

Investigación original

Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia

Advanced chronic kidney disease. Association between anxiety, depression and resilience

 Laura Lacomba-Trejo¹,  Joaquín Mateu-Mollá²,  Eva Carbajo Álvarez³,
 Ana María Oltra Benavent³,  Antonio Galán Serrano⁴

¹Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España

²Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España

³Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), Valencia, España

⁴Servicio de Nefrología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), Valencia, España

Resumen

Introducción: el padecimiento de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se asocia con una mayor probabilidad de padecer sintomatología depresiva y ansiosa. No obstante, la resiliencia puede amortiguar estos efectos. El objetivo general fue valorar la sintomatología ansiosa, depresiva y la resiliencia de los pacientes con ERCA.

Métodos: 70 pacientes (80 % varones), con edades entre 38-88 años (M=68,88; DT= 9,98) fueron evaluados mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la de Resiliencia de Connor Davidson. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas *t*, *d* de Cohen y correlaciones de Pearson.

Resultados: un 41,79 % presentó sintomatología ansiosa y un 25,38 % depresiva, se observaron puntuaciones moderadas de resiliencia. La sintomatología emocional fue mayor en las mujeres y se asoció con una menor resiliencia.

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

Palabras clave: Enfermedad renal crónica avanzada, ansiedad, depresión, resiliencia, factores de riesgo, factores de protección.

doi: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>

Abstract

Introduction: Advanced chronic kidney disease (ARKD) is associated with a greater likelihood of suffering from depressive and anxious symptomatology. However, resilience may cushion these effects. The overall objective was to assess the anxious and depressive symptomatology and resilience of patients with CKD.

Methods: 70 patients (80% male) aged 38-88 years (M=68.88; TD=9.98) were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Connor Davidson Resilience Scale. Descriptive analyses, t-tests, Cohen d-tests and Pearson correlations were performed.

Results: 41.79% showed anxious symptomatology and 25.38% depressive, with moderate resilience scores. Emotional symptomatology was higher in women and was associated with lower resilience.

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

Key words: Advanced chronic kidney disease, anxiety, depression, resilience, risk factors, protective factors

doi: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>



Citación: Lacomba-Trejo L, Mateu-Mollá J, Carbajo Álvarez E, Oltra Benavent AM, Galán Serrano A. Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. Rev. Colomb. Nefrol. 2019;6(2):103-111.

<http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>

Correspondencia: Laura Lacomba-Trejo, laura.lacomba@uv.es

Recibido: 21.3.19 • **Aceptado:** 25.7.19 • **Publicado en línea:** 27.5.19

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un problema de salud mundial por su gran prevalencia, pero sobre todo por los costes personales y sanitarios que ocasiona¹. Es una de las causas más relevantes de enfermedad² observándose en un 10 % de los adultos, siendo mucho más común en hombres que en mujeres. Entre los principales problemas relacionados con la ERCA se encuentran la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), las cardiopatías y la hipertensión arterial (HTA)³.

Además, la ERCA puede tener asociados problemas de salud mental, especialmente sintomatología depresiva, probablemente por las alteraciones físicas del paciente con ERCA, aunque en muchas ocasiones se genera por la repercusión de la enfermedad en su calidad de vida⁴. Ahora bien, en estos pacientes, también se ha señalado la presencia de sintomatología ansiosa^{5,6}.

Resulta relevante destacar que, aquellos pacientes que muestran más síntomas depresivos y ansiosos tienen una peor adherencia al tratamiento y tienden a incumplirlo o abandonarlo con mayor facilidad⁷⁻⁸.

Por ello, se considera que los problemas psicológicos pueden influir notablemente en el curso y desenlace de la ERCA⁹.

No obstante, esta asociación se puede ver mediada por la resiliencia en general, y en concreto en los pacientes con ERCA¹⁰. La resiliencia es la capacidad para permanecer, crecer, ser fuerte e incluso triunfar en la vida, a pesar de las adversidades. Es la habilidad para seguir adelante de forma sana aun con las dificultades¹¹. Podría considerarse la suma de diferentes factores protectores que posibilitan el ajuste personal¹².

