



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Rojas-Villegas, Yanet; Ruíz-Martínez, Ana Olivia; González-Sotomayor, Roxana
Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal
Revista de Psicología, vol. 26, núm. 1, 2017, pp. 1-13

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26452899007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal

Anxiety and depression on therapeutic adherence in patients with kidney disease

Yanet Rojas-Villegas, Ana Olivia Ruíz-Martínez, & Roxana González-Sotomayor
Universidad Autónoma del Estado de México, Zumpango, México

La enfermedad renal crónica (ERC) genera repercusiones biopsicosociales que afectan la adherencia al tratamiento. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre depresión y ansiedad sobre la adherencia terapéutica en pacientes con ERC. Participaron 31 pacientes con ERC, entre 18 y 69 años, con tratamiento de reemplazo renal. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck-II, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Adherencia Terapéutica. Los resultados mostraron que los pacientes presentaron adherencia alta (67%), así como síntomas depresivos (48%) y ansiosos (35%). La depresión se relacionó con menor adherencia, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico. Se discute sobre el impacto emocional de la enfermedad y la necesidad de apoyo psicológico.

Palabras clave: adherencia terapéutica, ansiedad, depresión, enfermedad renal crónica.

Chronic kidney disease (CKD) generates biopsychosocial repercussions that affect adherence to treatment. Therefore, the aim of this study was to evaluate the relationship between depression and anxiety on therapeutic adherence in patients with CKD. Thirty one CKD patients participated, between 18 and 69 years old, with renal replacement therapy. Beck Depression Inventory-II, Beck Anxiety Inventory and Therapeutic Adherence Scale were applied. Results showed that patients had high adherence (67%). and depressive symptoms (48%) and anxiety (35%). Depression was associated with lower adherence, especially in controlling food/liquid intake and medical monitoring. It is discussed the emotional impact of the disease and the need to psychological support.

Keywords: adherence, anxiety, chronic kidney disease, depression.

Contacto: A. O. Ruíz-Martínez. Km. 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango, México. Correo electrónico: ana_olivi@yahoo.com.mx

Cómo citar: Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., & González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

En México la insuficiencia renal crónica (IRC) es considerada un problema de salud pública debido al incremento en el número de casos, los que se estiman aproximadamente en 4.000 nuevos casos por año (Alonso, Sánchez, Vallejo, & Ramos, 2005). Esta enfermedad se encuentra en el 15° lugar dentro de las 20 principales causas de morbilidad hospitalaria, misma que va en incremento año con año. Es la segunda enfermedad que provoca mayor número de años de vida perdidos debido a la incapacidad que origina (Secretaría de Salud, 2001). Asimismo, existen estimaciones de que en México de 129 mil pacientes que presentaban ERC terminal solo alrededor de 60 mil recibían algún tipo de tratamiento (Espinoza-Cuevas, 2016).

La IRC es definida como “la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m²” (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002).

El paciente con IRC requiere terapia de reemplazo renal (TRR), la que puede ser realizarse por diálisis peritoneal (continua ambulatoria o automatizada), hemodiálisis o trasplante de riñón (por donador vivo relacionado, por donador vivo no relacionado o por un donador cadavérico).

El impacto de la noticia de la presencia de IRC conlleva un proceso de duelo ante la pérdida de la salud física, los malestares que la enfermedad contrae y las modificaciones que los pacientes tienen que realizar en todas las áreas de su vida al entrar en TRR (Pérez Balseiro, 2014).

Trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento conlleva un proceso de duelo que consta de cinco etapas: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación/resolución (Meneses & Ribeiro, 2000; Stedeford, 1991). Al respecto, Rudnicki (2006) describe el proceso de duelo señalando que la mayoría de las personas al enfrentarse con una enfermedad mortal tienen un choque emocional y frecuentemente se niegan a aceptarlo; a esta etapa le siguen sentimientos de rabia donde experimentan culpa, enojo con la vida, con su cuerpo y con alguna divinidad, ya que lo visualizan como una amenaza de muerte, situación que también vivencian al estar conectados a una máquina que realiza la función renal. Los pacientes y sus familias, en su deseo de que

el diagnóstico de IRC sea un error, comienzan a crear promesas y sacrificios; con esta acción el paciente realiza una negociación con alguna divinidad o ser supremo, con la esperanza en que el daño sea una equivocación o bien este sea revertido. Al caer en cuenta de que el problema de salud es una realidad, el paciente entra en un proceso de depresión al considerar que peligra su vida, por lo que tiene sentimientos de desánimo, considera que la vida no tiene sentido y que es una carga para sus familiares. Finalmente se debería llegar a la etapa de aceptación de la enfermedad, cuando el paciente se sabe enfermo y asume la responsabilidad del cuidado de su salud con acciones directas (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007; Rivera-Ledesma, Montero-López Lena, & Sandoval-Ávila, 2012).

Las personas con IRC presentan con frecuencia sentimientos de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpa, deterioro de la autoimagen, aislamiento social, alteración de la autopercepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo, los cuales pueden tener su origen en las situaciones estresantes que son comunes en la vida de los pacientes (Alarcón-Rosales, 2007; García & Calvanese, 2008).

Muchos pacientes revelan, a través de las evaluaciones psicológicas, disturbios, depresión, frustración y síntomas de ansiedad claramente relacionados con su salud física y con el deseo de abandonarlo todo y encontrar otra forma de tratamiento (Rudnicki, 2006). Ante este conjunto de situaciones estresantes es fácil identificar malestares físicos, llanto, fuerte ansiedad por su estado de salud, pensamientos de pesimismo, inseguridad, irritabilidad, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave, deseos de morir y suicidios (Pérez Balseiro, 2014).

Rudnicki (2006) considera que los factores emocionales son tan importantes que pueden agravar o causar mayores dificultades en el proceso de la enfermedad, que pueden ir desde la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento hasta poder desarrollar otros síntomas y enfermedades. Hiricare et al. (2012) estiman que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes renales es de 55,91% para el caso de depresión y de 46,72% la de ansiedad. Por su parte, Moreno Núñez et al. (2004) identificaron presencia de depresión mayor en el 25% de pacientes con falla renal.

