

# Percepción de la Enfermedad e Impacto Emocional en las Personas con Enfermedad Renal Crónica

*Illness Perception and Emotional Impact in People with Chronic Kidney Disease*

**Maria. E Ruiz**

Escuela de Psicología, Universidad Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador

**Olga. P Villavicencio**

Escuela de Psicología, Universidad Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador

**Editor:** Jose A Rodas, Universidad de Guayaquil

Recibido el 08/nov/2025; Aceptado el 20/dic/2025; Publicado 29/dic/2025

Toda correspondencia debe ser dirigida a María E. Ruiz: [ps.malena2021@gmail.com](mailto:ps.malena2021@gmail.com)

## Resumen

La enfermedad renal crónica es una condición progresiva con un impacto significativo no solo a nivel físico, sino también psicológico desde el momento del diagnóstico. El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la percepción de la enfermedad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con ERC no dialítica. Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional en una muestra de 61 pacientes atendidos en un dispensario de nefrología del sur de Guayaquil. Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos básicos, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-B). En relación con la ansiedad, se observaron asociaciones significativas con componentes del IPQ-B vinculados a la preocupación y a la afectación emocional, así como con el puntaje global de percepción de enfermedad. Con respecto a la depresión, las asociaciones se concentraron en dimensiones específicas como la afectación, la preocupación, el tratamiento y la respuesta emocional. Estos hallazgos evidencian la relevancia de considerar los aspectos cognitivos y emocionales asociados a la percepción de la ERC en etapas no dialíticas.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, enfermedad renal crónica y percepción de enfermedad

## Abstract

Chronic kidney disease is a progressive condition with a significant impact not only at the physical level, but also psychologically from the moment of diagnosis. The aim of this study was to analyse the relationship between illness perception and the presence of anxiety and depressive symptoms in people with nondialytic CKD. An observational, cross-sectional, and correlational study was conducted with a sample of 61 patients treated at a nephrology clinic in southern Guayaquil. A basic sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B) were administered. Regarding anxiety, significant associations were observed with IPQ-B components related to worry and emotional impact, as well as with the overall illness perception score. With respect to depression, the associations were concentrated in specific dimensions such as emotional impact, worry, treatment, and emotional response. These findings highlight the relevance of considering the cognitive and emotional aspects associated with the perception of CKD in nondialytic stages.

**Keywords:** anxiety, depression, chronic kidney disease, illness perception

## 1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición progresiva con un deterioro irreversible de la función renal, asociada a diversas patologías crónicas y enfermedades sistémicas, convirtiéndola en un importante problema de salud pública a nivel mundial (Romagnani et al., 2025). La evolución de la enfermedad se caracteriza por una progresión lenta,

frecuentemente asintomática en sus fases iniciales, dificultando su detección temprana y favoreciendo al diagnóstico en etapas avanzadas (Cueto-Manzano et al., 2017). En Latinoamérica, presenta una elevada prevalencia y una carga creciente para los sistemas de salud, afectando la calidad de vida de los pacientes, incluso antes de requerir tratamiento de sustitución renal (Pillajo et al., 2021).

Más allá de sus implicaciones clínicas, la ERC constituye una experiencia vital compleja que transforma la manera en que las personas comprenden su salud, su futuro y su rol dentro del entorno familiar y social. El momento del diagnóstico suele estar acompañado por una sensación de pérdida de la salud, miedo e incertidumbre, factores que influyen directamente en la forma en que el paciente interpreta y afronta su enfermedad (García et al., 2020; Rojas et al., 2017).

Desde el modelo de autorregulación de la salud propuesto por Leventhal y sus colaboradores, las personas desarrollan representaciones cognitivas y emocionales sobre su enfermedad, conocidas como percepción de enfermedad, que guían sus respuestas emocionales, conductuales y de afrontamiento frente a la amenaza para la salud (Broadbent et al., 2006). En pacientes con ERC, estas percepciones han demostrado desempeñar un papel central en la adaptación psicológica, el bienestar emocional y la forma en que se enfrentan a las demandas del tratamiento médico (Cardol et al., 2023, Clarke et al., 2016).

