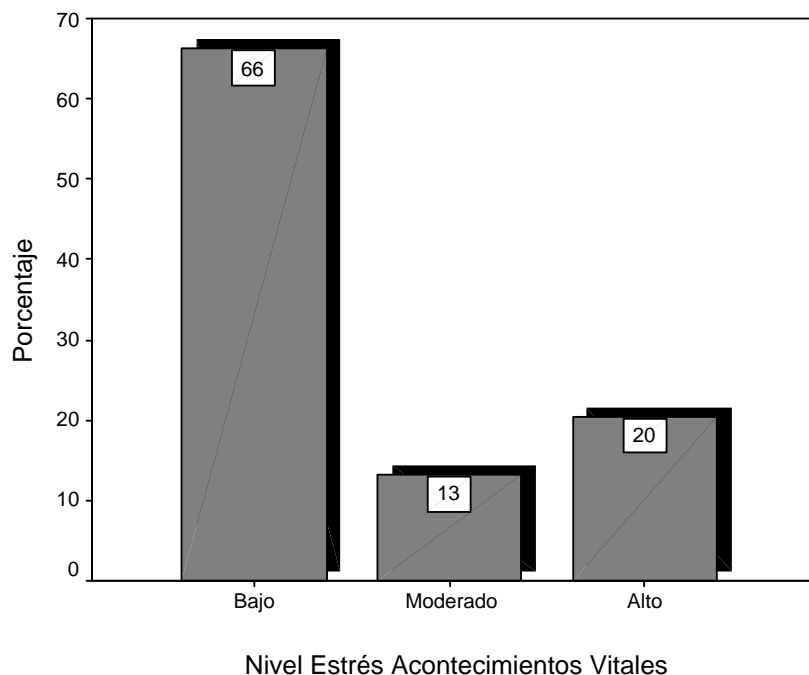


FIGURA 16. Nivel de estrés provocado por acontecimientos vitales de acuerdo al baremo del Cuestionario Mental Health.

4.5.4.2. PRINCIPALES ESTRESORES

En el Anexo 3 se recogen los datos de la presencia de los diferentes estresores evaluados en esta investigación, indicando el porcentaje de enfermos que refieren ese estresor. Asimismo, además de las frecuencias, también se recogen los datos sobre la importancia que para los enfermos tiene cada uno de los estresores.

Los estresores con más puntuación media en esta dimensión (es decir los estresores valorados como más frecuentes) fueron por este orden:

1. Miedo al sufrimiento.
2. Desplazamientos.
3. Tener que pasar mucho tiempo enganchado a la máquina.
4. Miedo a las complicaciones.
5. Dolor.

6. Tener una enfermera nueva.
7. Posturas molestas.
8. Otros estresores no citados.
9. Miedo a morir.
10. Cambios posturales.
11. No tener vacaciones.

Todos estos estresores presentan diferencias importantes respecto a los demás en cuanto a la frecuencia obtenida. Tras ellos iría otro conjunto bastante bien agrupado compuesto por problemas en el entorno: el ruido y la temperatura. En el lado contrario, es decir como estresores menos frecuentes, encontramos los problemas en las relaciones con el personal sanitario, con la familia y amigos y el no sentirse apoyado por los profesionales que lo atienden. La descripción pormenorizada de todos ellos sería un trabajo excesivo y redundante, de tal modo que se pueden consultar en el Anexo 3 de manera más intuitiva y cómoda que si se describiesen todas y cada una de las frecuencias de los estresores enunciados.

Los cinco primeros estresores en importancia (miedo al sufrimiento, desplazamientos, pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, miedo a las complicaciones y dolor) también son los más frecuentemente encontrados. Los cinco siguientes (tener una enfermera nueva, posturas molestas, falta de apoyo, miedo a morir y no tener vacaciones) también coinciden con los cinco subsiguientes más frecuentes aunque con pequeñas variaciones. El resto de los estresores se pueden comparar en la tabla del Anexo 3.

En el Anexo 4 se incluye una tabla con la puntuación total de estrés teniendo en cuenta tanto la frecuencia como la importancia del estresor. Con ello se quieren equilibrar los efectos de ambas dimensiones para evitar, por ejemplo, que estresores muy significativos para el paciente pero poco frecuentes aparezcan en la investigación como los más importantes por su peso. A la vista de los resultados se comprueba como, en realidad, el número de estresores que más afectan y de manera más importante pueden reducirse a 12: miedo al sufrimiento, desplazamientos desde casa al hospital, tener que pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, miedo a las complicaciones, tener una enfermera nueva, posturas molestas, otros

estresores, no tener vacaciones, cambios posturales, ruido, falta de autonomía en el autocuidado y temperatura de la sala de diálisis. En el lado contrario los estresores menos importantes en nuestra muestra han tenido que ver con las relaciones sociales tanto con el equipo de tratamiento (nótese el bajo impacto que como estresor tienen las enfermeras) como con los demás, así como el no sentirse apoyado. Es interesante destacar como el estrés provocado por el dolor aun siendo muy frecuente (40,7%) se valora como poco importante en relación con la posibilidad de sufrimiento (miedo anticipatorio). Algo similar ocurre con el miedo a morir o la iluminación de la sala de diálisis.

Dado el número de estresores que se han manejado se planteó la posibilidad de reducirlos en una cantidad más pequeña que nos permita simplificar análisis posteriores. Para ello se realizaron varios pasos:

1. Comprobar que los estresores que vienen agrupados desde la teoría también lo hacen en los datos muestrales:

- A. Falta de autonomía en la vida privada y falta de autonomía autocuidado --> falta de autonomía.
- B. Falta de apoyo de médicos, enfermeras, auxiliares, otros sanitarios, familia, amigos y otros --> falta de apoyo.
- C. Falta de información sobre la enfermedad, el tratamiento, los cuidados a seguir, las consecuencias de la enfermedad, las consecuencias del tratamiento, y los aspectos sensoriales y experienciales --> falta de información.
- D. Temperatura, iluminación y ruido de la sala de diálisis --> estresores ambientales.
- E. Relaciones con los médicos, enfermeras, auxiliares, otros sanitarios, otros pacientes, familiares, amigos y otras personas --> relaciones.
- F. Miedo a morir, miedo al sufrimiento, miedo a las complicaciones --> factor miedo.

Para ello se realizaron tres pruebas estadísticas por cada uno de los grupos: una matriz de correlaciones, un análisis de fiabilidad (para comprobar que en el cuestionario los datos se reúnen de esa misma manera) y por último un análisis factorial para ver la agrupación de esas variables. A continuación se detallan estos resultados.

En el análisis de fiabilidad para el factor “falta de autonomía” se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,77 que junto con la significación de las correlaciones (Tabla 13) indica una alta relación entre las variables. Los resultados del análisis factorial realizado permiten hablar de un solo factor llamado “falta de autonomía” que engloba tanto a la falta de autonomía en la vida privada (puntuación factorial de 0,90) como a la falta de autonomía en el autocuidado (puntuación factorial de 0,90). Estos datos se obtuvieron a través un análisis factorial de componentes principales sin rotación (al haber un solo factor) con un valor significativo de χ^2 en la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2=41,47$, $p=,000$), un índice KMO de 0’50 y un determinante de la matriz de correlaciones de 0,61 para factores que superaran la unidad en el autovalor. Con esta reducción factorial se explica el 81,28% de la varianza total.

Tabla 13

Correlaciones entre los elementos del factor “Falta de Autonomía”

		Falta autonomía vida privada	No participación toma decisiones
Falta autonomía vida privada	Correlación de Pearson	1	,56*
	Sig. (bilateral)		,000
	N	67	66
No participación toma decisiones	Correlación de Pearson	,56*	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	66	66

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

En el caso de las variables relacionadas con la falta de apoyo (de médicos, enfermeras, auxiliares, otros sanitarios, familia, amigos y otras personas) se puede hablar igualmente de una agrupación en un único factor (“Factor falta de apoyo y reconocimiento”). Existen correlaciones significativas entre todas las variables (véase Tabla 14), el alfa de Cronbach también es significativo (0,87) y el análisis factorial de componentes principales cumple los requisitos [determinante = 0’0012; esfericidad de Barlett significativa ($p<,000$) y medida de

adecuación muestral $KMO = 0,535$]. Este factor único explicaría el 62,78% de la varianza total. Tal y como indica Cea (2002) en el caso de las ciencias sociales el 60% de explicación de la varianza total puede ser considerado como punto final para concluir la extracción factorial pudiendo ser incluso menor en función del conocimiento que el investigador tenga de las variables. Por eso en este caso se ha detenido el análisis en un solo factor al quedar explicada más del 60% de la variabilidad total de las variables relacionadas con el apoyo.

Un nuevo factor está constituido por la falta de información que el paciente puede tener respecto a su enfermedad, tratamiento, cuidados, consecuencias de la enfermedad, consecuencias del tratamiento y aspectos experienciales y sensoriales. Al igual que en los casos anteriores también se pueden agrupar en un solo factor (“falta de información”) que explicaría el 93,19% de la varianza total.

Tabla 14

Correlaciones entre los elementos del factor “Falta de apoyo y reconocimiento”

		No apoyo médicos	No apoyo enfermeras	No apoyo auxiliares	No apoyo otros sanitarios	No apoyo familiares	No apoyo amigos	No apoyo otros
No apoyo médicos	Correlación de Pearson	1						
	Sig. (bilateral)							
	N	67						
No apoyo enfermeras	Correlación de Pearson	,996*	1					
	Sig. (bilateral)	,000						
	N	67	67					
No apoyo auxiliares	Correlación de Pearson	,996*	,997*	1				
	Sig. (bilateral)	,000	,000					
	N	67	67	67				
No apoyo otros sanitarios	Correlación de Pearson	,853*	,808*	,835*	1			
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000				
	N	67	67	67	67			
No apoyo familiares	Correlación de Pearson	,267*	,250*	,235	,276*	1		
	Sig. (bilateral)	,030	,043	,057	,025			
	N	66	66	66	66	66		
No apoyo amigos	Correlación de Pearson	,390*	,367*	,360*	,430*	,489*	1	
	Sig. (bilateral)	,001	,003	,003	,000	,000		
	N	65	65	65	65	65	65	
No apoyo otros	Correlación de Pearson	,388*	,366*	,360*	,426*	,445*	,867*	1
	Sig. (bilateral)	,001	,003	,003	,000	,000	,000	
	N	66	66	66	66	66	65	66

Tanto la Tabla de correlaciones (Tabla 15) del factor “Falta de Información” como el alfa de Cronbach (0,98) resultan significativos. El análisis factorial realizado obtiene un determinante de la matriz de correlaciones muy bajo pero sin llegar a 0 (0,0000010), una medida de adecuación muestral de KMO de 0,84 y una significatividad de $p < ,000$ en la prueba de esfericidad de Barlett, lo cual valida la reducción de los datos.

Tabla 15

Correlaciones entre los elementos del factor “Falta de Información”

		Falta información enfermedad	Falta información tratamiento	Falta información cuidados a seguir	Falta información consecuencias enfermedad	Falta información consecuencias tratamiento	Falta información experiencia
Falta información enfermedad	Correlación de Pearson	1					
	Sig. (bilateral)						
	N	66					
Falta información tratamiento	Correlación de Pearson	,928*	1				
	Sig. (bilateral)	,000					
	N	66	66				
Falta información cuidados a seguir	Correlación de Pearson	,811*	,856*	1			
	Sig. (bilateral)	,000	,000				
	N	66	66	66			
Falta información consecuencias enfermedad	Correlación de Pearson	,978*	,947*	,809*	1		
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000			
	N	66	66	66	66		
Falta información consecuencias tratamiento	Correlación de Pearson	,921*	,996*	,833*	,947*	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		
	N	66	66	66	66	66	
Falta información experiencia	Correlación de Pearson	,927*	,998*	,854*	,949*	,998*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	66	66	66	66	66	66

El intento de reducción de las condiciones ambientales de la sala de diálisis (temperatura, iluminación y ruido) a un solo factor no fue posible dado que ni la matriz de correlaciones (tan sólo correlacionan el ruido con la iluminación; Tabla 16) ni el análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,37) lo aconsejan. Al no estar relacionadas entre sí, la

realización de un análisis factorial carece de sentido por lo que en los análisis posteriores se decide dejar estas variables de modo individual y sin agrupar.

Tabla 16

Correlaciones entre los elementos del factor “Condiciones de la Sala de Diálisis”

		Temperatura	Iluminación	Ruido
Temperatura	Correlación de Pearson	1		
	Sig. (bilateral)			
	N	81		
Iluminación	Correlación de Pearson	,16	1	
	Sig. (bilateral)	,153		
	N	81	81	
Ruido	Correlación de Pearson	,15	,22*	1
	Sig. (bilateral)	,184	,045	
	N	81	81	81

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

El siguiente conjunto de variables susceptible de ser reducido hace referencia a las relaciones con el equipo de tratamiento (médicos, enfermeras, auxiliares, otros sanitarios), los compañeros de diálisis (otros pacientes), la familia, los amigos y otras personas. Se siguió el mismo procedimiento de reducción de los casos anteriores aunque en esta ocasión la reducción factorial a un solo factor sólo explicó el 47,17% del total de la varianza. Dado que en la matriz de correlaciones (Tabla 17) fueron más los coeficientes significativos que los no significativos y que el alfa de Cronbach también lo fue (0,66) se decidió mantener la agrupación en un solo factor (“factor relaciones”). Además apoya esta decisión la argumentación anteriormente citada de Cea (2002) sobre el conocimiento de las variables. En nuestro caso la importancia de este estresor es muy reducida y además el planteamiento factorial estadísticamente más potente (un primer factor con las relaciones con médicos, auxiliares y otros pacientes, un segundo con enfermeras, familiares, amigos y otras personas y excluyendo las relaciones con otros sanitarios) no explica de manera teóricamente coherente la agrupación de los datos, con lo cual es posible pensar que esta factorialización se puede deber a un artificio de medida.

Tabla 17

Correlaciones entre los elementos del factor “Relaciones”

		Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Otros sanitarios	Otros pacientes	Familiares	Amigos	Otras personas
Médicos	Correlación de Pearson	1							
	Sig. (bilateral)								
	N	83							
Enfermeras	Correlación de Pearson	,581*	1						
	Sig. (bilateral)	,000							
	N	83	83						
Auxiliares	Correlación de Pearson	,361*	,414*	1					
	Sig. (bilateral)	,001	,000						
	N	83	83	83					
Otros sanitarios	Correlación de Pearson	,166	,280*	,149	1				
	Sig. (bilateral)	,134	,010	,178					
	N	83	83	83	83				
Otros pacientes	Correlación de Pearson	,575*	,474*	,526*	,235*	1			
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,033				
	N	83	83	83	83	83			
Familiares	Correlación de Pearson	,106	,219*	,066	,041	,081	1		
	Sig. (bilateral)	,338	,047	,556	,715	,467			
	N	83	83	83	83	83	83		
Amigos	Correlación de Pearson	,550*	,953*	,390*	,262*	,447*	,226*	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,017	,000	,040		
	N	83	83	83	83	83	83	83	
Otras personas	Correlación de Pearson	,408*	,719*	,286*	,191	,330*	,145	,682*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,009	,083	,002	,192	,000	
	N	83	83	83	83	83	83	83	83

Por último se intentaron agrupar las variables miedo a morir, miedo al sufrimiento y miedo a las complicaciones en un solo factor al que se denominó “miedo”. En este caso sí se cumplieron las expectativas de factorialización al explicar este factor el 69,92% del total de la varianza con una medida de adecuación muestral (KMO) de 0,61 y un χ^2 significativo ($p < ,000$) en la prueba de esfericidad de Barlett. Además la matriz de correlaciones (Tabla 18) y el índice de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,69) apoyaron esta decisión.

Tabla 18

Correlaciones entre los elementos del factor “Miedo”

		Miedo a morir	Miedo al sufrimiento	Miedo a morir
Miedo a morir	Correlación de Pearson	1	,29 *	,42 *
	Sig. (bilateral)		,007	,000
	N	86	86	86
Miedo al sufrimiento	Correlación de Pearson	,29 *	1	,56 *
	Sig. (bilateral)	,007		,000
	N	86	86	86
Miedo a morir	Correlación de Pearson	,42 *	,56 *	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	86	86	86

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

Como resumen de todo este primer paso en la reducción de los elementos estresantes presentes en la hemodiálisis se puede decir que se cumplieron las expectativas previstas desde la teoría (salvo en el caso de los estresores relacionados con la sala de diálisis) y que para posteriores análisis, de aquí en adelante, se utilizaron los factores obtenidos.

2. Reducir y agrupar el número de variables a través de un análisis factorial:

Se usó un análisis factorial exploratorio de componentes principales por estos motivos: tener un tamaño muestral suficiente ($N > 50$) (Cea, 2002); haber más de cinco casos por variable; existir relación entre las variables; tener necesidad de reducción del número de variables.

Para ello se tomaron todas las variables de manera individual (salvo las derivadas de la asociación realizada en el punto anterior que se consideran de manera agrupada), se sustituyeron los casos sin respuesta por las medias de cada variable para evitar su influencia negativa en el análisis y se estandarizaron las puntuaciones para no tener problemas con las diferentes unidades de medida según los ítems de la escala.

El determinante de la matriz de correlaciones fue de 0,02, la medida de adecuación muestral KMO de 0,58 y la prueba de esfericidad de Barlett resultaron significativas con una

$p < ,000$. A pesar de que el KMO podría ser considerado como inadecuado (aunque supera 0,5), la existencia de altas correlaciones, el resultado del test de Barlett, el determinante de la matriz de correlaciones y los valores bajos en la matriz anti-imagen llevan a no desestimar el análisis en global. En el examen de las medidas de adecuación muestral de dicha matriz de correlaciones anti-imagen se encontró que las variables “temperatura de la sala de diálisis” y “no tener vacaciones” no superaron la puntuación de 0,5 (0,45 y 0,39 respectivamente) con lo cual fueron desechadas del análisis. Se realizó una rotación varimax de la matriz factorial dado que se presuponía la independencia de los factores entre sí. A partir del análisis se detectaron 5 factores que explicaron el 63,13% del total de la varianza. En la Tabla de resultados (Tabla 19) se han ordenado las variables dentro de los factores según su importancia y se han suprimido los pesos factoriales inferiores a 0,5 para dejar sólo las máximas saturaciones.

El primero de los factores está relacionado con el propio procedimiento de diálisis y engloba tanto aspectos físicos (tiempo en la máquina y tener una enfermera nueva) como psicológicos (miedo) así como una variable que combina ambos aspectos (dolor). Esto viene a reafirmar una de las cuestiones que ya se han comentado al hablar en el Capítulo 2 de esta tesis sobre la clasificación de los estresores en físicos y psíquicos. No siempre es tan fácil distinguirlos y las puntuaciones de nuestros enfermos así parecen indicarlo. En el segundo factor se encontró, también, otro grupo de variables relacionadas específicamente con el procedimiento. El tercer factor hace referencia a estresores concernientes a la falta de independencia que presentan los enfermos en diálisis. El cuarto agrupa claramente los aspectos ambientales de la diálisis (ruido e iluminación) y el quinto engloba los estresores de carácter social.

Tabla 19

Análisis factorial del listado de estresores. Solución rotada

	Componente				
	1	2	3	4	5
Miedo	,77				
Dolor	,73				
Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina	,73				
Tener una enfermera nueva	,53				
Posturas molesta		,79			
Cambios posturales		,75			
Desplazamientos		,59			
Falta de autonomía			,85		
No participación toma de decisiones			,81		
Ruido sala diálisis				,76	
Iluminación sala diálisis				,51	
Relaciones					,74
Falta de apoyo					,74
Falta de información					,51

3. Realizar un análisis de conglomerados:

Por último se realizaron dos análisis de conglomerados (o de clusters): el primero con el objeto de comprobar que la agrupación obtenida con el análisis factorial era coherente con la distribución de los datos y el segundo para reducir los factores obtenidos a un modelo aún más simple.

En el primero de ellos se tomaron como variables las puntuaciones totales de estrés calculadas para cada paciente. El método elegido fue el método jerárquico de vinculación intergrupos con la medida de intervalo de la distancia euclídea al cuadrado tomando como base de agrupación las variables y no los casos. El uso de este tipo de técnica completando al análisis factorial está ampliamente extendido y se usa como forma de comprobación para determinar si los tipos definidos a través de otros procedimientos (en este caso el factorial) están, de hecho, presentes en los datos (Cea, 2002). Se ofrece el resultado en forma de dendograma en la Figura 17.

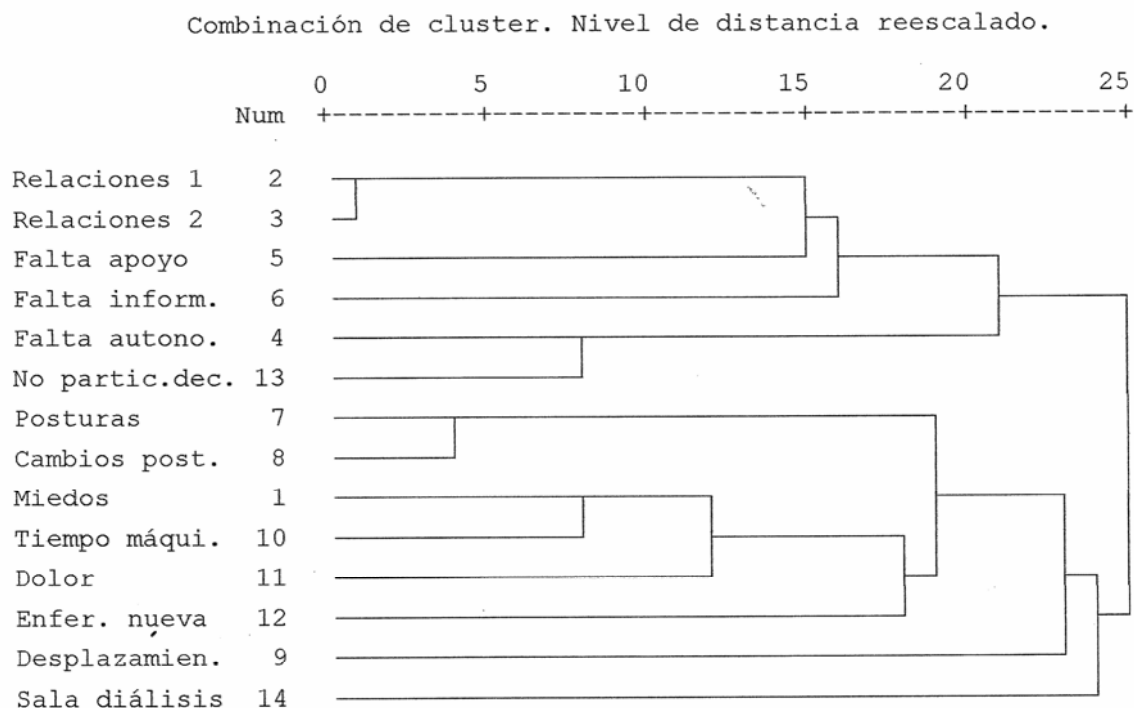


FIGURA 17. Dendrograma. Análisis de conglomerados de las puntuaciones totales del Listado de Estresores.

De acuerdo con esta Figura 17 se puede ver como entre los niveles de distancia 15 y 20 las variables se agrupan de manera muy similar a como lo habían hecho en el factorial. En un primer conglomerado se incluyen las relaciones sociales, la falta de información y la falta de apoyo (justo el componente 5 del análisis previo). Un segundo conglomerado agrupa las variables falta de autonomía y no participación en la toma de decisiones (componente 3 del análisis factorial). El tercer conglomerado incluye lo relacionado con el procedimiento operativo de la hemodiálisis (posturas, cambios posturales, pasar mucho tiempo en la máquina, tener una enfermera nueva y el dolor) quedando, por último, dos variables sin agrupar (los desplazamientos y los estresores de la sala de diálisis). Como puede comprobarse el modelo es igual al del análisis factorial anteriormente realizado, a excepción de la combinación de los estresores relacionados con el procedimiento de diálisis, aunque en un momento posterior del análisis de conglomerados (entre la distancia 20 y 25) adoptan la misma forma que los componentes del factorial. Así pues se concluye que la matriz factorial obtenida en el punto 2 (Tabla 19) se puede corresponder con los datos reales de la muestra.

El segundo análisis de conglomerados que se efectuó tiene como objetivo el reducir los factores obtenidos a un modelo más simple. Tal y como indican Aldenderfer y Blashfield (1984) el análisis de cluster serviría, como en este caso, para ayudar a buscar esquemas conceptuales útiles en base a la agrupación de entidades. Es decir, se pretende encontrar un modelo de agrupación de estresores lo más simple y exhaustivo posible pero sin perder de vista el significado teórico del mismo. Para ello se usó el método jerárquico de vinculación intergrupos con la distancia euclídea al cuadrado como estadístico, tomando como unidades de conglomeración las puntuaciones factoriales de la Tabla 19. El resultado del mismo se puede observar en la Figura 18.

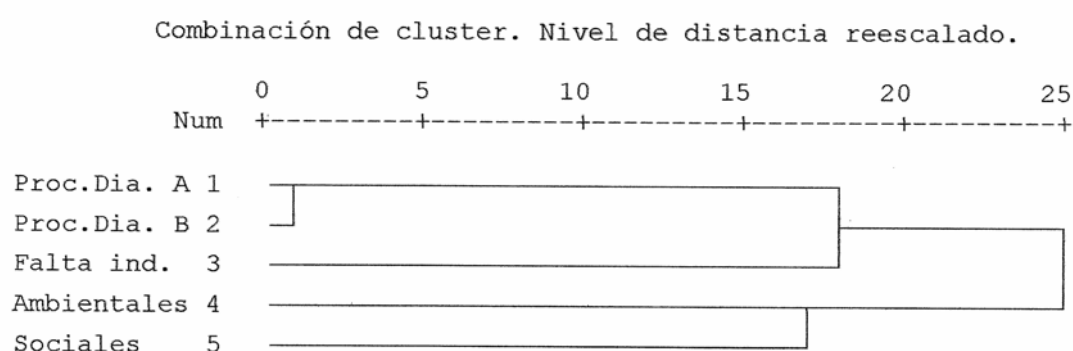


FIGURA 18. Dendograma. Análisis de conglomerados de las puntuaciones factoriales del Listado de Estresores.

De acuerdo a este análisis en un primer momento se puede hablar de una agrupación de los elementos 1 y 2, es decir de todos los estresores relacionados con el procedimiento de diálisis. Posteriormente se produce una nueva asociación entre los elementos ambientales y sociales, carente, como se ve de toda lógica.

Así pues la única reducción que se puede hacer respecto al modelo factorial planteado es a cuatro factores, quedando los estresores organizados de la siguiente manera:

1. Estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis: engloba los desplazamientos, las posturas y cambios posturales, el tener una enfermera nueva, el pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, el dolor y el miedo. A pesar de la aparente disparidad entre ellos existe, bajo nuestro punto de vista, una lógica interna que los relaciona entre sí. En realidad el procedimiento de hemodiálisis, comienza desde el

momento en el que el enfermo se monta en la ambulancia que le lleva al hospital, no sólo desde el hecho en sí de engancharse a la máquina. El tener que pasar mucho rato en una determinada postura por culpa de ese desplazamiento puede ser generador de dolor en el paciente. No es infrecuente que los enfermos de IRC se quejen de dolores posturales probablemente relacionados con la síntesis del aluminio. Los cambios posturales, el tener una enfermera nueva, el pasar mucho tiempo enganchado a la máquina y el dolor son elementos que pueden darse en cualquier sesión de diálisis. Por último los miedos (a las complicaciones, al sufrimiento o incluso a morir) podrían ser entendidos como consecuencias del propio procedimiento de la HD. Por ejemplo: si yo como paciente tengo una enfermera nueva, puede ser normal anticipar que va a tardar más en entenderme, que por ello voy a pasar más tiempo en la máquina y que la posibilidad de dolor, sufrimiento y complicaciones será mayor, con lo cual tendré más miedo ante esa situación.

2. Estresores relacionados con la dependencia: un segundo factor engloba tanto la falta de autonomía (en la vida privada y en el autocuidado) como la no participación en la toma de decisiones respecto a la enfermedad y el tratamiento. Al analizar estos estresores se puede ver que todos ellos tienen en común el que merman la independencia de los pacientes, al impedir que éstos hagan lo que quieran y tener que depender de otros. De ahí que se puedan agrupar en un solo factor.
3. Estresores ambientales: relacionados con la iluminación y el ruido de la sala de diálisis. Se encuadran dentro de los tradicionales estresores biogénicos que son capaces por si solos de generar estrés sin necesidad de la interpretación de los mismos.
4. Estresores relacionados con las interacciones del paciente: cuarto factor de carácter social que engloba la falta de apoyo y reconocimiento (tanto por parte del equipo de tratamiento como por otras personas), la falta de información y los problemas en las relaciones tanto con el equipo sanitario como con familiares, amigos, pacientes y otros. Como puede apreciarse, en todos ellos, se da la presencia de otra persona, de ahí el denominarlos estresores relacionados con la interacción. Se prefiere este nombre al más tradicional de estresores sociales dado que se entiende que lo social abarca más aspectos que la mera interacción (p.ej. las pautas culturales).

En la Figura 19 se puede observar la distribución porcentual de cada uno de los factores en función de la frecuencia que tienen en la muestra.

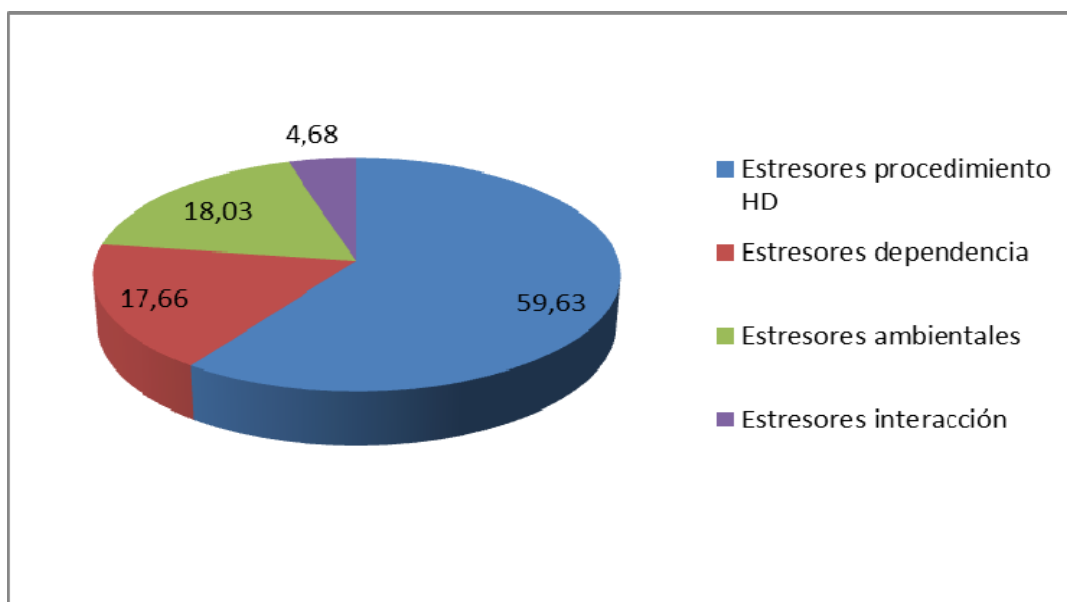


FIGURA 19. Frecuencia de los estresores agrupados por factores (porcentaje).

Este modelo quedaría completado con otros dos estresores que no han entrado en la reducción factorial debido a su carácter heterogéneo: la falta de vacaciones (estresor probablemente no relacionado exclusivamente con la IRC y la HD) y los estresores que daban los pacientes en la pregunta abierta. La gran diversidad de las respuestas encontradas en este último ítem impide la clasificación en los grupos establecidos.

4.5.4.3. SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS

Se sabe que el estrés provoca consecuencias psicofisiológicas relacionadas con la activación de diversos sistemas entre los que se encuentra el nervioso autónomo (Labrador y Crespo, 1993). Asimismo el mantenimiento de procesos estresantes también puede estar relacionado con cuadros psicopatológicos como la ansiedad o la depresión o con otros trastornos del comportamiento. Tal y como se indicó en el capítulo anterior, el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) ha sido utilizado para medir, entre otras cosas, cuestiones relacionadas con la activación del sistema nervioso autónomo. Es por ello por lo que aquí se usa el GHQ como una medida indirecta de las consecuencias del estrés considerando el estado de salud general del enfermo en las cuatro dimensiones

interrelacionadas que el cuestionario propone: sintomatología psicofisiológica (dolores de cabeza, taquicardias...), sintomatología relacionada con la ansiedad (sentimientos de tensión, preocupaciones...), sintomatología relacionada con la depresión (desinterés por las cosas, sentimientos de inutilidad...) y medida de la capacidad funcional del paciente. En la Tabla 20 se recogen los resultados encontrados en la muestra.

Tabla 20

Estadísticos descriptivos de los síntomas estrés según el GHQ

	N	Media	Desv. Típica	Asimetría	Curtosis
Índice general cuestionario salud general (GHQ)	86	10,69	6,59	,49	-,71
Parte a GHQ. Sintomatología psicofisiológica	86	3,49	2,10	,09	-,99
Parte b GHQ. Sintomatología ansiosa/tensión	86	3,33	2,48	,07	-1,38
Parte c GHQ. Capacidad funcional	86	1,91	1,51	1,38	,92
Parte d GHQ. Sintomatología depresiva	86	1,98	2,12	1,07	,07

Teniendo en cuenta que la puntuación máxima posible de este cuestionario es de 28, los sujetos de la muestra tienen una media que equivale al 38,18% del total posible. A su vez, para cada una de las partes, la máxima puntuación es de 7, con lo que las medias equivalen, respectivamente, al 48,86%, 47,51%, 27,24% y 28,24%. Así pues la mayor sintomatología asociada al estrés presente en estos pacientes es de carácter psicofisiológico, seguida de la sintomatología relacionada con la ansiedad y la tensión. A más distancia (casi la mitad) se encuentra la sintomatología depresiva y por último la relacionada con la merma en la capacidad funcional del enfermo. En la Tabla 21 se agrupan las frecuencias de síntomas asociados al estrés organizados en categorías y según los distintos sistemas afectados.