En cuanto a la adherencia terapéutica en pacientes con IRC, Silva, Galeano, y Correa (2005) definen la adherencia al tratamiento como la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. Esto se manifiesta en conductas como: asistencia a consultas médicas, tomar los medicamentos en la forma prescrita, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y realizar los análisis o pruebas solicitadas; de esta manera el paciente es un usuario activo que colabora con el equipo de salud. Se distingue del mero cumplimiento que se refiere a la toma del medicamento indicado. Por lo contrario, se considera como no-adherencia a “la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida” (Silva, Galeano, & Correa, 2005, p. 269), la cual puede manifestarse de distintas formas como omisión en la toma y abandono del tratamiento (Martín Alfonso, 2006).

La adherencia al tratamiento tiene un efecto importante en la calidad de vida del paciente con falla renal, porque conlleva cambios importantes en el estilo de vida al conjuntarse elementos como el consumo de medicamentos, dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, restricciones para realizar algunas actividades físicas, alteraciones del sueño, y frecuentes hospitalizaciones entre otros (Rivera-Ledesma et al., 2012).

Todo ello puede ocasionar que algunos pacientes con IRC no se adhieran al tratamiento porque se dan cuenta de que todo lo que hacen no es para lograr una cura, ya que esto resulta imposible; y aunque el objetivo es que se encuentren mejor, esto no les es suficiente por cuanto deberán seguir acudiendo a sesiones de TRR y tendrán las diversas limitaciones que el tratamiento contrae. Frente a esto los enfermos lo único que quieren es vivir lo que les quede de vida, realizando las actividades que les resultan placenteras aunque estas perjudiquen su salud, ya que están cansados de no poder hacer muchas cosas que antes solían hacer (Pérez Balseiro, 2014).

De esta manera, el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento; las personas que experimentan estos estados emocionales han perdido el interés, llegando a no importarles, pues consideran que ya se encuentran mal y piensan que el tratamiento médico no cambiará

las cosas (Ruiz, 2013). En general es un proceso difícil para el paciente y sus familiares, lo que provoca que la adaptación a TRR sea un fenómeno multifacético que involucra conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas (Secretaría de Salud, 2000).

La adherencia al tratamiento en la enfermedad renal representa una clara proyección de la estabilidad médica y el estado crítico, debido a que los pacientes que tienen una baja adherencia al tratamiento, de acuerdo con Ramírez González, Hernández Fernández, Fariña Peláez, y Ramírez Méndez (2011), ingresan frecuentemente en la sala de nefrología por presentar urgencias médicas como edema agudo del pulmón, hiperpotasemia, accidente vascular encefálico, intoxicaciones, sangramiento digestivo, y shock séptico, entre otras, las cuales pueden llevarlos a la muerte. Muchas de las complicaciones de la ERC pueden ser prevenidas o retardadas por detección precoz y un seguimiento adecuado del tratamiento. La enfermedad cardiovascular (ECV) es uno de los principales problemas por su alta prevalencia y es la principal causa de muerte en pacientes con ERC, muchos de ellos mueren de ECV incluso antes de necesitar diálisis. Asimismo estos pacientes tienden a desarrollar de forma casi inviable anemia y alteraciones del metabolismo óseo y mineral (AOM), como hiperfosforemia o presentan acidosis metabólica que se asocian a un aumento de morbimortalidad por el incremento en el deterioro renal que provocan (Flores et. al., 2009; Lorenzo Sellarés, 2016). Además algunas de estas complicaciones, como la peritonitis, pueden ocasionar el cambio del tratamiento renal, aumentando la comorbilidad y el deterioro de la salud (Venado Estrada, Moreno López, Rodríguez Alvarado, & López Cervantes, 2009).

En este sentido, se han identificado las variables que se relacionan de forma directa con una escasa adherencia: la edad, por cuanto los pacientes más jóvenes son el grupo menos adherente; la complejidad del tratamiento, pues en la medida en que este es más complejo la adherencia disminuye; el tiempo, ya que se detectó que a mayor tiempo menor adherencia; el costo del tratamiento, debido a que los pacientes abandonan el tratamiento cuando no cuentan con un seguro que lo subsidie, y también se ven en la necesidad de dejar de tomar los medicamentos por falta de recursos económicos (Ruiz Calzado, 2013). En

los pacientes renales que han sido trasplantados se encontró que el tiempo incide de manera importante para la disminución de la adherencia al régimen, a medida en que aumenta el tiempo de postrasplante la adherencia disminuye hasta que con el paso de los años los pacientes dejan de tomar la medicación (Chisholm et al., 2012; Couzi et al., 2013). Se encontró que la adhesión más alta se encuentra durante los dos primeros años después de haber recibido el trasplante, mismo que va descendiendo con el paso del tiempo (Ruiz, 2013). La prevalencia de no adhesión al tratamiento, que oscila del 30% al 50% de los pacientes, considera los factores de dieta, cantidad de líquidos y medicamentos. Además, la no adhesión es mayor en la ingesta de líquidos en comparación con la alimentación y la terapéutica (Christensen & Moran, 1998; García & Vicente, 2011).

Dentro de las variables que afectan la adherencia se suma la presencia de trastornos emocionales como depresión y ansiedad y el estado de desesperanza. Estos suelen mediar la evolución de la enfermedad por el impacto que provocan en la adherencia terapéutica, lo que puede complicar la sintomatología orgánica e impactar nuevamente en el estado emocional de los pacientes (García & Calvanese, 2008).

