



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio



- **Modalidad: Trabajo de investigación**
- **Título: Variables emocionales y calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis.**
- **Autor: Natalia Buades Ayala**
- -----
- **Tutor: Carlos van-der Hofstadt Román**

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	Pág. 1
2. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 3
3. HIPÓTESIS.....	Pág. 7
4. OBJETIVOS.....	Pág.7
5. SUJETOS Y MÉTODOS.....	Pág.8
6. RESULTADOS.....	Pág.12
7. DSICUSIÓN.....	Pág.20
8. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.22



RESUMEN

Introducción: La insuficiencia renal crónica es un problema de salud que repercute a nivel físico y emocional, tanto a nivel familiar, social y laboral, y afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen.

El tratamiento de hemodiálisis requiere una reorganización del tiempo de los pacientes, y esto provoca diferentes reacciones en ellos, por lo que la psicología debe participar.

Objetivos: Conocer los niveles de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Métodos y materiales: Estudio correlacional de tipo transversal. La muestra son 32 pacientes con insuficiencia renal crónica que pertenecen a la unidad de hemodiálisis del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Se realiza una evaluación con cuestionarios que evalúan el estrés (EAE), los niveles de depresión y ansiedad (HAD) y la calidad de vida (SF-12).

Resultados: Se encontraron niveles medio-altos de estrés en los pacientes que reciben tratamiento. En cuanto a ansiedad y depresión, la mayoría de los pacientes no presenta ninguna sintomatología. Con relación a la calidad de vida, tanto física como mental, refieren niveles medio-bajos. Sí se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las variables estudiadas, siendo las mujeres son las más afectadas en la mayor parte de las variables.

SUMMARY

Introduction: Chronic renal failure is a health problem that affects physical and emotional levels, both family, social and professional level, and affects the quality of life of those who suffer from it.

Hemodialysis requires the patients to reorganize their time, and this causes different reactions in them, so psychology should take part in it.

Objectives: To recognize the levels of stress, anxiety, depression and quality of life in patients in treatment of hemodialysis.

Methods and materials: Cross-sectional correlational study. The sample is 32 patients with chronic renal failure who belong to the hemodialysis unit of the Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). During the March assessment questionnaires assessing stress (EAE), levels of depression and anxiety (HAD) and quality of life (SF-12) is performed.

Results: Medium-high stress levels were found in patients receiving treatment. As for anxiety and depression, most patients do not have any symptoms. Concerning the quality of life, both physically and mentally, medium-low levels relate. Differences between men and women in the variables studied were found; specifically women are the most affected in most of the variables.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud que se acompaña de complicaciones como el desarrollo de insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular y muerte prematura (Levey et al., 2005).

La insuficiencia renal consiste en una disminución progresiva del filtrado glomerular, que se debe a la reducción de nefronas que funcionan adecuadamente y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. Está asociada a factores infecciosos fisiológicos, como por ejemplo la glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, anomalía congénita, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, puede ocasionar a su vez enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia, entre otros (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005). Por otro lado, también genera un deterioro aún mayor en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, ya que la enfermedad implica un deterioro lento, irreversible y progresivo de la función renal durante meses o incluso años (Perez, Llamas y Legido, 2005).

Dentro de los tratamientos de sustitución renal se encuentran la diálisis peritoneal (DP), la hemodiálisis (HD) y el trasplante renal, el cual disminuye varios síntomas propios de la enfermedad y prolonga la vida del paciente. Tanto la DP como la HD deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos, tanto como para sustituir sustancias que el organismo ha dejado de producir como para controlar los efectos secundarios de la insuficiencia renal crónica (IRC) (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002).

Los pacientes que normalmente reciben el tratamiento de diálisis peritoneal suelen ser personas jóvenes, con una vida activa y con posibilidad de trabajar o estudiar, debido a que el tratamiento se realiza en la propia vivienda, permitiendo al sujeto una mayor autonomía. Por otro lado, los pacientes a los cuales se les integra en la Unidad Hospitalaria y que reciben hemodiálisis suelen ser pacientes de edad más avanzada, con otras patologías (Rodríguez, Castro, Oliveira, Prata y Morgado, 2011).

Mediante el trasplante renal existe la posibilidad de que el órgano sea rechazado, por lo que es necesario que el paciente tome fármacos inmunodepresores. La DP consiste en filtrar la sangre, a través una membrana interna que reviste el abdomen, del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, mediante la introducción de una solución en el abdomen durante un periodo de 4 a 6 horas

(Acosta, Chaparro y Rey, 2008). La HD, por otro lado, se lleva a cabo mediante una máquina que purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso mediante dos agujas que se conectan a una fístula que es retirada cuando finaliza la sesión. Por lo general, este procedimiento se lleva a cabo tres veces por semana, de 3 a 5 horas en cada sesión, en un hospital o en un centro sanitario. Además, implica la aparición de una fístula, que consiste en una operación donde se une una vena con una arteria bajo la piel del brazo (Acosta, Chaparro y Rey, 2008).

Aunque el tratamiento se considera indispensable para la supervivencia del paciente, produce numerosos efectos adversos, como la desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor de boca, producto de la no eliminación de desechos (Barridos et al., 2004).

Las limitaciones de la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, se relacionan con los trastornos emocionales que pueden padecer estos pacientes, lo que de algún modo afectará a la calidad de vida relacionada con la salud (García y Calvanese, 2008).

En general, los trasplantados tienen una percepción de mayor bienestar subjetivo y manifiestan menores trastornos emocionales de ansiedad y depresión que los pacientes en diálisis (García et al., 2008), aunque es más complicado de llevar a cabo debido al escaso número de órganos disponibles y a la larga lista de espera que se genera.

