

# Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México

## *Psychiatric symptoms in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment in Mexico*

Irma María Niebla Guzmán<sup>1</sup>, Xolyanetzin Montero Pardo<sup>1</sup>  
y María Elena Rivera Heredia<sup>2</sup>

Universidad Autónoma de Sinaloa<sup>1</sup>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Xolyanetzin Montero Pardo, [xolyanetzin\\_m@hotmail.com](mailto:xolyanetzin_m@hotmail.com).

### RESUMEN

La insuficiencia renal crónica, se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento, esta enfermedad se caracteriza por causar daño irreversible de la función renal y una evolución lenta y progresiva que avanza hasta el estado de uremia terminal. *Objetivo.* El objetivo principal del presente trabajo fue identificar las variables que predicen los síntomas psiquiátricos en pacientes con dicha insuficiencia en tratamiento de hemodiálisis. La muestra constó de treinta participantes con una edad media de 60 años, quienes contestaron las Escalas de Funcionamiento Psicosocial, Recursos Psicológicos, Relaciones Intrafamiliares y Afrontamiento del estrés, así como el Inventario de Síntomas. Treinta cuidadores primarios informales, con una edad media de 47 años, respondieron la Escala de Carga en el Cuidador de Zarit. Los resultados mostraron que los principales síntomas psiquiátricos identificados fueron la depresión y las somatizaciones; en estos se observó mediante los modelos de predicción que el mayor porcentaje de varianza explicada se obtuvo en somatización y ansiedad. Se concluye que es necesario realizar intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador.

**Palabras clave:** Insuficiencia renal crónica; Síntomas psiquiátricos; Cuidador; Afrontamiento; Recursos psicológicos.

### ABSTRACT

*Chronic kidney failure is characterized by irreversible kidney function damage, with a slow and progressive evolution until reaching terminal uremia. Epidemiologically, this disease has become an increasing public health problem due to its increasing numbers. Objective. To identify variables predicting psychiatric symptoms in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis treatment. Method. The sample consisted of thirty participants, with a mean age of 60 years, who completed the Psychosocial Functioning, Psychological resources, Family relations, Coping with*

<sup>1</sup> Av. San Miguel y Av. Eje 2A, Fracc. Pradera Dorada, 82139 Mazatlán, Sin., México, correos: [irmaa.nieblaa@gmail.com](mailto:irmaa.nieblaa@gmail.com) y [xolyanetzin\\_m@hotmail.com](mailto:xolyanetzin_m@hotmail.com).

<sup>2</sup> Av. Francisco J. Múgica s/n, Ciudad Universitaria, 58060 Morelia, Mich., México, correo: [maelenarivera@gmail.com](mailto:maelenarivera@gmail.com).



*stress scales and a Symptom Inventory. Additionally, thirty informal primary caregivers, with a mean age of 47 years, answered the Zarit Caregiver Burden Scale. Results. The main identified psychiatric symptoms were depression and somatization. Regarding psychiatric symptoms, the prediction models revealed that the highest percentages of explained variance occurred in somatization and anxiety. Discussion. It is necessary to carry out and further evaluate psychological interventions to improve patients' and caregivers' quality of life.*

**Key words:** Chronic renal insufficiency; Psychiatric symptoms; Chronic renal failure; Caregiver; Coping; Psychological resources.

Recibido: 02/02/2021

Aceptado: 14/08/2021

En los últimos años, la esperanza de vida ha aumentado a 75 años por los progresos en la medicina y la mejora del acceso a los servicios de prevención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a, 2020b); sin embargo, las enfermedades no transmisibles han aumentado debido a factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables y el envejecimiento de la población, lo que ha causado la muerte de aproximadamente 41 millones de personas cada año, es decir, 71% de las que acaecen en el mundo (OMS, 2021). Entre estas enfermedades se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), misma que se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento (Jha *et al.*, 2013).

La IRC consiste en una pérdida progresiva y global de la función renal, y se clasifica en función de su aparición en días, semanas, meses o años, y sobre todo depende de la recuperación o no de la lesión, la que se clasifica como aguda o crónica (Vinaccia y Quiceno, 2012). Este padecimiento hace referencia al proceso de disminución irreversible del número de nefronas, tiene un curso progresivo de por lo menos tres meses y una disminución severa de la tasa de filtración glomerular, lo que provoca la acumulación de toxinas, líquidos y electrolitos que tienen como consecuencia la

aparición de un síndrome urémico para el que es necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal para que quien lo padece pueda conservar la vida (Bargman y Skorecki, 2012; Fundación Mexicana del riñón, 2016).

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de padecer IRC son ciertas enfermedades autoinmunitarias, hipertensión, diabetes mellitus, antecedentes hereditarios familiares, episodio previo de insuficiencia renal aguda o anomalías en las vías urinarias (OMS, 2020b; Bargman y Skorecki, 2012).