Como se aprecia, la complejidad de la IRC y su tratamiento conllevan alteraciones físicas y emocionales importantes; de tal forma que el apego al tratamiento resulta complicado para los pacientes; especialmente parece difícil apegarse a la restricción de líquidos. Si bien se reconoce que los aspectos emocionales pueden incidir en el apego al tratamiento, en la práctica clínica estos suelen ser desatendidos por lo que se requiere mayor investigación para consolidar el conocimiento sobre las vías de influencia; con respecto a la depresión se considera que la falta de energía y desesperanza pueden incidir en el abandono total del tratamiento (Alarcón Prada, 2004); mientras que en el caso de la ansiedad se cree que esta se expresa específicamente en el incumplimiento de las conductas recomendadas en el tratamiento (Cohen, Cukor, & Kimmel, 2016). Ante esto nos cuestionamos si la ansiedad y la depresión inciden de igual manera en la adherencia total o en algunos de sus componentes en las personas con IRC que se encuentran en TRR. Por ello, el propósito del presente estudio fue evaluar la relación

de la depresión y ansiedad sobre la adherencia terapéutica en pacientes con IRC, suponiendo inicialmente que tanto la depresión como la ansiedad incidirán negativamente en la adherencia total y sus respectivos componentes. Esto podría orientar al personal de salud sobre los aspectos emocionales que se deberían atender para incrementar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes; así como mejorar la calidad en el servicio y con ello disminuir los costos de comorbilidad y mortalidad.

Método

Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental de corte transversal, con alcance correlacional entre las variables emocionales (depresión y ansiedad) y la adherencia al tratamiento en pacientes con IRC.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por 31 personas con IRC (14 hombres y 17 mujeres), de 18 a 69 años ($X = 40,58$, $DE = 16,66$), habitantes de la zona noroeste de México, que se encontraban bajo TRR. El tiempo de enfermedad osciló de los 20 días a los 26 años. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, estar enfermo de IRC, encontrarse bajo TRR, estar en condición física y psicológica para responder los instrumentos. Todos los participantes fueron voluntarios y aceptaron mediante consentimiento informado basado en los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología y el Código ético del psicólogo.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Autoinforme para evaluar síntomas depresivos, constituido por 21 ítems, tipo Likert con un rango de respuestas de 0 “nada” a 3 “mucho”. La calificación se da por medio de la puntuación que se determina por la suma de las elecciones de los 21 ítems. De 0 a 13 puntos se considera un nivel mínimo de depresión, de 14 a 19 puntos un nivel leve, de 20 a 28 moderado, y de 29 a 63 un grado severo (Beck, Steer, & Brown, 2006). El BDI-II tiene una validez para población mexicana, y discrimina entre población con y sin trastorno

depresivo con una sensibilidad de ,92 y una especificidad de ,59 (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Autoinforme que evalúa los síntomas somáticos de ansiedad en adolescentes y adultos, elaborado originalmente por Beck y Steer. Está constituido por 21 ítems de tipo Likert. Clasificación: puntuación de 0 a 7 puntos se considera un nivel de ansiedad mínima, de los 8 a los 15 puntos se clasifica como ansiedad leve, de 16 a 25 puntos es considerada ansiedad moderada, y si la puntuación es de 26 a 63 puntos se cataloga como un nivel grave de ansiedad (Sanz, 2014). En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta una correlación adecuada test-retest ($r = ,75$) en la valoración de síntomas somáticos de ansiedad en los desórdenes de ansiedad y en cuadros depresivos; para población mexicana presenta una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de ,83 a ,84) y un alto coeficiente de confiabilidad test-retest (Gallardo et al., 2015).

Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónica. Autoinforme que evalúa la adherencia al tratamiento basada en comportamientos explícitos, y que permite detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Está constituida por 21 reactivos, que se contestan con una escala del 0-100, en que la mayor puntuación indica mayor adherencia. Ofrece tres niveles de adherencia: bajo, moderado y alto (Olvera, 2012). Fue realizado para población mexicana, obteniendo un nivel alto de fiabilidad con alfa de Cronbach = ,919 (Soria Trujano, Vega Valero, & Nava Quiroz, 2009). Permite identificar tres factores, cada uno de ellos constituido por siete reactivos (Soria Trujano, Vega Valero, Nava Quiroz, & Saavedra Vázquez, 2011):

1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos: evalúa la medida en la que la persona sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y la dieta de alimentos.

2. Seguimiento médico conductual: evalúa la medida en la que el paciente cuenta con conductas efectivas del cuidado de su salud en un período largo de tiempo, como asistir a sus consultas médicas, realizarse los análisis clínicos solicitados, entre otras.

3. Autoeficacia: evalúa la medida en la que la persona cree que sus acciones son benéficas para su salud como ser constante en el tratamiento, no olvidar ingerir sus medicamentos, entre otras conductas.

Procedimiento

El muestreo se realizó por la técnica de bola de nieve. El primer participante fue un vecino de la misma localidad de los aplicadores, a partir de ahí se accedió a las personas por recomendación de los participantes subsiguientes, quienes facilitaron el contacto de manera personal. Se acudió a los domicilios o a lugares cercanos de sus unidades médicas, posterior a la presentación, se explicaron los objetivos de la investigación y las consideraciones éticas, se solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio de forma escrita. Los participantes contestaron los cuestionarios de forma individual y directa.

Análisis de datos

En primer lugar se realizó el análisis descriptivo de las características de los participantes. Debido a que la literatura suele indicar mayor afectación en la salud mental de las mujeres que de los hombres, se procedió a explorar si existían diferencias por sexo en las variables de ansiedad, depresión y adherencia terapéutica, para lo cual se verificó el cumplimiento de los supuestos para pruebas paramétricas: nivel de medición (intervalo), normalidad (Shapiro-Wilk) y la homogeneidad de varianzas (Prueba Levene), a partir de lo cual se utilizó la t de Student, cuyos resultados descartaron la presencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres; en consecuencia los análisis paramétricos subsiguientes se realizaron con todos los participantes sin necesidad de subdividir por sexo.