Se entiende por calidad de vida relacionada con la salud la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, su percepción acerca de su salud psicológica y social y el grado que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. Esta se enfoca desde una perspectiva física, psicológica y social. La primera está relacionada con los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad. La perspectiva psicológica se relaciona con el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima. Por último, el enfoque social hace referencia a las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros (Álvarez et al., 2001; Badia y Lizán, 2003).

No obstante, según las evidencias se puede afirmar que la insuficiencia renal crónica y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social (Cidoncha et al., 2003).

Los enfermos renales crónicos atraviesan varias fases en el proceso de pérdida de la salud: negación y aislamiento, ira, que impide la adecuada toma de decisiones, pacto (“si salgo de ésta prometo dejar de beber alcohol”), depresión y, por último, aceptación. Otra de las reacciones frecuentes en los pacientes renales dializados que afectan su calidad de vida es la hostilidad (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005). Además, existen evidencias de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes y repercuten la tasa de mortalidad en esta población (Gil et al., 2003).

El grado de afectación no es el mismo en todos los casos, sino que dependerá de las siguientes variables: edad, experiencias previas con el medio hospitalario, salud, creencias y valoraciones de la enfermedad, estilo de afrontamiento y apoyo social. Por otra parte, en estos pacientes se ven afectadas las áreas laboral (se deteriora el rendimiento y se abandona el trabajo a menudo, muchas veces porque su desempeño es incompatible con la enfermedad), social (aislamiento) y familiar (sobre protección, rol de enfermo).

Por otro lado, varios estudios han demostrado que con la DP se obtiene una mejor supervivencia que con la HD en el primer y el segundo años de tratamiento, sobre todo en los pacientes más jóvenes, no diabéticos y con menor comorbilidad, mientras que la HD parece mejor en los pacientes diabéticos, de mayor edad y comorbilidad superior (Rufino et al., 2011).

Las enfermedades crónicas, tales como la insuficiencia renal, generan estrés, ya que consiste en un proceso de continuo deterioro y afecta a la calidad de vida de la persona; por eso es indispensable un adecuado afrontamiento de esta condición, para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar la enfermedad.

El afrontamiento hace referencia a la emoción que el sujeto experimenta en un contexto determinado, por lo que, junto a las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar, todo ello interviene en la regulación y adaptación a la enfermedad y facilitan el ajuste psicológico del paciente (Calvanese, Feldman y Weisinger, 2004; Martelli, Auerbach y Mercury, 1993). Las emociones están estrechamente relacionadas con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez et al., 1993).

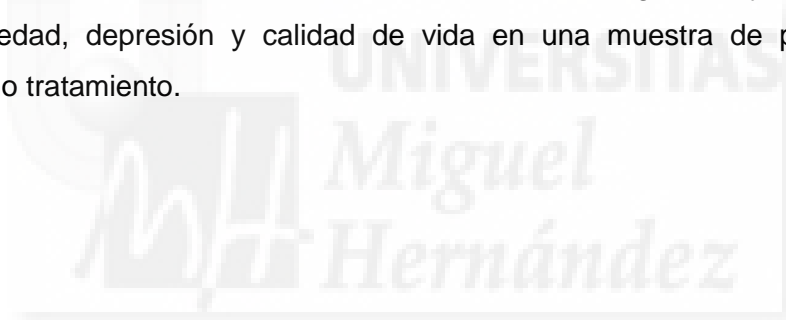
Los pacientes que padecen ERC presentan, a menudo, diferentes grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión. La intensidad de estas reacciones emocionales es diferente en cada persona, ya que cada una lleva a cabo una valoración cognitiva diferente del impacto de la enfermedad renal y del tratamiento.

Con respecto al sexo, Vázquez et al. (2004) afirma que no existen diferencias que sean significativas en la percepción de calidad de vida de hombres y mujeres, aunque Contreras, Espinosa y Esguerra (2008) identifican un mayor deterioro en la calidad de vida de las mujeres, lo que ayudaría a explicar la ansiedad y depresión que experimentan con mayor frecuencia.

Aunque en los últimos años los avances tecnológicos han permitido disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento, la depresión y ansiedad en este tipo de pacientes elevan los riesgos de suicidio, lo que lleva a varias investigaciones a señalar que la depresión en los pacientes renales crónicos está relacionada con la no adhesión al tratamiento (Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2008).

El presente estudio se va a centrar en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, que se lleva a cabo en el Hospital General Universitario de Alicante.

Se plantea la evaluación de las variables sociodemográficas y los niveles de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de pacientes que realizan dicho tratamiento.



HIPÓTESIS

Las hipótesis que se plantean en el trabajo, de acuerdo con el número de pacientes intervenidos y las pruebas realizadas son las siguientes:

- Hipótesis 1: La calidad de vida de los pacientes en tratamiento será menor en comparación con los valores normativos promedio de la prueba utilizada para su medida.
- Hipótesis 2: La calidad de vida del paciente que recibe tratamiento será mayor si tiene apoyo familiar y/o social.
- Hipótesis 3: La calidad de vida será mayor en las personas más jóvenes.
- Hipótesis 4: Las variables ansiedad, depresión y estrés correlacionarán de forma directa entre sí y de manera inversa con las variables que refieren a calidad de vida.

