



# Percepción de amenaza de la enfermedad renal crónica avanzada y su asociación con la sintomatología ansiosa y depresiva

---

**Laura Lacomba-Trejo**

*Universidad de Valencia*

**Joaquín Mateu-Mollà**

*Universidad Internacional de Valencia*

**Eva Cabajo Álvarez, Ana María Oltra Benavent, Antonio Galán Serrano,**

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), Valencia (España).*

## Resumen

Marco teórico: la percepción que tengan las personas con enfermedad crónica de su enfermedad, como es el caso de las personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), puede impactar notablemente en su ajuste emocional. Una percepción más amenazante puede asociarse con más sintomatología emocional. El objetivo general fue valorar la sintomatología ansiosa y depresiva y la percepción de amenaza de la enfermedad de pacientes con ERCA.

Método: 70 pacientes (80% varones), de entre 38-88 años (M=68,88; DT= 9,98) fueron evaluados mediante: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la de Percepción de amenaza de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t, d de Cohen y correlaciones de Pearson.

Resultados: un 41,79% presentaba sintomatología ansiosa y un 25,38% depresiva, percibían su enfermedad como moderadamente negativa. La sintomatología emocional fue mayor en las mujeres y se asoció con la percepción de amenaza de la enfermedad.

Conclusiones: es necesario conocer los factores de riesgo para desarrollar programas de intervención que incidan en ellos y favorezcan la salud física y mental del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad Renal Crónica Avanzada, Ansiedad, Depresión.

## Abstract

Theoretical framework: the perception that people with chronic disease have of their condition, such as people with advanced chronic kidney disease (AKD), can have a significant impact on their emotional adjustment. A more threatening perception may be associated with more emotional symptoms. Methods: 70 patients (80% males) aged 38-88 years ( $M=68.88$ ;  $TD=9.98$ ) were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Disease Threat Perception Scale. Descriptive analyses, t-tests, Cohen d-tests and Pearson correlations were performed.

Results: 41.79% presented anxious symptomatology and 25.38% depressive, perceived their illness as moderately negative. The emotional symptomatology was higher in women and was associated with the perception of the threat of the disease.

Conclusions: it is necessary to know the risk factors in order to develop intervention programs that affect them and favour the physical and mental health of the patient.

**KEYWORDS:** Advanced Chronic Kidney Disease, Anxiety, Depression, Perception of Disease Threat, Risk Factors.

## I. Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es la alteración estructural o funcional renal que se da durante más de tres meses, donde se observa un filtrado glomerular (FG) disminuido ( $FG < 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) y daño renal. En función de la causa de la ERCA y el nivel de FG y albuminuria se establece una clasificación del grado de ERCA, que contempla los estadios: 1, 2, 3a, 3b, 4 y 5, de menor a mayor afectación (Gorostidi et al., 2014).

La ERCA ha pasado de ser una condición no muy frecuente a una de las principales causas de enfermedad (Candelaria-Brito et al., 2018). Así, uno de cada diez adultos padece ERCA, siendo mucho más frecuente en hombres que en mujeres (2/3 de los pacientes son hombres) (Romero et al., 2019). Su incidencia incrementa cada año (Secretaría de Salud, 2001) debido a la gran prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) en la población general, factores que se asocian a la progresión de la enfermedad (Romero et al., 2019).

La ERCA ocupa el 15<sup>o</sup> puesto dentro de las 20 causas principales de morbilidad hospitalaria, y está considerada una de las principales enfermedades en la disminución de la esperanza de vida por la incapacidad que genera (Secretaría de Salud, 2001). Por ello, se considera que la ERCA constituye un problema de creciente interés, especialmente por el gran coste económico, social y personal que tiene, lo que repercute individual y mundialmente (Zambrano, Linaris, & Campos, 2010).