Posteriormente, para describir los datos se utilizaron las medias, desviaciones estándar y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos y los niveles de ansiedad, depresión y adherencia terapéutica. Dado que se contaba con datos de intervalo con distribución normal, para el análisis correlacional se eligió la r de Pearson, considerando la probabilidad de ,05 como nivel de significancia; para el análisis predictivo se utilizó la regresión lineal. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados

Una vez recabados los datos se procedió a caracterizar la muestra, encontrando que 45,2% fueron hombres y 54,8% mujeres, con edad promedio de 40,6 años, en su mayoría con estudios de nivel básico y ocupación en el hogar. Predominó la presencia IRC sola (71%), sobre la presencia de IRC con comorbilidad (29%), el tiempo

de padecerla mostró gran variabilidad (0-26 años) y el tratamiento con más frecuente fue la hemodiálisis (tabla 1). En cuanto a la etiología cabe mencionar que los pacientes señalan en su discurso que el servicio de salud les indicó que “sus riñones no se desarrollaron de forma normal”, con excepción de una paciente que indicó que el origen era genético por IR poliquística.

Tabla 1
Características de los participantes con insuficiencia renal crónica

| Característica | Categoría | Porcentaje |
|----------------------------|----------------------------------|------------|
| Sexo | Mujeres | 45,2 |
| | Hombres | 54,8 |
| Educación | Analfabetismo | 6,5 |
| | Educación básica | 74,2 |
| | Carrera técnica | 9,7 |
| | Educación superior | 9,7 |
| Ocupación | Hogar | 41,9 |
| | Desempleados | 19,4 |
| | Comerciantes | 19,4 |
| | Empleados | 9,7 |
| | Obrero | 3,2 |
| | Estudiante | 3,2 |
| | Docente | 3,2 |
| Estado civil | Solteros | 32,3 |
| | Casados | 35,5 |
| | Unión libre | 25,8 |
| | Viudos | 3,2 |
| | Madre soltera | 3,2 |
| Enfermedad | IRC | 71,0 |
| | IRC y diabetes | 12,9 |
| | IRC e hipertensión | 6,5 |
| | IRC, diabetes e hipertensión | 9,7 |
| Tiempo de padecerla (años) | Menos de 1 año | 25,8 |
| | 1-5 | 44,8 |
| | 6-10 | 16,1 |
| | 11 o más | 12,8 |
| Tratamiento | Diálisis peritoneal manual | 35,5 |
| | Diálisis peritoneal automatizada | 3,2 |
| | Hemodiálisis | 61,3 |

Para iniciar el análisis de las variables de interés, se verificaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza. Dado el tamaño de la muestra se eligió la prueba Shapiro-Wilk, encontrando que las variables no mostraron diferencia con una distribución normal (depresión: $W = .95$; $p = ,52$; ansiedad: $W = ,96$; $p = ,74$; adherencia: $W = ,97$; $p = 59$; $gl = 31$). Asimismo, se realizó la

prueba de Levene de homogeneidad de varianza en las variables de estudio, contrastando ambos sexos, los resultados indicaron que no existen diferencias en la variabilidad de los datos por sexo (depresión con $F = ,09$; $p = ,77$; ansiedad con $F = 1,68$; $p = ,21$; adherencia con $F = ,133$; $p = ,72$), por lo tanto se asumió la igualdad al no encontrar diferencias significativas. A partir de

ello, se realizó la comparación entre hombres y mujeres mediante una *t* de Student sin encontrar diferencias significativas de acuerdo con el género, en ansiedad ($t = 0,37; p = 0,71; gl = 29$), en depresión ($t = 0,56; p = 0,58; gl = 29$) ni en adherencia terapéutica ($t = 0,77; p = 0,44; gl = 29$). Por lo tanto, el resto de los análisis paramétricos se realizaron con el grupo completo, sin la necesidad de subdividir por sexo.

En la tabla 2 se muestran los datos descriptivos de las variables psicológicas, indicando que las medidas grupales de ansiedad ($M = 20,45$) y depresión ($M = 25,32$) se ubican en el nivel moderado. Asimismo, se analizó el nivel de síntomas

que presentaban los participantes. Los porcentajes permiten apreciar que algunos de ellos están afectados por estos síntomas psicopatológicos: 48,38% alcanza el nivel severo de síntomas depresivos y 35,48% presenta el nivel grave en ansiedad.

En cuanto a la adherencia terapéutica el promedio de la escala total ($M = 74,77$), así como de los factores seguimiento médico corresponden al nivel alto; en tanto que el factor de autoeficacia e ingesta de medicamentos y alimentos se ubican en el nivel moderado. La tendencia es positiva, la mayoría de las personas presentan un nivel alto (67,7%) en esta variable.

Tabla 2

Medidas descriptivas de variables psicológicas en pacientes con insuficiencia renal

| Variable | Media | DE | Nivel (%) |
|-------------------------------------|-------|-------|---|
| Depresión | 25.32 | 16.14 | Severa = 48,38 Moderada = 19,35 Leve = 0 Mínima = 32,25 |
| Ansiedad | 20.45 | 11.88 | Grave = 35,48 Moderado = 29,03 Leve = 16,12 Mínimo = 19,35 |
| Adherencia al tratamiento (total) | 74.77 | 14.00 | Alto = 67,7 Moderado = 32,3 |
| Ingesta de alimentos y medicamentos | 61.41 | 16.51 | Alto = 32,3 Moderado = 61,3 Bajo = 6,5 |
| Seguimiento médico | 82.95 | 15.61 | Alto = 83,9 Moderado = 16,1 Bajo = 0 |
| Autoeficacia | 69.47 | 17.25 | Alto = 38,7 Moderado = 61,3 Bajo = 0 |

En la tabla 3 se muestra el análisis correlacional, corroborando la relación entre ansiedad y depresión ($r = ,67; p = ,05$) en los pacientes con IRC. Asimismo, se analizó la relación de la adherencia terapéutica con estas variables psicológicas, encontrando que existe relación en dos factores: a) a mayor depresión, menor control de ingesta (alimentos y medicamentos), y b) a mayor depresión, menor seguimiento médico; estas vinculaciones entre depresión y los componentes de la adherencia fueron de intensidad media y un tamaño del efecto grande. En cambio, no se encontraron relaciones significativas entre ansiedad y adherencia ($p \geq ,05$).

