

Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal

Perceived quality of life, depression and anxiety in patients with replacement of the renal function

Hecmy García y Nicolina Calvanese¹

RESUMEN

En este estudio, que responde a la necesidad de información confiable sobre calidad de vida de estos pacientes dada su carencia en la realidad venezolana, se analizó la calidad de vida de 60 pacientes en diálisis y trasplante, estableciéndose las asociaciones entre calidad de vida, depresión y ansiedad mediante la adaptación y validación del Cuestionario de Calidad de Vida y la medición de las dimensiones de funcionalidad física, psicoemocional, social y ocupacional. En el análisis descriptivo se halló que los trasplantados presentan mejores índices de calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física, mayor bienestar subjetivo y menores trastornos emocionales que los pacientes en diálisis; los de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria fueron similares en las dimensiones más afectadas, sin diferencias importantes. El análisis de varianza mostró diferencias intergrupos, y en el análisis de asociación se encontraron correlaciones positivas y significativas de depresión y ansiedad con calidad de vida. Las autoras concluyen que la percepción de la calidad de vida debe ser considerada en la adecuación de la indicación médica y la distribución equitativa de recursos.

Palabras clave: Diálisis peritoneal; Trasplante renal; Calidad de vida; Depresión.

ABSTRACT

The quality of life of 60 patients in dialysis and transplant was studied, and associations among quality of life, depression and anxiety were established. A contribution of the study was the adaptation and validation of the kidney disease questionnaire (KDQ), including the measurements of the dimensions of physical, psychoemotional, social and occupational functionalities. The descriptive analysis reports that transplanted people present better quality of life indices in the dimensions of physical functionality, more subjective well-being and less emotional inconveniences than patients in dialysis; those of hemodialysis and peritoneal ambulatory dialysis present similarities in the most affected dimensions, without important differences. The analysis of variance shows differences among groups, and in the analysis of association significant and positive correlations of depression and anxiety with quality of life were found. The perception of quality of life should be considered in the adaptation of the medical indication and the fair distribution of resources. This study responds to the need of information on quality of life of these patients given the lack of evidences in the Venezuelan reality.

Key words: Peritoneal dialysis; Renal transplant; Quality of life; Depression.

¹ Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Sartanejas-Baruta, Estado Miranda, A.P. 89000, Cable Unibolivar, Venezuela, tel. y fax (058)21-29-06-38-11, correos electrónicos: hecmygarcia@usb.ve y depetrisimone@gmail.com. Artículo recibido el 25 de septiembre y aceptado el 22 de noviembre de 2007.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un importante problema de salud pública tanto en Venezuela como en el resto del mundo. En los países de Latinoamérica, durante los últimos años ha habido un desarrollo progresivo de la tecnología médica para el tratamiento sustitutivo de la función renal. La prevalencia de pacientes en las diversas modalidades de tratamiento se ha ido incrementando paulatinamente; sin embargo, el acceso al tratamiento sustitutivo es limitado y no cubre las necesidades. Los programas de trasplante son insuficientes porque la demanda de órganos ha alcanzado tan rápido incremento que choca con la reducida posibilidad de obtenerlos debido a la poca disponibilidad de los órganos y tejidos dado el escaso número de donantes potenciales y reales, y Venezuela no escapa a esta realidad (Calvanese, 2000; Mazzuchi, Schwedt, Fernández-Cean y Milánés, 2000).

En Venezuela, específicamente, el registro correspondiente al año 2004 del Centro Nacional de Diálisis y Trasplante del Ministerio de Salud revela que de los 13,193 pacientes que se encontraban en tratamiento dialítico, únicamente 6,363 estaban en hemodiálisis y 665 en diálisis peritoneal. Asimismo, se reportó que solamente 105 pacientes fueron trasplantados de riñón en el país hasta esa fecha.

Existen muy pocas investigaciones sistemáticas centradas en precisar si existe realmente una correlación entre la percepción de los avances científicos en la calidad del tratamiento y la percepción de satisfacción de bienestar integral del paciente (Mazzuchi y cols., 2000). Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social. Dicha enfermedad puede producir dificultades económicas a los pacientes, cambiar la percepción de sí mismos, afectar gravemente sus relaciones con la familia y amigos y generar un significativo impacto sobre su calidad de vida (Kimmel, 2000).

La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en los estudios viene dada por la estrecha relación entre calidad de vida, morbili-

dad y mortalidad, que se hace evidente en muchos de los factores que se asocian con el análisis de otros parámetros psicológicos (Chubon, 1996).