Del conjunto de estos resultados cabe destacar que casi la mitad de los pacientes presentan bastante o mucha sintomatología psicofisiológica y síntomas típicos de ansiedad, a pesar de que como se vio anteriormente, tan sólo el 16,8% del total de los pacientes presentaba niveles de ansiedad clínica (estado) por encima del centil 50. Esto vendría a poner

de manifiesto el hecho de las diferencias entre la presencia de síntomas de ansiedad y la ansiedad en sí, a veces confundida en otros estudios.

Tabla 21

Frecuencia y porcentaje de la sintomatología relacionada con el estrés

	Sintomatología psicofisiológica		Sintomatología funcional		Sintomatología ansiosa		Sintomatología depresiva	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Poca	18	20,9	50	58,1	26	30,2	48	55,8
Algo	28	32,6	22	25,6	19	22,2	23	26,7
Bastante	19	22,1	11	12,8	18	20,9	4	4,7
Mucha	21	24,4	3	3,5	23	26,7	11	12,8

4.5.5. EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LA IRC Y LA HD

La última medida tomada para establecer el perfil psicosocial de los enfermos con IRC en HD fue el estilo de afrontamiento a través del cuestionario COPE. Es interesante destacar que es conveniente distinguir entre estilos y estrategias de afrontamiento (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2000). Mientras que los primeros se refieren a las predisposiciones individuales para hacer frente a las situaciones, las segundas son los procesos concretos adecuados a cada contexto. A pesar que esta tesis tenía en cuenta ambos (modos y estrategias) sólo se ofrecen los datos de los estilos medidos con el COPE ya que el número de casos no válidos por ausencia de respuestas para las estrategias invalida su análisis. La Tabla 22 recoge las medias y otros estadísticos de cada estilo, pudiéndose comprobar cuáles son los más habituales en la muestra. Llama la atención el hecho que los dos estilos más mayoritarios sean tan contrapuestos entre sí: el estilo activo y dirigido al problema de la aceptación y el pasivo y dirigido al escape de la religión, bastante diferenciados respecto a los demás.

Tabla 22

Estadísticos descriptivos de los estilos de afrontamiento

	N	Media	Desv.	Asime.	Curto.
Aceptación	82	12,32	2,90	-,57	-,61
Religión	82	11,37	3,83	-,63	-,66
Búsqueda apoyo emocional	82	9,78	3,25	,03	-,69
Reinterpretación positiva	82	9,76	3,05	-,07	-,72
Afrontamiento activo	82	8,24	2,73	,49	-,29
Búsqueda apoyo instrumental	82	8,10	3,18	,42	-,55
Refrenar el afrontamiento	82	7,37	2,72	,94	,87
Centrarse en emociones y desahogarse	82	7,34	2,97	,77	-,39
Desconexión mental	82	7,15	2,31	,86	,59
Planificación	82	7,02	2,84	,99	,70
Desconexión conductual	82	6,72	2,75	,93	,16
Supresión actividades distractoras	82	6,72	2,72	,94	,14
Negación	81	6,37	2,59	1,29	1,17
Humor	82	5,57	2,91	2,11	3,64
Consumo de alcohol y drogas	82	4,15	,67	5,15	27,03

Al igual que los resultados presentados por Lindqvist, Carlsson, y Sjoden (1998) entre los estilos más utilizados figuran elementos de afrontamiento activo y positivo como la aceptación, la reinterpretación positiva o la búsqueda de apoyo instrumental. Sin embargo, y a diferencia del citado estudio, el afrontamiento emocional tiene bastante importancia entre los enfermos de nuestra muestra. Hay que tener en cuenta este dato, ya que los enfermos que utilizan este estilo emocional correlacionan de manera significativamente negativa con la eficiencia en el manejo de la enfermedad (Lindqvist, Carlsson, y Sjoden).

Existen varias formas posibles de agrupación de los diferentes modos de afrontamiento. Desde la poca conveniente clasificación en modos útiles y no útiles hasta la distinción de los modos según el método utilizado (afrontamiento activo, pasivo y evitativo), la focalización (afrontamiento centrado en la respuesta, en el problema o en la emoción) o el tipo de actividad (afrontamiento cognitivo vs. afrontamiento conductual) o la que plantean los

autores de la adaptación española del COPE (Crespo y Cruzado, 1997) que distinguen entre seis grandes factores de segundo orden:

1. Afrontamiento conductual del problema: incluye los estilos de afrontamiento activo, planificación, refrenar el afrontamiento y búsqueda de apoyo instrumental [que si bien es cierto que Crespo y Cruzado unían al apoyo emocional aquí se ha decidido separarlo como lo han hecho otros autores (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 1997)].
2. Afrontamiento cognitivo del problema: reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor.
3. Afrontamiento de las emociones: centrarse en las emociones y desahogarse y búsqueda de apoyo emocional.
4. Escape conductual: actividades distractoras y desconexión conductual.
5. Escape cognitivo: negación, religión y desconexión mental.
6. Consumo de alcohol o drogas.

Ahora bien, tal y como indica el propio Carver (<http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sc1COPEf.html>) no hay una sola forma de clasificación que se muestre más adecuada que otra. De hecho, él mismo en sus estudios, no utiliza ninguna combinación de estilos salvo la que ofrecen los propios datos, recomendando la no generación de un modo particular dominante de afrontamiento para cada persona. Así pues siguiendo sus directrices, en esta tesis, se opta por mirar la relación de cada escala por separado con respecto a las demás variables sin ningún tipo de agrupamiento, cosa que se hará en el Capítulo 5.

4.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El primero de los objetivos generales de este estudio consistía en la definición del perfil psicosocial del paciente con insuficiencia renal crónica sometido a un tratamiento de hemodiálisis. A la vista de los resultados se puede decir que el paciente tipo de la muestra es un varón casado de 61 años de edad, sin estudios, jubilado, de nivel socioeconómico medio que convive con su cónyuge. Lleva un tiempo medio de padecimiento de la enfermedad de algo más de 11 años y más de tres años de media en tratamiento en hemodiálisis. Además presenta alguna otra enfermedad y consume fármacos regularmente tanto para el tratamiento de su IRC como de sus otras enfermedades.

A nivel psicológico presenta un nivel de ansiedad rasgo casi el doble superior a su ansiedad estado con una puntuación centílica situada por debajo del percentil 50. La probabilidad de tener un problema de ansiedad importante (más del centil 50) se sitúa en el 35,4%. Respecto a los datos referidos a la depresión este paciente tipo tiene más probabilidad de tener sintomatología relacionada con la depresión que de no tenerla (51% vs. 49%) y en caso que así fuera, más probabilidad de que esta sea moderada o severa (30%) que leve (20%). Además de la existencia de estos problemas el enfermo tipo de esta tesis contaría con un nivel de apoyo social intermedio según la escala del Mental Health de California.

Respecto al segundo objetivo (la situación del estrés en la HD) se ha encontrado que el paciente tipo de este estudio tiene menos probabilidad de tener estrés generado por acontecimientos vitales (34%) que por problemas relacionados con la IRC y la HD. Tiene más de un 50% de posibilidades de sufrir estrés provocado por el miedo al sufrimiento, los desplazamientos hasta el lugar de la hemodiálisis y el tener que pasar mucho tiempo enganchado a la máquina. A pesar de estar por debajo del 50% también hay una probabilidad significativa de que el miedo a las complicaciones, el dolor, las posturas molestas y el tener una enfermera nueva le influyan de manera manifiesta. De todos modos no todos los estresores, aún siendo los más frecuentes, tienen el mismo grado de significación para el enfermo. Lo que más le afecta son los estresores relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis en sí, seguido de los factores ambientales y de la dependencia que la enfermedad y el tratamiento suponen. En cambio los estresores relacionados con las interacciones (tanto internas en el hospital como externas a él) son los que menos le influyen. Lo más frecuente es

que este estrés tenga consecuencias negativas sobre la salud del paciente al tener más de un 50% de probabilidades de presentar sintomatología de carácter psicofisiológico y de ansiedad (79,1% y 69,8% respectivamente).

Como tercer objetivo general se buscaba el conocer cómo afrontan los enfermos la IRC y la HD. El enfermo tipo presenta una alta variabilidad de estilos de afrontamiento (no se centra en un solo estilo o grupos de estilo) teniendo como el más habitual la aceptación del problema acompañado de la búsqueda de refugio en la religión. El hecho de la alta edad muestral podría explicar esta situación. Por el contrario los pacientes no suelen usar el consumo de alcohol y drogas como forma de afrontamiento ni tampoco el humor, con las posibles ventajas e inconvenientes que ello conlleva.

La otra parte de la discusión de los resultados de este capítulo se centra en la corroboración (o no) de las hipótesis propuestas.

1. Los pacientes con IRC en HD presentan un perfil psicosocial bien definido: a la luz de los resultados aportados se puede decir que este supuesto sí se cumple. Tal y como se hipotetizaba el enfermo renal en hemodiálisis presenta puntuaciones de ansiedad elevadas (aunque sólo en rasgo, no tanto en estado), puntuaciones altas en depresión (aún mayores que las de la ansiedad), frecuente sintomatología psicofisiológica derivada del estrés, niveles de apoyo social variables y un conjunto de estresores altamente impactantes (en este caso los referidos al propio procedimiento de hemodiálisis en sí).
2. Los pacientes con IRC en HD presentan mayores índices de depresión que la población normal: es difícil establecer una tasa comparativa de la prevalencia de la depresión en nuestra muestra dado que la mayor parte de la epidemiología se centra en el trastorno depresivo mayor y, el instrumento aquí usado (el BDI), sólo establece niveles de existencia de sintomatología depresiva. Si bajo un criterio restrictivo (y con muchas reservas) se eligiera sólo la sintomatología severa en equiparación a la presencia de trastornos depresivos, podríamos decir que la tasa de prevalencia de depresión en nuestra muestra es del 15,12%, mientras que la encontrada en otros estudios en población española sin patología oscilan alrededor del 5% (SEMFYC, 2001; The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Las cifras aumentan si sólo se tiene en cuenta a la población con algún tipo de enfermedad general (más comparable a nuestra muestra) donde los índices

de prevalencia se sitúan entre el 10 y el 20% dependiendo del tipo de patología (SEMFYC). Sería más correcto centrarse en la epidemiología descriptiva de síntomas de depresión para poder compararlas de modo igualitario. Bajo esta consideración se han encontrado tasas muy variables que oscilan entre el 9 y el 20% (Álvarez y Gastó, 2003). En este caso se tendría que considerar no sólo la sintomatología severa sino también (y como mínimo) la moderada. Así la muestra de esta tesis presentaría una tasa del 29,07% que como se ve es superior incluso a la de estos últimos estudios. En conclusión, se puede confirmar la segunda de las hipótesis: los pacientes con IRC en HD tienen mayores índices de sintomatología depresiva que la población no enferma.

3. Los pacientes con IRC en HD presentan mayores índices de ansiedad (estado y rasgo) que la población normal: si consideramos las puntuaciones centílicas por encima del 50, los pacientes de esta tesis presentan una tasa de ansiedad estado del 16,67% y de ansiedad rasgo del 35,37%. En los estudios epidemiológicos en los que se han incluido datos sobre nuestro país las tasas varían del 5,9% del The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) al 13,8% del de Chocrón, Vilalta, Legazpi, Auquer y Franch (1995) pasando por el 10,5% que indica la OMS (Goldberg y Lecrubier, 1995). Al igual que pasaba con la depresión, la forma de obtención de los datos de todos los estudios citados no es la misma que la de este trabajo. De hecho en la tasa ofrecida por Chocrón y colaboradores se incluye no sólo la ansiedad generalizada (la que realmente mide el STAI) sino también la fóbica y otros tipos. De todos modos esto no invalida para nada las conclusiones de la hipótesis: si teniendo en cuenta la totalidad de los trastornos de ansiedad la tasa máxima citada es de 13,8%, nuestros pacientes alcanzan una prevalencia del 16,67%, evidentemente superior. Así pues podemos afirmar que los pacientes con IRC en HD de esta tesis presentan mayores índices de ansiedad (estado y rasgo) que la población normal.
4. Los pacientes que componen la muestra presentan niveles de ansiedad y depresión similares a los de otros estudios análogos: al igual que en nuestro caso, Maher y colaboradores (1983) encontraban una mayor presencia de ansiedad en los pacientes con IRC que en la población normal. En la muestra de Horn (1995) cerca de la mitad de los enfermos tenía algún signo o síntoma de ansiedad. En muestras españolas, en el estudio de Álvarez-Ude, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo (2001) también se usó el STAI como instrumento para medir la ansiedad. Sus resultados indican una presencia de ansiedad

patológica (por encima del decatipo 7) en el 24% del total de los pacientes, similar al 20,7% encontrado en esta tesis si se cuentan los enfermos por encima del centil 70. En estudios más recientes como el de Vázquez et al. (2003) se indica esta misma tendencia considerando a la ansiedad y a la depresión como dos de los predictores más importantes de la calidad de vida del paciente renal.

Respecto a la depresión, todos los estudios analizados (Aghanwa y Morakinyo, 1997; Burton et al., 1986; Hong et al., 1987; Israel, 1986; Kutner et al., 1985; Levy, 1984; Rodin y Voshart, 1987; Shulman et al., 1989; Welch y Austin, 2001) coinciden en señalar una mayor presencia de sintomatología y/o patología depresiva que la que tiene la población normal. El estudio de Al-Hihi, Awad y Hagedorn (2003) utiliza también el BDI como instrumento de medida y encuentra que el 58% de los pacientes con IRC estudiados puntuaron como depresivos, alcanzando el 38% de ellos el grado de depresión severa. Watnick, Kirwin, Mahnensmith y Concato (2003) también utilizan el BDI esta vez con pacientes que comienzan el proceso de hemodiálisis, demostrando que el 44% de ellos puntuaban positivo en depresión. Donde no hay un criterio unitario (variable según el tamaño muestral, la población de referencia, los instrumentos seleccionados...) es en la tasa de prevalencia de dicho trastorno. Las cifras oscilan entre el 25% de Rodin y Voshart (1987) y el 58% de Al-Hihi y colaboradores (2003). En el citado estudio de Álvarez-Ude y cols., usando también el BDI, el 43% de los enfermos obtuvieron puntuaciones que reflejan la existencia de sintomatología depresiva relevante (moderada/severa). En el caso de nuestro trabajo el porcentaje de pacientes en este rango de sintomatología se ha situado en el 30%. Una posible explicación a esta diferencia puede venir dada por el la distinta utilización del instrumento de evaluación dado que Álvarez-Ude y cols. no analizaron la totalidad de los ítems del BDI sino sólo los referidos a la parte cognitiva.

En cualquier caso y teniendo en cuenta la globalidad de los estudios analizados, los datos de esta tesis estarían dentro de los rangos ofrecidos por el resto de la literatura consultada, con lo que se podría ratificar esta cuarta hipótesis.

5. Los estresores relacionados con la hemodiálisis que afectan a los pacientes entrevistados son similares a los encontrados en otros estudios: a diferencia de las hipótesis anteriores, ésta no puede ser corroborada en su totalidad dado que los estudios de referencia (Baldree et al., 1982; Gurklis y Menke, 1998; Lindqvist et al., 1998; Lok, 1996; Mok y Tam, 2001)

manejan categorías de estresores diferentes a las que aquí se usan. Así, por poner un ejemplo, no se puede saber si uno de los estresores más referenciados (la limitación de fluidos) se da o no en nuestra muestra porque no se preguntaba directamente por él y los enfermos no lo han referenciado por su cuenta. No obstante cuando se encuentra algún estudio en el que los estresores no están categorizados sino enumerados (p.ej. Cormier-Daigle y Stewart, 1999), sí se producen coincidencias con lo hallado en esta tesis: dificultades relacionadas con los viajes y traslados o miedo (a la cirugía y al cuidado inadecuado de la fistula)...

6. Los estresores que afectan a los enfermos de la muestra se agrupan en conjuntos bien definidos: tal y como ha quedado demostrado se puede establecer una agrupación de estresores bien definida capaz de distinguir y reunir los diferentes aspectos estresantes que afectan a los pacientes. En este sentido se puede hablar de estresores relacionados con el proceso de diálisis, estresores relacionados con la falta de independencia del paciente, estresores ambientales y estresores relacionados con la interacción del paciente con otras personas (tanto profesionales sanitarios como no). Así pues se confirma esta sexta hipótesis.

Capítulo 5
Estudio Analítico

Una vez descritas las principales características de la muestra, tanto a nivel sociodemográfico como médico y psicosocial, se procede a analizar las relaciones más significativas entre las distintas variables. Se busca, además, conocer cuáles pueden ser capaces de discriminar entre los diferentes grupos de pacientes, para comprender mejor el afrontamiento de los mismos a la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias.

5.1. OBJETIVOS

Como objetivos generales de este capítulo se marcan los siguientes:

1. Analizar las relaciones entre las diferentes variables recogidas en la muestra.
2. Establecer las diferencias entre los pacientes según las distintas variables y sus combinaciones.
3. Determinar las variables que discriminan los diferentes grupos de pacientes tanto a nivel sociodemográfico como psicosocial.

Estos objetivos generales pueden especificarse en los siguientes:

1. Analizar el perfil psicosocial de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en función del lugar de procedencia de los enfermos y de otras variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, características sociolaborales, personas de convivencia.
2. Analizar el perfil psicosocial de los pacientes con IRC en hemodiálisis en función de las variables médicas relacionadas con la enfermedad y el tratamiento: tiempo con la insuficiencia renal, estadio de la enfermedad, tiempo en hemodiálisis, otras enfermedades, psicofármacos, turno, y tiempo con el mismo personal sanitario.

3. Analizar el perfil psicosocial de los pacientes con IRC en hemodiálisis en función del estrés presentado por los mismos: acontecimientos vitales estresantes, estresores y consecuencias psicofisiológicas del estrés.
4. Analizar el perfil psicosocial de los pacientes con IRC en hemodiálisis en función del estilo de afrontamiento utilizado por cada sujeto.
5. Averiguar si hay diferencias significativas en las variables relacionadas con el estrés de los pacientes en función de sus características sociodemográficas.
6. Averiguar si hay diferencias significativas en las variables relacionadas con el estrés de los pacientes en función de las características particulares de la enfermedad y su tratamiento.
7. Averiguar si hay diferencias significativas entre los pacientes con IRC en hemodiálisis respecto a su perfil psicosocial y de estrés en función del grado de apoyo social que reciben.
8. Averiguar si hay diferencias significativas entre los pacientes con IRC en hemodiálisis respecto a su perfil psicosocial y de estrés en función del estilo de afrontamiento utilizado por cada enfermo.
9. Conocer si los estresores son distintos según el momento de la enfermedad en que se encuentre el paciente.
10. Determinar las variables que discriminen los diferentes grupos de pacientes.

5.2. HIPÓTESIS

5.2.1. RELACIONADAS CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. La existencia de distintos entrevistadores no genera diferencias significativas en las variables psicosociales (perfil y elementos asociados al estrés).
2. En función de la edad y del sex, no se producen diferencias significativas en el tiempo que los pacientes llevan con la IRC y la HD ni en el estadio de la enfermedad.
3. Existen diferencias significativas en el perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social) de los enfermos que componen la muestra en función de:
 - El lugar de procedencia.
 - La edad.
 - El sexo.
 - El estado civil.
 - El nivel de estudios.
 - La situación laboral.
 - El nivel socioeconómico percibido.
 - El número de personas de convivencia.
4. Existen diferencias significativas en las variables relacionadas con el estrés (estresores, consecuencias psicofisiológicas derivadas del estrés y acontecimientos vitales estresantes) de los enfermos que componen la muestra en función de las variables sociodemográficas expuestas en la hipótesis anterior.
5. Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento de los enfermos que componen la muestra en función de las variables sociodemográficas expuestas en la hipótesis número 3.

5.2.2. RELACIONADAS CON LAS VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

1. El perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social) de los enfermos de la muestra es distinto según el estadio en que se encuentre la enfermedad, los años que lleve el paciente con la IRC y el tiempo en hemodiálisis.
2. El perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social) de los enfermos de la muestra no es distinto en función de la presencia de otras enfermedades y del consumo de psicofármacos.
3. El perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social) de los enfermos de la muestra no es distinto según el turno de hemodiálisis y el tiempo que los pacientes lleven con el mismo personal sanitario.
4. El perfil de estrés de los pacientes con IRC en hemodiálisis es diferente según el tiempo que lleva el paciente con su enfermedad, el estadio en que se encuentre y el tiempo en hemodiálisis.
5. La presencia de otras enfermedades y el consumo de psicofármacos no modifica el perfil de estrés que presentan los pacientes de la muestra.
6. No existen diferencias significativas en los estresores que presentan los enfermos en función del turno de hemodiálisis al que acuden y del tiempo que llevan con el mismo personal sanitario.
7. Las variables relacionadas con la enfermedad generan diferencias significativas entre los modos de afrontamiento al estrés que desarrollan los pacientes.

5.2.3. RELACIONADAS CON LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

1. Existe una relación significativa entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.
2. Los niveles de depresión de la muestra se relacionan significativamente con los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo.
3. El perfil psicosocial de los enfermos (ansiedad estado y rasgo y depresión) influye sobre las consecuencias derivadas del estrés.
4. El nivel de apoyo social que tiene un enfermo genera diferencias significativas en sus niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión.
5. El nivel de apoyo social que tiene un enfermo genera diferencias significativas en la sintomatología asociada al estrés.
6. A mayor existencia de acontecimientos vitales estresantes mayor probabilidad de problemas de ansiedad y depresión.
7. A mayor cantidad de acontecimientos vitales estresantes mayor presencia de sintomatología asociada al estrés.
8. Los distintos grupos de estresores provocan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad estado y rasgo y de depresión.
9. Los distintos estilos de afrontamiento que presentan los enfermos provocan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión.
10. Los distintos estilos de afrontamiento que presentan los enfermos provocan diferencias significativas en la importancia y frecuencia de los estresores.

5.3. DISEÑO

Se llevó a cabo un análisis comparativo de las variables medidas y un diseño correlacional para comprobar la significación de las asociaciones entre las mismas. La clasificación como variable independiente o dependiente varió en función de la hipótesis establecida. Así en ocasiones una misma variable actuó como independiente y en otras como dependiente según la suposición planteada.¹⁰

Se separaron las variables en cinco bloques conceptuales para facilitar su análisis:

- Variables sociodemográficas: lugar de procedencia, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel socioeconómico percibido, número de personas con las que se convive.
- Variables relacionadas con la enfermedad: a su vez subdivididas en tres grupos: a) tiempo que lleva el paciente con la enfermedad, tiempo que lleva en hemodiálisis y estadio de la enfermedad; b) presencia de otras enfermedades y consumo de psicofármacos; c) turno en hemodiálisis y tiempo que lleva el enfermo con el mismo personal sanitario.
- Variables relacionadas con el perfil psicosocial del enfermo: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social.
- Variables relacionadas con el estrés: acontecimientos vitales estresantes, importancia y frecuencia de estresores y sintomatología asociada al estrés.
- Estilo de afrontamiento de acuerdo al cuestionario COPE.

Siempre se siguió el mismo procedimiento para establecer las diferencias y correspondencias entre las variables: primero se analizaron las relaciones dentro del mismo grupo para posteriormente comparar los grupos entre sí, siempre y cuando que desde el punto de vista teórico el planteamiento fuese lógico y coherente.

¹⁰ Para no hacer demasiado tediosa y redundante esta parte, consultar el análisis de las hipótesis que se acaba de exponer en los epígrafes anteriores.

5.4. ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS 20 en su versión para Windows. Para buscar las relaciones entre las variables se utilizó el comando CORRELATIONS. Para establecer las diferencias entre ellas, se usaron pruebas no paramétricas (en el caso de las variables categóricas), ANOVA de un factor (ONEWAY) y los comandos MLG (uni y multivariante). Previo a la realización de los análisis de varianza se contrastó el supuesto de homocedasticidad a través de las pruebas pertinentes (Levene y *M* de Box). Además en el caso del MANOVA se comprobó también la existencia de relación entre las variables dependientes a través de la prueba de esfericidad de Barlett. Dado el importante número de variables contrastadas y para evitar hacer muy densa la lectura sólo se indican estos resultados en el caso de la violación de alguno de los supuestos.

5.5. RESULTADOS

La búsqueda de relaciones se ha realizado de manera sistemática entre los diferentes grupos de variables, según el siguiente esquema:

1. Relación de las variables sociodemográficas con:

- Las variables relativas a la enfermedad.
- El perfil psicosocial de los enfermos.
- El estrés y el estilo de afrontamiento.

2. Relación de las variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento con:

- El perfil psicosocial de los enfermos.
- El estrés y estilos de afrontamiento.

3. Relación de las variables incluidas en el perfil psicosocial:

- Entre sí.
- En relación con el estrés y los estilos de afrontamiento.

A continuación se exponen los diferentes análisis de manera detallada.

5.5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tal y como se ha visto en la descripción de las hipótesis un primer grupo de análisis es el correspondiente a la influencia de las variables sociodemográficas. En este caso no se analizan las relaciones de estos elementos entre si dado que ya se hizo en el capítulo anterior. Así pues se realiza la comparación con el resto de las variables.

5.5.1.1. RELACIÓN CON VARIABLES RELATIVAS A LA ENFERMEDAD Y AL TRATAMIENTO

Las relaciones que se analizan en este punto son las influencias de la edad y del sexo respecto al tiempo que llevan los enfermos con la IRC con el tratamiento de hemodiálisis, el estadio de la enfermedad y la presencia de otras enfermedades. Las variables independientes se consideran de modo conjunto para observar las posibles interacciones entre ellas.

En el análisis del tiempo que lleva el paciente con la IRC se puede observar que ningún efecto intersujeto es significativo (Tabla 23), lo cual indica que ni la edad ni el sexo ni la interacción entre ambos provocan diferencias en el tiempo que un enfermo lleva con la IRC.

Tabla 23

Tabla de ANOVA. Relación edad y sexo con el tiempo con la IRC

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Significación
Sexo	1	147,20	,01	,923
Edad	6	13082,36	,84	,540
Sexo * Edad	6	15168,28	,98	,446

En el caso de la relación sexo y edad con el tiempo que lleva el paciente en hemodiálisis la prueba de Levene resulta significativa ($F(13,71) = 4,13, p=,000$) con lo cual no hay homocedasticidad en las varianzas. Para evitar el efecto negativo de la violación de este supuesto y de acuerdo a Cea (2002) se transforma logarítmicamente la variable dependiente. A pesar de la transformación tampoco se encuentran diferencias significativas (véase Tabla 24).

Tabla 24

Tabla de ANOVA. Relación edad y sexo con el tiempo en HD

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Significación
Grupos de edad	6	,26	1,14	,350
Sexo	1	,02	,08	,774
Grupedad * Sexo	6	,32	1,41	,223

Para comprobar si las variables edad y sexo influían sobre el estadio de la enfermedad en el que están los pacientes se realizaron dos pruebas no paramétricas para muestras independientes (al ser la variable dependiente categórica) que no ha resultado significativas. En el caso de la interacción edad-estadio en la prueba de Kruskal-Wallis se obtiene un chi-cuadrado de 6,65 ($p=,355$). Para la interacción sexo-estadio se obtiene un chi-cuadrado de 1,54 que tampoco resulta significativo ($p=,214$).

La última relación para analizar en este grupo es la que tienen el sexo y la edad respecto a la presencia de otras enfermedades (Tabla 25). Tampoco en este caso se puede hablar de diferencias significativas entre las variables ni en su interacción.

Tabla 25

Tabla de ANOVA. Relación edad y sexo en relación con la presencia de otras enfermedades

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Significación
Edad	32	2,07	,74	,748
Sexo	1	,12	,04	,840
Edad * Sexo	9	1,60	,56	,796

En resumen, no hay relaciones estadísticamente significativas entre los datos sociodemográficos y las variables referidas a la enfermedad, lo cual puede interpretarse como un dato positivo en el sentido de la no interacción entre esas variables.

5.5.1.2. RELACIÓN CON VARIABLES RELATIVAS AL PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS ENFERMOS

Se analizan las relaciones de las variables sociodemográficas que pueden resultar significativas en la modificación de las características psicosociales de los pacientes (ansiedad estado y rasgo, depresión y apoyo social). Se toma cada variable por separado, salvo en el caso de aquellas en las que en la parte descriptiva se encontró asociación entre ellas: sexo-estado civil, sexo-situación laboral y edad-nivel de estudios.

Respecto a la influencia del entrevistador sobre el perfil psicosocial en la prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas se encuentra que la depresión y la ansiedad estado no muestran varianzas homogéneas ($F(3,78) = 2,86, p = ,042$ y $F(3,80) = 8,43, p = ,000$). Una vez realizada la correspondiente transformación logarítmica se puede ver cómo existen diferencias significativas en la ansiedad estado (Tabla 26). Esta relación puede ser considerada como bastante lógica dado que una determinada actitud del entrevistador puede ser generadora de más o menos ansiedad durante la entrevista.

Tabla 26

Tabla de ANOVA. Relación entre el entrevistador y el perfil psicosocial

		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice depresión	Inter-grupos	3	,22	1,39	,251
	Intra-grupos	76	,16		
	Total	79			
Ansiedad Estado	Inter-grupos	3	,59	9,85	,000
	Intra-grupos	75	,06		
	Total	78			
Apoyo Social	Inter-grupos	3	88,73	1,33	,271
	Intra-grupos	78	66,69		
	Total	81			
Ansiedad rasgo	Inter-grupos	3	205,37	1,71	,171
	Intra-grupos	77	119,76		
	Total	80			

En los contrastes post-hoc se constata que el entrevistador número 3 es el que genera las diferencias en relación con el primero ($p=,000$), con el segundo ($p=,007$) y con el cuarto ($p=,003$). Además presenta una media más alta de ansiedad estado como puede observarse en la Figura 20.

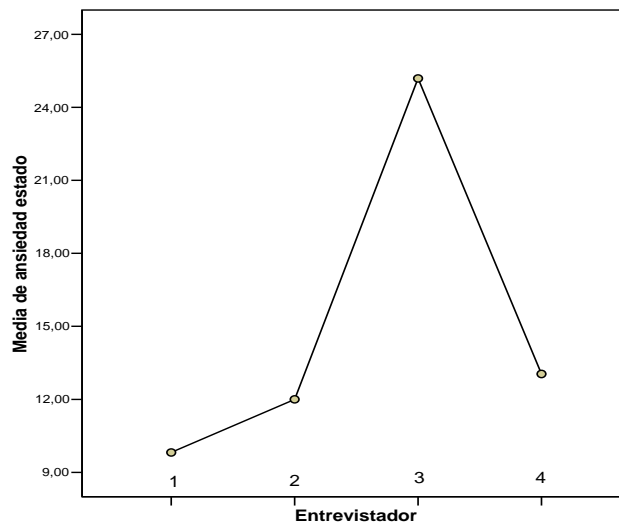


FIGURA 20. Diferencias de medias en Ansiedad Estado según el entrevistador.

En el análisis de varianza de la ciudad de procedencia, la prueba de Levene sobre homogeneidad de las varianzas indica que la depresión y la ansiedad estado no muestran varianzas homogéneas ($F(2,80) = 4,55, p=,013$ y $F(2,82) = 22,65, p=,000$ respectivamente). Tras la transformación logarítmica se encuentran diferencias significativas en la ansiedad, tanto en el estado como en el rasgo (Tabla 27).

En las pruebas post-hoc se constata que la muestra procedente de Valladolid presenta las medias de ansiedad más altas tanto en estado como en rasgo (Figura 21) siendo significativas las diferencias con Salamanca ($p=,002$) y con Barbastro ($p=,003$).

Tabla 27

Tabla de ANOVA. Relación entre la ciudad de procedencia y el perfil psicosocial

		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice depresión	Inter-grupos	2	,09		
	Intra-grupos	78	,16		
	Total	80		,55	,579
Ansiedad estado	Inter-grupos	2	,90		
	Intra-grupos	77	,07		
	Total	79		12,37	,000
Apoyo social	Inter-grupos	2	33,90		
	Intra-grupos	80	70,44		
	Total	82		,48	,620
Ansiedad rasgo	Inter-grupos	2	420,69		
	Intra-grupos	79	113,93		
	Total	81		3,69	,029

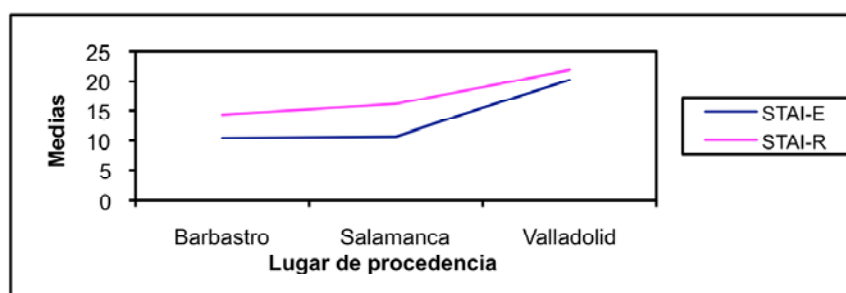


FIGURA 21. Diferencias de medias en Ansiedad Estado según el lugar de procedencia.

