

Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis¹

Quality of life, self-efficacy, coping styles and adherence to treatment in patients with chronic kidney disease undergoing haemodialysis treatment

Françoise Contreras, Juan Carlos Espinosa y Gustavo A. Esguerra²

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar las variables psicológicas que median el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. La calidad de vida fue evaluada con el Cuestionario de Salud SF36, la autoeficacia con la Escala de Autoeficacia General, el afrontamiento con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés y la adhesión al tratamiento mediante una ficha de registro de indicadores bioquímicos y el criterio médico. Los resultados tienen implicaciones en las estrategias de intervención para la conducta de adhesión al tratamiento propuestas por la psicología.

Palabras clave: Estilos de afrontamiento; Hemodiálisis; Adherencia al tratamiento; Apoyo social; Calidad de vida.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the psychological variables that mediate in adherence behavior to the treatment for patients with chronic kidney disease under haemodialysis treatment. The Questionnaire of Health (SF36), the Generalized Self-efficacy Scale, and the Coping with Stress Questionnaire were used to evaluate quality of life, self-efficacy, and coping styles, respectively. The adherence to the treatment was estimate through a data card of biochemical indicators and medical criterion. The results have implications in the intervention strategies for adherence behavior in this kind of patients proposed by psychology.

Key words: Coping styles; Haemodialysis; Adherence to treatment; Quality of life.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento

¹ Los autores expresan su agradecimiento especial a Dr. Alfonso Almanza, de la Fundación Hospital San Carlos, quien colaboró en esta investigación indicando las condiciones y criterios clínicos de adhesión de los pacientes participantes.

² Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomás, Carrera 9, Num. 51-23, Bogotá, Colombia, tel. 057-1-3484141, ext. 127, fax 057-1-2357192, correos electrónicos: francoisectorres@correo.usta.edu.co y francoisevenezia@yahoo.com. Artículo recibido el 23 de mayo y aceptado el 27 de junio de 2008.

de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo. El paciente debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares (Pérez, Llamas y Legido, 2005), neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia, entre otros (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005). A pesar del avance tecnológico, la mortalidad de los pacientes en diálisis continúa siendo elevada (tres o cuatro veces más alta que la población en general) (Francisco y Arias, 2001); por supuesto, la supervivencia de estos pacientes dependerá de la edad, enfermedades coronarias o pulmonares, cirrosis hepática, desnutrición e hipertensión arterial, entre otros factores (Khan, Catto, Edward y cols., 1993).

Para mantener al paciente con vida, debe someterse a tratamientos de sustitución renal no curativos, los cuales son altamente invasivos y demandantes, lo que implica un alto costo físico, psicosocial y económico para aquél y su familia. Entre los tratamientos de sustitución renal se cuentan el trasplante de riñón, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que deben acompañarse de una dieta estricta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Barrios, Cuenca, Devia y cols., 2004), de restricciones en la ingesta de líquidos y de la toma de medicamentos diarios, ya sea para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir o para controlar los efectos secundarios de la IRC o de la enfermedad que la causó (García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002).

El paciente se ve sometido a un severo deterioro físico; suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debida a la falta de eliminación de desechos (Barrios y cols., 2004), lo que genera que se sienta limitado en su vida diaria y experimente sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión (Castillo y Arocha, 2001), efectos que redundan en la percepción de su calidad de vida, lo que tiene importantes implicaciones para el tratamiento.

La hemodiálisis es un procedimiento que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos (Borrero, Veja y Rubio, 2003; González y Lobo,

2001); para ello, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana al centro asistencial y permanecer allí de tres a cuatro horas en promedio.

Además de las características de la IRC y su tratamiento, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros, explican la aparición de trastornos emocionales en los pacientes en esta condición (Álvarez, Fernández, Vázquez y cols., 2001), que ven afectada su calidad de vida relacionada con la salud en cuanto que esta implica la evaluación que hace respecto de su grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, así como de bienestar emocional y percepción general de la salud (Álvarez-Ude, 2001; Badia y Lizán, 2003).

Se ha encontrado que en los pacientes con IRC las áreas de la calidad de vida que se ven más afectadas son la salud, familia, pareja, situación económica, trabajo, ocio y relaciones sociales (Kimmel, 2001). Al evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, la dimensión física es la que suele verse más deteriorada y la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados debido principalmente al llamado síndrome urémico, hipoalbumina, presencia de diabetes y absceso vascular por infecciones y taponamiento (Fernández, Martín, Barbas y cols., 2005; Hailey y Moss, 2000; Tovbin, Gidron, Granovsky y Schnieder, 2003).

En el orden sociodemográfico, la edad es una variable que ha mostrado relación con la calidad de vida; sin embargo, sus resultados son controvertidos. Algunos estudios coinciden en afirmar que la percepción de calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad, tanto en la población general como en los pacientes en diálisis (Álvarez-Ude, 2001); probablemente se genera una mejor calidad de vida en los más jóvenes al ser más activos laboralmente (Martín, Reig, Sarró y cols., 2004). Otros autores, por el contrario, sostienen que la calidad de vida suele ser mejor en el adulto mayor que en el joven (Pérez, Medina, Alvarado y Cortés, 2005), y varios más no encuentran diferencia alguna (Arenas, Moreno, Reig y cols., 2004).

Con respecto al sexo, las mujeres manifiestan un mayor detrimento en la calidad de vida, lo que puede atribuirse a la ansiedad y depresión que exhiben con mayor frecuencia. De igual forma, los viudos, solteros o divorciados perciben una calidad de vida más deteriorada, al igual que los que se encuentran inactivos laboralmente (Arenas y cols., 2004). De acuerdo con los estudios realizados, las mujeres (Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka y Fishbane, 2001), los pacientes diabéticos (Gutman, Stead y Robinson, 1981) y aquellos con historia previa de trasplante renal fallido (Bremer, McCauley, Wrona y Johnson, 1989; Johnson, McCauley y Copley, 1982) tienen puntuaciones inferiores en casi todas las dimensiones de calidad de vida.

