

RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

RELATIONSHIP BETWEEN COPING AND SOCIAL SUPPORT WITH
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Isauro García Alonzo*, **Joel Zapata Salazar****, **Rafael Armando Samaniego Garay***

Universidad Autónoma de Zacatecas*, Universidad Autónoma de Coahuila**, México.

Correspondencia: joel.alumno.doctorado@gmail.com

Resumen

El estudio de la calidad de vida y el impacto de las enfermedades crónicas, como la enfermedad renal, ha ido en aumento en los últimos veinte años. El presente trabajo tiene por objetivo correlacionar las variables asociadas a los factores psicosociales de afrontamiento y apoyo social con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Método: estudio cuantitativo, no experimental y alcance correlacional. Procedimiento: se contó con la participación de 72 pacientes entre 20 y 74 años atendidos en clínicas y hospitales de las ciudades de Guadalupe y Zacatecas, México. Los resultados enfatizan cómo los estilos y estrategias de afrontamiento centrados en el problema: focalización en soluciones, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y la religión, mejoran la percepción general de la salud y la vitalidad, contribuyendo con un menor desgaste en las áreas de función social y rol físico del paciente. Destaca el papel del apoyo social ante el impacto de la enfermedad. Conclusiones:

el apoyo social y los estilos de afrontamiento activos, inciden en la percepción de la calidad de vida del paciente renal, favoreciendo mejoras en la percepción de la salud, el control y el tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Hemodiálisis, Enfermedad Crónica, Afrontamiento, Calidad de Vida, Pacientes

Abstract

The study of life's quality and the impact of chronic diseases, such as kidney disease, has been increasing in the last twenty years. The aim of this study was to correlate variables associated with psychosocial coping factors and social support with quality of life in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. The method used was quantitative, non-experimental and correlational study. Procedure: 72 patients between 20 and 74 years of age attended in clinics and hospitals in the cities of Guadalupe and Zacatecas, Mexico. The results emphasize how their coping styles and strategies focused on the problem: solutions, positive re-evaluation, search for support and religion, improving the general perception of health and vitality, contributing to a lower burnout in the areas of social function and physical role of the patient. The role of social support in the face of the impact of the disease stands out. Conclusions: social support and active coping styles have an impact on the perception of the quality of life of renal patients, favoring improvements in the perception of health, control and the disease's treatment.

Keywords: Hemodialysis, Chronic Disease, Coping, Quality of Life, Patients

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como aquella condición del paciente, caracterizada por una disminución de la función renal; esto es, se sufre daño renal (originado por proteinuria o anomalías anatómicas) o

se presenta una tasa de filtración glomerular (TFG) disminuida <60 ml/min/1.73m² durante al menos tres meses o la presencia de lesión renal (definida por anormalidades estructurales o funcionales del riñón) durante el mismo período (González Milán, et al, 2021).

Por lo general, es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS), siendo en México la DM responsable del 50% de los casos de ERC seguida por la HAS y la glomerulonefritis. En nuestro país se estima que la ERC tiene una incidencia de 12.2 por ciento y una tasa de 51 defunciones por cada 100 mil habitantes; colocando este padecimiento entre las primeras causas de mortalidad en nuestra población principalmente en adultos de 45 años y más (Sánchez, et al, 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] 2020; Secretaría de Salud, 2022).

Agregado a lo anterior, existe cierto consenso en que una de las razones que ha originado el aumento en la incidencia de la ERC en las últimas décadas es la modificación demográfica con la inversión de la pirámide poblacional, lo cual aumenta la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en el grupo social de adultos como el cáncer, la DM y la HAS, siendo estas últimas, factores importantes de riesgo para desarrollar ERC, debido al mal cuidado de estas comorbilidades. Lo anterior ha generado que durante los últimos años la ERC aumente representando un problema de salud por los altos costos que genera los tratamientos, así mismo para los enfermos y su familia, ya que se enfrentan a múltiples cambios en su estilo de vida (físicos, psicológicos, económicos, entre otros).

La enfermedad renal crónica, es un padecimiento multicausal que consiste en la pérdida irreversible de la función renal endógena, de magnitud suficiente para que la supervivencia del sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante (Lugo y Pérez, 2018; Martínez, et al, 2020) siendo este último el menos viable en nuestro país, debido a la falta de donadores así como al nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias y los altos costos iniciales que dicha intervención implica (Secretaría de Salud, 2022). Aunado a lo anterior, vale la pena resaltar que en México históricamente ha predominado el uso de diálisis peritoneal, aunque recientemente se ha dado impulso a la hemodiálisis, la cual consiste en someter al paciente a un proceso de filtración de toxinas y agua, supliendo la función del riñón dañado, siendo necesarias generalmente 3 sesiones a la semana con duración de al menos 3 horas cada una (Sánchez, et al, 2020; Fabuel Girona, 2021).

En México, la ERC figura como una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias, se calculan entre 52 000 y 60 000 pacientes en terapias de sustitución, correspondiendo el 59% a diálisis peritoneal y el 41% a hemodiálisis. Según las proyecciones de los últimos años se estima que el número de casos seguirá en aumento y para el año 2025 habrá cerca de 212,000 casos y casi 160,000 muertes relacionadas con dicha patología (Lugo y Pérez, 2018; Sánchez, et al, 2020). Si bien en nuestro país no existe un registro nacional estadístico que permita realizar un óptimo análisis epidemiológico de la ERCT, el sistema de Datos Renales de los Estados Unidos (USRDS, por sus siglas en inglés) coloca al estado de Jalisco en el 2° lugar en incidencia (con 467 nuevos casos por millón) y en el 7° lugar en prevalencia (1409 casos por millón) a nivel mundial, según

datos tomados del Registro de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco (REDTJAL) (Cortés, et al, 2017; Cortés, et al, 2017).