OBJETIVOS

Una vez realizadas las hipótesis del estudio, se plantea como objetivo general: *Analizar los resultados de las variables de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis y compararlos con los valores normativos promedio de las pruebas utilizadas.*

Además, se desarrollan los siguientes objetivos específicos:

- Objetivo específico 1: Comprobar cómo afecta los niveles de estrés, ansiedad y depresión a su calidad de vida.
- Objetivo específico 2: Comprobar si el estrés percibido por los pacientes sobre la enfermedad afecta a la creencia que poseen estos sobre su salud.
- Objetivo específico 3: Comprobar si el estrés que causa la enfermedad a los sujetos afecta a los niveles de ansiedad y depresión de éstos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realiza un diseño correlacional de tipo transversal, debido a que pretende recoger información mediante la comparación de una serie de variables en un momento determinado. Las variables que se pretenden analizar y estudiar son los datos sociodemográficos de los pacientes, antecedentes de tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos y los diferentes niveles de estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida

La muestra fue seleccionada mediante muestreo no aleatorio incidental de pacientes sometidos a diálisis en el Hospital General de Alicante, escogiendo los turnos de mañana para realizar el estudio, con un total de 42 pacientes.

A estos pacientes se les solicitó su consentimiento para poder participar en el estudio, aceptando un total de 32 sujetos, lo que supone la participación del 76%.

El rango de edad de los participantes está comprendido entre 29 y 88 años, con una edad media de 64 años (dt 15.03). De estos, 20 son hombres con una media de edad de 67 años (dt 11.56) y 12 mujeres con 59 años de edad media (dt 19.08). En la figura 1 se puede observar la distribución por sexos de los sujetos.

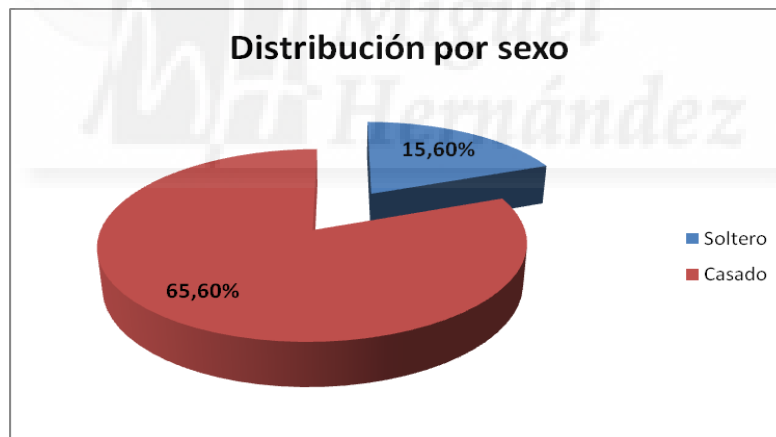


Figura 1. Distribución por sexo de los participantes.

La mayoría de los pacientes (84.40 %) está jubilado y casado (65.60 %). En las figuras 2 y 3 se observan la situación laboral y el estado civil de los pacientes, respectivamente.

Tal y como se puede observar, la mayoría de los pacientes (84,40%) está jubilado, frente a un 9,40% que está de baja y un 6,30% que se encuentra parado en ese momento.

Además, el 65,60% de los pacientes está casado, un 15,60% está viudo, otro 15,60% de total está soltero y sólo un 3,10% se encuentra separado o divorciado.

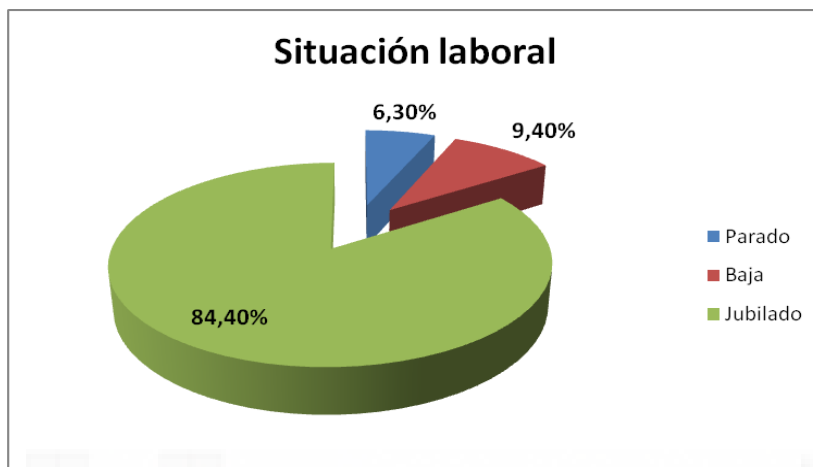


Figura 2. Situación laboral de los participantes.

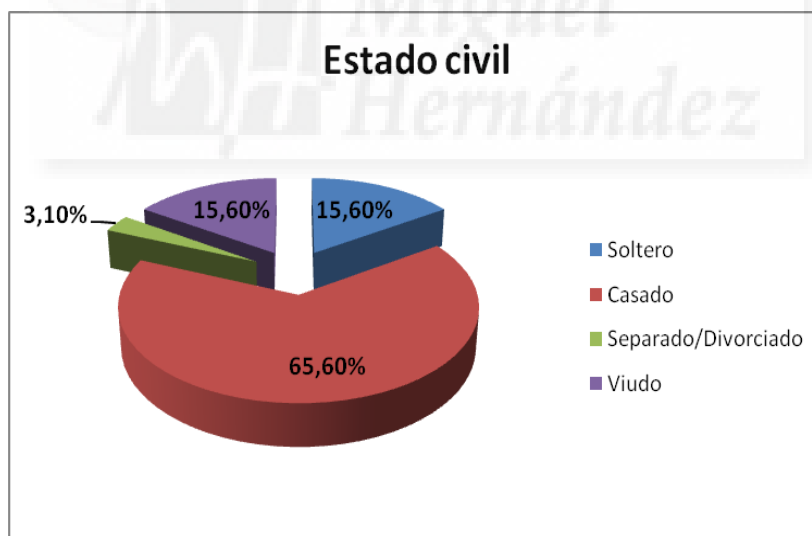


Figura 3. Estado civil de los participantes

Además de los datos sociodemográficos, se les preguntó si padecían o habían sido diagnosticados de depresión, ansiedad u otro trastorno psicopatológico, y si habían estado alguna vez en tratamiento de salud mental.

