

Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad

Carmen M. Perales-Montilla¹, Stefan Duschek², Gustavo A. Reyes-del Paso¹

¹ Departamento de Psicología. Universidad de Jaén (España)

² Departamento de Psicología. UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol (Austria)

Nefrología 2013;33(6):816-25

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Aug.12097

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de distintos tipos de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica en comparación con un grupo control y analizar la capacidad predictiva de algunas variables psicológicas (ansiedad, depresión, apoyo social, autoeficacia y estrategias de afrontamiento) sobre el informe de estos síntomas. **Método:** Cuarenta y seis pacientes en tratamiento con diálisis y 30 personas sin enfermedad relevante equiparadas en variables sociodemográficas fueron evaluadas mediante medidas de autoinforme. Las relaciones entre los síntomas somáticos y las variables consideradas como predictoras se analizaron mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple. **Resultados:** Los pacientes mostraron niveles de síntomas somáticos muy por encima de los valores obtenidos en el grupo control, especialmente en síntomas inmunológicos, cardiovasculares, gastrointestinales y piel-alergia. La ansiedad, con una asociación positiva, es el principal predictor independiente de la mayoría de las categorías de síntomas, llegando a explicar el 24,9 % ($p < 0,0001$) de la varianza en el total de síntomas informados. La depresión, el grado de preocupación y las estrategias de afrontamiento pasivo (indefensión-desesperanza y fatalismo) también se asociaron a mayores niveles de síntomas somáticos. Por el contrario, la estrategia de afrontamiento activo del espíritu de lucha, la autoeficacia (capacidad de afrontamiento) y el apoyo social se asociaron a menores niveles de síntomas. **Conclusiones:** Estos resultados tienen implicaciones clínicas respecto a los aspectos en los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a mejorar la sintomatología en pacientes en hemodiálisis crónica y sugieren que las variables psicólogo-emocionales pueden explicar algunos de los síntomas sin etiología clara en el enfermo renal.

Palabras clave: Hemodiálisis crónica. Síntomas somáticos. Ansiedad. Depresión. Autoeficacia. Apoyo social. Estrategias de afrontamiento.

The influence of emotional factors on the report of somatic symptoms in patients on chronic haemodialysis: the importance of anxiety

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of different somatic symptoms in patients undergoing chronic haemodialysis in comparison with a control group and to analyze the predictive capacity of some psychological variables (namely anxiety, depression, social support, self-efficacy and stress-coping strategies) on the reporting of these symptoms. **Method:** 46 patients undergoing dialysis treatment and 30 individuals without relevant illness matched in socio-demographic variables were evaluated with self-reported measures. Relationships between somatic symptoms and predictor variables were analysed through bivariate correlations and multiple regression analysis. **Results:** Patients showed values of somatic symptom much greater than controls, especially concerning immunological, cardiovascular, gastrointestinal and skin-allergy symptoms. Anxiety, with a positive association, is the main independent predictor of most of the symptom categories, explaining up to 24.9% ($p < .0001$) of variance in the total number of reported symptoms. Depression, level of worry, and passive coping-strategies (helplessness-hopelessness and fatalisms) were also associated with higher levels of somatic symptoms. Contrarily, the active coping strategy of fighting spirit, self-efficacy (coping capacity) and social support were associated with lower levels of symptoms. **Conclusions:** These results have clinical implications with respect to the aspects in which psychological interventions aimed to reduce somatic symptoms in chronic dialysis should be based and suggest that psychological-emotional variables could explain some of the symptom without clear aetiology in the renal patient.

Keywords: Chronic haemodialysis. Somatic symptoms. Anxiety. Depression. Self-efficacy. Social support. Coping Strategies.

Correspondencia: Gustavo A. Reyes del Paso

Departamento de Psicología.

Universidad de Jaén. Campus de las Lagunillas, s/n, Edificio C-5.

Jaén 23071 (España).

greyes@ujaen.es

INTRODUCCIÓN

El estrés y las variables psicosociales asociadas a este (eventos vitales, ansiedad, depresión, apoyo social, estrategias de

afrontamiento, etc.) se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad por diversas enfermedades^{1,4}. Muchas de estas variables se pueden integrar en el factor disposicional denominado afectividad negativa (reformulación moderna del concepto tradicional de neuroticismo), que puede ser definido como una dimensión general de malestar emocional y predisposición a experimentar emociones negativas (disgusto, ansiedad, tristeza, hostilidad-ira, culpabilidad, miedo, depresión, insatisfacción con uno mismo, mayor autocrítica, sesgo negativo en la valoración de uno mismo, del mundo y el futuro, etc.)^{2,3}. Este rasgo y sus factores asociados predicen una mayor frecuencia de quejas somáticas, el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades físicas, el uso de los servicios médicos, la calidad de vida, la longevidad, un mayor número de eventos vitales negativos, peores hábitos de salud, etc.^{1-3,5}. Los estados de estrés y las emociones negativas (ansiedad y depresión) pueden intensificar y empeorar el curso y la evolución de la enfermedad, interferir con su tratamiento y modular la percepción de los síntomas, aumentando significativamente la morbilidad y la mortalidad^{1,4}.

Diversos mecanismos mediadores pueden explicar la mayor presencia de síntomas en las personas de alta afectividad negativa: 1) Esta se asocia con una mayor reactividad a los factores de estrés a nivel cardiovascular, neuroendocrino e inmunológico, conduciendo a una mayor probabilidad de enfermar^{1,6}. 2) Las personas con alta afectividad negativa perciben con mayor frecuencia e intensidad los síntomas somáticos. Esto puede deberse a una interacción de factores como: una mayor atención a los síntomas (hipervigilancia o «escaneo» interoceptivo); interpretación de estos de forma más negativa, dándoles más importancia y exagerando su significación (mayor aprensión); mayor tendencia a quejarse y a sobrerreaccionar a los síntomas; etc.². Por último, también se puede dar la cadena causal opuesta, es decir, que los problemas de salud hagan a la persona más neurótica y ansiosa, aumentando así su afectividad negativa².