La ERCA puede llevar asociados problemas de dislipidemia, DMT2, HTA y depresión, a lo que se le unen dificultades sexuales, por ello, la mayoría de las personas con ERCA ven su calidad de vida

relacionada con la salud notablemente afectada (Monzón et al., 2019). Del mismo modo, más de la mitad de los pacientes con ERCA presentan sintomatología depresiva y aunque se ha señalado que son menos los pacientes que muestran sintomatología ansiosa (Hiricare et al., 2012). La presencia de la sintomatología emocional se ha asociado a las continuas situaciones vitales estresantes a las que se han de enfrentar (Zouari et al., 2011). Algunas de estas situaciones están relacionadas con la ERCA y otras con su tratamiento (Cabrera, 2004), como, por ejemplo: el cambio de dieta que pasa a ser muy restringida, la disminución de la toma de líquidos y la ingesta de fármacos. Lo anterior, va unido a un descenso de las habilidades físicas y cognitivas y sintomatología física como: náuseas, cansancio, mareo o dificultades para dormir, lo que reduce su independencia y da lugar a un cambio de rol a nivel social, familiar y laboral (Theofilou, 2011; Zouari et al., 2011).

Por todo lo anterior, las personas con ERCA pueden mostrar sintomatología emocional, lo que genera un gran impacto en su adherencia al tratamiento y puede influir por tanto en el curso y desenlace de la enfermedad. Concretamente, la sintomatología depresiva se asocia con el abandono total del tratamiento, y la ansiosa con el incumplimiento de este (Alarcón, 2004; Cohen, Cukor, & Kimmel, 2016; Rojas-Villegas, Ruíz-Martínez, & González-Sotomayor, 2017). Siendo variables mediadoras en la evolución de la ERCA por su influencia en la adherencia terapéutica, lo que puede dificultar los síntomas físicos e incidir de nuevo en el estado emocional (García & Calvanese, 2008; Karczewski, Keane, & Agarwal, 2019).

Ahora bien, la percepción de amenaza de la enfermedad (PAE) que tenga el paciente puede influir en su ajuste físico y emocional. La PAE hace referencia a las representaciones mentales

que tiene la persona de su enfermedad, en relación a la identidad (nombre y síntomas), causas, consecuencias, curso y control de la misma (Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Petrie & Weinman, 2012). En este sentido, parece que quienes perciben como más amenazante su enfermedad, presentan más ansiedad, depresión y peor calidad de vida (Broadbent et al., 2015; Chew et al., 2017; García-Martínez et al., 2021; Nowicka-Sauer et al., 2016; Valero-Moreno et al., 2020).

El procesamiento de la respuesta emocional y cognitiva a la enfermedad favorece la regulación emocional de los pacientes y con ello, la adaptación a su situación, lo que, del mismo modo, puede modificar su representación cognitiva o emocional (Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Petrie & Weinman, 2012). Lo anterior, se hace especialmente importante en el caso de las enfermedades crónicas como la ERCA, ya que constituye un problema de salud continuo que requiere un manejo estricto a lo largo de los años, así como cambios en los estilos de vida, observándose que la PAE puede afectar al curso y desenlace de la enfermedad (Bodenheimer et al., 2002).

Uno de los aspectos relevantes dentro de la PAE, es la comprensión que tenga que el paciente sobre su condición, ya que puede impactar positivamente en el cumplimiento de las pautas del tratamiento de la ERCA (dieta, ejercicio y medicación), lo que mejora el pronóstico de la enfermedad, y puede retrasar la diálisis (Thorpe et al., 2016). De hecho, la intervención sobre la PAE que tienen los pacientes mediante programas psicoeducativos puede mejorar la adherencia al tratamiento (Broadbent et al., 2009; Keogh et al., 2011), interviniendo también sobre los problemas emocionales (Cabralés-Arreola et al., 2017), mejorando así el curso y desenlace de la ERCA. A pesar de lo relevante que puede ser el estudio

de la PAE en personas con ERCA, así como de su asociación con la sintomatología emocional, son muy pocos los estudios que se centran en este colectivo, y muchos menos en España. Es por ello por lo que el presente estudio prende: (1) conocer los niveles de sintomatología emocional, así como la PAE en adultos con ERCA; (2) observar si se dan diferencias en estas variables en función de variables sociodemográficas; (3) analizar las posibles asociaciones entre la sintomatología emocional y la PAE en adultos con ERCA.

## II. Método

### Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es observacional, correlacional y transversal de pase único en único momento temporal.