En México no se cuenta con un registro nacional de datos de pacientes renales, por lo que se desconoce su número preciso en cualesquiera de sus estadios y los grupos de edad y sexo más afectados, así como el resultado de los programas para atacar la IRC. Se estima una incidencia de 377 casos por cada millón de habitantes, de los cuales alrededor de 65 mil se encuentran en terapias sustitutivas, y alrededor de 75 mil no son atendidos correctamente, por lo que se prevé que la enfermedad habrá de alcanzar un incremento máximo del número de casos en el año 2043 (Fundación Mexicana del Riñón, 2016; Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar, 2010).

Las enfermedades crónicas, como es el caso de la IRC, se caracterizan por ser de larga duración y de progresión lenta, lo que afecta gravemente el estilo de vida del paciente; asimismo, implican vivir toda la vida con el padecimiento y los tratamientos (OMS, 2020b). Es por ello que el proceso de sustitución renal genera cambios en el estado de salud que pueden ocasionar falta de sueño y de energía, cambios de humor, alteraciones del peso, el apetito y el interés sexual, fatiga e incluso alteraciones de la imagen corporal. Todo lo anterior complica las numerosas actividades diarias, las que deben modificarse y restringirse, lo que trae como consecuencia diversos estresores potenciales que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, pues implican un desajuste en las diferentes áreas de su vida (Cabada, Cruz y Emmanuel, 2016).

Todas las necesidades de la persona enferma son cubiertas por otra, que es generalmente un familiar o un amigo que, aunque no pertenece al

equipo de salud institucional ni se ha capacitado como tal, es el responsable directo del cuidado y la atención del paciente. A la persona que acompaña y atiende al enfermo se le denomina explícita o implícitamente cuidador primario informal (CPI) (Ramos, 2008).

El CPI se desenvuelve de acuerdo a las necesidades del enfermo y el médico, lo que altera su ritmo de vida habitual debido a la serie de cambios que debe asumir la familia y para los que pocas veces se encuentra preparada: las contradicciones y la incertidumbre ante el futuro del paciente, por lo que pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre el cuidador y otros familiares; el comportamiento, las decisiones y actitudes hacia la persona que se cuida o la forma en que se proporcionan los cuidados y como consecuencia estas situaciones pueden provocar alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación, aumenta la tensión de los miembros de la familia y hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad. Todo ello provoca sentimientos y emociones negativas que pueden repercutir en la carga del cuidador (Espín, 2012).

Benjet *et al.* (2016) señalan que padecer una enfermedad crónica como la IRC puede ser experimentada como un evento traumático que tiene gran repercusión en la salud mental. Es por ello que ante un suceso de vida estresante como dicha enfermedad los individuos evalúan los recursos psicológicos tangibles e intangibles de que disponen para afrontar dicho suceso, los que pueden ser personales, materiales, familiares y del entorno inmediato. Si tales recursos son suficientes, se considerarán capaces para resolver la situación fácilmente; si son escasos, o si se han visto deteriorados, entonces la percepción de dicha situación podrá apreciarse como crítica. En este sentido, el afrontamiento consiste en todas las estrategias cognitivas o conductuales que los individuos utilizan para resolver los problemas (Lazarus y Folkman, 1984; Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012). Los pacientes diagnosticados con IRC que muestran un desajuste psicológico utilizan estrategias de afrontamiento con un bajo enfoque en la solución de problemas, una alta expresividad emocional abierta y una autofocalización negativa (Rivera,

Montero y Sandoval, 2012), en tanto que otros pacientes se enfocan en estrategias relacionadas con su religión (Sierra y Julio, 2012; Valcanti, López, Mesquita, Alves y Campos, 2012).

El desajuste psicológico significativamente elevado en esta población está asociado a la aparición de diferentes síntomas psiquiátricos (Cabriles, Sánchez, Ojeda, Monterrubio y Hernández, 2017; Rivera *et al.*, 2012), los cuales son definidos por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) como la percepción de malestar psicológico o estrés, referido por el sujeto que lo ha experimentado durante cierto tiempo, en la forma de síntomas físicos, afectivos, cognitivos y del comportamiento, o bien como ciertas alteraciones perceptivas.

En la literatura científica hay estudios que señalan la presencia de depresión en esta población (Millán, 2009; Millán, Gómez, Gil, Oviedo y Villegas, 2009); así como distimia, ansiedad y ataques de pánico, ansiedad ante la muerte, desesperanza e ideación suicida, y algunos otros coinciden en que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Cabada *et al.*, 2016; Cuesta y Vertedor, 2016; Fischer *et al.*, 2012; Gómez, 2012; Gutiérrez, Leiva, Sánchez y Gómez, 2015; Rivera-Ledesma, Montero y Sandoval, 2012; Vázquez, Ortega y Cervantes, 2016). Por su parte, Scott *et al.* (2016) encontraron que, además de los síntomas del estado de ánimo, algunos pacientes recurrían al uso de sustancias y presentaban trastornos relacionados con el control de impulsos. De igual modo, se han encontrado síntomas somáticos y repercusiones de carácter inmunológico, cardiovascular, gastrointestinal y de piel-alergia, los cuales dan cuenta de las complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales (Kupper, Widdershoven y Pedersen 2012; Perales *et al.*, 2013). Además, se ha reportado la presencia de obsesiones y compulsiones (Hernández, 2014) y, con menor prevalencia, estrés postraumático (Gómez, 2012).