La enfermedad renal crónica (ERC) avanzada está intrínsecamente asociada con un nivel considerable de estrés: incertidumbre sobre la supervivencia, dependencia de la tecnología médica y las sesiones de diálisis con lo que ello conlleva (viajes, renuncia a otras actividades, etc.), que pueden llegar a ser vistos como una situación de dependencia, además del estrés inherente a las sesiones de diálisis, las graves restricciones dietéticas, la interferencia de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida⁷, los efectos secundarios de la medicación, el severo deterioro físico^{8,9}, etc.

En pacientes en hemodiálisis es conocida la influencia de los factores psicológicos^{9,10} y su interacción con la sintomatología somática¹¹. Por ejemplo, en un estudio prospectivo se siguió longitudinalmente durante 4 años a pacientes en hemodiálisis, encontrándose que los pacientes con alto neuroticismo (es decir, mayor afectividad negativa) mostraron una tasa de mortalidad un 38 % mayor que los de bajo neuroticismo, después de controlar la edad, el estatus de diabetes, el nivel de hemoglobina, etc.¹². Dentro del concepto de

«conducta de enfermedad» (que hace referencia a la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe estos signos como anormales), los síntomas físicos son un elemento central, tanto por su relevancia como por la multiplicidad de agentes implicados en ellos¹³.

En pacientes en hemodiálisis la mayoría de los síntomas se explican por mecanismos etiopatogénicos bien establecidos¹⁴. No obstante, muchos pacientes adecuadamente dializados, con buenos niveles de hematocrito y un buen control bioquímico continúan presentando molestias físicas «residuales» que afectan a su bienestar, para las que no se encuentra una etiología clara¹¹ y que no responden adecuadamente a los tratamientos prescritos¹⁵. La relevancia asignada al deterioro físico del enfermo renal se puede ilustrar en la gran proliferación de literatura sobre la calidad de vida relacionada con la salud^{7,16-18}, que muestra como los problemas físicos del enfermo renal modulan significativamente las valoraciones que realiza de su condición y capacidad adaptativa. Dentro de este contexto, existen pocos estudios que hayan analizado la prevalencia de los distintos tipos de síntomas físicos en pacientes de hemodiálisis, así como la posible relevancia de los factores psicológico-emocionales en su determinación¹⁹. Ello puede conducir a una infravaloración y un tratamiento deficiente de esta sintomatología.

En este contexto, es relevante la aportación que puede realizar la psicología de la salud⁹ para la atención integral del paciente en hemodiálisis, identificando las variables psicosociales que pueden afectar al informe de síntomas somáticos. En este estudio nos hemos centrado en la ansiedad, la depresión, el apoyo social, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento.

La ansiedad y la depresión (elementos centrales del concepto de afectividad negativa) son frecuentes en los enfermos renales¹⁰. La depresión se expresa como un estado de ánimo triste, pérdida de interés, anhedonia, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, trastornos del sueño y del apetito, baja energía, falta de concentración, etc. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes, y conducir a una disminución sustancial de la capacidad de la persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas⁷. En enfermos renales existe la particularidad de que los problemas urémicos se solapan con los síntomas depresivos, por lo que hay que tener especial cuidado para su diagnóstico, debiéndose centrar este especialmente en síntomas de tipo cognitivo. Su etiología se ha asociado a las numerosas pérdidas y limitaciones a que tiene que hacer frente el paciente¹⁰, siendo el principal predictor de la calidad de vida en esta población^{7,20}. La depresión presenta una prevalencia del 20 % al 30 % en pacientes con diálisis²¹. Respecto a la ansiedad, es un estado emocional negativo evocado ante situaciones que implican peligro o amenaza. La ansiedad suele estar presente en pacientes en hemodiálisis, dada la continua incertidumbre que rodea la vida de los pacientes y las nume-

rosas situaciones que han de afrontar. La ansiedad se ha asociado a una menor calidad de vida, es mayor en enfermos de más edad y está incrementada en los primeros meses de hemodiálisis²². Presenta una prevalencia del 27 % en pacientes con diálisis⁹. Estos trastornos emocionales (depresión/ansiedad) parecen estar asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, que repercuten de forma significativa en el bienestar del enfermo renal¹² y han demostrado su capacidad como predictores independientes de supervivencia.

El apoyo social consiste en la obtención por parte del individuo de recursos (materiales, cognitivos y afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o «fuentes» de apoyo. Estos recursos reducen la percepción de amenaza, los estados emocionales negativos, las respuestas fisiológicas ante el estrés, y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes^{6,18}. En enfermos renales se ha mostrado su efecto protector, mejorando la calidad de vida, la adaptación a la enfermedad, la percepción de la sintomatología asociada a los problemas de salud mental, la adhesión al tratamiento y la supervivencia^{9,18}.

La autoeficacia es la creencia que tiene una persona sobre su grado de capacidad para realizar acciones conducentes a la obtención de los resultados deseados²³. En enfermos renales se ha asociado con la disminución de la sintomatología física y psicológica, y la adhesión al tratamiento²⁴.

El afrontamiento hace referencia a las estrategias habituales que utiliza el individuo para enfrentarse al estrés y resolver los problemas cotidianos²⁵. La hemodiálisis implica un proceso de deterioro físico continuo de varios años⁹, lo que genera

sentimientos de limitación y desesperanza en los pacientes. El afrontamiento que se haga de estas situaciones determinará el grado en que la enfermedad afectará a la vida del paciente, a la adaptación y ajuste a la enfermedad, y al estrés resultante de las demandas que se han de afrontar. En pacientes en hemodiálisis el afrontamiento interviene significativamente en la adaptación a la enfermedad y en la adhesión al tratamiento^{16,24}.

