

Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México

JORGE CABRALES-ARREOLA¹, MARCELA SÁNCHEZ-ESTRADA², IVÁN OJEDA-VALLEJO³,
ERIC MONTERUBIO-FLORES² Y CARLOS HERNÁNDEZ-GIRÓN²

¹Secretaría de Salud de Nayarit, México

²Instituto Nacional de Salud Pública, México

³Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual

Resumen

Actualmente, la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública por los costos que genera al sistema de salud, y las consecuencias para pacientes y familiares. Se ha encontrado que más del 50% de los pacientes con ERC tienen algún trastorno emocional. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 49 pacientes con ERC, utilizando la Escala de Hamilton para la Ansiedad y la Escala de Desesperanza de Beck. Los resultados mostraron que el 89.8% de los participantes presentaron algún grado de desesperanza, al igual que 97.9% lo hizo para ansiedad. Se encontró una asociación positiva y significativa entre los puntajes finales de las escalas de ansiedad y desesperanza ($r = 0.31, p < 0.05$). Es necesario instrumentar estrategias de intervención tendientes a generar un mejor apoyo psicológico a la situación emocional de los pacientes con esta enfermedad.

Palabras clave: factores psicológicos, ansiedad, desesperanza, enfermedad renal crónica, México

Associated factors to anxiety and hopelessness in patients with chronic kidney disease in a public hospital in Mexico

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is an important *health problem* characterized by poor *health outcomes* and high *fami-*

ly and patients' costs. More than 50% of patients with CKD have some emotional disorders not related to an organic dysfunction. A descriptive cross-sectional study was conducted with a sample of 49 patients with CKD using the Hamilton Scales for Anxiety and Beck Hopelessness Scale. The results showed that 89.8% of the patients presented hopelessness in some degree as well as 97.9% of them presented anxiety. A positive and significant association was found between full scores of anxiety and hopelessness ($r = 0.31, p < 0.05$). It is necessary to implement intervention strategies aiming to generate a better psychological support to the emotional situation of patients with this disease.

Keywords: *psychological factors, anxiety, hopelessness, chronic kidney disease, Mexico*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública por los costos que genera al sistema de salud (atención médica y farmacológica), y las consecuencias para pacientes y familiares (aspectos psicológicos, laborales y familiares). Se ha estudiado la relación entre las enfermedades crónicas y los trastornos emocionales y se ha encontrado que entre 20% y 50% de los pacientes con ERC tienen algún trastorno emocional, tales como depresión y ansiedad que afectan la adherencia terapéutica y como consecuencia la calidad de vida (Bautovich, Katz, Smith, Loo, & Harvey, 2014; Cukor *et al.*, 2007; Ozcan *et al.*, 2015; Ri-

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Carlos Hernández-Girón. Centro de Investigación en Salud Poblacional. Avenida Universidad 655, Colonia Santa María Ahuacatitlán. Cuernavaca, Morelos, México. C.P. 62200. Tel. (777)3293000
Correo electrónico: chernand@insp.mx

RMIP 2017, Vol. 9, No. 1, pp. 46-53.
ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

vera-Ledesma, Montero-López, Lena, & Sandoval-Ávila, 2012; Zhang *et al.*, 2014).