Por otro lado, las variables psicológicas que han mostrado ejercer efecto sobre la calidad de vida son, como se dijo anteriormente, la depresión, la ansiedad, la incertidumbre acerca del futuro y el reconocimiento de la pérdida de calidad de vida (Oto, Muñoz, Barrio, Pérez y Matad, 2003; Valde-rabano, Jofre y López-Gómez, 2001), lo cual tiene importantes repercusiones sobre el bienestar de los pacientes y se ha asociado con una mayor mortalidad (Gil, Cunqueiro, García y cols., 2003).

Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales dializados que afectan su calidad de vida son la hostilidad y la ira (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005), así como la dependencia emocional y psicológica derivada de la dependencia del tratamiento sustitutivo (Ortega y Martínez, 2002). Estos pacientes se enfrentan a severas limitaciones y exigencias sobre ellos mismos, lo que genera en muchos casos cambios en las relaciones familiares, roles sociales (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005), relaciones de pareja asociadas al deterioro en la respuesta sexual (Suet-Ching, 2001) y problemas económicos, pues el paciente por lo general deja de trabajar (Alarcón, 2004).

La escasa adhesión al tratamiento de sustitución renal es uno de los mayores problemas entre los pacientes con IRC y que demanda atención (Cvengros, Christensen y Lawton, 2004). De manera general, se estima que la falta de adhesión en los pacientes con enfermedades crónicas llega a 45%, cifra que puede incrementarse cuando los regímenes terapéuticos consisten en un cambio de hábitos o estilos de vida (Rodríguez-Marín, 1995).

Tal es el caso de los pacientes con insuficiencia renal, pues deben someterse a un tratamiento altamente demandante y a un régimen de tratamiento bastante complejo que consiste en restricciones en la dieta y en el consumo de líquidos, ingesta de medicamentos diarios y usualmente tres o cuatro horas de sesiones de hemodiálisis varias veces a la semana (Kaveh y Kimmel, 2001); la restricción de líquidos constituye uno de los aspectos más difíciles de cumplir por estos pacientes (Sharp, Wild, Gumley y Deighan, 2005).

Probablemente, las características mismas de la enfermedad y su tratamiento tengan que ver con la escasa adhesión que muestran los pacientes, lo que constituye un serio problema que está ampliamente extendido en diferentes grupos (Cvengros y cols., 2004).

De igual forma, el determinar la adhesión implica importantes dificultades metodológicas para elegir los criterios de manera adecuada; por ejemplo, diversos autores consideran que el cumplimiento de la restricción de líquidos debe evaluarse a través de la ganancia de peso interdialisis (GPI) (Christensen y Wiebe, 1995; Khechane y Mwaba, 2004), cuyo índice es de más de 5.7% de peso seco (Hailey y Moss, 2000). Otros consideran que este indicador tiene algunos problemas metodológicos, pues dicha ganancia depende del peso basal de la persona (Sensky, Leger y Gilmour, 1996) y puede deberse a una mejor nutrición y no necesariamente a un exceso de líquidos (Testa y Beaud, 1998).

Con respecto al cumplimiento de la dieta y los medicamentos, los indicadores suelen ser los niveles de potasio y fosfato en suero en la prediálisis; el criterio de adhesión equivale a un nivel de fosfato en suero mayor de 7.5 mg/dL, y la inasistencia a las sesiones de diálisis –otro criterio de adhesión– se recomienda como un indicador, así como el acortar las sesiones (Hailey y Moss, 2000).

El comportamiento de adhesión en sí mismo no ha sido claramente explicado; los factores relacionados con el cumplimiento de las restricciones de líquidos aún no son suficientemente conocidas (Welch, 2001), y tampoco se han estudiado de manera suficiente los factores que ejercen su influencia en este fenómeno (Friend, Hatchett, Schneider y Wadhwa, 1997). Por otra parte, las características demográficas –que han sido ampliamente estudiadas y que han hecho un aporte

importante en el estudio de la adhesión, de acuerdo con Morgan (2001)– no predicen de manera consistente el cumplimiento de las prescripciones médicas. Entre las características sociodemográficas relacionadas con la adhesión se hallan el sexo y la edad; los pacientes varones más jóvenes suelen tener más riesgo de no adhesión (Kugler, Vlamminck, Haverich y Maes, 2005); la familia, como el mayor recurso de apoyo social que tienen los pacientes hemodializados, tiene una incidencia importante en la adhesión al tratamiento de sustitución renal, siendo más alta en los pacientes con familias cohesionadas (DiMatteo, 2004; Oka y Chaboyer, 2001; Tovbin y cols., 2003); del mismo modo, cuando el nivel sociocultural es menor, hay más problemas de adaptación (Vinokur y Bueno, 2002).

Dado que los factores sociodemográficos por sí mismos no explican el comportamiento de adhesión, Kugler y cols. (2005) sugieren continuar estudiando este fenómeno para lograr diseñar intervenciones que lo favorezcan. Es claro que la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones médicas en los pacientes dializados constituye un fenómeno complejo que ha sido objeto de constante atención por la psicología; en efecto, entrañan comportamientos de salud condicionados por múltiples factores; en esencia, se trata de un repertorio conductual (Rodríguez-Marrín, 1995) que implica asumir un tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones médicas, evitar comportamientos de riesgo e incorporar conductas saludables al estilo de vida.

La adhesión puede ser estudiada desde el marco teórico de los distintos modelos psicológicos que tratan de explicar la conducta humana en general y la de adhesión al tratamiento en particular (Waeber, Burnier y Brunner, 2000), la que es modulada y mediada por componentes subjetivos y cognitivos (Martín y Grau, 2004). Comprender los factores cognitivos que median el comportamiento de adhesión y determinar su relación con los factores sociodemográficos constituye un reto actual para la psicología de la salud, y su aporte favorecería un abordaje más integral del paciente hemodializado que redundaría en una mejor calidad de vida.