Los objetivos de este estudio son: a) evaluar el informe de distintos tipos de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis, en comparación con un grupo control equiparado en las principales variables sociodemográficas, y b) explorar la asociación y capacidad predictiva de algunas variables psicológicas (ansiedad, depresión, autoeficacia, apoyo social y estrategias de afrontamiento) sobre el autoinforme de síntomas somáticos, controlando para ello el efecto de la edad y el tiempo en diálisis. Los resultados del estudio pueden ser de utilidad para entender los síntomas que presentan los pacientes, así como para optimizar posibles intervenciones psicológicas destinadas a disminuir la sintomatología del paciente en diálisis.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 46 pacientes en hemodiálisis crónica. El tipo de diálisis recibida fue *on line*, con tres sesiones semanales de cuatro horas de duración (y una sesión extra para pacientes con sobrepeso). Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se exponen en la tabla

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra utilizada

| VARIABLES | n | % | VARIABLES | n | % |
|--------------------------|----|-------|-----------------------------------|----|-------|
| Edad (años) | | | Tiempo en diálisis (años) | | |
| 20 a 29 | 1 | 2,17 | 0 a 5 | 24 | 52,17 |
| 30 a 39 | 8 | 17,39 | 6 a 10 | 9 | 19,56 |
| 40 a 49 | 25 | 54,33 | 11 a 20 | 9 | 19,56 |
| ≥ 50 | 12 | 26,08 | ≥ 21 | 4 | 8,69 |
| Sexo | | | Causas de la IRC | | |
| Varón | 33 | 71,73 | Glomerulonefritis crónica | 14 | 30,43 |
| Mujer | 13 | 28,26 | Vascular | 9 | 19,56 |
| Nivel de estudios | | | Diabetes mellitus | 6 | 13,04 |
| Sin estudios | 5 | 10,86 | Poliquistosis renal | 7 | 15,21 |
| Primarios | 28 | 60,86 | Pielonefritis renal | 6 | 13,04 |
| Secundarios | 7 | 15,21 | No filiada | 4 | 8,69 |
| Universitarios | 6 | 13,04 | Trasplantado anteriormente | | |
| | | | No | 31 | 67,39 |
| | | | Sí | 15 | 32,60 |

IRC: insuficiencia renal crónica.

1. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o menor de 60 años, llevar en tratamiento con diálisis más de seis meses, no haber padecido recientemente (últimos seis meses) situaciones clínicas graves (ingresos hospitalarios prolongados, obstrucción reciente del acceso vascular) y no padecer trastorno psiquiátrico o discapacidad intelectual. Estos criterios se seleccionaron para asegurar una adecuada comprensión de los instrumentos de evaluación utilizados, una mayor capacidad para mantener la atención, y para reducir la posibilidad de que el estado clínico del paciente pudiera interferir en los resultados. La investigación fue propuesta al 100 % de los pacientes disponibles en el distrito sanitario (Unidad de Hemodiálisis del Hospital Médico Quirúrgico, Centro de Hemodiálisis de Santa Catalina, NefroLinares y Centro de Diálisis Playa de la Victoria) que cumplieran los criterios de inclusión (58 pacientes). De estos, 46 (79,3 %) aceptaron finalmente participar en la investigación. Durante el curso del estudio 5 pacientes (8,6 %) presentaron situaciones clínicas relevantes y abandonaron el estudio. El grupo control estuvo formado por 30 participantes sin enfermedad física relevante, equiparados en edad ($45,33 \pm 8,38$ años), género (7 mujeres y 23 varones) y nivel educativo (4 sin estudios, 18 con estudios primarios, 4 con estudios secundarios y 4 universitarios) con el grupo de pacientes.

Instrumentos de medida

Se administraron los siguientes instrumentos:

Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R)²⁶. Es una forma revisada de la versión anterior de 1987, diseñada para obtener una evaluación de la salud física, correspondiente a los sistemas somatofisiológicos más relevantes. Contiene 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (rango de 0 a 4, a mayor puntuación, mayores síntomas somáticos), relacionados con la incidencia en el último año de síntomas somáticos autoinformados, que se clasifican según las siguientes subescalas: Inmunológico General (cansancio, fatiga), Cardiovascular (palpitaciones, taquicardias, dolor en el pecho), Respiratorio (respiración dificultosa, sensación de ahogo, dolor de garganta), Gastrointestinal (molestias en el estómago, dificultades de digestión, náuseas), Neurosensorial (mareos, sensación general de debilidad, dolores abdominales), Piel-Alergia (picores, escozor en la piel), Musculoesquelético (presencia de dolores, calambres, contracturas), Reproductor femenino (dolores y molestias relacionadas con el período) y Genitourinario (dificultad de micción, molestias y dolores genitales). Las dos últimas subescalas han sido eliminadas del estudio. La Genitourinaria está relacionada con la excreción de orina, algo intrínsecamente alterado en la ERC. En cuanto al Reproductor femenino, solo es aplicable a mujeres fértiles. También se obtiene una puntuación total con la suma de todos los síntomas informados. En cuanto

a sus propiedades psicométricas, se han encontrado niveles aceptables de consistencia interna para cada subescala (el coeficiente α de Cronbach oscila entre 0,79 y 0,84) y una alta validez predictiva en relación con otros indicadores de salud física, tales como autoinformes sobre enfermedades y criterios externos de salud como diagnósticos clínicos²⁶.

Escala de Preocupaciones y Autoeficacia de Báez (2002)²⁷. Esta escala fue desarrollada para analizar las creencias que tienen los enfermos, acerca de sus preocupaciones y habilidades para manejar determinadas situaciones vitales, relacionadas con: la enfermedad, la familia, el trabajo, la actividad social y las finanzas. Consta de 25 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (rango de 0 a 3, a mayor puntuación, mayor grado de preocupación o grado de autoeficacia). Se obtienen dos tipos de puntuaciones: una sobre el grado de preocupación por las distintas situaciones planteadas, y otra respecto al grado en que la persona se siente capaz de afrontar esas situaciones (es decir, grado de autoeficacia). La consistencia interna de las subescalas oscila entre 0,71 y 0,86²⁸.

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), en la versión española de Caro e Ibáñez²⁹. Esta escala evalúa los niveles de ansiedad y depresión sin tener en cuenta síntomas de tipo somático, por lo que limita las posibilidades de que los síntomas propios de la enfermedad contribuyan a las puntuaciones. Consta de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (rango de 0 a 3), con diferentes formulaciones de respuesta. Integrado por dos subescalas: una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). La escala tiene una elevada consistencia interna, con un coeficiente α de Cronbach de 0,82 para la subescala de ansiedad y de 0,84 para la subescala de depresión.