Algunos autores han descrito que la tasa de sintomatología psiquiátrica en pacientes con ERC es de entre tres y cinco veces mayor en comparación con la población normal (Long, 1995; citado en Reyes, Otero, & Duque de Estrada, 2005). Esto se puede deber a que los pacientes pasan por varias facetas que crean malestar psicológico (Zouari *et al.*, 2011), unas propias de la enfermedad y otras debidas al tratamiento (Cabrera, 2004); por ejemplo, son sometidos a cambios bruscos en la alimentación con dietas restringidas, toma de medicamentos y control en la ingesta de líquidos. Progresivamente hay una disminución en las capacidades físicas y cognitivas, con sintomatología persistente de náuseas, fatiga, mareos, problemas para dormir, prurito, etc., lo que da como resultado disminución de la independencia y, por tanto, cambio de rol a nivel social, familiar y laboral (Theofilou, 2011; Zouari *et al.*, 2011). Las reacciones más frecuentes reportadas son fobias, ansiedad, depresión, desesperanza, conductas suicidas, poca adherencia terapéutica a las prescripciones médicas, disfunciones sexuales y problemas psicosociales (Meletti, 2003; citado en Reyes *et al.*, 2005). Y, a medida que transcurre el tratamiento, la mayoría de los pacientes presenta sentimientos de desesperanza, depresión, invalidez y ansiedad, así como en muchos casos ideación suicida (Bautovich *et al.*, 2014; Bermúdez *et al.*, 2012; Ozcan *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2014).

La depresión se ha reportado como el problema de salud mental de mayor importancia en pacientes con ERC, pero su estudio se dificulta debido a que los síntomas pueden ser parte de la ERC o de los efectos secundarios del tratamiento (Cukor *et al.*, 2007), por lo que estudiar los aspectos cognitivos, como lo son las atribuciones negativas sobre el futuro y sobre la propia desesperanza, son importantes para mejorar las perspectivas del futuro de estos pacientes. Varios estudios en poblaciones de pacientes no psicó-

ticos sugieren que la evaluación de desesperanza puede ayudar a identificar a los que están en mayor riesgo de suicidio (Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz, & Bromet, 2012).

La ansiedad es también un problema de salud en los pacientes con ERC, si bien puede oscilar desde una respuesta adaptativa hasta un trastorno incapacitante. Es decir, en condiciones normales, los pacientes mejoran su rendimiento y adaptación al medio. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, que afecta al bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales e intelectuales, en el tratamiento de algunas enfermedades, en la adherencia terapéutica, y en la calidad de vida (Aguilera & Whetsell, 2007; Lee, Kim, Cho, & Kim, 2013).

La conducta de la persona enferma es una parte integral de la propia enfermedad, y está afectada por las emociones, ya que éstas pueden incidir en la forma en la que un individuo toma decisiones relacionadas con su salud, que dificultan o favorecen su proceso de atención y/o curación. Emociones tales como rabia, ansiedad, hostilidad y estrés se han asociado a la probabilidad de inicio y progresión de afecciones cardiacas y enfermedades como cáncer, artritis e hipertensión arterial, entre otras (Lizama-Lefno, 2016).

En México, para el año 2013, se reportó a la ERC como la décima causa de mortalidad general, con 11,983 defunciones registradas (55.7% en hombres) (INEGI, 2013). En población general se ha reportado un incremento en su ocurrencia de hasta 15%, como complicación frecuente de diversas enfermedades como son el lupus sistémico (30%) y diabetes mellitus tipo II (DM-II, 50%) (Cueto-Manzano, Cortés-Sanabria, Martínez-Ramírez, Rojas-Campos, Gómez-Navarro, & Castellero-Manzano, 2014; Cusumano, García-García, & González-Bedat, 2009; Hanly *et al.*, 2016).

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia de la ERC aumenta por diversos factores como el envejecimiento de la población,

el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo, como son la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) o la obesidad (Martínez-Castellano et al, 2014). En México, la HTA es muy frecuente en la ERC, tanto diabética como no diabética, y se acompaña de una alta frecuencia de enfermedad cerebrovascular, siendo la primera y segunda causas de ingreso de pacientes a diálisis (Urbina-Oteiza, 2007).

Además, la insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación importante en pacientes con DM-II, y ocupa la segunda causa de mortalidad general en México. Por esto se puede considerar que es relevante investigar las implicaciones psicológicas de la IRC; por ejemplo, los estados emocionales que inciden en el seguimiento del tratamiento, la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida, la ansiedad, y la desesperanza, lo que permitiría tener un mejor y adecuado manejo, en beneficio de una mejor calidad de vida (personal y familiar). Este estudio describe los niveles de ansiedad y desesperanza, de acuerdo a las escalas de Hamilton y Beck, en pacientes con IRC en tratamiento de diálisis y hemodiálisis.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, en una población hospitalaria de México.