En los resultados para la influencia de la edad sobre el perfil psicosocial de los enfermos la prueba de Levene sobre homogeneidad de las varianzas indica que ni la depresión ni la ansiedad estado ni la ansiedad rasgo muestran varianzas homogéneas ($F(6,75) = 5,83, p = ,000$; $F(6,77) = 2,70, p = ,020$; $F(6,75) = 3,56, p = ,004$ respectivamente). Tras la correspondiente transformación logarítmica se encuentran diferencias significativas de la edad en relación con la ansiedad estado (Tabla 28).

Tabla 28

Tabla de ANOVA. Relación entre la edad y el perfil psicosocial

		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice depresión	Inter-grupos	6	,25		
	Intra-grupos	73	,16		
	Total	79		1,59	,161
Ansiedad estado	Inter-grupos	6	,26		
	Intra-grupos	72	,08		
	Total	78		3,27	,007
Apoyo social	Inter-grupos	6	29,58		
	Intra-grupos	75	73,30		
	Total	81		,40	,874
Ansiedad rasgo	Inter-grupos	6	,18		
	Intra-grupos	74	,11		
	Total	80		1,70	,134

Los contrastes post-hoc no mostraron diferencias significativas entre los grupos, con lo cual se puede interpretar este efecto de manera global incluso como derivado del azar. Los análisis posteriores a realizar con esta significación habrán de ser tomados con mucha cautela.

Como se indicó al comienzo de esta parte, las variables que guardan relación entre sí son analizadas conjuntamente para ver la posible influencia de la interacción entre ellas. Así se buscan las diferencias que puedan establecer el sexo y el estado civil en conjunto y el sexo y la situación laboral. Los resultados para el primer análisis (sexo y estado civil) se ofrecen en las Tablas 29 y 30. Las pruebas de significación multivariante (Tabla 29) no indican efecto de la interacción pero sí del estado civil por lo que se analiza dicha variable.

Tabla 29

Diferencias en el perfil psicosocial según el sexo y el estado civil

Efecto		Valor	F	gl	Significación
Sexo	Traza de Pillai	,03	,67	4,69	,613
	Lambda de Wilks	,96	,67	4,69	,613
	Traza de Hotelling	,03	,67	4,69	,613
Estado civil	Traza de Pillai	,48	2,47	16,28	,002
	Lambda de Wilks	,58	2,55	16,21	,001
	Traza de Hotelling	,60	2,54	16,27	,001
Sexo*Estado Civil	Traza de Pillai	,07	1,33	4,69	,268
	Lambda de Wilks	,92	1,33	4,69	,268
	Traza de Hotelling	,08	1,33	4,69	,268

En las pruebas de análisis de efectos principales hay una modificación significativa de los datos obtenidos en las pruebas multivariantes. Como se observa en la Tabla 30, se comprueba la relación entre el estado civil y el apoyo social y, por otro lado, el efecto de la interacción del estado civil con el sexo en relación con los índices de depresión.

Tabla 30

Análisis de efectos principales. Diferencias en el perfil psicosocial según el sexo y el estado civil.

	Variable dependiente	Media cuadrática	F	Sig.
Estado civil	Puntuación ansiedad estado	133,92	1,21	,315
	Puntuación ansiedad rasgo	78,66	,66	,619
	Puntuación apoyo social Mental Health	263,99	4,70	,002
	Indice depresión BDI	104,09	1,09	,369
Sexo * Estado Civil	Puntuación ansiedad estado	143,74	1,30	,259
	Puntuación ansiedad rasgo	98,77	,84	,364
	Puntuación apoyo social Mental Health	,86	,01	,902
	Indice depresión BDI	422,90	4,42	,039

En la Figura 22 se muestra como las personas casadas tienen más apoyo que el resto de los grupos.

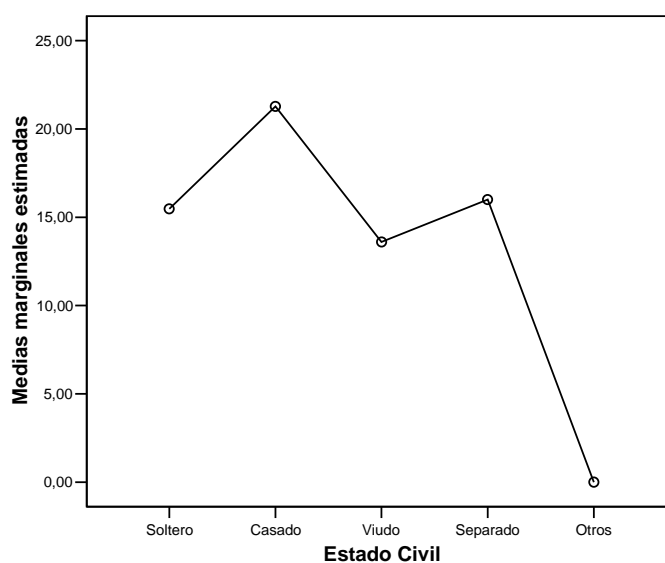
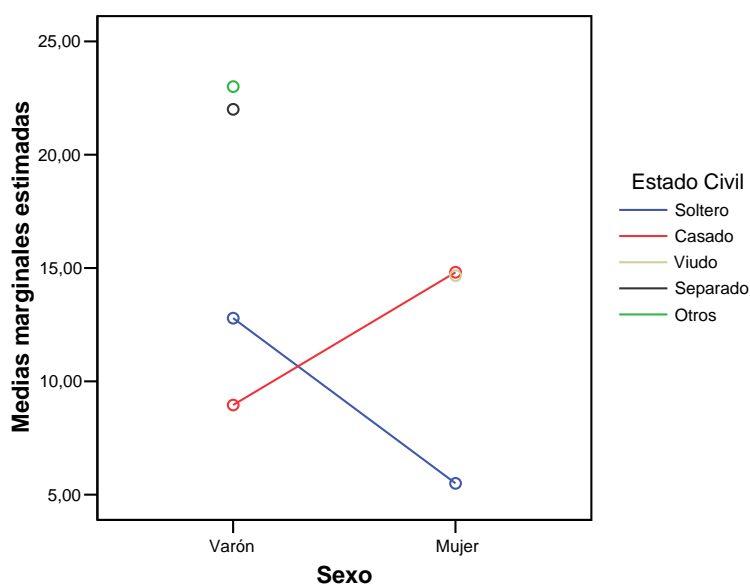


FIGURA 22. Diferencias de la puntuación de apoyo social en función del estado civil.

En la Figura 23 se puede apreciar la dirección de la interacción entre el sexo y el estado civil respecto a la depresión: los hombres separados son, con diferencia, los que más índices de depresión presentan, seguidos por las mujeres casadas y los hombres solteros, frente al menor índice de las mujeres solteras y los hombres casados.



Las medias no estimables no se representan

FIGURA 23. Diferencias de la puntuación de depresión en relación con el sexo y el estado civil.

La siguiente interacción se produce entre el sexo y la situación laboral. En la comprobación de los supuestos previos al análisis (M de box, prueba de Levene y test de esfericidad de Barlett) se encuentra que la variable ansiedad estado no presenta homocedasticidad (prueba de Levene: $F(7,71) = 2,70; p = ,000$) por lo que en los contrastes posteriores se determina usar su transformación logarítmica. En el análisis multivariado se ven diferencias significativas en la interacción sexo y trabajo aunque no en cada componente en individual (Tabla 31). Sin embargo en las pruebas de los efectos inter-sujetos no se aprecian diferencias significativas (Tabla 32). A pesar que se controlan como covariables el resto de las variables que afectan a la ansiedad estado tampoco se encuentran diferencias. La interpretación que se le puede dar a este hecho guarda relación con la potencia y robustez de la prueba utilizada. Al fijarse en la Tabla 31 se observa como son la Raíz Mayor de Roy y la Traza de Hotelling las únicas pruebas que ofrecen resultados significativos, siendo además el de última bastante ajustado.

Tabla 31

Contrastes multivariados sexo y situación laboral en relación con el perfil psicosocial

Contrastes multivariados						
Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación
Intersección	Traza de Pillai	,92	192,28	4,000	63,000	,00
	Lambda de Wilks	,07	192,28	4,000	63,000	,00
	Traza de Hotelling	12,21	192,28	4,000	63,000	,00
	Raíz mayor de Roy	12,21	192,28	4,000	63,000	,00
Sexo	Traza de Pillai	,04	,76	4,000	63,000	,55
	Lambda de Wilks	,95	,76	4,000	63,000	,55
	Traza de Hotelling	,04	,76	4,000	63,000	,55
	Raíz mayor de Roy	,04	,76	4,000	63,000	,55
Situación Laboral	Traza de Pillai	,26	1,18	16,000	264,000	,28
	Lambda de Wilks	,75	1,16	16,000	193,106	,30
	Traza de Hotelling	,29	1,14	16,000	246,000	,32
	Raíz mayor de Roy	,12	2,07	4,000	66,000	,09
Sexo * Situación Laboral	Traza de Pillai	,21	1,93	8,000	128,000	,06
	Lambda de Wilks	,78	1,98	8,000	126,000	,05
	Traza de Hotelling	,26	2,04	8,000	124,000	,04
	Raíz mayor de Roy	,24	3,87	4,000	64,000	,00

Sin embargo en la Lambda de Wilks, la prueba más robusta y potente (Bisquerra, 1989) no se dan diferencias significativas. Este hecho unido a la no significación univariante nos lleva a descartar que la interacción entre el sexo y la situación laboral produzca variaciones estadísticamente significativas del perfil psicosocial de los enfermos de la muestra.

Tabla 32

Análisis de efectos principales sexo y situación laboral – perfil psicosocial

Fuente	Variable dependiente	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Sexo * Sit. Laboral	Índice depresión	2	138,43	1,46	,238
	Apoyo social	2	26,97	,40	,674
	Ansiedad rasgo	2	15,88	,14	,871
	Ansiedad estado	2	,16	1,85	,166

El siguiente análisis se realizó para comprobar los efectos del nivel de estudios sobre el perfil psicosocial de los enfermos. Como ya se vio en la parte descriptiva esta variable interacciona con la edad por lo que aquí se considera a ambas en conjunto. Los resultados de la prueba de homogeneidad de varianzas indican la existencia de heterocedasticidad en el caso de la depresión, de la ansiedad estado y de la ansiedad rasgo. Al hacer la transformación logarítmica de las variables sólo se confirma el supuesto de homocedasticidad en el caso del apoyo social ($p=,000$) por lo que es la única variable dependiente que se toma para los análisis posteriores, dada la violación del supuesto de homocedasticidad del resto de las variables.

Además, puesto que el apoyo social está influenciado también por el estado civil se considera a éste último como covariable. En el análisis de varianzas realizado se encuentra una relación significativa entre la variable “nivel de estudios” y el nivel de apoyo social recibido (Tabla 33).

La comparación a posteriori de las medias de los diferentes grupos de estudios indica que son las personas con estudios superiores son los que menos apoyo social reciben (media de 13,49), frente a las personas con estudios medios ($\bar{x}=22$) y sin estudios ($\bar{x}=21,56$). Más que intentar buscar una explicación teórica a esta situación se ha de indicar que las diferencias parecen un artificio de medida dada la disparidad de frecuencias existentes entre los niveles de estudio, con lo que para análisis posteriores no se tendrán en cuenta.

Tabla 33

Tabla de ANOVA. Relación entre el nivel de estudios y la edad con el apoyo social

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Estado civil	1,71	15,58	,23	,634
Edad	6,71	30,56	,45	,842
Estudios	3,71	207,63	3,05	,035
Edad * estudios	12,72	88,71	1,30	,240

Respecto al NIVEL SOCIOECONÓMICO de los pacientes, la prueba de Levene indica la no existencia de homogeneidad en el caso de la ansiedad rasgo ($F(2,78) = 3,82$, $p=,026$) por lo que se transforma logarítmicamente. En la Tabla 34 se aprecia la existencia de diferencias significativas entre el nivel socioeconómico y el apoyo social. Teniendo en cuenta que el apoyo está también influenciado por el estado civil se controla como covariable. Aun así las diferencias siguen siendo significativas ($p=,015$).

Tabla 34

Tabla de ANOVA. Relación entre el nivel socioeconómico y el perfil psicosocial

		gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice depresión	Inter-grupos	2	169,96		
	Intra-grupos	79	95,13		
	Total	81		1,79	,174
Apoyo social	Inter-grupos	2	298,26		
	Intra-grupos	79	64,35		
	Total	81		4,63	,012
Ansiedad estado	Inter-grupos	2	114,22		
	Intra-grupos	81	120,39		
	Total	83		,95	,392
Ansiedad rasgo	Inter-grupos	2	,16		
	Intra-grupos	77	,11		
	Total	79		1,41	,250

De acuerdo a estas diferencias los pacientes con un nivel socioeconómico medio reciben más apoyo social ($\bar{x}=20,15$) que los pacientes con alto ($\bar{x}=15,28$) y bajo nivel socioeconómico ($\bar{x}=14,45$), consideración, por otro lado, bastante acorde con la realidad social (o al menos con la idea implícita subyacente).

La última variable sociodemográfica a analizar en relación con el perfil psicosocial de los pacientes es el número de personas con las que convive el enfermo. Se categoriza la variable independiente en seis grupos. En el caso de la ansiedad estado, la prueba previa de homogeneidad de varianzas, indica heterocedasticidad ($F(4,76) = 4,46$ $p=,003$) por lo que se procede a su transformación logarítmica. Los resultados del ANOVA se ofrecen en la Tabla 35.

Tabla 35

Tabla de ANOVA. Relación entre el nº de personas de convivencia y el perfil psicosocial

		gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Índice depresión	Inter-grupos	5	118,49	1,22	,308
	Intra-grupos	74	97,13		
	Total	79			
Apoyo social	Inter-grupos	5	269,49	4,86	,001
	Intra-grupos	74	55,40		
	Total	79			
Ansiedad rasgo	Inter-grupos	5	220,71	1,92	,101
	Intra-grupos	73	114,76		
	Total	78			
Ansiedad estado	Inter-grupos	5	,10	1,12	,356
	Intra-grupos	72	,09		
	Total	77			

Existe una relación significativa entre el número de personas con las que convive un enfermo y el apoyo social que recibe. Esta dirección es progresiva, teniendo más apoyo los pacientes que conviven con más número de personas, salvo aquellos que conviven con otras dos personas (Figura 24).

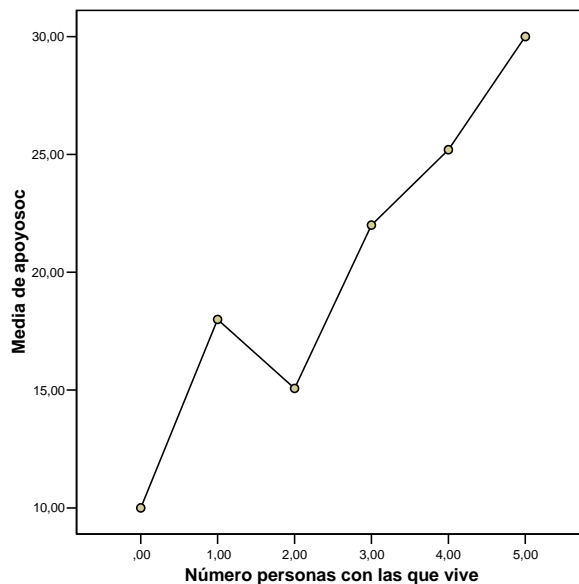


FIGURA 24. Diferencias de la puntuación de apoyo social en relación con las personas de convivencia.

5.5.1.3. RELACIÓN CON VARIABLES RELATIVAS AL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO.

Se analizan las relaciones entre todas las variables sociodemográficas que pueden resultar significativas en la modificación del perfil de estrés de los pacientes (acontecimientos vitales estresantes, estresores relacionados con la IRC y la HD y consecuencias del estrés) y de su estilo de afrontamiento. Al igual que en el punto anterior se toma cada variable por separado salvo en el caso de aquellas en las que se encontraron asociaciones: sexo-estado civil, sexo-situación laboral y edad-nivel de estudios.

En el análisis del lugar de procedencia se encuentra que no hay homogeneidad de la varianza en diversas variables (Tabla 36). Se transforman logarítmicamente las variables dependientes afectadas, teniendo que descartar del análisis el Índice General del Cuestionario GHQ dado que se sigue presentando heterocedasticidad tras la transformación ($F(2,83) = 4,01, p=,022$).

Tabla 36

Pruebas de homogeneidad de la varianza lugar de procedencia – estrés

	Estadístico de Levene	gl	Sig.
Life events	6,29	2,80	,003
Sintomatología psicofisiológica	1,04	2,83	,356
Sintomatología ansiosa/tensión	2,68	2,83	,075
Capacidad funcional	3,28	2,83	,042
Sintomatología depresiva	2,86	2,83	,063
Estresores procedimiento hemodiálisis	6,52	2,83	,002
Estresores dependencia	,94	2,83	,394
Estresores ambientales	9,27	2,83	,000
Estresores interacción	,39	2,83	,676
Índice general Cuestionario Salud General (GHQ)	4.38	2,83	,016

Con el resto de las variables se realiza un ANOVA de una vía. De acuerdo a los resultados, se puede decir que la ciudad de procedencia establece diferencias en el nivel de

acontecimientos vitales estresantes que sufren los pacientes ($F(2,61) = 5,34, p=,007$) y en los estresores relacionados con el procedimiento de HD ($F(2,77) = 6,10, p=,003$)

En las pruebas post-hoc realizadas (contraste de Scheffé) las diferencias significativas en los life events se encontraron entre las ciudades de Valladolid y Barbastro ($p=,007$) y en el caso de los estresores de procedimiento entre Valladolid y Salamanca ($p=,020$) y Valladolid y Barbastro ($p=,008$). La dirección de las diferencias se aprecia en la Figura 25. En estos resultados se puede ver que los enfermos procedentes de Valladolid presentan mayor nivel de estrés derivado de acontecimientos vitales estresantes que los de Salamanca y Barbastro aunque las diferencias sólo son estadísticamente significativas en el par Valladolid-Barbastro. En cambio, en el caso de los estresores derivados de procedimiento de hemodiálisis, Valladolid se diferencia significativamente de las otras dos ciudades presentando una media superior.

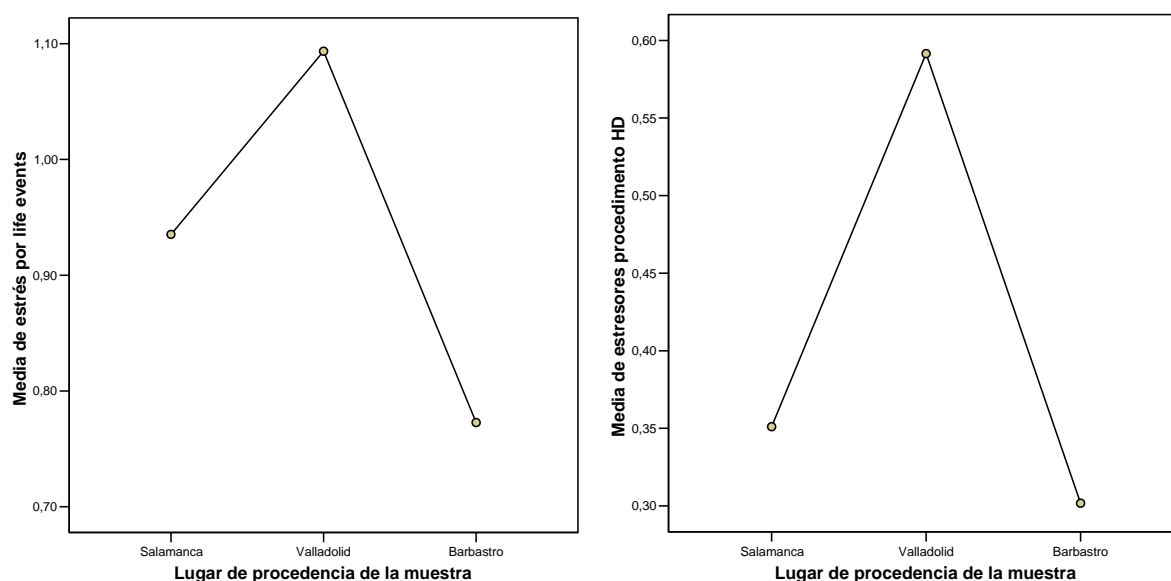


FIGURA 25. Diferencias en las puntuaciones de estrés según la ciudad de procedencia.

La siguiente relación analizada es la interacción entre la edad y el nivel de estudios y las variables relacionadas con el estrés. En el MANOVA realizado no se han encontrado diferencias significativas ni a nivel multivariante ni univariante.¹¹ En el caso de la relación

¹¹ Dado que las diferencias no son significativas se omiten las tablas respectivas para evitar una extensión excesiva del trabajo.

sexo y estado civil con las variables del estrés tampoco se hallaron diferencias significativas a ninguno de los dos niveles. Igual ocurre con la interacción sexo y situación laboral con las variables relacionadas con el estrés: no hay diferencias ni multi ni univariantes. Por último el número de personas con las que convive el paciente tampoco produjo diferencias significativas.

A continuación se estudiaron las relaciones de las variables sociodemográficas con el estilo de afrontamiento de los pacientes. En la primera de ellas, el lugar de procedencia de la muestra, se observaron varias variables dependientes que no cumplían el requisito de homocedasticidad (Tabla 37), por lo que se procedió a su transformación logarítmica. A pesar de ello los estilos “aceptación”, “consumo de alcohol y drogas” y “humor” no mostraron varianzas homogéneas por lo que se decidió eliminarlos del análisis.

Tabla 37

Prueba de Levene: ciudad de procedencia

	Estadístico de Levene	gl	Sig.
Afrontamiento activo	2,96	2,79	,058
Planificación	2,23	2,79	,114
Búsqueda apoyo instrumental	,13	2,79	,878
Búsqueda apoyo emocional	1,25	2,79	,291
Supresión actividades	3,78	2,79	,027
Religión	,58	2,79	,561
Reinterpretación positiva	2,04	2,79	,137
Refrenar el afrontamiento	,91	2,79	,405
Aceptación	5,42	2,79	,006
Centrarse en emociones y	1,79	2,79	,174
Negación	,62	2,78	,539
Desconexión mental	1,53	2,79	,222
Desconexión conductual	3,97	2,79	,023
Consumo de alcohol y drogas	5,54	2,79	,006
Humor	4,51	2,79	,014

Teniendo en cuenta estas premisas se apreció que el lugar de procedencia de los pacientes establecía diferencias significativas respecto al estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” ($F(2,79) = 5,63, p = ,005$), siendo más utilizado este estilo por los

enfermos de Valladolid que por los de las otras dos ciudades ($p=,009$ para Barbastro y $p=,037$ para Salamanca). La dirección de las diferencias de puede ver en la Figura 26.

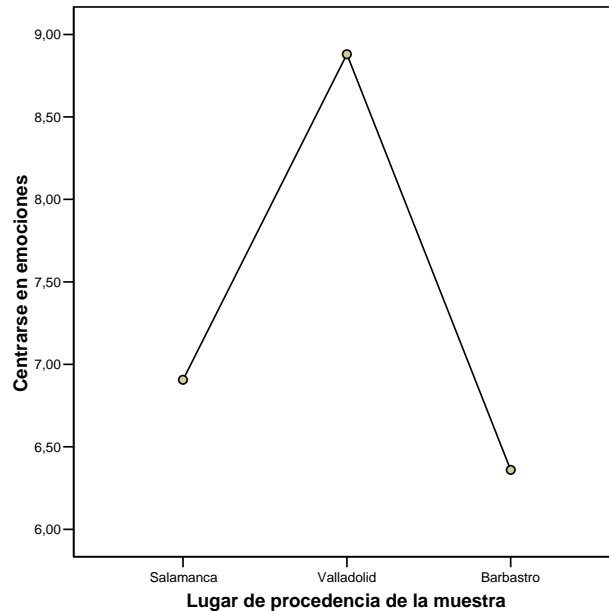


FIGURA 26. Medias marginales estimadas para el afrontamiento según la ciudad de procedencia.

En el caso de la interacción edad y nivel de estudios con el afrontamiento se transformaron logarítmicamente las variables que no mostraron homocedasticidad en la prueba de Levene (Tabla 38). Sin embargo se eliminaron del análisis los estilos: aceptación ($F = 349, p=,000$), centrarse en emociones y desahogarse ($F = 1,88, p=,031$), desconexión conductual ($F = 2,68, p=,002$), consumo de alcohol y drogas ($F = 3,86, p=,000$) y humor ($F = 2,76, p=,001$) porque, a pesar de su transformación, seguían mostrando heterocedasticidad.

Tabla 38

Prueba de Levene: edad y nivel de estudios

	F	gl1	gl2	Sig.
Afrontamiento activo	1,46	21	58	,129
Planificación	1,99	21	58	,021
Búsqueda apoyo instrumental	1,67	21	58	,065
Búsqueda apoyo emocional	1,67	21	58	,065
Supresión actividades distractoras	1,59	21	58	,084
Religión	1,64	21	58	,070
Reinterpretación positiva	1,86	21	58	,033
Refrenar el afrontamiento	1,64	21	58	,071
Aceptación	2,83	21	58	,001
Centrarse en emociones	2,69	21	58	,002
Negación	1,47	21	58	,126
Desconexión mental	2,21	21	58	,009
Desconexión conductual	2,66	21	58	,002
Consumo de alcohol y drogas	4,04	21	58	,000
Humor	2,56	21	58	,003

El MANOVA con las variables restantes ofrece resultados significativos a nivel univariante en el caso de la edad y el estilo de afrontamiento basado en la religión ($F(6,72) = 3,09$, $p = ,011$). Estas diferencias en el uso de la religión como forma de afrontamiento de la enfermedad se dan entre los enfermos del grupo entre 31 y 40 años y los de entre 51 y 60 ($p = ,015$) y con los de 61 a 70 años ($p = ,034$). Como se aprecia en la Figura 27 los adultos en edad intermedia utilizan mucho menos la religión que los sujetos de más edad.

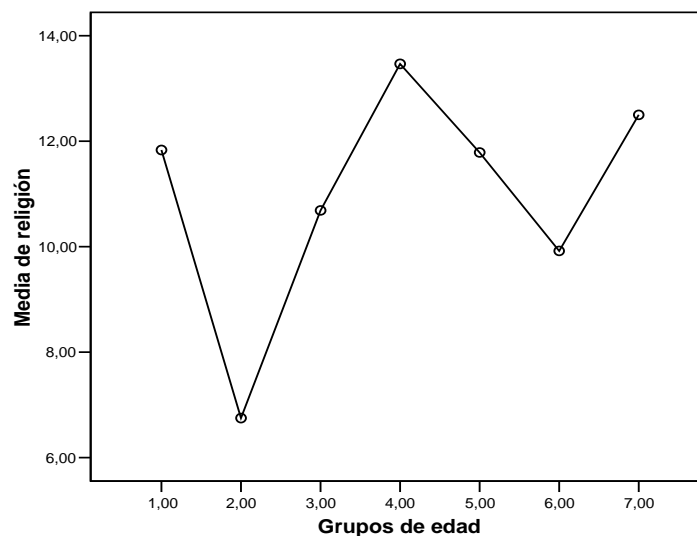


FIGURA 27. Medias marginales para el estilo de afrontamiento "religión" según la edad.

Para la interacción sexo y estado civil con los estilos de afrontamiento no se pudo realizar un análisis de varianza multivariante dado que en la prueba de Box se rechazó la hipótesis nula de igualdad de matriz de covarianzas en las variables dependientes (no se dió una distribución normal multivariada; M de Box (234,8430) = 419,74, $p=, 017$) por lo que se procedió a uno univariante con cada variable independiente (sexo y estado civil) por separado. En el caso del sexo no hubo diferencias estadísticamente significativas en los estilos usados. En el caso del estado civil tampoco.

La variable sexo también presentaba una interacción con la situación laboral. Al igual que en las situaciones anteriores tampoco esta relación produjo diferencias significativas en los estilos de afrontamiento de los enfermos.

Respecto al nivel socioeconómico tampoco se encontraron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento. En la última variable sociodemográfica, número de personas de convivencia, tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas.

En resumen. Las variables sociodemográficas que han marcado diferencias significativas entre los grupos de las demás han sido:

- El entrevistador con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.
- La ciudad de procedencia de los enfermos con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.
- La ciudad de procedencia con los acontecimientos vitales estresantes y los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis.
- La ciudad de procedencia con los estilos de afrontamiento “centrarse en las emociones y desahogarse”
- La edad con el estilo de afrontamiento “religión”.
- El estado civil con el apoyo social.

- La interacción entre el sexo y el estado civil con la depresión.
- El nivel socioeconómico con el apoyo social.
- El número de personas de convivencia con el apoyo social.

Todas estas relaciones serán explicadas en el apartado de discusión de resultados de este mismo capítulo.

5.5.2.DATOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

El segundo gran grupo de variables a analizar guarda relación con las características de la enfermedad y el tratamiento en HD. Hay que preguntarse si alguna de esas variables es capaz de producir diferencias en el perfil psicosocial de los enfermos o en sus procesos de estrés. Para realizar los análisis correspondientes se agruparon las variables: por un lado lo referido a la IRC (tiempo que lleva el enfermo con la IRC y estadio de la enfermedad), por otro lado lo referido al tratamiento de HD (tiempo en diálisis, turno y personal que lo atiende) y por último los elementos que pueden alterar la relación (presencia de otras enfermedades y consumo de psicofármacos).

5.5.2.1. RELACIÓN CON VARIABLES RELATIVAS AL PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS ENFERMOS

En el caso de las variables relacionadas con la insuficiencia renal crónica no se encontraron diferencias significativas ni a nivel multivariante ni univariante. Para las variables del tratamiento de hemodiálisis tampoco se hallaron diferencias significativas. Por último la presencia de otras enfermedades y el consumo de psicofármacos tampoco establecían diferencias significativas en el perfil psicosocial de los enfermos.

5.5.2.2. RELACIÓN CON VARIABLES RELATIVAS AL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO

Al establecer el análisis multivariante entre las variables relacionadas con la IRC y el estrés no se pudo comprobar la distribución multivariante de las mismas. En la prueba de Box sobre la igualdad de matrices de la covarianza se obtiene una $F(2,54) = 1,28$ con una significación de $p = 0,039$ lo cual indica el rechazo de la hipótesis nula de igualdad de matriz de covarianzas. Debido a ello se realizó un análisis univariante por cada una de las variables independientes por separado (tiempo que el paciente lleva con la IRC y estadio de la enfermedad). El tiempo de enfermedad no estableció diferencias significativas con ninguna de las variables dependientes pero sí lo hace el estadio de la enfermedad respecto a la sintomatología depresiva ($F(2,54) = 4,7$, $p = 0,013$). Las diferencias significativas se produjeron entre los enfermos en estadio inicial y los de estadio avanzado (prueba de Scheffé $p = 0,034$). A la vista de la Figura 28 se puede comprobar como los pacientes con una IRC avanzada presentan un mayor índice de sintomatología depresiva derivada del estrés que los pacientes en estadio inicial. Así pues podemos afirmar que a medida que la enfermedad va progresando, la aparición de sintomatología depresiva es mayor.

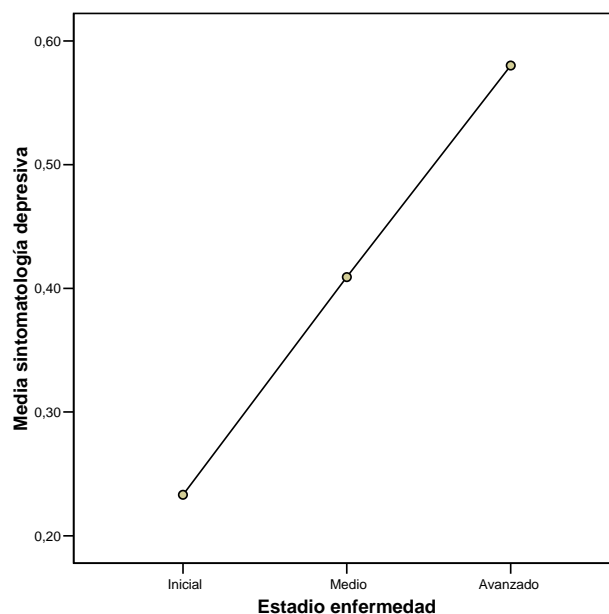


FIGURA 28. Medias marginales estimadas: relación entre el estadio de la IRC y la sintomatología depresiva.

Respecto a las variables relacionadas con la hd tampoco se pudo realizar un análisis multivariante ya que en la prueba de Box se rechazó la hipótesis nula de igualdad de covarianzas entre las variables dependientes (M de Box (45,15)=116,22, $p=,016$). En el análisis univariado no se encontraron diferencias significativas en las variables relacionadas con el estrés según el turno de diálisis y el tiempo que el paciente llevaba con el mismo personal sanitario. En cambio sí existieron variaciones en relación con el tiempo que el paciente llevaba en hemodiálisis. Éste pareció afectar tanto a la sintomatología psicofisiológica derivada del estrés ($F(3,82) = 4,26, p=,008$) como a la depresiva ($F(3,56) = 5,19, p=,003$).

Como se ha visto en el análisis anterior la sintomatología depresiva también estaba afectada por la influencia del tiempo que el paciente llevaba con la IRC. Por ello se decide controlar el efecto de esta variable a través de un análisis de covarianza. Dado que el efecto de la covariable no es significativo el hecho de su introducción no aporta nada nuevo respecto al ANOVA anteriormente realizado ($p=,794$ para el estadio y $p=,140$ para el tiempo en HD), por lo que se puede seguir manteniendo que el tiempo que un paciente lleva en HD influye sobre su sintomatología depresiva.