Escala de Apoyo Social (AS-25)³⁰. El objetivo de esta escala es cuantificar la disponibilidad de apoyo social. En ella el propio paciente indica el nivel de apoyo recibido. Consta de 25 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (rango de 1 a 4, a mayor puntuación, mayor grado de apoyo social). La consistencia interna del instrumento según el coeficiente α de Cronbach es de 0,87.

Escala de Estrategias de Afrontamiento o Ajuste Mental³¹. Esta escala evalúa el grado de ajuste del paciente a su enfermedad. Se ha utilizado frecuentemente en enfermos de cáncer, por lo que para su adaptación a nuestra muestra se han eliminado tres ítems del instrumento. Consta de 38 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (rango de 1 a 4, a mayor puntuación, mayor grado de estrategia de afrontamiento). Está compuesta por 4 subescalas que evalúan las estrategias de Espíritu

de Lucha (respuesta de afrontamiento activo, donde el paciente desea luchar contra la enfermedad de forma optimista), Preocupación Ansiosa (constante preocupación por el diagnóstico e incertidumbre sobre el control que se puede ejercer), Indefensión (desesperanza, sentimiento de no poder hacer nada) y Fatalismo (acepta el diagnóstico, pero con resignación fatalista). La consistencia interna de las subescalas oscila entre 0,55 y 0,80.

Procedimiento

Para la selección de los pacientes se contactó con los centros de diálisis de la provincia de Jaén (Unidad de Hemodiálisis del Hospital Médico Quirúrgico, Centro de Hemodiálisis de Santa Catalina, NefroLinares y Centro de Diálisis Playa de la Victoria). Una vez aprobado el protocolo por la dirección de los centros, los nefrólogos seleccionaron a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. A estos pacientes se les explicó los objetivos del estudio y aquellos que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. La recogida de información respecto a las variables sociodemográficas y clínicas se realizó a través de una entrevista con el paciente. A continuación se entregó un cuadernillo con los cuestionarios utilizados en el estudio según un orden contrabalanceado. La recogida de datos se realizó durante los meses de abril a julio de 2012.

Análisis estadístico

El análisis de las posibles diferencias en síntomas somáticos entre los pacientes y los participantes controles se realizó mediante pruebas *t-Student* para muestras independientes.

El análisis de las relaciones entre las variables consideradas predictoras (ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, apoyo social, grado de preocupación y autoeficacia) y las variables definidas como dependientes (síntomas somáticos) se realizó en un primer lugar mediante un análisis bivariado exploratorio a partir de correlaciones de Pearson. En segundo lugar, se realizó un análisis de regresión múltiple para cada una de las categorías de síntomas, en el que se controló el efecto de las variables edad y tiempo en diálisis. Este análisis de regresión se realizó siguiendo el método de los pasos sucesivos; en él se introdujeron las variables predictoras, que mostraron en el análisis bivariado previas asociaciones significativas con la variable dependiente. Estos análisis de regresión han generado una r^2 (ajustada en función del número de grados de libertad), como índice de la capacidad predictiva del modelo, y unos coeficientes β estandarizados, como valor de la pendiente de la línea de regresión. El nivel de significación se ha fijado en $p < 0,05$. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

Diferencias de grupo en síntomas somáticos

Las medias y desviaciones típicas de las diferentes categorías de síntomas somáticos aparecen recogidas en la tabla 2. Los niveles mostrados por los pacientes quedan muy por encima de los obtenidos en el grupo control. El resultado de la comparación de medias ha sido significativo para todas las categorías, excepto la Respiratoria y la Neurosensorial. Las mayores diferencias se observan para las categorías Inmunológica, Cardiovascular, Gastrointestinal y Piel-Alérgica.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las categorías de síntomas

| Síntomas somáticos | Enfermos renales | | Grupo control | | t-Student | |
|--------------------|------------------|-------------------|---------------|-------------------|-----------|-------|
| | Media | Desviación típica | Media | Desviación típica | t | Sig. |
| Inmunológico | 10,76 | 6,27 | 5,30 | 3,37 | 4,36 | 0,000 |
| Cardiovascular | 10,78 | 7,68 | 4,90 | 6,62 | 3,43 | 0,001 |
| Respiratorio | 8,52 | 8,04 | 7,66 | 6,16 | 0,495 | 0,622 |
| Gastrointestinal | 13,19 | 8,33 | 5,56 | 4,95 | 4,51 | 0,000 |
| Neurosensorial | 11,78 | 8,32 | 8,50 | 5,81 | 1,87 | 0,064 |
| Musculoesquelético | 15,36 | 8,69 | 11,23 | 7,69 | 2,11 | 0,038 |
| Piel-Alérgica | 12,30 | 7,66 | 6,13 | 4,65 | 3,95 | 0,000 |
| Total de síntomas | 82,72 | 46,13 | 49,30 | 22,14 | 3,69 | 0,000 |

Medias y desviaciones típicas de las categorías de síntomas evaluados con la Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESSR) para el grupo de enfermos renales crónicos y el grupo control. Se incluye también el resultado de los análisis de comparación de medias para muestras independientes (valores *t* y *p*).

Tabla 3. Correlaciones entre los distintos síntomas somáticos y las variables psicosociales

| | IG | CV | RS | GI | NS | ME | PA | TOTAL |
|--------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------|---------------------|
| Ansiedad | 0,430 ^b | 0,493 ^b | 0,520 ^b | 0,333 ^a | 0,443 ^b | 0,656 ^b | 0,257 | 0,538 ^b |
| Depresión | 0,319 ^a | 0,412 ^b | 0,421 ^b | 0,227 | 0,333 ^a | 0,472 ^b | 0,209 | 0,410 ^b |
| Grado de Preocupación | 0,249 | 0,204 | 0,176 | 0,316 ^a | 0,236 | 0,419 ^b | 0,155 | 0,303 ^a |
| Grado de Autoeficacia | -0,220 | -0,102 | -0,345 ^a | -0,071 | -0,081 | -0,262 | -0,036 | -0,190 |
| Optimismo | -0,147 | -0,018 | -0,064 | -0,112 | -0,108 | -0,280 | -0,167 | -0,154 |
| Apoyo Social | -0,287 | -0,242 | -0,370 ^a | -0,137 | -0,208 | -0,291 ^a | -0,150 | -0,286 |
| Espíritu de Lucha | -0,362 ^a | -0,088 | -0,294 ^a | -0,287 | -0,143 | -0,392 ^b | -0,288 | -0,315 ^a |
| Indefensión-Desesperanza | 0,246 | 0,145 | 0,147 | 0,154 | 0,294 ^a | 0,390 ^b | 0,156 | 0,264 |
| Fatalismo | 0,181 | 0,127 | 0,190 | 0,019 | 0,310 ^a | 0,392 ^b | 0,208 | 0,247 |
| Preocupación Ansiosa | -0,069 | -0,043 | 0,050 | -0,041 | 0,127 | 0,046 | -0,119 | -0,022 |