En este sentido, se ha sugerido la necesidad de estudiar las cogniciones que median el cambio

comportamental (Sharp y cols., 2005), las atribuciones (Friend y cols., 1997), las características del personal sanitario encargado de la diálisis, la percepción de apoyo familiar, el nivel de aceptación de la diálisis y los síntomas somáticos (Michiyo y Wendy, 2001), entre muchos otros.

Desde hace más de veinte años se sugirió estudiar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes y las variables psicosociales y demográficas asociadas (Baldree, Murphy y Powers, 1982); en particular, el afrontamiento, las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar son mecanismos que intervienen 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), lo cual es particularmente importante en los pacientes sometidos a hemodiálisis, quienes, a diferencia de los pacientes en diálisis peritoneal, perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento (Cristovao, 1999; Sjødén y Lindqvist, 2000; Wolcott y Nisenson, 1988). Probablemente esto se deba a que la diálisis peritoneal permite ejercer un mayor control sobre el tratamiento, lo que a su vez hace posible una mayor independencia, aspecto que, tal como plantea Calvin (2004), es muy recomendable.

Por otra parte, se ha evidenciado que los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento obtienen puntajes más altos en las estrategias de afrontamiento del problema (Baldree y cols., 1982) y de manejo de las emociones, específicamente la planeación, el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas (Calvanese y cols., 2004). Se ha evidenciado que los métodos de afrontamiento orientados al problema son más efectivos que los centrados en la emoción (Cristovao, 1999; Sjødén y Lindqvist, 2000).

Por otra parte, los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de su enfermedad suelen utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la aceptación o resignación pasiva, lo cual se asocia con manifestaciones elevadas de ansiedad y depresión, bajo nivel de ajuste psicosocial, mayor atribución de control externo y menos expectativas de rehabilitación (Calva-

nese y cols., 2004; Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Las estrategias de afrontamiento relacionadas con la búsqueda activa de información y que involucran la percepción de control sobre la diálisis explican una proporción importante de la varianza en peso interdiálisis como criterio de adhesión; no obstante, dichas variables tienen un efecto diferencial entre los pacientes; la baja percepción de control en las sesiones de diálisis se relaciona con una alta preferencia por obtener información sobre el cuidado de la salud, y ambas se asocian con una pobre adhesión a la restricción de líquidos, evaluada clínicamente a través de los niveles de peso interdiálisis. Por otra parte, en los pacientes con una alta percepción de control la preferencia por la información tiene solo un pequeño efecto sobre la calidad de su adhesión. El estilo de afrontamiento optimista para afrontar la pérdida de salud y la disminución de la calidad de vida ha demostrado ser altamente efectivo y un buen promotor de la adhesión al tratamiento (Lindqvist y Sjudén, 1998).

Cvengros y cols. (2004) consideran que la percepción de control implícito en algunas estrategias de afrontamiento puede en algunos casos ser útil para identificar a los individuos que tienen dificultades para adherirse a las complejas restricciones comportamentales que implica una adecuada adhesión al régimen prescrito; esta idea ha llevado a estudiar otras variables psicológicas relacionadas con la percepción de control. Tal es el caso de la autoeficacia, constructo que proviene de la teoría social cognitiva (Bandura, 1977) y que hace referencia a las creencias que tiene una persona acerca de sus propias habilidades para llevar a cabo los comportamientos deseados en distintas situaciones (Schwarzer y Fuchs, 1996).

La autoeficacia es una variable mediacional que ha demostrado tener relación con los comportamientos saludables (Schwarzer y Fuchs, 1995), la adhesión al tratamiento, los comportamientos promotores de salud y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos (Tsay y Healstead, 2002); a su vez, se le ha asociado negativamente con la depresión y ansiedad (Strecher, DeVellis, Becker y Rosenstoch, 1986). Algunos estudios han evidenciado que la autoeficacia y la depresión suelen ser predictores de la calidad de vida percibida

por el paciente, lo que puede influir en la adhesión al tratamiento (Tsay y Healstead, 2002); otros han analizado la relación entre autoeficacia, emoción y adhesión al tratamiento. Los pacientes con emociones negativas suelen evidenciar más sintomatología y distrés asociado con el tratamiento, a pesar de que cumplan por igual las prescripciones médicas (Schneider, Friend, Whitaker y Wadhwa, 1991), y algunos más han encontrado que este tipo de emociones se relaciona con la percepción de autoeficacia, y que dicha asociación va cambiando a lo largo del curso de la enfermedad; los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con el distrés psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos (Stuifbergen, Seraphine y Roberts, 2000; Wu, Tang y Kuok, 2004). De manera similar, los altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo más positivos, estado de salud más favorable, mayor adhesión a la restricción de líquidos y menores síntomas de distrés psicológico (Lev y Owen, 1998; Lorig y Holman, 2003), mayor cumplimiento de las prescripciones médicas (Brady, Tucker, Alfino, Tarrant y Finlayson, 1997; Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003) y actitudes favorables hacia el tratamiento y el personal sanitario (Zrinyi, 2001).

Algunas investigaciones han confirmado el papel de la autoeficacia en la adhesión, particularmente en la restricción de líquidos, de la que se demostró de manera significativa es una variable predictora de adhesión (Brady y cols., 1997; Fisher, 2004). Los pacientes hemodializados que recibieron entrenamiento en autoeficacia confiaron más en su habilidad para comprometerse en comportamientos promotores de salud y mostraron un mayor cumplimiento de la restricción de líquidos (Tsay, 2003).

Como puede observarse, el comportamiento de adhesión es complejo, no tanto como una propiedad del fenómeno en sí mismo sino por la incapacidad actual de explicar la intrincada relación que existe entre las múltiples variables que lo determinan. Identificar las variables psicológicas que median dicho comportamiento constituye un reto importante para la psicología de la salud que tiene importantes implicaciones para la intervención; en este sentido, se pretende observar si la calidad de vida, la autoeficacia generalizada y las estrate-

gias de afrontamiento poseen la capacidad para predecir satisfactoriamente el comportamiento de adhesión, según distintos indicadores particulares (medidas bioquímicas) y el criterio clínico del nefrólogo (valoración global con base en los indicadores particulares).