En la Tabla 39 se muestran las pruebas post-hoc para determinar entre qué grupos se dan las diferencias.

Tabla 39

Pruebas post-hoc (Scheffé) para el ANOVA tiempo HD – consecuencias del estrés

	Tiempo en diálisis	Tiempo en diálisis	Diferencia de medias	Sig.
Parte a GHQ. Sintomatología psicofisiológica	1	2	-,82	,625
		3	-1,87	,022
		4	-1,70	,052
	3	1	1,87	,022
		2	1,05	,413
		4	,17	,995
Parte d GHQ. Sintomatología depresiva	1	2	-,20	,344
		3	-,20	,197
		4	-,38	,003
	4	1	,38	,003
		2	,18	,480
		3	,18	,376

La Figura 29 muestra la dirección de estas variaciones, indicando que cuanto más tiempo se lleva en hemodiálisis mayor es el número de síntomas relacionados con la depresión. Tras un periodo inicial de aumento no significativo, se estabiliza en la fase intermedia para luego volver a aumentar en el último grupo (los que más tiempo llevan en HD). En el caso de la sintomatología psicofisiológica, esta va aumentando a medida que lo hace el tiempo en hemodiálisis, salvo en el caso de los enfermos que más años llevan en HD, en los que se observa un ligero retroceso de estos síntomas, aunque estadísticamente no sea significativo.

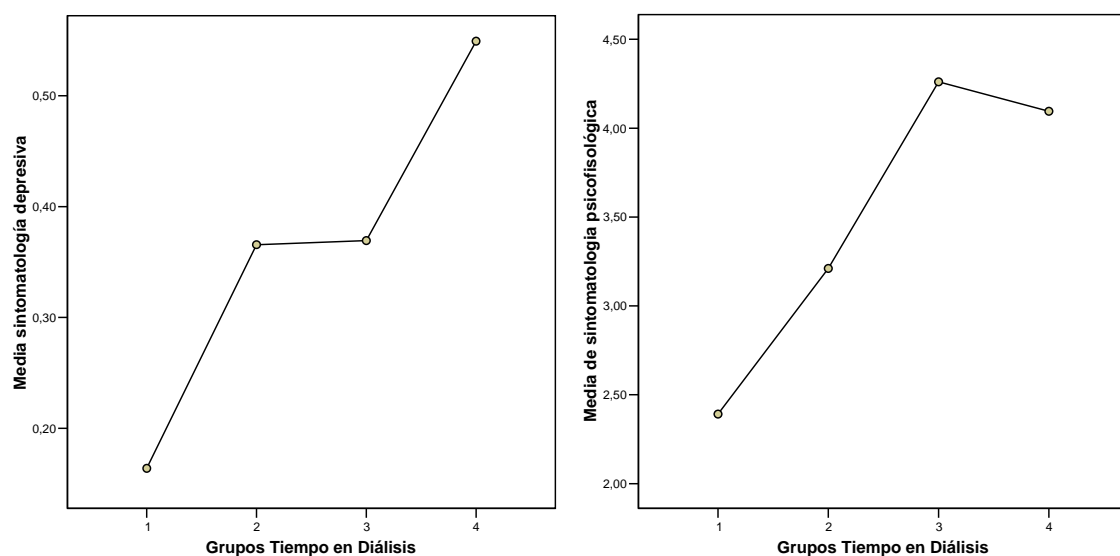


FIGURA 29. Medias marginales estimadas: relación entre el tiempo en diálisis y la sintomatología depresiva y psicofisiológica.

Por último se analizaron la presencia de otras enfermedades y el consumo de psicofármacos controlando las variables independientes que anteriormente resultaron significativas (tiempo que el paciente lleva en tratamiento en HD, estadio de la IRC y lugar de procedencia). No se pudo hacer de modo multivariante dado que la prueba de igualdad de las matrices de covarianza de Box fue inviable al haber menos de dos matrices de covarianza de casillas no singulares. Así pues se optó por un análisis univariante. En cualquiera de los casos no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables dependientes.

Además de estos análisis se consideraron las posibles influencias que el estadio de la enfermedad, el tiempo que el paciente lleva con la IRC y en HD y la presencia de otras enfermedades puedan tener sobre los estilos de afrontamiento. Respecto al estadio de la

enfermedad se halló una relación significativa con el estilo de afrontamiento basado en la aceptación ($F(2,74) = 4,58, p = ,013$). Las diferencias entre los grupos se produjeron entre el estadio avanzado y el inicial ($p = ,018$ en la prueba de Scheffé) y el estadio avanzado y el intermedio ($p = ,024$). Los sujetos en estadio terminal presentaron una utilización del estilo de aceptación mucho menor que los enfermos en fase inicial y/o intermedia (Figura 30).

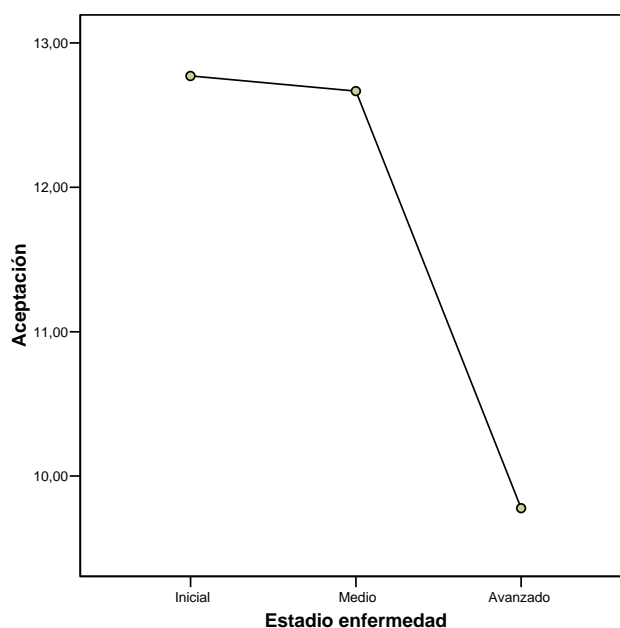


FIGURA 30. Medias marginales estimadas estadio IRC – estilo de afrontamiento aceptación.

Por su parte la presencia de otras enfermedades no conllevó cambios en los estilos de afrontamiento.

En cuanto a la influencia del tiempo que el enfermo lleva con la IRC se encontraron diferencias significativas en los estilos de reinterpretación positiva ($F(3,74) = 5,81, p = ,001$) y de negación ($F(3,73) = 3,68, p = ,016$). Estas diferencias se dieron entre los grupos de menor y mayor tiempo con la IRC ($p = ,027$) y en el grupo de estadio 3 en relación con el estadio 1 ($p = ,011$) y el estadio 2 ($p = ,036$). En ambos casos la media de estos estilos disminuyó a medida que se iba pasando más tiempo con la enfermedad a pesar del ligero aumento en el último grupo de la reinterpretación positiva que no resulta estadísticamente significativo (Figura 31).

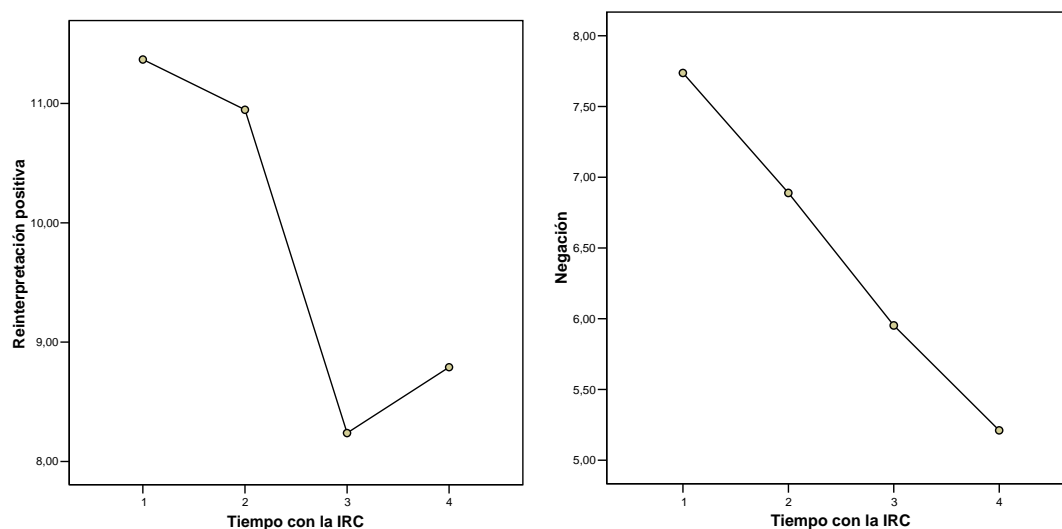


FIGURA 31. Medias marginales estimadas: relación entre el estadio de la IRC y los estilos de afrontamiento “reinterpretación positiva” y “negación”.

Por último el tiempo que los pacientes llevan en tratamiento con HD no resultó significativo en relación con los distintos estilos de afrontamiento que poseen.

En resumen, las variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento que han marcado diferencias significativas entre los grupos de las demás han sido:

- El estadio de la enfermedad en relación con la sintomatología depresiva derivada del estrés.
- El estadio de la enfermedad en relación con el estilo de afrontamiento “aceptación”.
- El tiempo que el paciente lleva en hemodiálisis en relación con la sintomatología psicofisiológica y depresiva derivada del estrés.
- El tiempo que el paciente lleva con la enfermedad en relación con los estilos de afrontamiento “reinterpretación positiva” y “negación”.

5.5.3. DATOS RELATIVOS A LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

En el tercer gran bloque de análisis se examinan las relaciones de las diferentes variables psicosociales entre sí y con los factores del estrés. Se busca descubrir si alguna de estas variables actúa como variable independiente que genere diferencia en las demás.

La Tabla de correlaciones (Tabla 40) muestra que existen relaciones significativas entre los distintos tipos de ansiedad y de ellas respecto a la depresión, hecho por otro lado frecuente tanto en la clínica como en la investigación.

Tabla 40

Correlaciones entre las distintas variables psicosociales

		Índice depresión BDI	Puntuación ansiedad estado	Puntuación ansiedad rasgo
Índice depresión BDI	Correlación de Pearson	1		
	Sig. (unilateral)			
	N	83		
Puntuación ansiedad estado	Correlación de Pearson	,557	1	
	Sig. (unilateral)	,000		
	N	82	85	
Puntuación ansiedad rasgo	Correlación de Pearson	,699	,726	1
	Sig. (unilateral)	,000	,000	
	N	79	82	82

A pesar de la relación entre las variables, el ANOVA no indicó resultados significativos de la ansiedad (ni estado ni rasgo) respecto a la depresión. En cambio sí se dió la relación opuesta. Aquellos pacientes con más nivel de depresión presentaban más niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, siendo, en ambos casos, estadísticamente significativos ($F(3,81) = 4,77, p = ,004$ para la ansiedad estado y $\chi^2(3,81) = 33,579, p = ,000^{12}$). La magnitud de estas diferencias puede comprobarse en la Tabla 41.

¹² Calculado según la prueba de Kruskal-Wallis dada la no homocedasticidad de la variable dependiente.

Tabla 41

Diferencias de medias en Ansiedad según los niveles de depresión

Diferencia de medias depresión – Ansiedad Estado		Diferencia de medias depresión – Ansiedad Rasgo	
Nivel de depresión	Media	Nivel de depresión	Media
No depresión	,98	No depresión	27,71
Leve	1,08	Leve	40,71
Moderada	1,04	Moderada	48,50
Severa	1,29	Severa	67,81

Por último se consideró la posible influencia del apoyo social sobre la ansiedad (estado y rasgo) y la depresión. En las pruebas realizadas se tienen en cuenta las covariables que influyen sobre ellas (entrevistador, lugar de procedencia, edad, nivel de depresión, estado civil y sexo) para controlar su efecto. Los resultados indicaron que el apoyo social no influye sobre la ansiedad estado, ni sobre la ansiedad rasgo ni sobre la depresión.

5.5.4.DATOS RELATIVOS AL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO

El último grupo de relaciones analizadas se refería a las variables que tienen que ver con el estrés, tanto si actúan como variables dependientes como si actúan como factores. Interesa conocer si los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo y sintomatología depresiva tienen algún tipo de influencia sobre las posibles consecuencias derivadas del estrés. El ANOVA realizado indicó que tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo (en interacción con la depresión) producen diferencias significativas en la sintomatología medida con el GHQ. En el caso de la ansiedad estado la p resultó significativa ($F(3,79) = 5,06, p = ,004$). La interacción ansiedad rasgo/depresión estableció diferencias significativas en las puntuaciones del GHQ con una $F(3,79) = 2,47, p = ,046$. La dirección de estos efectos puede comprobarse en las Figuras 32 y 33. En el caso de la ansiedad estado se aprecia como a medida que aumenta la ansiedad aumenta la cantidad de sintomatología referida en el GHQ.

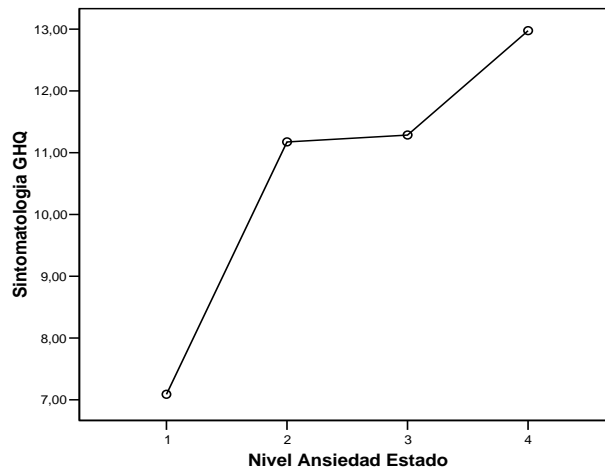


FIGURA 32. Medias marginales estimadas: relación ansiedad estado y sintomatología del estrés.

En la interacción de la ansiedad rasgo con la depresión se comprueba que los pacientes con menores índices de ansiedad y depresión obtienen las puntuaciones más bajas en el GHQ.

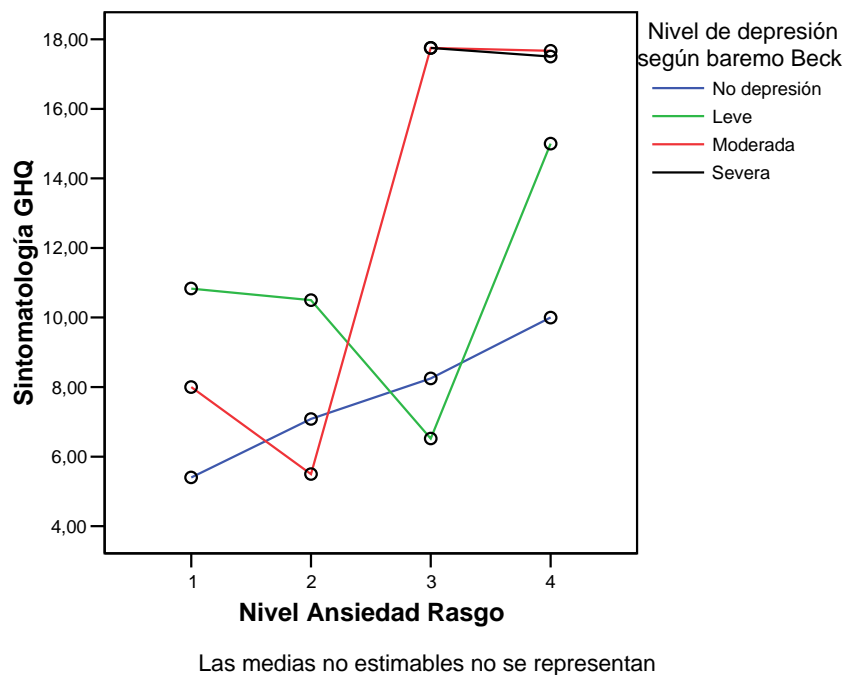


FIGURA 33. Medias marginales estimadas: relación entre la interacción de la ansiedad rasgo/depresión con la sintomatología estrés.

Los enfermos con sintomatología depresiva moderada y grave interactuando con altos niveles de ansiedad obtuvieron las puntuaciones más altas en el índice de salud general y por tanto tienen más síntomas psicofisiológicos, depresivos, de ansiedad/tensión y funcionales.

El análisis de varianza entre el apoyo social y los diferentes estresores no ofreció diferencias significativas. Así pues no hay variación en los estresores de los pacientes en función del apoyo social que reciben.

En el caso de la influencia del apoyo social sobre las consecuencias del estrés tampoco se encontraron diferencias significativas.

Como se ha indicado, el segundo grupo de análisis de este epígrafe considera las variables relacionadas con el estrés como variables independientes. En primer lugar se analiza si la existencia de un mayor o menor número de acontecimientos vitales estresantes influye sobre los niveles de ansiedad y de sintomatología depresiva de los pacientes así como en un mayor número de síntomas derivados del estrés. La única relación significativa encontrada (con la ansiedad rasgo) dejó de serlo cuando se introdujeron como covariables los demás elementos que afectaban a la ansiedad (Tabla 42). Así pues los acontecimientos vitales estresantes no influyen por si solos sobre la ansiedad ni la depresión ni las consecuencias del estrés de los enfermos.

Tabla 42

ANCOVA relación acontecimientos vitales estresantes – ansiedad rasgo

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Significación
Lugar de procedencia	1	13,56	,22	,642
Depresión	1	3794,72	60,99	,000
Acontecimientos vitales estresantes	2	78,70	1,26	,288

Al considerar los distintos estresores como variables independientes se encontraron relaciones significativas con la ansiedad rasgo y con la depresión en los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis (desplazamientos, posturas, cambios posturales, tener una enfermera nueva, pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, dolor y

miedo). En el caso de la ansiedad rasgo, al controlar la depresión (que también afecta a este tipo de ansiedad) se obtiene: una $F(3,78) = 6,95; p=,001$. La significación de las diferencias entre los niveles de estrés puede apreciarse en la Tabla 43.

Tabla 43

Diferencia de medias entre los estresores procedimiento y la ansiedad rasgo

Impacto estresor	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1	12,62	2,11	8,34	16,90
2	15,26	1,85	11,52	19,00
3	22,98	1,81	19,32	26,64
4	21,08	1,86	17,30	24,85

A la vista de estos resultados se puede concluir que a medida que los estresores relacionados con el procedimiento se vuelven más importantes la ansiedad rasgo de los enfermos aumenta.¹³

En el caso de la depresión se obtiene una $F = 5,821 (p=,02)$, lo que significa que existen diferencias significativas entre el nivel de depresión de un paciente y los estresores de su procedimiento de hemodiálisis. La dirección de estas diferencias puede apreciarse en la Tabla 44.

Tabla 44

Diferencia de medias entre los estresores de procedimiento y el índice de depresión del BDI

Impacto estresores procedimiento HD	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1	13,67	2,70	8,20	19,13
2	7,30	2,21	2,83	11,78
3	12,18	2,30	7,54	16,82
4	15,58	2,10	11,33	19,84

¹³Aunque la media del último grupo es ligeramente menor que la del anterior las diferencias entre ellos no son significativas.

A la vista de la Tabla 44 se puede afirmar que a medida que aumenta la importancia de los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis la sintomatología depresiva de los pacientes medida con el BDI también lo hace.

En el caso de los estilos de afrontamiento medidos con el COPE se buscaron, en primer lugar, los vínculos significativos con la ansiedad estado controlando el resto de variables que la influyen (depresión y edad). En este sentido se halla una relación de los estilos “Centrarse en emociones y desahogarse” y “Consumo de alcohol o drogas” (Tabla 45).

Tabla 45

ANCOVA relación estilos de afrontamiento–ansiedad estado

Fuente	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Centrarse en emociones y desahogarse	3,76	224,44	3,67	,016
Consumo de alcohol o drogas	1,76	338,05	5,28	,024

En el caso del primer estilo, “centrarse en emociones y desahogarse”, la significación se produjo entre los grupo 1 y 4, es decir, entre los pacientes que menos utilizan ese estilo y los que más lo hacen ($p=,028$ en Scheffé). Además la relación es creciente: a medida que más se centran en las emociones y más se desahogan, más ansiedad estado experimentan (Figura 34).

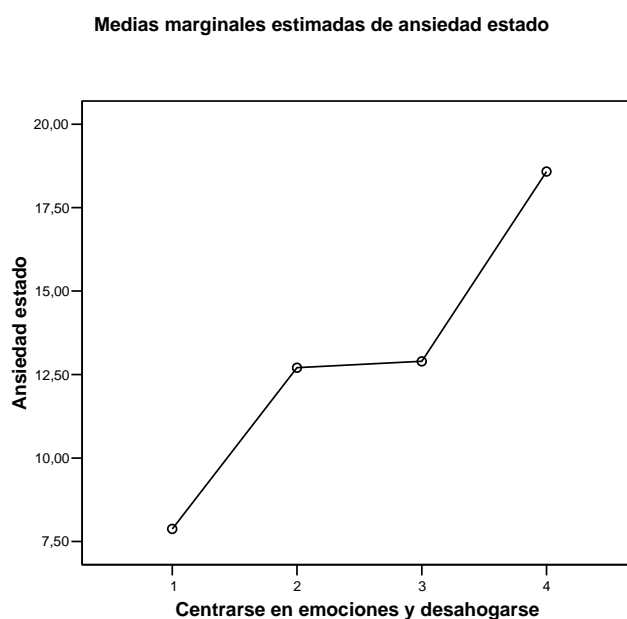


FIGURA 34. Medias marginales estimadas: estilo de afrontamiento – ansiedad estado.

En el caso del estilo “consumo de alcohol o drogas” también la presencia de una mayor puntuación en este estilo produce más ansiedad estado: a más consumo de alcohol o drogas más ansiedad estado (media de ansiedad de 12,04 para el grupo de menos consumo vs. media de 20,96 para el grupo de más consumo).

Respecto a la relación de los estilos de afrontamiento con la ansiedad rasgo las diferencias significativas en el ANCOVA al controlar las demás variables se dieron sólo con el estilo “centrarse en emociones y desahogarse” ($F(1,74) = 3,35, p = ,024$). La dirección de esas diferencias se aprecia en la Figura 35. Salvo el ligero descenso no estadísticamente significativo del grupo 1 al 2, se puede afirmar que los pacientes que más utilizan el afrontamiento basado en “centrarse en las emociones y desahogarse” presentan más ansiedad rasgo.

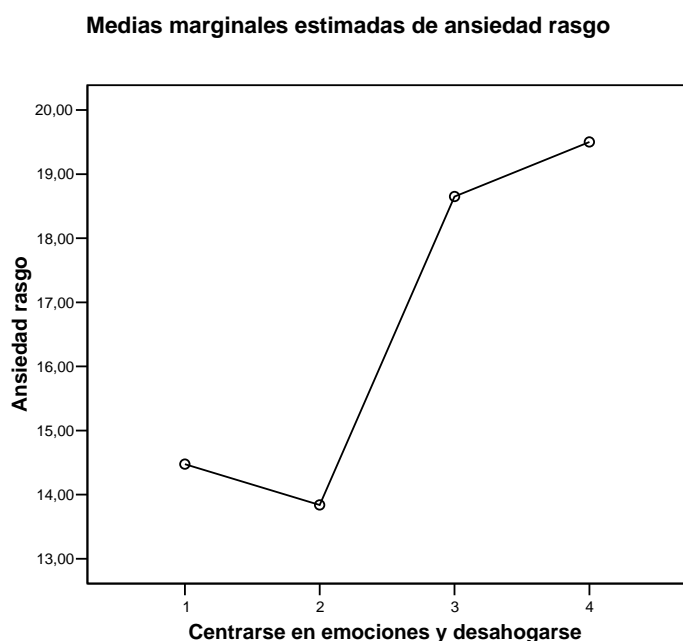


FIGURA 35. Medias marginales estimadas: estilo de afrontamiento – ansiedad rasgo.

En el caso de la relación entre los estilos de afrontamiento y la depresión se encuentran diferencias significativas en el estilo “desconexión conductual” usando la puntuación logarítmica del BDI ($F(3,76) = 3,59, p = ,018$). Se usó la puntuación logarítmica por la no homogeneidad de varianzas lograda con la puntuación directa ($F(3,75) = 3,32, p = ,025$). La significación de las diferencias se establece entre los grupos 1 y 4, es decir, entre los pacientes que menos y más usan la desconexión conductual ($p = ,015$ en la prueba post-hoc de Scheffé).

Además esta relación es creciente: a medida que más se usa la desconexión conductual (más se renuncia a cualquier esfuerzo o tentativa de alcanzar el objetivo con el que interfiere el estresor) más sintomatología depresiva se tiene (Figura 36).

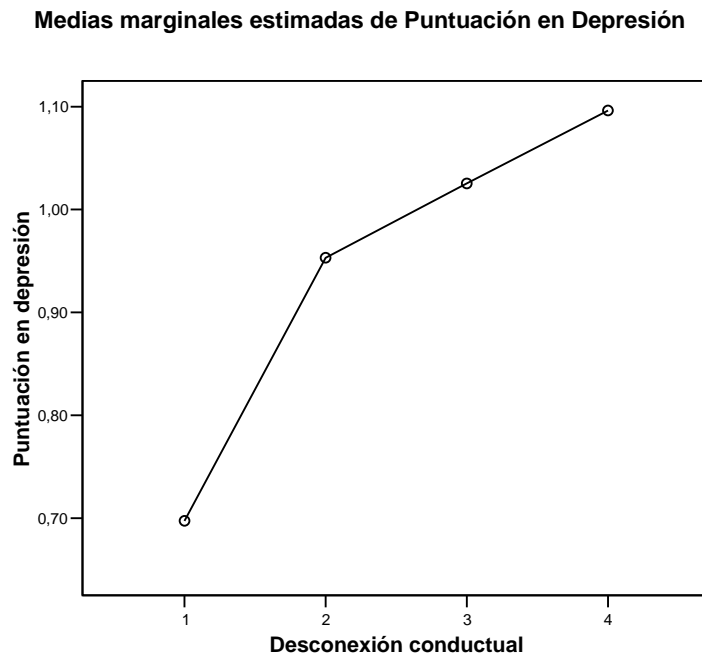


FIGURA 36. Medias marginales estimadas: estilo de afrontamiento – depresión.

Las siguientes relaciones analizadas fueron las establecidas entre los estilos de afrontamiento y los estresores que presentan los pacientes. Se buscaba establecer diferencias entre la presencia e importancia de los estresores en función del estilo de afrontamiento utilizado. La primera relación significativa se encontraron entre el estilo basado en la “Reinterpretación positiva y crecimiento personal” y los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis ($F(4,74) = 4,14, p = ,009$). A medida que varía el grado en que el paciente intenta sacar lo mejor de cada situación para desarrollarse como persona o verla desde una perspectiva más favorable, varía el nivel de estrés provocado por las variables asociadas al procedimiento de hemodiálisis. Esta relación es decreciente: a más utilización de la estrategia menos nivel de estrés (Figura 37).

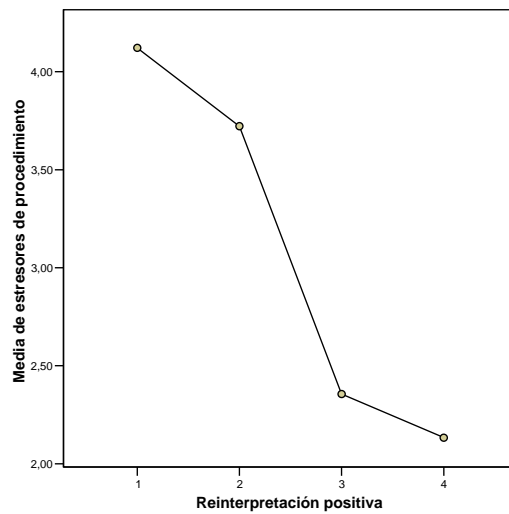


FIGURA 37. Medias marginales estimadas: estilo de afrontamiento – estresores procedimiento.

Otra relación significativa fue la hallada entre el estilo “Centrarse en emociones y desahogarse” y los estresores relacionados con el procedimiento ($F(4,76) = 7,97, p = ,000$). Dada la ausencia de homogeneidad en la prueba de Levene ($F(3,78) = 3,88, p = ,012$) se transformó logarítmicamente la variable dependiente. A medida que el enfermo incrementa la atención hacia el propio malestar emocional y más expresa y/o descarga esos sentimientos, el nivel de impacto de los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis es mayor (Figura 38).

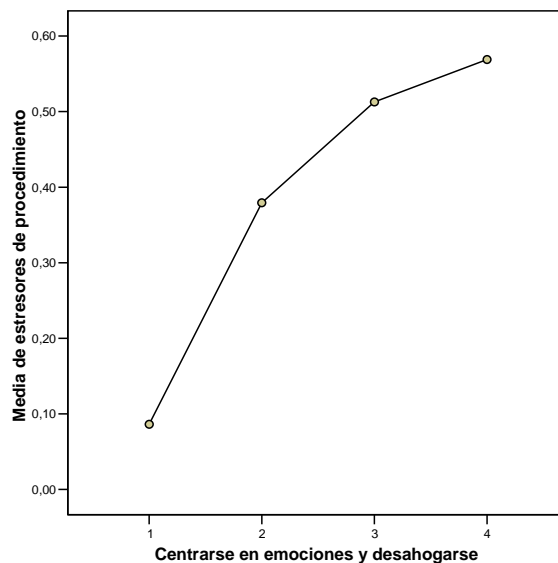


FIGURA 38. Medias marginales estimadas estilo de afrontamiento – estresores procedimiento.

La última relación significativa se produjo entre el estilo “Desconexión conductual” y los estresores relacionados con la dependencia (falta de autonomía y no participación en la toma de decisiones): $F(4,76) = 3,24, p = ,034$. Dada la ausencia de homogeneidad en la prueba de Levene ($F(3,78) = 3,51, p = ,019$) se transformó logarítmicamente la variable dependiente. Las diferencias significativas se produjeron entre los pacientes que menos usan este estilo y los que más lo usan ($p = ,046$ en la prueba post-hoc de Scheffé). Una mayor desconexión conductual conlleva un mayor impacto de los estresores relacionados con la dependencia (Figura 39).

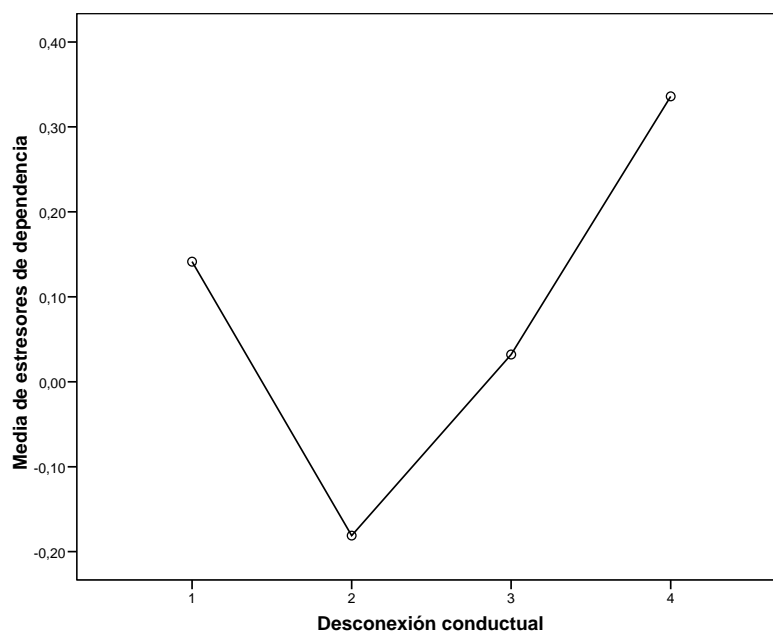


FIGURA 39. Medias marginales estimadas: estilo de afrontamiento - estresores dependencia.

En resumen. Las variables relacionadas con el estrés y su afrontamiento que han marcado diferencias significativas entre las demás han sido:

- Los estresores del procedimiento de HD con la ansiedad rasgo y la depresión.
- El estilo de afrontamiento “Centrarse en las emociones y desahogarse” con la ansiedad estado, la ansiedad rasgo y los estresores de procedimiento.
- El estilo de afrontamiento “Consumo de alcohol y/o drogas” con la ansiedad estado.

- El estilo de afrontamiento “Desconexión conductual” con la depresión y con los estresores relacionados con la dependencia.
- El estilo de afrontamiento “Reinterpretación positiva” con los estresores del procedimiento de HD.

5.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El primero de los objetivos de este planteamiento analítico consistía en analizar las diferentes variables recogidas en la muestra, estando íntimamente unido al segundo (el establecimiento de las diferencias entre pacientes según las distintas variables y sus combinaciones). A lo largo de todo este capítulo se han ido desarrollando ambos en función de los distintos objetivos específicos planteados.

Como se ha podido ver se han buscado las diferencias significativas en dicho perfil en función de cada grupo de variables y de las combinaciones establecidas entre ellas con el fin de determinar los elementos que discriminan los diferentes grupos de pacientes, tanto a nivel sociodemográfico como psicosocial (tercer objetivo general). A modo de resumen se puede decir que hay diferencias significativas en:

- La ansiedad estado del paciente en relación entrevistador que realiza la encuesta.
- La ansiedad (tanto estado como rasgo) en relación con el lugar de procedencia de la muestra.
- La ansiedad estado en relación con la edad de los pacientes.
- El nivel de apoyo social en relación con el estado civil.
- El apoyo social en relación con el nivel socioeconómico percibido.
- El apoyo social en relación con el número de personas con las que se convive.
- La sintomatología depresiva en relación con la interacción del sexo con el estado civil.
- Las variables relacionadas con el estrés (acontecimientos vitales estresantes y estresores relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis) y el lugar de procedencia de la muestra.

