



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 3

Septiembre de 2021

CONDICIONES PSICOSOCIALES DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y CUIDADORES¹

María Estela Flores Ortiz², Brenda Itzel López Quiroz³, Josué Fidel Rojas Mora⁴ y Rosa Martha González Cisneros⁵

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado México

RESUMEN

La enfermedad renal crónica es un padecimiento frecuente en México debido a la presencia de diabetes e hipertensión. La hemodiálisis es un tratamiento paliativo que se realiza en el hospital, requiere del apoyo constante del familiar, apego a una alimentación específica, disminución de la ingesta de agua, entre otras restricciones, que representan una serie de pérdidas para su vida y que permiten preguntar ¿Cuáles serán las condiciones psicosociales de pacientes y cuidadores? Para responderla, se realizó un estudio descriptivo donde participaron 39 enfermos y 19 cuidadores a quienes se aplicó el Cuestionario de la Vida Cotidiana, para explorar el grado de información sobre la enfermedad, estado emocional, familia, entre otros; para conocer el nivel de depresión se utilizó, el Inventario de Beck. Los resultados mostraron que los cuidadores tuvieron mayor información que los pacientes (86% ,59%), al igual que la

1 Esta investigación fue financiada por el Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación PAPIME UNAM PE312918 Facultad de Estudios Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: estela_fo@hotmail.com

2 Facultad de Estudios Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: estela_fo@hotmail.com

3 Facultad de Estudios Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico. britzilou@gmail.com

4 Facultad de Estudios Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico josefr93@gmail.com

5 Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado. Correo electrónico: roskigc@gmail.com

autonomía y autoestima (72% y 62%). Ambos presentaron depresión moderada, sintiéndose fastidiados, cansados y enojados. El 32% de los pacientes se comunican y el 30% realizan más actividades de esparcimiento que los cuidadores. En conclusión, conocer las condiciones psicosociales de pacientes y cuidadores permitió comprender las necesidades individuales y grupales para construir un plan de acción multidisciplinario.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, hemodiálisis, factores psicosociales, proceso de duelo, cuidador primario

PSYCHOSOCIAL CONDITIONS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AND CAREGIVERS

ABSTRACT

Chronic kidney disease is a frequent condition in Mexico due to the presence of diabetes and hypertension. Hemodialysis is a palliative treatment that is carried out in the hospital, it requires the constant support of the family member, adherence to a specific diet, decrease in water intake, among other restrictions, which represent a series of losses for his life and that allow to question What will be the psychosocial conditions of patients and caregivers? To answer it, a descriptive study was carried out in which 39 patients and 19 caregivers participated, to whom the Daily Life Questionnaire was applied, to explore the degree of information about the disease, emotional state, family, among others; To know the level of depression, the Beck Inventory was used. The results showed that the caregivers had more information than the patients (86% 59%). As the autonomy and self-esteem (72% and 62%). Both were moderately depressed, feeling annoyed, tired, and angry. 32% of patients communicate and 30% carry out more leisure activities than caregivers. In conclusion, knowing the psychosocial conditions of patients and caregivers allowed understanding the individual and group needs to build a multidisciplinary action plan.

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis psychosocial factors, mourning process, primary caregiver.

En México, la enfermedad renal crónica se incrementó significativamente. En el año 2001 la proporción era de 338 pacientes por cada millón de habitantes, trece años después se observó un incremento de 1 230 enfermos más y para el 2018, la suma total fue de 129 000 (Cortes, Álvarez, Orozco, Soto, Martínez y Cueto, 2017) (Barba, 2018). Esta situación representa un problema grave que impacta a varios sectores. Al sistema de salud por la exorbitante carga económica derivada del costo de la infraestructura que implica el tratamiento paliativo (hemodiálisis), cuyo gasto anual aproximado en el 2011 fue de once mil millones de pesos (Durans, Ávila, Zendejas,

Vargas, Tirado Y López, 2011), nueve años después, según Sánchez, Cruz, Mariño Hernández y García (2020) es de 783 780. 44 pesos per cápita. También impacta por la pérdida de la fuerza laboral, la inversión en la jubilación o la pensión y a la sociedad porque representa que el estilo de vida actual, perjudica a la salud y al bienestar; pero fundamentalmente al paciente que, ante la falta de salud, pierde sus ilusiones, sus planes y el significado de su vida actual (Flores y González 2017), repercutiendo fuertemente en la vida familiar.

La enfermedad renal y el procedimiento de hemodiálisis

Los riñones realizan las siguientes funciones: filtrar la sangre, eliminar algunos productos finales del metabolismo, regular los líquidos y electrolitos en el cuerpo, mantener el equilibrio ácido-base, secretar hormonas como la eritropoyetina y renina, regular el fosforo y calcio a través de la vitamina D. Cuando se presentan alteraciones funcionales o estructurales del riñón por más de tres meses, identificadas por la biopsia renal, independientemente de la causa y/o una tasa de filtración glomerular menor de 60 ml/min/m² de superficie corporal⁶ se considera que el paciente presenta enfermedad renal crónica (ERC) (Ruiz, García, Ojeda, Moyano y Soriano 2019). Se manifiesta por la presencia de proteínas en orina (albuminuria), sangre microscópica (hematuria microscópica) y alteraciones en el sedimento urinario, dando como consecuencia el Síndrome Urémico. Provocando deterioro de múltiples sistemas, aparatos y órganos, por las alteraciones de las funciones bioquímica y fisiológicas (Gutiérrez, Domínguez, Acevedo, 2003), (Secretaria de Salud 2009), (Mojena, Suárez, Ruíz, Blanco y Carballo 2018).

Las manifestaciones clínicas que se presentan al inicio de la enfermedad expresan las alteraciones que se tienen en otros órganos y sistemas, siendo: Sistema nervioso: encefalopatía urémica que puede llegar a coma, alteraciones en la memoria, disminución en la concentración, insomnio, somnolencia. Hematológicas: anemia, trastorno de la coagulación (moretones, sangrados), decremento de las defensas. Cardiovascular: hipertensión, infartos, dolor, disminución en la circulación, arritmias. Óseo y muscular: calambres, síndrome de piernas inquietas,

6 (Etapa 1 de cinco cuando disminuye hasta menos de 16 ml/min/m²) (Sellarés 2020)

enfermedades óseas, artritis (después de 5 años con la enfermedad). Respiratorio: derrame pleural, edema pulmonar (edema en tejidos blandos). Digestivo: anorexia, náuseas, vómito, desnutrición, ascitis, aliento urémico. Endocrino y metabolismo: intolerancia a la glucosa, alteración en tiroides y páncreas. Sexual: amenorrea, disfunción sexual. Piel: palidez por anemia, acumulación de pigmentos de los metabolitos (color amarillento, comezón, escarcha y aroma urémico, resequedad, úlceras), por las transfusiones se acumula el hierro y da una coloración grisácea o bronceína (Henao, 2020) (Mojena, *Op. Cit*).