El tratamiento de hemodiálisis implica una importante ingesta de medicamentos, una dieta restringida en líquidos y alimentos, así como limitaciones en las relaciones familiares, sociales y laborales, aspectos que generan mayor desgaste y repercute negativamente en el estado físico y psíquico del paciente (Perales et al 2016; Lugo y Pérez, 2018), incluso relacionándose con alteraciones emocionales, como la ansiedad y la depresión, sabiéndose que a nivel global estas se presentan con incidencias del 30-60% y del 27-42%, respectivamente (Mendoza y Mendoza, 2019) asimismo, entre 30 y 80% de los pacientes con ERC en hemodiálisis cursan con algún grado de depresión (Lugo, et al, 2019).

La ERC tanto por su evolución y tratamiento invasivo como por sus exigencias sociofamiliares, económicas y emocionales conllevan un gran deterioro que impacta la calidad de vida. En este sentido, algunos factores relacionados que pueden incidir en percepción de la calidad de vida son factores psicosociales, como las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. Por otro lado, el nivel de impacto de la ERC sobre la calidad de vida del individuo puede estar relacionado con patologías de base, como la DM, HAS y otras enfermedades glomerulares y cardiovasculares, especialmente en países en desarrollo como México (Gárate, et al, 2019; Sánchez, et al, 2020).

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la ERC son consideradas como fuentes generadoras de estrés y de un deterioro significativo en el bienestar de quienes las padecen, ya que implican un proceso de afectación continua y constante de varios años, afectando la calidad de vida y el estado

emocional de la persona, lo cual origina nuevas exigencias personales y familiares. Debido a lo anterior, los pacientes empleen mecanismos para restablecer el desequilibrio alcanzado, reaccionan para intervenir e intentar mejorar la situación estresante o evitar que empeore, según los recursos de cada individuo, la situación, los estilos y estrategias de afrontamiento empleadas y el apoyo social recibido, se podría esperar un mejor ajuste al padecimiento y sus exigencias o un mayor impacto en la calidad de vida y el estado emocional en general (Cassaretto y Paredes, 2006).

Desde la psicología de la salud ha aumentado el interés por los procesos de salud y enfermedad puesto que es un proceso dinámico y continuo en donde no solo intervienen los factores biológicos-orgánicos, sino también factores psicosociales de una manera bidireccional (Álvarez, 2002; Nieto, et al, 2004). En este sentido, desde hace varios años se ha descrito ampliamente el impacto que la ERC genera a nivel psicológico, pues desde los procesos de diagnóstico clínico y su debido seguimiento así como del tratamiento farmacológico tienden a provocar confusión, incertidumbre y malestar emocional; Además de problemas entre el paciente y sus familiares así como en el ámbito marital, social, laboral, personal, económico, etc., esto aunado a la constante e insidiosa percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la imagen propia, de la identidad, de la autoestima, del control, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de los proyectos de vida, del sentimiento de igualdad y de la esperanza (Kimmel, 2001; Cidoncha et al. 2003; Rodríguez y Rodríguez 2004; Contreras, et al, 2007; Jumbo, 2018), sin mencionar las manifestaciones clínicas físicas y cognitivas presentes en la mayoría de los casos, tales como náuseas, dificultades respiratorias, disfunción sexual, alteraciones del habla, de la conciencia, de la memoria, y del comportamiento psicomotor, lo cual genera que el paciente se perciba indefenso, incapaz y limitado en su vida

diaria, efectos que repercuten directamente en la calidad de vida (Álvarez, et al. 2001; Rodríguez, et al, 2006; Soto , 2018).

Particularmente el afrontamiento ha sido considerado como un factor modulador en padecimientos crónicos, al respecto Menchaca (2021) habla sobre esta variable y sostiene que, en el caso de las enfermedades crónicas (principalmente ERC), asumir la condición con estrategias de afrontamiento activas, racionales y focalizadas en el problema, se asocia a resultados favorables en cuanto a la adherencia al tratamiento del paciente y a un mejor bienestar tanto para este como para su familia. Apoyando lo anterior, Vázquez (2021) realizó un estudio donde participaron 112 pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis a quienes se les evaluó el nivel de apoyo social y el estilo de afrontamiento, donde encontró que el afrontamiento focalizado en la solución del problema fue el que predominó (33.9%), principalmente en el género masculino y en el grupo etario de 35 a 59 años.

Respecto a lo anterior parece existir cierto consenso en que estilos de afrontamiento focalizados en el problema son de mayor utilidad para la persona en tanto éstos se relacionan con un mayor bienestar físico y resultados psicológicos más efectivos (Contreras et al. 2007; Rivera, et al, 2012). Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estilos focalizados en la emoción y estrategias evitativas manifiestan un mayor malestar físico (Carver y Scheier, 1994; Martin y Brantley 2002; Cassaretto, et al, 2007; Cruz Espinoza, 2016; Maciel et al, 2017).

Por otro lado, Garzón et al (2017) mencionan que, si bien las estrategias de afrontamiento enfocados en la evitación y reevaluación positiva habrían de ser utilizadas en mayor frecuencia, una combinación de estrategias puede

en determinado momento favorecer al paciente, pues se puede observar que los estilos y estrategias de afrontamiento difieren por sexo, edad, estrato y nivel de educación.

En relación con la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, se menciona que factores como el género femenino, la edad y las comorbilidades asociadas como diabetes, cardiopatía isquémica, enfermedades vasculares, neoplasias etc. son las variables que más se relacionan con una peor calidad de vida, donde la desesperanza y la percepción distorsionada de la vida carente de sentido provocan cuadros depresivos (Rodríguez, et al, 2006; Garrido Blanco, et al, 2018) por lo que variables como el apoyo social al igual que el afrontamiento tiene un papel importante en el mantenimiento de la salud, facilitando conductas adaptativas en situaciones de estrés, siendo la familia la principal fuente de apoyo social con la que cuenta el enfermo crónico para enfrentar sus problemáticas respecto a la enfermedad (Carrillo Vega et al, 2018).