Por último, para comprobar la incidencia de estos aspectos emocionales sobre la adherencia al tratamiento se utilizó la regresión lineal, encontrando que la depresión tiene un efecto predictor sobre dos componentes de la adherencia: control de ingesta ($B = -,48; p = ,01; R^2 = ,20; F = 8,35; p < ,05$) y seguimiento médico ($B = -,44; p = ,01; R^2 = ,18; F = 7,42; p < ,05$). Si bien estos resultados son significativos, el ajuste del modelo es bajo, dejando gran cantidad de varianza sin explicar. Por su parte, la ansiedad quedó excluida del modelo de regresión señalando que no tiene un efecto predictor ($p > ,05$).

Tabla 3
Relación entre adherencia terapéutica, ansiedad y depresión en pacientes con IRC

| Variable | Ansiedad | Depresión |
|--------------------|----------|-----------|
| Adherencia (total) | -,13 | -,31 |
| Control de ingesta | -,31 | -,47* |
| Seguimiento médico | -,23 | -,45* |
| Autoeficacia | -,27 | ,15 |

Nota. * $p < ,05$

De manera adicional, por considerar que el tiempo puede ser una variable relevante en el tratamiento de la ERC, se realizaron análisis correlacionales entre la adherencia y la edad sin encontrar resultados significativos ($r = ,05$; $p = 0,80$); lo mismo ocurrió entre el tiempo de tratamiento y el nivel de adherencia ($r = ,07$; $p = 0,72$).

Discusión

En el presente artículo abordamos la relación que existe entre los aspectos emocionales (ansiedad y depresión) sobre la adherencia al tratamiento, en una muestra de adultos mexicanos con IRC que reciben TRR. Los hallazgos encontrados se ciñen a esta muestra intencional de adultos de ambos sexos, todos ellos con IRC, algunos con comorbilidad con diabetes e hipertensión; principalmente con tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

En esta enfermedad el estado de ánimo se ve afectado ante el impacto del diagnóstico, el tratamiento complejo y el deterioro integral constante. Al respecto, Pérez Balseiro (2014) señala que las conductas depresivas se presentan de forma frecuente en pacientes renales, información que coincide con nuestros participantes: 48,38% presenta depresión severa, 19,35% depresión moderada, y solo el 32,25% manifiesta tener depresión mínima. Al respecto, Giera Vives y Rico González (2013) encuentran que el 77,55% de los pacientes presentan depresión-estado y el 76,53% depresión-rasgo, por lo que concluyen más de la mitad de los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan depresión; asimismo, Santillán (2010) estima que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes renales es de 55,91%. Esto puede ser debido a lo abrupto de los cambios que exigen el TRR, las molestias físicas, las limitaciones alimenticias, sociales, laborales y económicas y la visión desalentadora sobre el proceso de enfermedad.

Los resultados obtenidos con respecto a los niveles de ansiedad tienden a variar al momento de compararlos con otras poblaciones como es el caso de Colombia donde Gómez Arias, Naranjo Guzmán, y Olarte Briñez (2011) señalan que el 66% de los pacientes renales presentan tendencia ansiosa, puntuaciones que corresponden a niveles normales y medios. Pacientes renales en Madrid muestran tener un nivel alto de ansiedad-estado de 24,49% y en ansiedad-rasgo el 38,78% (Giera Vives & Rico González, 2013); en estudios realizados por Páez, Jofré, y De Bortoli (2009) en Argentina muestran solo el 3,3% de sus pacientes tienen niveles altos de ansiedad-estado y 23,3% presenta altos niveles de ansiedad rasgo. Los participantes de la presente investigación tienen niveles de ansiedad severa en el 35,48% y 29,03% con un nivel moderado, lo que permite identificar que entre los enfermos renales aquellos que presentan más comúnmente ansiedad severa son colombianos; más de la mitad de la población colombiana presenta síntomas ansiosos y otras poblaciones, como España, Argentina y México, presentan niveles que oscilan alrededor del 30% de su población. Esta variación identificada con respecto a los niveles de ansiedad puede deberse a los instrumentos de medición utilizado, ya que Gómez Arias et al. (2011) usan la Escala de Ansiedad de Hamilton, en cambio Páez et al. (2009) y Giera Vives y Rico González (2013) utilizaron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, y la presente investigación hace uso del Inventario de Ansiedad de Beck.

El análisis de género resultó interesante al no encontrar diferencias significativas, ya que en la población en general la presencia de síntomas ansiosos y depresivos son más frecuentes en mujeres que en hombres, en cambio, en los participantes con IRC de esta investigación no se presentaron diferencias en depresión y ansiedad, para

hombres y mujeres, datos que coinciden con los de Gómez Arias et al. (2011). Para explicar esta falta de diferencias entre hombres y mujeres podríamos hacer algunas consideraciones desde la perspectiva de género y los roles patriarcales imperantes en la zona de estudio. En este sentido parece que una situación tan extrema permite que también los hombres puedan expresar su malestar emocional, además de que algunos de ellos se ven muy afectados al perder su trabajo en escenarios públicos. En cambio las mujeres participantes se dedican principalmente a actividades del hogar que pueden seguir desempeñando parcialmente, sintiéndose útiles a pesar de la enfermedad. Por supuesto, el análisis de estos aspectos requeriría de mayor profundidad en futuros estudios.

La muestra estudiada presenta una adherencia terapéutica global alta en el 67,7% de los pacientes, lo que indica que los participantes presentan una buena adherencia terapéutica, al igual que lo encontrado por Álvarez Mabán y Barra Almagá (2010), cuyos participantes tienen, en mayor medida, una adherencia buena y muy buena. Al respecto, Rizo González (2012) señala que la mayoría de los pacientes se encuentran parcialmente adheridos, lo cual puede deberse a la capacitación que imparten las clínicas y hospitales al paciente y a sus familiares, donde se les enseña a realizar diálisis peritoneal manual y/o automatizada y los cuidados básicos que deben tener, por lo que el apoyo familiar-social es un factor muy importante para el bienestar del paciente. En la presente investigación los participantes contaban con servicios de salud y redes familiares, lo que puede estar contribuyendo a la adherencia. Ambas condiciones son comunes en México donde existen servicios de salud y seguridad social públicos, que si bien requieren ser mejorados, brindan la atención médica que de otra manera los pacientes no lograrían cubrir económicamente; asimismo se cuenta con una cultura de apoyo familiar común en la región latinoamericana.