Participantes

Participaron 49 pacientes con insuficiencia renal crónica, ambulatorios del programa de diálisis (peritoneal o hemodiálisis) en el hospital civil “Dr. Antonio González Guevara”, en Tepic, Nayarit. Se trata de una muestra de conveniencia y se incluyó a los pacientes que cumplieron los siguientes criterios: hombres y mujeres con edades mayores de 15 años, con tratamiento sustitutivo de algún tipo de diálisis y que al momento de realizar el estudio no se encontraran participando en otras investigaciones. Se excluyó a los pacientes con ceguera, retraso mental o en fase terminal.

Instrumentos

Formato de Consentimiento Informado. Revisado y autorizado por el Comité de Ética de la institución.

Escala de Desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Consta de 20 reactivos que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre Sí mismo y sobre el futuro. El formato de respuesta es dicotómico (falso-verdadero). Los resultados se interpretaron de acuerdo al rango: asintomático (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderado (entre 9 y 14 puntos) y severo (entre 15 y 20 puntos). La escala está validada en población mexicana, con consistencia interna (alfa de Cronbach), de 0.84 (Córdova & Rosales, 2005).

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton, 1959). Se trata de una escala con 14 reactivos que es contestada por el entrevistador y que evalúa diferentes síntomas de la ansiedad: ansiedad psíquica (agitación mental y angustia psicológica) y ansiedad somática (quejas físicas relacionadas con la ansiedad). Escala tipo Likert donde cada reactivo es calificado: de 0 (no presente) a 4 (grave), con un rango de puntuación total de 0-56, y donde <17 indica severidad leve, 18-24 leve a moderada, y 25-30 moderada a severa (Hamilton, 1959).

Procedimiento y consideraciones éticas

Se invitó a los pacientes del área de diálisis, solicitando su cooperación para responder los cuestionarios. Los instrumentos fueron aplicados por personal capacitado (psicólogo); se especificó que no había respuestas correctas ni incorrectas y la información obtenida sería utilizada de forma confidencial para fines de investigación, esto apegado a las normas éticas del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología. La encuesta se realizó en el año 2010 en el hospital civil de Tepic, Nayarit “Dr. Antonio González Guevara”. El estudio fue autorizado por el comité de bioética del hospital.

Análisis de datos

Se realizó inicialmente la captura en una base de datos en Excel y se utilizó el paquete estadístico Stata, versión 12.0 para Windows (Stata Corporation, 2012). Para las variables continuas que se observaron con distribución normal, se presentan las medias aritméticas y la desviación estándar; para las que no se obtuvieron las medianas con su rango intercuartílico (RI). Para las variables categóricas, se presentan porcentajes. Se utilizó la correlación Pearson para estimar la relación entre las escalas de desesperanza y ansiedad. Para evaluar las diferencias del puntaje de estas escalas entre diferentes categorías, se utilizó el estadístico U-Mann Whitney.

RESULTADOS

En la Tabla 1, se describen los datos socio-demográficos de la muestra, que estuvo formada por 49 participantes, en su mayoría hombres jóvenes, con nivel de escolaridad básica, con trabajo al momento del estudio, y sin pareja. El diagnóstico más frecuente fue glomerulonefritis y la hemodiálisis fue el principal tratamiento.

Referente a las frecuencias de pacientes por niveles de desesperanza y ansiedad, se encontraron, por niveles de desesperanza, a 5 (10.2%) en nivel normal, 32 (65.3%) en leve, 10 (20.4%) en moderado y 2 (4.1%) en severo. Por niveles de ansiedad se encontraron 3 (6.1%) en nivel normal, 21 (42.9%) en leve, 23 (46.9%) en moderado y 2 (4.1%) en severo.