En una investigación realizada por Da Silva et al (2016) encontraron una asociación significativa entre el nivel de apoyo social percibido y las características de la calidad de vida, tales como el funcionamiento de la salud, la espiritualidad, el estado socioeconómico y las relaciones familiares, en contraste a lo observado con los niveles más bajos de apoyo social, que se asociaron con una mayor morbilidad y reducción de la adherencia al tratamiento, principalmente en relación con la duración de las sesiones de diálisis y con el aumento de peso.

Algunas investigaciones han encontrado que solo en los casos de muy baja presencia de apoyo social se observa una disminución del nivel de bienestar físico y/o mental. (Baca citado en Arana y Rojas, 2018). Aunque

también otros autores han señalado que el apoyo social no siempre reduce el estrés como es esperado, ya que se debe tomar en cuenta características personales, las circunstancias de cada paciente, el nivel de apoyo social, la fuente emisora y las características del apoyo percibido (Melguizo, et al, 2019).

Lo mencionado anteriormente reitera que la enfermedad es sumamente desgastante, genera un deterioro paulatino en la calidad de vida y un gran impacto tanto al paciente y a su familia, así como a los servicios de salud en general, por lo que es necesario implementar estrategias psicológicas para el trabajo con pacientes con ERC, en un primer momento explorando las variables que pueden favorecer o perjudicar el tratamiento y por lo tanto la salud en general de los pacientes.

Como ya se ha mencionado la calidad de vida es uno de los aspectos importantes que están en mayor relación a la enfermedad, de igual manera las estrategias de afrontamiento, apoyo social, estado emocional, han sido motivo de investigación; pero en México son pocas las aportaciones al respecto ERC, y son menos las que se tienen en este campo en el estado de Zacatecas, por lo que es de relevancia estudios de este tipo desde la psicología de la salud para el estado, para lograr una mayor comprensión de aspectos psicológicos relacionados a la enfermedad renal crónica.

Desde la psicología de la salud diversos estudios mencionan que el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada y el apoyo social percibido del paciente pueden tener impacto en la percepción de salud en general y en la manera de enfrentar los problemas derivados de la enfermedad (Contreras et al. 2007; Jumbo, 2018; Soto, 2018).

Por otro lado, si bien se ha intentado atender la enfermedad desde el punto de vista médico teniendo grandes avances en el tratamiento y cuidada de la ERC, se ha deja de lado el impacto emocional en el paciente, la familia y la sociedad en conjunto (problemas emocionales, costos del tratamiento, el desgaste, las relaciones sociales y el aspecto laboral) por lo que trabajos que pretendan abonar a la comprensión del fenómeno en un sentido psicosocial pueden ser la guía para el desarrollo de nuevas estrategias de intervención ante la ERC. Es por lo anterior, que este estudio tuvo como objetivo identificar cual es la relación entre afrontamiento y apoyo social con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del estado de Zacatecas.

Métodos, técnicas e instrumentos

Se implementó un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, tipo transeccional y alcance correlacional (Echavarría, 2016). Los criterios de inclusión de los participantes fueron: a) pacientes originarios del estado con ERC que se atendieran en clínicas y hospitales de la zona conurbada de las ciudades de Guadalupe y Zacatecas, principalmente el Hospital General de Zacatecas, la Unidad de Especialidades Médicas UNEME de hemodiálisis y el Hospital General de Zona IMSS, b) que se encontraran en tratamiento de hemodiálisis, c) mayores de edad, d) ambos sexos y e) que decidieran participar en el estudio, logrando contar con 72 pacientes al final de la aplicación.

Objetivo general del estudio

Correlacionar las variables asociadas a los factores psicosociales de afrontamiento y apoyo social con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal cónica en tratamiento con hemodiálisis.

Instrumentos

Los instrumentos empleados en el estudio fueron los siguientes:

El Cuestionario de Salud SF-36: mide calidad de vida relacionada con la salud. Consta de 36 ítems que evalúan el estado físico y mental mediante las siguientes dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental, cuenta con una consistencia interna que varía de .80 a .90 en sus medidas alfa. (Vilagut et al. 2005).

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): se trata de un auto informe con 42 ítems que evalúan siete estilos de afrontamiento: 1) focalizado en la solución del problema, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, y 7) religión. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0,79 (Sandín y Chorot 2003).

El cuestionario MOS de apoyo social: consta de 20 ítems, el primero, pregunta sobre tamaño de la red social en específico y los 19 ítems restantes son referidos a tres dimensiones del apoyo social funcional: emocional-informacional, interacción social positiva y apoyo afectivo, presenta una validez medida por el alfa de Cronbach que varía de .81 a .94. (Revilla, et al, 2005).

Procedimiento

Una vez contando con los instrumentos, se dio paso a la recolección de los datos de los participantes. La aplicación del instrumento fue realizada, comenzando con informarle al paciente sobre el proyecto, enseguida se pasó

a leerles una carta de consentimiento donde se les pidió su colaboración para la investigación, posteriormente se realizó la aplicación de las escalas.

Análisis de la información

Los datos fueron analizados por medio del software estadístico IBM SPSS Statistics 29, partiendo de datos sociodemográficos a través medidas de frecuencia para obtener el perfil del grupo; posteriormente se efectuaron las correlaciones entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se trabajó con una población clínica de pacientes obtenida en el estado de Zacatecas, México, que asiste a consulta en los centros de salud de los municipios de Guadalupe y Zacatecas, capital. Atendiendo a los principios éticos de la disciplina, este estudio se apegó a los lineamientos que marca el Código Ético de la American Psychological Association (APA) y al Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2009), tomando en cuenta el consentimiento informado como lo establece el apartado 8.02 y el artículo 122 respectivamente, así como los principios de confidencialidad, procurando tener la previa autorización de las instituciones de salud, como lo marca en el apartado 8.01 y el artículo 139 del mencionado código.