Cuando el paciente se encuentra en la etapa cinco de la ERC, de acuerdo con la National kidney Foundation Guía KDIGO (2009) se recomienda el tratamiento de reemplazo. La hemodiálisis es el procedimiento de depuración que se realiza extracorpóreamente a través de la máquina de hemodiálisis, donde se elimina sustancias tóxicas, excreción de agua y solutos, regulación de los equilibrios ácido base. De acuerdo a las condiciones de cada enfermo, deberá asistir de dos o tres sesiones por semana con una duración de aproximadamente entre tres a cinco horas. Es un tratamiento muy agresivo que ocasiona un gran deterioro físico, mental, social y emocional (López, Baca, Guzmán, Ángeles, *et. al.* 2017) (Sellares 2020). Los efectos adversos que pueden presentarse durante y después del procedimiento son: aumento en la comezón, trastornos del sueño como insomnio y somnolencia, apnea de sueño, dolor de cabeza y piernas, hipotensión, calambres, trastornos electrolíticos (potasio), depresión (Gago y Grande, 1991) (National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2007), (Mojena, 2018). Si bien lo mencionado anteriormente es importante, el riesgo mayor es la muerte que puede presentarse por: baja de la tensión arterial de los niveles de oxígeno, arritmias, hemólisis, hemorragias, coagulación intravascular, embolia gaseosa, infarto (Matarán, Aguilar y Muñoz, 2013) (De Arriba, 2021).

El tratamiento con hemodiálisis debe ser individualizado, el pronóstico de sobrevida global a 5 años es del 47%, la sobrevida se reduce cuando la ERC está relacionada con la edad avanzada y comorbilidades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (Pinares, Meneses y Bonilla, Ángeles y Cieza, 2018) (Sánchez, Cruz, Mariño, Hernández y García, 2020).

A partir de la noticia

Cuando el paciente escucha, enfermedad incurable, la sorpresa, el desconcierto, la duda, lo invaden, así como la presencia de la muerte cercana (Mendoza, González, Cabrera y Arzate, 2016). El impacto en este primer momento es tan fuerte que, se duda de la situación y se niega; recursos que permiten defenderse psicológicamente de una realidad cruel y amenazante. Las palabras del médico se oyen, pero no se comprenden, es imposible percibir la magnitud de la situación y como autómatas se reciben las instrucciones para el siguiente paso, la hemodiálisis. A este momento, Bowlby (1980) y Kavanaugh (1972) citados en Quintanar 2010 y Rojas, Olivia y González (2017) lo denominaron estado de shock. Ante el impacto de la noticia, la mente se bloquea, se evade de la realidad, como una respuesta inconsciente para no perder la razón. Casi simultáneamente se presenta la confusión, falta de claridad sobre la situación y la incapacidad para comprender el hecho.

A partir de este momento, Pichón Riviere (1977), menciona que se presentan inconscientemente, dos ansiedades básicas: miedo a la pérdida y miedo al ataque. El primero se refiere a la angustia de sentir que perderá todo lo que ha conformado su vida, su esencia: la salud y con ello, su independencia, su trabajo, su lugar social y familiar, sus condiciones económicas, su relación de pareja, entre los más relevantes. El segundo, alude a la angustia que representa el futuro, enfrentar una situación desconocida e incierta – ¿tendré mucho dolor? ¿moriré pronto? ¿perderé a mi familia? ¿cómo cubriremos los gastos? - Su mundo se derrumba y ante la imposibilidad de comprenderlo, lo niega. Este momento constituye el punto de partida del proceso de duelo⁷ que se caracteriza por estar confundido, enojado, desesperado, con profunda tristeza y negando la situación, fase que Bowlby (*Op. Cit.*) denominó entumecimiento, Kavanaugh (*Op.Cit*) y Kubler- Ross (1975) negación. Es así que, con una carga emocional negativa, el malestar físico que los agota y con una información incompleta porque no comprenden la explicación del

⁷ El duelo significa dolor emocional, pesar, aflicción: reacción inconsciente que se presenta ante la falta de un ser u objeto significativo. Implica un fuerte desgaste emocional y físico. En su proceso no lineal, se presentan elementos de negación, ira, depresión, negociación y finalmente reestructuración. Elaborar el duelo, es un desafío, es la lucha que se establece para analizar los significados de lo perdido y desprenderse de ello, no se trata de reemplazar lo perdido, sino construir con los elementos actuales, nuevas realidades (Herrera Nobles y Acuña 2011).

especialista, por un lado, porque el lenguaje utilizado es diferente al cotidiano, pero también porque la noticia es tan amenazante que inconscientemente se presenta un bloqueo. En estas condiciones se inicia el proceso de hemodiálisis con desconocimiento y muchas veces con falsas esperanzas. (Flores y González *Op. Cit.*)

La vida cambió y esta etapa conlleva a transformaciones biopsicosociales (Mendoza, *et.al.*, *Op. Cit.*). Implica además de la pérdida de la salud, la de la libertad, ahora, al menos asistirá dos veces por semana a la hemodiálisis en promedio de tres a cinco horas por sesión (Pupiales 2012) (Sellares 2020) además es obligatoria la compañía de un familiar, debido a las complicaciones ya mencionadas donde el mayor riesgo es la muerte (Mojena, *Op. Cit.*).

Su autonomía la está perdiendo, aunado a un cuerpo debilitado que se transforma en forma, color y aroma (Henao 2012) (Mojena 2018). La sensación que se va implantando es la de ser insuficiente para él mismo, situación que también es alimentada fundamentalmente por el cuidador primario, quien en su afán de contribuir al bienestar de su familiar y así prologar su vida, sus acciones, propician mayor dependencia- te acompaño, te alimento, te baño, yo decido- (Gómez y Peñalver 2007) (Moya 2017) (Lázaro y Esparza 2020).

Estas acciones contribuyen al empobrecimiento del autoconcepto y autoestima del enfermo, que incrédulo con lo que vive, se deprimen (Vázquez 2020), y se sienten indefensos, ajenos e indiferentes, viviendo una situación ambivalente inconsciente - quiero, pero también me resisto a que te hagas cargo de mí-. Al respecto Samaniego, Joaquín y Muñoz (2018), consideran que, por el contrario, es necesario que el paciente conozca la enfermedad, las complicaciones, sus necesidades y cuidados para que se haga responsable de sí mismo.