### Participantes

Los participantes fueron 70 pacientes de edades entre 38-88 años ( $M=68,88$ ,  $DT=9,98$ ), seguidos en la Unidad de Nefrología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y diagnosticados de ERCA, un 80% eran hombres ( $n=56$ ). Un 14,29% había sido hospitalizado una vez, un 5,71% dos veces y un 5,71% tres veces o más. Un 17,14% había asistido a urgencias una vez en el último año, un 11,43% dos veces y un 11,43% tres veces o más. El resto no había sido hospitalizado (74,28%) ni había acudido a urgencias (60%) en el último año. En cuanto a los datos sociodemográficos de interés, un 84,85% vivía acompañado, para más información consultar la Tabla 1.

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas

Variable	Categoría	%
Nivel académico	Desconocido	1,54
	Primarios incompletos	29,23
	Primarios completos	27,69
	Secundarios	27,69
	Superiores	13,85
Estado civil	Soltero	7,69
	Casado/Pareja	72,31
	Viudo	10,77
	Divorciado	9,23
Ocupación	Activo	3,08
	Desempleado	6,15
	Baja temporal	1,54
	Incapacidad	10,77
	Jubilación	78,46

La evaluación se llevó a cabo por un psicólogo en un único pase y momento temporal. El paciente había sido remitido desde la Unidad de Nefrología a la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud para su valoración dentro del protocolo del Proyecto de la Escuela del Paciente Renal. El paciente fue informado del procedimiento a seguir, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Tras la firma del consentimiento informado, se le administraban los cuestionarios. Dos psicólogos sanitarios entrenados llevaron a cabo las evaluaciones de manera estandarizada. El estudio se llevó a cabo respetando el anonimato en todo momento, y siguiendo la Declaración de Helsinki (2013).

Como criterio general de inclusión para formar parte del estudio estaba tener ERCA en estadio 3b o superior. Se excluyeron aquellos pacientes con patologías psicológicas previas al estudio y con deterioro cognitivo. El presente estudio contó con el aval del Comité Ético De Investigación Clínica del Consorcio Hospital General Universitario de

Valencia a fecha 11 de enero de 2018.

## Mediciones

Se utilizaron registros ad hoc para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas. La recolección se realizó, preguntando directamente al paciente. Las variables psicológicas analizadas fueron:

Sintomatología ansiosa y depresiva a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), en su versión adaptada al español de Ibáñez y Caro (1992). Valora la sintomatología ansiosa y depresiva de corte cognitivo, dejando de lado la somática, siendo lo anterior especialmente útil en personas con enfermedad física. Está compuesta por 14 ítems que forman dos subescalas, los ítems impares dan lugar a la subescala de ansiedad (HADS-A) y los pares a la de depresión (HADS-D). La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3, siendo 0 la mínima puntuación o no presencia de sintomatología y 3 la máxima presencia de esta. Después de invertir los ítems 1, 3, 6, 8, 10, 11 y 13, se pueden obtener los valores de sintomatología ansiosa y depresiva, y mediante el sumatorio de las dos subescalas se puede acceder a una puntuación total de malestar emocional. Los puntos de corte de la escala se pueden consultar en la Tabla 2.

Tabla 2 Interpretación de las puntuaciones de las escalas del HADS

	Ansiedad	Depresión	Malestar Emocional
Normal o Ausencia	0-7	0-7	<20
Caso Probable	8-10	8-10	-
Problema Clínico	>10	>10	≥20

Nota: Extraído de Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1<sup>o</sup>, por L. Lacomba-Trejo, S. Casaña-Granell, M. Pérez-Martin e I. Montoya-Castilla, 2017, *Revista de Calidad de Vida y Salud*, 10(1), pp.10-22.

mediante el Brief-Illnes Perception Questionnaire (BIP-Q) de Broadbent, Petrie, Main y Weinman (2006), en su versión adaptada al español (Pacheco-Huergo et al., 2012). El cuestionario está compuesto por nueve ítems que forman cada uno un factor (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad). Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 10, en función del grado de acuerdo con las cuestiones planteadas, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo. La suma de todos ellos da lugar a la puntuación general del BIP-Q que puede interpretarse como el grado en que la personas percibe la enfermedad que padece como amenazante. La puntuación del factor total se obtiene mediante el sumatorio de los ítems de la escala habiendo previamente invertido los ítems 3, 4 y 7 antes de realizar el sumatorio. En este sentido, una mayor puntuación en la escala, representa una mayor percepción de amenaza. Los estudios han señalado que la consistencia interna del BIP-Q es adecuada, y se encuentra entre 0,67 y 0,89 (Broadbent et al., 2006; Valero-Moreno et al., 2020).