Resultados y discusión

Resultados descriptivos y sociodemográficos de la muestra

Los sujetos obtuvieron un promedio de edad de 49.8 años con un mínimo de 20 años y máximo de 74. En relación con el sexo, el 48.6% fueron hombres (35 pacientes) y el 51.4% mujeres (37 pacientes). En lo relativo a la escolaridad, el 48.6% (35 pacientes) mencionan haber estudiado la primaria, el 19.4% (14 pacientes) indica como su último grado de estudios

la secundaria, un 16.7% (12 pacientes) menciona la preparatoria y solo el 4.2% (3 paciente) indica contar licenciatura; el resto 11.1% (8 pacientes) refieren no tener ninguno nivel de formación académica. Conforme a su estado civil, el 58.3% refiere estar casado, mientras que el 31.9% menciona estar soltero y un 9.7% estar viudo. Finalmente, al respeto de la religión la mayoría de ellos (95.8%) dijo ser católico, mientras que el 4.2% refirió no pertenecer a algún credo.

En relación con los años de padecer la ERC, el 38.8% menciona padecerla hace menos de 5 meses; el 52.8% menciona tener menos de 4 años y el 8.3% indican tener más de 5 años. Agregado a esto, los sujetos refirieron una edad de diagnóstico entre los 61 y los 70 años el máximo porcentaje 33.3% (24 pacientes) siguiendo entre los 20 a 30 años para el 26.4% (19 pacientes); otro porcentaje 20.8% (15 pacientes) indican que fue de los 51 a 60; de los 41 a los 50 años para el 9.7% (7 pacientes), y de los 31 a los 40 para el 6.9% (5 pacientes) y por último, el restante 2.8% (2 pacientes) menciona que fue de los 71 a 80 años,

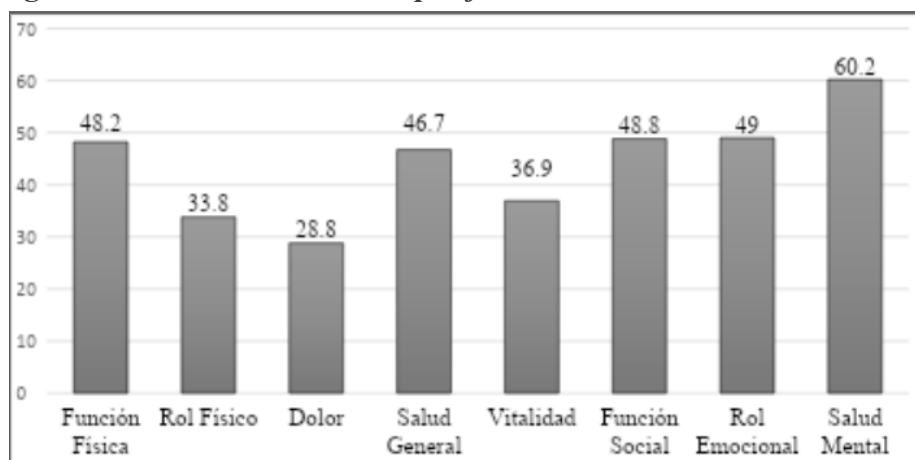
Finalmente, cabe mencionar que el 100% del grupo de sujetos mencionó presentar un diagnóstico previo Hipertensión y/o Diabetes. Así mismo, se les cuestionó sobre aspectos de dependencia económica e ingreso promedio, de los cual el 82.3% menciona depender de algún familiar para el cuidado de su enfermedad mientras que sólo el 17.4% refieren tener una actividad laboral que permite costear de alguna manera su tratamiento.

Calidad de vida y salud

En relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) la figura 1 muestra las puntuaciones medias en la escala SF-36 trasformado los puntajes crudos a una escala de 0 a 100 según lo establecido en la

interpretación del instrumento, donde 0 es el peor estado de CVRS y 100 representa el mejor estado de CVRS. Considerando lo anterior se puede observar que las puntuaciones en la mayoría de los factores se encuentran por debajo de 50 puntos lo cual representa un mayor impacto en cada una de esas dimensiones. Se resalta los factores de Dolor, Rol físico y vitalidad como los más afectados y que solamente el factor de salud mental se encuentra por arriba de 60 puntos.

Figura 1. Puntuaciones medias por factor del SF-36



Nota. Elaborada a partir de los resultados de la prueba SF-36, muestra la puntuación a una escala 0-100 obtenida de la recodificación de la calificación cruda de cada factor y de acuerdo en lo establecido en el Manual de puntuación de la versión española (Alonso, et al 2003) donde 0 es el peor estado de CVRS y 100 representa el mejor estado de CVRS

Afrontamiento y calidad de vida

Pasando a las relaciones encontradas entre las variables, se muestra en la tabla 1 las correlaciones entre afrontamiento y calidad de vida, donde se resalta una correlación negativa entre el impacto en el rol físico y el factor de afrontamiento focalizado en la solución del problema ($r = -.453$

gl= 70 sig. .002) así como con el factor de reevaluación positiva ($r = -.492$ gl= 70 sig. .000). El factor de calidad de vida denominado dolor encontró relaciones positivas con los factores de evitación ($r = .551$ gl= 70 sig. .000) y búsqueda de apoyo social ($r = .256$ gl= 70 sig. .030). El factor de salud en general obtuvo correlaciones positivas con factores de afrontamiento focalizado en la solución del problema ($r = .496$ gl= 70 sig. .000), reevaluación positiva ($r = .595$ gl= 70 sig. .000), Búsqueda de apoyo social ($r = .590$ gl= 70 sig. .000) y religión ($r = .517$ gl= 70 sig. .000), así como una correlación negativa con el factor auto focalización negativa ($r = -.408$ gl= 70 sig. .000).