Diversos estudios han demostrado que percepciones de enfermedad caracterizadas por altos niveles de amenaza, preocupación, afectación emocional negativa y baja sensación de control se asocian con un mayor malestar psicológico, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión (Díaz et al., 2021; Vallejos y Ortega, 2018). En este sentido, la ansiedad puede entenderse como una respuesta emocional ante la incertidumbre, el miedo al deterioro progresivo de la salud y la anticipación de posibles cambios en la calidad de vida, mientras que la depresión se manifiesta como una respuesta persistente de tristeza, desesperanza y pérdida de interés frente a la vivencia de una condición crónica (Díaz y De la Iglesia, 2019; Kimmel et al., 2021).

En pacientes con ERC, estos síntomas emocionales pueden emerger desde el momento del diagnóstico (Cardol et al., 2023; García et al., 2020;). La literatura científica ha documentado de manera consistente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con ERC, así como su impacto negativo en la calidad de vida, el afrontamiento y la adherencia al tratamiento (Chilcot et al., 2025; Díaz et al., 2021; García et al., 2020). Sin embargo, muchas de estas investigaciones se han enfocado en pacientes en tratamiento de sustitución renal, particularmente en hemodiálisis, donde el deterioro físico y las demandas del tratamiento tienden a intensificar el malestar emocional (Mohamed et al., 2023; Zahra et al., 2023).

En contraste, los estudios que abordan etapas previas de la ERC son más limitados y, cuando existen, suelen enfocarse en variables clínicas o de calidad de vida, dejando en segundo plano la experiencia subjetiva del paciente y su percepción de la enfermedad (Clarke et al., 2016; Meuleman et al., 2024). Si bien el modelo de percepción de enfermedad ha demostrado ser un marco teórico útil para comprender el ajuste psicológico en diversas condiciones crónicas, su aplicación para analizar de manera conjunta la percepción de la enfermedad y la sintomatología emocional en personas con ERC no dialítica continúa siendo escasa y fragmentaria, especialmente en países latinoamericanos, donde factores socioeconómicos y de acceso a la atención en salud pueden influir en la respuesta emocional del diagnóstico (Cardol et al., 2023; Pillajo et al., 2021; Sitjar-Suñer et al., 2025).

La identificación de estos factores psicológicos desde etapas iniciales de la ERC permitiría orientar intervenciones preventivas e integrales que contemplen no solo el manejo clínico de la enfermedad, sino también el bienestar emocional del paciente, especialmente en contextos donde el acceso a servicios de salud mental es limitado (Bravo-Zúñiga, 2023; Pillajo et al., 2021). Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la percepción de la enfermedad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con diagnóstico de ERC no dialítica, mediante un diseño transversal y correlacional, aportando evidencia empírica relevante para el abordaje psicológico de esta población.

## 2 Métodos

### 2.1 Diseño del estudio

El presente estudio tuvo un diseño cuantitativo, transversal y correlacional, orientado a analizar la relación entre la percepción de la enfermedad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con diagnóstico de ERC no dialítica.

### 2.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por 61 personas con diagnóstico médico confirmado de ERC, atendidas en la consulta de nefrología de un dispensario de salud especializado ubicado en el sur de la ciudad de Guayaquil. El tamaño muestral fue considerado adecuado de acuerdo con un análisis de poder estadístico, que indicó un poder del 80 % para detectar asociaciones de magnitud moderada ( $p = 0.30$ ).

Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 18 años, con diagnóstico médico confirmado de ERC, que asistieran regularmente a consulta de nefrología en el dispensario y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos registrados en la historia clínica (como depresión mayor, trastornos de ansiedad o esquizofrenia), pacientes con deterioro cognitivo evidente o con dificultades para comprender o responder los instrumentos, así como aquellos que se encontraran en tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal).

### 2.3 Instrumentos

#### 2.3.1 Ficha de datos sociodemográficos básicos

Se utilizó una ficha de registro elaborada para este estudio con el fin de recopilar información demográfica básica de los participantes, que incluyó edad y sexo, con el objetivo de caracterizar la muestra.