Tabla 1. Características socioeconómicas, diagnóstico y tratamiento en pacientes con ERC

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Hombres	28	57.1
Mujeres	21	42.9
Grupos de edad		
15-24	10	20.4
25-34	18	36.7
35-44	7	14.3
45-54	8	16.3
55 – y más	6	12.3
Escolaridad		
Primaria	15	30.6
Secundaria	18	36.7
Prepa/bachiller	14	28.6
Universidad	2	4.1
Ocupación		
Empleado	26	53.0
Desempleado	23	47.0
Estado civil		
Con pareja	21	42.9
Sin pareja	28	57.1
Diagnostico principal		
Glomerulonefritis	16	32.6
Nefropatía diabética	14	28.6
Hipertensión arterial	3	6.1
Otro	16	32.6
Tratamiento principal		
Diálisis peritoneal	12	24.5
Hemodiálisis	37	75.5

En la Tabla 2 se presentan los niveles de desesperanza por diagnóstico. Se puede observar que la mayoría de los pacientes presentaron

Tabla 2. Niveles de desesperanza según diagnóstico

Desesperanza	Diagnóstico principal									
	Glomerulonefritis		Nefropatía diabética		HTA		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	3	18.7	0	0	1	33.3	1	10.2	5	10.2
Leve	9	56.3	11	78.6	1	33.3	11	65.3	32	65.3
Moderado	4	25.0	2	14.3	0	0.0	4	20.4	10	20.4
Severo	0	0.0	1	7.1	1	33.3	0	0.0	2	4.1
Total	16	100	14	100	3	100	16	100	49	100

nivel de desesperanza leve en los diagnósticos de glomerulonefritis y nefropatía diabética; sin embargo, se observa un porcentaje importante de desesperanza en el nivel moderado para el diagnóstico de Glomerulonefritis. En cuanto a los pocos pacientes con diagnóstico de HTA, éstos se distribuyeron de manera homogénea en niveles normal, leve y severo.

En la Tabla 3 se presentan los niveles de desesperanza por tratamiento. Se puede observar que la mayoría de los pacientes, tanto con tratamiento de hemodiálisis como de diálisis peritoneal, presentaron un nivel de desesperanza leve. Sin embargo, en el tratamiento de hemodiálisis se encontró que el nivel moderado tenía un porcentaje importante.

En la Tabla 4 se presentan los niveles de ansiedad por diagnóstico. Para el diagnóstico de glomerulonefritis se obtuvo el mismo número

de pacientes con ansiedad leve y moderada. Se puede observar también una distribución semejante de pacientes con diagnóstico de nefropatía diabética; es decir en los niveles leve y moderado.

En la Tabla 5 se presentan los niveles de ansiedad por tratamiento. Se observa que la distribución de pacientes con tratamiento de hemodiálisis se distribuyó de manera homogénea en los niveles leve y moderado. En cambio, para diálisis peritoneal se concentraron en un nivel de ansiedad moderada, con un importante porcentaje en el nivel leve.

Se realizaron comparaciones de los puntajes de desesperanza y ansiedad entre variables sociodemográficas y tipo de tratamiento. Se obtuvieron las medianas y los rangos intercuartiles para esas variables, y se realizó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones. No se observaron diferencias importantes ni estadís-

Tabla 3. Niveles de desesperanza por tratamiento

Desesperanza	Tratamiento principal					
	Hemodiálisis		Diálisis peritoneal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	4	10.8	1	8.3	5	10.2
Leve	22	59.5	10	83.3	32	65.3
Moderado	10	27.0	0	0	10	20.4
Severo	1	2.7	1	8.3	2	4.1
Total	37	100	12	8.3	49	100