### Análisis de datos

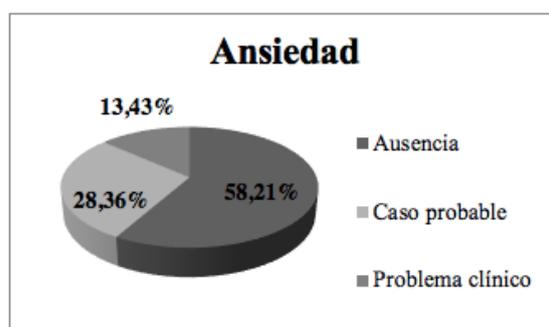
Se llevaron a cabo análisis descriptivos, pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk, y se observó que los datos cumplían con los supuestos de normalidad. Por ello se realizaron pruebas t para muestras independientes para observar las diferencias entre hombres y mujeres, calculando el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. Se consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos 0,2, medios 0,5 y altos 0,8 (Cohen, 1988). Por último, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas, todo ello, mediante el programa estadístico SPSS 26.0.

## III. Resultados

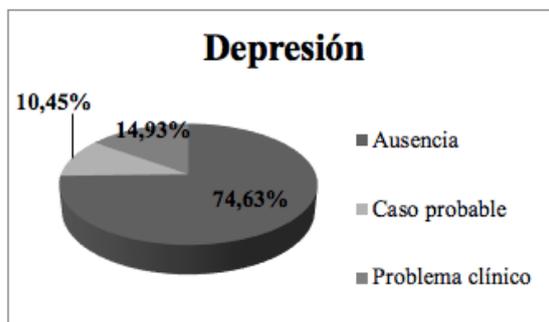
### Análisis descriptivos

#### Sintomatología ansiosa y depresiva

Las puntuaciones medias en ansiedad, depresión y malestar emocional fueron moderadas (Tabla 3). Así, un 41,79% de los pacientes con ERCA muestra sintomatología ansiosa, de ellos un 13,43% presenta un diagnóstico clínico de ansiedad (Figura 1).



tes con ERCA presentaba sintomatología depresiva. Observándose que un 14,93% mostraba un diagnóstico clínico de depresión, y un 10,45% un caso probable de depresión (Figura 2).



informó de un problema clínico de malestar emocional.

### Percepción de amenaza de la enfermedad

Los pacientes perciben la ERCA como moderadamente amenazante (M=4,93; DT= 1,26). Señalándola como muy duradera, pero mostrando una posición media en cuanto a: comprensión de la enfermedad, afectación emocional, preocupación, síntomas que les ocasiona, consecuencias sobre su vida y control personal de la enfermedad. Los pacientes señalaron el tratamiento como poco limitante en su vida diaria (Tabla 3).

nuestra muestra reflejaron más consecuencias de la enfermedad, estaban más preocupadas por sus consecuencias y percibían más síntomas asociados a la ERCA, además tenían menos control y conocimiento sobre la ERCA y pensaban que el tratamiento era menos útil. En contraposición, informan de una menor afectación emocional. Ahora bien, en general, las mujeres percibían la ERCA como más amenazante y mostraban más síntomas depresivos que los hombres.