#### 2.3.2 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) con el propósito de evaluar síntomas de ansiedad y depresión en contextos clínicos. El instrumento consta de 14 ítems, distribuidos en dos subescalas: ansiedad (ítems impares) y depresión (ítems pares), con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (0 a 3). Ha sido ampliamente utilizada en poblaciones clínicas y ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos realizados en población de habla hispana (Nogueda et al., 2013).

En la presente investigación, la consistencia interna de la escala fue evaluada mediante el coeficiente omega de McDonald ( $\omega$ ). Los resultados mostraron valores de fiabilidad adecuados para la subescala de ansiedad ( $\omega = 0.786$ ; IC 95 %: 0.703–0.868), aceptables para la subescala de depresión ( $\omega = 0.641$ ; IC 95 %: 0.505–0.777).

#### 2.3.3 Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-B)

La percepción de la enfermedad fue evaluada mediante el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B), desarrollado por Broadbent et al. (2006) a partir del modelo de autorregulación de la salud propuesto por Leventhal y colaboradores. Este instrumento evalúa las representaciones cognitivas y emocionales que las personas construyen en relación con su enfermedad.

El IPQ-B está compuesto por 8 ítems, que se responden en una escala tipo Likert de 0 a 10, donde puntuaciones más altas indican una percepción más amenazante de la enfermedad. Cada ítem representa un componente específico de la percepción de la enfermedad, tales como afectación, duración, control, tratamiento, síntomas, preocupación, comprensión y afectación emocional. Por esta razón, los análisis se realizaron principalmente a nivel de ítem, complementándose con un puntaje total obtenido mediante la sumatoria de los ítems, el cual fue utilizado como un índice global descriptivo de la percepción de la enfermedad (Broadbent et al., 2006).

Este cuestionario ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos realizados en diversos contextos clínicos (Broadbent et al., 2006). En el presente estudio, la consistencia interna del instrumento fue estimada mediante el coeficiente omega de McDonald, obteniéndose un valor aceptable ( $\omega = 0.628$ ; IC 95 %: 0.489–0.768).

## 2.4 Procedimiento

La investigación fue realizada previa aprobación por un Comité de Bioética institucional, garantizando el cumplimiento de los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. Antes de la recolección de datos, se obtuvo la autorización del centro de salud y se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio, asegurando su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

La recolección de datos se llevó a cabo en la consulta de nefrología del dispensario de salud. Los instrumentos fueron aplicados una sola vez, de manera presencial, por dos profesionales en psicología previamente capacitadas. En los casos en que los participantes presentaron dificultades para completar los cuestionarios de forma autónoma, se les brindó apoyo durante el proceso de respuesta, sin influir en sus elecciones.

La confidencialidad y el anonimato de la información fueron garantizados en todo momento, y los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente con fines académicos y de investigación.

## 2.5 Plan de análisis de datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa JASP, versión 19.3 (JASP Team, 2025). Se efectuaron análisis descriptivos para las variables de estudio, incluyendo media, desviación estándar, valores mínimos y máximos. Se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro–Wilk. De acuerdo con la distribución de los datos, se calcularon coeficientes de correlación Spearman, con el fin de analizar la relación entre las dimensiones de la percepción de la enfermedad y los síntomas de ansiedad y depresión.

## 3 Resultados

La muestra estuvo conformada por 61 personas con diagnóstico de ERC no dialítica. La edad media de los participantes fue de 66.9 años ( $DE = 14.1$ ), con un rango amplio que refleja heterogeneidad etaria en la población estudiada. En cuanto al sexo, el 62.3% de los participantes fueron mujeres y el 37.7% hombres.

Se calcularon estadísticos descriptivos para las variables ansiedad (A HADS), depresión (D HADS) y percepción de la enfermedad (IPQ-B). Los valores de tendencia central y dispersión correspondientes a las puntuaciones de ansiedad y depresión, así como a los componentes de la percepción de la enfermedad evaluados mediante el IPQ-B, se presentan en la Tabla 1. Dado que los ítems del IPQ-B representan componentes específicos de la percepción de enfermedad, los estadísticos descriptivos se reportan tanto a nivel de ítem como para el puntaje total del cuestionario.