Numerosos estudios han analizado el impacto psicológico que genera esta enfermedad en el estilo de vida de los pacientes. En un estudio realizado previamente por Calvanese (1991) en pacientes con IRC, se determinó que los problemas conductuales que con mayor frecuencia exhiben son depresión, ansiedad y dependencia por la inminente sensación de muerte. Estos hallazgos también se encuentran sustentados por los estudios de Tukman (1990) y Magraf y Papadopoula (1997). El repertorio funcional y psicológico de dichos pacientes se ve reducido drásticamente en vista de que una buena parte de su versatilidad se ocupa en atender a ese nuevo huésped que consume energía y atención continua y dedicada: la enfermedad.

La prevalencia de la depresión en tales pacientes es aún desconocida (Smith, Hong y Robson, 2001), pero no existe duda de que tanto la depresión como la ansiedad pueden influir en la adherencia al tratamiento y la evaluación de la calidad de vida, y estas percepciones pueden acortar la supervivencia del afectado. Levenson y Glochesky (1991) hallaron que la depresión se correlaciona positivamente con la percepción de los efectos de la enfermedad, e inversamente con las percepciones de satisfacción con la vida y el apoyo social.

Martín y Thompson (2001), en un estudio realizado con 72 pacientes en diálisis peritoneal, concluyeron que la ansiedad explicaba 39% de la varianza total de la calidad de vida, y que esta era un predictor significativo de los síntomas de la enfermedad renal y del bienestar emocional. Otro estudio de Álvarez-Ude, Galán, Vicente y cols. (2001) mostró que de 55 pacientes en hemodiálisis, 24% mostró ansiedad-estado, 31% ansiedad-rasgo patológico y sólo 15% valores normales. Según estos autores, resta por establecer si la frecuencia y gravedad de la ansiedad es mayor en algunas de las modalidades de tratamiento sustitutivo de la función renal y su relación con otras variables, como calidad de vida y afectividad negativa, cuyas variables se consideraron en la presente investigación.

Calidad de vida es un término amplio y ha sido utilizado en múltiples contextos. En el campo de la salud, se refiere a la apreciación y satisfacción del paciente con su nivel de funcionalidad y con respecto a lo que percibe y considera como ideal posible (Cella y Tulsky 1991; Ganz, 1994). Esta percepción puede cambiar con el tiempo porque así lo hacen sus expectativas y aspiraciones, y también porque cada individuo hace una valoración diferente de una determinada situación (Ahlmén, 1996).

En la literatura se hallan distintas definiciones de calidad de vida, pero en todas se destaca el carácter subjetivo y multidimensional del concepto; ante la necesidad de unificar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1994 definir la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Nissenson y Port (1991) presentan un concepto multidimensional de la calidad de vida haciendo referencia a la evaluación que hace el individuo acerca de sus experiencias en salud desde diferentes dimensiones de funcionalidad: cognitiva, física, social, laboral-vocacional, psicoemocional y sexual y percepción de bienestar. Se define la calidad de vida con base en *lo que el individuo dice que ésta es*, en tanto que la percepción de la enfermedad incluye mucho más elementos que la discapacidad física. Algunas personas son incapaces de expresar sus valores o de definir la calidad de vida sin ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla y cada situación supone inquietudes únicas (Vinaccia y Orozco, 2005).

En un amplio campo de estudios se evidencian resultados contradictorios. Valdés y Ortega (2006), por ejemplo, sostienen que no existe prácticamente ningún estudio en el que no se encuentre que la calidad de vida relacionada con la salud mejora con el trasplante en comparación con la diálisis. De igual forma, Evans, Manninen y Garrison (1995) y Fox y Kutner (1991) hallaron que los pacientes trasplantados tenían una calidad de vida superior que los de hemodiálisis y los de diálisis peritoneal. En contraste, el estudio de Wolcott,

Nissenson y Landsver (1988) encontró que los pacientes en diálisis peritoneal reportan tener mejor calidad de vida, menos estrés percibido y sufren menos sintomatología física que los pacientes en hemodiálisis y trasplantados. Estos hallazgos sugieren que hay otros factores distintos a la modalidad de tratamiento *per se*, tales como los criterios de selección de pacientes (Sacks, Peterson y Kimmel, 1990) y las diferencias individuales (Christensen, Wiebe y Turner, 1994), que pueden influir también en la calidad de vida.