MÉTODO

Participantes

La muestra no probabilística estuvo conformada por 33 pacientes (15 hombres y 18 mujeres) con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y edades comprendidas entre los 25 y 75 años ($M = 47$). Dichos pacientes recibían tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de un hospital en la ciudad de Bogotá, D.C. (Colombia). Los criterios de inclusión a la investigación fueron, a saber, el ser adulto, llevar por lo menos tres meses en tratamiento de hemodiálisis y dar su consentimiento informado. Los pacientes que recibían otro tipo de tratamiento de sustitución renal no fueron incluidos en el estudio. Los pacientes, quienes previamente habían manifestado su anuencia para participar voluntariamente en el estudio, estaban en condiciones físicas y cognitivas que les permitían responder a los instrumentos, aunque algunos requirieron más tiempo.

Instrumentos

Inicialmente, se elaboró una ficha de información sociodemográfica en la que se registró, a partir de las historias clínicas, los criterios de inclusión al estudio, entre ellos el género, edad, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel educativo y tiempo de tratamiento de sustitución renal.

Cuestionario de Salud (SF36). La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF36, diseñado por el New England Medical Center, de Boston, Massachussets, para el *Medical Outcomes Study (MOS)*, el cual se ha traducido y adaptado para utilizarse internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido de 36 ítems que evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones:

función física (limitaciones físicas), rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía), función social (interferencia en la vida social habitual), rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Autoeficacia Generalizada (EAG). Es un instrumento psicométrico breve, diseñado para medir este constructo como un nivel de disposición general de la personalidad. La escala fue elaborada originalmente en alemán por Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer en 1981 (cfr. Jerusalem y Schwarzer, 1992), utilizada y validada en numerosos estudios (Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schroder y Zhang, 1997) y adaptada a varios idiomas—entre ellos el chino y el español—, alcanzando una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de entre .79 y .93) y un alto grado de validez en términos de validación convergente y discriminante. En este estudio se utilizó la versión en español hecha por Baessler en Costa Rica (Baessler y Schwarzer, 1996).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). Es una escala de 42 ítems desarrollada y validada por Sandín y Chorot (2002). El instrumento fue diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas y obtenido un coeficiente promedio de fiabilidad de Cronbach de 0.79 para las siete subescalas.

Adhesión al tratamiento. El criterio de adhesión al tratamiento fue evaluado a través de varios indicadores bioquímicos y clínicos, los cuales fueron registrados en una ficha diseñada para tal fin. Con base en la información proporcionada por un grupo interdisciplinario, el nefrólogo de la unidad reportó su criterio profesional sobre la adhesión en general del paciente y sobre cada uno de los indicadores incluidos en el estudio: ingesta de medicamentos, restricción en la toma de líquidos, cumplimiento con la dieta prescrita y asistencia a

todas las sesiones de hemodiálisis. Los indicadores clínicos y bioquímicos se registraron durante un periodo de tres meses y fueron los siguientes: sobrecarga hídrica, tensión arterial pre y posdiálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH y asistencia cumplida y completa a las sesiones de tratamiento.

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional con fines predictivos en el que las variables fueron sometidas a análisis multivariados. Se tomaron como variables predictoras la autoeficacia, las dimensiones de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento, y como variable criterio la adhesión al tratamiento de manera general y específica hacia la restricción de líquidos, la ingesta de medicamentos y la asistencia a las sesiones de hemodiálisis.

Procedimiento

Los pacientes, quienes acudieron a tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de una fundación hospitalaria de la ciudad de Bogotá, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación, una vez que se verificaron los criterios de inclusión al estudio en su historia clínica. Previamente, se informó a los pacientes acerca de los propósitos del estudio, se les solicitó su consentimiento para participar en la investigación, advirtiéndoles que la información que proporcionarían sería confidencial, que no obtendrían remuneración económica por su participación y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo desearan.

Una vez obtenido su consentimiento informado, se completó la ficha de datos sociodemográficos con base en las historias clínicas de los pacientes y se orientó a estos en el llenado de los instrumentos de la investigación. Algunos pacientes requirieron asistencia debido a su nivel educativo o condición física.

RESULTADOS

Se realizaron diferentes modelos de regresión logística para predecir la adhesión en pacientes con IRC, de acuerdo con diferentes criterios: indicado-

res biomédicos (calcio, potasio, fósforo y presión arterial) y valoración clínica global, todos ellos indicadores importantes de adhesión. Como variables predictivas en la regresión se incluyeron tres dimensiones psicológicas: autoeficacia (EAG), calidad de vida (SF36) y estrategias de afrontamiento (CAE). Los instrumentos CAE y SF36 poseen siete y seis subescalas respectivamente, mientras que el EAG tiene una sola escala. Así pues, cuando se indica la capacidad predictiva de los instrumentos, se está haciendo alusión a la interacción de las diferentes subescalas que lo componen, exceptuando el EAG, que es unidimensional.

Para cada uno de los indicadores de adhesión, así como para la valoración clínica realizada por el especialista, se elaboraron cinco modelos de predicción, uno para cada dimensión psicológica examinada, y otros dos que involucraban la interacción entre las mismas (CAE * SF36 y EAG * CAE * SF36). Una vez elaborados los modelos, se identificó el porcentaje global de clasificación y se estimó la concordancia entre la predicción del modelo y los datos que se tenían de adhesión; adicionalmente, en cada uno de los modelos elaborados se identificaron los porcentajes en el que ese modelo particular mostraba deficiencias, ya fuese indicando adhesión cuando esta no se presentaba (falso positivo), o no adhesión cuando esta sí ocurría (falso negativo).

El primer criterio de adhesión predicho fue el potasio, lo que se realizó teniendo en cuenta los datos de 49 pacientes. Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, el porcentaje global de clasificación de los modelos se encuentra entre 59.2 y 77.6; el menor porcentaje lo presenta el EAG y el mayor la interacción de EAG * CAE * SF36; por separado, el mejor predictor son las estrategias de afrontamiento evaluadas a través del CAE. En cuanto a la comprobación de la clasificación del modelo, la única que no resulta estadísticamente significativa es la del EAG, aunque presenta los menores porcentajes de falsos positivos (23.8%) y negativos (14.3%). El CAE, que tiene el mayor porcentaje global de clasificación correcta y es el más significativo de los modelos, muestra un porcentaje de 42.9 de falsos positivos, lo que debilita su capacidad predictiva.