Tabla 4. Niveles de ansiedad por diagnóstico

Ansiedad	Diagnóstico principal									
	Glomerulonefritis		Nefropatía diabética		HTA		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0	1	7.1	1	33.3	1	6.2	3	6.1
Leve	8	50	6	42.9	0	0	7	43.8	21	42.9
Moderado	8	50	6	42.9	0	0	7	43.8	23	46.9
Severo	0	0	1	7.1	2	66.7	1	6.2	2	4.1
Total	16	100	14	100	3	100	16	100	49	100

Tabla 5. Niveles de ansiedad por tratamiento

Ansiedad	Tratamiento principal					
	Hemodiálisis		Díalisis peritoneal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	2	5.4	1	8.3	3	6.1
Leve	18	48.6	3	25.0	21	42.9
Moderado	17	46.0	6	50.0	23	46.9
Severo	0	0	2	16.7	2	4.1
Total	37	5.4	12	100	49	100

ticamente significativas para las variables comparadas. También se analizó la asociación entre los puntajes totales de desesperanza y ansiedad mediante el coeficiente de correlación de Pearson, donde se obtuvo una correlación moderada ($r = .31, p = .05$).

DISCUSIÓN

La desesperanza y la ansiedad son alteraciones frecuentes en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, son escasos los estudios realizados para evaluar la desesperanza en este tipo de pacientes. Una investigación relevante fue la de Rivera-Ledesma *et al.* (2012), en la cual se identificaron altos niveles de ansiedad (18.1%) y desesperanza (39.8%), tanto en hombres como en mujeres. En este estudio, solo el 4.1% presentó niveles severos de desesperanza y ansiedad. Si se considera los niveles moderado y severo, en ansiedad, aproximadamente la mitad de los pacientes (51%) mostraron nivel moderado, incluyendo unos pocos con nivel severo. Resultado que coincide con lo reportado por Anvar-Abnavi y Bazargani (2010). Y en desesperanza, un porcentaje menor tenía los niveles moderado y severo (24.5%); aunque 89.8% presentó algún nivel de desesperanza y 93.9% algún grado de ansiedad.

Es necesario considerar la edad de los pacientes al revisar otros estudios; en este trabajo la edad abarcaba desde 17 hasta 73 años ($M = 39.6, DE = 12.8$). Atencio, Nucette, Colina, Ibert, Gómez, e Hinestroza (2004) reportaron en

una muestra de 62 pacientes, hombres y mujeres con edades entre 17 y 66 años, a 17 pacientes (27.4%) identificados como deprimidos por un examen mental y a 49 (79.0%) como ansiosos. Chen *et al.* (2010) reportaron en una muestra de 200 pacientes, a 70 (35.0%) identificados con síntomas de depresión y a 43 (21.5%) que habían tenido ideación suicida en el mes anterior. Los resultados revelaron un efecto directo significativo para la depresión y la ansiedad en la ideación suicida.

En cuanto al tratamiento y su relación con la ansiedad, Feroze, Martin, Kalantar-Zadeh, Kim, Reina-Patton, y Kopple (2012) estudiaron a una muestra de 170 participantes, con una media de edad de 56 ($DE = 16$) años, y que incluía a 155 sometidos a hemodiálisis de mantenimiento y a 15 en diálisis peritoneal crónica. Encontraron una alta prevalencia de ansiedad y depresión. Y, al igual que con pacientes con ERC, reportan que los pacientes con distrofia muscular se vuelven ansiosos por el tratamiento de hemodiálisis de rutina y también a causa de eventos comunes como es el estar conectados al hemodializador por una nueva persona, o al oír el sonido de alarma del hemodializador.

En este estudio el análisis de la desesperanza y ansiedad por tipo de tratamiento que reciben los pacientes no indicó diferencias estadísticamente significativas; esto difiere de lo reportado por Oyekçin, Gülpek, Sahin y Mete (2012) quienes encontraron que el nivel de ansiedad fue significativamente más alto en el gru-

po de hemodiálisis comparado con el de diálisis peritoneal.