En otro estudio (Steele, 1996) se investigó la relación entre la indicación de la diálisis y la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal en Estados Unidos, encontrándose que la depresión y la ansiedad estuvieron más fuertemente relacionados con los puntajes de las escalas de calidad de vida que con el índice biológico de adecuación de Kt/V (transferencia cinética/ volumen de área). Las correlaciones negativas estadísticamente significativas sugieren altas tasas de depresión y ansiedad asociadas con los puntajes de baja calidad de vida.

Pérez, Rodríguez y Galán (2005) reportan que tras el trasplante disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva, y que además los pacientes se sienten más felices y tienen un mejor funcionamiento en las áreas sexual, social y laboral. No obstante, esta mejoría puede no ser total o no la manifiestan todos los pacientes.

Con base en la revisión de la literatura en el área y en una serie de entrevistas realizadas a médicos nefrólogos adjuntos del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas, se determinó que el conocimiento y las investigaciones relacionadas con la calidad de vida en las distintas modalidades de tratamiento de la IRC en Venezuela era muy limitado, con resultados poco claros o contradictorios.

Por consiguiente, el presente trabajo tuvo como propósitos determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal a través de hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatoria continua y trasplante renal en el Servicio de Nefro-

logía del citado hospital, y establecer asociaciones entre la percepción de calidad de vida en esas tres modalidades de tratamiento y su relación con la depresión y la ansiedad.

MÉTODO

Diseño

La presente investigación fue un estudio de campo, ex-post-facto, basado en un diseño transversal y descriptivo-correlacional.

Muestra

Se recurrió a una muestra no probabilística e intencional, ya que la selección de los pacientes no dependía de factores aleatorios sino de algunos criterios de inclusión relacionados con las características de la investigación: pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 55 años, con tres o más meses en tratamiento continuo, con niveles de hemoglobina ≥ 11 g/dl (con o sin tratamiento de eritropoyetina), sin enfermedad mental diagnosticada ni diabetes por las limitaciones funcionales y neurológicas inherentes. Una vez obtenido el consentimiento, se hicieron las evaluaciones de 60 pacientes que recibían tratamiento sistemático y continuo en el Servicio de Nefrología, distribuidos equitativamente a razón de veinte pacientes en cada grupo de tratamiento: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y pacientes trasplantados (TX).

Instrumentos

Instrumento de Calidad de Vida para Enfermedad Renal (KDQ). Originalmente desarrollado por Hays, Kallich, Mapes, Coons y Carter (1994) para individuos con I.R.C., fue adaptado y validado por las presentes investigadoras al propio contexto. La nueva versión corregida se sometió a consulta de expertos metodólogos, nefrólogos, profesores universitarios, especialistas en el área de salud y psicólogos clínicos, a fin de determinar su validez descriptiva. Para establecer su confiabilidad, se administró a una muestra piloto de 46 pacientes

que cumplieran con los mismos criterios de selección de la muestra definitiva, y usando el método de consistencia interna se obtuvo un valor de confiabilidad de 0.9736. La versión adaptada quedó estructurada para cada dimensión de funcionalidad: (A) *Física*, consta de 29 reactivos para los dializados, si bien para pacientes trasplantados esta dimensión consta de 24 reactivos; (B) *Psicoemocional*, con 24 reactivos; (C) *Social*, con 11, y (D) *Ocupacional-laboral*, con 9, lo que conforma un total de 73 ítems para los pacientes en diálisis y de 68 para los trasplantados. Los ítems se puntúan en una escala de 1 a 4 (donde 1 = nunca y 4 = siempre). Es necesario destacar que dicho instrumento fue aplicado por las investigadoras a través del contacto directo con los pacientes en la consulta externa del servicio.

Inventario de Depresión de Beck-R (BDI). Para este estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y Steer (1987). La versión revisada de uno de los instrumentos más ampliamente utilizada para evaluar la severidad de la depresión consta de 21 ítems o reactivos aplicables a los adolescentes y adultos. Este inventario tiene un amplio uso en las ciencias de la salud para el diagnóstico y seguimiento del curso de la depresión, ya que es común que se presente en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (Craven, 2001).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), consiste de una escala de 21 reactivos que mide la severidad de la ansiedad en adolescentes y adultos. Cada uno de los 21 síntomas es calificado por el individuo en una escala de cuatro puntos, con recorrido de 0 a 3. La puntuación máxima posible es de 63 puntos.