Cabe destacar que, aunque hay más pacientes que admiten estar diagnosticados de depresión (22%) que de ansiedad (19%), son una minoría los que dice padecer alguna psicopatología, siendo únicamente un 9.40 % de los pacientes admite haber estado en tratamiento de salud mental alguna vez.

Las pruebas que han sido seleccionadas para llevar a cabo el estudio han sido las siguientes:

- Escala de Apreciación de Estrés (EAE) (Terol, Quiles y Pérez-Jover, 2012): Hace referencia al estrés de manera general y evalúa la frecuencia y el peso de los distintos acontecimientos estresantes del sujeto, es decir, evalúa el grado del impacto que tiene situaciones potencialmente estresantes. Esta escala está formada por un total de 11 ítems que reflejan posibles preocupaciones en una persona que padece alguna enfermedad. Se centra en cuatro dimensiones: salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos (Guadarrama et al., 2012) El rango de este cuestionario es de 6 a 66. Es importante destacar que la variable estrés está compuesta por tres subvariables: importancia o amenaza, duración de la enfermedad y el grado de control sobre ésta.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983). Éste cuestionario mide síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a un hospital. Está formado por un total de 14 ítems, y se centra principalmente en los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión más que en los somáticos (López-Alvarenga et al., 2000). De este cuestionario se obtienen tres puntuaciones: ansiedad, compuesta por un total de 7 ítems con un rango que oscila entre 0 y 21, depresión, con el mismo número de ítems y el mismo rango de puntuación y una última puntuación global con un rango de 0 a 42. Para las subescalas de ansiedad y depresión se considera que las puntuaciones obtenidas entre cero y siete indican la ausencia de sintomatología, entre ocho y diez, caso dudoso y más de once, problema clínico.
- SF-12 (Short form, SF 12). (Ware y Kosinski, Turner-Bowker y Gandek, 2002): Este cuestionario evalúa el estado de salud. Consta de doce ítems provenientes de la escala SF-36. La escala de respuesta es tipo Likert que evalúa intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre tres y seis,

según el ítem. La versión II, permite obtener una puntuación para *calidad de vida física* y otra para *calidad de vida mental*, además de las ocho dimensiones del SF-36. Para cada una de éstas, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un rango de cero (peor estado de salud para esa dimensión), hasta cien (el mejor estado de salud).

Las investigaciones que utilizan estos doce ítems del SF han verificado que el instrumento es una medida válida y confiable, tanto en la escala original como en sus distintas versiones (Vera-Villarreal et al., 2014).

Se han escogido instrumentos sencillos y de fácil cumplimentación con el objetivo de facilitar la realización de los cuestionarios, debido a que los pacientes estaban siendo tratados en ese momento.

La recogida de datos se realizó en tres semanas, obteniendo los datos de todos los pacientes que voluntariamente aceptan participar en el estudio. Una vez recabados todos los datos, estos son trasladados a una base de datos para su posterior análisis e interpretación, que se realizó mediante el programa SPSS versión 21.00 para Windows. Los análisis realizados fueron los siguientes: análisis de medias, para describir la incidencia de cada una de las variables, la t de Student, para estudiar las diferencias entre los grupos y un análisis de correlaciones entre las diferentes variables, empleando el coeficiente de correlación de Pearson. Todos estos análisis se realizaron estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Los datos recogidos han sido tratados con total confidencialidad, manteniendo el anonimato a lo largo de todo el proceso.

RESULTADOS

Al analizar los resultados obtenidos por los participantes en este estudio y compararlos con los puntos de corte y baremos de cada instrumentos, encontramos que obtienen un nivel medio de estrés, que no cumplen criterios para ser diagnosticados de ansiedad ni de depresión pero que, sin embargo, obtienen puntuaciones bajas en los niveles de calidad de vida.

Con respecto a las variables que mide la Escala de Apreciación del Estrés (EAE), encontramos que los niveles de estrés total percibido con respecto a la enfermedad son medio-altos, obteniendo una puntuación media de 48,06 (dt 11,45), de una posible puntuación total de 66.

Si analizamos esta variable en los distintos componentes que recoge el instrumento utilizado para esta medición, apreciamos que para el factor “importancia o amenaza de la enfermedad” los pacientes obtienen una puntuación media de 24.21 (dt 8.52) de un total de 36. Para el factor “duración”, los participantes obtienen una puntuación elevada (\bar{X} 14.71, dt 2.93), siendo la máxima puntuación posible 18. Finalmente, con respecto al factor “grado de control sobre la enfermedad” los participantes refieren una puntuación elevada de (\bar{X} 9.12, dt 2.49) ante una puntuación máxima de 12. Estos datos revelan que el factor que provoca mayor estrés es la “duración”, siendo el menor generador de estrés la “importancia o amenaza” que provoca la enfermedad.

En cuanto a ansiedad y depresión, en la Figura 4 se muestran los principales resultados descriptivos. Si analizamos las puntuaciones obtenidas por los participantes de manera individual y en base a los puntos de corte, encontramos que el 25% presentan sintomatología ansiosa destacable, pero sólo el 22% cumple los requisitos para ser diagnosticado de caso de ansiedad. Con respecto a la variable depresión, el 37,5% presentan sintomatología depresiva, aunque tan solo el 22% cumple los requisitos para ser diagnosticado de depresión.