En concreto, el diagnóstico y padecimiento de una enfermedad crónica (EC) como la ERCA, puede ser un gran reto personal, ya que implica adquirir nuevos hábitos de vida y seguir un tratamiento muy estricto que principalmente consiste en una dieta muy restringida, una disminución de la toma de líquidos y un aumento de la ingesta de fármacos¹³⁻¹⁴.

La resiliencia puede ayudar a la persona a adaptarse a la situación positivamente, aceptando las limitaciones y adhiriéndose mejor al tratamiento¹⁵, pudiendo amortiguar los efectos psicológicos, sociales y económicos de la EC¹⁶ independientemente del sexo y la edad¹⁷.

Así, los pacientes con una mayor resiliencia presentan menos sintomatología ansiosa y depresiva, lo que les ayuda en la adaptación a la ERCA¹⁸. Ahora bien, los estudios señalan cómo los pacientes con ERCA muestran menos resiliencia que otros pacientes¹⁷.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes con ERCA y su resiliencia, y observar las relaciones entre las variables a estudio.

Métodos

Participantes

Los participantes fueron 70 pacientes de edades entre 38-88 años (M=68,88, DT= 9,98), seguidos en la Unidad de Nefrología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y diagnosticados de ERCA, un 80 % eran hombres (n=56). Un 14,29 % había sido hospitalizado una vez, un 5,71 % dos veces y un 5,71% tres veces o más. Un 17,14 % había asistido a urgencias una vez en el último año, un 11,43 % dos veces y un 11,43 % tres veces o más. El resto no había sido hospitalizado (74,28 %), ni había acudido a urgencias (60 %) en el último año. Un 93,80 % tenía asociada hipertensión arterial (HTA), un 44,60 % diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y un 36,90 % una cardiopatía. De los pacientes que tenían DMT2, un 44,83 % presentó una cardiopatía asociada. En la [tabla 1](#), se pueden consultar los datos de comorbilidad de los pacientes.

En cuanto a los datos sociodemográficos de interés, el 84,85 % vivía acompañado, para más información consultar la [tabla 2](#).

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo por un psicólogo en un único pase y momento temporal. El paciente

Tabla 1. Porcentaje de pacientes con diversas alteraciones.

		DMT2		Cardiopatía	
		Sí	No	Sí	No
HTA (%)	Sí	96,55	91,67	91,67	95,12
	No	3,45	8,33	8,33	4,88

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas.

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

había sido remitido desde la Unidad de Nefrología a la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud para su valoración dentro del protocolo del Proyecto de la Escuela del Paciente Renal. El paciente fue informado del procedimiento a seguir, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Tras la firma del consentimiento informado, se le administraron los cuestionarios.

Como criterio general de inclusión para formar parte del estudio, debía tener ERCA en estadio 3b o superior. Se excluyeron aquellos pacientes con patologías psicológicas previas al estudio y con deterioro cognitivo. El presente estudio contó con el aval del Comité Ético de la Fundación Hospital General Universitario de Valencia, España.

Mediciones

Se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas. Realizamos una entrevista individual con el paciente. Las variables psicológicas analizadas fueron:

Sintomatología ansiosa y depresiva a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith¹⁹, versión adaptada al español de Ibáñez y Caro²⁰, que evalúa la sintomatología ansiosa y depresiva cognitiva, eliminando la somática para poder diferenciar entre sintomatología física y emocional de personas con una enfermedad física. Está compuesta por 14 ítems que dan lugar a dos subescalas, los ítems impares forman la subescala de ansiedad (HADS-A) y los pares la de depresión (HADS-D). Todos ellos van de 0 a 3, representando 0 la mínima puntuación o no presencia de sintomatología y 3 la máxima presencia de la misma. Es necesario invertir los ítems 1, 3, 6, 8, 10, 11 y 13, mediante el sumatorio de los ítems que conforman las subescalas, los valores de sintomatología ansiosa y depresiva. De acuerdo con lo anterior, puede obtenerse una puntuación total de malestar emocional sumando los ítems de ambas. La interpretación de los valores puede consultarse en la [tabla 3](#)²¹.

El HADS se ha utilizado en pacientes con ERCA, obteniendo adecuadas propiedades psicométricas⁶.