Tabla 1. Efectividad predictiva de cinco modelos para la adhesión por potasio a IRC.

Adhesión por potasio (n = 49)	Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	69.4	6.59	.010	9/21 (42.9)	6/28 (21.4)
EAG	59.2	0.73	.394	5/21 (23.8)	4/28 (14.3)
CAE	71.4	8.17	.004	9/21 (42.9)	5/28 (17.9)
CAE * SF36	75.5	12.04	.001	7/21 (33.3)	5/28 (17.9)
EAG * CAE * SF36	77.6	14.26	.000	6/21 (28.6)	5/28 (17.9)

El segundo criterio para el que se elaboraron modelos de predicción fue el calcio. Al igual que en el caso anterior, se realizaron los procedimientos con base en 49 casos válidos. Los resultados muestran que el SF36 es el mejor predictor, pues presenta 91.8% de efectividad en la clasificación global; también se encontró una concordancia significativa entre la predicción y la realidad (Tabla 2). Aunque no se encontraron falsos negativos, hay 80% de falsos positivos; es decir, de cinco perso-

nas que no presentaban adhesión, el modelo solo pudo identificar a cuatro de ellas. En cuanto al EAG y el CAE, los modelos indicaron que todos los pacientes mostraban adhesión, esto es, 100% de falsos positivos (0 de 5). A pesar de las debilidades que cada uno de los instrumentos tiene por separado, se puede apreciar que cuando interactúan entre ellos la capacidad predictiva es perfecta y no se producen falsas predicciones (ni negativas ni positivas).

Tabla 2. Eficacia predictiva de cinco modelos para la adhesión por calcio a IRC.

Adhesión por calcio (n = 49)	Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	91.8	8.983	.003	4/5 (80.0)	0/44 (0.0)
EAG	89.8	-	-	5/5 (100.0)	0/44 (0.0)
CAE	89.8	-	-	5/5 (100.0)	0/44 (0.0)
CAE * SF36	100.0	49.000	.000	0/5 (0.0)	0/44 (0.0)
EAG * CAE * SF36	100.0	49.000	.000	0/5 (0.0)	0/44 (0.0)

El tercer conjunto de modelos predictivos de adhesión estimada fue con el fósforo. En este caso, el modelo, con base en el EAG, no tuvo la capacidad de identificar a las catorce personas que no mostraban adhesión al tratamiento de acuerdo con este indicador, es decir, hubo 100% de falsos positivos, pues indica que los pacientes manifiestan adhesión sin ser así. Respecto de los otros dos instrumentos, se encontró un porcentaje de clasificación global

de 77.6, significativo en ambos casos. En cuanto a las falsas clasificaciones, el SF36 alcanza 57.1% de falsos positivos y 8.6% de falsos negativos; por su parte, el CAE obtuvo 50% de falsos positivos y 11.4% de falsos negativos (Tabla 3). Tal como ocurre en los casos anteriores, la interacción incrementa la eficacia predictiva, especialmente cuando interactúan las estimaciones de los tres atributos examinados.

Tabla 3. Eficacia predictiva de cinco modelos para la adhesión por fósforo a IRC.

Adhesión por fósforo (n = 49)	Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	77.6	7.840	.005	8/14 (57.1)	3/35 (8.6)
EAG	71.4	-	-	14/14 (100.0)	0/35 (0.0)
CAE	77.6	8.546	.003	7/14 (50.0)	4/35 (11.4)
CAE * SF36	85.7	19.706	.000	5/14 (37.6)	2/35 (5.7)
EAG * CAE * SF36	87.8	23.352	.000	4/14 (28.6)	2/35 (5.7)

El cuarto indicador examinado fue la presión arterial (PHT). Los modelos estimados son significativos en todos los casos, excepto el EAG, cuyo porcentaje global de clasificación es igual a 87%. También se puede apreciar en la Tabla 4 que el SF36 obtiene menores niveles de falsos positivos, los

que desaparecen cuando hay una interacción con las otras estimaciones. Es importante resaltar la gran capacidad del SF36 y del CAE para predecir la adhesión al tratamiento estimada por PHT (93% en cada caso).

Tabla 4. Eficacia predictiva de cinco modelos para la adhesión por PHT a IRC.

Adhesión por PHT (n = 46)	Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	93.5	22.173	.000	2/6 (33.3)	1/40 (2.5)
EAG	87.0	-	-	6/6 (100.0)	0/40 (0.0)
CAE	93.1	13.939	.000	4/6 (66.7)	0/40 (0.0)
CAE*SF36	100.0	46.000	.000	0/6 (0.0)	0/40 (0.0)
EAG*CAE*SF36	100.0	46.000	.000	0/6 (0.0)	0/40 (0.0)

Finalmente, se examinó la adhesión al tratamiento estimada con base en el criterio clínico del nefrólogo, quien se basó para ello en los cuatro indicadores antes expuestos, por lo que este indicador de adhesión es el más importante en la medida en que retoma los anteriores. En este caso, se puede apreciar en la Tabla 5 que el CAE presenta el porcentaje global de clasificación más elevado y que es el único de los tres que permite hacer predicciones significativas; no obstante, de las 19 per-

sonas que no se encontraban adheridas el CAE, solo pudo identificar a ocho; así, se identificaron once falsos positivos, el número de falsos negativos es menor y el porcentaje que representan es considerablemente bajo. Cuando el CAE interactúa con el SF36 y el EAG es posible hacer mejores predicciones (78% de clasificación acertada); al discriminar los desaciertos, se hallaron 8/19 casos de falsos positivos y 3/31 de falsos negativos.

Tabla 5. Efectividad predictiva de cinco modelos para la adhesión por criterio clínico.

