

Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo

Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana¹ - Nekane Basabe Barañano² - Encarnación Fernández Prado³
Consuelo Baños Baños⁴ - María Ángeles Nogales Rodríguez⁴ - Miren Echebarri Escribano⁵ - Julia San Vicente Sancho⁴ - Azucena Bejarano García⁴

¹ Diploma en Enfermería. Licenciada en Antropología. Diplomada en Psicología Social. Profesora de Escuela de Vitoria-Gasteiz (Alava) - ² Doctora en Psicología Social. Profesora titular Dpto. Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento Facultad de Farmacia UPV (Alava) - ³ Diploma en Enfermería. Servicio de Nefrología Hospital de Galdakao (Vizcaya) - ⁴ Diploma en Enfermería. Servicio de Nefrología Hospital de Txagorritxu (Alava) - ⁵ Diploma en Enfermería. Servicio de Nefrología Hospital de Santiago (Alava)

Resumen

Objetivo: Conocer la asociación del tiempo en diálisis con el cambio de estrategias de afrontamiento, así como con la calidad de vida y los factores psicosociales asociados.

Métodos: Se estudiaron 93 pacientes estables de hemodiálisis hospitalaria y de diálisis peritoneal continua ambulatoria, con edades inferiores a 70 años, que llevaban diferentes tiempos en tratamiento con diálisis, atendidos en 3 hospitales de Osakidetza. En el año 2006 se realizaron entrevistas por enfermeras aplicando los cuestionarios de estrategias de afrontamiento y calidad de vida (SF36). Todos los análisis estadísticos se ajustaron para las diferencias de edad y sexo.

Resultados: El cociente hombre/mujer fue 60/33. La edad media 54 años. El grupo en peritoneal era más joven, con una proporción de mujeres superior y llevaba menos tiempo en tratamiento, media 2,3 frente a 6,0 años. Analizando conjuntamente los pacientes en ambas técnicas, el componente mental de la percepción de calidad de vida se asociaba negativamente con el tiempo en tratamiento,

$p=0,006$, por cada año de tratamiento la puntuación descendía 0,6 puntos. La búsqueda de apoyo social y la distracción se correlacionaron negativamente con el tiempo en tratamiento, $r=-0,19$ y $-0,21$ respectivamente. El aislamiento social y la oposición-confrontación se asociaron positivamente, $r=0,30$ y $r=0,21$ respectivamente.

Conclusiones: Conforme transcurre el tiempo en tratamiento con diálisis las personas utilizan menos la Distracción y la Búsqueda de apoyo social y con más intensidad estrategias como el Aislamiento social y la Confrontación, todo esto disminuye el bienestar psicológico, estos cambios se asocian a su vez con peor percepción de salud mental.

PALABRAS CLAVE:

- ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA
- CALIDAD DE VIDA
- DIÁLISIS
- APOYO SOCIAL
- ESTRÉS EMOCIONAL

Coping changes in dialysis patients over the time

Abstract

Objective: To know the association between time on dialysis and the change in coping strategies and the quality of life and modulating factors: anxiety, perceived stress, perception of control, social support and comorbidity.

Correspondencia:

B. Ruiz de Alegría Fernández de Retana
Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz
Jose Achotegui s/n
01009 Vitoria
begona_ruizdealegria@ehu.es

Methods: We studied 61 stable patients under HHD and 32 under CAPD, aged <70 years old, with different times under dialysis treatment. We applied the questionnaires for Stai-R, perceived stress-PSS, perception of control, social support MOS, coping strategies, quality of life (SF36) and satisfaction with life. The statistical analyses were adjusted for differences in age and sex.

Results: The ratio of men to women was 60/33. The average age was 54. The CAPD group was younger with a higher proportion of women and shorter time under treatment, 2.6 vs 6.0 years. We used both groups in the final sample. We found a negative association between the mental component summary scale and time under dialysis, $p=0.006$, for each year on treatment the score decreased 0.6 points. The support Seeking and Distraction were negatively correlated with time under treatment, $r=-0.19$ and -0.21 respectively. The Social Isolation and Confrontation were positively associated with time under dialysis.

Conclusions: As time under dialysis goes on, the patients use less Distraction and Support Seeking and they use more intensively Social Isolation and Confrontation. Such changes decrease psychological wellbeing and are associated with a worst perception of mental health.

Introducción

Las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, percibiendo estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los otros^{1,4}. Esto implica cambios de vida importantes a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia⁵.