Procedimiento

Previa autorización del Servicio de Nefrología, se contactó individualmente a los pacientes a fin de explicarles los fines de la investigación y obtener su consentimiento para participar. Al finalizar sus consultas médicas externas o sesiones de tratamiento se les aplicaron los instrumentos de evaluación seleccionados para el estudio. Posteriormente, se procedió a la corrección de los instrumentos y al análisis estadístico respectivo.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los datos permitió responder al primer objetivo del estudio, o sea, describir la calidad de vida percibida en cada modalidad de tratamiento (TX, DPAC, HD) en sus diferentes dimensiones de funcionalidad (física, psicoemocional, social, ocupacional y laboral), obteniendo en detalle el comportamiento de esta variable.

Como se observa en la Tabla 1, el promedio de calidad de vida en el grupo de los trasplantados fue de 1.9365 (D.E. = 0.404); los promedios más elevados aparecen en las dimensiones ocupacional y social, lo que indica que son las dimensiones más afectadas. El coeficiente de variación de la calidad de vida indica una alta homogeneidad en la muestra, mostrando asimetría positiva en todas las dimensiones.

Tabla 1. Calidad de vida para el grupo TX.

	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA	1.43	2.85	1.9365	.4041	.697	-.587	20.86
Dimensión física	.67	1.20	.9000	.1750	.216	-1.172	19.44
Dimensión psicoemocional	1.13	2.83	1.5395	.3653	2.396	8.171	23.72
Dimensión social	2.09	3.36	2.6350	.3303	.875	.230	12.53
Dimensión ocupacional	1.00	4.22	2.6655	1.1398	.380	-1.561	42.76

*CV: Coeficiente de variación.

En la Tabla 2 se muestra que el promedio de calidad de vida en el grupo DPAC fue de 2.287; (D.E. = 0.37) los promedios más elevados aparecen en las dimensiones ocupacional y social, seguidos de la física y psicoemocional, lo cual indica que son las dimensiones más afectadas, en ese

orden. El coeficiente de variación de la calidad de vida indica una alta homogeneidad en la muestra, mostrando asimetría positiva en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión ocupacional ya que sus valores más extremos se encuentran por debajo de la media.

Tabla 2. Calidad de vida para el grupo DPAC.

	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA	1.61	2.86	2.2870	.3719	.011	-1.115	16.26
Dimensión física	1.21	2.46	1.6930	.3583	.857	-.051	21.16
Dimensión psicoemocional	1.17	2.54	1.6555	.4415	.713	-.625	26.66
Dimensión social	2.09	3.09	2.5400	.2579	.412	-.218	10.15
Dimensión ocupacional	1.00	4.44	3.2545	1.1217	-.845	-.571	34.46

*CV: Coeficiente de variación.

Se puede observar en la Tabla 3 que el promedio de calidad de vida para el grupo HD fue de 2.312 (D.E. = 0.362); los promedios más elevados aparecen en las dimensiones ocupacional y social, seguidos de la dimensión psicoemocional y física, siendo estas las dimensiones las más afectadas. El coeficiente de variación de la calidad de vida

indica una alta homogeneidad en la muestra; el índice más alto se halla en la dimensión psicoemocional, mostrando asimetría positiva la calidad de vida en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión ocupacional, cuyos valores más extremos se encuentran por debajo de la media.

Tabla 3. Calidad de vida para el grupo en HD.

	Mínimo	Máximo	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis	CV*
CALIDAD DE VIDA	1.68	2.82	2.3125	.3624	.110	1.303	15.67
Dimensión física	1.00	1.65	1.2503	.1820	.648	-.170	14.55
Dimensión psicoemocional	1.13	3.04	1.8560	.5891	.657	-.576	31.74
Dimensión social	2.09	3.09	2.5455	.3107	.220	-1.248	12.20
Dimensión ocupacional	1.89	4.56	3.5950	.9271	-.659	-1.278	25.78

*CV: Coeficiente de variación.

Los descriptivos de la variable depresión para cada modalidad de tratamiento indican que los pacientes en HD y los TX tienen resultados iguales, con una media mayor en el rango asintomático, mien-

tras que los pacientes en DPAC, además de mostrar la media mayor en el rango asintomático, también manifiestan depresión moderada en relación con los otros dos grupos (Tabla 4).

Tabla 4. Descriptivos de la variable depresión en los tratamientos (N = 20).

DEPRESIÓN	Grupo TX		Grupo DPAC		Grupo HD	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Rango asintomático	0.8	3.67	0.65	2.98	0.8	3.67
Moderada	0.2	0.92	0.35	1.65	0.2	0.91

Los descriptivos de la variable ansiedad para cada modalidad de tratamiento indican que los pacientes trasplantados presentan mayor ansiedad ubicada en el rango moderado en relación con los

otros dos grupos. Los pacientes en las dos modalidades de diálisis muestran resultados iguales de ansiedad, situándose mayormente en los niveles normales (Tabla 5).