Tabla 1. Correlación entre las variables de Afrontamiento y Calidad de vida

		Focalizado en la solu- ción del problema	Auto fo- calización negativa	Reevalu- ación positiva	Expresión emocional abierta	Evitación	Búsqueda de apoyo social	Religión
Rol físico	r Sig.	-.453 .002	-.025 .832	-.492 .000	-.089 .458	-.223 .060	-.012 .920	-.155 .192
Dolor	r Sig.	-.120 .316	.074 .536	.022 .854	.137 .251	.551 .000	.256 .030	.189 .112
Salud general	r Sig.	.496 .000	-.408 .000	.595 .000	-.101 .398	.045 .709	.590 .000	.517 .000
Vitalidad	r Sig.	.544 .000	-.380 .001	.443 .003	-.079 .509	.166 .164	.435 .004	.306 .009
Función social	r Sig.	-.102 .394	.346 .037	-.263 .026	.237 .045	.111 .354	-.096 .421	-.279 .018
Rol emocional	r Sig.	-.014 .910	-.055 .644	-.175 .141	-.404 .009	-.129 .281	-.380 .017	-.129 .278
Salud mental	r Sig.	.199 .094	-.402 .000	.030 .799	-.315 .007	-.097 .418	-.133 .264	.147 .217

Nota. Se muestran los resultados obtenidos del software IBM SPSS Statistics al correr el coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson) entre los factores de las variables de Afrontamiento y calidad de vida. Los datos marcados en negrillas muestran significancia menor a 0.05

Continuando con las correlaciones entre estas variables, se encontraron relaciones positivas entre el factor denominado vitalidad y los factores de focalización en la solución del problema ($r = .544$ gl= 70 sig. .000), reevaluación positiva ($r = .443$ gl= 70 sig. .003), búsqueda de apoyo social ($r = .435$ gl= 70 sig. .004) y religión ($r = .306$ gl= 70 sig. .009) así como una correlación negativa de este mismo factor con el llamado auto focalización negativa ($r = -.380$ gl= 70 sig. .001). Otra de las correlaciones se presentó entre el factor de calidad de vida llamado función social y los factores de afrontamiento auto focalización negativa ($r = .346$ gl= 70 sig. .037) y expresión emocional abierta ($r = .237$ gl= 70 sig. .045) ambas positivas; este mismo factor encontró correlaciones negativas con los factores de reevaluación positiva ($r = -.263$ gl= 70 sig. .026) y religión ($r = -.279$ gl= 70 sig. .018).

Por otro lado, el factor de calidad de vida rol emocional correlacionó negativamente o los factores de expresión emocional abierta ($r = -.404$ gl= 70 sig. .009) y búsqueda de apoyo social ($r = -.380$ gl= 70 sig. .017). Finalmente, el factor llamado salud mental obtuvo correlaciones negativas con los factores de afrontamiento auto focalización negativa ($r = -.402$ gl= 70 sig. .000) y expresión emocional abierta ($r = -.315$ gl= 70 sig. .007).

Apoyo social y calidad de vida

Por otro lado, en la tabla 2 se muestran las correlaciones significativas encontradas entre los factores de la variable de apoyo social y calidad de vida, dichas correlaciones inicialmente aparecen de forma negativa entre el factor de calidad de vida impacto en la función física y los factores apoyo emocional/informacional ($r = -.362$ gl= 70 sig. .026), interacción social positiva ($r = -.592$ gl= 70 sig. .000) y apoyo afectivo ($r = -.435$ gl= 70 sig. .000). También fueron encontradas correlaciones negativas entre

el factor impacto en el rol físico con el denominado interacción social positiva ($r = -.468$ $gl = 70$ sig. .003) y el de apoyo afectivo ($r = -.371$ $gl = 70$ sig. .021). Finalmente, en torno a estas variables se encontraron correlaciones positivas entre el factor de calidad de vida y amado salud general con factores de apoyo social emocional/informacional ($r = .479$ $gl = 70$ sig. .018) e interacción social positiva ($r = .397$ $gl = 70$ sig. .011).

Tabla 2. Correlación entre apoyo social y calidad de vida

		Apoyo emocional/ informacional	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
Función física	r Sig.	-.362 .026	-.592 .000	-.435 .000
Rol físico	r Sig.	.082 .495	-.468 .003	-.371 .021
Salud general	r Sig.	.479 .018	.397 .011	.078 .513

Nota. Se muestran los resultados obtenidos del software IBM SPSS Statistics al correr el coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson) entre los factores de las variables de apoyo social y calidad de vida. Los datos marcados en negrillas muestran significancia menor a 0.05

Discusión de los resultados

Se considera pertinente enfatizar las características del perfil de los sujetos, destacando inicialmente una diferencia considerable en lo relativo a la edad, lo cual permite mostrar que la ERC aparece de manera indiscriminada en diferentes grupo etarios, siendo los pacientes de 61 a 70 años los de mayor frecuencia en esta muestra; así mismo, la hipertensión y diabetes aparecen en el total de los sujetos como precedentes directo al diagnóstico de ERC (Méndez, et al, 2010; Fundación Mexicana del Riño A.C. s.f; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019; Gárate, et al, 2019; Sánchez, et al, 2020).

Así mismo, el perfil de la muestra coincide con las características generales de la población mexicana en lo general y zacatecana, en particular. Más del 95% de los entrevistados se declaran de religión católica, la mayoría son casados y mencionan tener estudios solo de primaria. Dichas características así como la poca diferencia en el número de sujetos por género y el promedio de edad (49.8 años), ubican a la muestra de estudio dentro de los parámetros comúnmente encontrados en estos grupos (Méndez, et al, 2010; Méndez, et al. 2014).

Finalmente, en el perfil de los sujetos aparece un dato importante relacionado con el desgaste económico que la enfermedad conlleva ya que más de 80% de ellos mencionó depender económicamente de alguien para el cuidado de su enfermedad y quienes cuentan con un ingreso propio, según el promedio del mismo podría no ser suficiente para cubrir los gastos de atención, que como ya se mencionó estriba entre los \$8,000 y \$12,000 pesos por mes en el caso de la UNEME de Hemodiálisis de Guadalupe, Zacatecas (B. María, comunicación personal, 10 de junio de 2016) , esto pudiera generar que no se sigan las indicaciones o procedimiento necesarios contribuyendo al deterioro de los pacientes y finalmente a su muerte.