Los estudios sobre las respuestas emocionales han constatado tasas superiores de prevalencia de ansiedad respecto a la población general^{6,7} y porcentajes de prevalencia de depresión entre el 25% al 50%⁸⁻¹⁰. Estos datos se asocian a una peor percepción de la calidad de vida con respecto a la población general^{2,3,5}. Todo esto da muestra del impacto de la diálisis en estas personas, que alcanzan peores puntuaciones en calidad de vida que otras personas con enfermedades crónicas¹¹. Otros estudios en pacientes crónicos graves, aplicando

instrumentos de medida del bienestar subjetivo un año después del tratamiento clínico, muestran un bienestar subjetivo similar al de las personas sanas, lo que hace suponer que el proceso de adaptación juega un papel en el bienestar subjetivo positivo de las personas con problemas de salud importante¹².

Para adaptarse a la nueva situación la persona pone en marcha, pensamientos y acciones, es decir, pone en acción las llamadas estrategias de afrontamiento que Lazarus y Folkman han definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que hace un individuo para "manejar" las demandas externas e internas y que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona¹³. En un metaanálisis se identifican las estrategias de afrontamiento que se asocian con un mejor bienestar emocional de la persona¹⁴. Este meta-análisis confirma que las dimensiones de *Búsqueda de apoyo*, *Búsqueda de información* y *la Reestructuración cognitiva*, todas ellas formas activas, tienen efectos positivos sobre el bienestar emocional, es decir ayudan a llevar la situación estresante con una buena salud emocional. Contrariamente las dimensiones de *Regulación afectiva*, *Rumiación*, *Aislamiento social* y *Confrontación* parecen tener efectos negativos sobre la salud emocional. Otras dimensiones como la *Resolución de problemas*, *Evitación* o *Distracción* pueden tener efectos ambivalentes según las situaciones. Las estrategias con efectos positivos tendrían una función adaptativa, contribuyendo a minimizar la ansiedad y las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifican las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas, resolver los problemas y mejorar el rendimiento y el ajuste social.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno. Las estrategias de afrontamiento que intervienen en el proceso de vivir en diálisis han sido poco estudiadas y han sido señaladas como áreas de interés de estudio^{1,15}. Un conocimiento de cuáles son las estrategias que se asocian a una mejor percepción de la calidad de vida, así como su evolución en tiempo permitirá conocer mejor el proceso de vivir en diálisis, comprender las conductas y adecuar intervenciones profesionales más efica-

ces. Por todo esto, interesa conocer si a lo largo del tiempo estas personas modifican sus estrategias para afrontar la diálisis, cambiando de estrategias menos adaptativas a más adaptativas y su evolución en la percepción de calidad de vida.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal observacional con una muestra formada por 93 personas en tratamiento en HDH y DPCA en tres unidades de Nefrología de 3 hospitales: Hospital de Txagorritxu y Hospital de Santiago de Vitoria y Hospital de Galdakao de Vizcaya. Se establecieron los siguientes criterios de selección: a) tener edad entre 18 y 70 años, b) reunir las condiciones físicas mentales y lingüísticas para responder las preguntas del cuestionario c) otorgar su consentimiento informado.

Las variables socio-demográficas y bioquímicas se recogieron en una hoja estandarizada: edad, sexo, nivel de estudios, y situación laboral, determinaciones analíticas de hematocrito, albúmina, fósforo y potasio y tratamiento con psicofármacos.

Para evaluar las *estrategias de afrontamiento*, se utilizó el instrumento de Formas Afrontamiento y Dimensiones. Este cuestionario ha sido elaborado a partir de la adaptación de Basabe^{16,17} y la revisión de Skinner^{17,18}. Las 15 dimensiones del afrontamiento se denominan: *Resolución de problemas, Búsqueda de Apoyo social, Evitación, Distracción, Reestructu-*

ración cognitiva, Rumiación, Fatalismo, Aislamiento social, Descarga emocional, Expresión regulada de emociones, Búsqueda de Información, Negociación, Oposición y confrontación, Delegación y Religioso. Este instrumento ha sido aplicado por distintos grupos en España¹¹.

La comorbilidad se midió aplicando *el índice de Charlson*¹⁹. Para recoger la tendencia a percibir las situaciones como amenazantes se utilizó el cuestionario Ansiedad rasgo del *STAI-R*²⁰ que ha sido aplicado en población renal. Así mismo, se aplicó el cuestionario *Perceived Stress Scale (PSS)*²¹ para medir el grado por el cual las situaciones de vida son percibidas como estresantes. El apoyo social se midió a través el cuestionario de *Soporte Social MOS*²².