Adhesión por criterio clínico (n = 50)	Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	64	1.266	.261	15/19 (78.9)	3/31 (9.7)
EAG	62	-	-	19/19 (100)	0/31 (0.0)
CAE	70	5.507	.019	11/19 (57.9)	4/31 (12.9)
CAE*SF36	76	11.355	.001	8/19 (42.1)	4/31 (12.9)
EAG*CAE*SF36	78	13.585	.000	8/19 (42.1)	3/31 (9.7)

Por otra parte, al examinar los resultados de cada instrumento y las interacciones entre ellos en los diferentes indicadores (Tabla 6), se observa que el SF36 tiene una alta eficacia predictiva cuando el criterio de adhesión es el calcio y la PHT, y baja cuando el indicador de adhesión es el criterio clínico; en este último caso, el modelo predictivo no es estadísticamente significativo. Estos datos evidencian la escasa capacidad predictiva de las dimensiones de calidad de vida estimada a través del SF36 para predecir la adhesión cuando el

criterio de adhesión se toma como una medida global (criterio clínico).

Con respecto al CAE, se encuentra que el mayor porcentaje global de clasificación se logra en el caso de la PHT, y la menor cuando se toma como criterio la valoración clínica; en todos los casos, excepto cuando el criterio es el calcio, las dimensiones de afrontamiento resultan adecuadas (estadísticamente significativas) para predecir la adhesión al tratamiento en pacientes con IRC. Finalmente, el EAG sólo estimó, y de manera

no significativa, la adhesión al potasio; en los demás criterios la autoeficacia generalizada no tiene la capacidad de predecir los casos que no muestran adhesión, es decir, alcanza 100% de falsos positivos. Aunque los porcentaje de clasificación

superan 59% y llegan a 89.8% en el caso del calcio, es claro que la autoeficacia generalizada no es una buena medida para predecir la adhesión al tratamiento.

Tabla 6. Efectividad predictiva de la calidad de vida, autoeficacia generalizada y dimensiones de afrontamiento sobre la adhesión al tratamiento.

		Porcentaje de clasificación	X ² (1)	Sig.	Falsos positivos	Falsos negativos
SF36	Potasio	69.4	6.586	.010	9/21 (42.9)	6/28 (21.4)
	Calcio	91.8	8.983	.003	4/5 (80.0)	0/44 (0.0)
	Fósforo	77.6	7.840	.005	8/14 (57.1)	3/35 (8.6)
	PHT	93.5	22.173	.000	2/6 (33.3)	1/40 (2.5)
	Criterio clínico	64.0	1.266	.261	15/19 (78.9)	3/31 (9.7)
EAG	Potasio	59.2	0.726	.394	5/21 (23.8)	4/28 (14.3)
	Calcio	89.8	-	-	5/5 (100)	0/44 (0.0)
	Fósforo	71.4	-	-	14/14 (100.0)	0/35 (0.0)
	PHT	87.0	-	-	6/6 (100.0)	0/40 (0.0)
	Criterio clínico	62.0	-	-	19/19 (100)	0/31 (0.0)
CAE	Potasio	71.4	8.174	.004	9/21 (42.9)	5/28 (17.9)
	Calcio	89.8	-	-	5/5 (100.0)	0/44 (0.0)
	Fósforo	77.6	8.546	.003	7/14 (50.0)	4/35 (11.4)
	PHT	93.1	13.939	.000	4/6 (66.7)	0/40 (0.0)
	Criterio clínico	70.0	5.507	.019	11/19 (57.9)	4/31 (12.9)
CAE*SF36	Potasio	75.5	12.042	.001	7/21 (33.3)	5/28 (17.9)
	Calcio	100.0	49.000	.000	0/5 (0.0)	0/44 (0.0)
	Fósforo	85.7	19.706	.000	5/14 (37.6)	2/35 (5.7)
	PHT	100.0	46.000	.000	0/6 (0.0)	0/40 (0.0)
	Criterio clínico	76.0	11.355	.001	8/19 (42.1)	4/31 (12.9)
EAG*CAE*SF36	Potasio	77.6	14.256	.000	6/21 (28.6)	5/28 (17.9)
	Calcio	100.0	49.000	.000	0/5 (0.0)	0/44 (0.0)
	Fósforo	87.8	23.352	.000	4/14 (28.6)	2/35 (5.7)
	PHT	100.0	46.000	.000	0/6 (0.0)	0/40 (0.0)
	Criterio clínico	78.0	13.585	.000	8/19 (42.1)	3/31 (9.7)

Al examinar las interacciones SF36 * CAE y SF36 * CAE * EAG, se encontró que en la primera los porcentajes globales de clasificación son superiores a 75% y en la segunda a 77%. En ambas interacciones se encuentran porcentajes de clasificación de 100% para el calcio y la PHT. Los porcentajes menores son para el potasio y el criterio clínico, quedando el fósforo como intermedio: 85.7% en el primer caso y 87.8% en el segundo. Los modelos basados en la interacción de mediciones resultaron ser significativos en cada criterio de adhesión. Se puede apreciar que cuando la interacción es entre los tres instrumentos, disminuyen los casos de falsos positivos, lo que es mucho más importante que los dos o tres puntos de incremento en el porcentaje global de clasificación.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian la complejidad del fenómeno de la adhesión y las dificultades metodológicas que supone su evaluación. Como se puede apreciar, los diferentes criterios de adhesión, tomados como variables criterio en la regresión, pueden ser predichos de manera diferencial por cada una de las variables psicológicas utilizadas, esto es, autoeficacia generalizada, calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Cada uno de estos constructos psicológicos puede predecir de forma más eficaz la adhesión según algunos indicadores específicos, lo que ha sido observado en otros estudios en los que la adhesión

se ha estudiado a partir de criterios y variables cognitivas distintas (Lindqvist y Sjudén, 1998).

De acuerdo con los resultados de este estudio, cuando el criterio de adhesión es el nivel de potasio, las estrategias de afrontamiento son el mejor predictor; cuando es el calcio y la presión arterial, la calidad de vida y las estrategias utilizadas por los pacientes son mejores predictoras; cuando el criterio clínico es el criterio de adhesión, las estrategias de afrontamiento logran predecir la adhesión de manera significativa.