- El estilo de afrontamiento en relación con el lugar de procedencia.
- El estilo de afrontamiento en relación con la edad.
- Las consecuencias del estrés en los pacientes en relación con el estadio de la IRC.
- Las consecuencias del estrés en los pacientes en relación con el tiempo que estos llevan en hemodiálisis.
- El estilo de afrontamiento en relación con el estadio de la IRC.
- El estilo de afrontamiento en relación con el tiempo que lleva el paciente con la IRC.
- El nivel de ansiedad (tanto estado como rasgo) en relación con el nivel de depresión.
- Las consecuencias del estrés en relación con el nivel de ansiedad estado.
- Las consecuencias del estrés en relación con la interacción de la depresión con la ansiedad rasgo.
- Los niveles de la ansiedad rasgo en relación con los estresores del procedimiento de hemodiálisis.
- Los niveles de depresión en relación con los estresores del procedimiento de hemodiálisis.
- La ansiedad estado en relación con los estilos de afrontamiento.
- La ansiedad rasgo en relación con los estilos de afrontamiento.
- Los síntomas depresivos en relación con los estilos de afrontamiento.
- Los estresores (de dependencia y del procedimiento de HD) en relación con el estilo de afrontamiento.

En la comprobación de las hipótesis planteadas, la discusión de los resultados arroja la siguiente información significativa:

A. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. La existencia de distintos entrevistadores no genera diferencias significativas en las variables psicosociales: esta hipótesis no puede ser totalmente aceptada al encontrarse diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad estado en función de quien realizó la entrevista. El entrevistador número 3 (en Valladolid) es el que genera las diferencias, obteniéndose con él unas medias de ansiedad estado más altas. Esto puede ser fácilmente explicado de acuerdo a la idea de que una determinada actitud de un entrevistador puede ser más o menos generadora de ansiedad durante la entrevista. En el

capítulo siguiente se comprobará si esta influencia es lo suficientemente importante como para servir de predictora de la ansiedad estado. Por lo que respecta al resto de las variables sí se cumple la hipótesis de igualdad y se elimina así la posible influencia de una variable extraña como es la persona que realizó la entrevista.

2. No hay diferencias significativas en el tiempo que los pacientes llevan con la IRC y la HD y en el estadio en que se encuentran en función de su edad y sexo: se cumple esta hipótesis tanto para el tiempo con la IRC y para la HD como en lo referido al estadio de la enfermedad en el que se encuentran los pacientes, con lo cual queda anulado otro posible efecto de variable extraña esta vez determinada por las diferencias de edad y género.

3. Existen diferencias significativas en el perfil psicosocial de los enfermos que componen la muestra en función de las variables sociodemográficas: se confirma esta hipótesis con las diferencias que se indican a continuación:

a) El lugar de procedencia de la muestra genera diferencias significativas en la ansiedad (tanto estado como rasgo) de los pacientes. La muestra procedente de Valladolid presenta las medias más altas en los dos tipos de ansiedad no dándose diferencias significativas entre Salamanca y Barbastro. La diferencia de Valladolid puede ser debida a numerosas causas todas las cuales no pueden ser comprobadas en esta tesis dada la disparidad de motivos que lo explicarían: mayor número de pacientes, posibilidad de mayor estrés en el personal sanitario, peores niveles de apoyo social, distintas estrategias de afrontamiento... Lo que sí ha resultado significativo en los datos obtenidos en este estudio, en relación con la ciudad de procedencia, es que los enfermos de Valladolid, presentan mayor nivel de acontecimientos vitales estresantes, más estresores relacionados con el procedimiento de HD y un estilo de afrontamiento basado en “el centrarse en las emociones” significativamente mayor que las otras dos ciudades. En la parte predictiva de esta tesis se comprobará cuáles de ellos tienen el peso suficiente como para marcar las diferencias en la ansiedad de los pacientes.

b) La edad de los pacientes genera diferencias significativas en su nivel de ansiedad estado. Sin embargo la no homogeneidad de varianzas ni la existencia de diferencias entre grupos en los contrastes post-hoc permiten dudar de que esas diferencias sean realmente

debidas a la edad de los pacientes y no a un artificio estadístico o al mero efecto del azar. Estas diferencias, entonces, no pueden ser consideradas como determinantes.

- c) El estado civil de los pacientes genera diferencias significativas en su nivel de apoyo social. Las personas viudas muestran menor nivel de apoyo que los solteros y separados y estos a su vez menos que los casados. Así pues parece que en esta muestra el hecho de estar casado repercute positivamente en el nivel de apoyo social recibido, siendo la viudedad la peor de las situaciones al respecto. Es necesario resaltar que en este estudio sólo se cuantifica el nivel de apoyo, sin entrar en otras matizaciones como la percepción o la disponibilidad del mismo. Con lo cual las conclusiones obtenidas sólo se refieren a la cantidad de apoyo y no a la calidad del mismo.
- d) La interacción entre el sexo y el estado civil de los pacientes genera diferencias significativas en la depresión (puntuaciones BDI): los hombres separados son los que más índices de depresión presentan, siendo los hombres casados los que menores índices tienen. Probablemente este efecto pueda ser explicado a través del papel mediador del apoyo social tal y como se propone en el estudio de Martin (1999), en el que se comprobó que los enfermos que recibían el suficiente apoyo social presentaban una disminución del riesgo de depresión. Como se vio en el punto anterior el nivel de apoyo social de los casados es significativamente mayor que el del resto de las situaciones lo cual vendría a ser coherente con la hipótesis enunciada por Martin. Lo que no queda suficientemente explicado desde este planteamiento es el efecto del género y más aún cuando en nuestro estudio, a igualdad de estado civil, los hombres presentan más nivel de depresión que las mujeres mientras que la literatura consultada parece indicar lo contrario (Coscarelli, 1990). También es verdad que el efecto diferenciador encontrado en esta tesis es el resultante de la interacción del género con el estado civil y no sólo el género (cuya influencia no ha resultado significativa). Por qué un paciente hombre soltero tiende a deprimirse más que una mujer en su misma situación o por qué una paciente mujer casada presenta una puntuación mayor de depresión que un hombre casado son dos de las cuestiones que esta tesis deja abierta para posteriores investigaciones.

- e) El nivel socioeconómico percibido de los pacientes genera diferencias significativas en el apoyo social recibido. Los pacientes de nivel socioeconómico medio tienen un nivel de apoyo mayor que los de bajo y alto nivel socioeconómico, que presentan niveles muy similares entre sí. Estos datos son coherentes con la línea tradicional de investigación del apoyo social en relación con estructuras sociales (cfs. House, Umberson, y Landis, 1988 o Wellman, 1981) que afirma que según la clase social a la que se pertenece se varía el alcance de las redes sociales y no sólo los recursos que pueden ofrecer. Así pues la clave parece estar no tanto en los recursos disponibles (si sólo fuera una cuestión de número de recursos, las clases altas no tendrían demasiados problemas de apoyo) sino en el alcance de la red (Pearlin, 1985). De todos modos la relación entre clase social y apoyo social no es estrictamente directa, ya que está matizada por otras variables que van desde el estadio de la enfermedad hasta el nivel de estrés, pasando por los recursos de afrontamiento.¹⁴
- f) El número de personas con las que el paciente convive genera diferencias significativas en el apoyo social recibido, teniendo más apoyo los pacientes que conviven con más número de personas, a partir de tres personas de convivencia. El resultado refuerza la idea que para poder tener apoyo social se necesita contar con una red cuantitativamente significativa. Lo que no aclara (como no lo hace el resto de la investigación consultada) es cuál es el número óptimo de personas de convivencia y cómo se relaciona éste con otras variables como la disponibilidad de la red o su accesibilidad. De todos modos este no es uno de los objetivos marcados en el presente trabajo y sí puede ser tema de otra investigación aparte.

4. Existen diferencias significativas en las variables relacionadas con el estrés de los enfermos que componen la muestra en función de las variables sociodemográficas: se cumple esta hipótesis en cuanto a las diferencias generadas por el lugar de procedencia. De nuevo estas están marcadas por los enfermos de Valladolid, que se diferencian de los de Barbastro y Salamanca en las siguientes variables:

¹⁴ Para un estudio más detallado de la cuestión consúltese el trabajo de Castro, Campero y Hernández (1997) donde se hace una propuesta de análisis muy interesante que sienta las bases de muchas de las actuales líneas de investigación de las variables mediadoras del apoyo social.

a) El nivel de acontecimientos vitales que sufren los pacientes. Las diferencias sólo son significativas entre Valladolid y Barbastro, sufriendo más acontecimientos vitales estresantes los pacientes de Valladolid. Dada la homogeneidad muestral existente en el resto de las variables (a excepción de la ya comentada ansiedad) es difícil poder precisar el origen de estas diferencias salvo que puedan ser explicadas por efectos de azar. En principio no hay ninguna lógica psicológica que indique que los enfermos de Valladolid tienen algún tipo de característica peculiar que les lleve a perder a más seres queridos, abandonar su trabajo, tener cambios de domicilio... y el resto de acontecimientos vitales estresantes que recoge la escala del Mental Health. De todos modos en el capítulo dedicado a la predicción se comprobará si el lugar de procedencia aparte de generar diferencias también actúa como predictor, en este caso del nivel de acontecimientos vitales estresantes.

b) Los estresores derivados del procedimiento de hemodiálisis. Valladolid presenta una media significativamente mayor en comparación con Barbastro y Salamanca. Es decir, los pacientes de Valladolid se estresan más que los de los otros dos lugares, por estresores relacionados con los desplazamientos, las posturas y cambios posturales, el tener una enfermera nueva, el pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, el dolor y el miedo. La existencia de equipos y procedimientos de actuación distintos en cada ciudad podrían estar en la base de estas diferencias. De cara a la aplicabilidad práctica de este resultado, es interesante comparar lo que se hace en cada uno de los tres sitios y tratar de establecer las diferencias que resulten significativas, para comprobar si efectivamente tienen alguna influencia sobre el grado de estrés de los pacientes.

5. Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento de los enfermos que componen la muestra en función de las variables sociodemográficas: esta hipótesis queda también confirmada por las diferencias establecidas por la edad y el lugar de procedencia.

a) Hay diferencias en el estilo de afrontamiento “religión” generadas por la edad. Los pacientes más mayores (los de edades entre 51 y 70 años) utilizan más este estilo de afrontamiento que los enfermos más jóvenes (el grupo de 31 a 40 años). A pesar de que no se han encontrado estudios centrados en la IRC que relacionen estas variables, este resultado es coherente con otros publicados sobre distintos problemas como el dolor

(Andrés, Monsalve, Soriano y Soucase, 2002) o la revisión de Koenig, George y Siegler (1998) sobre el uso de la religión y otras estrategias de afrontamiento a lo largo de la edad.

b) Hay diferencias en el estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” de acuerdo al lugar de procedencia de la muestra. Los enfermos de Valladolid lo utilizan con más frecuencia que los de las otras dos ciudades. Posteriormente, en la parte predictiva, se verá si estas diferencias son lo suficientemente importantes como para predecir otras variables distintivas de la muestra de Valladolid, como son la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

B. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES DE LA ENFERMEDAD:

1. El perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y apoyo social) de los enfermos de la muestra será distinto según el estadio en que se encuentre la enfermedad, los años que lleve el paciente con la IRC y el tiempo en hemodiálisis: a pesar de no haber encontrado ningún estudio longitudinal sobre la evolución de las complicaciones psicosociales de la IRC y de los pacientes en HD se podría pensar que de acuerdo a los modelos generales de evolución de la enfermedad (p.ej. los ya referidos de Doka, 1993 o Levy, 1984) podría ser factible que el perfil psicosocial de los pacientes pudiera variar a medida que lo hiciera la enfermedad y/o el tratamiento. Sin embargo con los resultados obtenidos no se ha podido comprobar esta hipótesis. El hecho de que la mayor parte de la muestra (el 60,8%) se sitúe con un tiempo de hemodiálisis menor o igual a tres años y que sólo un 11,6% esté en fase avanzada o terminal podría explicar estos resultados. Para futuras investigaciones sería interesante poder hacer un estudio longitudinal que comprobara esta hipótesis o al menos tener una muestra más equilibrada en cuanto a porcentaje de pacientes en los tres estadios (inicial, medio y avanzado) y con más tiempo en hemodiálisis.
2. El perfil psicosocial de los enfermos de la muestra no será distinto en función de la presencia de otras enfermedades y del consumo de psicofármacos: con los datos obtenidos se confirma esta hipótesis. El hecho de que la mayor parte de los enfermos de la

muestra (el 64,6%) tengan otras patologías concomitantes, el que como criterio de inclusión muestral se escogiera el no presentar trastornos psicológicos severos previos y el que sólo el 10,8% de los enfermos consumiera algún psicofármaco, hacen que el posible efecto de esta variable extraña quede controlado, con la ventaja metodológica que ello conlleva. Los resultados van en la línea de los aportados por Vázquez y colaboradores (Vázquez et al., 2003) que encuentran que en los enfermos de IRC de su muestra no hay diferencias psicosociales entre los pacientes sin más comorbilidad con los que sí la tienen: están peor físicamente pero no psíquicamente.

3. El perfil psicosocial de los enfermos de la muestra no será distinto según el turno de hemodiálisis y el tiempo que los pacientes lleven con el mismo personal sanitario: el análisis de resultados también confirma esta hipótesis, lo cual viene a poner de manifiesto la homogeneidad de la problemática psicosocial de estos enfermos.
4. El perfil de estrés de los pacientes con IRC en hemodiálisis será diferente según el tiempo que lleva el paciente con su enfermedad, el estadio en que se encuentre y el tiempo en hemodiálisis: se cumple esta hipótesis al encontrar diferencias significativas en:
 - a) La sintomatología depresiva derivada del estrés en relación con el estadio de la enfermedad: los pacientes con una IRC avanzada tienen más sintomatología depresiva que los de los otros grupos. La desesperanza, el ver cómo va progresando la enfermedad, la acumulación de años de enfermedad y tratamiento más la aparición de nuevas amenazas como la posible terminalidad, podrían justificar el porqué a medida que la enfermedad progresa también lo hace la sintomatología depresiva derivada del estrés.
 - b) La sintomatología depresiva derivada del estrés en relación con el tiempo que lleva el paciente en HD: cuantos más años lleva un paciente en hemodiálisis mayor es la sintomatología depresiva derivada del estrés que presenta. La justificación dada en el punto anterior puede ser también válida para este.
 - c) La sintomatología psicofisiológica derivada del estrés en relación con el tiempo que lleva el paciente en HD: a medida que aumenta el tiempo de permanencia en la

hemodiálisis también lo hace el número de síntomas psicofisiológicos derivados del estrés. Las diferencias son más importantes entre el comienzo de la hemodiálisis y los pacientes que llevan entre 3 y seis años de tratamiento. Este dato junto con los anteriores viene a poner de manifiesto que las consecuencias del estrés se vuelven más importantes a medida que la enfermedad y el tratamiento se prolongan en el tiempo, aumentando, por tanto, el riesgo de problemática psicosocial de los enfermos.

5. La presencia de otras enfermedades y el consumo de psicofármacos no modifica el perfil de estrés que presentan los pacientes de la muestra: se confirma esta hipótesis al no hallar diferencias significativas en ninguna de las variables relacionadas con el estrés (estresores y consecuencias). El posible efecto de esta variable extraña queda pues controlado.

6. No existen diferencias significativas en los estresores que presentan los enfermos en función del turno de hemodiálisis al que acuden y del tiempo que llevan con el mismo personal sanitario: se confirma esta hipótesis al no hallar diferencias significativas en ninguna de las variables relacionadas con el estrés (estresores y consecuencias). Con estos resultados se produce, entonces, un control de variables extrañas.

7. Las variables relacionadas con la enfermedad generan diferencias significativas entre los modos de afrontamiento al estrés que desarrollan los pacientes: se puede pensar que el modo de afrontamiento a la enfermedad puede ser distinto según el momento de desarrollo de la misma o según el tiempo de padecimiento y/o de tratamiento. A la vista de los resultados encontrados, esta hipótesis queda confirmada en los siguientes casos:
 - a) El estadio de la enfermedad genera diferencias significativas en el estilo de afrontamiento “aceptación”: al contrario de lo que se podría pensar los enfermos en un estadio más avanzado utilizan menos este estilo que los que están en un estadio intermedio e inicial (entre ellos no hay diferencias significativas). Es decir: el pasar más tiempo con una enfermedad y ver cómo progresa la misma no implica el aceptar mejor dicha evolución y sus consecuencias. La disminución de este estilo de afrontamiento a medida que progresa la enfermedad podría contribuir, de forma significativa, al incremento de la sintomatología derivada del estrés al ser considerada su presencia

como una forma activa¹⁵ con efectos positivos. En esta línea de pensamiento Welch y Austin (2001) encontraron una relación significativa entre los estilos evitativos de afrontamiento y la mayor presencia de sintomatología depresiva asociada al estrés en enfermos en hemodiálisis.

- b) El tiempo que lleva el enfermo con la IRC y el estilo de afrontamiento “reinterpretación positiva y crecimiento personal”: a medida que va aumentando el tiempo con la enfermedad se utiliza menos este estilo. A pesar de que hay un ligero repunte en los pacientes con más tiempo de enfermedad, éste no resulta estadísticamente significativo y se mantiene la tendencia explicada: a los enfermos de la muestra progresivamente les cuesta más encontrar en las situaciones estresantes oportunidades para desarrollarse como personas. El hecho de que la IRC sea una enfermedad crónica que alterna con ciertos episodios agudos más o menos graves podría estar en la base de este resultado.
- c) El tiempo que lleva el enfermo con la IRC y el estilo de afrontamiento “negación”: al igual que en el caso anterior también se produce una disminución de la utilización de este estilo a medida que progresa el tiempo con la enfermedad. La lógica de esta relación desde el punto de vista psicológico parece indudable: las posibilidades de negación de la enfermedad así como los intentos de huida derivados de ello se hacen mucho más complicados a medida que se va conviviendo más con la enfermedad. Rechazar la existencia del estresor y la realidad que lo acompaña así como las consecuencias de la enfermedad es cada vez más difícil a medida que se pasan más años con la IRC.

C. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES PSICOSOCIALES:

1. Existe una relación significativa entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo: de acuerdo a la tabla de correlaciones obtenida se comprueba la relación significativa y positiva entre

¹⁵A pesar de que se puede incluir a la aceptación dentro de los estilos pasivos de afrontamiento, aquí se siguen los postulados de los autores del COPE, Carver, Scheier y Weintraub (1989) que la sitúan como una estrategia cognitiva activa.

ambas variables. Tal y como el propio Spielberger plantea (Spielberger, 1970) la existencia de ansiedad rasgo significativa suele correlacionar positivamente con el aumento de la ansiedad estado ya que los sujetos con A/R, al ver mucho más amenazantes las situaciones, son más propensos a responder con un aumento de la A/E.

2. Los niveles de depresión de la muestra se relacionan significativamente con los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo: a tenor de los resultados obtenidos esta hipótesis queda confirmada. Las diferencias son significativas entre los grupos extremos. Los pacientes que menos características depresivas tienen presentan menos niveles de ansiedad (tanto estado como rasgo) mientras que los de mayor grado de depresión en el BDI obtienen las mayores puntuaciones en las dos formas del STAI (E y R). Estos resultados son coherentes con el resto de la literatura que expresa la comorbilidad entre la depresión y la ansiedad también en el caso de la IRC (cfs. Martin, 1999 y Vázquez et al., 2003).

3. El perfil psicosocial de los enfermos (ansiedad estado y rasgo y depresión) influye sobre las consecuencias derivadas del estrés: los datos obtenidos confirman esta hipótesis en:

a) La relación ansiedad estado y consecuencias del estrés (Índice de Salud General del GHQ): a medida que aumenta la puntuación en ansiedad estado también lo hace la cantidad de sintomatología referida en el GHQ. La lógica de esta relación se puede establecer al pensar que el GHQ se muestra sensible a los niveles de ansiedad de los sujetos (Goldberg y Williams, 1996), con lo cual el instrumento recoge los aumentos significativos de la misma. Además, también se puede pensar que el aumento de la ansiedad conlleva un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático y parasimpático, con lo cual la aparición de sintomatología asociada a esta activación es más que probable y, por tanto, puede ser recogida por un instrumento sensible como es el GHQ.

b) La interacción ansiedad rasgo-depresión con las consecuencias del estrés (Índice de Salud General del GHQ): los pacientes con menores índices de ansiedad y depresión obtienen las menores puntuaciones en el GHQ, mientras que los enfermos con sintomatología depresiva moderada y grave interactuando con altos niveles de ansiedad rasgo tienen más síntomas psicofisiológicos, depresivos, de ansiedad/tensión y

funcionales. Los datos ponen claramente de manifiesto las consecuencias de los procesos de ansiedad y depresión (repetidos hasta la saciedad en toda la literatura psicológica al respecto) así como la idoneidad de los sistemas de medida elegidos. En el capítulo siguiente se comprobará el poder predictivo de esta relación.

4. El nivel de apoyo social que tiene un enfermo genera diferencias significativas en sus niveles de ansiedad (estado y rasgo) y depresión: a pesar de lo que cabría esperar, con los datos de la muestra no se ha podido confirmar esta hipótesis. Como ya se indicó en la parte dedicada al análisis teórico de las variables psicosociales relacionadas con la IRC y la HD hay que matizar diversos aspectos importantes respecto al apoyo social:

- El papel de la búsqueda de apoyo en la adaptación a la enfermedad crónica no está bien definido (DeRidder y Schreurs, 1996).
- El contacto frecuente con amigos y parientes se puede llegar a convertir en estresante por la percepción de falta de reciprocidad, el conflicto y/o la comparación social (Siegal, Calsyn y Cuddihee, 1987).
- No hay unanimidad respecto a la forma de actuación del apoyo sobre la IRC (Christensen et al., 1992).
- Muchos de los estudios se centran en los aspectos cualitativos ya que según el tipo de apoyo recibido (emocional, informativo, evaluativo, operativo...) las consecuencias sobre el paciente son distintas (disminución de la depresión, mejora de la autoestima...). Como ya se ha indicado en esta tesis no se han tenido en cuenta los aspectos cualitativos.

Todos estos estudios podrían ayudar a explicar por qué en la muestra aquí seleccionada no se han encontrado relaciones significativas.

5. El nivel de apoyo social que tiene un enfermo genera diferencias significativas en la sintomatología asociada al estrés: tampoco en este caso se puede confirmar la hipótesis, dado que no se han encontrado diferencias significativas. La misma argumentación expuesta en la discusión del resultado anterior puede ser válida para esta suposición.

6. A mayor existencia de acontecimientos vitales estresantes mayor probabilidad de problemas de ansiedad y depresión: la hipótesis se confirma de modo parcial. Sólo se han encontrado diferencias significativas a nivel de ansiedad rasgo pero estas quedan matizadas por la influencia de la depresión (que actúa como covariable). En el campo de la salud y la enfermedad física no es fácil demostrar la relación directa entre el estrés (en este caso los acontecimientos vitales estresantes) y la ansiedad y la depresión. La mayor parte de la literatura al respecto también introduce la existencia de covariables (apoyo social, variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, estilo de afrontamiento...) que matizan las relaciones directas. Así pues los datos obtenidos resultarían coherentes con lo propuesto por otros autores al quedar parcialmente confirmada la hipótesis por la influencia de la depresión. De hecho Elal y Krespi (1999) indican que ni el número de acontecimientos vitales (positivos y negativos) ni los acontecimientos vitales negativos diferencian entre pacientes deprimidos y no deprimidos siendo otras variables como el apoyo social quienes determinan las diferencias.

7. A mayor cantidad de acontecimientos vitales estresantes mayor presencia de sintomatología asociada al estrés: con los datos obtenidos no se ha podido confirmar esta hipótesis. La escasa variabilidad muestral respecto a esta variable, junto con la anterior explicación de la presencia de covariables en la relación estrés-consecuencias, podrían explicar la no existencia de diferencias significativas.

8. Los distintos grupos de estresores provocan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad estado y rasgo y de depresión: esta hipótesis queda confirmada con los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis (desplazamientos, posturas, cambios posturales, tener una enfermera nueva, pasar mucho tiempo enganchado a la máquina, dolor y miedo) en relación a la ansiedad rasgo y las puntuaciones en depresión.

a) Ansiedad rasgo: a medida que los estresores de procedimiento se vuelven más importantes también lo hace la ansiedad rasgo que los enfermos sufren. La relación entre estrés y ansiedad en problemas de salud es un temas de estudio clásico y de forma casi unánime se confirma la relación entre ambas variables (p.ej. Gupta, Gupta, Ellis y Voorhees, 1990 en la psoriasis y otros trastornos dermatológicos; Nicholson, Blanchard y Appelbaumk, 1990 en el dolor de cabeza crónico; Perini, Muller, Rauchfleisch,

Battegay, Hobi y Buhler, 1990 en la hipertensión; Kemeter, 1988 en problemas de reproducción...). En el caso de la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis, aunque la mayor parte de los trabajos incluyen una, otra o las dos variables, no se ha estudiado de manera sistemática la relación entre ellas (o al menos aquí no se ha encontrado). Por poner un ejemplo ilustrativo de lo que se acaba de decir, en el trabajo de White y Grenyer (1999) se enuncian como estresores los diversos miedos y temores que el paciente en hemodiálisis puede tener y se indica que podrían explicar, en cierta medida, el porqué de la mayor presencia de ansiedad en estos enfermos, pero no se realiza un análisis que lo confirme ni un desarrollo posterior del tema. De todos modos la literatura general respecto a otros problemas de salud es tan contundente que no encontramos motivos suficientes como para poder cuestionar la relación encontrada en esta tesis.

b) Depresión: a medida que aumenta la importancia de los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis lo hacen también los niveles de depresión. A diferencia de lo ocurrido con la ansiedad, en el caso de la depresión y el estrés en la IRC sí se han encontrado relaciones directas entre ambas variables (Devins et al., 1991; Welch y Austin, 2001). Así pues los resultados expuestos en esta tesis coinciden con la hipótesis general de estos estudios, en los que se plantea que una mayor presencia de estresores psicosociales relacionados con la IRC y su tratamiento se relaciona positivamente con el aumento de la sintomatología depresiva.

9. Los distintos estilos de afrontamiento que presentan los enfermos provocan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión: se confirma esta hipótesis en las siguientes relaciones:

- a) El estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” con la ansiedad estado: los pacientes que más utilizan este estilo presentan más niveles de ansiedad estado.
- b) El estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” con la ansiedad rasgo: resultados en la misma línea que los anteriores: a mayor utilización de este estilo más puntuación en ansiedad rasgo.

- c) El estilo de afrontamiento “consumo de alcohol y drogas” con la ansiedad estado: al igual que en el caso anterior la mayor puntuación en este estilo se traduce en más ansiedad estado.
- d) El estilo de afrontamiento “desconexión conductual” con la depresión: las diferencias se establecen entre los pacientes que menos y que más usan esta estrategia. Los primeros presentan los menores niveles de depresión de todo el grupo mientras que los últimos tienen el mayor nivel de depresión. Es decir, que cuanto más se renuncia a cualquier esfuerzo o tentativa de alcanzar el objetivo con el que interfiere el estresor, más sintomatología depresiva se tiene.

Todos estos resultados se pueden encuadrar dentro de la hipótesis general de que los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción y de carácter pasivo generan más problemas de adaptación a la enfermedad y tienen consecuencias psicológicas peores. Esta línea de resultados también ha podido ser comprobada en el caso de la IRC (Welch y Austin, 2001).

10. Los distintos estilos de afrontamiento que presentan los enfermos provocan diferencias significativas en la importancia y frecuencia de los estresores: la hipótesis queda confirmada en las siguientes relaciones:

- a) El estilo de afrontamiento “reinterpretación positiva y crecimiento personal” con los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis: la relación es decreciente. Es decir. A medida que más se usa este estilo menor es la importancia de los estresores relacionados con el procedimiento (menos le estresan al paciente). Así pues parece que intentar sacar lo mejor de cada situación para desarrollarse como persona y/o verla desde una perspectiva lo más favorable posible, hace que el paciente se sienta menos estresado por el propio procedimiento de hemodiálisis. Por tanto, y a la vista de los resultados, un mejor ajuste al estrés producido por el procedimiento de HD podría venir determinado por el uso de estrategias de afrontamiento activas. Esta misma línea de trabajo, y con resultados similares, es la propuesta por Leake, Friend y Wadhwa (1999) al introducir en su programa de modelado las estrategias activas como algo que hacen los pacientes que afrontan con éxito los problemas de la IRC y la HD.

- b) El estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” con los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis: en este caso la relación es positiva y creciente. Un mayor uso de esta estrategia conlleva un mayor impacto de los estresores de procedimiento. Por tanto de nuevo parece que las estrategias pasivas influyen de manera negativa en el ajuste al tratamiento de la hemodiálisis.
- c) El estilo de afrontamiento “desconexión conductual” con los estresores relacionados con la dependencia: los pacientes que más usan este estilo en relación con los que menos lo hacen presentan un mayor índice de estresores relacionados con la dependencia. Es decir, cuanto más trate un enfermo de renunciar a cualquier esfuerzo o tentativa de alcanzar el objetivo con el que interfiere el estresor, más frecuentemente aparecerán los estresores relacionados con la falta de autonomía y la no participación en la toma de decisiones en cuestiones relacionadas con su enfermedad y el tratamiento. Así pues se pone de manifiesto que un estilo de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción tiene consecuencias negativas sobre la adaptación de los enfermos, al aparecer un mayor nivel de estrés, en este caso relacionado con la dependencia del paciente.

Capítulo 6
Estudio Predictivo

6.1. **OBJETIVOS**

Como objetivos generales de este capítulo se proponen los siguientes:

1. Profundizar en el conocimiento de las relaciones entre los diferentes grupos de variables analizadas.
2. Determinar el poder predictivo de las variables más significativas.

Estos objetivos pueden especificarse en:

1. Determinar las variables sociodemográficas, médicas y relacionadas con el estrés que predicen la ansiedad estado, la ansiedad rasgo, la depresión y el nivel de apoyo social de los pacientes de la muestra.
2. Determinar las variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento y psicosociales, que predicen el estrés de los pacientes de la muestra.
3. Proponer pautas para la intervención psicosocial en función del poder predictivo de las variables analizadas.

6.2. **DISEÑO**

La metodología estadística fundamental utilizada para esta parte de la tesis ha sido los análisis de regresión múltiple. Como indica Cea (2002) el uso de este tipo de técnicas está indicado cuando se quiera:

- 1º. Predecir las modificaciones de una variable dependiente cuantitativa desde una o varias variables independientes (se indica a través de las ecuaciones y rectas de regresión).
- 2º. Estimar la magnitud de los efectos de las variables independientes sobre la variable dependiente (a través de los valores de R y R²).

3°. Determinar el grado de confianza de la extrapolación de los resultados muestrales a la población de la que proviene la muestra. Estadísticos como la F de Snedecor y la t de Student ayudan a ello.

Como variables independientes se seleccionaron aquellas que generaron diferencias estadísticamente significativas. Además se añadieron a cada modelo las que son pertinentes desde el punto de vista teórico. Como variables dependientes se establecieron dos grandes grupos conceptuales: las relacionadas con el perfil psicosocial (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, apoyo social) y las relacionadas con el estrés (estresores de procedimiento, estresores relacionales, estresores ambientales, estresores de dependencia, sintomatología asociada al estrés).

6.3. ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS 20 en su versión para Windows. Se usaron los comandos REGRESSION con la opción STEPWISE para el método de análisis. Previo a la realización del mismo se comprobaron los supuestos básicos necesarios para el análisis de regresión de acuerdo a lo establecido por Cea (2002):

1. Tamaño muestral adecuado. Los parámetros requeridos oscilan entre los 10 y 40 casos por variable independiente. Tomando como criterio la mitad de este rango (20 casos por variable independiente) con el tamaño muestral de esta tesis se utilizaron entre 4 y 5 variables independientes por análisis.
2. Variable dependiente continua e independientes también. Las independientes categóricas se transformaron en variables ficticias (dummy).
3. Variables independientes relevantes tanto desde el punto de vista teórico como estadístico.
4. Linealidad: se comprobó con la gráfica y el estadístico F de estimación curvilínea (comando CURVEFIT del SPSS) y el gráfico de residuos estandarizado (residuos tipificados frente a los valores pronosticados tipificados).

5. Normalidad: se verificó con los gráficos p-p de probabilidad normal (SCATTERPLOT), el histograma de residuos tipificados (RESIDUALS HIST) y en el caso de no ajuste al mismo con el estadístico W de Shapiro-Wilks.
6. Homocedasticidad: comprobada a través del contraste de Levene para cada variable así como con la d de Durbin-Watson.
7. Ausencia de colinealidad: se verificó con los índices de condición y los estadísticos de diagnóstico de colinealidad (FIV y tolerancia).
8. Independencia de los términos de error: se analizó con el estadístico d de Durbin-Watson.

Aunque todos estos supuestos se comprobaron antes de la ejecución de cada análisis de regresión sólo se han anotado los resultados en el caso de que se viole alguno de ellos. Se toma esta medida para evitar engrosar la tesis con estadísticas de comprobación que no aporten nuevas informaciones.