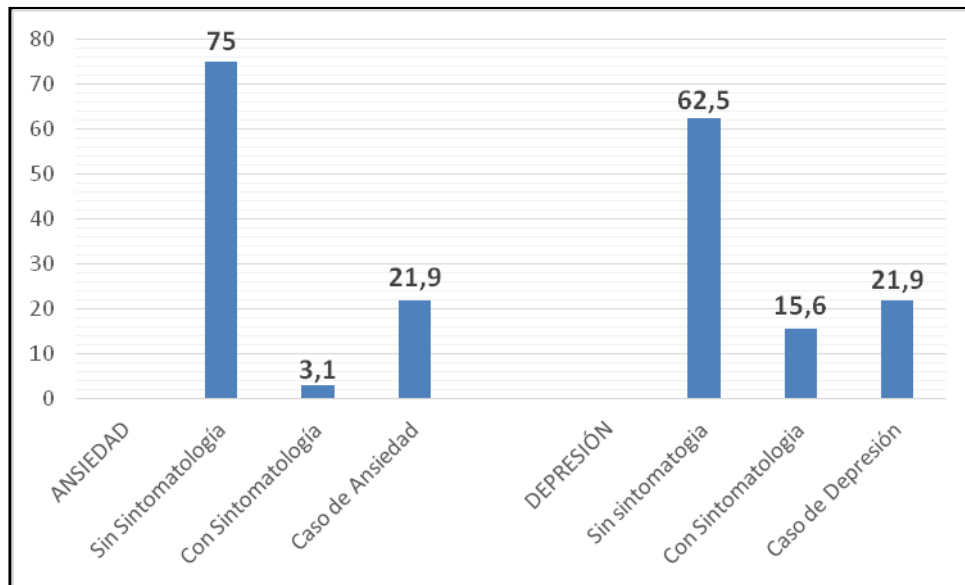


Figura 4. Resultados de ansiedad y depresión

Con respecto al último aspecto medido, calidad de vida, se encuentran también puntuaciones bajas en las dos áreas medidas, tal y como se puede observar en la tabla 1. El componente físico de calidad de vida (\bar{X} 38.44 dt 11.78) obtiene una puntuación que indica un nivel medio-bajo de calidad de vida en esta área. Con respecto al componente mental de calidad de vida (\bar{X} 41.85 dt 14.86), la puntuación obtenida, aunque es algo superior a la del componente físico, también refiere niveles medios-bajos de calidad de vida en este área. Estos resultados sugieren una afectación directa sobre la calidad de vida.

	Media	Desviación típica
Importancia o amenaza	24,22	8,53
Duración	14,72	2,93
Grado de control sobre la enfermedad	9,13	2,50
Estrés Total	48,06	11,46
Ansiedad HAD	5,56	5,39
Depresión HAD	6	4,91
Componente físico final	38,44	11,78
Componente mental final	41,85	14,86

Tabla 1. Media y desviación típica

Por otro lado, al comparar las puntuaciones obtenidas entre hombres y mujeres, se han encontrado algunas diferencias en relación con las variables estudiadas, tal y como se muestra en la tabla 2.

En primer lugar, con respecto al componente de estrés “control sobre la enfermedad”, se encuentran diferencias significativas a nivel estadístico, con un tamaño del efecto medio. Según estos datos, son las mujeres las más afectadas por el estrés generado debido a la falta de control sobre esta enfermedad.

Además, en la variable “componente mental de calidad de vida” hallamos que, como consecuencia de lo anterior, existen diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto medio con respecto al género, siendo las mujeres las que alegan peores puntuaciones en calidad de vida mental.

En segundo lugar, también se aprecian diferencias significativas a nivel estadístico con respecto al componente de estrés “importancia de la enfermedad”, pero con un tamaño del efecto pequeño. En este caso, también son las mujeres las más perjudicadas.

En cuanto a las demás variables, cabe destacar que no se encuentran diferencias significativas, aunque queda reflejado que la enfermedad causa unas puntuaciones ligeramente superiores en ansiedad y depresión en las mujeres con respecto a los hombres.



	Media hombres	Media mujeres	T (gl)	Tamaño efecto
Importancia	23,35 (7.90)	25.66 (9.66)	-0,73 (30)*	0.13
Duración	14.45 (2.87)	15.16 (3.24)	-0,66 (30)	-
Control	8.4 (2.34)	10.83 (2.34)	-2,25 (30)**	0.38
Estrés	46.20 (10.01)	51.16 (13.40)	-1,19 (30)	-
ANS_HAD	4.30 (4.1)	7.66 (6.66)	-1,57 (15.66)	-
DEP_HAD	5.75 (5.09)	6.41 (4.77)	-0,36 (30)	-
Componente física final	38.06 (12.47)	39.07 (11.03)	-0,23 (30)	-
Componente Mental final	47.50 (11.18)	32.44 (15.87)	3,15 (30)**	0,50

Tabla 2. Diferencias entre hombres y mujeres.

*. La correlación es significativa al nivel 0.05.

** . La correlación es muy significativa al nivel 0.01.

En tercer lugar, se ha llevado a cabo el estudio de las correlaciones existentes entre las distintas variables.

Se ha observado que el estrés se encuentra muy relacionado con las variables ansiedad, depresión y calidad de vida física y mental. Concretamente, las variables ansiedad y depresión mantienen correlaciones directas, significativas a nivel estadístico y de intensidad moderada con la variable estrés. Este dato refleja que a mayor nivel de estrés existen mayores niveles de ansiedad y depresión.

Por el contrario, se ha encontrado correlación inversa, significativa a nivel estadístico y también de intensidad moderada entre las variables calidad de vida física y mental y el estrés, es decir, que ante unos niveles elevados de estrés existe una disminución de la calidad de vida física y mental de los pacientes.