También la dinámica familiar se ve afectada (Romero, Rodríguez, y Pereira 2015), dependiendo de su historia y del ciclo de vida en que se encuentre, será el rumbo que tomará. Si ha sido funcional, el amor, la comprensión, la flexibilidad, contribuirá a la movilización de los roles, a la aceptación de la enfermedad y la asignación de nuevas funciones, entre ellas la del cuidador primarios (Martínez 2020). Asimismo, la comunicación será abierta para compartir las buenas y las malas noticias. Por el

contrario, si es disfuncional, predominará el resentimiento, la culpa, la indiferencia, la escisión del enfermo y la rigidez, entonces la designación será autoritaria y aceptada por el miembro, que desde la perspectiva de Pichón- Riviere (*Op. Cit.*) es el personaje donde la familia deposita la carga emocional negativa. En esta circunstancia, la información sobre la salud del paciente será resguardada por solo algunos miembros de la familia, considerando que ocultar la verdad contribuye al bienestar del enfermo, definida por Gómez (2007) y Espinoza, Zapata del Mar, y Mejía (2017) como la conspiración del silencio.

Al inicio, el cuidador primario no tiene la información necesaria sobre la enfermedad, ni los elementos psicológicos para desempeñar su función, enfrentando la situación con los recursos que posee. El amor, el deterioro, el sufrimiento, la amenaza de muerte del ser amado y la demanda de la situación, propician que el cuidador se olvide de sí, de sus actividades, relaciones, proyectos, convirtiendo la función de cuidar, en su objetivo central, considerando que la calidad de vida del paciente es solo su responsabilidad (Archury, Cataño, Gómez y Guevara 2011) (Lázaro y Esparsa 2020) encargándose de la elaboración de los alimentos, de los cuidados básicos, acompañarlo a la hemodiálisis y hacer los trámites administrativos necesarios para obtener medicamentos, interconsultas, etc.

Desafortunadamente el paciente por el deterioro en su salud tuvo la necesidad de reducir o concluir su vida laboral y con ello el decremento económico (Romero, Rodríguez y Pereira *Op. Cit.*); además el significado social que tiene el portar una enfermedad terminal, también propicia la separación de las relaciones de la familia y de los amigos (Vázquez *Op. Cit.*). Las restricciones que tienen los pacientes por los accesos vasculares, su estado de salud y la depresión que esto conlleva, propicia la reducción significativa de actividades de autocuidado como bañarse, vestirse, preparar sus alimentos, pero también otras como hacer ejercicio, leer, viajar, etcétera, incrementando su frustración y dependencia. En este sentido Parra y Hernández (2018) consideran que es sumamente importante que el enfermo, de acuerdo a sus posibilidades, se haga cargo de sí, tenga obligaciones, proyectos y practique alguna actividad física, debido a que incrementa su autonomía, su autoestima, su autovaloración y su estado energético.

Por el contrario, las responsabilidades, las tareas y la contención emocional del cuidador primario, se incrementan y se centran en la atención del paciente, impactando en su estado de salud y emocional (Romero, Rodríguez, y Pereira, *Op. Cit*), como alteraciones en la presión arterial, náuseas, alteraciones en el sueño y en el apetito, depresión y ansiedad (Gil, Pilares, Romero y Santos 2013). El cansancio acumulado, la falta de sueño, la deficiente alimentación y el exceso de estrés, ansiedad y depresión, provocan en el cuidador un colapso, reconocido como el síndrome del cuidador quemado (Martínez *Op. Cit*).

Actualmente el tratamiento médico para la ERC, tiene un gran peso, en decremento del psicotanatológico. Por tanto, cada paciente y su familia viven el proceso de duelo con las herramientas que poseen, con las cuales difícilmente podrán lograr la aceptación de la enfermedad (Kubler *Op. Cit*). Es decir, vivirán atados al pasado y con la angustia del futuro. Esta situación representa un grave obstáculo, para el estado de salud del paciente, pues debido al momento de confusión, negación e ira, se resiste a aceptar los cambios fundamentales para posponer lo más posible las complicaciones inherentes al padecimiento y así lograr una relativa estabilidad en la salud y en lo emocional para él y su familia.

Desafortunadamente, aunque autores como Gonzáles, Herrera, López y Nieves (2011), Cantú, Uribe y Cirlos (2011), Sánchez, Rodríguez y Medina (2012), Huertas, Pérez, Albate y Sequera (2014), Costa, Pinheiro, Medeiros, y Cossi, (2016) López, Baca, Guzmán et al 2017, Vázquez (2020), Ramos, Salas, Villegas 2021; entre otros, se han dado a la tarea de investigar sobre las condiciones psicosociales que presentan fundamentalmente los pacientes, como la depresión, el estrés, la pérdida de la independencia, el decremento en la actividad física, etc., sus investigaciones han sido insuficientes para lograr que el aspecto psicosocial, sea considerado tan importante como la del médico. Si bien la ERC, significa la pérdida de la salud, cabría preguntarse ¿No implicará también la ruptura de la estructura psicosocial individual y de la familiar? ¿Ambas pérdidas estarán tan ligadas que es difícil considerar el avance de una sin la otra? Por esta razón es necesario conocer las condiciones psicosociales que presentan los principales actores para justificar la

necesidad de elaborar protocolos que consideren como punto central la fase del proceso de duelo en que se encuentran.

Objetivo: Dar cuenta de las condiciones psicosociales presentes en pacientes en tratamiento de hemodiálisis y los cuidadores. Para lograrlo, se elaboraron dos unidades de análisis.

1. Información sobre la enfermedad renal crónica, sus complicaciones e importancia de la alimentación y del procedimiento de hemodiálisis
2. Psicosocial, que incluye el auto concepto, autoestima, depresión, estado de ánimo, comunicación, actividades que realizan.

Método

Diseño de la investigación

De acuerdo con los objetivos planteados, se decidió utilizar en esta investigación el método descriptivo, para realizar una primera evaluación sobre las condiciones psicosociales de los pacientes y cuidadores que asistían al servicio de hemodiálisis de la Clínica de Especialidades y Centro de Diagnóstico “Nicolás y Leonardo Bravo del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado” (ISSSTE). Este método está diseñado para el estudio de poblaciones limitadas, no requiere control de variables ni de hipótesis iniciales, se conforma a través de unidades de análisis que posteriormente pueden dar pauta a nuevas opciones de investigación (Yin, 1984; Guevara, Verdesoto, y Castro 2020).