CV: Cardiovascular; GI: Gastrointestinal; IG: Inmunológico General; ME: Musculoesquelético; NS: Neurosensorial; PA: Piel Alérgica; RS: Respiratorio.

TOTAL = suma de todos los síntomas informados.

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

Análisis correlacional bivariado

En la tabla 3 se presentan las correlaciones obtenidas entre las categorías de síntomas somáticos y las variables psicosociales tomadas como predictoras. Los resultados muestran correlaciones positivas entre las diferentes categorías de síntomas y las medidas de Ansiedad, Depresión, Grado de Preocupación y las estrategias de afrontamiento de la Indefensión-Desesperanza y Fatalismo. La Ansiedad, y en menor medida la Depresión, son las variables que en mayor medida se asocian con las distintas categorías de síntomas, con significaciones de $p < 0,01$ en la mayoría de las correlaciones. También se han obtenido asociaciones negativas significativas entre algunas categorías de síntomas y la estrategia de afrontamiento del Espíritu de Lucha, la Autoeficacia (es decir, grado de capacidad de afrontamiento) y el Apoyo Social. La única categoría de síntomas que no ha mostrado asociación con las variables psicosociales ha sido la referente a Piel-Alergia.

Análisis de regresión multivariado

Los resultados del análisis de regresión múltiple para la predicción de los síntomas somáticos, una vez controlado el efecto de la edad y el tiempo en diálisis (ninguna de estas variables se asoció significativamente al informe de síntomas), se presentan en la tabla 4. Como puede observarse, solo se obtienen modelos de regresión compuestos por una sola variable, y en todos los casos esta variable es la Ansiedad. De esta forma, la mayor Ansiedad predice significativamente un aumento en los síntomas somáticos autoinformados de tipo Musculoesquelético, Respiratorio, Cardiovascular, Inmunológico, Neurosensorial y Gastrointestinal, así como el total de síntomas informados. Excepto para los síntomas Gastrointestinales ($p = 0,027$), la magnitud de estas asociaciones

es bastante alta, con niveles de significación por debajo de 0,003. Una vez controlado estadísticamente el efecto de la Ansiedad en los primeros modelos de regresión comentados anteriormente (y, por tanto, retirada la varianza compartida entre la Ansiedad y las restantes variables tomadas como predictoras), no aparece ningún segundo modelo de regresión capaz de aumentar significativamente la capacidad predictiva de la Ansiedad por sí sola. Se pierde por tanto la capacidad predictiva de las restantes variables psicosociales que mostraron asociaciones significativas en el análisis correlacional bivariado.

DISCUSIÓN

Nuestro primer objetivo era conocer los síntomas somáticos más frecuentemente informados por los pacientes renales en tratamiento con diálisis, en comparación con un grupo control equiparado en las principales variables sociodemográficas. A excepción de los síntomas de tipo respiratorio, todas las demás categorías de síntomas evaluadas con la ESS-R presentan puntuaciones muy superiores en los pacientes renales respecto al grupo control. Las diferencias son especialmente marcadas (llegando a superar el doble de puntuación) en las categorías Gastrointestinal, Inmunológica, Cardiovascular y Piel-Alergia. Estos síntomas podrían explicarse en parte por el efecto a largo plazo de la anemia, la desnutrición y las complicaciones cardiovasculares típicas del enfermo renal³², que conllevan quejas frecuentes de falta de energía, deterioro muscular y esquelético, desaliento y fatiga³³. Las dosis insuficientes de diálisis pueden favorecer la anorexia, las náuseas, el hiperparatiroidismo y la aparición de síntomas en la piel, como el prurito¹⁴. Por otra parte, el mayor informe de estos síntomas también puede estar relacionado con las complicaciones del tratamiento de diálisis. Durante las sesiones de

Tabla 4. Resultados del análisis de regresión múltiple para la predicción de los síntomas somáticos

| Variable dependiente | Variable predictora | β | r^2 | t | p |
|----------------------|---------------------|---------|-------|--------|-------|
| Inmunológico | Ansiedad | 0,434 | 0,174 | 30,200 | 0,003 |
| Cardiovascular | Ansiedad | 0,493 | 0,189 | 30,670 | 0,001 |
| Respiratorio | Ansiedad | 0,520 | 0,253 | 40,033 | 0,000 |
| Gastrointestinal | Ansiedad | 0,332 | 0,051 | 20,285 | 0,027 |
| Neurosensorial | Ansiedad | 0,445 | 0,153 | 30,243 | 0,002 |
| Músculo-esquelético | Ansiedad | 0,657 | 0,414 | 50,759 | 0,000 |
| Total de síntomas | Ansiedad | 0,539 | 0,249 | 40,174 | 0,000 |

β : valor de la pendiente de la línea regresión; r^2 : índice de capacidad predictiva del modelo; t: estadístico t-Student; p: probabilidad.

hemodiálisis son frecuentes los episodios de hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor en el pecho, y el riesgo de infecciones del acceso vascular. El sufrimiento de este tipo de complicaciones durante la diálisis ha podido contribuir también al mayor informe de síntomas somáticos en los pacientes renales crónicos.