La *percepción de control* y la *satisfacción con la vida* se recogieron mediante una pregunta para cada variable: *¿En qué medida siente libertad y control sobre su vida...?* y *¿Hasta qué punto está satisfecho con su vida actualmente?* respectivamente. Las preguntas proceden del cuestionario denominado Encuesta Mundial de Valores –WVS²³.

La calidad de vida con la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud *SF-36(MOS)*²⁴. Es un instrumento sólido que ha sido adaptado y validado en España por el IMIM. Su validez y aplicabilidad también ha sido probada en pacientes con insuficiencia renal²⁶. Una descripción sistematizada de los diferentes instrumentos y sus características figura en la tabla 1.

Instrumento	Descripción	Rango de medida	Validez (alpha Cronbach)
Formas de Afrontamiento	15 dimensiones 25 ítems	1 poco o nunca a 4 casi siempre	no aplicable
STAI-R (ansiedad)	20 ítems	0=casi nunca a 3 casi siempre	0.84
Percevid Stress Scale (PSS)	15 ítems	0=nunca a 4= casi todo el tiempo	0.77
Soporte social (MOS)	1 ítem= tamaño red social 20 ítems= 4 subescalas: • apoyo mocil/inforl • instrumental • interacción • apoyo afectivo	1= nada a 5 =siempre	0.92 0.79 0.85 0.91
WVS Percepción de control	1 ítem	1=nada a 10=total	no aplicable
WVS Satisfacción con la vida	1 ítem	1=insatisfecho a 10=satisfecho	no aplicable
SF-36 (Calidad de vida)	Componentes: Salud Física Salud mental	0-100	0.80 0.90

Tabla 1: Descripción de los instrumentos de medida

Una vez obtenido el permiso del comité de ética correspondiente, 11 enfermeras de las 3 unidades de Nefrología fueron preparadas previamente para consensuar el protocolo del procedimiento y asegurar el manejo y comprensión de los cuestionarios y escalas, para garantizar una correcta recolección de la información.

Los datos se recogieron entre los meses de marzo a diciembre del 2006 a través de la Historia Clínica y de los cuestionarios hetero-aplicados. Los pacientes de DPCA cumplimentaron los cuestionarios durante la visita a la consulta de revisión, mientras que los pacientes en tratamiento de HDH respondieron principalmente durante o después de la sesión de diálisis. Los cuestionarios han sido respondidos en una sola vez en la mayoría de los pacientes, sólo 3 pacientes precisaron 2 sesiones para completarlos. El tiempo empleado en rellenar los formularios osciló entre 15 y 90 minutos, con una media de 46 minutos.

Para la resumir los resultados de las variables utilizamos estadísticos descriptivos como distribución por porcentajes, medidas de tendencias central y dispersión. Para buscar asociación entre las diferentes variables y el tiempo de diálisis usamos coeficientes de correlaciones parciales (lineales) con control de edad y sexo. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows.

Resultados

Características de la muestra

De los 93 pacientes, 61 personas seguían tratamiento mediante HDH y 32 mediante DPCA. La distribución por sexos y las medias de edad en los grupos de HDH y DPCA (tabla 2). El tiempo en tratamiento fue muy variable, con cierta asimetría en la distribución. La media fue de 57 meses, la desviación típica de 76 meses, mínimo de 1,4 meses y máximo de 321 meses.

	Sexo	n(%)	M	DT	Mínimo / Máximo
Hemodiálisis (HDH)	Hombres	45(71)	56.95	8.44	33/70
	Mujeres	16(29)	52.53	1.19	26/66
Diálisis peritoneal (CAPD)	Hombres	15(47)	52.49	1.86	27/69
	Mujeres	17(53)	47.13	1.12	20/65

Tabla 2. Estadísticos descriptivos: Modalidad de tratamiento sexo y edad

En un 30% figuraban los psicofármacos en el tratamiento prescrito, en un 11%, figuraban antidepresivos y ansiolíticos, en un 18% sólo ansiolíticos y en un 1% sólo antidepresivos.