El hecho de que la interacción entre los tres constructos psicológicos estudiados predigan mejor la adhesión de acuerdo con el criterio clínico (el cual se hace con base en los otros criterios estudiados), parece indicar que el comportamiento de adhesión, dada su complejidad, debe estudiarse de manera amplia, incluyendo distintos criterios y la interacción entre diversas variables psicológicas e incluso sociales. Asimismo, para cada criterio de adhesión los modelos basados en la interacción entre de las variables psicológicas estudiadas resultaron ser significativos. Estos hallazgos aportan datos relevantes al conocimiento del fenómeno de la adhesión, pues, tal como se ha planteado, no son claras las variables que influyen en dicho comportamiento (Friend y cols., 1997; Welch, 2001).

Según este estudio, los estilos de afrontamiento son los mejores predictores de adhesión (excepto cuando el criterio es el calcio); les sigue la calidad de vida percibida que predice la adhesión cuando el criterio es el calcio y la tensión arterial, mientras que la autoeficacia generalizada no logró predecirla de manera significativa en ninguno de los criterios estudiados.

El afrontamiento, según fue planteado hace más de veinte años por Baldree y cols. (1982), resulta de gran importancia en el estudio de la adhesión. Se ha demostrado ampliamente que constituye un mecanismo cognitivo que puede intervenir en la adaptación a la enfermedad y facilitar el ajuste psicológico del paciente, lo que se ha relacionado con la adhesión al tratamiento (Baldree y cols., 1982; Calvanese y cols., 2004; Carver y cols., 1989; Cristovao, 1999; Lindqvist y Sjudén, 1998; Martelli y cols., 1993; Sjudén y Lindqvist, 2000).

La calidad de vida resultó ser una adecuada variable predictora e incluye la percepción de apoyo social, aspecto que asimismo guarda relación con la adhesión (DiMatteo, 2004; Oka y Chaboyer, 2001; Tovbin y cols., 2003). Contrario a lo hallado por otros autores (Brady y cols., 1997; Lev y Owen, 1998; Lorig y Holman, 2003; Fisher, 2004; Stuifbergen y cols., 2000; Tsay y Healsstead, 2002; Wu y cols., 2004), la autoeficacia, como variable mediacional, no guarda relación con la adhesión, o por lo menos no la predice en este estudio. Es probable que estos hallazgos contradictorios obedezcan a ciertas dificultades metodológicas o a la definición de autoeficacia utilizada; aquí, se empleó la autoeficacia generalizada, y es probable que otros estudios utilicen instrumentos que la midan específicamente según el dominio estudiado, lo cual, de acuerdo con Bandura (1977), es más adecuado. Se sugiere, pues, realizar estudios en los que se evalúe la autoeficacia en ambas formas y se observe su capacidad predictiva.

No obstante la baja capacidad predictiva de la autoeficacia por sí misma, un aspecto importante encontrado en este trabajo fue el hecho de que, al interactuar con otras variables, hay una reducción de los errores de predicción, en especial de falsos positivos, lo que implica la necesidad de sugerir el uso de esta variable como elemento de gran importancia en relación con la adhesión. La relevancia de este hecho radica en que, al no usarse en conjunto con las otras variables predictoras, se puede predecir adhesión en un paciente que al final no la tiene, por lo que esta equivocación sería potencialmente más grave que lo contrario. Así pues, aunque de forma independiente la autoeficacia mostró un resultado diferente al de otras investigaciones, se debe resaltar que puede estar mediando la adhesión al interactuar con otros constructos psicológicos (por ejemplo, el afrontamiento del estrés y la calidad de vida).

Dos limitaciones de este estudio que se sugiere sean examinadas en otras investigaciones fueron las siguientes:

Primero, la variable a predecir fue un resultado (adhesión o no adhesión), lo cual puede estar en contravía con la concepción de la adhesión como un grado o nivel, y no solo su presencia o

ausencia. Se sugiere, por ende, establecer modelos de predicción para las valores naturales de las variables criterio, pues en este estudio tales valores se estimaron según los estándares internacionales de adhesión y se obtuvo un resultado dicotómico; es posible que si la predicción se realiza con base en resultados numéricos, el grado de error pueda estimarse y, de esta manera, indicar rangos dentro de los cuales se encuentren los puntos de corte utilizados en este estudio.

Segundo, el criterio de adhesión frente al cual se obtuvo una menor eficacia fue el criterio clínico, que es una valoración global de adhesión con base en los otros criterios (bioquímicos); por lo tanto, este criterio no es independiente de los demás, por lo que se sugiere que se realicen investigaciones en las cuales se estudie la concordancia entre la eficacia predictiva de este criterio (tal y como se realizó en este estudio) y la eficacia predictiva de la interacción de criterios bioquímicos que sirven de base para el criterio clínico. Es posible que la menor eficacia predictiva en-

contrada se deba a sesgos evaluativos, pues fue el único aspecto en el que no se usaron instrumentos de medición sino una evaluación por expertos; también es posible que haya una alta concordancia entre la predicción conjugada de indicadores bioquímicos y el criterio clínico, caso en el cual los resultados aquí presentados (menor eficacia para predecir adhesión según el criterio clínico) se deban a que los modelos predictivos para este fenómeno funcionen mejor cuando la relación es de varios a uno (interacción de mediciones, un solo criterio) que de varios a varios (interacción de mediciones, interacción de criterios).

Se verifica en este estudio que la adhesión, como repertorio conductual del sujeto, puede ser modulada y mediada por variables subjetivas y cognitivas (Martín y Grau, 2004). Continuar trabajando en la comprensión de estas variables permitirá un abordaje más integral del paciente en terapia de sustitución renal, y podría favorecer la adhesión al tratamiento, aspecto que reviste especial importancia (Sharp y cols., 2005).

REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2004). La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. En A. Alarcón (Ed.): *Aspectos psicosociales del paciente renal*. Bogotá: Clínica Marly.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J. y Amoedo, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 24, 470-479.
- Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín y J. F. Cano (Eds.): *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general (Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale). *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baldree, K., Murphy, S. y Powers, M. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis. *Nursing Research*, 31, 107-112.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- 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.
- Borrero, J., Veja, M. y Rubio, L. (2003). Hemodiálisis. En J. Borrero, J. Restrepo, W. Rojas y H. Vélez. (Eds.): *Nefrología*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Brady, B., Tucker, C., Alfino, P., Tarrant, D. y Finlayson, G. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among haemodialysis patients: a self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 339-343.
- Bremer, C., McCauley, C., Wrona, R. y Johnson, J. (1989). Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. *American Journal of Kidney Diseases*, 13(3), 200-209.
- 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.

- Calvin, A. (2004). Haemodialysis patients and end of life decisions: A theory of personal preservation. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 558-566.
- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Castillo, A. y Arocha, C. (2001). La calidad de vida en salud en el período revolucionario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27, 45-49.
- Christensen, A. y Wiebe, J. (1995). Coping with treatment related stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 454-450.
- Cristovao, F. (1999). Stress, coping, and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Edna Erca Journal*, 25(4), 35-38.
- Cvengros, J., Christensen, A. y Lawton, W. (2004). Health locus of control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of Health Psychology*, 10, 677-686.
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Fernández, R., López, M., Comas, A., García, E. y Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15, 82-87.
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. y Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 57, 185-198.
- Fisher, L. (2004). Psychological factors influencing thirst and drinking in haemodialysis patients on a fluid restriction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 347-352.
- Francisco, A. y Arias, M. (2001). Marcadores de supervivencia en diálisis. *Nefrología*, 21, 137-149.
- Friend, R., Hatchett, L., Schneider, M. y Wadhwa, N. (1997). A comparison of attributions, health beliefs, and negative emotions as predictors of fluid adherence in renal dialysis patients: A prospective analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 344-347.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, V. y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22, 245-252.
- Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M. y Sánchez, P. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23, 528-537.
- González, V. y Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4, 6-12.
- Gutman, R., Stead, W. y Robinson, R. (1981). Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *The New England Journal of Medicine*, 304, 309-313.
- Hailey, B. y Moss, S. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology Health & Medicine*, 5, 395-406.
- Hersh-Rifkin, M. y Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner y A. Corea (Eds.): *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnell*. St Louis, MO: Mosby Inc.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.): *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson, J., McCauley, C. y Copley, J. (1982). The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 22(3), 286-291.
- Kaveh, K. y Kimmel, P. (2001). Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(2), 244-266.
- Khan, I., Catto, G., Edward, N., Fleming, L., Henderson, I. y Macleod, A. (1993). Influence of coexisting disease on survival on renal-replacement therapy. *Lancet*, 341, 415-418.
- Khechane, N. y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among Black South African haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality Journal*, 32(8), 777-782.
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 60(3), 1201-1202.
- Kugler, C., Vlamincq, H., Haverich, A. y Maes, B. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 25-29.
- Lev, E. y Owen, S. (1998). A prospective study of adjustment to hemodialysis. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 25(5), 495-504.
- Lindqvist, R. y Sjöden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 312-319.

- Lorig, K. y Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- 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.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F. y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *Diálisis y Trasplante*, 25(2), 79-92.
- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-100.
- Michiyo, O. y Wendy, Ch. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 431-439.
- Mittal, S., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J. y Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16, 1387-1394.
- Morgan, L. (2001). A decade review: Methods to improve adherence to the treatment among haemodialysis patients. *Edna Erca Journal*, 27(1), 7-12.
- Oka, M. y Chaboyer, W. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 431-439.
- Ortega, N. y Martínez, M. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Enfermería*, 10, 17- 20.
- Oto, A., Muñoz, R., Barrio, R., Pérez, M. y Matad, T. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad. *Memorias del XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Barcelona: Hospal.
- Pérez, E., Medina, G., Alvarado, L. y Cortés, R. (2005). Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal. *Nutrición Clínica*, 6, 215-219.
- Pérez, J., Llamas, F. y Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2002). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Schneider, M., Friend, R., Whitaker, P. y Wadhwa, N. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10(3), 209-215.
- Schwarzer, R., Baessler, J., Kwiatek, P., Schröder, K. y Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. En A. Bandura (Ed.): *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Sensky, T., Leger, C. y Gilmour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 36-42.
- Sharp, J., Wild, M., Gumley, A. y Deighan, C. (2005). A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: A randomized controlled trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(6), 1046-1057.
- Sjodén, P. y Lindqvist, R. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1389-1408.
- Strecher, J., DeVellis, B., Becker, M. y Rosenstock, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73-91.
- Stuifbergen, A., Seraphine, A. y Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 49, 122-129.
- Suet-Ching, W. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 218.
- Testa, A. y Beaud, J. (1998). The other side of the coin: Interdialytic weight gain as an index of good nutrition. *American Journal of Kidney Diseases*, 31(5), 830-834.
- Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. y Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 12, 709-717.

- Tsay, S. (2003). The effectiveness of self-efficacy training in fluid-compliance in hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 1-6.
- Tsay, S. y Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 245-251.
- Valderrabano, F., Cofre, R. y López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.
- Vinokur, E. y Bueno, D. (2002). Aspecto psicológico del paciente renal. *Diálisis y Trasplante*, 56, 11-14.
- Waeber, B., Burnier, M. y Brunner, H. (2000). How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 33(Supplement 3, S), 23-26.
- Welch, J. (2001). Hemodialysis patient beliefs by stage of fluid adherence. *Research in Nursing and Health*, 24(2), 105-112.
- Wolcott, D. y Nisenson, A. (1988). Quality of life in chronic dialysis patients, a critical comparison of CAPD and CHD. *American Journal of Kidney Diseases*, 11, 402-412.
- Wu, A., Tang, C. y Kwok, T. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8(1), 21-28.
- Zrinyi, M. (2001). The influence of staff-patient interactions on adherence behaviors. *Edna Erca Journal*, 26, 13-16.