En cuanto a los factores de la adherencia terapéutica, el seguimiento médico conductual se sitúa en puntuaciones altas (83,9%) y moderadas (16,1%), situación que favorece el tratamiento médico y el estado de salud de los pacientes. Esto puede deberse a que la totalidad de los pacientes tiene seguridad social, lo que disminuye el costo económico del tratamiento y les permite tener acceso al mismo de forma constante.

La autoeficacia de los pacientes es alta (38,7%) y moderada (61,3%), mostrando que no todos los pacientes se sienten capaces de manejar la situación, lo que puede resultar preocupante puesto que los pacientes deberían ser independientes hasta donde su salud se los permita, porque el paciente es el único que puede controlar lo que bebe, come, si toma el medicamento y si participa en el proceso de diálisis; esto es fundamental ya que se trata de un enfermedad crónica. En el momento en que la autoeficacia es moderada, es posible que las tareas de cuidado las asuma el cuidador primario que podría presentar desgaste físico y emocional, lo que puede provocar problemas en la salud de ambos; lo ideal sería que los familiares y personas cercanas fueran acompañantes y no cuidadores, que brindaran apoyo en aquello que el enfermo no puede realizar, pero no fueran los que asuman la responsabilidad completa del tratamiento.

Como se muestra, el seguimiento médico es el aspecto en que existe un mejor nivel, seguido de autoeficacia y por último ingesta de alimentos; lo cual indica que los usuarios logran asistir a sus consultas, tomar medicamentos y realizar sus procedimientos de diálisis; pero que les resulta más complicado establecer nuevos estilos de vida saludables ya que conlleva la modificación de hábitos arraigados, sobre todo la disminución de consumo de líquidos. En este sentido, Christensen y Moran (1998) mostraban una baja adherencia al plan alimenticio, a la toma de líquidos y medicamentos que oscilaba del 30% al 50%; otros autores concuerdan en que el control de la ingesta de líquidos es una de las restricciones más difíciles y estresantes de cumplir del régimen terapéutico (Álvarez Mabán & Barra Almagá, 2010; Yoyoyama et al., 2009). La dificultad para cumplir con la dieta se debe principalmente al gran número de alimentos restringidos y a que la sociedad carece de buenos hábitos alimenticios (Castañeda-Sánchez et al., 2008), lo que dificulta más la adherencia al régimen alimenticio. Sin embargo, la ingesta de medicamentos se ve favorecida para los pacientes que cuentan con seguridad social, ya que el sector salud se los provee y/o se los aplica, lo que pudo haber influido en los resultados de este estudio, ya que todos los participantes contaban con dicho servicio. Por ser un tratamiento de alto costo, en muchos momentos a los pacientes y a sus familiares les puede ser difícil pagar el tra-

tamiento dentro del sector privado, motivo por el que en un corto período de tiempo abandonan el tratamiento.

García y Vicente (2011) mencionan que el nivel de adhesión a la dieta aumenta al mismo tiempo que la edad avanza, siendo que esta es más satisfactoria en las personas mayores, situación que no ocurre con nuestros participantes, pues dichas variables no se asocian, lo cual concuerda con Henriques (2006), quien menciona que la edad no siempre es un factor de adhesión. El seguimiento del plan alimenticio puede verse favorecido por el apoyo familiar (cuidadores), ya que la variable de autoeficacia es, en su mayoría, moderada; son pocos los pacientes que se hacen responsables en su totalidad del tratamiento. Otro factor que puede ser detonante para los resultados obtenidos es que los pacientes cuentan con habilidades que favorecen la responsabilidad en el cuidado de su salud, puesto que el estudio no incluye niños ni adolescentes.

A diferencia de lo encontrado, Almeida (2003) identifica que los hombres tienen mayor adhesión al tratamiento, sobre todo en la dimensión conductual. También es opuesto a lo hallado por Kugler, Vlaminck, Haverich, y Maes (2005), quienes encontraron mayor adherencia a la dieta en las mujeres. En el presente estudio no se encontraron diferencias de género en la adherencia terapéutica.

Álvarez Mabán y Barra Almagá (2010) identificaron que los pacientes que llevan mayor tiempo en hemodiálisis tenían una menor adherencia terapéutica, así como al seguimiento de la dieta, siendo consistente con lo reportado por Kugler et al. (2005); sin embargo la información recabada por el presente estudio muestra que no existe correlación entre el tiempo de tratamiento y el nivel de adherencia, lo cual concuerda con lo obtenido con Ochando García, Royuela García, Hernández Meca, Lorenzo Martínez, y Paniagua (2008), quienes no encontraron relación entre estas variables. La formación de hábitos tiene un papel fundamental en la adherencia y los cambios se tornan abruptos en momentos cercanos al diagnóstico, sin embargo, no todos los pacientes cambian sus hábitos y hay enfermos que en ningún momento se adhieren al tratamiento; muchos otros lo hacen de forma temporal y hay quienes aprenden a cuidar su salud y este se convierte en su estilo de vida. Podría pensarse que dichos

cambios dependen de varios factores entre los que se encuentran: personalidad del paciente, redes de apoyo, costumbres sociales, economía, y hábitos previos, entre otros. En los participantes del presente estudio, la adherencia terapéutica es un factor fundamental para la longevidad en los enfermos renales, ya que 12,9% de la muestra que fue identificada con más de 10 años de enfermedad tienen una adherencia terapéutica alta y moderada. Es relevante, pues al seguir las indicaciones del personal médico, el deterioro físico es más lento.