Se ha visto asimismo que los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis padecen trastornos del sueño, como insomnio (con dificultades en el inicio, mantenimiento y finalización), somnolencia diurna, síndrome de piernas inquietas, apnea y pobre calidad subjetiva del mismo, y latencia, dura-

ción y eficiencia (Retrespo, Hidalgo, Gómez, Gil y Cardeño, 2012).

Los síntomas psiquiátricos y los trastornos antes citados afectan el curso de la IRC, y además están asociados a cierta discapacidad, a repercusiones en el estado general de la salud, y también pueden aumentar el riesgo de mortalidad, retardar el alta hospitalaria, promover las reinternaciones, disminuir la funcionalidad, el autocuidado y la adopción de cambios necesarios para modificar el estilo de vida, lo que afecta significativamente la adhesión al tratamiento, e incluso puede ocasionar que el paciente perciba un escaso apoyo social y una menor calidad de vida (Gonzales *et al.*, 2016; Medina-Mora, Sarti y Real, 2015; Rivera-Ledema *et al.*, 2012).

Por lo antes descrito, el objetivo del presente estudio fue predecir las variables que explican la aparición de los síntomas psiquiátricos a partir del estrés percibido del paciente, los recursos psicológicos y familiares y los estilos de afrontamiento, ya que hay pocos estudios que relacionan estas variables con las características de cuidado del cuidador y la sobrecarga en la aparición de los síntomas psiquiátricos, lo que parece ser importante para promover líneas de investigación futuras y desarrollar estrategias de intervención biopsicosociales que mejoren la calidad de vida de los pacientes con IRC y de los cuidadores primarios informales.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra no probabilística constó de 60 participantes: 30 pacientes con IRC y sus cuidadores primarios informales que los acompañaban mientras recibían tratamiento de hemodiálisis en un hospital público de la ciudad de Mazatlán (México). En el estudio, transversal y no experimental, se incluyeron únicamente participantes que fueran mayores de edad, que aceptaran participar voluntariamente y que firmaran el formato de consentimiento informado autorizado por la institución.

## Instrumentos

### *Aplicados a los pacientes con IRC*

*Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médicos para los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis.*

Elaborado para este estudio, e incluye la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación, el tipo de enfermedad y el tiempo de estar recibiendo hemodiálisis.

*Escala de Funcionamiento Psicosocial* (Ramírez, Cortés, Vaquero y Arraiga, 2003).

Este instrumento evalúa el funcionamiento integral de la salud en población mexicana. Consta de 56 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco opciones, que van de “Nada” a “Mucho”, con los que se valoran cuatro áreas de funcionamiento psicosocial: Estrés de vida ( $\alpha = .84$ ), Afrontamiento ( $\alpha = .80$ ), Apoyo social ( $\alpha = .82$ ) y Salud psicológica ( $\alpha = .83$ ). Sin embargo, para los fines de esta investigación solamente se empleó la subescala de Estrés de vida, en la que se consideran tres aspectos: el número de eventos estresantes durante el año anterior, el estrés percibido y el estrés global. Esta subescala consta de 18 reactivos con respuesta dicotómica. Si la respuesta indica que ha ocurrido el evento, se debe indicar el grado de tensión percibido en una escala de “Nada tenso” a “Totalmente tenso”.

*Escala de Recursos Psicológicos* (Rivera-Heredia, Andrade-Palos y Figueroa, 2006).

En una versión adaptada y modificada para jóvenes y adultos de baja escolaridad por Rivera-Heredia y Pérez-Padilla (2012), es una escala autoaplicable y contiene 64 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “Casi siempre” a “Casi nunca”. Está integrada por cinco dimensiones: Recursos afectivos ( $\alpha = .80$ , varianza explicada [v.e.] de 52%), Recursos cognitivos ( $\alpha = .75$ , v.e. de 42%), Recursos instrumentales ( $\alpha = .78$ , v.e. de 22%), Recursos sociales ( $\alpha = .77$ , v.e. de 42%) y Recursos materiales ( $\alpha = .67$ , v.e. de 48%).

### *Escala para la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares* (Rivera y Andrade, 2010).

Se utilizó este instrumento en su versión corta, conformada por doce reactivos, para medir los recursos familiares; con cinco opciones de respuesta que varían de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. Dicha escala explica 45.5% de la varianza, con una confiabilidad interna que fluctúa entre .90 y .95, y tiene tres dimensiones: Unión y apoyo ( $\alpha = .81$ ), Expresión ( $\alpha = .88$ ) y Dificultades ( $\alpha = .78$ ).