En el presente estudio, se encontró una adecuada consistencia interna en cuanto al malestar emocional ($\alpha = 0,76$) y la sintomatología depresiva ($\alpha = 0,84$), no obstante, las puntuaciones no fueron tan adecuadas para la subescala de ansiedad ($\alpha = 0,50$), posiblemente por el reducido número de participantes.

*Resiliencia mediante la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)*²², en su versión adaptada al español. Esta escala tiene dos versiones fundamentales, una de 25 ítems, y su versión reducida de 10. En el presente estudio se ha empleado la escala de 10 ítems por su brevedad y fácil comprensión para los pacientes y sus adecuadas propiedades psicométricas mostradas en muestras clínicas y no clínicas²³. Tiene un formato tipo Likert de 0 a 4, donde 0 significa “en absoluto” y 4 “siempre”. Con el sumatorio de los ítems se obtiene una puntuación total de resiliencia²⁴. En el estudio de validación en muestra española, de personas de 18 a 80 años, las puntuaciones <27 se consideran como bajas, y las >36 como altas²⁵⁻²⁷.

En el presente estudio, se encontró una adecuada consistencia interna para la escala de resiliencia ($\alpha = 0,77$).

Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es transversal de pase único en único momento temporal.

Tabla 3. Interpretación de las puntuaciones de las escalas del HADS.

	Ansiedad	Depresión	Malestar emocional
Normal o ausencia	0-7	0-7	<20
Caso probable	8-10	8-10	-
Problema clínico	>10	>10	≥20

Nota: extraído de Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1”, por L. Lacomba-Trejo, S. Casaña-Granell, M. Pérez-Marín e I. Montoya-Castilla. Revista de Calidad de Vida y Salud, 2017; 10(1): 10-22.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, pruebas *t* para muestras independientes con el fin de observar las diferencias entre hombres y mujeres, calculando el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen, considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx 0,20$, medios $\approx 0,50$ y altos $\approx 0,80^{24}$ y correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas, todo ello, mediante el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados

Análisis descriptivos

Sintomatología ansiosa y depresiva

Los pacientes con ERCA presentaron valores moderados de ansiedad, depresión y malestar emocional (tabla 4).

Así, un 41,79 % padeció sintomatología ansiosa y un 13,43 % de ellos tuvo diagnóstico clínico de ansiedad (figura 1).

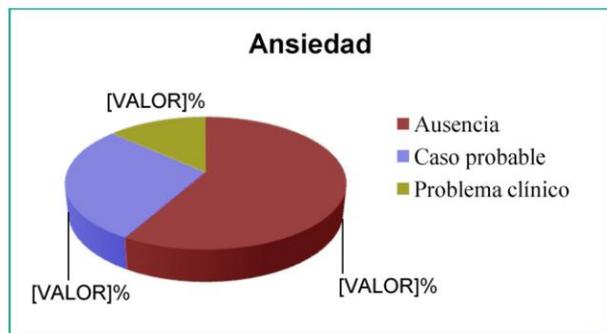


Figura 1. Ansiedad en el paciente con ERCA.

Además, un porcentaje importante de pacientes con ERCA presentó sintomatología depresiva. De hecho, un 25,38 % informó de síntomas depresivos. De ellos, un 14,93 % presentó diagnóstico clínico de depresión (figura 2).

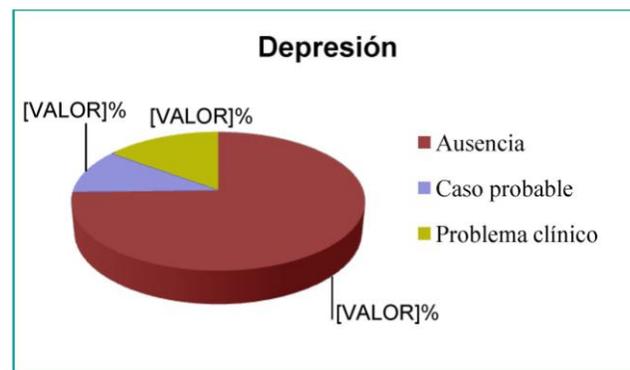


Figura 2. Depresión en el paciente con ERCA.

Al realizar el estudio del malestar emocional de los pacientes con ERCA, se observó que un 9 % mostró un problema clínico de malestar emocional.