Tiempo de tratamiento y otros factores psicosociales

El tiempo en diálisis se asoció significativamente con el stress en sentido positivo, con el *apoyo emocional informacional*, hubo una tendencia casi significativa a menor apoyo conforme aumenta el tiempo de tratamiento. En el resto de factores psicosociales no observamos asociaciones estadísticamente significativas (tabla 3).

	r ^{PARCIAL}	p
Índice de Charlson	0,081	0,450
Percepción de control	-0,166	0,121
Stress	0,217	0,041
Soporte total	-0,146	0,172
MOS-ayuda tangible	-0,078	0,470
MOS-interacción social positiva	-0,073	0,496
MOS-apoyo afectivo	-0,114	0,287
MOS-apoyo emocional informacional	-0,199	0,062

Tabla 3. Correlaciones de tiempo en diálisis y factores moduladores (control, edad y sexo)

Tiempo de tratamiento y estrategias de afrontamiento

Analizamos las relaciones entre la duración en el tiempo en diálisis con cada dimensión de afrontamiento. Como puede observarse en la tabla 4 encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de diálisis con: *la distracción, el aislamiento social, la oposición y la confrontación, y la búsqueda de apoyo social*. El sentido de la correlación fue negativa entre tiempo de tratamiento con *búsqueda de apoyo social y distracción*, y positiva del tiempo de tratamiento con *aislamiento social y oposición y confrontación*. A mayor tiempo en tratamiento disminuyen las estrategias de afrontamiento basadas en la *distracción, la búsqueda de apoyo social, y aumentan el aislamiento social y la oposición y confrontación*.

Tiempo de tratamiento y calidad de vida

Buscamos asociaciones entre las diferentes dimensiones de calidad de vida (SF-36) con el tiempo en diálisis; ajustando por edad y sexo, encontramos asociaciones negativas significativas en las dimensiones de Vitalidad, Salud Mental, Funcionamiento Físico, Funcionamiento Social y Limitaciones por el Rol emocional, en el resto de dimensiones no hubo significación. En cuanto a los dos componentes *mental*

Dimensiones estrategias de afrontamiento	r ^{PARCIAL}
1 Resolución de problemas	-.07
2 Búsqueda de apoyo social	-.19 ^a
3 Huida/evitación	.14
4 Distracción	-.20 [*]
5 Reevaluación o reestructuración cognitiva	-.04
6 Rumiación	.07
7 Desesperación o abandono	.12
8 Aislamiento social	.30 ^{**}
9 Descarga emocional	.03
10 Expresión regulada de emociones	-.13
11 Búsqueda de información	.16
12 Negociación	.01
13 Oposición y confrontación	.21 [*]
14 Delegación	-.05
15 Rezar	.09

^{**} p ≤ .01; ^{*} p ≤ .05; ^a p ≤ .10

Tabla 4. Correlaciones de tiempo en diálisis y Dimensiones de afrontamiento (control, sexo y edad)

y físico, hubo correlación significativa y negativa del tiempo en diálisis con el componente mental (tabla 5). Otra variable de resultado es la satisfacción con la vida, encontramos una relación significativa y negativa con el tiempo en diálisis, $r = -0,233$, $p = 0,028$.

	r ^{PARCIAL}	p
Vitalidad	-0,253	0,016
Salud Mental	-0,238	0,023
Funcionamiento Físico	-0,234	0,025
Funcionamiento Social	-0,231	0,027
Limitaciones por Rol Emocional	-0,195	0,064
Limitaciones por Rol Físico	-0,088	0,405
Salud General	-0,082	0,442
Dolor Corporal	0,011	0,918
Componente mental	-0,283	0,006
Componente físico	-0,092	0,385

Tabla 5. Correlaciones de tiempo en diálisis y calidad de vida (SF-36)

Discusión

Tiempo y factores psicosociales

Los pacientes de diálisis que llevan más tiempo en tratamiento perciben un mayor grado de *estrés* que los que llevan menos tiempo. A pesar de este mayor estrés vinculado al paso del tiempo y curso de la enfermedad, la *percepción de control* personal parece alterarse muy discretamente con el paso del tiempo (hay una ligera asociación entre tiempo y menor percepción de control que es significativa para

$p < .09$), tal vez, debido a que las personas aprenden a adaptarse y a manejar las situaciones estresantes, la percepción de control no se deteriora más conforme transcurre el tiempo.