### *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés* (Sandín y Chorot, 2003).

Esta escala autoaplicable fue adaptada a la población mexicana por González y Landero (2007), y está integrada por 21 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de “Siempre” a “Nunca”. Con una consistencia interna de .83, se compone de dos factores. El primer factor explica 43.3% de la varianza y está conformado por Búsqueda de apoyo social ( $\alpha = .86$ ), Religión ( $\alpha = .87$ ), Focalización en la solución del problema ( $\alpha = .82$ ) y Reevaluación positiva ( $\alpha = .70$ ). El segundo factor explica 40.7% de la varianza y está integrado por Expresión emocional abierta ( $\alpha = .80$ ), Religión ( $\alpha = .87$ ), Evitación ( $\alpha = .74$ ) y Autofocalización negativa ( $\alpha = .64$ ).

### *Inventario de Síntomas*

(Derogatis, Lipman y Covi, 1973).

Escala autoaplicable para valorar y detectar psicopatología a partir de la intensidad del diestrés referido por el sujeto en un periodo de tiempo que abarca la semana previa al día de la aplicación. Adaptada en México por Cruz *et al.* (2005), se pide al participante que responda en función de cómo se ha sentido en los últimos siete días, incluido el día de administración del inventario. Está formada por 90 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de “Nunca” a “Siempre”. Tiene una consistencia interna  $\alpha$  de .70, que explica 72% de la varianza. El inventario evalúa nueve síntomas: Somatizaciones ( $\alpha = .85$ ), Obsesiones y compulsiones ( $\alpha = .78$ ), Sensibilidad interpersonal ( $\alpha = .76$ ), Depresión ( $\alpha = .83$ ), Ansiedad ( $\alpha = .80$ ), Hostilidad ( $\alpha = .66$ ), Ansiedad

fóbica ( $\alpha = .71$ ), Ideación paranoide ( $\alpha = .79$ ) y Psicoticismo ( $\alpha = .76$ ).

### *Aplicados a los cuidadores primarios informales*

#### *Cuestionario de datos sociodemográficos.*

Elaborado *ex profeso* para este estudio, incluyó sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

#### *Cuestionario para evaluar las características del cuidado.*

Diseñado asimismo para este trabajo, incluye la edad y el sexo del cuidador, el parentesco con el paciente, el tiempo que tiene ejerciendo ese rol, el nivel de dependencia del paciente, las horas diarias de cuidado del paciente y las actividades que realiza.

#### *Escala de Carga del Cuidador de Zarit* (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Adaptada en población mexicana por Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008), es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que miden la carga percibida por el cuidador mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, que van de “Nunca” a “Siempre”. Este instrumento explica 50.39% de la varianza y tiene una confiabilidad de .90. Está compuesta por tres dimensiones: Impacto de cuidado ( $\alpha = .88$ ), Relación interpersonal cuidador-paciente ( $\alpha = .77$ ) y Expectativas de autoeficacia ( $\alpha = .74$ ).

## **Procedimiento**

Se integró una batería conformada por los instrumentos descritos para aplicarla en el área de hemodiálisis de un hospital público de la citada ciudad de Mazatlán durante un periodo de cuatro meses. Para ello, se acudía con el paciente mientras estaba en la sala de espera y se hablaba con la persona que estuviera acompañándolo. Si esta era el cuidador primario, se le invitaba a participar en el estudio. En caso de aceptar, leía el consentimiento informado, se aclaraban sus dudas y se le pedía que lo firmara; luego se le explicaba cómo responder los instrumentos. Hay que resaltar que esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética del hospital.

## Análisis estadísticos

Para describir la muestra, las características de cuidado de los CPI y las características sociodemográficas de los pacientes y cuidadores se elaboraron estadísticos descriptivos de frecuencias, porcentajes y medias, y para identificar las variables que predicen la aparición de los síntomas psiquiátricos se efectuó un análisis estadístico mediante el cálculo de una regresión lineal por pasos, considerándose un nivel de significancia de 0.05%. Se tomaron como variables dependientes los síntomas psiquiátricos (depresión, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad, psicoticismo, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, ansiedad fóbica y hostilidad) y las dimensiones de estrés, los estilos afrontamiento, la carga del cuidador, las características del cuidado y los recursos afectivos, cognitivos, familiares, sociales, materiales e instrumentales como variables independientes.

Para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico SPSS Statistics, v. 26.

## RESULTADOS

La Tabla 1 concentra las características sociodemográficas de los pacientes.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes.

Pacientes	
Características	%
Hombres	70.0
Mujeres	30.0
Casados o en unión libre	54.0
Solteros	26.0
Divorciados o separados	13.0
Viudos	7.0
Sin escolaridad	10.0
Primaria	40.0
Secundaria	27.0
Preparatoria	10.0
Nivel técnico	3.0
Licenciatura	7.0
Posgrado	3.0

Continúa...

Empleados	50.0
Amas de casa	30.0
Desempleados	7.0
Estudiantes	7.0
Jubilados	6.0

En cuanto a su padecimiento, 73% de los pacientes sufría diabetes tipo II y el resto otras enfermedades que requerían hemodiálisis. En cuanto al tiempo de estar recibiendo este tratamiento, 20% tenía entre uno y seis meses, 17% entre siete meses y un año, 37% entre uno y dos años, 23% entre dos y tres años y 3% más de tres años.