Las diferencias en síntomas son menos acusadas en las categorías Musculo-esquelética y Neurosensorial. Hay que hacer notar que los síntomas Musculo-esqueléticos han sido los más frecuentemente informados por la muestra de enfermos renales. No obstante, también han sido los más informados por los participantes controles, lo que ha conllevado que las diferencias de grupo no sean de las más llamativas. La mayor frecuencia de síntomas Musculo-esqueléticos en los pacientes renales, en comparación con otros tipos de síntomas, está de acuerdo con la literatura existente, que indica que entre las molestias del enfermo renal las más comunes son las Musculo-esqueléticas^{34,35}. La alta prevalencia de esta sintomatología puede explicarse a partir de las alteraciones metabólicas del calcio que sufre el enfermo renal, asociadas a patologías como la osteodistrofia renal.

Nuestro segundo objetivo era identificar las variables psicosociales que pudieran ser predictoras significativas del nivel de síntomas somáticos. Estudios previos han mostrado que la edad y el tiempo en diálisis pueden afectar a los síntomas que presentan los pacientes³⁶, por lo que hemos realizado un control estadístico de su efecto. No obstante, en nuestro estudio la edad y el tiempo en diálisis no predicen el informe de síntomas somáticos, quizás por la limitación impuesta por nuestro criterio de edad (menor o igual a 60 años). Los resultados muestran claramente que la ansiedad es el principal predictor de la mayoría de las categorías de síntomas somáticos evaluados, asociándose positivamente a estos y llegando a explicar el 24,9 % de la varianza en el total de síntomas informados. Diferenciando las distintas categorías de síntomas y de mayor a menor poder explicativo, la ansiedad explica el 41,4 % de la varianza en los síntomas Musculo-esqueléticos, el 25,3 % en los síntomas Respiratorios, el 18,9 % en los Cardiovasculares, el 17,4 % en los

Inmunológicos, el 15,3 % en los Neurosensoriales, y el 5,1 % en los Gastrointestinales. De esta forma, la ansiedad aumenta muy significativamente la mayoría de los síntomas evaluados, excluyendo únicamente los relacionados con la Piel-Alergia. Estos resultados son congruentes con estudios previos, que han mostrado que la ansiedad puede favorecer algunas complicaciones en los enfermos renales, como la hipertensión.

La asociación entre ansiedad y mayor presencia de síntomas se podría explicar a partir de los mismos mecanismos comentados en la introducción (la ansiedad es uno de los componentes esenciales de la afectividad negativa)⁴. En primer lugar, los correlatos fisiológicos (por ejemplo, hiperactivación simpática, relacionada con los síntomas Respiratorios y Cardiovasculares), somáticos (tensión muscular, relacionada con los síntomas Musculo-esqueléticos) y neuroendocrinos (mayor secreción de catecolaminas y cortisol, relacionados con los síntomas Inmunológicos) de la ansiedad pueden incrementar directamente la presencia de síntomas. En segundo lugar, es conocido que los sujetos ansiosos experimentan la estimulación dolorosa con mayor intensidad^{37,38}, disminuyendo la ansiedad el umbral del dolor³⁹. En este sentido, es conocida la existencia de un círculo vicioso, mediante el cual el dolor aumenta el grado de ansiedad y esta a su vez incrementa la percepción de dolor⁴⁰. Esta línea de evidencia no se limita al dolor; varios estudios han mostrado que la ansiedad aumenta la percepción de diverso tipo de síntomas². Estos estudios muestran que la ansiedad puede aumentar la percepción de síntomas a través de una mayor focalización atencional interoceptiva, la amplificación de estas percepciones, y su interpretación en términos más negativos (sesgo atencional e interpretativo). Los mecanismos comentados anteriormente no son mutuamente excluyentes, sino que pueden ser complementarios y actuar simultáneamente. De esta forma, los pacientes en tratamiento con diálisis con mayores niveles de ansiedad, o en general con presencia de mayor afectividad negativa, son los que muestran mayor limitación en su capacidad funcional relacionada con su salud⁷. A tenor de nuestros resultados, y teniendo en cuenta las peculiaridades clínicas del enfermo renal, se debe contemplar la posibilidad de que la ansiedad pueda explicar

parte de las molestias físicas para las que no se encuentra etiología clara en el enfermo renal.

El análisis bivariado exploratorio muestra que la depresión se asocia positivamente a la sintomatología Musculoesquelética, Respiratoria, Cardiovascular, Neurosensorial, Inmunológica y al total de síntomas somáticos. En la literatura es ampliamente reconocida la asociación entre depresión y alteraciones en los sistemas inmunológico y cardiovascular^{1,15}. Específicamente en los pacientes en diálisis, se han encontrado asociaciones significativas entre depresión, parámetros inmunológicos y mortalidad²¹. Los procesos infecciosos, en asociación con la disfunción inmune, son altamente relevantes, constituyendo la principal causa de morbilidad y la segunda causa de mortalidad entre pacientes en diálisis⁴¹. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de las alteraciones emocionales (ansiedad y/o depresión) para la comprensión y manejo de la sintomatología del enfermo renal¹². El Grado de Preocupación del paciente se asocia con un aumento de los síntomas Musculoesqueléticos, Gastrointestinales y con el total de síntomas reportados. Cuando el Grado de Preocupación es alto, el paciente duda de su capacidad para enfrentarse a las situaciones relacionadas con su enfermedad, la familia, la actividad laboral, etc. En estas circunstancias el enfermo tiende a centrarse en sus deficiencias personales, en los obstáculos que se encontrará y en los posibles resultados adversos, en lugar de concentrarse en los posibles medios a su alcance para poder resolver sus problemas con éxito. Por ello, si el paciente percibe y se preocupa por no ser capaz de afrontar las diferentes situaciones de la vida, se puede favorecer el aumento en algunos de los síntomas informados. Por el contrario, el Grado de Autoeficacia (la creencia de que se es capaz de afrontar con éxito y que se tiene control sobre las situaciones de la vida) se asocia negativamente con la sintomatología Respiratoria. Cuando tiene alta autoeficacia, el paciente tiene seguridad en su capacidad para abordar tareas difíciles. Esta visión puede producir logros personales, reducir el estrés y disminuir la vulnerabilidad a los estados emocionales negativos²². Esta reducción en la afectividad negativa puede explicar la disminución de los síntomas Respiratorios informados. Estos resultados corroboran la evidencia previa obtenida en estudios con enfermos renales, que han mostrado que la autoeficacia percibida está relacionada con la disminución de síntomas físicos y psicológicos⁹.