Para concluir, los resultados presentados sobre ansiedad y desesperanza son consistentes con hallazgos reportados en otros estudios, lo que demuestra la prevalencia y severidad de alteraciones psicológicas en los pacientes con IRC. La diálisis, independientemente del tipo (hemodiálisis o peritoneal), puede repercutir en la calidad de vida del paciente (Orellana & Munguía, 2008). Por ello, es necesario instrumentar estrategias de intervención enfocadas a generar un mejor ajuste psicológico a la situación de esta enfermedad (en este caso, insuficiencia renal), ya que podría presentarse incluso en poblaciones con otras enfermedades crónicas (Alarcón, 2004).

La literatura científica recomienda que los tratamientos deben incluir equipos multidisciplinarios que empleen estrategias psicoterapéuticas y consideren factores tanto individuales como familiares, orientados desde un enfoque cognitivo conductual, ya que este modelo teórico ha probado su eficacia para resolver el foco específico de sufrimiento en el momento y a detectar y prevenir su empeoramiento (Alarcón, 2004; Chen *et al.*, 2010; Millán, 2009; Orellana & Munguía, 2008; Rocha, Krzesinski, Warling, Smelten, & Etienne, 2011). Por otra parte, se ha observado que la depresión y la ansiedad afectan la calidad de vida del paciente y la adherencia de éste a su tratamiento médico, lo que influye en el pronóstico de la enfermedad al complicar el curso de ésta por reducir su motivación de autocuidado y aumenta las tasas de hospitalización (Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez, & Velasco, 2009; Feroze *et al.*, 2012; Orellana & Munguía, 2008; Rivera-Ledesma *et al.*, 2012). Finalmente, es necesario mencionar que este es un informe de investigación preliminar y entre sus limitantes se debe considerar el pequeño tamaño de la muestra y la amplitud de edades incluidas, por lo que los resultados deben considerarse tentativos. Se recomienda continuar con las investigaciones que superen las deficiencias del presente estudio y evalúen la desesperanza,

la depresión y la ansiedad con enfermos de otras patologías.

REFERENCIAS

- Aguilera Pérez, P., & Whetsell, M. V. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan*, 7, 207-218. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>.
- Alarcón, P. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 298-320.
- Anvar-Abnavi, M., & Bazargani, Z. (2010). Prevalence of anxiety and depression in Iranian kidney transplant recipients. *Neurosciences (Riyadh)*, 15(4), 254-7.
- Atencio, A., Nucette, R., Colina, C., Ibert, S., Gómez, A., & Hiestroza, F. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 50, 35-41.
- Bautovich, A., Katz, I., Smith, M., Loo, C. K., & Harvey, S. B. (2014). Depression and chronic kidney disease: A review for clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 530-41. doi: 10.1177/0004867414528589
- Bermúdez, L., Bochicchio, T., Lerma, A., Lerma, C., Reyes-Lagunes, I., Robles-García, R., Gutiérrez, D., et al. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Mental*, 35(3), 189-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223340002>.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Cabrera, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34.
- Chen, C. K., Tsai, Y. C., Hsu, H. J., Wu, I. W., Sun, C. Y., Chou, C. C., et al. (2010). Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528. doi:10.1176/appi.psy.51.6.528.
- Córdova, M., & Rosales, J. (2005). La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. *Psicología y Salud*, 20(2), 195-201. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Martha-Cordova-Osnaya.pdf>.
- Cueto-Manzano, A. M., Cortés-Sanabria, L., Martínez-Ramírez, H. R., Rojas-Campos, E., Gómez-Navarro, B., & Castellero-Manzano, M. (2014). Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Archives of Medical Research*, 45(6), 507-513. doi: 10.1016/j.arcmed.2014.06.007.
- Cukor, D., Coplan, J., Crown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Depression