Por otro lado, se han hallado correlaciones inversas, significativas a nivel estadístico y de intensidad moderada entre las variables depresión y calidad de vida física. También existe correlación del mismo tipo, pero de menor intensidad entre calidad de vida física y ansiedad. Estos datos revelan que la calidad de vida física de los pacientes se ve disminuida al haber un aumento de la ansiedad y depresión de éstos.

En las figuras 5 y 6 se reflejas las correlaciones existentes con la variables estrés y calidad de vida física, respectivamente.

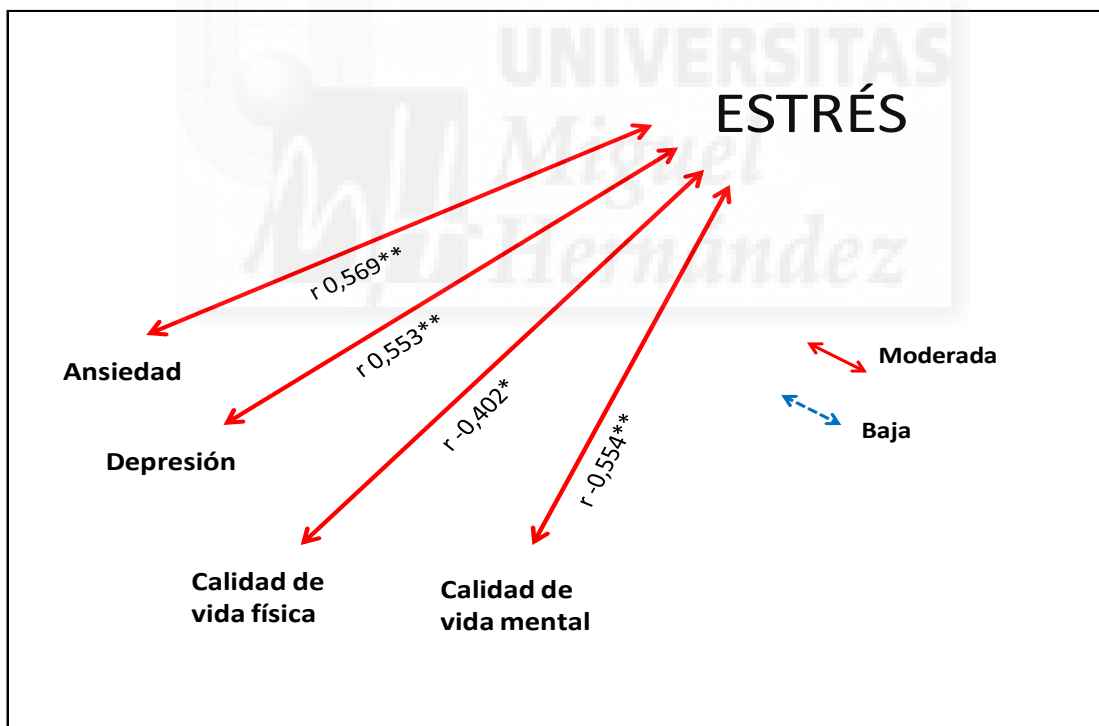


Figura 5. Correlaciones entre el estrés y las demás variables.

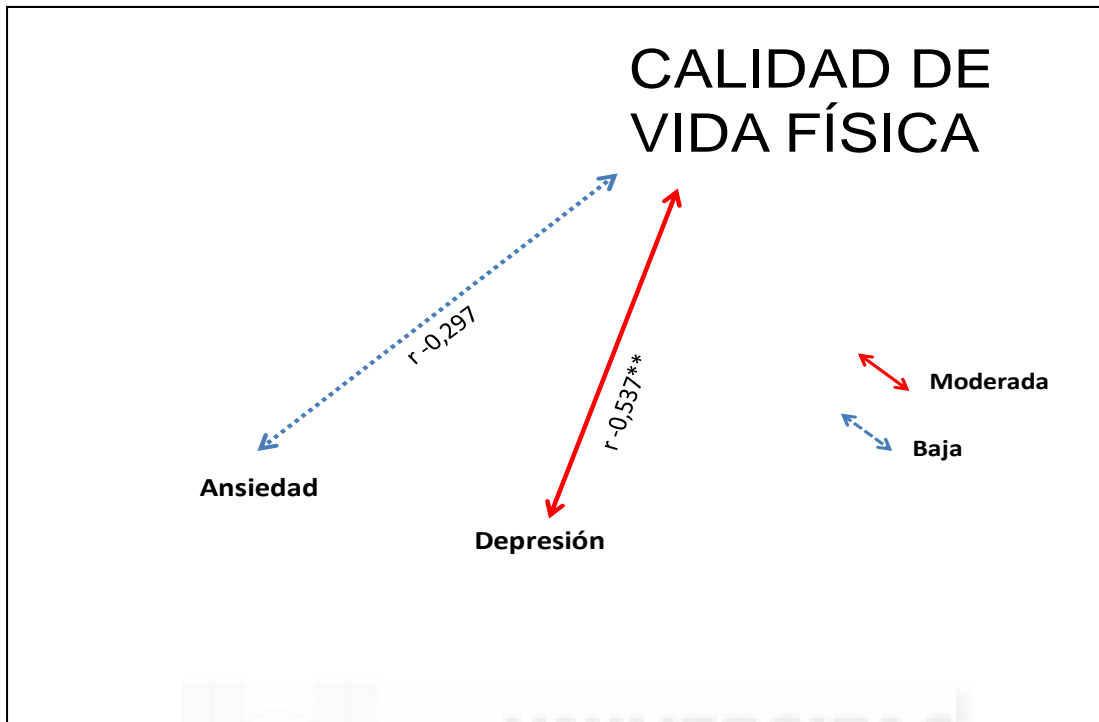


Figura 6. Correlaciones entre calidad de vida física, ansiedad y depresión.