Con relación a los niveles o dimensiones de CVRS reportadas por el SF-36 se puede observar puntuaciones por debajo del 50 en siete de los factores, lo cual revela el desgaste que la ERC y sus exigencias tienen en la percepción de salud de estos pacientes mostrando un mayor impacto en los factores de dolor, rol físico y vitalidad (Álvarez, et al. 2001; Rodríguez, et al, 2006; Soto , 2018), sólo el factor denominado salud mental se encuentra por arriba de los 50 puntos y por lo tanto es el área menos afectada en esta población.

Pasando al análisis de los datos de las correlaciones, tal como se observa en los resultados, el factor del SF-36 Rol físico correlacionó de forma negativa con los factores de focalizado en la solución del problema y reevaluación positiva, lo cual sugiere, que en la medida en que se han utilizados estos estilos de afrontamiento, menor será el grado en que el padecimiento afectará la salud física en las actividades diarias y el rendimiento percibido por el paciente. Considerando que la ERC de manera habitual genera un disminución y mayor deterioro de las actividades físicas y laborales se puede resaltar el beneficio de estos estilos de afrontamiento coincido en su función en esta y otra poblaciones parecidas (Kimmel, 2001; Rodríguez, et al, 2006; Contreras et al. 2007; Rivera, et al, 2012).

Otras correlaciones encontradas se presentan entre el factor denominado dolor del SF-36 con los factores de afrontamiento de evitación y búsqueda de apoyo social las cuales al ser positivas refieren que estos pacientes a mayor evitación y refugio social mayor será la percepción de cómo el dolor afecta las actividades habituales. Al respecto se ha encontrado en otros estudios, que aquellos pacientes que preferentemente utilizan estrategias evitativas, como el centrarse en las emociones o el escape conductual y/o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico (Carver y Scheier, 1994; Martin y Brantley 2002; Cassaretto, et al, 2007; Cruz Espinoza, 2016; Maciel et al, 2017)

Siguiendo con estos resultados, dos de los factores que resaltan por coincidir en sus correlaciones fueron el llamado Salud general y el denominado vitalidad los cuales hacen referencia a la percepción de los pacientes sobre su salud actual y la sensación de energía respectivamente; dichos factores del SF-36 encontraron correlaciones positivas con el afrontamiento focalizado en la solución del problema, reevaluación

positiva, búsqueda de apoyo social y religión así como una correlación negativa con el factor autofocalización negativa. Estos resultados sugieren y confirman el papel de los estilos de afrontamiento activos y focalizados en el problema, mejorando la percepción en la situación de enfermedad y contribuyendo con un mejor afrontamiento al estrés desencadenado por la enfermedad renal crónica, coincidiendo con lo reportado por Lazarus y Folkman (1984) en su modelo de afrontamiento y con lo encontrado en estudios similares (Cidoncha et al. 2003; Contreras, et al 2007; Rivera, et al, 2012; Menchaca, 2021). Así mismo, se muestra como la indefensión, el pensamiento de incapacidad para sobrellevar la situación y las creencias de que las cosas saldrán mal que corresponden a la autofocalización negativa afectan la percepción de energía y salud de los pacientes. (Cassaretto, et al, 2007; Contreras, et al 2007; Begoña 2013; Cruz Espinoza, 2016; Maciel et al , 2017).

Vinculado con lo anterior, el factor de función social (SF-36) encuentra con relaciones positivas con los factores de afrontamiento autofocalización negativa y expresión emocional abierta, lo cual refiere que en la medida en la que son utilizados estos estilos de afrontamiento mayor será la percepción que los pacientes tienen sobre cómo la enfermedad interfiere con su vida social. Contrario a lo mencionado, se encuentran correlaciones negativas entre este factor con los estilos de afrontamiento reevaluación positiva y religión, sugiriendo que la reinterpretación de la situación como algo favorable y las creencias religiosas contribuyen con un menor impacto en la interacción social de estos pacientes.

Por otro lado, el factor llamado rol emocional del instrumento de calidad de vida relacionada con la salud que refiere al grado en que los problemas emocionales se perciben como limitantes en las actividades de los pacientes

mostró correlaciones negativas con los estilos de afrontamiento expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social, ambos estilos sugieren que la interacción social y la comunicación de emociones permiten a los pacientes hablar sobre su situación desahogarse y sentirse apoyados ante la enfermedad renal crónica. Lo anterior es similar a lo encontrado por otros autores (Perales, et al, 2012; Perales, et al, 2013) e indica que en esta población el hablar sobre los problemas o dificultades ante la enfermedad y su tratamiento permite una mejor percepción de calidad de vida en su aspecto emocional.

Finalmente, el factor de salud mental del SF-36, muestra correlaciones negativas con los estilos de afrontamiento autofocalización negativa y expresión emocional abierta, lo cual sugiere que entre menor sean las creencias de incapacidad y resultados negativos, así como el desahogo abierto de ellos mayor será la percepción en el control de las emociones y la salud mental en general (Cassaretto, et al, 2007; Contreras et al 2007; Begoña 2013). Observándose como la expresión de emociones puede jugar a favor ciertos aspectos de la enfermedad pero también contribuir a mayor desgaste.

Por otro lado, en relación con los resultados entre la variable de CVRS y el apoyo social se muestran inicialmente relaciones negativas entre el factor función física y los factores apoyo emocional/informacional, interacción social positiva y apoyo afectivo lo cual advierte que en esta muestra en la medida que los pacientes perciben la presencia de mayor apoyo emocional y relaciones positivas menor es el grado en que la salud limita sus actividades como el cuidado, caminar y realizar actividades moderadas e intensas, aspectos que coinciden en el papel del apoyo social como amortiguador del estrés ante la enfermedad crónica (Rodríguez, 2001; Arenas. et al 2006; Camps, et al, 2009; Orth- Gómér, et al, citados en Morrison y Bennett, 2008; Carrillo Vega et al, 2018)

Finalmente, el factor de rol físico encuentra relaciones negativas con los factores de interacción social positiva y apoyo afectivo los cual reitera que a mayor son las interacciones sociales del paciente y el apoyo emocional percibido menor será el impacto en las actividades cotidianas y rendimiento, así como las limitaciones causadas por la enfermedad. Finalmente, el factor de salud en general nuestras relaciones positivas los factores apoyo emocional/informacional e interacción social positiva reforzando que el contacto social interpretado como positivo contribuye con una mejor valoración en la salud de los pacientes a pesar de la presencia de la ERC. Estas correlaciones coinciden con otros estudios (Da Silva, et al, 2016; Carrillo Vega et al, 2018) y resaltan la función de la interacción y apoyo social ante la enfermedad crónica marcando que la poca presencia de ellos puede afectar aún más a los pacientes con ERC disminuyendo su nivel de bienestar físico (Baca citado en Arana y Rojas, 2018).