En lo concerniente al apoyo social, el análisis correlacional muestra que se asocia con una disminución de los síntomas Respiratorios y Musculoesqueléticos. Diversos estudios muestran que el apoyo social se asocia negativamente con la morbilidad y mortalidad en diversas enfermedades, afectando positivamente el funcionamiento de varios sistemas fisiológicos⁴¹, amortiguando los efectos del estrés y reduciendo los estados emocionales negativos⁶. En enfermos renales se ha encontrado que el apoyo social mejora la supervivencia y reduce la percepción de los síntomas^{10,28,42}. Centrándonos en las estrategias de afrontamiento, el Espíritu de Lucha, mediante

el que el paciente acepta el diagnóstico y trata de emprender acciones destinadas a ejercer algún control sobre su enfermedad, se ha asociado con una disminución de la sintomatología Inmunológica, Respiratoria, Musculoesquelética y el total de síntomas informado. Por el contrario, las estrategias de afrontamiento del Fatalismo (el paciente acepta el diagnóstico con resignación) y la Indefensión-Desesperanza (el paciente adopta una actitud pesimista y abandona cualquier intento de hacer algo por mejorar) se han asociado con un aumento de la sintomatología Musculoesquelética y Neurosensorial. Las estrategias de afrontamiento se suelen clasificar en activas o pasivas. Las primeras se refieren a los esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar el evento estresante, y las segundas al no afrontamiento del problema o de la tensión generada, estando más centradas en la respuesta emocional ante el problema. La evidencia disponible muestra claramente que las estrategias activas se relacionan de forma positiva con indicadores de salud, mientras que las estrategias pasivas suelen asociarse con un empeoramiento de la salud y del estado de ánimo^{5,43}. El Espíritu de Lucha es a este respecto una clara estrategia de afrontamiento activa, mientras que el Fatalismo y la Indefensión-Desesperanza son estrategias pasivas.

Los resultados del análisis de regresión sugieren claramente que buena parte del efecto de las anteriores variables (depresión, preocupación, autoeficacia, apoyo social y estrategias de afrontamiento) está mediatizado por la varianza que comparten con la Ansiedad. Al controlar estadísticamente esta varianza compartida en los primeros modelos de regresión, se pierde la capacidad predictiva de las restantes variables, quedando solo la Ansiedad como único predictor independiente.

La principal limitación de nuestro estudio estriba en el procedimiento utilizado para la medida de los síntomas somáticos, consistente en una escala de autoinforme. Las puntuaciones en estos instrumentos pueden estar afectadas por un componente de afectividad negativa o neuroticismo, que pudiera inflar las asociaciones entre síntomas informados y medidas relacionadas con afectividad negativa². Por ello, sería recomendable replicar los resultados obtenidos con otros indicadores de salud más directos, como pueden ser informes o exámenes médicos. No obstante, la escala utilizada para la medida de los síntomas tiene una alta validez y correlaciona con medidas externas del estado de salud²⁷, y este tipo de escalas se han convertido en herramientas indispensables de la investigación en salud. Numerosos estudios muestran la utilidad predictiva y la validez de estos instrumentos, asociándose significativamente a la evaluación directa de médicos, informes y registros médicos, frecuencia de las visitas médicas, y predicción de la morbilidad y mortalidad futura⁴⁴. La escala de síntomas utilizada no evalúa los problemas sexuales (por ejemplo, pérdida de deseo, impotencia, etc.), de alta prevalencia en la ERC. Dada las repercusiones emocionales de estos síntomas, especialmente en muestras más jóvenes, se recomienda la necesidad de evaluar este tipo de síntomas en estudios futuros.

El dolor es uno de los síntomas más graves y frecuentes en pacientes con hemodiálisis periódica^{35,45}. El instrumento de evaluación utilizado no dispone de una escala específica para el dolor, sino que los síntomas de dolor se informan para cada categoría sensorial, mezclándose con los propios de cada categoría. Dada la relevancia de los síntomas de dolor en pacientes con diálisis, sería recomendable la medida independiente de este tipo de síntomas. Otra limitación de nuestro estudio deriva del criterio de inclusión de edad establecido (igual o menor de 60 años), dado que la población en diálisis es generalmente de mayor edad. Por ello, nuestra muestra es relativamente joven para una población en hemodiálisis crónica, mostrando un mayor porcentaje de glomerulonefritis y un menor porcentaje de diabetes-vascular-no filiada como causas de la enfermedad renal. El objetivo de este criterio fue asegurar una comprensión óptima de las pruebas psicológicas, y con ello lograr una mayor validez de nuestros resultados. El impacto de la edad sobre la sintomatología somática está documentado¹³, por lo que nuestros resultados no pueden ser directamente extrapolados a muestras de mayor edad. Desde el punto de vista del tratamiento, la intervención psicosocial efectiva en pacientes en diálisis de mediana edad tiene mayor probabilidad de ser eficaz y repercutir en el impacto futuro de los síntomas que la intervención en pacientes de edad más avanzada.

Como conclusión, los resultados del estudio sugieren que las variables psicológico-emocionales pueden explicar algunos de los síntomas sin etiología clara en el enfermo renal. También muestran que sería recomendable tener en cuenta las variables psicosociales a la hora de diseñar programas de intervención para mejorar la sintomatología de estos enfermos. En un primer lugar, dado que la ansiedad ha aparecido como el principal predictor de la mayoría de las categorías de síntomas, nuestros resultados muestran la necesidad de que el paciente renal sea evaluado y tratado en su estado emocional. Cukor et al.⁴⁶ han argumentado la importancia de implementar estrategias para mejorar el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, ya que ello redundaría en una mejora de la calidad de vida y la eficacia de las intervenciones médicas. A este respecto, se dispone actualmente de diversas intervenciones con eficacia demostrada para reducir los distintos componentes (fisiológicos, cognitivos y conductuales) de la ansiedad. La intervención también debería estar centrada en fomentar en el paciente estrategias de afrontamiento activo, como el Espíritu de Lucha, y reducir las estrategias de afrontamiento pasivo, como pueden ser el Fatalismo y las reacciones de Indefensión-Desesperanza. Nuestros resultados también sugieren la utilidad de fomentar la confianza del paciente, en el abordaje de las tareas relacionadas con su enfermedad, aumentando así su capacidad de afrontamiento o autoeficacia. Dados los efectos positivos del apoyo social, estos programas de intervención se podrían implementar como tratamiento grupal o involucrando a algún familiar^{46,47}. Dada la relevancia de la Ansiedad para el informe de síntomas somáticos y

que la situación que debe afrontar el enfermo renal en diálisis lo hace muy vulnerable para el desarrollo de trastornos de ansiedad, sería deseable que estos pacientes tuviesen disponible también un abordaje preventivo, para evitar en lo posible la aparición de sintomatología ansiosa. Ello también podría redundar en la prevención de la aparición futura de diversa sintomatología somática^{48,49}.