6.4. RESULTADOS

6.4.1. PERFIL PSICOSOCIAL

La primera variable considerada como dependiente es la ansiedad estado (las puntuaciones del STAI-E). Como independientes se eligieron las que resultaron significativas en los análisis del capítulo anterior (entrevistador, lugar de procedencia, edad, puntuaciones en depresión y estilos de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse” y “consumo de alcohol y drogas”) y además se añadieron (por pertinencia teórica) la ansiedad rasgo y los diferentes grupos de estresores. Como resultado de la comprobación de los supuestos se excluyeron de este análisis inicial las siguientes variables:

- El estilo de afrontamiento “consumo de alcohol y drogas” por no seguir un modelo de relación lineal ($F(1,79) = 3,10, p = ,082$ en la prueba de estimación curvilínea).

- Los estresores relacionados con la interacción por no seguir un modelo de relación lineal ($F(1,83) = 0,53, p = ,466$ en la prueba de estimación curvilínea).

Los resultados para el modelo se recogen en la Tabla 46. Se descartó la existencia de autocorrelaciones dado que el valor p del estadístico de Durbin-Watson es mayor a 1 y cercano a 2 ($d=1,76$). En el análisis de regresión se quedaron fuera del modelo predictivo las variables “Edad” ($p = ,747$) y el estilo de afrontamiento “Centrarse en emociones y desahogarse” ($p = ,595$). Así pues el modelo de regresión significativo engloba, como variables independientes, al Entrevistador 3 (el proveniente de Valladolid), las puntuaciones en el STAI-R y la presencia de estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis. Se constata que este modelo es significativo ($F(5,68) = 36,44, p = ,000$) y explica el 67,9% de la varianza de la variable dependiente, las puntuaciones en ansiedad estado.

Tabla 46

Regresión múltiple. Variables predictoras de la Ansiedad Estado

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	gl	Sig. cambio en F
Paso 1: Entrevistador 3	,20	,20	17,95	1,72	,000
Paso 2: Entrevistador 3, Ansiedad rasgo	,59	,39	66,23	1,71	,000
Paso 3: Entrevistador 3, Ansiedad rasgo, Depresión	,61	,03	4,93	1,70	,030
Paso 4: Entrevistador 3, Ansiedad rasgo, Depresión, Estresores Procedimiento HD	,68	,07	14,08	1,69	,000

Para terminar este análisis, se aportan en la Tabla 47 los coeficientes de regresión para cada una de las variables incluidas en este modelo así como la significatividad de los mismos.

Tabla 47

Coefficientes de regresión para la ansiedad estado

	Coeficientes estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Entrevistador 3	,31	4,37	,000	,92	1,09
Ansiedad Rasgo	,28	2,64	,010	,40	2,49
Depresión	,22	2,37	,021	,52	1,91
Estrés. Procedimiento HD	,33	3,75	,000	,61	1,64

La siguiente variable considerada como dependiente es la ansiedad rasgo (las puntuaciones del STAI-R). Como independientes se eligieron las que resultaron significativas en los análisis del capítulo anterior (lugar de procedencia, puntuaciones en depresión, estresores relacionados con el procedimiento y estilo de afrontamiento “centrarse en emociones y desahogarse”) y además se añadieron, por pertinencia teórica, las variables relacionadas con la enfermedad (meses con la IRC y meses en HD), los diferentes grupos de estresores, así como el apoyo social. Como resultado de la comprobación de los supuestos se excluyeron del análisis las siguientes variables:

- El apoyo social por no seguir un modelo de relación lineal ($F(1,78) = 0,04$, $p = 0,836$ en la prueba de estimación curvilínea).
- El tiempo que el paciente lleva con la enfermedad ($F(1,78) = 0,84$, $p = 0,362$ en la prueba de estimación curvilínea).

En el modelo de regresión obtenido quedaron, como variables excluidas, las relacionadas con la enfermedad (estadio y tiempo en hemodiálisis) y los estresores ambientales y relacionados con la dependencia. El resumen del modelo se ofrece en la Tabla 48. No hubo problemas de autocorrelaciones dado que el valor p del estadístico de Durbin-Watson fue mayor a 1 y cercano a 2 ($d=1,81$).

Tabla 48

Regresión múltiple. Variables predictoras de la ansiedad rasgo

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	gl	Sig. cambio en F
Paso 1: Depresión	,49	,49	68,93	1,71	,000
Paso 2: Depresión, Estresores procedimiento HD	,63	,14	25,52	1,70	,000
Paso 3: Depresión, Estrés. procedimiento HD, Estresores interacción	,66	,03	5,92	1,69	,018
Paso 4: Depresión, Estrés. procedimiento HD, Estresores interacción, Centrarse en emociones y desahogarse	,69	,03	6,53	1,68	,013

Así pues la ansiedad rasgo de los sujetos de la muestra vendría predicha de forma significativa por la influencia de los niveles de depresión que presenten los pacientes, los estresores de procedimiento y de interacción y el centrarse en emociones y desahogarse a la hora de afrontar el estrés. Este modelo explicaría el 69% del total de la varianza de la variable dependiente. En la Tabla 49 se indican los coeficientes de regresión para cada una de las variables incluidas así como la significatividad de los mismos.

Tabla 49

Coefficientes de regresión para la ansiedad rasgo

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Depresión	,52	6,99	,000	,84	1,20
Estresores procedimiento HD	,30	3,82	,000	,73	1,37
Estresores interacción	,16	2,36	,021	,97	1,04
Centrarse en emociones	,19	2,56	,013	,81	1,23

La tercera variable dependiente relacionada con el perfil psicosocial de los enfermos son los síntomas depresivos medidos con las puntuaciones obtenidas en el BDI. Como variables independientes se tomaron las que resultaron significativas en el MANOVA (estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis y estilo de afrontamiento “desconexión conductual”) y además aquellas que teóricamente podrían ser pertinentes con la

depresión: tiempo con la IRC, tiempo en HD, ansiedad rasgo, y estrés. No se deseó ninguna variable del análisis por problemas de estimación curvilínea, y tampoco se dieron autocorrelaciones (d de Durbin-Watson = 1,6). El resumen del modelo predictivo se recoge en la Tabla 50.

Tabla 50

Regresión múltiple. Variables predictoras de la depresión

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	gl	Sig. cambio en F
Paso 1: Ansiedad Rasgo	,47	,47	48,58	1,55	,000
Paso 2: Ansiedad Rasgo, Acontecimientos vitales	,51	,04	4,11	1,54	,048
Paso 3: Ansiedad Rasgo, Acont. Vitales, Planificación	,54	,04	4,31	1,53	,043

A la vista de la Tabla 50 se confirma el poder predictor sobre la depresión de la ansiedad rasgo, los acontecimientos vitales estresantes y el modo de afrontamiento basado en la planificación, con una explicación del 54% del total de la varianza. Los coeficientes estandarizados para cada una de las variables se ofrecen en la Tabla 51, destacando el valor negativo de la planificación.

Tabla 51

Coefficientes de regresión para la depresión

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Ansiedad Rasgo	,63	6,36	,000	,87	1,15
Acontecimientos vitales	,20	2,04	,046	,88	1,14
Centrarse en emociones	-,19	-2,08	,043	,99	1,01

Por último, con respecto al apoyo social, se tomaron como variables predictoras las significativas de los ANOVA: el estado civil y el nivel socioeconómico transformadas en variables *dummy* y el número de personas de convivencia. También se incluyeron la depresión (por sus posibles consecuencias de aislamiento social) y los estresores de interacción (como posible fuente de apoyo en la diálisis). Ninguna de las variables consideradas entró dentro de

los límites de significación en el procedimiento STEPWISE. Con el método ENTER ninguno de los coeficientes de regresión resultó significativo. Así pues con los datos de esta muestra no podemos determinar los factores que predicen que un enfermo renal crónico en hemodiálisis tenga un mayor o menor nivel de apoyo social.

6.4.2. ESTRÉS

Se han establecido tres variables dependientes diferentes en relación con las medidas del estrés: el nivel total de estrés que presentan los pacientes, los estresores que se dan en la hemodiálisis y las consecuencias del estrés.

En relación con el nivel total de estrés se tomaron, como variables independientes, las sociodemográficas edad y sexo (pertinentemente transformada en variable ficticia); las relacionadas con la enfermedad, tiempo con la IRC y la HD; las psicosociales ansiedad, depresión y apoyo social, los diferentes tipos de estresores y los modos de afrontamiento. Se desestimaron del análisis por no seguir una relación lineal las siguientes variables:

- Edad: $F(1,56) = 0,29$, $p = ,591$ en la prueba de estimación curvilínea.

- Tiempo con la enfermedad: $F(1,55) = 0,005$, $p = ,943$ en la prueba de estimación curvilínea.

- Tiempo en hemodiálisis: $F(1,56) = 1,71$, $p = ,196$ en la prueba de estimación curvilínea.

No se detectaron problemas de autocorrelaciones (d de Durbin-Watson=2,36). En el modelo final de predicción (Tabla 52), capaz de explicar el 93% de la varianza, resultaron significativas las variables ansiedad rasgo y todos los tipos de estresores relacionados con la hemodiálisis: de interacción, de procedimiento, de dependencia y ambientales.

Tabla 52

Regresión múltiple. Variables predictoras del nivel total de estrés

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	gl	Sig. cambio en F
Paso 1: Ansiedad rasgo	,38	,38	34,55	1,56	,000
Paso 2: Ansiedad rasgo, Estresores interacción	,68	,30	51,62	1,55	,000
Paso 3: Ansiedad rasgo, Estresores interacción, Estresor. procedimiento HD	,86	,18	68,24	1,54	,000
Paso 4: Ansiedad rasgo, Estresores interacción, Estresor. procedimiento HD, Estresores dependencia	,91	,06	33,97	1,53	,000
Paso 5: Ansiedad rasgo, Estresores interacción, Estresor. procedimiento HD, Estresores dependencia, Estresores ambientales	,93	,02	11,57	1,52	,001

Respecto a los coeficientes de regresión todos ellos resultaron significativos como puede apreciarse en la Tabla 53.

Tabla 53

Coefficientes de regresión para el nivel total de estrés

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Ansiedad rasgo	,11	2,41	,020	,63	1,59
Estresores interacción	,48	11,74	,000	,79	1,26
Estresores procedimiento HD	,47	10,46	,000	,68	1,47
Estresores dependencia	,24	6,21	,000	,89	1,13
Estresores ambientales	,13	3,40	,001	,91	1,11

En relación con los estresores presentes en la hemodiálisis se tomaron cada uno de los tipos (de procedimiento, de dependencia, de interacción y ambientales) como variables dependientes separadas y como variables independientes se establecieron tres bloques conceptuales: variables sociodemográficas (edad y ciudad de procedencia), variables relacionadas con la enfermedad (tiempo con la IRC, estadio de la enfermedad, tiempo en HD y tiempo con el mismo personal sanitario) y variables psicosociales (ansiedad, depresión, apoyo social y estilos de afrontamiento).

Para los *estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis* se obtuvo un modelo predictivo capaz de explicar el 52% de la varianza de la variable dependiente. Una *de Durbin-Watson* de 1,81 confirmó la ausencia de autocorrelaciones. La significatividad del modelo se puede constatar en la Tabla 54.

Tabla 54

Regresión múltiple. Variables predictoras Estresores de Procedimiento

Modelo	Estadísticos de cambios				
	R ²	Incremento en R ²	Cambio en F	Sig. cambio en F	gl
Paso 1: Ansiedad estado	,42	,42	50,32	1,70	,000
Paso 2: Ansiedad estado, Ansiedad rasgo	,47	,05	7,15	1,69	,009
Paso 3: Ansiedad estado, Ansiedad rasgo, Aceptación	,52	,05	6,51	1,68	,013

Respecto a los coeficientes de regresión todos ellos resultaron significativos como puede apreciarse en la Tabla 55. No obstante hay que tener una cierta cautela a la hora de considerar el estilo de afrontamiento “aceptación” como un buen predictor, dado que en el diagnóstico de colinealidad la proporción de varianza es muy alta (96%) aunque, por otro lado, el índice de condición no supera el número de 20 (se obtuvo un índice de 13,51) propuesto por Belsley (1991) como límite de la colinealidad y el resto de las variables no presentan proporciones significativas. También hay que destacar el signo negativo de dicho coeficiente, lo cual es coherente con la explicación teórica.

Tabla 55

Coefficientes de regresión para los Estresores de Procedimiento

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Constante		2,96	,004		
Ansiedad estado	,35	2,93	,005	,50	2,02
Ansiedad rasgo	,35	3,02	,004	,52	1,91
Aceptación	-,22	-2,55	,013	,93	1,08

En relación con los estresores relacionados con la dependencia el único predictor significativo en el análisis de regresión fue el número de personas con las que vive el paciente: coeficiente beta estandarizado=0,35 ($p=,002$). Sin embargo su capacidad predictiva fue muy escasa, al obtener un R^2 de 0,12 con lo que no se tiene en cuenta.

Con respecto a los estresores ambientales no se encontraron predicciones significativas en ninguna variable en un modelo por pasos (variables sociodemográficas, sanitarias, problemas psicosociales y afrontamiento).

Por último, en el análisis de los predictores de los estresores relacionados con la interacción se excluyeron las siguientes variables por no seguir un modelo lineal:

- Estadio de la enfermedad: $F(1,79) = ,15, p=,695$.
- Ansiedad estado: $F(1,83) = ,53, p=,466$.
- Afrontamiento basado en la religión: $F(1,80) = 2,41, p=,124$.
- Afrontamiento basado en la aceptación: $F(1,81) = 2,88, p=,093$.

No obstante, y dada la importancia teórica del afrontamiento para este análisis, se incluyeron en el modelo de regresión las transformaciones logarítmicas de los estilos “religión” y “aceptación”. Se comprobó la ausencia de autocorrelaciones (d de Durbin-Watson=2,13). El modelo predictivo obtenido fue capaz de explicar el 50% de la varianza de la variable dependiente, organizándose de acuerdo a la Tabla 56.

Tabla 56

Regresión múltiple. Variables predictoras Estresores de Interacción

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	Sig. cambio en F	
Paso 1: Ansiedad rasgo	,07	,07	4,90	1,63	,031
Paso 2: Ansiedad rasgo, Nª personas convivencia	,35	,28	26,29	1,62	,000
Paso 3: Ansiedad rasgo, Nª personas convivencia, Aceptación	,40	,05	5,55	1,61	,022
Paso 4: Ansiedad rasgo, Nª personas convivencia, Aceptación, Religión	,45	,05	5,33	1,60	,024
Paso 5: Ansiedad rasgo, Nª personas convivencia, Aceptación, Religión, Afrontamiento activo	,50	,05	5,53	1,59	,022

Respecto a los coeficientes de regresión todos ellos resultaron significativos como puede apreciarse en la Tabla 57. Sin embargo se eliminó el estilo de afrontamiento “Aceptación” por problemas de multicolinealidad. El alto índice de condición superior a 30 (35,44) unido a una alta proporción de varianza (90%) hacen que no pudiese ser considerado como un predictor fiable. También hay que destacar el signo negativo del estilo “Afrontamiento activo” y “Religión”.

Tabla 57

Coefficientes de regresión para los Estresores de Interacción

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Constante		2,10	,040		
Ansiedad rasgo	,32	3,44	,001	,97	1,03
Nº personas convivencia	,51	5,34	,000	,93	1,08
Aceptación	-,21	-2,22	,031	,98	1,02
Religión	-,23	-2,53	,014	,98	1,02
Afrontamiento activo	,22	,23	,022	,93	1,08

Los últimos análisis de regresión que se hicieron tuvieron como variable dependiente a las consecuencias del estrés medidas a través del índice general del GHQ. Se establecieron los bloques habituales (variables sociodemográficas, relativas a la enfermedad y psicosociales) y

también se tuvieron en cuenta los estilos de afrontamiento. Los resultados significativos se recogen en la Tabla 58. No se constataron problemas ni de colinealidad ni de autocorrelaciones (d de Durbin-Watson=1,93). El modelo final de predicción es capaz de explicar un 59,2% de la varianza de la variable dependiente a través de las variables “meses que el paciente ha pasado en hemodiálisis”, “depresión” y “ansiedad rasgo”.

Tabla 58

Regresión múltiple. Variables predictoras Consecuencias del Estrés

Modelo	R ²	Estadísticos de cambios			
		Incremento en R ²	Cambio en F	gl	Sig. cambio en F
Paso 1: Meses en hemodiálisis	,23	,06	4,09	1,70	,047
Paso 2: Meses en hemodiálisis, Depresión	,52	,46	66,18	1,69	,000
Paso 3: Meses en hemodiálisis, Depresión, Ansiedad rasgo	,59	,07	12,34	1,68	,001

Sin embargo el coeficiente de regresión de la primera variable no resulta significativo (Tabla 59) por lo que quedan como predictores la depresión y la ansiedad rasgo.

Tabla 59

Coefficientes de regresión para las Consecuencias del Estrés

	Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
Constante		2,97	,040		
Meses en hemodiálisis	,11	1,42	,160	,96	1,04
Depresión	,41	3,78	,000	,51	1,99
Ansiedad rasgo	,39	3,51	,001	,49	2,05

6.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A la vista de los resultados expuestos se puede confirmar que se han cumplido los objetivos propuestos para este estudio.

En primer lugar se ha podido determinar la capacidad predictiva de las variables más importantes, encontrándose relaciones significativas en todo el perfil psicosocial y el estrés. Positivamente, estas relaciones no se han visto afectadas por las variables sociodemográficas, a excepción del caso de la ansiedad estado que estuvo predicha, entre otras, por la persona que hizo la entrevista. No obstante este dato es coherente con el propio planteamiento teórico de Spielberger (1970) al considerar la ansiedad estado como un producto emocional fluctuante y transitorio muy afectado por las circunstancias que el individuo perciba como amenazantes.

En segundo lugar, con los resultados encontrados, también se han podido esclarecer los factores que afectan tanto al perfil psicosocial de los pacientes como a sus niveles de estrés, cumpliéndose así el segundo objetivo de este estudio. Además, como se verá a continuación, estas relaciones son totalmente coherentes con los resultados de investigación propuestos por otros autores y encajan con los postulados teóricos que los sustentan.

En el caso de la ansiedad estado se ha podido confirmar la relación teórica entre ella y la ansiedad rasgo en la misma línea propuesta por el propio Spielberger (2010) convirtiéndose el rasgo en un potente predictor del estado emocional del paciente. En este mismo sentido irían los resultados relacionados con el papel predictor de la depresión. Sin embargo, se ha de subrayar, que no solo los factores más relacionados con el rasgo son determinantes a la hora de predecir la ansiedad estado del paciente. También se ha podido comprobar la importancia de las variables situacionales, al destacar el papel de los estresores relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis, capaces de afectar de manera importante al nivel de ansiedad del enfermo. Los desplazamientos, las posturas y cambios posturales, el tener una enfermera nueva, el pasar mucho tiempo enganchado a la máquina y el dolor, son elementos claramente situacionales que cuando están presentes en la sesión de hemodiálisis de un determinado enfermo van a contribuir de manera significativa a aumentar sus niveles de ansiedad estado.

La ansiedad rasgo se encuentra predicha por tres grupos de factores bien determinados: la depresión, el estrés y el estilo de afrontamiento. Las relaciones entre *la depresión* y *la ansiedad* pueden ser explicadas, desde un punto de vista psicológico, a través del Modelo Tripartito de Clark y Watson (1991). Éste establece una raíz conceptual común entre la ansiedad y la depresión. De acuerdo a este modelo, ambos constructos poseen componentes compartidos, tanto generales (el afecto negativo generalizado) como específicos (la base fisiológica). Así pues es perfectamente entendible que sistemáticamente se vayan encontrando relaciones entre la ansiedad y la depresión. También dentro de la insuficiencia renal crónica se han podido comprobar estas relaciones. Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli (2009), utilizando los mismos instrumentos de medida que los usados en esta tesis, encontraron que los niveles de ansiedad rasgo correlacionaban positivamente con los de depresión, Karamanidou, Theofilou, Ginieri-Coccosis, Synodinou, y Papadimitriou, (2009) hallaron una relación significativa en 144 pacientes adultos con IRC, esta vez mediadas por la acción de las creencias sobre la salud, si bien en su trabajo no se analiza el nivel predictivo que sí se ha realizado en esta tesis.

Las relaciones entre *ansiedad* y *estrés* son otras de las constantes de estudio en la psicología de la salud. Sandín (2003) recoge numerosas referencias en las que se sitúa a la ansiedad como uno de los consecuentes emocionales más habituales de los procesos de estrés. Asimismo Lazarus (2000) establece una interesante relación entre las dos variables. Sin embargo, curiosamente, en el campo concreto de la IRC, no hay demasiada literatura que relacione ambos conceptos. Los estudios sobre el estrés en la hemodiálisis no se han centrado tanto en analizar la relación con los consecuentes del proceso de estrés (entre ellos la ansiedad), sino en relacionarlo con el afrontamiento o el cumplimiento terapéutico (p.ej. Hitchcock, Brantley, Jones, y McKnight, 1992). Las únicas referencias halladas al respecto se encuentran en una interesante línea de trabajo en la que se analiza la relación con la autoeficacia en el papel de mediador (Takaki et al. 2003). Independientemente de ello no cabe duda de la relación teórica y práctica entre el estrés y la ansiedad, justificando así los resultados hallados en nuestros análisis.

Los *estilos de afrontamiento a la ansiedad* han sido analizados en diversas patologías incluida la IRC (véase Wang et al., 2012). No obstante su estudio no es tan profuso como el referido a los estilos de afrontamiento al estrés. Además, también se han encontrado

relaciones en el sentido inverso: el uso de un estilo de afrontamiento distinto según el nivel de ansiedad rasgo que presenta la persona (González, 2004). Quizás sea por esta escasez de literatura al respecto, por lo que no se han podido extraer conclusiones determinantes sobre cuál de los estilos es mejor predictor de la ansiedad en este tipo de pacientes. No obstante los resultados de la tesis son coherentes con una gran parte de trabajos que relacionan los estilos de afrontamiento pasivos y emocionales (entre ellos el centrarse en las propias emociones y desahogarse) con un incremento de las consecuencias del estrés, entre las que podría citarse a la ansiedad. De hecho la alta expresividad emotiva y la auto-focalización negativa están relacionados con el desajuste psicológico y una mayor problemática psicosocial en los enfermos con IRC (Rivera, Montero y Sandoval, 2012).

Respecto a los predictores de la depresión los resultados significativos se encontraron en la ansiedad rasgo, la existencia de acontecimientos vitales estresantes y los estilos de afrontamiento, de modo coherente con la teoría y con otros hallazgos empíricos. Las relaciones entre la depresión y la ansiedad ya han sido comentadas en el apartado anterior, con lo cual no se aportan más datos al respecto. El papel de los *acontecimientos vitales* estresantes sobre la depresión se ha comprobado desde hace tiempo (Jenaway y Paykel, 1997) si bien no se sabe a ciencia cierta si la relación es directa o indirecta a través de la aparición de los procesos de estrés. En el caso de la IRC y la HD, Tezel, Karabulutlu y Sahin (2011) encontraron diferencias significativas entre la situación vital de quedarse sin trabajo y el nivel de síntomas depresivos. Theofilou (2011) también refiere esta misma relación, aunque mediada por la autoeficacia del paciente en el manejo de su enfermedad. Así pues los datos de esta tesis resultan coherentes con lo encontrado por otros autores.

En relación con los estilos de afrontamiento el poder predictor del estilo “Planificación” tiene signo negativo como puede derivarse de la lógica teórica que lo sustenta. En la muestra de esta tesis, aquellos pacientes que piensan cómo se va a hacer frente a un estresor y qué pasos se van a tomar para manejar mejor el problema, desarrollan menos síntomas depresivos que los demás. San Juan y Magallares (2007) en una muestra de 129 estudiantes universitarios encuentran esta misma relación al comprobar que el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la no utilización de las estrategias dirigidas a la solución de los problemas favorece el desarrollo de síntomas depresivos a través de la mediación del estilo atribucional negativo. Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y

Otalvaro (2009), trabajando con enfermos de SIDA, demostraron que un alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo centradas en el problema (entre ellas la planificación) repercutían en menos niveles de ansiedad y de depresión. En relación con la IRC, Christensen et al. (2000) pudieron comprobar el poder predictor sobre la depresión de los estilos de afrontamiento activos en una muestra de sujetos trasplantados, en la misma dirección de los resultados hallados en esta tesis.

Respecto al estrés se constata la lógica conceptual al comprobar que cuanto mayor sea el número de estresores presente en todos los aspectos de la hemodiálisis (en la interacción, en el procedimiento, en los elementos ambientales y en la dependencia) mayor es el nivel total de estrés que presenta el paciente. Hay que resaltar que aunque todos los estresores contribuyen de manera significativa a la puntuación global de estrés, no lo hacen con el mismo peso. Los estresores más psicosociales (los relacionados con la interacción) se configuran como los más importantes para nuestros pacientes, seguidos muy de cerca por los relacionados con el procedimiento de HD y a bastante distancia de los de dependencia y ambientales. Estos resultados van en la misma línea que los encontrados por Lok (1996) en Australia o por Mok y Tam (2001) en Hong-Kong aunque en contra de otros estudios en el que los estresores fisiológicos son más importantes. No obstante hay que considerar que en nuestro trabajo, los estresores relacionados con el procedimiento de HD incluyen también estresores fisiológicos (como el dolor o los cambios posturales) que son los segundos en importancia predictiva después de los de interacción y con un coeficiente de regresión casi igual (.47 frente a .48).

Asimismo es interesante destacar el papel predictor de otros tres estilos de afrontamiento: la aceptación, el afrontamiento activo y la religión. Un mayor nivel de aceptación de la enfermedad y del tratamiento (pensar que lo está ocurriendo es real y nos afecta) predice menos problemas de estrés tanto a nivel de interacción como de procedimiento. Las personas que usan este estilo viven como menos amenazantes todos los elementos relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis (desde el traslado en la ambulancia hasta la presencia de una enfermera nueva) y las relaciones con el equipo sanitario que lo atiende.

Más complicada de explicar resulta la relación entre el estilo “*religión*” y la disminución de los estresores relacionados con la interacción, dada la tradicional consideración de este estilo como pasivo y por tanto asociado a peores ajuste de salud. Sin embargo puede resultar esclarecedor el estudio de Ramírez y colaboradores (2012) sobre una muestra de 170 pacientes en hemodiálisis. En él se conceptualiza la religión como un estilo demasiado amplio para ser considerado como unidimensional y se prefiere hablar de estrategias positivas o negativas de afrontamiento derivadas de distintos aspectos de la religión. En este estudio las estrategias positivas se asociaron significativamente con una mejor calidad de vida global, mental y social, de manera independiente a otras variables. Es lógico pensar que una mejor vida social implica una menor percepción de amenaza en las relaciones interpersonales, con lo cual se podría explicar esta disminución del estrés de interacción en los sujetos de la muestra de la tesis.

En cuanto a la relación entre el estilo “*afrontamiento activo*” y los estresores de interacción, el coeficiente de predicción es positivo, en contra de lo que en un primer momento se podría pensar. Es decir, aquellos pacientes que tenían un afrontamiento más activo de su enfermedad y/o tratamiento (realizaban acciones directas y esfuerzos destinados a eliminar o paliar el estresor y sus consecuencias) también tenían más estrés a la hora de relacionarse con el equipo que lo atiende y con el resto de su entorno. El dato puede resultar chocante dado que habitualmente las estrategias activas de afrontamiento suelen estar relacionadas con un menor estrés. Sin embargo se podría dar una explicación en la siguiente dirección: el paciente que usa estrategias activas a la hora de afrontar los problemas de su enfermedad y/o tratamiento, exige más al entorno que lo rodea, dado que demanda más elementos para solucionar los problemas en comparación con aquellas personas que no utilizan estrategias activas. Si entendemos una parte del estrés como un aumento de las demandas (Labrador, Cruzado, Crespo y Vallejo, 1995), se podría considerar que el estilo activo es potencialmente más estresante que el pasivo en cuanto a exigencias del entorno. Si se diese el caso de que el personal que atiende a estos enfermos no respondiese a sus demandas, la aparición de un incremento del estrés relacional estaría más que justificada. Podría resultar interesante formular dos preguntas para futuros estudios en torno a este planteamiento: ¿el afrontamiento activo demanda más interacción que un estilo más pasivo? ¿Están preparados los equipos sanitarios para tratar con enfermos activos?

Para finalizar se puede indicar que con este estudio también se ha cumplido el último objetivo formulado: proponer pautas para la intervención psicosocial en función del poder predictivo de las variables analizadas. Analizando cada relación predictiva se pueden dar pautas interesantes a la hora de abordar psicosocialmente a los enfermos de IRC en HD.

Si se quiere reducir el nivel de ansiedad que presenta un enfermo a la hora de someterse a su sesión de hemodiálisis hospitalaria (ansiedad estado) se deben de controlar los estresores relacionados con el procedimiento:

- Disminuir el tiempo del trayecto de traslado al hospital.
- Utilizar estrategias físicas que favorezcan la movilidad y/o el cambio postural.
- Intentar que el enfermo sea atendido por el mismo personal, al menos en lo que a su enfermera habitual se refiere.
- Utilizar técnicas de distracción para acortar la sensación de estar mucho tiempo enganchado a la máquina.

Asimismo se deberían de trabajar (incluso psicoterapéuticamente si se viesen altos niveles) la ansiedad rasgo que presenta el paciente y su depresión si la hubiese. Programas de inoculación de estrés o de control de la ansiedad estarían más que recomendados en este caso¹⁶. Otras técnicas cognitivos conductuales como la Terapia Racional Emotiva de Ellis o incluso las técnicas cognitivo conductuales de tercera generación tendrían su lugar a la hora de tratar la depresión (Fuente, Franco y Mañas, 2010). Además sería útil entrenar al personal sanitario en el manejo de la sintomatología ansiosa y depresiva y de los miedos que el paciente tenga, dado que hemos podido comprobar que el personal que atiende a cada enfermo puede ser generador de ansiedad al poder ser considerado como amenazante. Hay que resaltar que el manejo adecuado de la ansiedad rasgo de los pacientes va a tener repercusiones positivas sobre otros aspectos problemáticos por ellos presentados, dado el importante papel predictivo encontrado (sobre la ansiedad estado, la depresión o el estrés).

¹⁶ Para una elección adecuada de técnicas de tratamiento véase Labrador, Echeburúa y Becoña , 2000.

Así pues, y de acuerdo a los resultados de esta tesis, el control de la ansiedad se antoja fundamental en cualquier proceso de intervención psicosocial con enfermos en hemodiálisis.

Otra parte importante de la intervención tendría que centrarse en la modificación de los estilos de afrontamiento disfuncionales, como el centrarse en las propias emociones y desahogarse (favorece la ansiedad). Fomentar la planificación (disminuye la depresión) y la aceptación (disminuye los estresores de procedimiento y de interacción) serían dos de los objetivos de la intervención. Cuanto antes acepte la persona la situación de enfermedad y las consecuencias de la misma, menor va a ser el estrés generado por el propio proceso de hemodiálisis. Asimismo cuanto antes empiece el enfermo a establecer planes y pautas para el control de los problemas que vayan surgiendo, menor será la probabilidad de generar trastornos depresivos. En este sentido el personal sanitario que lo atiende podría convertirse en un aliado fundamental a la hora de establecer pautas adecuadas de planificación. También se ha de estudiar más el afrontamiento basado en la religión para conocer qué aspectos de este estilo pueden ser funcionales y cuáles disfuncionales. Por último se ha de tener en cuenta el papel dual del afrontamiento activo dado que puede ser fuente de problemas con el equipo que atiende. Un equipo de atención correctamente entrenado en dar respuesta a los pacientes que afrontan su enfermedad y tratamiento de manera activa, podría prevenir la aparición de una carga de estrés añadida en el paciente. Sin embargo la no atención a las demandas de los enfermos más activos supondría un incremento de sus niveles de estrés en relación con la interacción, con las consiguientes posibles consecuencias negativas, incluida la ansiedad.

Capítulo 7
Conclusiones

Las conclusiones que se presentan a continuación como apartado final de la presente tesis doctoral, resumen los puntos principales a los que se ha llegado después de todo el trabajo anterior y se estructuran en base a cuatro grandes puntos:

1. El resumen de los datos más significativos hallados en los estudios puestos en relación con los planteamientos teóricos y de investigación revisados.
2. Una guía de indicaciones clínicas e implicaciones prácticas derivadas de los datos analizados, dirigidas a aquellos profesionales sanitarios que trabajen en el campo de la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis.
3. Una evaluación crítica de la tesis en la que se destacan los puntos más positivos y las limitaciones.
4. Una reflexión sobre las posibles líneas futuras de investigación.

7.1. HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS

Tal y como se ha visto a lo largo de esta tesis, se puede aseverar que la insuficiencia renal crónica es un enfermedad con una alta intrusividad en la vida del paciente y de las personas que lo rodean. Al hecho de la propia sintomatología física que la enfermedad aporta, hay que añadir la cronicidad de la misma, el deterioro y el riesgo real de mortalidad. Además, lo que supone la terapéutica en sí. De todos los tratamientos sustitutivos, el más habitual y también el que más complicaciones desde el punto de vista psicosocial tiene, es la hemodiálisis (Panagopoulou, Hardalias, Berati y Fourtounas, 2009). La dependencia constante de una máquina, el trato continuo y obligado con el equipo sanitario, el cuidado intersesiones que hay que realizar o los inconvenientes específicos que la sesión de hemodiálisis conlleva, contribuyen a convertir este tipo de tratamiento en un riesgo psicológico para determinados pacientes. De hecho, habitualmente, se indica que las características de la IRC y del tratamiento con HD, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia de máquinas y personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral, entre otras, justifican que los

pacientes en HD presenten con frecuencia trastornos emocionales (Álvarez-Ude, 2001). No obstante, y a raíz de lo revisado en esta tesis, hay que ser cautos en cuanto a la globalización de los resultados de los estudios. La frecuencia y severidad de los trastornos psicológicos en estos pacientes y las complicaciones psicosociales que presentan, varían de una a otra publicación, presumiblemente por diferencias en la época del estudio, en la naturaleza de la población analizada y en el tipo de instrumentos. Así pues parece necesario tener en cuenta determinadas variables muestrales y/o culturales para poder definir la situación psicosocial de este tipo de pacientes.