Con respecto a la calidad de vida mental, es importante destacar que existe una correlación inversa, de intensidad moderada y significativa a nivel estadístico con el factor generador de estrés “importancia o amenaza de la enfermedad” y depresión. Estos datos muestran que la calidad de vida mental se ve disminuida al haber un aumento del estrés que genera la importancia o amenaza de la enfermedad y la depresión.

También se aprecia una correlación del mismo tipo entre calidad de vida mental y la variable ansiedad, pero en este caso existe una mayor intensidad. Debido a esto, niveles elevados de calidad de vida mental se corresponden con menores niveles de ansiedad.

Finalmente, también se encuentra correlación significativa a nivel estadístico, aunque de intensidad débil entre esta variable y la edad, lo que significa que las personas de más edad refieren mayores niveles de calidad de vida. En la figura 7 se pueden observar las distintas correlaciones.

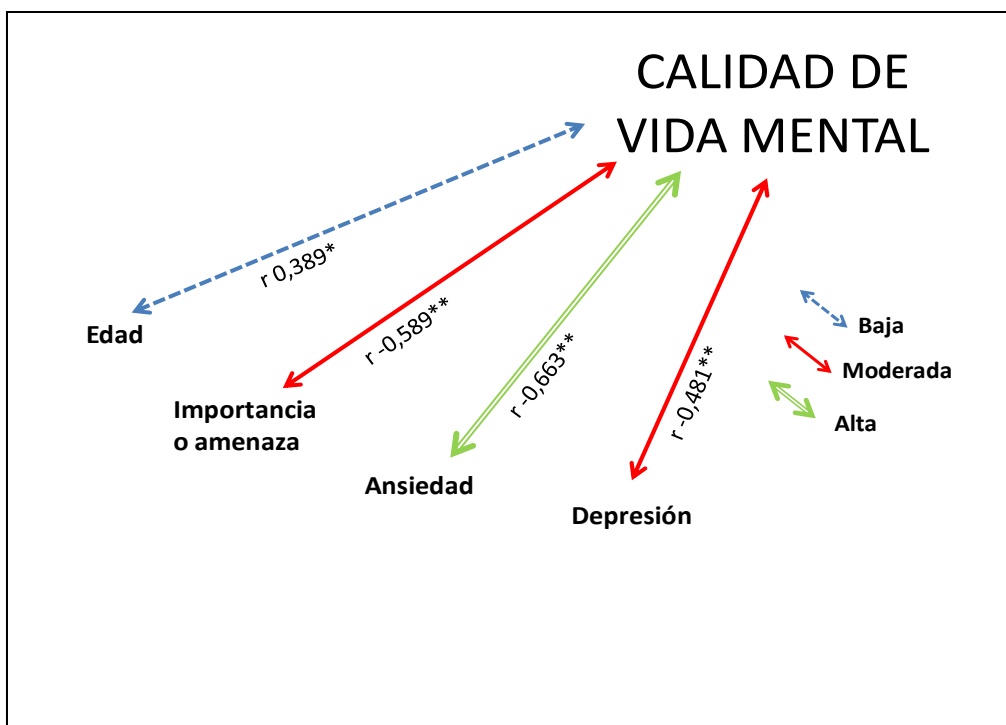


Figura 7. Correlaciones entre calidad de vida mental y las demás variables.



DISCUSIÓN

El estudio señala que en nuestra muestra de pacientes existe cierta similitud con estudios realizados anteriormente. En lo que se refiere a los resultados relacionados con la depresión, son inferiores a los descritos por Páez, Jofré, Azpiroz y de Bortolí (2008), que cifraban un porcentaje del 56,7% de pacientes que mostraban algún grado de depresión. En cambio, los datos descritos por García y Calvanese (2007) son similares a los nuestros, ya que existe un mayor número de pacientes asintomáticos en cuanto a depresión. Este resultado puede ser debido a que las personas que participaron en el estudio eran, en su gran mayoría de edad avanzada, y el tiempo transcurrido desde que comenzaron el tratamiento de hemodiálisis hasta que se les administraron las pruebas psicológicas fue elevado.

Por otro lado, con respecto a los niveles de ansiedad, nuestros resultados coinciden con el estudio llevado a cabo por García y Calvanese (2007), ya que afirman que el mayor porcentaje de pacientes posee unos niveles de ansiedad normales, mientras que en el presente estudio, el 75% de los participantes que no poseen ningún tipo de sintomatología ansiosa. Este escaso porcentaje de sintomatología se puede explicar por la adaptación al tratamiento y a las condiciones de los participantes, ya que estos eran, en su gran mayoría de edad avanzada y llevaban tiempo en tratamiento.

Con respecto a la variable psicológica del estrés, los resultados obtenidos en el EAE indican la existencia de niveles medio-altos de estrés general, siendo la "importancia o amenaza de la enfermedad" el menor estresor. Este resultado también puede ser debido a la adaptación de los pacientes al tratamiento, como consecuencia del prolongado tiempo transcurrido.

En cuanto a los resultados obtenidos en calidad de vida, tanto mental como física, han sido medio- bajos. Aún así, cabe destacar que la puntuación del componente físico ha sido ligeramente inferior al componente mental. Posiblemente estos bajos resultados puedan explicarse, además de por las carencias físicas evidentes que conlleva esta enfermedad, por la inversión de tiempo empleado en recibir el tratamiento en el hospital.