Resiliencia

Las personas con ERCA mostraron valores moderados de resiliencia ($M=29,17$; $DT=5,67$). Se observa en general puntuaciones bajas (tabla 5).

Comparación de medias en función del sexo

Las mujeres presentaron más ansiedad y malestar emocional (tabla 5). Se obtuvo en todos los casos un tamaño del efecto medio o moderado. A pesar de que no se dieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la resiliencia, el tamaño del efecto de la variable sexo fue pequeño-moderado (tabla 6).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas.

	Escalas	M	DT	Min	Máx
HADS	Ansiedad	6,21	2,82	2	15
	Depresión	4,91	4,51	0	19
	Malestar Emocional	11,12	5,89	4	31

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

Tabla 5. Percentiles de las puntuaciones del CD-RISC en nuestra muestra.

CDRISC	Percentil	Puntuación
	10	22,40
	20	24
	30	26,10
	40	28
	50	29
	60	30
	70	33
	80	35
	90	37

Tabla 6. Diferencias de medias en función del sexo.

	Escalas		t	gl	p d	Mm	DTm	Mh	DTh
CDRISC	Resiliencia	1,16	64	,25	,36	27,54	5,56	29,57	5,68
	Ansiedad	2,90	15,93	,01	1,59	8,50	3,55	5,60	2,27
HADS	Depresión	1,09	65	,28	,32	6,07	4,81	4,60	4,42
	Malestar emocional	2,57	65	,01	,68	14,57	7,42	10,21	5,13

Nota: t=prueba valor prueba t; gl=grados de libertad; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx 0,2$, medios $\approx 0,5$ y altos $\approx 0,8$; Mm= Media mujeres; DTm= desviación típica mujeres; Mh= Media hombres; DTh= desviación típica hombres.

Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio (ansiedad, depresión, malestar emocional y resiliencia). Se encontró una asociación lineal, negativa, moderada y significativa entre la ansiedad ($r=-0,25$, $p<,05$), la depresión ($r=-0,25$, $p<,05$) y el malestar emocional ($r=-0,32$, $p<,01$) y la resiliencia.

Sumado a lo anterior, quienes presentaron más síntomas ansiosos, también mostraron más síntomas depresivos ($r=0,25$, $p<,05$).

Cabe señalar que la edad de los pacientes con ERCA no se asoció de forma estadísticamente significativa con la ansiedad ($r=-0,73$, $p>,05$), la depresión ($r=0,20$, $p>,05$), con el malestar emocional ($r=0,12$, $p>,05$) ni con la resiliencia ($r=0,14$, $p>,05$).

Conclusiones

En respuesta al objetivo planteado de analizar la sintomatología ansiosa y depresiva, y los niveles de resiliencia de los pacientes con ERCA, los datos muestran que gran parte de los pacientes con ERCA de nuestra muestra informa de grandes niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como de una baja resiliencia. De este modo, observamos mayores niveles de síntomas ansiosos, lo que no va en la línea de los estudios anteriores consultados⁵. Si bien, nuestro trabajo utilizó un cuestionario específico para pacientes con EC, que se centra en los síntomas cognitivos, otros estudios, emplean instrumentos genéricos, lo que podría enmascarar los resultados²⁸.

El impacto que genera la ERCA sobre la calidad de vida de las personas que la sufren, los cambios asociados y las limitaciones que genera¹³⁻¹⁴, puede

provocar gran malestar⁶. En este sentido, son las mujeres quienes más síntomas ansiosos y malestar emocional presentan, tal y como se ha documentado en la población general y con enfermedades físicas²⁸.

Ahora bien, en nuestro estudio hombres y mujeres presentan los niveles similares de depresión, posiblemente porque los hombres con ERCA muestran mayor deterioro y gravedad de la enfermedad, por lo que la sintomatología física y emocional puede ser mayor que en las mujeres³.

En la línea de lo anterior, observamos cómo los pacientes con ERCA mostraron puntuaciones bajas de resiliencia, señalando que hubo pacientes con una alta resiliencia, según los criterios establecidos²⁵. Nuestros datos están en consonancia con los estudios previos que señalaron una afectación de la resiliencia en estos pacientes, sin diferencias en función del sexo, ni relacionadas con la edad¹⁷.