Tabla 5. Descriptivos de la variable ansiedad en los tratamientos (N = 20).

ANSIEDAD	Grupo TX		Grupo DPAC		Grupo HD	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Normal	0.70	3.21	0.85	3.90	0.85	3.90
Moderada	0.30	0.30	0.15	0.68	0.15	0.68

A continuación se presenta el análisis de varianza (ANOVA) para responder al segundo objetivo del estudio, que fue el de comparar la calidad de vida percibida en las tres modalidades de tratamiento para indicar si hay relación o diferencias significativas entre las medias de las condiciones evaluadas: grupos de tratamientos y calidad de vida.

Se puede observar en la Tabla 6 que el coeficiente de varianza reveló $F(0.003) = 6.766$, significativo al 0.05; este valor indica que existen diferencias significativas entre los tres grupos en tratamiento y la variable de calidad de vida.

Tabla 6. ANOVA de calidad de vida en los diferentes tratamientos.

		Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	Sig
Calidad de vida	Intergrupos	1.867	2	.934	6.453	.003*
	Intragrupos	8.102	56	.145		
	Total	9.969	58			

*0.05

Una vez demostrada la existencia de diferencias entre los grupos en relación con la variable calidad de vida, se realizó la prueba de comparaciones múltiples post hoc, denominada de Scheffé, para precisar dónde se hallaban las diferencias detec-

tadas. En esta prueba se observan diferencias significativas en la calidad de vida entre los tres grupos. No se observaron diferencias significativas entre los grupos HD (Tabla 7).

Tabla 7. Prueba de Scheffé para calidad de vida en los diferentes tratamientos.

GRUPOS		Diferencias de medias	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Trasplante	Diálisis peritoneal	-.3314*	.122	.031	-.6378	-2.50E-02
	Hemodiálisis	-.4070*	.120	.005	-.7095	-.1045
Diálisis peritoneal	Trasplante	.3314*	.122	.031	2.496E-02	.6378
	Hemodiálisis	-7.56E-02	.122	.825	-.3820	.2308
Hemodiálisis	Trasplante	.4070*	.120	.005	.1045	.7095
	Diálisis peritoneal	7.561E-02	.122	.825	-.2308	.3820

* Nivel de significación: 0.05.

A los efectos de estudiar la asociación entre la variable calidad de vida para los diferentes grupos (TX, DPAC, HD), se calcularon correlaciones que permiten precisar si hay asociación de la calidad de vida y las otras variables del estudio, o sea, ansiedad y depresión.

Los resultados de la Tabla 8 muestran un coeficiente de correlación media entre la calidad

de vida y la ansiedad en el grupo de los pacientes trasplantados. Las variables ansiedad y depresión se asocian con la calidad de vida en los pacientes, con una correlación media y positiva (Tabla 9). De igual forma, se obtuvo una correlación media entre las dos disposiciones emocionales. Es necesario acotar que todas las correlaciones muestran una tendencia positiva.

Tabla 8. Correlaciones entre calidad de vida, ansiedad y depresión en el grupo TX.

		Calidad de vida	Ansiedad	Depresión
Calidad de vida	Pearson	1.000	.394	-.011
	Sig.		.086	.962
Ansiedad	Pearson			.491*
	Sig.			.028
Depresión	Pearson			
	Sig.			

* La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral).

Tabla 9. Correlaciones entre calidad de vida, ansiedad y depresión en el grupo DPAC.

		Calidad de vida	Ansiedad	Depresión
Calidad de vida	Pearson	1.000	.490*	.493
	Sig.		.049	.049
Ansiedad	Pearson			.523*
	Sig.			.018
Depresión	Pearson			
	Sig.			

* La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral).

Para el grupo HD, solamente la variable depresión correlacionó con la calidad de vida (Tabla 10); la

correlación fue positiva y con tendencia moderada-alta, a un nivel de significación de 0.05.

Tabla 10. Correlaciones entre calidad de vida, ansiedad y depresión en el grupo HD.

		Calidad de vida	Ansiedad	Depresión
Calidad de vida	Pearson	1.000	.409	.612**
	Sig.		.073	.004
Ansiedad	Pearson		1.000	.140
	Sig.			.556
Depresión	Pearson			
	Sig.			

** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio se asocian indisolublemente con los objetivos generales planteados. En relación con la percepción de la calidad de vida, se demostró que las dimensiones psicoemocional y social son indicadores significativos para la medición de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis y en diálisis peritoneal ambulatoria continua. En ambos grupos las dimensiones más afectadas coincidieron, no mostrando diferencias importantes entre ellas en cuanto al nivel de afectación percibido por los pacientes. En cambio, en el grupo de trasplantados solamente se reportaron como más dañadas las dimensiones de funcionalidad social y ocupacional-laboral, que resultaron significativas para la medición de calidad de vida en este grupo de pacientes.

Tales hallazgos indican que los pacientes trasplantados reportaron mejores índices de calidad de vida en las otras dimensiones, en comparación con los de diálisis; sin embargo, las diferencias entre los puntajes globales de calidad de vida entre los tres grupos evaluados no son importantes. En general, los trasplantados tienen una percepción de mayor bienestar subjetivo y manifiestan menores trastornos emocionales de ansiedad y depresión que los pacientes en diálisis. Estos resultados coinciden a los descritos por Waiser, Budde y Schreiber (1998) en un centro de diálisis de Alemania, donde evaluaron la calidad de vida de 612 pacientes: 359 TX y 253 en diálisis, encontrando que la satisfacción con la vida fue mayor en los TX en relación con los DPAC, quienes se mostraron más ansiosos y más deprimidos. Así mismo, coincide con otro estudio desarrollado por Tomasz y Piotr (2003) en 200 pacientes en HD y 200 en TX renal, en el que hallaron una mejora en todas las dimensiones de la calidad de vida en los trasplantados, exceptuando la imagen corporal y la apariencia, en las que los HD tuvieron mejores puntuaciones.

En otros estudios sobre TX renal y variables que predicen la calidad de vida que ciertas alteraciones psicológicas antes y después del trasplante indican que estos pacientes perciben mayor apoyo social una vez trasplantados (Franke, Reimer, Philipp y Heemann, 2003). Según Muehrer y Becker (2005), los factores que influyen de forma ne-

gativa en TX son la comorbilidad, la función renal *per se*, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación, las hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, la sexualidad, la ansiedad y la depresión.

En el presente estudio, la depresión reportó niveles de entre asintomática y moderada, y se encontraron asociaciones moderadamente significativas entre la depresión y la calidad de vida, mientras que los pacientes en HD manifestaron los porcentajes más altos en depresión, en relación con los pacientes en TX y en DPAC. Los pacientes en DPAC suelen ser considerados por el personal de salud como personas que cuidan de sí mismas, más autónomas, lo que de alguna forma hace que ciertas pérdidas se compensen por su conducta de autocontrol; no obstante, puede existir el temor de que esta técnica fracase, lo cual podría traducirse en otra fuente de ansiedad para ellos.

En otro estudio, Jofré, López, Moreno y Rodríguez (1999) evaluaron a un grupo de pacientes en hemodiálisis, encontrando que 70% manifestó depresión, lo cual tiene a su vez un gran impacto en su calidad de vida; dichos resultados coinciden con los obtenidos en el presente trabajo. La depresión y la calidad de vida tuvieron una relación directa y positiva, y es un factor psicoemocional en la muestra de estudio que puede influir a su vez en la percepción de la enfermedad y la valoración de su calidad de vida.

En este mismo orden de ideas, en un estudio realizado por López, Sanz, Jofré y Valderrábano (1999), hecho a través de un análisis correlacional y de regresión múltiple, se encontró que los factores psicológicos, particularmente la depresión, están presentes en los pacientes sometidos a diálisis, y que en muchas ocasiones esta variable psicológica es un determinante mucho más potente de la calidad de vida que los mismos índices biomédicos de conveniencia o adecuación de la diálisis como marco de referencia de otros estudios para evaluar dicho fenómeno. En un estudio más reciente, Vásquez, Valderrábano, Fort y cols. (2004) midieron la calidad de vida relacionada con salud y otras variables clínicas y psicológicas (ansiedad-rasgo, síntomas depresivos y apoyo social) en pacientes con hemodiálisis; el análisis multivariado mostró que la ansiedad-rasgo y los síntomas depresivos fueron las únicas variables explicativas

de las diferencias entre sexos en calidad de vida, pero no son específicas o exclusivas de la población de enfermos renales, sino que también se presentan en la población general.

Los hallazgos aquí reportados son similares a los de Shidler, Peterson y Kimmel (1998), quienes evaluaron la asociación entre calidad de vida y depresión mediante el Inventario de Beck en 60 pacientes (20 TX, 20 DPAC y 20 HD), en un centro de diálisis de la ciudad de Washington, encontrando que los pacientes en TX no muestran depresión y perciben menos los efectos negativos de la enfermedad, no así los pacientes en DPAC y HD, quienes exhibieron niveles de depresión moderada a severa.