Conclusiones

Como se puede observar en los resultados del presente estudio, existen una serie de factores principalmente de tipo psicológico y social que están jugando un papel determinante en que se consigan o no los objetivos fundamentales en la atención a este tipo de población, los cuales se traducen en la generación de una adecuada adaptación de los pacientes a su proceso de enfermedad, con base una serie de acciones que permitan tener un favorable control y tratamiento de la enfermedad renal crónica.

De acuerdo con los hallazgos principales, se puede observar que dichos objetivos salutógenos están distantes en su alcance, tanto por la manera en que los pacientes llevan a cabo la organización de sus esfuerzos cognitivos y emocionales para adaptarse a dicho padecimiento, como por la manera en que se organizan la(s) red(es) de apoyo social con las que cuentan este tipo

de población, en referente al tipo de asistencia que se le otorga al paciente. En este sentido, cabe mencionar que, si bien existen acciones orientadas al cuidado y apoyo al paciente, se observa que no son suficientes para que dicho control y tratamiento se establezcan de manera favorable.

En este sentido, vale la pena enfatizar el hecho de que ambos factores psicosociales: a) el tipo de afrontamiento que el paciente con enfermedad renal crónica lleva a cabo y b) el cómo se presenta el apoyo y/o soporte social orientado hacia este tipo de pacientes, son considerados como factores clave que se vinculan con el nivel de calidad de vida con el que cuentan al momento de estar sobrellevando el padecimiento físico.

En esta línea, si bien la calidad de vida es una variable determinante para comprender el impacto de una enfermedad crónica, su relación con variables de tipo psicosocial tanto en la literatura como en este estudio reiteran la importancia del trabajo del psicólogo en el área de la salud, por lo que mayor investigación, programas de intervención que contemplen la psicoeducación, desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales, búsqueda y adecuada utilización del apoyo, control y expresión emocional, serán el siguiente paso a seguir en el terreno del trabajo con esta población, apostando por lo que los datos sugieren al cambio en áreas cognitivas y de comportamiento.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, I. y Anto, JM (2003). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Sociedad Española de Reumatología. Health Survey
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199. Recuperado en <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E181/P1-E181-S132-A1354.pdf>
- Álvarez, J. (ed.) (2002). El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en el paradigma de la psicología cognoscitiva. En *Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad* (pp.35-79). México. Editorial Trillas, S. A. de C. V.
- Arana Tejada, F. C., & Rojas Sevillano, C. S. (2018). Apoyo social y fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo. *Universidad Privada del Norte*, 40-43.
- Arenas, M., Álvarez, F., Angoso, M., Berdud, I., Antolín, A., Lacueva, J., García, S., Fernández, A., Gil, M. & Soriano, A. (2006). Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Revista de Nefrología*. 26(5). Consultado en www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E254/P1-E254-S132-A3863.pdf
- Begoña Ruiz de Alegría – Fernández de Renata, Nekane Basabe-Barañano & Ramón Saracho-Rotaecche (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Revista Nefrología*, 33(3), 342-54
- Camps, E., Andreu, L., Colomer, M., Claramunt, L. & Pasaron, M. (2009). Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 12 (2). 104-110. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-13752009000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Carrillo Vega, M. F., Pelcastre Villafuerte, B. E., Salinas Escudero, G., Durán Arenas, L., & López cervantes, M. (2018). Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso de Michoacán, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41(3), 1-7.
- Carver C. H. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol. XXIV, 1.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estrés y afrontamiento*, 1, 87-98. dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/994031.pdf
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, j., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_revistadet.asp&buscar=&id=16&idarticulo=17&Datapageid=&intInicio
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., & 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, 169 -179. <http://repository.ucatolica.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10983/1035/v10n2a16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cortés Sanabria, L., Álvarez Santana, G., Orozco González, C. N., Soto Molina, H., Martínez Ramírez, H. R., & Cueto Manzano, A. M. (2017). Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 124-131.

- Cortés Sanabria, L., Ayala Cortés, R. A., Calderón García, C. E., & Silva Ocegueda, A. (2017). Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. *Revista Salud Jalisco*, 4(1), 6-9.
- Cruz Espinoza, S. C. (2016). Capacidad de afrontamiento y adaptación y capacidad autoeficacia de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis. *Universidad de la Sabana*, 60-123.
- Da Silva, S. M., Braidó, N. F., Ottaviano, A. C., Dutra Gesualdo, G., & Silviana Zazetta, M. (2016). Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 2-6.
- Echevarría, H.D. (2016). Diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación. *UniRio Editora*.
- Fabuel Girona, S. T. (2021). Descripción de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica terminal que reciben tratamiento conservador, una revisión sistemática. Trabajo fin de grado. Facultat d'infermeria, Universitat Rovira i Virgili. Cataluña.Lugo
- Fundación Mexicana del Riñón A. C. (s. f). Tu Salud Renal: ERC. Recuperado de: <http://www.fundrenal.org.mx/erc.html>
- Gárate Campoverde, M. B., Mena De La Cruz, R., Cañarte Baque, G. C., Sarmiento Cabrera, M. J., Delgado Janumis, D. A., & Santana Reyes, M. F. (2019). Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. *Revista científica Dominio de las Ciencias*, 5(1), 2018-241.
- Garrido Blanco, R., Arroyo Priego, E., Arana Ruiz, A. I., López Zamorano, M. D., Tierno Tendero, C., & Crespo Montero, R. (2018). Calidad de vida y enfermedad renal crónica avanzada. Influencia del aclaramiento renal. *Enferm Nefrol*, 21(4), 359-367.
- Garzón Lora, R. V., Navarro Arzuza, J. D., Pérez Arévalo, A. M., & Riascos Asendra, I. (2017). Perfil y características de afrontamiento en pacientes hemodializados con enfermedad renal crónica en la clínica de la costa y en el centro de diálisis Santa Margarita. *Universidad del Norte*, 14-44.