Tabla 3 Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

	Escalas	M	DT	Min	Máx
BIP-Q	Consecuencias	5,09	2,78	0	10
	Duración	8,54	2,14	3	10
	Control personal	4,16	2,81	0	10
	Control por el tratamiento	2,30	2,00	0	9
	Síntomas	3,52	3,27	0	10
	Preocupación	6,38	3,32	0	10
	Comprensión	4,52	3,16	0	10
	Respuesta emocional	4,54	2,97	0	9
	Ansiedad	6,21	2,82	2	15
	Depresión	4,91	4,51	0	19
HADS	Malestar Emocional	11,12	5,89	4	31

Nota. M= Media; DT= desviación típica; Min= mínimo; Máx= máximo

## sexo

En referencia a los análisis de diferencias por sexo, cabe señalar que el número de mujeres (n=14) fue notablemente menor que el de hombres (n=56, 80%). Aún así, nuestros datos indicaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la duración de la enfermedad, siendo las mujeres quienes más duradera la percibían. Asimismo, las mujeres fueron también quienes más ansiedad y malestar emocional presentaron (Tabla 4). Obteniendo en todos los casos un tamaño del efecto moderado. A pesar de que no se dieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el resto de las variables a estudio, se observa que las mujeres de

Tabla 4 Diferencias de medias en función del sexo

Escalas	t	gl	p	Mm	DTm	Mh	DTh	
	<i>d</i>							
Consecuencias	,87	63	,39	,25	5,69	3,20	4,94	2,68
Duración	2,33	29,60	,03	,62	9,46	1,39	8,31	2,24
Control personal	-,33	62	,75	,11	3,92	2,50	4,21	2,90
Control por el tratamiento	-1,22	62	,23	,42	1,67	1,50	2,44	2,08
Síntomas	1,09	15,04	,29	,37	4,62	4,25	3,25	2,96
Preocupación	1,41	63	,16	,46	7,54	2,82	6,10	3,39
Comprensión	-,37	63	,71	,11	4,23	3,47	4,60	3,11
Respuesta emocional	-,21	63	,84	,06	4,38	3,57	4,58	2,84
Total	1,65	62	,10	,51	5,46	1,36	4,80	1,21
Ansiedad	2,90	15,93	,01	1,59	8,50	3,55	5,60	2,27
Depresión	1,09	65	,28	,32	6,07	4,81	4,60	4,42
Malestar Emocional	2,57	65	,01	,68	14,57	7,42	10,21	5,13

Nota: t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideramos valores pequeños de

tamaño del efecto aquellos =0,2, medios =0,5 y altos =0,8; Mm= Media mujeres; DTm= desviación típica mujeres; Mh= Media

hombres; DTh= desviación típica hombres.

## Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio (percepción de amenaza de la enfermedad, ansiedad, depresión y malestar emocional). La percepción de amenaza de la ERCA se asoció de manera lineal, positiva, moderada y significativa con la ansiedad (r=0,26, p< ,05), la depresión (r=0,43, p< ,001) y el malestar emocional (r=0,44, p< ,01). Las asociaciones más fuertes se dieron con las consecuencias y síntomas de la ERCA, la preocupación y la respuesta emocional que generaba en los pacien-

tes (Tabla 5).

Tabla 5 Asociaciones entre las variables a estudio

	CON	D	CP	CT	S	PE	COM	RE
<b>Ansiedad</b>	,148	,141	-,098	-,061	,205	,265*	-,135	,256*
<b>Depresión</b>	,388**	,160	,151	,038	,268*	,255*	,026	,236
<b>Malestar Emocional</b>	,365**	,188	,070	,001	,299*	,317*	-,043	,299*

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ ; CON=consecuencias; D=duración; CP=control personal; CT=control por tratamiento;

S=síntomas; PE=preocupación; COM=comprensión; RE=respuesta emocional

En cambio a lo anterior, quienes presentaban más síntomas ansiosos, también mostraban más síntomas depresivos ( $r=0,25$ ,  $p \leq ,05$ ).

## IV. Discusión

Dando respuesta a los objetivos planteados de: (1) conocer los niveles de sintomatología emocional, así como la PAE en adultos con ERCA; (2) observar si se dan diferencias en estas variables en función de variables sociodemográficas; (3) analizar las posibles asociaciones entre la sintomatología emocional y la PAE en adultos con ERCA, encontramos que un gran porcentaje de los pacientes con ERCA de nuestra muestra presentan sintomatología ansiosa y en menor medida, muestra sintomatología depresiva. En nuestro caso, es más prevalente la sintomatología ansiosa que depresiva, aspecto que no va en la línea de los estudios anteriores consultados (Hiricare et al., 2012). Posiblemente porque para el presente trabajo, se ha utilizado una escala propia para pacientes hospitalarios, que descarta la sintomatología somática que puede confundirse con los síntomas propios de una enfermedad física (Castresana et al., 1995), y que están presentes en otros cuestionarios, lo que podría hacer que las puntuaciones se diferenciaron notablemente. Los datos muestran cómo la convivencia con una enfermedad crónica como la ERCA