Participantes

Treinta y nueve pacientes y diecinueve cuidadoras (es), que asistían regularmente al procedimiento de hemodiálisis en la clínica de cuidados paliativos del ISSSTE. Sus edades fluctuaban entre diecinueve a setenta y cinco años para los primeros y entre veintidós y sesenta y nueve para los segundos. A ambas poblaciones se les invitó a participar en esta investigación, a los que aceptaron, se les explicó que su participación consistiría en contestar dos cuestionarios sobre sus condiciones de vida actual. Una vez que comprendieron el objetivo de la investigación, se resolvieron las dudas y se garantizó el anonimato en el manejo de los datos,

firmaron el consentimiento informado, donde además se señalaba que, al concluir la investigación se les darían sus resultados.

Selección de la muestra

Debido a que es un estudio descriptivo, la población se seleccionó por conveniencia, de acuerdo a dos criterios, que fueran pacientes en tratamiento de hemodiálisis, y familiares que los acompañaran (cuidadores) sin importar el turno, la edad, sexo, escolaridad, etc. Dado que el interés fue conocer las condiciones de dos poblaciones, solo se buscó la homogeneidad en cuanto al rol de pacientes y cuidadores, además de las características específicas entre cada grupo. Es así que, de acuerdo a las características del método empleado, los alcances de esta investigación son limitados y válidos para esta población.

Instrumentos

- A. Cuestionario: Evaluación de la vida cotidiana. Versión P y Versión C (Flores y González, 2017). Fue elaborado por el equipo multidisciplinario de atención al paciente en hemodiálisis y los cuidadores de la clínica, contiene 58 preguntas abiertas y cerradas, organizadas por las siguientes categorías: información, estado de salud, cuidados básicos, alimentación, estado emocional, actividades, comunicación, relaciones. ideales, proceso de duelo.
- B. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), que mide el grado de depresión, está compuesto por 21 reactivos con respuestas múltiples. que evalúan: cambios en los hábitos del sueño y en el apetito, sentimientos de culpa, disconformidad de uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, tristeza, depresión, pérdida del sueño e irritabilidad, cansancio y dificultad de concentración, entre los más relevantes.

Ambos instrumentos corresponden a la categoría de pruebas de lápiz y papel, sin límite de tiempo y puede ser contestado de manera individual o grupal.

Procedimiento

El primer paso fue, a partir de la problemática ya planteada, la elaboración del objeto a construir, las condiciones psicosociales que presentan los pacientes en procedimiento de hemodiálisis y los cuidadores, independientemente del tiempo de inicio del tratamiento. Posteriormente se definieron las unidades de análisis ya mencionadas, que permitirían la construcción del objeto.

Aplicación

Se realizó con los pacientes de manera individual en la sala de hemodiálisis, los que estaban en condiciones lo contestaron ellos, aquellos que tenían un riesgo por el acceso vascular o bien porque tenían problemas de visión, se les leyó el cuestionario y el investigador anotó las respuestas. Realizar el cuestionario durante la hemodiálisis fue la única opción, pues, como ya se mencionó, después de tres horas que dura el tratamiento, frecuentemente los pacientes presentan náuseas, presión baja, calambres, cansancio, entre los más relevantes.

Por el contrario, los cuidadores al permanecer en la sala de espera durante tres o cuatro horas, se presentaron las condiciones para que fuera de forma grupal. Se organizaron tres secciones, el turno matutino, el intermedio y el vespertino. Cada uno contestó el cuestionario y solo aquellos que por alguna razón no lo podían leer o escribir, se les apoyo.

Procesamiento de la información

Una vez concluida la fase de aplicación, se elaboraron dos bases de datos en el programa estadístico Excel. Una para el cuestionario "Evaluación de la vida cotidiana" que se construyó en función a las unidades de análisis (información y aspectos psicosociales). La otra, para el Inventario de Beck, de acuerdo a las categorías que contiene. Los datos cuantitativos se capturaron inmediatamente, los cualitativos, primero se organizaron por categorías para posteriormente incorporarse a la base de datos. Los resultados se obtuvieron por porcentajes. Finalmente, a partir del análisis de los resultados, se obtuvieron las condiciones psicosociales que presentan los pacientes y los cuidadores.

Entrega de resultado

Una vez concluido el procesamiento de datos, se entregaron los resultados individuales a pacientes y cuidadores.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de pacientes y cuidadores por unidades de análisis.

Unidad 1. Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica, el tratamiento y la alimentación.

En relación al conocimiento de la ERC, 86% de los cuidadores mencionaron que se presenta por el deterioro de la función renal, que no tiene cura y solo un tratamiento paliativo; en contraste, con el 50% de los pacientes. Sobre la comprensión del procedimiento de hemodiálisis, el 70% de los pacientes lo saben y el 97% de los cuidadores. En lo relacionado a las complicaciones que se pueden presentar después del tratamiento, el 79% de los pacientes y cuidadores coincidieron en que son los calambres; en relación a las náuseas, solo los primeros las consideraron con un 74%, mientras que los segundos el 86% tiene presente la variación en la tensión arterial. Sobre el cuidado de los accesos vasculares (fistula y catéter), el 66.5% y el 65% de los pacientes consideran que lo saben; mientras que 79.5% y el 76% de los cuidadores consideraron que tienen los conocimientos. (Ver tabla 1).

| Población | Significado ERC | Significado Hemodiálisis | Complicaciones del procedimiento de hemodiálisis | Cuidados Accesos Fistula | Cuidados Accesos Catéter |
|-----------|-----------------|--------------------------|--|---|--|
| Pacientes | 59% | 70% | -Nauseas 74% -Calambres 79% | 66.5% -No dormir sobre él -No cargar más de cuatro kilos -Revisar todos los días | 65% -No dormir sobre él -Mantener seco el parche -No sacar sangre por el acceso |

| | | | | | |
|------------|-----|-----|---|---|--|
| Cuidadores | 86% | 97% | -Variación de la tensión arterial 86% -Calambres 79% | 79.5% -No dormir sobre él -No cargar más de cuatro kilos -Revisar todos los días | 76% -No dormir sobre él -Mantener seco el parche -No sacar sangre por el acceso |
| | | | | | |

Tabla 1. Porcentajes obtenidos sobre el conocimiento de la ERC, la hemodiálisis, las complicaciones y el cuidado de los dispositivos vasculares.