Uno de los objetivos de este trabajo era establecer un perfil psicosocial del enfermo renal crónico en hemodiálisis dentro de la población analizada. A la vista de los resultados se puede decir que el “paciente tipo” de nuestra muestra (por mayor presencia de estas características) es un varón casado de 61 años de edad, sin estudios, jubilado de nivel socioeconómico medio que convive con su cónyuge. Lleva un tiempo medio de padecimiento de la enfermedad de algo más de 11 años y más de 3 años de media en tratamiento en hemodiálisis. Además presenta alguna otra enfermedad y consume fármacos regularmente tanto para el tratamiento de su IRC como de sus otras enfermedades. A nivel psicológico presenta un nivel de ansiedad rasgo casi el doble superior a su ansiedad estado. La probabilidad de tener un problema de ansiedad importante (más del centil 50) se sitúa en el 35,4%. Este paciente tipo tiene más probabilidad de tener sintomatología relacionada con la depresión que de no tenerla (51% vs. 49%) y en caso que así fuera, más probabilidad de que esta sea moderada o severa (30%) que leve (20%). Como factor de amortiguación, el enfermo tipo de esta tesis contaría con un nivel de apoyo social intermedio.

En lo referente al estrés se comprueba una mayor importancia de los estresores relacionados con la hemodiálisis que de los derivados de acontecimientos vitales estresantes. El miedo al sufrimiento, los desplazamientos hasta el lugar de la hemodiálisis y el tener que pasar mucho tiempo conectado a la máquina se configuran como los más frecuentes entre los pacientes de la muestra. Los diferentes estresores evaluados a través del listado elaborado para esta investigación pudieron ser agrupados en bloques bien definidos tanto estadística como conceptualmente: estresores ambientales (relacionados con la iluminación y el ruido de la sala de diálisis), estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis en si (los desplazamientos, las posturas y cambios posturales, el tener una enfermera nueva, el pasar

mucho tiempo enganchado a la máquina, el dolor y el miedo), estresores relacionados con la interacción (falta de apoyo y reconocimiento, tanto por parte del equipo de tratamiento como por otras personas), falta de información y problemas en las relaciones tanto con el equipo sanitario como con familiares, amigos, pacientes y otros) y estresores relacionados con la dependencia (falta de autonomía en la vida privada y en el autocuidado) y no participación en la toma de decisiones respecto a la enfermedad y el tratamiento. No obstante no todos los estresores tienen el mismo grado de habitualidad para el enfermo. Los que más están presentes son los estresores relacionados con el procedimiento de la hemodiálisis en sí, seguido de los factores ambientales y de la dependencia que la enfermedad y el tratamiento suponen. En cambio los estresores relacionados con las interacciones (tanto internas en el hospital como externas a él) aparecen como los menos habituales. Sin embargo la frecuencia no correlaciona al cien por cien con el impacto que los estresores presentan. De hecho, a nivel predictivo, los estresores de interacción y los del procedimiento de HD se sitúan como los más importantes, en detrimento de los ambientales y de dependencia. Así pues una menor presencia de estresores no implica una menor importancia de los mismos.

Respecto a las consecuencias de la presencia de estos estresores la mayor parte de la sintomatología asociada al estrés es de carácter psicofisiológico (tan solo el 20,9% del total de la muestra manifestaba pocos o ninguno de los síntomas) seguida de la sintomatología relacionada con la ansiedad y la tensión (presente en el 69,8% de la muestra aunque con grados variables).

En el afrontamiento al estrés de la IRC y la HD de los enfermos hay una alta variabilidad de estilos no habiendo un solo estilo o grupos de estilo mayoritario. Los más habituales son la aceptación del problema acompañado de la búsqueda de refugio en la religión. Por el contrario los pacientes no suelen usar habitualmente el consumo de alcohol y drogas como forma de afrontamiento ni tampoco el humor. Tradicionalmente se ha asociado el afrontamiento activo a una mejor adaptación a los retos y estresores que supone la presencia de una enfermedad física crónica, encontrándose resultados similares en el caso de la IRC (Lindqvist, Carlsson, y Sjoden, 1998; Khechane y Mwaba, 2004) datos coincidentes con los resultados de esta tesis. Por otro lado el afrontamiento religioso es una estrategia encontrada en muestras en tratamiento en diálisis (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). Si bien mayoritariamente se ha considerado como una estrategia de coping evasiva-

pasiva y por tanto favorecedora de peores resultados de adaptación a la enfermedad (Arraras, Wright, Josue, Tejedor et al., 2002; Carrobles, Remor, y Rodríguez-Alzamora, 2003), de acuerdo a Pargament (1998), la conceptualización del afrontamiento religioso como una estrategia basada en recibir ayuda de un ser superior sobrenatural favorecería que las personas encontrasen un significado a las situaciones negativas que les estuviesen ocurriendo y a través de mecanismos como el perdón, la superación o el apoyo espiritual mejorarían su confort emocional, pudiendo ayudar a una mejor adaptación. La división de este estilo en dos grupos de estrategias distintas también podría explicar los resultados (Ramírez y colaboradores, 2012).

Como resumen a los resultados encontrados en la parte descriptiva de esta tesis podemos concluir que:

1. Los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis de la muestra presentan un perfil psicosocial bien definido: niveles altos de ansiedad más significativos en la ansiedad rasgo que la de estado (35,4% con signos de ansiedad estado superiores al centil 50 vs. 16% en ansiedad estado), presencia significativa de depresión (el 30% tiene puntuaciones entre moderadas y severas en BDI), un nivel de apoyo social medio y consecuencias del estrés de carácter psicofisiológico y de ansiedad-tensión provocadas fundamentalmente por estresores relacionados con el proceso de hemodiálisis en si y por los factores ambientales.
2. Los pacientes de la muestra tienen niveles de ansiedad y depresión superiores a la población normal y son coincidentes con los de otros estudios similares tanto en población española como extranjera. El dato es fundamental dado que la ansiedad y la depresión son predictoras de la calidad de vida de los pacientes en HD (Vázquez, 2003).
3. No podemos hacer una comparación literal de los estresores de esta tesis con los encontrados en otros estudios dado que la forma de categorización y los instrumentos usados son dispares. No obstante en los estudios que usan una metodología similar a la de este trabajo utilizando un listado de estresores (p.ej. Cormier-Daigle y Stewart, 1997) sí hay coincidencia en la frecuencia e importancia de los elementos que más estresan a los pacientes en hemodiálisis, en especial en lo referido a los factores ambientales (traslados) y los miedos que los enfermos tienen.

4. Los estresores que afectan a los pacientes de la muestra pueden ser agrupados de forma conceptual y estadísticamente significativa. Ordenar estos factores en un sistema de categorización sencillo pero exhaustivo podría resultar de ayuda a la hora de entender y mejorar la calidad de vida de los enfermos con IRC. Así cualquier sanitario que trate con ellos, y de acuerdo a lo aquí encontrado, podría hacer un chequeo rápido y organizado de los estresores que afectan a sus pacientes conociendo de antemano el posible impacto de los mismos.

Al analizar las relaciones entre las diferentes variables tenidas en cuenta en nuestro estudio se puede extraer las siguientes conclusiones:

1. La existencia de diferentes entrevistadores puede afectar a los resultados obtenidos. En nuestro caso concreto se dieron diferencias significativas en la ansiedad estado. Una determinada actitud del entrevistador puede ser más o menos generadora de ansiedad durante el proceso de entrevista. Además el paciente puede interpretar los ítems del cuestionario como referidos al momento mismo de la entrevista y no al último mes como se indica en las instrucciones del cuestionario. Así la interacción entre ambas podría ser la responsable de las diferencias significativas en la ansiedad estado. Este es un aspecto a considerar en la investigación futura.
2. De entre las variables sociodemográficas que establecen diferencias en el perfil psicosocial de los enfermos, la variable más importante (por el número de diferencias que establece) es el lugar de procedencia. Los pacientes de la muestra recogida en Valladolid presentan más ansiedad (tanto estado como rasgo), han tenido más estresores vitales, tienen mayor cantidad de estresores relacionados con la hemodiálisis y utilizan más como estilo de afrontamiento el centrarse en sus emociones y desahogarse. La presencia de más estresores vitales y de procedimiento y la utilización de un estilo pasivo de afrontamiento asociado en otros trabajos a un manejo inadecuado del estrés podrían explicar las mayores puntuaciones en ansiedad estado y rasgo. No obstante dado el insuficiente tamaño muestral para cada grupo en sí no podemos establecer esta afirmación más que como hipótesis.

Del resto de las variables psicosociales también hay que tener en cuenta el estado civil tanto individualmente (establece diferencias en el apoyo social) como en interacción con el sexo

(marca diferencias significativas en los niveles de depresión del BDI), el nivel socioeconómico (provoca diferencias en el apoyo social), el número de personas con las que convive el paciente (afecta también al apoyo social) y la edad (con diferencias significativas en el estilo de afrontamiento relacionado con la religión).

3. En relación con las variables médicas hay que destacar el papel del tiempo que los pacientes llevan en hemodiálisis y el estadio de la enfermedad en que se encuentran. En líneas generales se puede afirmar que a mayor tiempo con la IRC y la HD se producen una mayor problemática en las consecuencias derivadas del estrés. Además también varían los estilos de afrontamiento según varía el estadio de la enfermedad. Según avanza la IRC, se produce una disminución de la negación de la enfermedad, pero que no se acompaña de una mayor aceptación de la misma. Este resultado es especialmente claro en la fase terminal. Es lógico pensar que ante una situación de terminalidad el proceso de aceptación implica la aceptación de la muerte, hecho sumamente difícil para cualquiera (Uribe, Valderrama y López, 2007).
4. Entre las variables psicosociales se confirma la relación teórica entre la ansiedad y la depresión, hecho frecuente tanto en la clínica como en la investigación. Sin embargo no se ha podido demostrar el papel modulador del apoyo social. Una medición inadecuada del mismo, al tener solo en cuenta su aspecto cuantitativo, podría estar en la base de esta ausencia de resultados significativos.
5. En relación con el estrés cabe destacar que se ha podido demostrar que éste tiene un efecto fundamental sobre la ansiedad y la depresión de los pacientes, en el sentido de que a mayor nivel de estrés mayor puntuaciones tanto en ansiedad como en depresión. Es especialmente importante el papel de los estresores relacionados con el procedimiento de hemodiálisis, puesto que son los que marcan las diferencias más significativas entre los grupos. También es destacable la influencia de los estresores de interacción, siendo más secundario el papel de los estresores ambientales y los relacionados con las situaciones de dependencia.
6. Se ha podido demostrar la importancia de los estilos de afrontamiento como elementos que facilitan o inhiben los problemas psicológicos. Dos estilos pasivos como el “centrase en las emociones y desahogarse” y el “consumo de alcohol y drogas” establecen diferencias en los

niveles de ansiedad de los enfermos, teniendo más problemas aquellos sujetos que más usan estos estilos. Lo mismo ocurre con los niveles de estrés. También se ha encontrado una relación significativa similar entre la “desconexión conductual” y la depresión: aquellas personas que más renuncian a esforzarse por alcanzar el objetivo con el que interfiere el estresor, experimentan niveles de depresión más frecuentemente y más altos. En cambio estilos activos como la “reinterpretación positiva” o la “planificación” tienen consecuencias positivas sobre el estrés y la depresión, al experimentar menos problemas los pacientes que más los usan.

Por último hay que destacar que en esta tesis se ha alcanzado un nivel predictivo interesante, al encontrar relaciones significativas entre numerosas variables, siendo todas coherentes con lo hallado en otros estudios. En la Figura 40 se representan gráficamente estas relaciones.

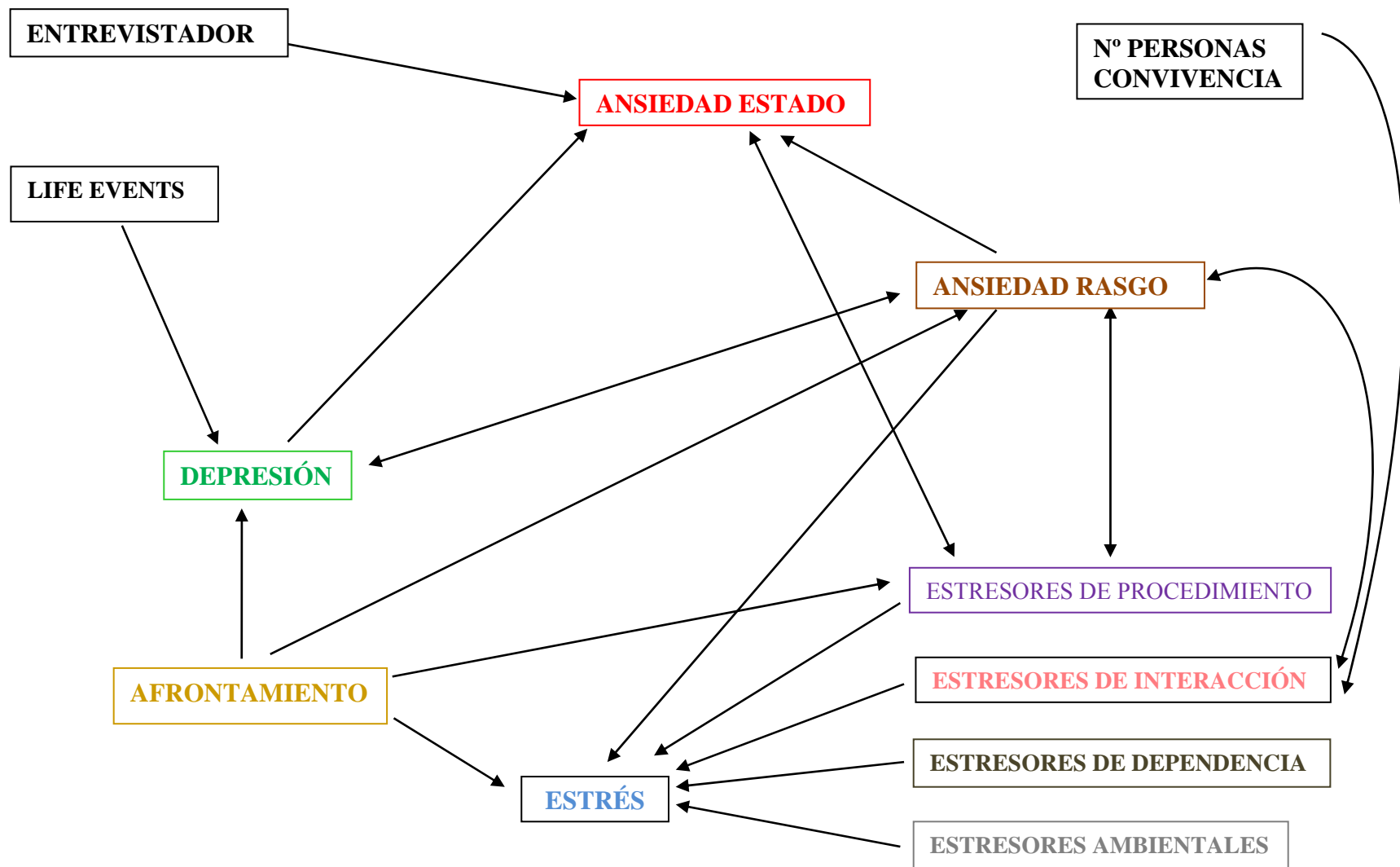


FIGURA 40. Relaciones predictivas significativas entre las diferentes variables de la investigación.

7.2. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

En el planteamiento inicial de esta tesis, se indicaba la intencionalidad de hacer converger los caminos académico y científico, de tal modo que este trabajo pudiese resultar interesante tanto para quien quisiera conocer más profundamente los aspectos psicosociales de la IRC, como para el clínico que quisiese abordar de modo interdisciplinar el tratamiento de sus pacientes. Derivadas de los resultados de la investigación se pueden proponer una serie de pautas orientadas hacia la práctica clínica con el fin de fusionar los dos objetivos propuestos.

En primer lugar hay que destacar la necesidad de una evaluación holística del enfermo renal crónico en hemodiálisis que trascienda el tradicional diagnóstico médico. Como se ha podido comprobar a lo largo y ancho de este trabajo, la presencia de las variables psicosociales es continua. No sólo están presentes como consecuentes de la enfermedad y el tratamiento, sino se imbrican de tal modo con el proceso de la cronicidad, que pueden llegar incluso a determinar la supervivencia del paciente. El papel de la ansiedad, la depresión, el apoyo social y el estrés se antoja fundamental en el devenir de cada sujeto, y, por tanto, creemos que es imprescindible su correcta evaluación. La aplicación de los cuestionarios más adecuados ha de ir acompañada de una entrevista personal que sirva de orientación para la posterior intervención. En este sentido, en esta tesis, se ha podido comprobar la utilidad de los cuestionarios usados (a excepción, quizás, de la medición del apoyo social) y se propone un instrumento específico de evaluación del estrés con una alta fiabilidad que puede ser válido tanto para el clínico como para el investigador. Así pues la evaluación integral del paciente es fundamental para poder prestar la ayuda psicológica necesaria a los pacientes que ingresan en diálisis, tanto si es su primera vez como si son reincidentes.

En segundo lugar hay que tener presente que el abordaje adecuado de la IRC exige un cuidado integral (Atencio et al., 2004). La ayuda psicosocial es necesaria tanto para soportar la carga psicológica que supone la enfermedad y su tratamiento, como para dotar a los pacientes de recursos que le permitan hacer frente a las distintas necesidades y estresores que van surgiendo. Además la intervención se ha de dirigir a tratar los síntomas más importantes y aumentar la calidad de vida. Así se podría proponer una triple intervención psicosocial en los enfermos renales crónicos sometidos a un tratamiento de hemodiálisis:

1°. *Psicoeducativa*: indicada al debut de la enfermedad. El principal objetivo de este tipo de intervención psicosocial consistiría en explicar al paciente la enfermedad, el tratamiento y los mecanismos y procesos psicológicos que se ponen en marcha cuando enfermamos. Se debe de dar información suficiente sobre los mitos y realidades de la IRC y el tratamiento por hemodiálisis así como las necesidades de cuidado básico que exige la enfermedad. También se tratarían los aspectos referidos a la cronicidad y las alteraciones psicosociales que pueden derivarse de esta situación. Se intenta proveer al paciente de los conocimientos y habilidades necesarias para hacer frente a la nueva situación. Se buscaría la implicación del resto del equipo sanitario que previamente habrían de ser entrenados en la transmisión de la información y en las habilidades sociales necesarias para atender a los pacientes y a sus familias. La creación de un equipo de trabajo sería el segundo objetivo a conseguir en este tipo de intervención. También se buscaría mejorar la adherencia terapéutica, tan necesaria en cuestiones como el control de la ganancia de líquidos intersesiones.

2°. *Promoción de la salud y afrontamiento de la enfermedad*: uno de los primeros objetivos de la intervención sería ayudar al paciente a detectar las reacciones psicológicas más frecuentes y determinar la funcionalidad o no de las mismas. Así mismo se trabajaría el reconocer y superar las posibles complicaciones, brindando el soporte psicológico necesario, tanto para el paciente como para su familia. El manejo adecuado de la enfermedad y el tratamiento no solo ha de buscar minimizar las consecuencias negativas sino también el promover la creación de conductas y actitudes que maximicen la salud. En este sentido la construcción de una red de apoyo social adecuado y el trabajo en grupo facilitarían este objetivo. Un último propósito iría encaminado a ayudar al paciente a integrar cognitivamente y afectivamente la enfermedad en su vida. Se trabajarían aspectos como la autorregulación emocional, el control de síntomas, el desarrollo de la autoeficacia y la elaboración de estrategias de afrontamiento adecuadas, tanto a los problemas que surgen como al estrés de ellos derivados. De acuerdo a los resultados de esta tesis se podrían seguir algunas indicaciones a la hora de elaborar este tipo de intervención:

A. Controlar la ansiedad estado que supone la diálisis: tener en cuenta al personal que realiza el proceso (pueden ser fuente de apoyo o fuente de estrés), la ansiedad de rasgo que el paciente “traiga”, sus niveles de depresión y la existencia de estresores

relacionados con el procedimiento (ver cuáles son y dar recomendaciones para que no se produzcan).

B. Controlar los estresores relacionados con la interacción: entrenar al personal sanitario en el manejo de la sintomatología ansiosa y depresiva y de los miedos que el paciente tenga, dado que hemos podido comprobar que el personal que atiende a cada enfermo puede ser generador de ansiedad al poder ser considerado como amenazante.

C. Controlar los estresores relacionados con el procedimiento:

- Disminuir el tiempo del trayecto de traslado al hospital.

- Utilizar estrategias físicas que favorezcan la movilidad y/o el cambio postural.

- Intentar que el enfermo sea atendido por el mismo personal, al menos en lo que a su enfermera habitual se refiere.

- Utilizar técnicas de distracción para acortar la sensación de estar mucho tiempo enganchado a la máquina.

D. Favorecer las estrategias de búsqueda de apoyo social tanto emocional como instrumental.

E. Modificar los estilos de afrontamiento disfuncionales como el centrarse en las propias emociones y desahogarse o el consumo de alcohol o drogas para hacer frente a los problemas.

F. Transmitir estrategias de afrontamiento que favorezcan una mejor adaptación a la enfermedad y que eviten consecuencias psicosociales negativas. Entre ellas estarían el fomentar la planificación y la aceptación. De acuerdo a los resultados de esta tesis cuanto antes empiece el enfermo a establecer planes y pautas para el control de los problemas que vayan surgiendo menor será la probabilidad de generar trastornos depresivos.

G. Ayudar a dar sentido y a integrar la enfermedad y su tratamiento en el contexto vital y existencial del paciente. Tal y como se ha visto, cuanto antes acepte la persona la situación de enfermedad y las consecuencias de la misma, menor va a ser el estrés generado por el propio proceso de hemodiálisis.

3°. *Tratamiento de la psicopatología* y los trastornos asociados: se ha de manejar la sintomatología ansiosa y depresiva tanto a nivel farmacológico como psicológico. Asimismo se deberían de trabajar psicoterapéuticamente la ansiedad rasgo que presenta el paciente y su depresión si la hubiese. Programas de inoculación de estrés o de control de la ansiedad estarían más que recomendados en este caso. Otras técnicas cognitivas conductuales como la Terapia Racional Emotiva de Ellis o incluso las técnicas cognitivas conductuales de tercera generación también podrían usarse. En definitiva cualquier intervención psicosocial sobre el enfermo renal crónico en hemodiálisis se habrá de dirigir a mejorar su control y regulación emocional, a aumentar su bienestar y calidad de vida, y, en último término, a contribuir a aumentar su supervivencia.

7.3. ANÁLISIS CRÍTICO

Tal y como indican Bierman y Assali (1996) el desarrollo del pensamiento crítico es uno de los elementos fundamentales para alcanzar niveles más altos de rendimiento y obtener estándares cada vez más altos. Es por ello por lo que a continuación se ofrece un intento de análisis crítico de la presente tesis, intentando hacer un ejercicio de auto-evaluación que ayude a poner en valor el trabajo aquí presentado.

7.3.1. PUNTOS A MEJORAR

- No se han podido controlar todas las posibles variables extrañas. Por ejemplo aunque se eliminaron de la muestra los pacientes con historia de trastornos psiquiátricos no se controló el historial anterior de depresión y ansiedad del sujeto que podía haber estado influyendo los niveles actuales de patología. Sin embargo hay que destacar que las variables que sí se

consideraron han estado controladas sin afectar de manera significativa a las relaciones entre variables independientes y dependientes.

- Estrictamente se puede decir que con los instrumentos usados no medimos la depresión clínica sino manifestaciones de la depresión. De todos modos esto es algo habitual en la investigación psicológica y los estudios realizados con el BDI son innumerables, aceptando tácitamente sus puntuaciones como indicadores de la depresión.
- Para poder hablar de una relación directa entre ansiedad/depresión y sintomatología física de los pacientes, es necesario incluir variables neurológicas y/o fisiológicas que no han sido contempladas en este estudio. Es por ello por lo que se ha de tener prudencia a la hora de interpretar estos resultados.
- Presencia de más de un entrevistador: a pesar de haber recibido el mismo entrenamiento y las mismas instrucciones (tanto orales como escritas) la presencia de distintos entrevistadores generó diferencias significativas aunque también es cierto que sólo en la variable ansiedad estado. No obstante para evitar posibles problemas en el futuro sería recomendable utilizar un solo entrevistador para toda la muestra.
- Tener en cuenta problemas con la deseabilidad de las respuestas frente a algún tipo de estrategia de afrontamiento que sea valorada como poco aceptable socialmente (p.ej. el consumo de alcohol y/o drogas).
- Plantear una nueva estrategia de evaluación del apoyo social así como instrumentos más adecuados para evitar la ausencia de resultados significativos.

7.3.2. ASPECTOS DESTACABLES

- Muestra homogénea: p.ej. grupos similares en proporción con el tiempo en HD impiden que efectos como el de la luna de miel de diálisis (entre 6 semanas y 6 meses; Mok y Tam, 2001) alteren los resultados.

- Muestra multicéntrica: nos permite observar el papel de variables intermedias relacionadas con el entorno.
- Tamaño muestral mayor que muchos otros estudios publicados (p.ej. Mok y Tam, 2001).
- Sistematización de numerosas variables psicosociales que en otros estudios están deslavazadas: en relación con los estudios españoles acerca de los aspectos psicosociales en la IRC y la HD la mayor parte de ellos se han centrado en la descripción de las complicaciones psicopatológicas (Zahonero, 1985; Celdrán, García, Plaza y Hernando, 1987; Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001; Álvarez y Gastó, 2003). En mucha menor medida también se han analizado variables relacionadas con el estrés (Barba y cols, 1998) y el apoyo y la situación familiar (García-Camba, Barril, Bernis, Álvarez, García y Traver, 1992). Como trabajos más globales se encuentra la tesis de licenciatura de Ventura en 1986 y el manual presentado por Iglesias en 2000. Así pues es difícil encontrar un estudio que abarque de manera global los diferentes aspectos psicosociales. Esta tesis presenta este valor.

7.4. LÍNEAS DE TRABAJO PARA EL FUTURO

Uno de los requisitos que se le pide a cualquier investigación científica es que sea fructífera (Kerlinger y Lee, 2002). En este sentido esta tesis doctoral puede dar lugar a más investigaciones en algunas de las siguientes líneas:

- Desarrollar el estudio del papel del apoyo social como variable mediadora y/o predictora entre, por ejemplo, los estilos de afrontamiento y la ansiedad o la depresión o el estrés. Contemplar no sólo la cantidad de apoyo sino también la calidad: percepción, disponibilidad...
- Considerar hacer un estudio similar al actual pero de carácter longitudinal para analizar cómo evolucionan los estados psicológicos del paciente a medida que la enfermedad se cronifica y varía de estadio.

- Analizar la eficacia percibida de los estilos de afrontamiento tal y como se propone en el trabajo de Lindquist y colaboradores (1998).
- Tener en cuenta las diferencias culturales y contextuales (Mok y Tam, 2001).
- Estudiar el papel de los mediadores cognitivos, como las creencias, en la existencia de procesos ansiosos y/o depresivos. Resultados positivos encontrados por Karamanidou, Theofilou, Ginieri-Coccosis, Synodinou y Papadimitriou 2009) -> las creencias sobre el locus de control en salud se relacionan significativamente con la ansiedad y la depresión en los pacientes con IRC. Una explicación a la mayor presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes vendría dada por Álvarez-Ude et al. (2001). Para estos autores en el enfermo renal crónico en HD se produce un proceso circular entre la magnitud del malestar provocado por los síntomas que padecen, la percepción e interpretación cognitiva de la enfermedad y los síntomas y problemas del tratamiento. Así a mayores problemas más malestar, peor interpretación cognitiva y por tanto más ansiedad/depresión.
- Determinar el papel de la estrategia de afrontamiento basado en la religión: ¿es adaptativa o no? ¿Se pueden establecer diferencias según el momento de la enfermedad? ¿Se puede descomponer en varias estrategias englobadas bajo un mismo nombre?
- Establecer guías de evaluación y tratamiento psicosocial claras y apoyadas en resultados de investigación. Deberían de incluir procesos de evaluación de trastornos del ánimo, psicopatología, estrés y estilos de afrontamiento. En cuanto a los tratamientos podrían dirigirse a mejorar la adherencia terapéutica, mejorar el estado emocional y el bienestar, enseñar estrategias adecuadas de afrontamiento, integrar la enfermedad dentro de la vida y, en última estancia, prolongar la supervivencia del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghanwa, H.S. y Morakinyo, O. (1997). Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney centre in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 445-452.
- Agudelo, D., Buena-Casal, G. y Spielberg, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Al-Arabi, S.A. (2003). Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patients. (Tesis Doctoral, Universidad de Texas, 2003). *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering*, 64(3-B), 1173.
- Alarcón-Rosales, M.A. (2007). Modelo de adaptación: Aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 15(3), 155-160.
- Aldenderfer, M.S. y Blashfield, R.K. (1984). *Cluster analysis*. Beverly Hills: Sage.
- Al-Hihi E., Awad A., y Hagedorn A. (2003). Screening for depression in chronic hemodialysis patients. *Mo Medicine*. 100, 266-268.
- Altschuler, J. (1997). *Working with Chronic Illness: a Family Approach*. Hong Kong: McMillan.
- Álvarez, E. y Gastó, C. (2003). *Sintomatología depresiva en atención primaria. Algoritmos diagnósticos y terapéuticos*. Barcelona: Editorial MD.
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M.J., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, XXI(2), 191-199.

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* (1º ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Amigo, I. (2013). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Andrés, J., Monsalve, V., Soriano, J.F. y Soucase, B. (2002, Octubre). *Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida: relaciones entre las variables en una muestra de pacientes diagnosticados de fibromialgia*. Ponencia presentada en el V Congreso de la Sociedad Española del Dolor, Salamanca, España.
- Arraras, J.I., Wright, S.J., Josue, G, Tejedor, M. et al. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 181-187.
- Atencio, B., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, H., Gómez, F. e Hinostroza, D. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 50(103), 35-41.
- Baldree, K.S., Murphy, S.P. y Powers, M.J. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis. *Nursing Research*, 31(2), 107-112.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(1), 191-215.
- Barba, A.A., Pérez, E., Gómez, Y., Barba, S. y Machí, M. (1998). La evaluación del estrés en la insuficiencia renal crónica: una aproximación multidisciplinar. *Enfermería Nefrológica*, 1, 22-26.
- Barutell, A.L., Carrión, F., Berges, T. y Martínez, J. (1991). *Ciencias naturales*. Barcelona: Editorial Anaya.

- Bath, J., Tonks, S. y Edwards, P. (2003). Psychological care of the hemodialysis patients. *EDTNA-ERCA Journal*, 29(2), 85-88.
- Baum, A., Revenson, T.A. y Singer, J. (2012). *Handbook of Health Psychology. Second Edition*. Nueva York: Psychology Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper y Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory; twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Belsley, D.A. (1991). *Conditioning Diagnostics: Collinearity and Weak Data in Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol 6, pp.1-62). New York: Academic Press.
- Bernardini, J., Nagy, M. y Piraino, B. (2000). Pattern of non-compliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(6), 1104-1110.
- Bierman, A. K., y Assali, R. N. (1996). *The critical thinking handbook*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Binik, Y.M., Chowanec, G.D. y Devins, G.M. (1990). Marital role strain, illness intrusiveness and their impact on marital and individual adjustment in end-stage renal disease. *Psychology and Health*, 4, 245-257.

- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariante*. Vol. 1. Barcelona: PPU.
- Blodgett, C. (1985). Renal failure adjustment and coping style. *Journal of Personality Assessment*, 49(3), 271-272.
- Blommers, T.J., Shanbacher, B. y Corry, R. (1984). Transplant and dialysis: the cost/benefit question. *Iowa Medical*, 74, 15.
- Bolaños, E. y Sarría S.A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 32(4), 195-202.
- Bombardier, C.H., D'Amico, C. y Jordan, J.S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness and adjustment. *Behaviour Research Therapy*, 28, 297-304.
- Borrero, J. (1989). Insuficiencia Renal Crónica, diálisis y trasplante. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Insuficiencia Renal Crónica, diálisis y trasplante. Primera Conferencia de Consenso*. Washington: OMS.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Boyer, C. B., Friend, R., Chlouverakis, G., y Kaloyanides, G. (1990). Social support and demographic factors influencing compliance in hemodialysis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1902-1918.
- Brady, B.A., Tucker, C.M., Alfino, P.A., Tarrant, D.G. y Finlayson, G.C. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: A self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 339-343.
- Bresst, C. (1996). Family and chronic disease: From research to intervention. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 11, 135-145.