Con respecto a la percepción de *soporte social*, parece que los pacientes que llevan más tiempo no perciben que se altere su red social, siguen teniendo personas cercanas que dan ayuda en aquellas actividades que no pueden realizar por sí solos. También perciben personas cercanas con las que estar al lado y se sienten apreciados y queridos. Sin embargo, encontramos significación negativa con el *soporte emocional/informacional*, lo que indica que los pacientes que llevan más tiempo en tratamiento perciben una red social más pequeña que en los primeros momentos de tratamiento. En esta red encuentran menos comprensión y menos personas con las que compartir sus sentimientos y recibir consejos.

Tiempo de tratamiento y Estrategias de afrontamiento

Los pacientes, que llevan menos tiempo en diálisis, movilizan la *Búsqueda apoyo social*, es decir, buscan el contacto con gente próxima para obtener apoyo afectivo y preguntan a otras personas que están pasando por circunstancias similares. También, los que llevan menos tiempos recurren más a la *Distracción*, intentan disfrutar de las pequeñas cosas procurando no pensar demasiado en su problema. Así, recurrir a la compañía de otros para distraerse o realizar actividades que resulten placenteras tiene efectos positivos porque ayuda a centrar la atención en otros aspectos disminuyendo las emociones negativas y pensamientos repetitivos (Rumiación)¹⁷. Por el contrario, parece que los que llevan más tiempo tienden al *Aislamiento y Confrontación-oposición*, es decir, tratan de evitar estar con otros y reconocen que manifiestan más su enfado por su situación. Estas dos estrategias tienen efectos negativos sobre la salud emocional de las personas¹⁷.

Podemos decir que hay un cambio de patrón con el paso del tiempo, aplican más estrategias de *Aislamiento y Confrontación* y menos *Búsqueda de apoyo* de los otros; estos resultados son similares a otros estudios en los que observan que las estrategias activas disminuyen con el tiempo²⁷. Parece claramente que conforme pasan más tiempo con la enfermedad y se convierten en enfermos crónicos adoptan un perfil menos adaptativo.

Tiempo y calidad de vida

Los pacientes de diálisis que llevan más tiempo manifiestan menos *Vitalidad*, peor *Funcionamiento Físico* y *Funcionamiento Social* y sufren más limitaciones por el *Rol emocional*. Con el tiempo los pacientes parecen manifestar estar menos animados, más cansados y agotados. También perciben mayor limitación para caminar, coger pesos y realizar esfuerzos moderados lo que les lleva a tener dificultades para realizar sus actividades. Finalmente también perciben que su estado emocional interfiere en otras actividades de la vida diaria, reduciendo el tiempo dedicado a ellas, disminuyendo su rendimiento.

Coincidiendo con otros estudios²⁸, los pacientes que llevan más de 1 año con tratamiento en diálisis muestran tener peores puntuaciones en *Salud mental*, es decir, tienen mayor tendencia a la depresión; en general los que llevan menos tiempo en tratamiento tienen menos efectos positivos. Por el contrario, no encontramos asociación con el tiempo en el componente de *Salud Física*. Mientras que los profesionales de la salud atribuimos al deterioro físico su detrimento en el estado de ánimo, los propios pacientes acusan un mayor deterioro mental que físico, lo que les sume en un estado emocional vulnerable. Esto pone de manifiesto la necesidad de cuidados emocionales en las personas que están en tratamiento en diálisis. Llama la atención que los profesionales de Nefrología nos preocupamos en preservar el estado físico de los pacientes manteniendo determinados parámetros analíticos y clínicos dentro de unos estándares establecidos, no obstante las personas en diálisis perciben más deterioro a nivel mental que físico. Esta discrepancia debería obligar a tomar conciencia sobre las prioridades en las áreas de atención y cuidados hacia estas personas.

En este estudio, podemos concluir que los pacientes que llevan más tiempo en diálisis sufren consecuencias emocionales. Tienen una mayor *percepción de estrés* y perciben menos comprensión e intimidad y comparten menos sus emociones con los cercanos (*apoyo emocional informacional*) y se esfuerzan menos por *buscar apoyo*. Puede pensarse que con el tiempo los pacientes tienden a no expresar sus emociones, por no querer preocupar o cargar al cuidador, también puede ocurrir que los pacientes al sentirse reprimidos e inhibidos exploten emocionalmente, manifestando llantos o enfados frecuentes, provocando alejamiento por parte del cuidador, lo que explica que sea el *aislamiento* la estrategia más utilizada. El estrés mantenido en el tiempo junto con la

inhibición emocional y el enojo produce baja respuesta inmune y aumento de la depresión²⁹. El uso de estrategias como el *aislamiento* y la *Confrontación-Oposición* (enojo) se asocian a peor Salud Mental.