Con respecto al conocimiento sobre los alimentos permitidos, los consumidos y la relación entre la alimentación y la hemodiálisis, como se observa en la tabla 2, a pesar de que el 61% de los pacientes y el 84% de los cuidadores mencionaron que tienen conocimiento de los alimentos restringidos, el 41% los consumen siempre. Sobre la relación que existe entre su alimentación cotidiana, incluyendo el agua y sus efectos durante o al concluir la hemodiálisis, solo el 5% de los pacientes y 10% de los cuidadores lo saben.

| Población | Conocimiento de alimentos no permitidos | Porcentaje de alimentos restringidos que siempre ingieren: agua, coca, café, cereales y leguminosas | Conocimiento de la relación alimentación y efecto en la hemodiálisis |
|------------|---|---|--|
| Pacientes | 61% | 41% | 5% |
| Cuidadores | 84% | No tienen restricciones | 10% |

Tabla 2. Porcentajes obtenidos sobre los alimentos NO permitidos, los consumidos y la relación con la hemodiálisis

Unidad 2. Psicosocial: autoestima, autonomía, depresión, estado de ánimo, comunicación, actividades que realizan.

Autoestima y autonomía

Se observa que en los pacientes los porcentajes no sobrepasan el 65%, ya que sólo al 32% les gusta su cuerpo, 48% se siente satisfecho con su autocuidado, 62% se considera importante, 51% se ama y el 35% considera ser independiente. En los cuidadores se nota un incremento, el 53% indicaron que les agrada su cuerpo, 57% está conforme con su autocuidado, 73% considera que es importante, 66% indicó que siente amor por él mismo, mientras que el 72% es independiente tal y como se observa en la figura 1.

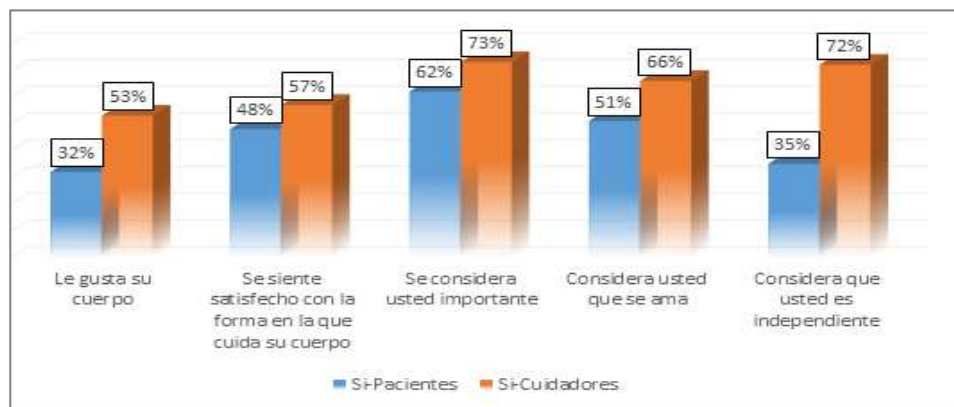


Figura 1. Porcentajes del nivel de autoestima y autonomía de pacientes y cuidadores

Niveles de depresión

El nivel de depresión se dividió en cuatro categorías según del puntaje obtenido en el cuestionario de depresión de Beck. Se observó que el 10% se encuentra en la categoría mínima, 22% en la leve, 53% moderada y el 15% se encuentra en gravedad. En relación con los cuidadores el 33% se encuentra en la categoría mínima, 13% en leve, 47% en moderada y finalmente el 7% está en un parámetro de gravedad, como se observa en la figura 2.

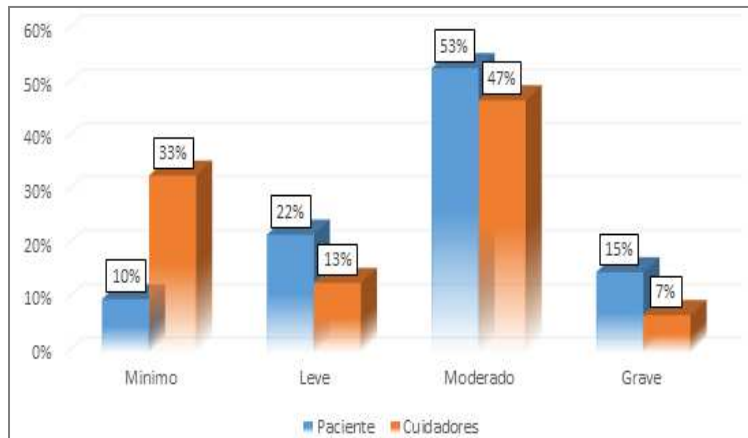


Figura 2. Porcentajes de los niveles de depresión obtenidos por pacientes y cuidadores

Estado de ánimo

En relación con el estado de ánimo de los pacientes se observa que menos del 40% de ellos se sienten ilusionados, enamorados, entusiasmados y alegres, mientras que el 41% se siente ignorado; el 73% triste, 78% están fastidiados y deprimidos mientras que los que obtuvieron mayor porcentaje son el enojo 85% y cansancio 92%. Por otro lado, en los cuidadores, los estados de ánimo con menos porcentaje son alegre con el 45%, enamorado 52%, entusiasmado 56%, ilusionado 61%, mientras que los que tienen mayor porcentaje son el sentirse cansado 80%, fastidiado 77%, triste 75%, enojado y deprimido con el 68% e ignorando con el 63%, se puede observar en la figura 3.

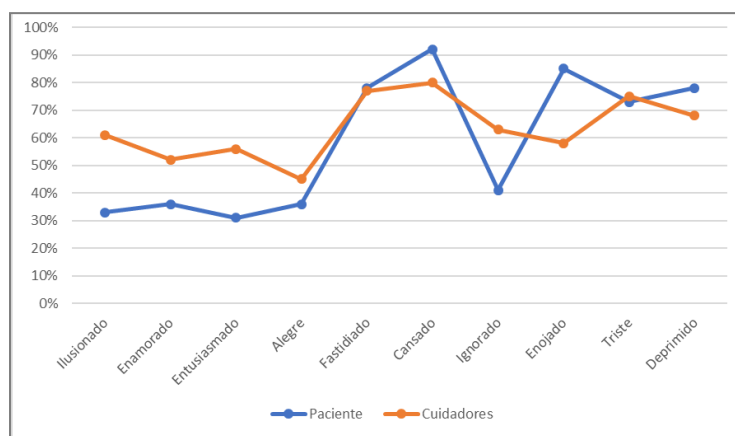


Figura 3. Porcentaje de los estados de ánimo que presentan pacientes y cuidadores

Comunicación y relaciones familiares

Se observa que al 68% de los pacientes le gusta la relación que mantiene con su familia, sin embargo, solo el 32% puede expresar como se siente, menos del 50% se siente escuchado y solo el 35% escucha a otras personas. En tanto a los cuidadores, el 72% les agrada la relación que tiene con su familia, pero solo el 26% puede comunicar sus sentimientos, menos del 40% se siente escuchados en contraste con el 63% que tiene la disposición de hacerlo (Fig. 4).