- González Milán, Z. C., Escalona González, S. O., Díaz Pérez, M., Laborí Quesada, P., Mulet Duarte, A., & Pavón Rojas, A. J. (2021). Detección de enfermedad renal crónica oculta mediante determinación de albuminuria en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4), 01-15.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica: Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-335-19. CENETEC. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2020). Estadística de defunciones registradas 2020, Nota Técnica. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2020_nota_tecnica.pdf
- Jumbo, A. H. (2018). Vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de ERC sometidos a tratamiento de hemodiálisis en el hospital docente de la policía nacional Guayaquil #2. *Universidad de Guayaquil*, 19-26.
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing.
- Lugo González, I. V., & Pérez Bautista, Y. Y. (2018). Planeación de actividades en pacientes con ERCT: Propuesta de intervención para depresión, ansiedad y calidad de vida. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(2), 50-56.
- Lugo González, I. V., Pérez Bautista, Y. Y., Robles Montijo, S. S., & Vega Valero, C. Z. (2019). Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad. *Psicología y Salud*, 29(2), 237-247.

- Maciel Vilchis, A. D., Ortiz Cabrera, G., Cuevas Peñaloza, M. A., Monrroy Martínez, M., & Ángeles Ávila, G. (2017). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Sociedad Cubana de Enfermería*, 2-11.
- Martin, P. D. & Brantley, P. J. (2002). Stress, coping and social support in health and behavior. En T. J. Boll, J. M. Raczynski & L. C. Levinson (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Vol. 2* (pp. 233-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martínez Gutiérrez, F., Roy García, I. A., & Torres Rodríguez, J. L. (2020). Terapia sustitutiva y su impacto en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Aten Fam*, 27(1), 22-26.
- Melguizo Garín, A., Martos Méndez, J., & Hombrados Mendieta, I. (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*, 25.42.
- Menchaca Agreda, A. M. (2021). Estrategias de afrontamiento de la familia y el paciente con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 18-20.
- Méndez, A., Méndez, J., Tapia, T., Muñoz, A., & Aguilar, L. (2010). Diálisis y Trasplante: Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *ELSEVIER*, 31. doi: 10.1016/S1886-2845(10)70004-7
- Méndez, A., Pérez, G., Ayala, F., Ruiz, R., González, J. & Dávila, J. (2014). Diálisis y Trasplante: Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *ELSEVIER*, 35(4).
- Mendoza Centeno, D. L., & Mendoza Páiz, G. E. (2019). Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua*, 46-48.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: PEARSON EDUCACION. ISBN: 978-84-8322-343-7

- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. & Tejada, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud*. España: McGraw Hill.
- Perales Montilla, C. M., Duschek, S., & Reyes del Paso, G. A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 275-282.
- Perales, C., García, A. & Reyes, G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Nefrología*. 32 (5), pp. 622-630. <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-predictores-psicosociales-calidad-vida-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica-tratamiento-X0211699512001931>
- Perales, C., Duschek, S., & Reyes-del Paso. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Revista Nefrología* 33(6). pp. 816-25. <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E562/P1-E562-S4392-A12097.pdf>
- Revilla, A., Luna del Castillo, J., Bailón, E. & Medina, I. (2005). “Validación del cuestionario de MOS de apoyo social en atención primaria”. En *Medicina Familiar*. No. 6. Pp. 10-18. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- Rivera, A., Montero, M. & Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental* 35, 329-337
- Rodríguez, E., Campillo, M., & Avilés, M. (2006). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. ISSN 1870 5618
- Rodríguez, G. & Rodríguez, I. (2004). Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Médica del IMSS*, 42(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042b.pdf>
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

- Sánchez Cedillo, A., Cruz Santiago, J., Mariño Rojas, F. B., Hernández Estrada, S., & García Ramírez, C. (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.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1) 39-54. <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/viewFile/3941/3796>
- Secretaría de Salud (2022, 10 de marzo). Enfermedad renal en México: prevención, promoción, atención y seguimiento. <https://www.gob.mx/salud/prensa/119-enfermedad-renal-en-mexico-prevencion-promocion-atencion-y-seguimiento?idiom=es>
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP] (2009). Código Ético del Psicólogo. Trillas
- Soto, C. K. (2018). Ejercicio de la Psicología en una institución hospitalaria: Intervención psicológica desde un modelo de la Psicología de la Salud a las y los usuarios del servicio de atención psicológica del Hospital San Juan de Dios. Universidad de Costa Rica, 37-47.
- Vázquez Espinoza, Y. (2021). Asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis del HGR/UMF 220, 2019. Universidad Autónoma del Estado de México, 22-51.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, JM., Ribera, A., Domingo, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150.

Envío a dictamen: 16 junio 2025

Reenvío: 17 septiembre 2025

Aprobado: 30 septiembre 2025

Isauro García Alonzo. Doctor en Psicología por la Universidad de Baja California. Actualmente adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2528-3783> correo electrónico: isauro.g@uaz.edu.mx

Joel Zapata Salazar. Doctor en Investigación Interdisciplinaria por la Universidad Autónoma de Coahuila. Actualmente adscrito al Centro de Estudios e Investigaciones Interdisciplinarios de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7315-716X> correo electrónico: joel_zapata@uadec.edu.mx

Rafael Armando Samaniego Garay. Doctor en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma de Coahuila. Adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7877-0959> correo electrónico: rasaman@uaz.edu.mx