Aun cuando las estimaciones varían, hay consenso en que un nivel clínicamente significativo de depresión y ansiedad es común en pacientes en DPAC (Lye, Chan, Leong y Van Des, 1997). Es interesante que se observen asociaciones entre factores psicosociales y complicaciones médicas en tales pacientes (Juergensen, 1997). Estos hallazgos son de vital interés clínico ya que los síntomas psicológicos –notablemente la ansiedad y la depresión– también se ha observado que tienen un impacto en la adherencia al tratamiento (Brownbridge y Fielding, 1994). Se puede concluir que la depresión y la ansiedad son manifestaciones comunes en la enfermedad renal crónica.

En estudios como los de Álvarez-Ude y cols. (2001) la ansiedad también se asoció con la calidad de vida. Ellos evaluaron 55 pacientes que asistían a un programa HD en una unidad hospitalaria de Segovia y hallaron que 24% reportó ansiedad moderada, 31% ansiedad patológica y 15% ansiedad en valores normales (medida a través del STAI). Además, encontraron una asociación entre la ansiedad reportada y la dimensión física en el instrumento de calidad de vida (KDQ). En contraste, la asociación entre la variable ansiedad y la calidad de vida, evaluada en cada uno de sus dimensiones de funcionalidad, no tuvo una relación directa o lineal con la calidad de vida, y la ansiedad no fue un factor que tuviera niveles importantes o

disfuncionales en la muestra de pacientes utilizada por las presentes autoras.

De los pocos estudios realizados en el contexto de la realidad venezolana, estos resultados coinciden parcialmente con los de Calvanese y Villalobos (1986), Villalobos (1991) y Calvanese, Feldman y Weisinger (2004), en los cuales los diferentes tratamientos de la IRC cursan con cuadros de ansiedad y depresión. Las características propias o inherentes a la IRC y a los tipos de tratamiento –entre las que se pueden mencionar la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a “máquinas” y al personal de salud, las restricciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, entre otras– explican que estos pacientes manifiesten con frecuencia trastornos emocionales y mayores niveles de depresión y ansiedad que se asocian a una pobre calidad de vida.

A partir de los hallado en el presente estudio, se sugiere y recomienda la evaluación sistemática y exhaustiva del estado psicoemocional, las diferencias individuales y las necesidades psicosociales de estos pacientes como parte integral de la terapia ofrecida en diálisis y trasplante para optimizar su calidad de vida. Así mismo, se recomienda la inclusión de programas permanentes de educación dirigidos al personal de salud y a los familiares y pacientes sobre tópicos relacionados con la calidad de vida.

Entre los aportes fundamentales de la presente investigación se encuentra la adaptación y validación del Cuestionario de Calidad de Vida aplicado a una muestra piloto con características similares a la muestra definitiva. El instrumento demostró tener validez de constructo cuando se utilizó en los pacientes evaluados, y permite medir de manera precisa y confiable las áreas que deben ser tomadas en consideración por los profesionales de la salud para proporcionar mejor calidad de vida a los pacientes en diálisis y trasplante; en este sentido, se sugieren mayores investigaciones en nuestro contexto y muestras más representativas que garanticen la generalización de los resultados.