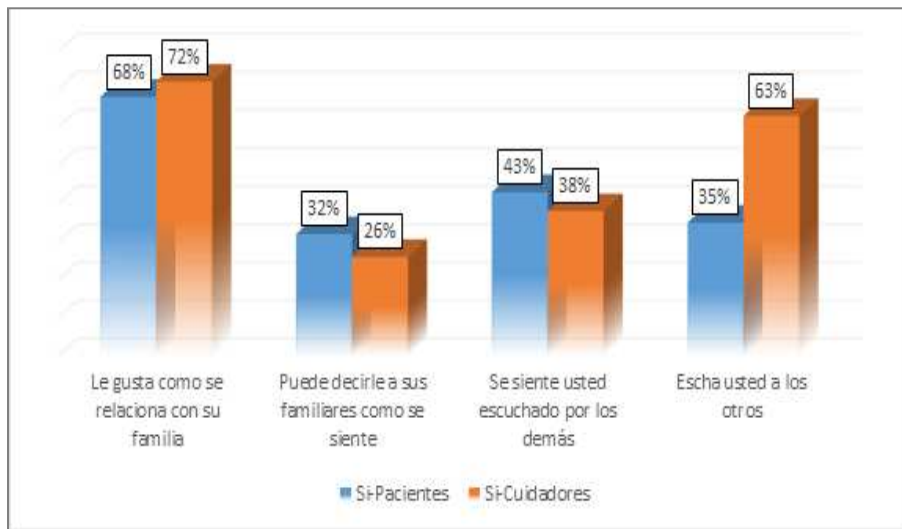


Fig.4 Porcentajes de pacientes y familiares sobre las relaciones familiares y la comunicación

Actividades

En la tabla 3 se aprecia que la actividad que obtuvo el 100% es asistir a la hemodiálisis, seguida por actividades de esparcimiento con un 30 % donde escuchar música y la radio son las más representativas. Las que obtuvieron los menores porcentajes fueron preparar alimentos 10%, trabajar y realizar actividades sin acompañante con el 9%. En relación a los cuidadores, es notorio que acompañar al paciente es la más sobresaliente con 80%, seguida de la preparación de alimentos 53%, realizar actividades independientes 27%, tener un trabajo remunerado con 27% y el 10% actividades de esparcimiento.

| Actividad | Pacientes | Cuidadores |
|---------------------------|-----------|------------|
| Asistencia a hemodiálisis | 100% | 80% |

| | | |
|--------------------------|-----|-----|
| | | |
| Preparación de alimentos | 10% | 53% |
| Esparcimiento | 30% | 10% |
| Trabajo remunerado | 9% | 21% |
| Actividades individuales | 9% | 27% |

Tabla 3 Actividades que realizan

Análisis y discusión de resultados

De acuerdo con los datos obtenidos y concordando con Romero (2015), los cuidadores tuvieron más información sobre la ERC y el procedimiento de hemodiálisis en comparación con los enfermos. El hallazgo anterior, según Gómez (2007) se debe a la responsabilidad que asumen sobre la salud del familiar, adquiriendo en breve tiempo elementos básicos para desempeñar su función. En contraposición con el paciente desconcertado y desconsolado, niega su realidad, dejando que otros se haga cargo de él.

La mitad de ambas poblaciones, no tienen claridad que la enfermedad es incurable y cabría preguntarse, ¿cuándo les dieron el diagnóstico no les informaron suficientemente sobre el padecimiento, o bien, existen otros elementos que impiden comprender la información? Al respecto Klubler-Ross (1975) y Bowlby (1980) mencionaron que al recibir una noticia sobre el padecimiento de una enfermedad terminal, el organismo, como mecanismo defensivo, entra en un estado de shock, desconcierto y negación. La realidad es tan amenazante que es imposible comprenderla y se requiere de tiempo para procesarla, si bien es una reacción normal, permanecer en ese estado repercute en su calidad de vida. Por tanto, aunque los nefrólogos dan la información, los enfermos no tienen las condiciones emocionales para comprenderla. Un ejemplo de ello se tiene en las respuestas obtenidas sobre las complicaciones que se pueden presentar en la hemodiálisis, donde mencionaron las menos graves como: náuseas, calambres y variaciones en

la tensión arterial, omitiendo aquéllas de mayor riesgo propuestas por Gago y Grande (1991) como son: arritmias, embolias, infecciones, hipoglucemia e infartos. Asimismo, ignoran la relación existente entre el alimento que consumen, la cantidad de agua ingerida y el impacto en su organismo, por tanto, constantemente al concluir la hemodiálisis los familiares se cuestionan ¿por qué llega tan mal y parece que sale igual? Es evidente que en estos resultados, tal como lo menciona Kubler-Ross, la negación está presente, además de una información imprecisa y fragmentada que dificulta tener conciencia de la relación existente entre sus acciones y las complicaciones presentes en el proceso de hemodiálisis. Si bien es una muestra de un duelo no elaborado, también hace referencia a una información ajena a ellos Pichon (1985), entonces mientras la estrategia institucional sea dar una lista de alimentos prohibidos, la utilización del conocimiento será mínimo, propiciando en los enfermos malestares y complicaciones graves, así como en la familia, angustia, impotencia y desesperación.

En relación a las condiciones psicosociales de pacientes, se observó que presentan un bajo autoconcepto y autoestima, están inconformes con su cuerpo y con ser dependientes, decrementando su calidad de vida, lo cual coincide con lo planteado por Gómez y Peñalver (2007) y Ramos, Salas, Villegas, *et. al.* (2021). Sin embargo, más de la mitad se siente importante, seguramente por el lugar que les otorga su familia y el trato que reciben en la clínica. Con respecto a los cuidadores, les agrada su cuerpo, son independientes y empoderados, características que concuerdan con lo encontrado por Archury, Cataño, Gómez y Guevara en el 2011.

Cuando el paciente baja de peso, tiene menos fuerza y energía, complicaciones orgánicas, con su familia y en su economía, así como la pérdida paulatina de su autonomía; experimenta, al igual que su familia, frustración, desesperanza, enojo, tristeza, impotencia y depresión; emociones presentes en la población atendida y que corresponde a las fases de negación, ira y depresión, planteadas por Kluble-Ross. Asimismo, Reyes, Molina, Rodríguez, Sánchez, Fernández, Heras y Álvares 2010 y Vázquez 2020, mencionan que esta población tiende a tener depresión, en este caso la mayoría se encuentra en el nivel moderado y llama la atención que muy pocos están en el grave.