En esta investigación se encontró que la presencia de síntomas depresivos se relaciona con menor adherencia al tratamiento, aunque con un bajo nivel predictivo, situación que coincide con Alarcón Prada (2004), quien concluye que esto puede deberse a que la depresión disminuye sus niveles de energía y su deseo de seguir viviendo, parecieran resignarse al destino, dejando de esforzarse por su bienestar físico y emocional, lo que los puede llevar a la suspensión o no adherencia al tratamiento. Contrario a lo esperado, a pesar de los niveles altos de ansiedad, no se alcanzó un nivel predictivo, indicando que la inquietud, preocupación y agitación están presentes en las personas con ERC, pero no impactan directamente en la adherencia al tratamiento.

Conclusión

Lo expuesto permite concluir que la IRC afecta a la población de ambos sexos, con edad, nivel educativo, ocupación y estado civil indistinto; la mayoría presentan únicamente IRC, aunque algunos también presentaban diabetes y/o hipertensión. El tratamiento más frecuente es la hemodiálisis seguido de la diálisis peritoneal automatizada, y la adherencia al mismo alcanza el nivel alto y moderado, donde el seguimiento médico es lo que más favorece, y la ingesta de líquidos es lo que les resulta más difícil.

En cuanto a las hipótesis planteadas inicialmente, se comprobó que la sintomatología depresiva incide negativamente sobre la adherencia al tratamiento, especialmente en cuanto al control de ingesta y el seguimiento médico, no así sobre la autoeficacia y la adherencia total. En cambio, no se encontró relación entre ansiedad y adherencia terapéutica, aunque los niveles de ansiedad fueron graves y moderados.

Entre las limitaciones del estudio se encontró la dificultad para acceder a la población en las instituciones de salud, lo que complicó el contacto con los pacientes y limitó el tamaño de la muestra, dando como consecuencia que los participantes del estudio fueran pacientes ambulatorios provenientes de población abierta que tenían una tendencia a la adherencia media o alta. A esto se sumó una alta variabilidad respecto al tiempo de padecimiento, lo que puede influir directamente en la sintomatología ansiosa y depresiva, pues el duelo relacionado con la salud será distinto en un momento reciente al diagnóstico y tras varios años bajo TRR. En este sentido sería conveniente para futuros estudios, considerar el efecto de la depresión en personas no dializadas y personas en fase terminal como proponen Shirazian et al. (2017) en lo que posiblemente se encuentren otros niveles de adherencia. Asimismo al tratarse de un estudio transversal desconocemos si la sintomatología ansiosa y depresiva antecedia a la presencia de la IRC. En cuanto a la evaluación de adherencia esta solo se realizó mediante autoinforme, por lo que no se evaluaron variables objetivas como peso, tasas de filtración, etc., que dieran mayor soporte a los resultados.

Al mostrar la asociación entre depresión y la adherencia terapéutica disminuida, se resalta la necesidad de brindar atención psicológica a los enfermos con IRC para ayudarles a transitar en el duelo que genera la pérdida de salud. El trabajo psicoterapéutico partirá de identificar el nivel de afectación, los factores contribuyentes y los recursos con los que cuenta el paciente, para implementar la intervención que le permita mejorar su regulación emocional, encontrar opciones plácenteras, reestructurar patrones de pensamiento y comportamiento poco saludables, y fortalecer estrategias de afrontamiento. De igual forma, necesitan desarrollar estilos de vida saludables, conductas de autocuidado y un sentido de vida ante la nueva condición. En el caso de deterioro avanzado o estado terminal se requiere brindar acompañamiento tanatológico y así ayudarlos a bien morir. Dada la relevancia que adquiere el soporte familiar y social para sobrellevar el estado anímico y las complicaciones de la enfermedad se considera oportuno brindar acompañamiento a los familiares y/o cuidadores.

Para futuras investigaciones se sugiere elevar el tamaño de la muestra y contar con indicadores

objetivos de adherencia; así como explorar otros factores como etapa de la enfermedad, conductas de autocuidado, afrontamiento, apoyo familiar y social, que pueden actuar como mediadores entre la sintomatología ansiosa y depresiva sobre la adherencia. Asimismo, es necesario identificar en qué medida los servicios de salud y el personal de salud toman en consideración el estado emocional de los pacientes, no solo como factor que se relaciona con la adherencia terapéutica; sino como un aspecto primordial en la atención sanitaria para favorecer la calidad de vida y el estado de salud integral al que todo ser humano tiene derecho.

Referencias

- Alarcón Prada, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 298-320.
Recuperado de <https://goo.gl/kwQTqe>
- Alarcón-Rosales, M. A. (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 15(3), 155-160.
Recuperado de <https://goo.gl/DnYC59>
- Almeida, J. P. C. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I*. (Tesis de maestría inédita). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Alonso, M. L., Sánchez, V. P. M., Vallejo, G. J. L., & Ramos, M. G. (2005). Competencia y productividad laboral de pacientes en control con diálisis automatizada. *Boletín Salud Trabajo, IMSS*, 8(47), 1-2.
- Álvarez Mabán, E. & Barra Almagíá, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 63-72.
<http://doi.org/b9wn>
- Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Madrid, España: Pearson.
- Beltrán, M. C., Freyre, M. A., & Hernández-Guzmán, L. (2012). *El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F., México.
- Castañeda-Sánchez, O., Rocha- Díaz, J.C., & Ramos-Aispuro, M. G. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(1), 7-11.
Recuperado de <https://goo.gl/jFJj9Y>