Conflictos de interés

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol* 2002;53:83-107.
2. Watson D, Pennebaker J. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989;96:234-54.
3. Lahey B. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol* 2009;64:241-56.
4. Grossardt BR, Bower JH, Geda YG, Colligan RC, Rocca WA. Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the Mayo Clinic cohort study of personality and aging. *Psychosom Med* 2009;71:491-500.
5. Martínez-Correa A, Reyes del Paso GA, García-León A, González MI. Análisis de la relación entre el optimismo/pesimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento del estrés en la predicción de la sintomatología somática autoinformada. *Psicothema* 2006;18:66-72.
6. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological process: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996;119:488-531.
7. Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes del Paso GA. Predictores psicosociales de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012;32:622-30.
8. García H, Barbero J, Olea T, Jiménez C, del Peso G, Miguel JL, et al. Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología* 2010;30:297-303.
9. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-55.
10. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59:1599-613.
11. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Sintomatología física y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología* 2001;2:191-9.
12. Christensen AJ, Ehlers SL, Wiebe JS, Moran PJ, Raichle K, Ferneyhough K, et al. Patient personality and mortality: A 4-years prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychol* 2002;21:315-20.

13. Orejudo S, Froján MX. Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Ann Psic* 2005;21:276-85.
14. Valderrábano F. Tratado de hemodiálisis. Barcelona: JIMS; 1999.
15. Williams A, Manias E. A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *J Clin Nurs* 2008;17:69-81.
16. Calvanese N, Feldman L, Weisinger J. Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrol Latin* 2004;11:49-63.
17. Rodríguez M, Merino M, Castro M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Cienc Enferm* 2009;15:75-88.
18. Yarlas A, White M, Yang M, Saris-Baglam R, Bech P, Chistensen T. Measuring the health status burden in hemodialysis patients using the SF-36® health survey. *Qual Life Res* 2011;20:383-9.
19. Weisbord SD, Shields AM, Mor MK, Sevick MA, Peternel J, Porter P, et al. Methodology of randomized clinical trial of symptom management strategies in patients receiving chronic hemodialysis: The SMILE study. *Contemp Clin Trials* 2010;31:491-7.
20. Morales R, Salazar E, Flores FJ, Bochicchio T, López AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx* 2008;144:91-8.
21. Chilcot J, Wellsted D, Da Silva M, Farrington K. Depression on dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008;108(4):c256-64.
22. Páez AE, Jofré MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ Psicol* 2009;8:117-24.
23. Bandura, A. Self-efficacy. New York: Academic Press; 1994.
24. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicol Salud* 2008;18:165-79.
25. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer; 1984 (versión castellana: Martínez Roca; 1986).
26. Sandín B, Chorot P. Escala de síntomas somáticos. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, 1991.
27. Báez M. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
28. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006;29:377-87.
29. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
30. Pulgar A. Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico. Tesis Doctoral. Jaén: Universidad de Jaén; 2010.
31. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Roberson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988;18:203-9.
32. Kusumota L. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. Tesis Doctoral. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2005.
33. Kusumota L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RAP. Adultos y ancianos en hemodiálisis: evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. *Act Paul Enferm* 2008;21:152-9.
34. González C, Pizarro C. Dolor crónico en hemodializados: prevalencia, severidad y estrategias de afrontamiento. *Rev Sed* 2009;51:19-25.
35. Calls J, Rodríguez MA, Hernández D, Gutiérrez MJ, Amer FJ, Tura D, et al. Evaluación del dolor en hemodiálisis mediante diversas escalas de medición validadas. *Nefrología* 2009;29:236-43.
36. Rodríguez MA, Hernández D, Gutiérrez MJ, Juan-Amer F, Calls J. Evaluación del dolor crónico en una población de pacientes hemodializados. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2007;10:65-71.
37. Barsky AJ, Kelman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-83.
38. Moix J, Casado M. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clin Salud* 2011;22:41-50.
39. Torres M, Compañía V. La experiencia del dolor. Barcelona: UOC; 2006.
40. Marín JL, Quesada M, Rosillo T. Otros trastornos psicósomáticos: enfermedades de la piel y enfermedades reumáticas. Madrid: UNED-FUE; 2000.
41. Gil Cunquero JM, Marrón B. La realidad y la percepción de las infecciones en diálisis. *Nefrología* 2010;1(Supl Ext 1):56-62.
42. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005;18:98-102.
43. Pulgar A, Garrido S, Alcalá A, Reyes del Paso GA. Psychosocial predictors of immune response following bone marrow transplantation. *Behav Med* 2012;38:12-8.
44. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117:292-304.
45. Reyes del Paso GA, Perales-Montilla CM. El curso de la hemodiálisis está asociado a cambios en el umbral de dolor y en las relaciones entre presión arterial y dolor. *Nefrología* 2011;31:738-42.
46. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52:128-36.
47. Holfstadat CJ, Couceiro S, Mateu M, Ferri CM, Peiró AM, Pérez E. Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado. *C Med Psicosom* 2012;101:33-42.
48. Letchmi S, Das S, Halim H, ZaKariah FA, Hassan H, Mat S, et al. Fatigue experienced by patients receiving maintenance dialysis in hemodialysis units. *Nurs Health Sci* 2011;13:60-4.
49. García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema* 2013;25:79-86.