Es interesante observar, tal como lo plantea Martínez 2020, el impacto en la dinámica familiar. Ambas poblaciones consideran buenas sus relaciones familiares, pero les es difícil expresar sus sentimientos y no se sienten escuchados. Asimismo, concordando con Gómez 2007 y Espinoza, Zapata del Mar, y Mejía (2017) la comunicación es limitada, evitan compartir sus sentimientos y las malas noticias con sus seres queridos, evitando la tristeza y la desesperanza; lamentablemente esta acción propicia vivir en la simulación - aquí todo está bien, no pasa nada- reprimiendo los sentimientos, propiciando el sufrimiento aislado y silencioso.

Asimismo, y de acuerdo con Romero y Pereira (2015), los pacientes redujeron o concluyeron actividades laborales, sociales, las de autocuidado y las recreativas, limitándose a escuchar música y la radio. En contraste, los cuidadores al ser el soporte del paciente, sus actividades se incrementaron; ahora invierten entre diez y quince horas semanales para acompañar al enfermo al procedimiento de hemodiálisis, elaborar alimentos, cuidar accesos vasculares, administrar medicamentos, etcétera. Dejaron a un lado sus proyectos y actividades para dedicarse, casi exclusivamente al cuidado de su familiar, aspecto también considerado por Romero, Rodríguez, y Pereira (2015). Además, sentirse responsable del paciente implica un gran esfuerzo físico, exceso de estrés, frustración y contención emocional que, en breve tiempo, lo lleva al límite, impactando su salud y su estado emocional (Martínez 2020).

CONCLUSIONES

Es un hecho que la enfermedad renal crónica es un padecimiento complejo, en donde se entretajan aspectos psicológicos, familiares, sociales y económicos, de ellos depende las posibilidades para adherirse parcial o totalmente al tratamiento. Contar y conocer la información necesaria sobre la ERC es el punto de partida, sin embargo, no es tan simple. Es difícil para los interesados comprender la información, cuando el desconcierto, el miedo, la angustia y el dolor, son los obstáculos centrales; aunado al tiempo reducido de los especialistas para explicar

el padecimiento y el lenguaje complejo, que muchas veces, es confuso para los pacientes y familiares.

A pesar de las investigaciones realizadas sobre la importancia de los aspectos psicosociales, aún es claro el predominio médico sobre el tratamiento paliativo. Lamentablemente, si los pacientes y sus cuidadores se encuentran en la fase de negación, las posibilidades para enfrentarlo son mínimas, de tal modo, pueden pasar cinco años o más y seguirán en la negación, la ira y la depresión; dificultando la adherencia al tratamiento.

Es preocupante que como ya se mostró, además de insuficiente información con la que cuentan, también se observa fragmentada, quizás como reflejo de la estrategia institucional, donde los profesionales intervienen independientemente. Asimismo, pacientes y cuidadores enfrentan múltiples pérdidas, generando sensaciones, sentimientos y acciones inconscientes, mermando su calidad de vida. Un ejemplo de ello es la restricción de la ingesta de agua como parte del tratamiento, causando impotencia, tristeza, frustración y coraje en los pacientes, pero al no llevarlo a cabo, se presentan complicaciones comprometiendo su salud y su vida.

Es interesante observar que al igual que otros autores, se presenta una sobre protección hacia el paciente, si bien es cierto, la hemodiálisis es un procedimiento invasivo, que pone en entredicho su autonomía; también lo es, que las acciones de los cuidadores fortalecen su dependencia y es fundamental el asumir cada quien su responsabilidad. En este sentido, la función del cuidador debería estar centrada en ser el complemento del paciente y no asumir la responsabilidad absoluta. De esta manera pacientes y cuidadores tendrían una relativa independencia, favoreciendo la construcción de un proyecto de vida y su realización, fortaleciendo así, su autoconcepto y autoestima.

Conocer las condiciones psicosociales que presentan pacientes y cuidadores fue muy importante porque permitió estar al tanto de las necesidades individuales y grupales de la población. Detectar la carencia de información sobre la enfermedad y el procedimiento de hemodiálisis, así como el impacto de los procesos fisiológicos en su cuerpo y cómo repercuten en su autoconcepto y autoestima, es muy

significativo; como identificar que se sienten carentes de importancia y frustrados por sentir su vida centrada exclusivamente en las necesidades básicas.

Por tanto, los resultados de esta investigación son importantes porque constituyen la base para la construcción de un protocolo multidisciplinario cuyo punto de partida, dar la noticia, esté a cargo del nefrólogo y el psicotanatólogo. A partir de este momento y en cuanto ingresen a la unidad de cuidados paliativos, adicional a los estudios médicos y de laboratorio requeridos, también se evalúe psicosocialmente tanto al paciente como al cuidador, para iniciar, lo antes posible, la elaboración del duelo para facilitar la aceptación de la enfermedad y la reestructuración de la vida. En este sentido la tarea del psicotanatólogo estaría centrada en develar los obstáculos y las necesidades de los enfermos y familiares, para conjuntamente diseñar estrategias de solución. Si bien, conocer las condiciones psicosociales de pacientes y cuidadores es importante, también es insuficiente, queda pendiente explorar la visión de las áreas involucradas como: medicina, nutrición, trabajo social, enfermería, psicología, con la finalidad de hacer conciencia y articular todas las piezas, permitiendo la elaboración e implementación de un protocolo que contemple al enfermo como un ser integral.

Referencias Bibliográficas

- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L., y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con dependencia parcial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo (13)*, 27-46.
- Barba, E. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 65(1), 4-17.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, Vol. (3) Loss, London: The Hogarth Press.*
- Cantú, G., Uribe, A. y Cirlos, M. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud (21)*, 91-102.
- Cortés, L., Álvarez, G., Orozco, C., Soto, H., Martínez, H., Cueto, A. (2017). Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(Supl 2), S124-32.
- Costa, G. Pinheiro, M. Medeiros, S., Costa, R. y Cossi, M. 2016. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*. 15 (43). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003
- De Arriba, G., Gutiérrez, G., Torres, M., Moreno, I., Antonio, J., Rincón, B., Díaz, R., López, M., Vozmediano, C. y Gómez, C. (2021). La mortalidad de los pacientes en hemodiálisis está asociada con su situación clínica al comienzo del tratamiento. *Nefrología*. Recuperado de: <https://revistanefrologia.com/es-la-mortalidad-pacientes-hemodialisis-esta-articulo-S0211699521000199>
- Duráns, L., Ávila, P., Zendejas, R., Vargas, M., Tirado, L., y López, M. (2011). Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas. *Salud pública de México*, (53), 516-524.
- Espinoza, N., Zapata del Mar, C y Mejía, L (2017). *La conspiración del silencio. Una barrera en la comunicación médico paciente y familia*. *Revista Neuropsiquiatría* 80 (2), 2017.
- Flores. y Gonzáles, R. (2017). *El ABC para pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis y sus cuidadores*. Grupo editorial Éxodo. Ciudad de México.