**Tabla 1**

*Resumen descriptivo de los puntajes en los cuestionarios*

Escala	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Total Ansiedad - HADS	7.000	3.817	0	17
Total Depresión - HADS	5.787	3.661	0	18
IPQ-B 1 (Afectación)	5.164	2.951	1	10
IPQ-B 2 (Duración)	5.803	3.525	1	10
IPQ-B 3 (Control)	6.443	3.329	1	10
IPQ-B 4 (Tratamiento)	8.639	1.975	2	10
IPQ-B 5 (Síntomas)	3.918	2.894	1	10
IPQ-B 6 (Preocupación)	4.820	3.207	1	10
IPQ-B 7 (Compresión)	6.885	3.357	1	10
IPQ-B 8 (Afectación emocional)	4.656	3.043	1	10

Escala	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Total IPQ-B	46.213	13.026	17	80

### 3.1 Relación entre percepción de la enfermedad, ansiedad y depresión

Para analizar la relación entre la percepción de la enfermedad y los síntomas de ansiedad y depresión se calcularon coeficientes de correlación rho de Spearman, de acuerdo con la evaluación del supuesto de normalidad. En el caso de la ansiedad, se observaron correlaciones estadísticamente significativas con los componentes del IPQ-B relacionados con preocupación, afectación emocional y con el puntaje total de percepción de la enfermedad. No se identificaron asociaciones significativas entre ansiedad y los restantes componentes de la percepción de enfermedad.

Con respecto a la depresión, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas con los componentes del IPQ-B correspondientes a afectación, tratamiento, preocupación y afectación emocional. No se observaron asociaciones significativas entre la depresión y los demás componentes evaluados. Los coeficientes de correlación y sus respectivos niveles de significancia se presentan de forma detallada en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Correlaciones entre IPQ-B, A HADS y D HADS*

	Ansiedad - HADS	Depresión - HADS
IPQ 1 (Afectación)	0.181	0.355**
IPQ 2 (Duración)	-0.075	0.033
IPQ 3 (Control)	-0.020	-0.170
IPQ 4 (Tratamiento)	0.145	0.263*
IPQ 5 (Síntomas)	0.109	0.169
IPQ 6 (Preocupación)	0.419***	0.268*
IPQ 7 (Compresión)	-0.138	-0.062
IPQ 8 (Afectación emocional)	0.493***	0.396**
Total IPQ	0.265*	0.236
Los valores corresponden a coeficientes de correlación rho de Spearman ( $\rho$ ). * $p < .05$ , ** $p < .01$ , *** $p < .001$		

## 4 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la percepción de la enfermedad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con ERC no dialítica. En conjunto, los resultados sugieren que determinadas dimensiones de la percepción de la enfermedad se asocian de manera significativa con el malestar emocional, particularmente con la ansiedad, mientras que la depresión mostró asociaciones más específicas y de menor magnitud. Estos hallazgos son coherentes con el modelo de autorregulación de la salud, el cual plantea que las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad influyen en las respuestas emocionales y conductuales del individuo (Broadbent et al., 2006).

En relación con la ansiedad, se observaron asociaciones significativas con componentes del IPQ-B vinculados a la preocupación y a la afectación emocional, así como con el puntaje global de percepción de enfermedad. Estos resultados concuerdan con estudios previos que han documentado que una percepción más amenazante de la enfermedad se relaciona con mayores niveles de ansiedad en pacientes con ERC y otras condiciones crónicas (Cardol et al., 2023; García et al., 2020; Nikolovski et al., 2022; Vallejos y Ortega 2018). En este sentido, la incertidumbre asociada al curso progresivo de la ERC y al posible requerimiento futuro de tratamiento de sustitución renal podría contribuir a un aumento del malestar ansioso, incluso en etapas no dialíticas.