- Chisholm-Burns, M., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., ... Cooper, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 26(5), 706-713.
<http://doi.org/b9wp>
- Christensen, A. J. & Moran, P. J. (1998). Psychological aspects of end stage renal disease. En D. W. Johnson & M. Johnson (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (321-335). Amsterdam, Netherlands: Pergamon.
- Cohen, S. D., Cukor, D., & Kimmel, P. L. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(12), 2250-2255.
<http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02590316>
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
 Recuperado de <https://goo.gl/MLQXEy>
- Couzi, L., Moulin, B., Morin, M. P., Albano, L., Godin, M., Barrou, B., ... Merville, P. (2013). Factors predictive of medication nonadherence after renal transplantation: A French observational study. *Transplantation*, 95(2), 326-332.
<http://dx.doi.org/10.1097/TP.0b013e318271d7c1>
- Espinosa-Cuevas, M. A. (2016). Enfermedad renal. *Gaceta Médica de México*, 152(s-1), 90-96.
 Recuperado de <https://goo.gl/7dm3kq>
- Flores, J. C., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, ... & Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista Médica de Chile*, 137(1), 137-177.
<http://doi.org/bq8t4s>
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A., & Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventory de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
<http://doi.org/b9wq>
- García, E. M., & Vicente, F. (2011). Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *Revista de Psicología*, 2(1), 9-20.
- García, H. & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Psicología y Salud*, 18(1), 5-15.
- Giera Vives, L. & Rico González, A. (2013). Evaluación de la ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis durante un año. *Enfermería Nefrológica*, 16(1), 158-159.
<http://doi.org/b9wr>
- Gómez Arias, J. M., Naranjo Guzmán, L. Y., & Olarte Briñez, E. J. (2011). Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 21, 1-11.
<https://dx.doi.org/10.21501/16920945.67>
- Henriques, M. A. P. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos: Revisão sistemática* (Tesis doctoral). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Hiricare, Pérez-Domínguez, T., Rodríguez-Pérez, A., García-Bello, M. A., Buset-Ríos, N., Rodríguez-Esparragón, F., Parodis-López, Y., & Rodríguez-Pérez, J. C. (2012). Progresión de la enfermedad renal crónica. Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 32(3), 397-9.
<http://dx.doi.org/10.3265>
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39(S1), 1-266.
 Recuperado de <https://goo.gl/oGZWOs>
- Kugler, C., Vlaminck, H., Haverich, A., & Maes, B. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal Nursing Scholarship*, 37(1), 25-29.
 Recuperado de <https://goo.gl/J3nxA7>
- Lorenzo Sellarés, V. (2016). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al día*.
 Recuperado de <https://goo.gl/rfdcSL>
- Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
 Recuperado de <https://goo.gl/P2YBir>
- Meneses, R. F. & Ribeiro, J. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crônica: algumas palavras orientadoras. *Análise Psicológica*, 4(18), 523-528.
 Recuperado de <https://goo.gl/mGxc1H>
- Moreno Núñez, E., Arenas Jiménez, M. D., Porta Bellmar, E., Escalant Calpena, L., Cantó García, M.J., Castell García, G., ... Cases Iborra, J. M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4(7), 17-25.
 Recuperado de <https://goo.gl/DJ2iJs>
- Ochando García, A., Royuela García, C., Hernández Meca, M. E., Lorenzo Martínez, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de hemodiálisis en la adherencia terapéutica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(4), 271-276.
 Recuperado de <https://goo.gl/VukuiH>

- Olvera Arreola, S. S. (2012). *Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial* (Tesis de maestría). México, D. F., México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Páez, A., Jofré, M., & De Bortoli, M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.
Recuperado de <https://goo.gl/wiPhv5>
- Pérez Balseiro, V. (2014). Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica. *Enfoque conductual del enfermo con I. R. C. (previo a su entrada en programa de HD)*, 624(1), 1-11.
Recuperado de <https://goo.gl/vVTpYq>
- Ramírez González, T., Hernández Fernández, M., Fariña Peláez, R., & Ramírez Méndez, M. (2011). Complicaciones médicas en enfermos renales crónicos que reciben hemodiálisis periódicas. *Archivos de Medicina*, 7(1), 1-4.
<http://dx.doi.org/10.3823/065>
- 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 <https://goo.gl/v9H3no>
- Rizo González, Y. (2012). *Estudio de la adherencia terapéutica en pacientes dializados. Hospital Faustino Pérez. Matanzas 2011-2012*. Trabajo presentado en la Convención Internacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista Diversitas*, 2(2), 279-288.
Recuperado de <https://goo.gl/TwaeZJ>
- Ruiz Calzado, M. R. (2013). La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enfermería Neфрологica*, 16(4), 258-270.
<http://doi.org/b9ws>
- Santillán, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal Crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 37-46.
Recuperado de <https://goo.gl/rgYriK>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventory de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica y salud. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 25(1), 39-48.
Recuperado de <https://goo.gl/Ts1SCh>
- Secretaría de Salud. (2001). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. México D. F., México: Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2000). Estadística de egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud. *Salud Pública de México*, 43(5), 494-510.
Recuperado de <https://goo.gl/dVqos2>
- Shirazian, S., Grant, C. D., Aina, O., Mattana, J., Khorassani, F., & Ricardo, A. C. (2017). Depression in chronic kidney disease and end-stage renal disease: Similarities and differences in diagnosis, epidemiology, and management. *Kidney International Reports*, 2(1), 94-107.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kir.2016.09.005>
- Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
Recuperado de <https://goo.gl/aCXTUC>
- Soria Trujano, R., Vega Valero, Z. C., & Nava Quiroz, C. (2009). Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 17(2), 78-88.
Recuperado de <https://goo.gl/PauZiL>
- Soria Trujano, R., Vega Valero, Z., Nava Quiroz, C., & Saavedra Vázquez, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Revista de Psicología*, 7(2), 223-230.
Recuperado de <https://goo.gl/AzXgq9>
- Stedeford, A. (1991). *Encarando a morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Venado Estrada, A., Moreno López, J. A., Rodríguez Alvarado, M., & López Cervantes, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de proyectos especiales. México D. F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
Recuperado de <https://goo.gl/RTo9KA>
- Yokoyama, Y., Suzukamo, Y., Hotta, O., Yamazaki, S., Kawaguchi, T., Hasegawa, ... Fukuhara, S. (2009). Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36(3), 289-297.
Recuperado de <https://goo.gl/B2LbWy>

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2016

Fecha de aceptación: 5 de julio de 2017