- Brickman, A.L. y Yount, S.E. (1996). Non-compliance in end-stage renal disease: A threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(4), 399-412.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. y Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 6, 238-247.
- Brown, J., y Fitzpatrick, R. (1988). Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 191–196.
- Burton, H.J., Kline, S.A., Lindsay, R.M. y Heidenheim, P. (1986). The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 3-4.
- Burton, H.J., Kline, S.A., Lindsay, R.M. y Heidenheim, P. (1988). The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease. *General Hospital Psychiatry*, 10, 260-266.
- Camacho Rosales, J. (2000). *Estadística con SPSS para Windows*. Madrid: Ra-Ma Editorial.
- Cameron, J. I., Whiteside, C., Katz, J. y Devins, G. M. (2000). Differences in quality of life across renal replacement therapies: A metaanalytic comparison. *American Journal of Kidney Disease*, 35, 629–637.
- Cantú, R., Uribe, B. y Cirlos, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*, 21(1), 91-102.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behaviour*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista Saúde Pública*, 31(4).
- Cea, M.A. (2002). *Análisis multivariable: teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Celdrán, M., García, J., Plaza, J. y Hernando, L. (1987). Alteraciones psicopatológicas en la insuficiencia renal crónica. Criterios de selección al programa de hemodiálisis-trasplante y técnicas de rehabilitación psicosocial. *Nefrología*, 3(3), 273-281.
- CENSIS Foundation. (1997). *Verso l'Autosufficienza. Dialisi Peritoneale e Qualità della Vita*. Milán: F. Angeli Editore.
- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K. y Franch, L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90.
- Christensen, A.J., Benotsch, E.G. y Smith, T.W. (1997). Patient acceptance of medical regimens in end-stage renal disease. En D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum Press.
- Christensen, A.J., Benotsch, E.G., Wiebe, J.S. y Lawton, W.J. (1995). Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 454-459.
- Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

- Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., Bertolatus, J. A. y Lawton, W. J. (2000). Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology, 19*, 348–353.
- Christensen, A. J., Holman, J. M., Turner, C. W., Smith, T. W. y Grant, M. K. (1991). A prospective examination of quality of life in end-stage renal disease. *Clinical Transplantation, 5*, 46–53.
- Christensen, A.J., Moran, P.J., Lawton, W., Stallman, D. y Voigts, L. (1997). Monitoring attentional style and medical regimen adherence in hemodialysis patients. *Health Psychology, 16*(3), 256-262.
- Christensen, A.J., Raichle, K., Ehlers, S.L. y Bertolatus, J.A. (2002). Effect of Family Environment and Donor Source on Patient Quality of Life Following Renal Transplantation. *Health Psychology, 21*(5), 468–476.
- Christensen, A.J. y Smith, T.W. (1995). Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of Behavioral Medicine, 18*(3), 305-313.
- Christensen, A.J., Smith, T.W., Turner, C.W. y Cundick, K.E. (1994). Patient adherence and adjustment in renal dialysis: A person X treatment interactive approach. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 549-566.
- Christensen, A.J., Smith, T.W., Turner, C.W., Holman, J.M., Gregory, M.C. y Rich, M.A. (1992). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine, 15*(4), 313-325.
- Christensen, A.J., Turner, C.W., Slaughter, J.M. y Holman, J.M. (1989). Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine, 12*(3), 249-265.

- Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M. y Gregory, M. C. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 419–424.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Smith, T. W., y Turner, C. W. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. *Health Psychology, 13*, 521–526.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Cohen, R. y Lazarus. R.S. (1973). Active coping processes, coping disposition and recovery from surgery, *Psychosomatic Medicine, 35*, 375-389.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). Orlando: Academic Press.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Comité de Registros de la Sociedad Española de Nefrología (2002). Informe preliminar de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos año 2001. En Sociedad Española de Nefrología (Ed.), *Actas del XXXII Congreso de la S.E.N.* Bilbao, España: SEN.
- Comité de Registros de la Sociedad Española de Nefrología. (2013, Diciembre). Informe de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. Años 2007 a 2013. Extraído el 3 de diciembre, 2013, de <http://www.senefro.org>.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada, 31*(140), 469-497.

- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicología*, 10, 169-179.
- Cormier-Daigle, M. y Stewart, M. (1997). Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 420-430.
- Coscarelli, C. (1990). Depresión and self perception in chronic hemodialysis patients. *General Chirurgical*, 11(10), 557-560.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23(92), 797-829.
- Cummings, M. K., Becker, M. H., Kirscht, J. P., y Levin, N. W. (1982). Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Medical Care*, 20, 567-580.
- Cunha, L., Zatta, L., Vasconcelos, P., Barbosa, M., Santana dos Santos, J., De Oliveira, L. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enfermería Global*, 10(3), 158-164.
- DeRidder, D. y Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 71-82.
- Devins, G.M. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 1, 251-263.

- Devins, G.M., Beanlands, H., Mandin, H. y Paul, L.C. (1997). Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychology, 16*(6), 529-538.
- Devins, G.M., Binik, Y.M., Hollomby, D.J., Barre, P.E. y Guttman, R.D. (1981). Helplessness and depression in end-stage renal disease. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 531-545.
- Devins, G.M., Binik, Y.M., Hutchinson, T.A., Hollomby, D.J., Barre, P.E. y Guttman, R.D. (1984). The emotional impact of end-stage renal disease: importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 13*, 327-343.
- Devins, G.M., Mandin, H., Hons, R.B., Burgess, E.D., Klassen, J., Taub, K., Schorr, S., Letourneau, P.K. y Buckle, S. (1990). Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: Comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychology, 9*, 117-142.
- Dew, M. A., Switzer, G. E., Goycoolea, J. M., Allen, A. S., DiMartini, A., Kormos, R. L. y Griffith, B. P. (1997). Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative review of the literature. *Transplantation, 64*, 1261-1273.
- Dimond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. *Research in Nursing and Health, 2*, 101-108.
- Doka, K. (1993). *Living with life-threatening illness*. New York: Lexington Books.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues, 40*, 77-98.
- Eichel, C.J. (1986). Stress and coping in patients on CAPD compared to haemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal, 13*(1), 9-13.

- Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin, K.W. y Wadhwa, N.K. (1995). Burden of self-care in seriously ill patients: Impact on adjustment. *Health Psychology, 14*, 457-463.
- Elal, G. y Krespi, M. (1999). Life events, social support and depression in haemodialysis patients. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 9*(1), 23-33.
- Ell, K., Nishimoto, R, Morvay, T., Mantell, J. y Hamovict, M. (1989). A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer, 63*, 406-413.
- Evans, R., Manninen, D., Garrison, L., Hart, G., Blagg, C., Tutman, R., Hull, A. y Lowrie, E. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine, 312*, 553.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos-Díaz, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social, 1*, 251-254.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston: Row, Peterson.
- Fitzpatrick, R, Newman, S., Archer, R. y Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine, 33*, 605-611.
- Florio, C.M. (1998). Coping style, social support, and treatment adherence among end stage renal disease patients: A cognitive-behavioral model. (Disertación Doctoral, Universidad de Nueva York, 1998). *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering, 58*(8-B), 4445.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D.S. y Coates, T.J. (1991). Translating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode (Ed.), *The Social Context of Coping* (pp. 239-260). New York: Plenum Press.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour, 21*, 219-239.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, DeLongis, A., y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Fragola, J.A., Grube, S., Von Bloch, L. y Bourke, E. (1983). Multicentre study of physical activity and employment status on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients in the United States. *Proceedings of the European Dialysis and Transplantation Association* 20, 243.
- Fuente, J., Franco, C. y Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional en universitarios. *Estudios Sobre Educación*, 19, 31-52.
- Funch, D.P. y Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, 16, 91-98.
- García, H. y Calvancece, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Psicología Salud*, 18 (1).
- García-Camba, E., Barril, G., Bernis, C., Álvarez, V., García, C. y Traver, J.A. (1992). Influencia del clima familiar en la adaptación al programa de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Archivos de Neurobiología*, 55(5), 203-208.
- Gaviria, A.M., Quiceno, J.M., Vinaccia, S., Martínez, L.A. y Otalvaro, M.C. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gerber, K.E. y Nehemkis, A.M. (1986). *Compliance: The Dilemma of the Chronically Ill*. New York: Springer.

- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Goldberg, D.P. y Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. New York: Wiley.
- Goldberg, D.P. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Goldberg D.P., y Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- González, L. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Interpsiquis, 1*.
- Goodchild, M.E. y Duncan Jones, P. (1985). Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry, 146*, 55-61.
- Gordon, L. y Moore, M. (1976). Psychiatric aspects of chronic renal disease. *Postgraduate Medicine, 70*(5), 140-146.
- Greco, P., Brickman, A.L. y Routh, D.K. (1996). Depression and coping in candidates for kidney transplantation: Racial and ethnic differences. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 3*(4), 337-353.
- Grumke, J. y King, K. (1994). Missouri Kidney Program's patient-education program: a 10 year review. *Dialysis and Transplantation, 23*(12), 691-699.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Ellis C. y Voorhees, J. (1990). Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Advances in Dermatology, 5*, 21-30.
- Gurklis, J.A. y Menke, E.M. (1988). Identification of stressors and use of coping methods in chronic haemodialysis patients. *Nursing research, 37*, 236-239.

- Guzman, S.J. y Nicassio, P.M. (2003). The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 517-534.
- Haynes, R.B. (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.). *Compliance in health care* (pp. 49-62). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hays, R.D., Kallio, J.D., Mapes, D.S. et al. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQL). *Quality of Life Research*, 3, 329-338.
- Hayslip, D.M. y Suttle, C.D. (1995). Pre-ESRD patient education: a review of the literature. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 2(3), 217-226.
- Heiwe, S., Clyne, N., Dahlgren, M.A. (2003). Living with chronic renal failure: Patients' experiences of their physical and functional capacity. *Physiotherapy Research International*, 8(4), 167-177.
- Hemingway H. y Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Hener, T., Weisenberg, M. y Har-Even, D. (1996). Supportive versus cognitive-behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 731-741.
- Hitchcock, P. B., Brantley, P. J., Jones, G. N. y McKnight, G. T. (1992). Stress and social support as predictors of dietary compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 18, 13-20.
- Hong, B.A., Smith, M.D., Robson, A.M. y Wetzel, R.D. (1987). Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychological Medicine*, 17, 185-190.

- Horn, L. (1995). The influence of a repressive coping style on compliance in hemodialysis patients to their medical regimens. *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering*, 56(3-B).
- House, J.S., Umberson, D. y Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Ann.Rev. Sociol.*, 14, 306.
- Ifudu, O. y Friedman, E.A. (2003). Managing chronic renal insufficiency: Intertwined roles of non-nephrologists and nephrologists. *Journal of the National Medical Association*, 95(1), 43-54.
- Iglesias, A. (2002). Aspectos psicosociales del enfermo renal. En F. Rubio y E. Pérez (Eds.) *Manual del paciente renal*. Salamanca: SACYL.
- Israel, M. (1986). Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 445-451.
- Jenaway, A. y Paykel, E. S. (1997). Life events and depression en Honig, A. y van Praag, H. (Eds): *Depression: Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances*. Wiley series on clinical and neurobiological advances in psychiatry, Vol. 3. Hoboken: John Wiley y Sons Inc.
- Jones, E.E., Rhodewalt, F., Berglas, S. y Skelton, J.A. (1981). Effects of strategic self-presentation on subsequent self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 731-741.
- Kaplan, A. y Czaczkesj, W. (1979). Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. *Dr. J. Psychiatry*, 115, 207.
- Kaplan, R.C. y Toshima, T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illness and disability. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G. Pierce (Eds.), *Social Support: an Intersectional View* (pp. 427-453). New York: John Wiley.

- Kaplan, R.M. y Simons, H.J. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 66-71.
- Karamanidou, C., Theofilou, P., Ginieri-Coccosis, M., Synodinou, C. y Papadimitriou, G. (2009). Anxiety, depression and health beliefs in end stage renal disease (ESRD) patients. *European Psychiatry*, 24(1), 651.
- Kemeter P. (1988). Studies on psychosomatic implications of infertility effects of emotional stress on fertilization and implantation in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 3, 41-52.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Madrid: McGraw-Hill.
- Khechane, N. y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behaviour Personality*, 32, 777-782.
- Kimmel, P.L. (2000). Psychosocial factors in adult end stage renal disease patients treated with haemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal Kidney Disease*, 35 (4), 132-140.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Shidler, N., Simmens, S. J., Alleyene, S. et al. (2000). Dyadic relationship conflict, gender, and mortality in urban hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 11, 1518–1525.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyene, S., Cruz, I. y Veis, J. H. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 245–254.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Boyle, D. H., Verme, D., et al. (1995). Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 5, 1826–1834.

- Kimmel, P.L., Thamer, M., Rochard, C.M. y Ray, N.F. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine*, 105, 214-221.
- Kirschenbaum, D.S. (1991). Integration of clinical psychology into hemodialysis programs. En J.J. Sweet, R.H. Rozensky y S.M. Tovian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 567-586). New York: Plenum Press.
- Kirschenbaum, D.S., Sherman, J. y Penrood, J.D. (1987). Promoting self-directed hemodialysis: measurement and cognitive-behavioral intervention. *Health Psychology*, 6, 373-385.
- Klang, B., Björvell, H., Berglund, J., Sundstedt, C. y Clyne, N. (1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uremic patients. *Journal of Advanced Nursing* 28(1), 36-44.
- Klang, B., Björvell, H. y Clyne, N. (1999). Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 869-876.
- Koenig, H.G., George, L.K. y Siegler, I.C. (1998). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*, 28, 303-310.
- Kovachi, S. (1990). Implementing a pre-dialysis education program for patients and families. *Journal of Dialysis and Transplantation*, 19(10), 536-531.
- Kulik, J. A., y Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 45-64.
- Kutner, N.G., Fair, P.L. y Kutner, M.H. (1985). Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 23-31.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.

- Labrador, F.J., Crespo, M., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.) *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Dykinson.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer (trad. Martínez Roca, 1986).
- Leake, R., Friend, R. y Wadhwa, N. (1999). Improving adjustment to chronic illness through strategic self-presentation: An experimental study on a Renal Dialysis Unit. *Health Psychology*, 18(1), 54-62.
- Levine, D.Z. (1991). *Care of the renal patient*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Levy, M.B. (1981). Psychological reactions to machine dependency: Haemodialysis. *Psychiatrics Clinics of North America*, 4, 351-363.
- Levy, M.B. (1984). Psychological complications of dialysis: Psychonephrology to the rescue. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48(3), 237-250.
- Levy, M.B. y Norman, B. (1978). Psychological sequelae to hemodialysis. *Psychosomatic*, 19, 329-331.

- Lindqvist, R., Carlsson, M. y Sjoden, P.O. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 223-230.
- Littlefield, C.H., Rodin, G.M., Murray, M.A. y Craven, J.L. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology* 9(6), 737-49.
- Lobo A., Pérez, M.J. y Artal J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 873-881.
- Lubkin, I.M. (1998). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Boston: Jones and Bartlett.
- Maher, B.A., Lamping, D.L. y Dickison, C.A. (1983). Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: The National Cooperative Dialysis Study. *Kidney International*, 23, 50-57.
- Mailloux, L.U., Bellucci, A.G., Napolitano, B., Mossey, R.T., Wilkes, B.M. y Bluestone, P.A. (1993). Death by withdrawal from dialysis: a 20-year clinical experience. *Journal of the American Society of Nephrology*, 3, 1631-1637.
- Maiorca, R., Ruggieri, C.M., Vaccaro, C.M. y Pellini, F. (1998). Psychological and social problems of dialysis. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 13(7), 89-95.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budo, M. d. L. D., y Pauletto, M. R. (2008). Factors that influence treatment adherence in chronic disease patients undergoing hemodialysis]. *Rev Gaucha Enferm*, 29(4), 647-53.
- Márquez, J. (1996). *Guía del paciente renal*. Badajoz: Diputación de Badajoz.

- Martin, C.B. (1999). Predictors of depression in hemodialysis patients: Social/cognitive variables and adequacy of dialysis (coping, social support, dependency). (Tesis Doctoral, Universidad de Miami, 1999). *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering*, 60(6-B), 2952.
- Martín, M.D., Jiménez, M.P. y Fernández-Abascal, E.G. (2000, Junio). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E³A). *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3, Artículo 4. Extraído el 23 Septiembre, 2004 de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>.
- Martín, F., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F. y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life-Short form (KDQOL-SF). *Revista Española de Diálisis y Trasplante*, 25(1), 79-92.
- McCrae, R.R. y John, O.P. (1992). An introduction to the Five Factor Model and its applications. *Journal of personality*, 60, 175-215.
- Meichenbaum, D.H. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Miller, S.M. (1987). Monitor vs. blunders: validation of a questionnaire to assess styles of informational seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer*, 76, 167-177.
- Miller, S.M., Brody, D.S. y Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.
- Mishel, M.H. y Braden, C.J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 43-57.

- Mok, E. y Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 503-511.
- Moran, P. J., Christensen, A. J., Ehlers, S. L. y Bertolatus, J. A. (1999). Family environment, intrusive ideation, and adjustment among renal transplant candidates. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 311-316.
- Muedra, V. (1969). *Atlas de anatomía humana*. Barcelona: Ediciones Jover.
- Muehrer R., Becker B. (2005). Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminary Dialysis* 18, 124.
- National Kidney Foundation (2013). Reference Tables. ESRD. *American Journal of Kidney Diseases*, 61(1), Supplement 1, 353-420.
- Neu, S. y Kjellstrand, C.M. (1986) Stopping long-term dialysis: an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *New England Journal of Medicine*, 314, 14-20.
- Newby, N. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 786-791.
- Nichols, K.A. y Springford, V. (1984). The psychosocial stressors associated with survival by dialysis. *Behavior Research and Therapy*, 22, 563-574.
- Nicholson, N., Blanchard E. y Appelbaumk, S. (1990). Two studies of the occurrence of psychophysiological symptoms in chronic headache patients. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 195-203.
- Nitz, J. y Shayman, D. (1986). A model for patient education. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 13, 253-255.

- Noohi, S., Khaghani-Zadeh, M., Javadipour, M., Assari, S., Najafi, M., Ebrahimi, M. y Pourfarziani, V. (2007). Anxiety and depression are correlated with higher morbidity after kidney transplantation, *Transplantation Proceedings*, 39, 1074–1078.
- Numan, I.M., Barklind, K.S. y Lubin, B. (1981). Correlates of depression in chronic dialysis patients. Morbidity and mortality. *Research in Nursing and Health*, 4, 295-297.
- OMS (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Páez, A.E., Jofré, M.J., Azpiroz, C.R. y De Bortoli, M.A. (2009). Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psicológica*, 8(1), 117-124.
- Panagopoulou, A., Hardalias, A. Berati, S. y Fourtounas, C. (2009), Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 20(2), 212-218.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. y Pérez, I. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal of Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Pearlin, L. I. (1985). Social structure and processes of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York, Academic Press.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 58, 167-201.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 71-72, 317-611.

- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T., Boeke, A.J.P., Degg, D.J.H., Kriegsman, D.M.W. y van Eijk, J.T.M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases?. *Health Psychology, 17*(6), 551-558.
- Pérez, E., Borrás, M. y Martín, A. (2002). Tratamientos sustitutivos de la insuficiencia renal crónica. En F. Rubio y E. Pérez (Eds.), *Manual del paciente renal*. Salamanca: SACYL.
- Perini C., Muller F., Rauchfleisch V., Battegay R., Hobi V. y Buhler F. (1990). Psychosomatic factors in borderline hypertensive subjects and offspring of hypertensive parents. *Hipertensión, 16*.
- Poll, I. B., y Kaplan, A. (1980). Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis. *Psychological Medicine, 10*, 153–157.
- Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral, 73*, 27- 34.
- Primono, J., Yates, B.C. y Woods, N.F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health, 13*, 153-161.
- Rahe, R.H. (1974). Subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Previous work plus new directions of study. En J. Riehl y C. Roy (eds.): *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ramirez et al. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research, 72*(2), 129–135.
- Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (2011). Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Psicología y Salud, 21*(2), 173-183.

- Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35, 329-337.
- Roales, J. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Rodin, G. y Voshart, K. (1987). Depressive symptoms and functional impairment in the medical ill. *General Hospital Psychiatry*, 9, 251-258.
- Rubio, F. y Pérez, E. (2002). *Manual del paciente renal*. Salamanca: SACYL.
- Rudman, L. A., Gonzales, M. H., y Borgida, E. (1999). Mishandling the gift of life: Noncompliance in renal transplant patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 834-851.
- Sacks, C.R., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (1990). Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 15, 31-39.
- Sáiz, J. e Ibáñez, A. (1996). *Trastornos por estrés y ansiedad*. SEP.
- San Juan, P. y Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18(1), 83-98.
- Sandín, B. (2003). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Schneider, M. S., Friend, R., Whitaker, P., y Wadhwa, N. K. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10, 209-215.
- Schreiber, W.K. y Huber, W. (1985). Psychological situation of dialysis patients and their families. *Dialysis and Transplantaion*, 14, 696-698.

- SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) (2001). *Depresión*. Barcelona: SEMFYC.
- Shulman, R., Price, J.D. y Spinelli, J. (1989) Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychological Medicine*, 19, 945-954.
- Siegal, B.R., Calsyn, R.J. y Cuddihee, R.M. (1987). The relationship of social support to psychological adjustment in end-stage renal disease patients. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 337-344.
- Simmons, R.G., Anderson, B.A. y Kamstra, L. (1984). Comparison of quality of life of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and after transplantation. *American Journal of Kidney Diseases*, 3, 253-255.
- Smith, S.R. y Soliday, E. (2001). The effects of parental chronic disease on the family. *Family Relations*, 50(2), 171-177.
- Spielberger, C.D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. Corsini Encyclopedia of Psychology, vol. 1.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press.
- Stapleton, S. (2000). Powerlessness in persons with end-stage renal disease. En F. Miller (ed.) *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (3ª ed.). Philadelphia: FA Davis Co.
- Stewart, M.J., Ritchie, J., McGrath, P., Thompson, D. y Bruce, B. (1994). Mothers of children with chronic conditions: Supportive and stressful interactions with partners and professionals regarding caregiving burdens. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26, 61-82.

- Suwaileh, M.A. (1996). The relationships among social support, coping methods, and quality of life in adult Bahraini clients on maintenance hemodialysis. (Tesis Doctoral, Universidad de Texas, 1996). *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering*, 57(6-B), 3662.
- Szeto, C.C. et al. (2008). The Impact Of Social Support On The Survival Of Chinese Peritoneal Dialysis Patients. *Peritoneal Dialysis International*, 28, 252–258.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H. y Kuboki, T. (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 29(3), 107-112.
- TEA (1988). *Manual del cuestionario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger*. Madrid: TEA ediciones.
- Tezel, A., Karabulutlu, E. y Sahin, O. (2011). Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *Journal of Research Medical Science*, 16(5), 666–673.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- Theofilou, P. (2011). Noncompliance with Medical Regimen in Haemodialysis Treatment: A Case Study. *Case Reports in Nephrology*, 1, 1-4.
- Thoits, P.A. (1991). Gender differences in coping with emotional distress. En J. Eckenrode (Ed.), *The Social Context of Coping* (pp. 107-138). New Cork: Plenum Press.
- Tsay, S.L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 370-375.

- Tucker, C.M., Chennault, S.A., Green, D.J., Ziller, R.C. y Finlayson, G.C. (1986). Assessment-based group counseling to address concerns of chronic haemodialysis patients. *Patient-Education-and-Counseling*, 8(1), 51-61.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-87.
- Uribe, A.F., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Van Dam, H.A., Van der Horst, F.G., Knoop, L., Ryckman, R.M., Crebolder, H.F. y Van den Borne, B.H. (2005). Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education Counseling*, 59, 1-12.
- Vázquez, C. y Sáenz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *Actas del III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Vázquez, C. y Sáenz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 1(2), 308-318.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology*, 18(1), 139, 165.
- Vázquez, I., Valderrabano, F., Jofré, R., Fort, J., López-Gómez, J.M., Moreno, F. y Sanz-Guajardo, D. (2003). Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *Journal of Nephrology*, 16(6), 886-894.
- Ventura, M.C. (1986). *Problemática psicosocial de los enfermos con IRC en programa de hemodiálisis*. Tesis de licenciatura, Universidad de las Islas Baleares. España.

- Wallston, B. S., Alagna, S. W., De Vellis, B., y De Vellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology, 2*, 367–391.
- Wang, L., Wu, M., Hsu, H., Wu, I., Sun, C., Chou, C., Lee, C., Tsai, R., Tsai, Y. y Chen, K. (2012). The Relationship between Psychological Factors, Inflammation, and Nutrition in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 44* (2), 105-118.
- Wasserfallen, J.B., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, T., Feldman, H.I., Martin, P.Y. y Wauters, J.P. (2004). Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrology, Dialysis and Transplantation, 19*(6), 1594-1599.
- Watnick S., Kirwin P., Mahnensmith R. y Concato J. (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *American Journal Kidney Disease, 41*, 105-110.
- Welch, J.L. (1996). Empirical assessment of the conceptual relationships among treatment-related stressors, coping, and quality of life in incenter hemodialysis patients. (Tesis Doctoral, Universidad de Indiana, 1996). *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering, 57*(5-B), 3132.
- Welch, J.L. y Austin, J.K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(2), 200-207.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of social support. En B.H. Gottlieb (Ed.) *Social networks and social support*. Los Angeles, Sage Publications.
- White, Y. y Grenyer, B. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1312-1320.

- Wiebe, J.S. y Christensen, A.J. (1996). Patient adherence in chronic illness: personality and coping in context. *Journal of Personality*, 64(4), 815-835.
- Wills, T. A., y Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. Revenson, y J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209–235). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wilson I.B. y Cleary P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.
- Wolcott, D.W., Maida, C.A., Diamond, R. y Nissenson, A.R. (1986). Treatment compliance in end-stage renal disease patients on dialysis. *American Journal of Nephrology*, 6, 329-338.
- Zahonero, M.C. (1985). *Ansiedad y depresión en los enfermos sometidos a hemodiálisis*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid, España.
- Zemore, R. y Shepel, L.F. (1989) Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28, 19-27.

ANEXO 1 – Hoja de registro del paciente

Las encuestas que le presentamos a continuación tienen como objeto conocer algo mejor su enfermedad. Están destinadas a investigar sobre la Insuficiencia Renal Crónica para poder intervenir después de manera más eficaz sobre su problema. Su objetivo último es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren un problema como el suyo.

Le pedimos su colaboración respondiendo a cada cuestionario, ya que lo importante de este trabajo es conocer lo que usted experimenta respecto a su enfermedad. No existen respuestas mejores o peores; la respuesta correcta es aquella que mejor expresa su propia experiencia.

La respuesta a estos cuestionarios son totalmente ANÓNIMAS y los datos de ellas obtenidos totalmente confidenciales, y en ningún caso accesibles a otras personas. Estos datos solo serán conocidos por el equipo investigador que se compromete a guardar el más estricto secreto profesional al respecto. Los resultados de investigación serán de carácter global, y en ningún caso se indicarán los nombres de las personas que han respondido a las encuestas.

Agradeciendo su colaboración, el equipo investigador le envía un cordial saludo y se pone a su disposición para cualquier tema referido a este trabajo.

Datos sociodemográficos

Nº identificación:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Personas con las que vive:

Tipo de estudios:

Tipo de trabajo:

Nivel socioeconómico:

Tiempo que lleva padeciendo la enfermedad:

Estadio de la enfermedad:

Tipo de tratamiento:

Personal sanitario que lo atiende:

Tiempo que lleva con el mismo personal sanitario:

Otras enfermedades (en especial psíquicas):

Otros tratamientos:

ANEXO 2. Listado de estresores

A continuación encontrará usted una lista de acontecimientos relacionados con su enfermedad que pueden causarle (o no) diversos grados de malestar. Por favor indique cuáles de ellos pueden ser considerados en su caso generadores de estrés, de malestar físico o psíquico. Indique, además, que grado de estrés le provoca cada uno de los mismos y el grado de control que usted realiza sobre ellos. Si encuentra algún otro acontecimiento, situación o persona productor de estrés que no esté en esta lista, por favor, indíquelo. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas sino más o menos adecuadas a su experiencia.

1. Falta de autonomía:

- autocuidado:
- en la vida personal:

2. No participación en la toma de decisiones respecto a cuestiones referidas a la enfermedad y el tratamiento:

3. Falta de reconocimiento y apoyo por parte de:

- médicos:
- enfermeras:
- auxiliares:
- otros profesionales sanitarios:
- familiares:
- amigos:
- otras personas:

4. Falta de información sobre:

- la enfermedad:
- los tratamientos:
- los cuidados a seguir:
- las consecuencias de la enfermedad:
- las consecuencias del tratamiento:
- aspectos sensoriales/experienciales:

5. Estresores físicos:

- temperatura de la sala de diálisis:
- iluminación:
- ruido:

6. Relaciones con:

- médicos:
- enfermeras:
- auxiliares:
- otros profesionales sanitarios:
- familiares:
- amigos:
- otras personas:

7. Posturas molestas:

8. Cambios posturales:

9. Desplazamientos:

10. Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina:

11. Dolor:

12. Miedo a morir:

13. No tener vacaciones:

14. Miedo al sufrimiento:

15. Tener una enfermera nueva:

16. Miedo a las complicaciones:

17. Otros estresores:

ANEXO 3. Principales estresores encontrados

	Frec.	%
Miedo al sufrimiento	49	57,0%
Desplazamientos	48	55,8%
Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina	47	54,7%
Miedo a las complicaciones	38	44,2%
Dolor	35	40,7%
Posturas molestas	33	38,4%
Tener una enfermera nueva	33	38,4%
Miedo a morir	27	31,4%
Cambios posturales	24	27,9%
No tener vacaciones	23	26,7%
Otros	22	25,6%
Temperatura	21	24,4%
Ruido	19	22,1%
Falta de autonomía autocuidado	13	15,1%
Iluminación	12	14,0%
Falta autonomía vida privada	10	11,6%
Falta información enfermedad	10	11,6%
No participación toma de decisiones	9	10,5%
Falta información tratamiento	8	9,3%
Falta información cuidados	8	9,3%
Falta información consecuencias enfermedad	8	9,3%
Falta de información consecuencias tratamiento	7	8,1%
Falta información experiencia	7	8,1%
Falta apoyo amigos	6	7,0%
Falta apoyo familiares	5	5,8%
Relaciones con los médicos	5	5,8%
Relaciones con las auxiliares	5	5,8%
Relaciones con los familiares	5	5,8%
Falta apoyo médicos	4	4,7%
Falta de apoyo enfermeras	4	4,7%
Falta apoyo auxiliares	4	4,7%
Falta apoyo otras personas	4	4,7%
Relaciones con otros profesionales	4	4,7%
Relaciones con otros pacientes	4	4,7%
Falta apoyo otros sanitarios	3	3,5%
Relaciones amigos	3	3,5%
Relaciones con otras personas	3	3,5%
Relaciones con las enfermeras	2	2,3%

ANEXO 4. Tabla de puntuaciones de los estresores

Estadísticos descriptivos del listado de estresores (importancia)

	N		Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
	Válidos	Perdidos				
Miedo al sufrimiento	81	5	4,75	4,17	-0,08	-1,75
Desplazamientos	81	5	4,11	4,18	0,31	-1,66
Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina	81	5	3,73	3,86	0,39	-1,52
Miedo a las complicaciones	81	5	3,30	4,10	0,67	-1,34
Dolor	82	4	2,91	3,90	0,83	-1,06
Enfermera nueva	82	4	2,87	3,83	0,80	-1,06
Posturas molestas	82	4	2,51	3,53	1,03	-0,50
Otros estresores	80	6	2,46	4,08	1,12	-0,65
Falta de apoyo	65	21	2,43	7,94	4,26	20,29
Miedo a morir	82	4	2,15	3,55	1,29	-0,04
No tener vacaciones	82	4	2,09	3,60	1,32	0,03
Cambios posturales	76	10	2,05	3,50	1,41	0,35
Ruido	81	5	1,27	2,59	1,95	2,71
Falta autonomía autocuidado	67	19	1,24	2,75	2,12	3,39
Temperatura	81	5	1,20	2,51	2,27	4,46
Falta autonomía vida privada	67	19	0,93	2,47	2,62	5,61
Falta información enfermedad	66	20	0,71	1,94	3,04	9,48
Falta información consecuencias enfermedad	66	20	0,67	1,96	3,12	9,69
Falta información tratamiento	66	20	0,61	1,88	3,42	11,88
Falta información consecuencias tratamiento	66	20	0,61	1,92	3,37	11,24
Falta información experiencia	66	20	0,59	1,88	3,44	11,97
Iluminación	81	5	0,59	1,72	3,24	10,10
No participación toma decisiones	66	20	0,58	1,86	3,92	16,05
Falta información cuidados a seguir	66	20	0,55	1,80	3,77	14,71
No apoyo familiares	66	20	0,52	1,92	3,83	14,05
No apoyo amigos	65	21	0,46	1,69	4,27	19,35
No apoyo otros	66	20	0,39	1,72	4,58	20,76
No apoyo auxiliares	67	19	0,31	1,34	4,35	17,99
No apoyo enfermeras	67	19	0,30	1,28	4,43	18,98
Relaciones con familiares	83	3	0,28	1,43	5,93	35,83
No apoyo médicos	67	19	0,28	1,22	4,48	19,87
No apoyo otros sanitarios	67	19	0,24	1,22	5,36	28,27
Relaciones con los médicos	83	3	0,23	1,10	5,27	27,84
Relaciones con otros profesionales	83	3	0,19	1,16	7,72	63,76
Relaciones con las auxiliares	83	3	0,17	0,79	5,84	38,03
Relaciones con otros pacientes	83	3	0,14	0,70	5,02	24,58
Relaciones con otras personas	83	3	0,08	0,47	5,91	34,70
Relaciones con amigos	83	3	0,06	0,36	7,17	55,66
Relaciones con las enfermeras	83	3	0,05	0,35	8,03	67,28