impacta notablemente en la salud psicológica de las personas que la padecen. La incertidumbre asociada a la enfermedad, y las limitaciones que genera como el cambio en la rutina y los hábitos relacionados con la salud (Theofilou, 2011; Zouari et al., 2011), puede repercutir de manera negativa en el bienestar psicológico de los pacientes. Este aspecto es especialmente reseñable en el caso de las mujeres que son quienes más síntomas ansiosos y malestar emocional presentan, tal y como ocurre en la población normal y en otras poblaciones con enfermedades crónicas (Mateu-Mollà, Valero-Moreno y Lacomba-Trejo, 2018). No obstante, llama la atención, que no se observan diferencias en relación con el sexo y la sintomatología depresiva; hombres y mujeres presentan niveles similares de síntomas depresivos. Tal vez sea porque tal y como señalan los estudios, en los hombres con ERCA se ve un mayor deterioro y gravedad de la enfermedad, por lo que la sintomatología física y emocional puede ser mayor que en las mujeres (Romero et al., 2019).

En la línea de lo anterior, los pacientes perciben la ERCA como moderadamente amenazante, sobre todo, ven la enfermedad como duradera y están notablemente preocupados por ella. Este dato resulta reseñable porque los pacientes de otros estudios, con una enfermedad crónica no perciben su enfermedad como tan amenazante (Adrián-Arrieta & Casas-Fernández, 2017; Weldam et al., 2013). No obstante, cabe señalar que hay pacientes de nuestra muestra que no perciben la ERCA como amenazante, quizás debido a un menor conocimiento acerca de ella o a un proceso de negación de la enfermedad (Lissanu et al., 2019).

Por otra parte, en cuanto a las diferencias de sexo, como sucedía en estudios anteriores (Adrián-Arrieta & Casas-Fernández, 2017; Pesut et al., 2014), en el presente estudio no encontra-

mos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la PAE total, pero sí observamos que las mujeres percibían la enfermedad como más duradera. Como en el caso anterior, este aspecto se podría deber a los procesos cognitivos experimentados por los pacientes, pero también a las diferencias entre el tamaño muestral de los grupos. Quizás, si en futuras investigaciones se ampliara el número de participantes se podría percibir diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se ve un tamaño del efecto moderado de una variable sobre otra. Además de lo anterior, si se equiparara la muestra por sexos, quizás los resultados serían diferentes. No obstante, cabe señalar que nuestro estudio refleja la realidad clínica, es decir el mayor impacto de la ERCA en los hombres (Romero et al., 2019).

Por otra parte, nuestro estudio evidencia que los pacientes que muestran más síntomas ansiosos y depresivos, así como un mayor índice de malestar emocional, también informan de una peor percepción de la enfermedad. En concreto, aquellos pacientes con más síntomas depresivos y malestar emocional perciben más consecuencias, síntomas y preocupaciones asociados a la ERCA. Las preocupaciones y la respuesta emocional se asocian con más síntomas ansiosos. Ahora bien, llama la atención, que el conocimiento que creen que tienen los pacientes sobre la ERCA no se asocia con la sintomatología emocional.

Futuros estudios, podrían evaluar el conocimiento objetivo que tienen los pacientes acerca de la enfermedad, y observar si se asocia con la percepción subjetiva que tiene el paciente de la enfermedad. Algunos trabajos, encuentran que los indicadores objetivos no se asocian con la percepción del paciente (Carcelén-Gadea et al., 2017). Nuestro estudio señala la importancia de la PAE en el procesamiento cognitivo y emocional de la

ERCA, ya que una mayor PAE parece dificultar la regulación emocional de los pacientes (Lau, Bernard & Hartman, 1989; Petrie & Weinman, 2012), observándose en ellos mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Osorio-Lucena, Segura, & Montoya-Juárez, 2019).