REFERENCIAS

- Ahlmen, J. (1996). Quality of life of dialysis patient. En Jacobs, C., Kjellstrand, C. M., Koch, K. M. y J.F. Winchester (Eds.): *Replacement of renal function by dialysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Álvarez-Ude, F., Galán, P., Vicente, E., Álamo, C., Fernández R., M.J. y Badía, X. (2001). Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal). *Nefrología*, 17(6), 486-496.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T. y Steer, R.A., (1987). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brownbridge, G. y Fielding, D.M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology*, 8, 744-749.
- Calvanese, N. (1991). *Estilos de afrontamiento y adaptación para el tratamiento en pacientes renales hemodializados*. Tesis de Grado. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Calvanese, N. (2000). Factores psicosociales asociados a la donación de órganos para trasplantes en el área metropolitana de Caracas. *Argos*, 33, 85-108.
- Calvanese, N., Feldman, L. y Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista de Nefrología Latinoamericana*, 11, 49-63.
- Calvanese, N. y Villalobos, M. (1986). *Una nueva alternativa terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal crónica*. Trabajo de grado inédito para la Licenciatura. Caracas: Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.
- Cella, D. y Tulsky, D. (1991). Measuring quality of life today, methodological aspects in quality of life in oncology practice and research. *California Journal of Oncology*, 11, 310-316.
- Christensen, A.J., Wiebe, T.W. y Turner, C.W. (1994). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis. *Journal Behavior Medical*, 15, 313-332.
- Chubon, R.A. (1996). Quality of life and persons with end-stage renal disease. *Dialysis and Transplantation*, 15, 450-452.
- Craven, J.L. (2001). The Beck Depression Inventory as a screening device for mayor depression in renal dialysis patients. *International Journal of Psychiatry Med.*, 18, 365-374.
- Evans, R., Manninen, D. y Garrison, L. (1995). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 553-559.
- Fox, A. y Kutner, N. (1991). Assessing end-stage disease patient's functioning and well-being: Measurement approaches and implication for clinical practice. *American Journal of Kidney Disease*, 24, 321-333.
- Franke, G.H., Reimer, J., Phillipp, T. y Heemann, U. (2003). Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Quality of Life Research*, 12, 103-115.
- Ganz, P. (1994). Quality of life and the patient with cancer. *Cancer*, 74, 1445-1452.
- Hays, R., Kallich, H., Mapes, D., Coons, S. y Carter, W. (1994). Development of the kidney disease quality of life. *Quality Life Research*, 3, 329-338.
- Jofré, R., López, J., Moreno, F. y Rodríguez, J. (1999). Changes on quality of life after renal transplantation. *American Journal of Kidney Disease*, 32, 93-100.
- Jurgensen, L. (1997). An approach to developing a valid Spanish language translation of a health-status questionnaire. *Medicine Care*, 27, 959-966.
- Kimmel, P. (2000). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of American Social Nephrology*, 6, 1418-1426.
- Levenson, J.L. y Glochesky, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage disease. *Psychosomatics*, 32, 382-389.
- López, J., Sanz, D., Jofré, R. y Valderrábano, F. (1999). The Spanish cooperative renal patients quality of life in dialysis. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 11, 125-129.
- Lye, L., Chan, C., Leong, A. y Van Des, S. (1997). Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney International*, 40, 242-250.
- Magraf, J. y Papadopoula, K. (1997). Adherence to medical regime and related factors in young-dialysis. *British Journal of Clinical Medicine*, 9, 423-433.
- Martin, C. y Thompson, D. (2001). Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *British Psychology Journal*, 5, 41-55.
- Mazzuchi, N., Schwedt, E., Fernández-Cean, J. y Milanés, C.L. (2000) Trasplante renal. *Nefrología Latinoamericana*, 7, 3.
- Muehrer, R.J. y Becker, B.N. (2005). Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminary Dialysis*, 18, 124-131.

- Nissenson, A. y Port, F. (1991). *Epotin therapy and quality of life*. Ontario: Grant Amgen, Inc.
- Pérez, M., Rodríguez, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114.
- Sacks, C., Peterson, R. y Kimmel, P. (1990). Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Disease*, 15, 31-39.
- Shidler, N., Peterson, R. y Kimmel, P. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiencies. *American Journal of Kidney Disease*, 32, 557-566.
- Smith, M.D., Hong, B.A. y Robson, A.M. (2001). Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: Comparative analysis. *American Journal of Medicine*, 79, 160-166.
- Steel, V. (1996). Treatment of transfusion-dependent anemia of chronic renal failure with recombinant human erythropoietin. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 6, 955-965.
- Tomasz, W. y Piotr, S. (2003). A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Annual Transplant*, 8, 47-53.
- Tukman, M. (1990). Brief psychotherapy and hemodialysis center. *Archives of General Psychiatry*, 23, 98-108.
- Valdés, C. y Ortega, F. (2006). Avances en la calidad de vida relacionada con salud y trasplante renal. *Nefrología*, 26(2), 157-162.
- Vásquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López G., J., Moreno, F. y Sanz G., D. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología*, 24(2), 167-178.
- Villalobos, M. (1991). Estudio preliminar de un modelo de atención psicosocial en los servicios de nefrología del país. Tesis no publicada de grado. Caracas: Facultad de Medicina y Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.
- Vinaccia, S. y Orozco, M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 11(2), 125-137.
- Waiser, J., Budde, K. y Schreiber, M. (1998). The quality of life in end-stage renal disease care. *Transplantation International*, 11, 542-545.
- Wolcott, D., Nissenson, A. y Landsver, K. (1988). Quality of life in chronic dialysis patient's factors: Unrelated to dialysis modality. *General Hospital Psychiatry*, 10, 267-277.