Los cuidadores primarios informales fueron 17 mujeres y 13 hombres, con un rango de edad de 18 a 75 años ( $M = 47$  D.E. = 15). Quienes generalmente cuidaban a los pacientes eran los padres (42%), cónyuges (24%), otros familiares (suegros, tíos o primos) (14%), hijos (11%), hermanos (6%) o amigos (3%). Respecto al nivel de dependencia del paciente, 48% consideraba que era totalmente dependiente, 38% parcialmente dependiente y 14% independiente.

De la muestra, 60% de los cuidadores vivía en la misma casa de su paciente. Respecto al tiempo que tenían ejerciendo el rol de cuidador, esta fue de uno a tres meses (10%), de cuatro a seis meses (3%), de seis a doce meses (21%), de uno a tres años (31%), de cuatro a seis años (14%), de siete a diez años (7%) y once años o más (14%). En cuanto a las horas diarias que cuidaban al paciente, la mayoría le dedicaba alrededor de 1 a 5 horas ( $n = 9$ ), de 12 a 24 horas y de 6 a 8 horas ( $n = 7$ ), y en menor número, de 9 a 12 horas ( $n = 4$ ). Los cuidadores efectuaban de una a diez de las siguientes actividades: acompañarlo, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, realizar terapia, llevarlo al médico y realizar trámites diversos; así, llevaban a cabo un promedio de seis de tales actividades diariamente (D.E. = 2.5), siendo las más frecuentes llevarlo al médico ( $n = 25$ ), acompañarlo ( $n = 22$ ), administrar medicamentos ( $n = 19$ ), y realizar trámites, cargarlo y transportarlo ( $n = 18$ , en cada caso).

Se encontró que los síntomas psiquiátricos más frecuentes presentados en la muestra fueron depresión ( $M = 17.32$ , D.E. = 9.62) y somatizaciones ( $M = 16.24$ , D.E. = 7.87), tal como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Medias de los síntomas psiquiátricos evaluados en la muestra ( $n = 30$ ).

Síntomas psiquiátricos	M	D.E.
Depresión	17.32	9.62
Somatizaciones	16.24	7.87
Obsesiones y compulsiones	11.25	6.09
Ansiedad	9.24	5.33
Psicoticismo	7.46	6.09
Sensitividad interpersonal	6.35	4.69
Ideación paranoide	4.79	4.18
Ansiedad fóbica	4.76	4.42
Hostilidad	2.62	3.75

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple por pasos para identificar las variables que predicen los síntomas psiquiátricos en los pacientes con IRC, utilizando como variable dependiente cada síntoma, y como predictores las dimensiones de estrés; los estilos de afrontamiento; la carga del cuidador; las características del cuidado, y los recursos afectivos, cognitivos, familiares, sociales, materiales e instrumentales. Al analizar cada uno de los síntomas se encontraron las variables predictoras que se muestran en la Tabla 3, en la que asimismo se aprecia que el mayor porcentaje de varianza explicada se obtuvo en los síntomas de somatización (65%) y ansiedad (62%).

**Tabla 3.** Modelos de predicción de los síntomas psiquiátricos a partir del estrés, los estilos de afrontamiento, la carga del cuidador, las características del cuidado y los recursos psicológicos en pacientes con IRC ( $n = 30$ ).

Síntomas	Variable predictora	$\beta$	Sig.	Cambio de la F	Sig. del cambio de la F	R2
Somatizaciones	Nivel de dependencia del paciente	-0.539	0.000	6.698	0.016	0.659
	Recursos familiares: Expresión	-0.993	0.000			
	Afrontamiento: Reevaluación positiva	0.455	0.001			
	Recursos familiares: Dificultades	0.568	0.016			
Obsesiones y compulsiones	Recursos sociales: Incapacidad para buscar apoyo	0.483	0.011	7.587	0.011	0.233
Sensitividad interpersonal	Recursos afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.728	0.000	5.261	0.030	0.495
Depresión	Afrontamiento: Religión	0.328	0.030			
	Recursos sociales: Incapacidad para buscar apoyo	0.631	0.009	4.271	0.049	0.474
	Horas de cuidado del CPI	-1.623	0.014			
Ansiedad	Recursos familiares: Expresión	-0.410	0.049			
	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo de la tristeza	0.555	0.000	5.368	0.029	0.623
	Recursos familiares: Expresión	-0.356	0.009			
	Estrés percibido	0.289	0.029			
Hostilidad	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.276	0.048	4.210	0.047	0.316
Ansiedad fóbica	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.377	0.038	4.330	0.047	0.418
	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo de la tristeza	0.361	0.047			
Ideación paranoide	Recursos cognitivos: Autorreproches	0.461	0.016	6.743	0.016	0.181
Psicoticismo	Recursos cognitivos: Autorreproches	0.380	0.035	4.779	0.039	0.256
	Horas de cuidado del CPI	-0.372	0.039			

## DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró una mayor prevalencia de IRC en mujeres, lo que coincide con lo reportado en otros estudios (Heras, García, Fernández, Guerrero y Sánchez, 2011; Hill *et al.*, 2016). No obstante, los resultados no son concluyentes en virtud de que hay trabajos que señalan una mayor prevalencia y más muertes registradas entre los hombres (García, Hernández, Rosa y Domínguez, 2016; Moya, 2017; Rodríguez, Badilla y Cruz, 2019). En cuanto a la edad, se encontró que la media de 60 años de los participantes coincide con lo reportado en otros análisis y puede explicarse por factores relacionados al envejecimiento y a las complicaciones generadas por otras enfermedades, como diabetes mellitus, hipertensión o enfermedades autoinmunitarias (Chipi y Fernandini, 2019; Méndez *et al.*, 2010), lo que coincide con los resultados del presente estudio, en que la mayor parte de los pacientes con IRC padecía a la vez diabetes tipo II.

Respecto a los CPI, la mayoría fueron mujeres, con un promedio de edad de 47 años, datos coincidentes con lo encontrado en la literatura (Ballesteros, Rodríguez, Cantor, Peñalosa y Valcárcer, 2015; Carrillo, Chaparro y Sánchez, 2014; Flores *et al.*, 2016), hallazgo que se explica mediante los roles de género, pues es a la mujer a quien se ha atribuido socialmente este rol; aun así, en este estudio un gran porcentaje de los CPI lo conforman hombres, pues en los últimos años estos se han acercado más al ámbito de cuidado, tal como señalan Sánchez, Carrillo y Corredor (2014).

Las actividades más frecuentes que realizan los CPI fueron las de llevar a su familiar al médico, proporcionarle acompañamiento, administrarle medicamentos, realizar trámites diversos, cargar y transportar al paciente, todo lo cual coincide con otras investigaciones (Montero y Jurado, 2015; Romero, Rodríguez y Pereira, 2015).

Factores como edad, sexo, número de hijos del CPI, horas diarias dedicadas al cuidado, estado de salud, abandono o disminución de actividades a causa del cuidado, así como el grado de dependencia del paciente, se han asociado a la aparición de la sobrecarga en el CPI (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013; Espín, 2012; Pinzón y Ca-

rillo, 2016); pese a que en este trabajo se encontró que la mayoría de los pacientes con IRC tenían un nivel de dependencia total, los CPI manifestaron un nivel de sobrecarga regular.

Los síntomas psiquiátricos con mayor prevalencia fueron depresión, somatizaciones obsesiones y compulsiones y ansiedad, lo cual coincide asimismo con lo hallado por Fischer *et al.* (2012); Kupper, Widdershoven y Pedersen (2012); Perales, Duschek y Reyes (2013); Hernández (2014); Gutiérrez, Leiva, Sánchez y Gómez (2015); Cabada *et al.* (2016); Cuesta y Vertedor (2016); Vázquez *et al.* (2016), y Rojas, Ruiz y González (2017). En lo referente al surgimiento de los síntomas, se reporta que el tiempo de tratamiento influye de manera significativa. De acuerdo a Zamora *et al.* (2016), la aparición de síntomas tanto físicos como psicológicos en el paciente ocurre desde el inicio de la IRC, lo que implica que dicha aparición tiene relación con el efecto que la enfermedad trae consigo y con el tratamiento. Sin embargo, mientras más tiempo pasa el paciente en el tratamiento, más se intensifican los síntomas (Villalobos y De León, 2017), y además se ven afectadas diversas áreas en la vida del individuo, como lo apuntan Ruiz *et al.* (2009), quienes han encontrado que los pacientes con IRC que llevan más tiempo en tratamiento muestran una mayor percepción del estrés y un menor apoyo social, menos comprensión e intimidad; comparten en menor medida sus emociones con los cercanos, y se esfuerzan menos por buscar apoyo al no querer preocupar o sobrecargar al CPI. También puede ocurrir que los pacientes, al sentirse reprimidos e inhibidos, exploten emocionalmente, provocando el alejamiento del cuidador o haciendo más difícil la tarea de cuidado, lo que repercute en la calidad del mismo, en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y de los CPI y se sufren mayores consecuencias emocionales, tal como lo indica este estudio.

En cuanto a los modelos de predicción, la somatización y ansiedad se explicaron por una mayor varianza. El síntoma de somatización se predice por el nivel de dependencia del paciente, por la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento y expresión y por las dificultades familiares, resaltando la capacidad predictiva de algunas variables psicológicas, como ansiedad, depresión,



apoyo social, autoeficacia y estrategias de afrontamiento, en la aparición de este síntoma (Perales *et al.*, 2013), mientras que la ansiedad se predice por las dificultades en el manejo de la tristeza, la expresión familiar y el estrés percibido.