- Gago, E., y Grande, J. (1991). Complicaciones agudas en hemodiálisis. *Nefrología*, 11(1), 9-16.
- Gil., I., Pilares., J, Romero., R. y Santos., M. (2013) Cansancio del rol de cuidador principal del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrología* 16(1), 156-217.
- Gómez G. y Peñalver J. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención Psicosocial*. 16(2),155-173.
- Gómez, J. (2007). La muerte y el acompañamiento del morir. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 115-131.
- González, Y., Herrera, L., López, J., y Nieves, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica pública. *Revista Psicológica Científica.com.*, 13(20). Recuperado de: <http://www.psicologiaincientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional>
- Guevara, A., Verdesoto, A.y Castro, M. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación-acción. *RECIMUNDO* 4(3), 163-173
- Gutiérrez, V., Domínguez M., Acevedo M. (2003). Fisiopatología del síndrome urémico. *Revista Hospital General Dr Gea González*, 6(1), 13-24.
- Henao V. C., (2012). Enfermedad renal Crónica. *En* Restrepo V. C., Buitrago V. C., Torres S. J. Serna F. J. (2^{da} Edición). Editorial La patria S.A., Colombia. 189 – 205
- Herrera, K., Nobles, L. y Acuña., E. (2011). Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal. *Psicología desde el Caribe*. 8, 197-218.
- Huertas, M., Pérez, R., Albalate, M., Sequera., P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E. y Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 34(6), 693-810.
- Kavanaugh R. (1972). Facing Death. Baltimore, Maryland U.S.: Penguin Books.
- Kübler. E. (1975). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Lazaro R. Esparza M. (2020). Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica Psicología Iztacala*. 23. (2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi202q.pdf>

López, L., Baca, C., Guzmán, P., Ángeles, A., Ramírez, P. et al (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento.

***Medicina Interna de México* 33 (2)** Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000200177&lng=es.

Martínez, P. (2020). Síndrome del cuidador quemado. ***Revista Clínica de Medicina Familiar*, 13(1)**. 97-100. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013

Matarán, E., Aguilar, R., Muñoz M. (2013). Incidencia y tipo de efectos adversos durante el procedimiento de hemodiálisis. ***Enfermería Nefrológica*, 16(1)**,

36-40. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000100006>

Mendoza, H., González, R., Cabrera, L, y Arzate, R. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. ***Revista, Electrónica Psicología Iztacala*;19(3)**. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73369>

Mojena, M., Suárez, A., Ruíz, Blanco, N. y Carballo, R. (2018). Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. ***Revista Electronica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 43(3)**. Recuperado de:

<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1275>

Moya, R. (2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica (20)* 1.

http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/07_original6.pdf

National kidney Foundation (2009) ***Guías de práctica clínica para el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de los trastornos minerales y del hueso de la enfermedad renal crónica***. New York. D.C. Autor. Recuperado de:

https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/CKD-MBD_SPANISH.pdf

National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2007).

Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: Hemodiálisis. U.S.: NIH Publication No, 07-4666S DC: Author. Recuperado de:

[file:///M:/Tanatolog%C3%ADa/erc/KFS-Hemodialysis_SP_508%20\(1\).pdf](file:///M:/Tanatolog%C3%ADa/erc/KFS-Hemodialysis_SP_508%20(1).pdf)

Parra, W., y Hernández, E. (2018). Nivel de actividad física de pacientes con falla renal pertenecientes a un Programa de Diálisis Peritoneal. ***Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 38(1)**, 28-34.

Pichon, E. (1977). **La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión.** Buenos Aires: Nueva Visión.

Pinares A., Meneses L., Bonilla P., Ángeles T. y Cieza Z. (2018). Supervivencia a largo plazo en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 tratada por hemodiálisis en Lima, Perú. **Acta Médica Peruana.** 35(1), 20-7.

Pupiales, A. (2012). Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012. [Tesis pregrado]. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Ecuador.

Quintanar, F., García C. (2010). Intervención tanatológica para población anciana: hacia una psicotanatología basada en la evidencia. **Journal of behavior, health y social issues,** 2(2), 11-23.

Ramos, J., Salas, O., Villegas, J. Serrano, C. Dehesa, E. y Márquez, G. (2021) Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. **Archivos en Medicina Familiar.** 23(2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212d.pdf>

Reyes, M., Molina, A., Rodríguez, M., Sánchez, R., Fernández, M., Heras, M., y Álvares, F. (2010). Hemodiálisis 4 días a la semana: una alternativa eficaz en el control de la tensión arterial y en alcanzar el peso objetivo posterior a la diálisis. **Nefrología (Madrid),** 30(3), 369-370.

Rojas, Y., Olivia, A. y González, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. **Revista de Psicología.** 26(1), 1-35. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812017000100065

Romero, E., Rodríguez, J. y Pereira, B. (2015). Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. **Revista cubana de enfermería.** 31(4), 1 – 23.

Ruíz, P., García, V., Ojeda, L., Moyano, C. y Soriano, S., (2019). Insuficiencia renal crónica. **Medicine,** 12(79), 4683 – 4693.

Samaniego, W., Joaquín, S., Muñoz, J., y Muñoz, J. (2018). Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. **Revista Salud y Administración,** 5(13), 15-22.

- Sánchez C., Cruz S., Mariño R., Hernández E., García R. (2020). Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. *Revista Mexicana de Trasplantes*. 9(1), 15-25.
- Sánchez, A. Rodríguez R., Medina A. (2012). Aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica. *Enfermería Nefrológica*. 15(suplemento1),166 - 167. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000500109&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sanz, J., Perdígón, A. L., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Secretaria de Salud (2009). **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de La Enfermedad Renal Crónica Temprana. Guía de Evidencia y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica**. México, DC: Autor.
- Sellarés, V. (2020). Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología al día*. Recuperado de: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>. Consultado 20 Dec 2020.
- Vázquez, M. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. *Nefrología al día*. 23(2) Recuperado de: <https://www.nefrologiaaldia.org/276>. Consultado 02 Apr 2021.
- Yin, R. (2003). **Case Study Research, Design and Methods**. (3rd Edición). London: SAGE publications.