Con respecto a la depresión, las asociaciones identificadas fueron más limitadas y se concentraron en dimensiones específicas de la percepción de la enfermedad, como la afectación, la preocupación, el tratamiento y la respuesta

emocional. Este patrón es consistente con la literatura, que señala que los síntomas depresivos en la ERC pueden manifestarse de forma más heterogénea y estar influenciados por múltiples factores, tanto emocionales como contextuales (Becerril, 2021; Díaz et al., 2021;). Estudios realizados en poblaciones en diálisis han reportado relaciones más robustas entre depresión y deterioro en la calidad de vida; sin embargo, en etapas previas de la enfermedad, estas asociaciones suelen ser menos pronunciadas, lo que coincide con los resultados observados en la presente investigación (Chilcot et al., 2025; Martín et al., 2004; Mohamed et al., 2023).

En cuanto a la percepción de la enfermedad, los valores descriptivos del IPQ-B evidencian la coexistencia de componentes percibidos como más controlables, como el control del tratamiento y la comprensión de la enfermedad, junto con otros asociados a malestar emocional, como la preocupación y la afectación emocional. Este perfil ha sido descrito previamente en pacientes con ERC en etapas tempranas, quienes pueden reconocer las implicaciones de la enfermedad sin experimentar necesariamente un impacto emocional intenso de forma uniforme (Djukanovic y Årestedt, 2017; Meuleman et al., 2024). Asimismo, investigaciones longitudinales han señalado que las percepciones de control y coherencia pueden modificarse a lo largo del tiempo y desempeñar un papel modulador en el afrontamiento psicológico (Keskindag et al., 2025).

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la percepción de la enfermedad como un componente relevante en la evaluación integral de pacientes con ERC no dialítica. La identificación temprana de percepciones marcadamente amenazantes y de elevados niveles de preocupación podría facilitar intervenciones psicológicas preventivas orientadas a mejorar el afrontamiento y reducir el malestar emocional, complementando el abordaje médico de la enfermedad (Bravo-Zúñiga, 2023; Zahra et al., 2023).

No obstante, los resultados del presente estudio deben interpretarse a la luz de varias limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la percepción de la enfermedad y los síntomas emocionales. En segundo lugar, el tamaño muestral relativamente reducido limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con ERC. Asimismo, el uso de instrumentos de autoinforme puede estar sujeto a sesgos de respuesta, y no se incluyeron variables clínicas relevantes, como el estadio exacto de la enfermedad, comorbilidades o tiempo desde el diagnóstico, que podrían influir en el malestar emocional. Estas limitaciones refuerzan la necesidad de interpretar los resultados con cautela.

Futuras investigaciones deberían considerar diseños longitudinales que permitan analizar la evolución de la percepción de la enfermedad y su relación con la ansiedad y la depresión a lo largo del tiempo, así como la inclusión de variables clínicas y psicosociales adicionales. Del mismo modo, estudios de intervención podrían evaluar la efectividad de programas psicológicos preventivos orientados a modificar percepciones disfuncionales de la enfermedad y a fortalecer estrategias de afrontamiento adaptativas en pacientes con ERC no dialítica.

## 5 Referencias

- Becerril González, M. (2021). Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 31(2), 287–293. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2697>
- Bravo-Zúñiga, J. (2023). Enfoque multidisciplinario en la atención de pacientes con enfermedad renal crónica. Una revisión narrativa. *Revista Médica Herediana*, 34(1), 40–46. <https://doi.org/10.20453/rmh.v34i1.4451>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Cardol, C. K., Meuleman, Y., van Middendorp, H., van der Boog, P. J. M., Hilbrands, L. B., Navis, G., Sijpkens, Y. W. J., Sont, J. K., Evers, A. W. M., & van Dijk, S. (2023). Psychological Distress and Self-Management in CKD: A Cross-Sectional Study. *Kidney Medicine*, 5(10), 100712. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2023.100712>
- Chilcot, J., Pearce, C. J., Hall, N., Rehman, Z., Norton, S., Griffiths, S., Hudson, J. L., Mackintosh, L., Busby, A., Wellsted, D., Jones, J., Sharma, S., Ormandy, P., Palmer, N., Schmill, P., Da Silva-Gane, M., Morgan, N., Poulikakos, D., Veighey, K., Robertson, S., ... Farrington, K. (2025). Depression and anxiety in people with kidney disease: understanding symptom variability, patient experience and preferences for mental health support. *Journal of Nephrology*, 38(2), 675–686. <https://doi.org/10.1007/s40620-024-02194-1>

- Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. *Clinical Kidney Journal*, 9(3), 494–502. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfw014>
- Cueto-Manzano A., Cortés-Sanabria L., Martínez-Ramírez H., Márquez-Herrera R., Solorzano-Rodríguez E., & Rojas-Campos E. (2017). Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(2), 134–142. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457755436005/html/>
- Díaz, E., Trujillo, R., Santos, Y., Fariñas, R., Martínez, Y., & Mederos, I. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicent Electrónica*, 25(3), 399–422. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432021000300399&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000300399&lng=es&tlng=es)
- Díaz I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa Psicológica*, 16(1). <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Djukanovic, I., Carlsson, J., & Årestedt, K. (2017). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15:193,1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0759-9>
- García J., Sánchez E., & Valverde, M. (2020). The Influence of Coping and Personality Styles on Satisfaction with Life in Patients with Chronic Kidney Disease. *Psychologica Belgica*, 60(1), 73–85. <https://doi.org/10.5334/pb.518>
- Kimmel, P., Cohen, S., & Cukor, D. (2021). Chapter 8 - Anxiety in patients with CKD and ESRD. *ACADEMIC PRESS*. 167–181. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817080-9.00008-7>
- Keskindag, B., Farrington, K., Oygur, D., Norton, S., & Sharma, S. (2025). Trajectories of illness perceptions in patients with kidney disease receiving dialysis: Relationship with psychological and physical symptoms. *PLOS One* 20(5), e0323814. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323814>
- Martin, C. R., Tweed, A. E., & Metcalfe, M. S. (2004). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43(Pt1), 51–64. <https://doi.org/10.1348/014466504772812968>
- Meuleman, Y., van der Bent, Y., Gentenaar, L., Caskey, F. J., Bart, H. A., Konijn, W. S., Bos, W. J. W., Hemmelder, M. H., & Dekker, F. W. (2024). Exploring Patients' Perceptions About Chronic Kidney Disease and Their Treatment: A Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(2), 263–275. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10178-x>
- Mohamed, N., Eraslan, A., & Kose, S. (2023). The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients in a sample from Somalia. *BMC Psychiatry*, 23:825, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05312-8>
- Nikolovski, A., Gamgoum, L., Deol, A., Quilichini, S., Kazemir, E., Rhodenizer, J., Oliveira, A., Brooks, D., & Alsubheen, S. (2022). Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Protocol for a Systematic Review. *JMIR Research Protocols*, 11(9), e37854. <https://doi.org/10.2196/37854>
- Noguera M., Pérez B., Barrientos V., Robles R., & Sierra J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29–37. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Pillajo, B. L., Guacho, J. S., & Moya, I. R. (2021). La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. *Revista Colombiana de Nefrología*, 8(3), e396. <https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.396>
- Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., & González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
- Romagnani, P., Agarwal, R., Chan, J. C. N., Levin, A., Kalyesubula, R., Karam, S., Nangaku, M., Rodríguez-Iturbe, B., & Anders, H.-J. (2025). Chronic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 11(1), 8-15. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00589-9>

Sitjar-Suñer, M., Suñer-Soler, R., Masià-Plana, A., Serdà-Ferrer, B. C., Pericot-Mozo, X., & Reig-Garcia, G. (2025). The Perception of Illness in People with Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Personalized Medicine*, 15(3), 120. <https://doi.org/10.3390/jpm15030120>

Vallejos, J. F., & Ortega, E. Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205–214. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1683>

Zahra, Z., Effendy, E., Mawarpury, M., Marthoenis, M., & Jaya, I. (2023). Psychotherapies for chronic kidney disease patients with hemodialysis: A systematic review of randomized control trials and quasi-experiments. *Narra J*, 3(3), e215. <https://doi.org/10.52225/narra.v3i3.215>