Los resultados anteriores permiten puntualizar que los recursos afectivos son indispensables, pues la regulación de las emociones contribuye al manejo del dolor, los estados de ánimo depresivos y el aumento de la capacidad funcional. En esta misma línea, es importante señalar que algunos estudios han encontrado que las estrategias de afrontamiento encaminadas al optimismo, la autoeficacia, la esperanza y la espiritualidad inducen una mejor calidad de vida relacionada con la salud y un afrontamiento más efectivo de la enfermedad y el tratamiento (Ottaviani *et al.*, 2014; Perales, García y Reyes, 2012), a diferencia de lo encontrado en esta investigación, pues la estrategia de reevaluación positiva contribuye a que el síntoma de somatización aparezca en mayor medida.

Otro factor que influye en el bienestar del paciente son los recursos instrumentales, sociales y familiares (Torres, Reyes, Ortega y Garrido, 2015); en efecto, contar con una red de apoyo social y familiar puede ayudar a resolver las tareas o las crisis que enfrentan las personas, por lo que la

comunicación, la afectividad y el apoyo social y económico son sumamente importantes para superar las dificultades cuando se padece una enfermedad como la IRC.

Los hallazgos encontrados señalan algunas variables que predicen los síntomas psiquiátricos, lo que ofrece una pauta para futuras líneas de investigación dado el gran impacto que la IRC genera en los pacientes, en la red social que la acompaña y en el sistema de salud, por lo que la intervención biopsicosocial en esta población es imprescindible. Es por ello que es importante priorizar la prevención para que tanto los pacientes como sus cuidadores conozcan el proceso de la enfermedad, fortalezcan sus recursos psicológicos y adquieran estrategias de afrontamiento más adaptativas, a fin de lograr un mejor ajuste a la enfermedad y un mayor bienestar psicológico y calidad de vida.

Finalmente, las limitaciones del presente análisis son el tamaño de la muestra, por lo cual se recomienda aumentarla en futuras investigaciones; asimismo, considerando que esta forma parte de un contexto específico y en un solo momento del tiempo, para generalizar los resultados sería importante que se consideraran diversos contextos y un seguimiento más efectivo mediante estudios longitudinales.

*Citación:* Niebla G., I.M., Montero P., X. y Rivera-Heredia, M.E. (2023). Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 31-42. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2770>.

## REFERENCIAS

- Alegria F., B., Basabe B., N., Fernández P., E., Baños B., C., Nogales R., M., Echavarrí E., M. y Moraza E., M. (2009). Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 19(2), 61-68.
- Alpuche, R., Ramos, R., Rojas, R., Figueroa, L. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-45.
- Ballesteros, J., Rodríguez Q., A., Cantor C., M., Peñalosa G., G. y Valcárcer, D. (2015). Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*, 19(1), 100-105.
- Bargman, J. y Skorecki, K. (2012). Nefropatía crónica. En D. Longo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, J. Jamenson y J. Lozcalzo (Eds.): *Harrison Principios de Medicina Interna* (pp. 526-586). México: McGraw-Hill.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A., Shahly, V., Stein, D., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, Bunting, Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Shalev, A., Slade, T., Ten Have, M., Torres, Y., Viana, M., Zarkov, Z. y Koenen, K. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343.
- Cabada R., E., Cruz G., I. y Emanuel Q., A. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 21(3), 93-99.

- Cabrales A., J., Sánchez, E., Ojeda, V., Monterrubio, F. y Hernández, G. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
- Cardona, A., Segura, C., Berbesí, F. y Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga en el cuidador primario de ancianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39.
- Carrillo, G., Chaparro, L. y Sánchez, B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. *Medicina UPB*, 33(1) 26-37.
- Chipi, J. y Fernandini, E. (2019). Enfermedad renal crónica presuntiva en adultos mayores. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 138-151.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCR-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-78.
- Cuesta V., A. y Vertedor, C. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista Inter-nacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 16(61), 99-111.
- Derogatis, L., Lipman, R. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402.
- Fischer, M., Xie, D., Jordan, N., Kop, W., Krousel-Wood, M., Tamura, M., Kusek, J., Ford, V., Rosen, L., Strauss, L., Teal, V., Yafthe, K., Powell, N. y Lash, J. (2012). Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in the chronic renal insufficiency cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 60(1), 27-38.
- Flores, M., Fuentes, H., González, G., Vega, M., Flores, I. y Valle., M. (2016). Compendio de Investigación Academia Journals. En: *Academia Journals: El perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado* (pp. 585-595). México: Academia Journals.
- Fundación Mexicana del Riñón (2016). *Tu salud renal*. Recuperado de <http://www.fundrenal.org.mx/erc.html>.
- García, T., Hernández, C., Rosa, A. y Domínguez, J. (2016). Incidencia, mortalidad y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en la región del Bajo Lempa, El Salvador: 10 años de registro comunitario. *Nefrología*, 36(5), 465-582.
- Gómez, R. (2012). *Prevalencia de trastornos psiquiátricos y su relación con la calidad de vida en pacientes hemodializados con enfermedad renal terminal*. Tesis de especialidad no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Aparecida, L., Aparecida, R. y Alcalá, D. (2016). Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-10.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Gutiérrez, D., Leiva S., J., Sánchez H., R. y Gómez G., R. (2015). Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 228-236.
- Heras, M., García C., P., Fernández R., M., Guerrero, M. y Sánchez, R. (2012). Enfermedad renal crónica en el anciano: influencia del género. *Nefrología*, 32(1), 1-132. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11249.
- Hernández, J. (2014). *Trastorno de somatización en pacientes con diabetes mellitus 2*. Tesis de Maestría no publicada. Monterrey, N.L. (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Hill, N., Fatoba, S., Oke, J., Hirst, J., Callaghan, C., Lasserson, D. y Richard, F. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(7). 1-14. Doi: 10.1371/journal.pone.0158765.
- Jha, V., Garcia G., G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A.Y. y Yang, C.W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260-262. Doi: 10.1016/s0140-6736(13)60687-x.
- Kupper, N., Widdershoven, J. y Pedersen, S. (2012). Cognitive/affective and somatic/affective symptom dimensions of depression are associated with current and future inflammation in heart failure patients. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 567-576. Doi: 10.1016/j.jad.2011.10.029.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Medina-Mora, M., Sarti, E. y Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Intersistemas.
- Méndez D., A., Méndez B., J., Tapia Y., T., Muñoz, A. y Aguilar S., L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. Doi: 10.1016/s1886-2845(10)70004-7.
- Millán G., R., Gómez R., C., Gil, F., Oviedo, G. y Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 622-634.
- Millán, R. (2009). Una entidad polimorfa y multifactorial: Depresión en pacientes que reciben diálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 522-533.