Las puntuaciones obtenidas entre hombres y mujeres, en contraposición a lo descrito por Seguí, Amador y Ramos (2010), que afirman que el sexo masculino refería niveles inferiores de calidad de vida general, muestran que las mujeres

obtienen puntuaciones inferiores en la mayor parte de las variables estudiadas, excepto en la variable de calidad de vida mental, en la que los hombres obtienen puntuación ligeramente superior a las mujeres.

En conclusión, podemos decir que la valoración psicopatológica y el apoyo psicosocial son fundamentales en los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis.

En cualquier caso, es preciso destacar la dificultad que ha supuesto la administración de los cuestionarios a los pacientes, debido a que estaban siendo atendidos por el personal sanitario y recibiendo el tratamiento en ese momento.

Para terminar, es importante recalcar la importancia de la asistencia psicológica que precisa la mayor parte de los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis. Por ello, sería necesario llevar a cabo sesiones destinadas al manejo del estrés, ya que beneficiarían a los pacientes, ayudando a mejorar la ansiedad, depresión y salud física y mental.

Como limitaciones en este estudio se encuentra la escasa población participante. Para poder comprobar cómo afectan estas variables a los pacientes de hemodiálisis de forma más precisa hubiese sido necesaria una población mayor de sujetos. Además, aunque los instrumentos utilizados han extraído la información válida y necesaria para el estudio, se hubiesen elegido un mayor número de cuestionarios en los que se evaluaran estas variables de forma más específica, pero la dificultad de administración impidió escoger otros instrumentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Hernández, P.A y Chaparro López, L.C. y Rey Anacona, C.A. (2008). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Revista Colombiana de Psicología, 17, 9-26.*
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología, 21(2), 191-199.*
- Badía, X. y Lizan, L. (2003). *Estudios de calidad de vida. En A. Martín y J. Cano (Eds.), Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.*
- Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzmán, O. y Niño, A. (2004). *Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá: Often Gráfico.*
- Calvanese, N., Feldman, L. y Weisinger, J. (2004). *Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Nefrología Latinoamericana, 11(2), 49-63.*
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G. & Díez de Baldeón, S. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.*
- Contreras, F., Esguerra G., Espinosa J.C., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (Junio 12 de 2006). *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Santo Tomás, Bogotá, 5(3), 487-499.*
- Contreras, F., Espinosa, J.C. y Esguerra, G.A. (Julio- diciembre 2008). *Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y Salud, 18(2), 165-179.*
- García F., Fajardo C., Guevara R., González V., Hurtado A. (2002) *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología, 23, 528-537. Recuperado el 06 de junio de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29118203.pdf>*

- *García, H. y Calvanese, N. (Enero-Junio 2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Psicología y Salud, 18 (1), 5-15.*
- *García-Llana, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez, C., del Peso, G., Miguel, J.L., Sánchez, R., Celadilla, O., Trocoli, FF., Argüello, M.T. y Selgas, R. (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y procesos. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 30(3), 297-303.*
- *Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. Nefrología, 23, 528-537.*
- *González, Y., Herrera, L.F., López, J. y Nieves, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. Revista PsicologíaCientífica.com. Recuperado el 18 de diciembre de 2014 desde <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>*
- *Guadarrama Guadarrama, R., Márquez Mendoza, O., Mendoza Mojica, S.A., Veytia López, M., Serrano García, J.M. y Ruíz Tapia, J.A. (2012). ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES, UNA CUESTIÓN DE SALUD EN UNIVERSITARIOS . Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15, 1532.1547*
- *Hersh-Rifkin, M., y Stoner, MH (2005). Aspectos psicosociales de la terapia de diálisis. Revisión de la hemodiálisis para las enfermeras y personal diálisis. St Louis, MO: Mosby Inc.*
- *Levey, A.S., Eckardt, K, Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Zeeuw, D., Hostetter, T.H., Lameire, N. and Garabed E Knoyan. (2005). Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica: Propuesta de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Kidney International (Edición español), 1, 135-146.*
- *López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A.E., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R.J. (Diciembre de 2000). Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. Revista de Investigación Clínica, 54, 403-409.*

- Martelli, M., Auerbach, S. y Mercury, C. (1993). Stress management in the health care setting: Matching interventions with patients coping styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 1194-1203.
- Ortega Madrigal EG N.S. y Martínez Corona, Lic. M.A. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Evaluación psicológica y hemodiálisis*, 10(1), 17-20.
- Páez, A.E., Jofré, M.J., Azpiroz, C.R. y Bortoli, M.A. (Noviembre 20 de 2008). Anxiety and depression in Patients with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Dialysis Treatment. *UniversitasPsychologica*, 8(1), 117-124.
- Pérez Martínez, J., Llamas Fuentes, F. y Legido, A.. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador.. *Asociación española de médicos internos residentes*, 1, 1-10.
- Rodrigues Fructuoso, M., Castro, R., Oliveira, I., Prata, C. y Morgado, T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 31(1), 91-6.
- Rodriguez, J., Pastor, S., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rufino, J.M., García, C., Vega, N., Macía, M., Hernández, D., Rodríguez, A., Maceira, B. y Lorenzo, V. (2011). Diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 31(2), 174-184.
- Seguí Gomà, A., Amador Peris, P. y Ramos Alcario, A.B.. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13, 155-160.
- Terol, M.C., Quiles, Y., y Pérez-Jover (Coords.), *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*. Madrid: Ed. Pirámide, 2012.
- Tuesca Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 21, 76-86.
- Varela, L., Vázquez, M.I., Bolaños, L. y Alonso, R. (2011). Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 31(1), 97-106.
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López G., J., Moreno, F. y Sanz G., D. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con salud

entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. Nefrología, 24(2), 167-178.

- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K. y Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Medicina Chile, 142, 1275-1283.*