De los resultados obtenidos se objetiva que desde la perspectiva del paciente con ERCA la percepción global que tiene sobre su enfermedad es parcialmente negativa. Estudiar las creencias sobre la enfermedad, la ansiedad y el estado de ánimo de los pacientes con ERCA podría mejorar la atención que se les ofrece a los pacientes (Adrián-Arrieta y Casas-Fernández, 2017), proponiendo intervenciones multidisciplinares (Karczewski, Keane & Agarwal, 2019) que aborden su sintomatología emocional (Cabrales-Arreola et al., 2017), mediante la modificación de la representación cognitiva y emocional de su enfermedad (Lau et al., 1989; Petrie & Weinman, 2012).

Los datos presentados señalan la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección en las personas con ERCA, para poder desarrollar e implementar programas de intervención, teniendo en cuenta la importancia de las variables psicológicas en la adaptación a la ERCA. Lo anterior, puede ayudar a aumentar su adaptación a la enfermedad, favoreciendo su bienestar psicológico y calidad de vida, reduciendo los factores de riesgo asociados.

## IV. Bibliografía

Adrián-Arrieta, L., & Casas-Fernández de Tejerina, J.M. (2018). Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Semergen*, 44(5), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2017.10.001>

- Alarcón, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 298-320.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Broadbent, E., Ellis, C.J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K.J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.001>.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 30(11), 1361–1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Cabrales-Arreola, J., Sánchez-Estrada, M., Ojeda-Vallejo, I., Monterubio-Flores, E., & Hernández-Girón, C. (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.
- Candelaria-Brito, J.C., Gutiérrez-Gutiérrez, C., Bayarre-Vea, H.D., Acosta-Cruz, C., Montes de Oca, D.M., & Labrador-Mazón, O. (2018). Caracterización de la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Revista Colombiana de Nefrología*, 5(2),166-178. <https://doi.org/10.22265/acnef.0.0.308>
- Carcelén-Gadea, L., Mateu-Mollá, J., Sanz-Cruces, J.M., Lacomba-Trejo, L., Quintanilla-Bordás, C., Carvajo-Alvarez, E., & Cervelló-Donderis, A. (noviembre de 2017). Impacto de la discapacidad y su percepción subjetiva en la sintomatología psicológica de pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente. Presentado en la LXIX Reunión de la Sociedad Española de Neurología. Valencia, España.
- Castresana, C., García-Estrada, A., & González, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130. <https://doi.org/0213-0599/95/11.04/126>
- Chew, B.-H., Vos, R. C., Heijmans, M., Shariff-Ghazali, S., Fernandez, A., & Rutten, G. E. H. M. (2017). Validity and reliability of a Malay version of the brief illness perception questionnaire for patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0394-5>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- 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.
- 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.
- García-Martínez, P., Ballester-Arnal, R., Gandhi-Morarr, K., Castro-Calvo, J., Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Saus-Ortega, C., Montejano-Lozoya, R., Sosa-Palanca, E.M., Gómez-Romero, M.d.R., & Collado-Boira, E. (2021). Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 18, 536. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020536>
- Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández-Fresnedo, G., Galceráne, J.M., Goroicochea, M., Goroigoicochea, M., Oliveras, A., Portolés, J., Rubio, E., Segura, J., Aranda, P., de Francisco, A.L.M., del Pino, M.D., Fernández-Vega, F., Górriz, J.L., Luño, J., Marín, R., Martínez, I., Martínez-Castelao, A., ... Ruilope, L.M. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(3), 302-316. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>
- 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), 397-399. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11379>
- Jalón, A., Álvarez, M., Gorostidi, M., y Escaf, S. (2019). Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 45(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006>.
- Karczewski, S.A., Keane, M., & Agarwal, N. (2019) Psychological Aspects and Challenges of Living with Chronic Kidney Disease for Adolescents. En M. Haddad, E. Winnicki y S. Nguyen (Eds.) *Adolescents with Chronic Kidney Disease*. Springer: Cham.
- Keogh, K.M., Smith, S.M., White, P., McGilloway, S., Kelly, A., Gibney, J., & O'Dowd, T. (2011). Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. *American Journal of Managed Care*, 17, 105-13.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 8(2), 195-219.
- Lissanu, L., López, F., King, A., Robinson, E., Almazán, E., Metoyer, G., Quin, M., Peek, M.E., & Saunders, M.R. (2019). "I Try Not to Even Think About My Health Going Bad": a Qualitative Study of Chronic Kidney Disease Knowledge and Coping Among a Group of Urban African-American Patients with CKD. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6(3), 625-634. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00561-4>.