Por todo esto, las intervenciones profesionales orientadas a fomentar en los pacientes la *expresión de emociones controlada*, junto el apoyo emocional a los familiares que ayude a la *reestructuración positiva*, redundarían en a una mejor *calidad y satisfacción con la vida*. Contrariamente a otros pacientes crónicos¹², las personas en diálisis con el tiempo manifiestan empeoramiento en el bienestar psicológico. Por todo esto, la influencia del tiempo de tratamiento condiciona la evolución de la percepción de la calidad de vida, por lo que el tiempo de tratamiento en diálisis tiene que ser considerado en aquellos estudios que pretenden comparar la *Calidad de vida* de la población en diálisis con otros grupos.

Bibliografía

1. Faber S. Original research: an investigation of life with end stage renal disease: sociocultural case studies analysis. *Cannt J* 2000; 10(3):24-34.
2. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lutzen K, Clyne N. Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *J Clin Nurs* 2005; 14(3):294-300.
3. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nurs* 2000;31(6):1398-408.
4. Rittman M, Northsea C, Haussauer N, Green C; Swanson L). Living with renal failure. *ANNA J* 1993; 20: 327-32.
5. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J.C, Gutierrez C, Fajardo L. Calidad de vida y Adhesión al tratamiento es pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ. Psicol. Bogotá (Colombia)* 2006; 5 (3): 487-9.
6. Jadoulle V, Hoyois P, Jadoul M. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005; 63(2):113-8.
7. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Francais P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal

- dialysis patients? *J Psychosom Res* 2004;56(3):317-22.
8. Burton HJ, Klime SA, Lindsay , Heidenheim AP. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine* 1986; 48, 261-69.
 9. Njah M, Nasr M, Ben Dhia N. [Anxiety and depression in the hemodialysis patient]. *Nephrologie* 2001; 22(7):353-7.
 10. López Revuelta K, García López FJ, de Alvaro F. Salud percibida, estado funcional y mortalidad en pacientes diabéticos en tratamiento renal sustitutivo: diseño del estudio CALVIDIA. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 19, 2347-53.
 11. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assesed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2001; 16:1387-94.
 12. Javoloy, F., Páez, D., Cornejo, J.M., Bsabe, N., Rodríguez, C., Valera, S., Esplet E. La felicidad de la Juventud española. Bienestar y calidad de vida de los jóvenes. Informe técnico. 2006.
 13. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez Roca; 1986.
 14. Campos M, Iraurgi J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*. 2004; 82: 25-44.
 15. Vázquez I, Valderrabano F, Fort I, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Grupo Cooperativo Español para el estudio de la Calidad de Vida del paciente renal de la Sociedad Española de Nefrología. Diferencias en calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento con hemodiálisis. *Nefrología*. 2004; 24(2):167-78.
 16. Basabe N, Valdemoso M, Páez D. Memoria Afectiva, Salud, Formas de Afrontamiento y Soporte. En D. Páez (editor) *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Valencia: Promolibro; 1993.
 17. Basabe N, Páez D, Usieto R, Paicheler H, Deschamps J. *El desafío social del Sida*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1996.
 18. Skinner E, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychol Bull* 2003; 129:216-69.
 19. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40:373-83.
 20. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press; 1970.
 21. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24:385-96.
 22. Sherbourne CD, Stewart A. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991; 32:705-14.
 23. Inglehart R, Basañez M, Díez-Medrano J, Halman L, Luijkx R. *Human Beliefs and Values*. México: Siglo XXI; 2004.
 24. Moos LH, Cronkite RC, Billings AG, Finney JW. *Health and Daily Living Form*. Social Ecology Laboratory, Veterans Administration of Stanford University Medical Centers 1986.
 25. IMIM (2000). *Manual de puntuación española del Cuestionario SF36*. Barcelona: IMIM (Institut Municipal d'Investigació Mèdica), Descargado el 10 de Febrero de 2006 desde <http://www.imim.es>.
 26. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19:135-50.
 27. Gilbar O, Or-han K, Plivazky N.). Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end renal disease patients. *J Psychosom Res*. 2005; 58: 471-6.
 28. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assesed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial*. 2001; 16:1387-94.
 29. Pennebaker JW. *El arte de confiar en los demás* Madrid: Alianza 1994.