- and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484-90.
- Cusumano, A., Garcia-Garcia, G., Gonzalez-Bedat, C. (2009). The Latin American dialysis and transplant registry: report 2006. *Ethnicity & Disease*, 19(1), S1-3-6.
- Esquivel, M., Prieto, J., López, R., Ortega, R., Martínez, J., & Velasco, V. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina Interna México*, 25(6), 443-449.
- Feroze, U., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., Kim, J. C., Reina-Patton, A., & Kopple, J. D. (2012). Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: Preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *Journal of Renal Nutrition*, 22(1), 207-210. doi: 10.1053/j.jrn.2011.10.009.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hanly, J. G., O'Keffe, A. G., Su, L., Urowitz, M. B., Romero-Diaz, J., Gordon, C. et al. (2016). The frequency and outcome of lupus nephritis: Results from an international inception cohort study. *Rheumatology (Oxford)*, 55(2), 252-62. doi: 10.1093/rheumatology/kev311.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. INEGI. *Estadísticas de mortalidad 2013*. Consultado enero 18, 2015 en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>.
- Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: A 10-year cohort study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(1), 1-10. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00066.x>.
- Lee, Y. J., Kim, S., Cho, S., & Kim, R. (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *International Journal of Clinical Practice*, 67(4), 363-368. doi: 10.1111/ijcp.12020.
- Lizama-Lefno, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 263-267. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12415>.
- Martínez-Castelao, A., Górriz, J., Segura-de la Morena, J., Cebollada, J., Escalada, J., et al. (2014). Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. *Semergen*, 40(8), 441-59. doi: 10.1016/j.semerg.2014.09.001.
- Millán, G. (2009). Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 522-533.
- Orellana, M., & Munguía, A. (2008). Insuficiencia renal y depresión. *Revista del Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras*, 1(3), 10-12. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2008/pdf/Vol1-3-2008-5.pdf>.
- Oyekçin, D., Gülpek, D., Sahin, E., & Mete, L. (2012). Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(3), 227-241.
- Ozcan, H., Yucel, A., Avşar, U. Z., Cankaya, E., Yucel, N., & Gözübüyük Aydinli, B. (2015). Kidney transplantation is superior to hemodialysis and peritoneal dialysis in terms of cognitive function, anxiety, and depression symptoms in chronic kidney disease. *Transplantation Proceedings*, 47(5), 1348-51. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.04.032.
- Reyes, A., Otero, H., & Duque De Estrada, A. (2005). Psicología de la Salud en la atención a enfermos renales. En Hernández, E. & Grau, J. (Comps), *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 507-535). México: Universidad de Guadalajara.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, Lena. M., & Sandoval-Ávila, 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. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-
- Rocha, A., Krzesinski, J. M., Warling, X., Smelten, N., & Etienne, A. M. (2011). The role of psychological interventions in dialysis: An exploratory study. *Néphrologie & Thérapeutique* 7(4), 211-8. doi: 10.1016/j.nephro.2010.12.006.
- Stata Corporation (2012). *Stata Reference Manual: Stata release 12.0*. College Station, TX: Stata corporation.
- Theofilou, P. (2011). Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, 3(3), 132-138. doi: 10.4021/jocmr552w.
- Urbina-Oteiza, D. (2007). Hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 2(1), 20-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170217036005>.
- Zhang, J., Zhang, P., Ni, X., Bao, B., Huang, C., Wu, Y., Ni, M., et al. (2014). Vitamin D status in chronic dialysis patients with depression: A prospective study. *BMC Psychiatry*, 28(14), 125. doi: 10.1186/1471-244X-14-125.
- Zouari, L., Elleuch, M., Feki, I., Allouch, C., Yaich, S., Ben Thabet, J., Zouari, N., et al. (2011). Depression in chronic hemodialysis patients: Report of 106 cases. *Journal Medical Tunisie*, 89(2), 157-62. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Zouari+depression+in+chronic+hemodialysis+patients>.

Recibido el 14 de septiembre de 2016

Revisión final 26 de abril de 2017

Aceptado el 11 de mayo de 2017