- Mateu-Mollà, J., Valero-Moreno, S., & Lacomba-Trejo, L. (2018). Impacto económico y social de la comorbilidad ansiosodepresiva en mujeres tras infarto agudo de miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 6(21), 18-23.
- Monzón, A.J., Álvarez, M., Gorostidi, M., y Escaf, S. (2019). Problemas de la esfera sexual en paciente renal. *Medicina de familia SEMERGEN*, 45(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Nowicka-Sauer, K., Banaszkiwicz, D., Staskiewicz, I., Kopczynski, P., Hajduk, A., Czuszyńska, Z., Ejdys, M., Szostakiewicz, M., Sablińska, A., Kaluzna, A., Tomaszewska, M., & Siebert, J. (2016). Illness perception in Polish patients with chronic diseases: Psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1739–1749. <https://doi.org/10.1177/1359105314565826>
- Osorio-Lucena, A., Segura, B., Montoya-Juárez, R., García, M.P. (2019 en prensa). Percepción subjetiva del tiempo y evaluación del estado emocional de pacientes con enfermedad crónica avanzada. *Evidentia*. Recuperado de: <http://ciberindex.com/c/ev/e10731>
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., ... Del Val, J. L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atencion Primaria*, 44(5), 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Pesut, D., Raskovic, S., Tomic-Spiric, V., Bulajic, M., Bogic, M., Bursuc, B., & Peric-Popadic, A. (2014). Gender differences revealed by the Brief Illness Perception Questionnaire in allergic rhinitis. *The Clinical Respiratory Journal*, 8(3), 364-8. <https://doi.org/10.1111/crj.12082>.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60–65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>
- 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. Doi: 10.5354/0719-0581.2017.46859
- Romero, N., Pérez, P., Pérez, J., Pérez, K., Reyes, J., & Rodríguez, A. (2019). Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Revista Cubana De Urología*, 8(1). Recuperado de <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/461/498>
- Secretaría de Salud. (2000). Estadística de egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud. *Salud Pública de México*, 43(5), 494-510.
- Theofilou, P. (2011). Quality of life in patients undergoing hemo- dialysis or peritoneal

- dialysis treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, 3(3), 132-138. <https://doi.org/10.4021/jocmr552w>.
- Thorpe, R.J., Fesahazion, R.G., Parker, L., Wilder, T., Rooks, R.N., Bowie, J.V., Bell, C.N., Szanton, S.L., & LaVeist, T.A. (2016). Accelerated health declines among African Americans in the USA. *Journal of Urban Health*, 93(5), 808–819.
- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Grannell, S., Prado-Gascó, V.J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Psychometric properties of the Questionnaire on Threat Perception of Chronic Illnesses in pediatric patients. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 28, e3242.
- Weldam, S.W., Lammers, J.W., Decates, R.L., & Schuurmans, M.J. (2013). Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Psychological determinants: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 11(1), 190-198. Doi: 10.1186/1477-7525-11-190.
- Zambrano, J.D., & Campos, T.M (2010). *Impacto económico de las terapias de sustitución renal en el gasto público en salud de Venezuela*. (Tesis doctoral). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Disponible en: <https://www.ucab.edu.ve/tesis-digitalizadas2/search/plan/.../ths.../desc.htm>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- Zouari, L., Elleuch, M., Feki, I., Allouch, C., Yaich,
- S., Ben Thabet, J., Zouari, N., Jarraca, F., Hachicha, J., & Maalej, M. (2011). Depression in chronic hemodialysis patients: Report of 106 cases. *Journal Medical Tunisie*, 89(2), 157-62. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.202785>