- Montero, X. y Jurado, S. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 67-86.
- Moya, M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *Las personas viven más tiempo y en mejor estado de salud, pero la COVID-19 puede «tirar por la borda» los avances logrados*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/13-05-2020-people-living-longer-and-healthier-lives-but-covid-19-threatens-to-throw-progress-off-track>.
- Organización Mundial de la Salud (2020b). *Enfermedad crónica del riñón*. Ginebra; OMS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Ottaviani, A., Souza, E., Drago, N., Mendiondo, M., Pavarini, S. y Orlandi, F. (2014). Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 248-254.
- Perales M., C., Duschek, S. y Reyes P., G. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología*, 33(6), 816-825.
- Perales M., C., García L., A. y Reyes P., G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-630
- Pérez P., M. y Rivera H., M. (2012). Recursos psicológicos y experiencias migratorias en comunidades rurales con actividades agropecuarias en la región de los Altos de Jalisco: un estudio comparativo. En L. López, G. Aboites y F. Martínez (Eds.: *Globalización y agricultura. Nuevas perspectivas en la sociología rural*. Saltillo /México: Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro-UADEC.
- Pinzón, E. y Carrillo, G. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201.
- Ramírez, M., Cortés, E., Vaquero, J. y Arraiga, E. (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en población mexicana. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 68-75.
- Ramos, R. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Porrúa.
- Restrepo, D., Hidalgo, P., Gómez R., C., Gil, F. y Cardeño, C. (2011). Trastornos del sueño en pacientes en hemodiálisis: prevalencia y características clínicas y epidemiológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 433-445.
- Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Palos, P. (2010). Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Palos, P. y Figueroa, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas. *La Psicología Social en México*, 11, 414-420.
- Rivera-Heredia, M.E. y Pérez-Padilla, M.L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha, Revista de Psicología*, 9(19), 1-19.
- Rivera-Ledesma, A., Montero L., M. y Sandoval Á., R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35(4), 329-337.
- Rodríguez, M., Badilla, E. y Cruz, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93. Doi: 10.22235/ech.v8i1.1801.
- Rojas V., Y., Ruiz M., A. y González S., R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. Doi: 10.5354/0719-0581.2017.46859.
- Romero, E., Rodríguez, J. y Pereira, D. (2015). Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4), 1-24.
- Ruiz de A., F.R.B., Basabe B., N., Fernández P., E., Baños B., C., Nogales R., M.Á., Echebarri E., M., San Vicente S., J. y Bejarano G., A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1), 11-17.
- Sánchez H., B., Carrillo G., G.M. y Corredor L., R. (2014). Caracterización y carga del cuidado en hombres cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Archivos de Medicina*, 14(2), 219-230.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Scott, K., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Ameida, J., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C., De Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y. y Kessler, R. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2688.
- Sierra, C. y Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13(23), 27-41.

- Torres, L., Reyes, A., Ortega, P. y Garrido, A. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 48-55.
- Valcanti, C., Lopes, E., Mesquita, A., Alves, D. y Campos, E. (2012). Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 837-843. Doi: 10.1590/s0080-62342012000400008.
- Vázquez M., V., Ortega P., M. y Cervantes V., D. (2016). Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. *Atención Familiar*, 23(1), 29-33.
- Villalobos, W. y De León, P. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 156(1), 43-46. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842015000200006>.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.
- Zamora M., A., Nabal V., M., Zamora C., A., García F., R., Calderero A., V., Aubí C., O. y Lostalé L., F. (2017). Declive funcional y presencia de síntomas en cuidados paliativos: ¿causa o consecuencia? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(3), 142-145.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.