Quizás, si en futuras investigaciones se aumentara el número de participantes, se podrían observar diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se ha visto un efecto moderado de una variable sobre otra. Si se equiparara la muestra por sexos, quizás los resultados serían diferentes. No obstante, cabe señalar, que nuestro estudio representa la realidad de los pacientes con ERCA, ya que se da una mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres³.

Añadido a lo anterior, aquellos pacientes con menos resiliencia, presentaron también más ansiedad, depresión y síntomas emocionales¹⁷.

Futuros estudios, podrían aumentar la muestra y evaluar otras variables psicológicas y médicas como la percepción y el conocimiento que tiene el paciente sobre la ERCA para observar si esta relación se ve mediada por otras variables.

Ahora bien, nuestros resultados señalan la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección en las personas con ERCA, para poder desarrollar e implementar programas de intervención, teniendo en cuenta la importancia de las variables psicológicas en la adaptación a la ERCA. En concreto, resulta interesante desarrollar inter-

venciones en las que se potencie la resiliencia en estos pacientes, ya que puede facilitar su adaptación a la enfermedad, favoreciendo su bienestar psicológico y calidad de vida, reduciendo los factores de riesgo asociados.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a los participantes el tiempo y esfuerzo dedicado a nuestra investigación.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Contribución de los autores

Los autores somos responsables de la investigación y confirmamos la autoría de este trabajo. Todos los autores hemos participado en su concepto y diseño, en la recogida de muestra, en el análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito.

Referencias

1. Luján Ramos MA, Ramírez Arce JA, Acevedo Romero JM, Gómez Jiménez S, Cañas Osorio JM, Santander Bohorquez D, et al. Prevalencia de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral asociadas a enfermedad renal crónica no en diálisis. *Rev. Colomb. Nefrol.* 2019;6(1):17-7. <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.1.311>
2. Candelaria-Brito JC, Gutiérrez-Gutiérrez C, Bayarre-Vea HD, Acosta-Cruz C, Montes de Oca DM, Labrador-Mazón O. Caracterización de la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Rev. Colomb. Nefrol.* 2018;5(2):166-78. <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.0.0.308>
3. Romero N, Pérez P, Pérez J, Pérez K, Reyes J, Rodríguez A. Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Rev. Cuba. Urol.* 2019;8(1). Recuperado de <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/461/498>
4. Monzón AJ, Álvarez M, Gorostidi M, Escaf S. Problemas de la esfera sexual en paciente renal. *SEMERGEN.* 2019; 45(1):63-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006>
5. Hiricare, Pérez-Domínguez T, Rodríguez-Pérez A, García-Bello MA, Buset-Ríos N, Rodríguez-Esparragón F, Parodis-López Y, Rodríguez-Pérez, J. C. Progresión de la enfermedad renal crónica. Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrol.* 2012;32(3):275-418. <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11379>
6. Sierra CA, Donato RE, Aroca G, Depine SA, Gaviria G, Martínez A. Anxiety and depression in patients hospitalized with chronic kidney disease in Barranquilla clinics, Colombia. *Glob J of Health Sci.* 2018;10(11):144-152. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v10n11p144>
7. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016;11(12):2250-55. <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02590316>
8. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Rev. Psico.* 2017; 26(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
9. Karczewski SA, Keane M, Agarwal N. Psychological Aspects and Challenges of Living with Chronic Kidney Disease for Adolescents. En M Haddad, E Winnicki, S Nguyen (Eds.) *Adolescents with Chronic Kidney Disease.* 2019; Springer: Cham.
10. Liu YM, Chang HJ, Wang RH, Yan LK, Lu KC y Hou YC. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:441-51. <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.1.311>
11. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolesc Health.* 1993;14(8):626-31.
12. López-Cortón, A. Factores predictores de procesos resilientes en jóvenes universitarios [Tesis doctoral]. [Coruña]. Universidad de Coruña, 2015. Recuperado a partir de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15355/Lopez-CortonFacal_Ana_TD_2015.pdf?sequence=7&isAllowed=y
13. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *J Clin Med Res.* 2012;3(3):132-8. <http://dx.doi.org/10.4021/jocmr552w>
14. Zouari L, Elleuch M, Feki I, Allouch C, Yaich S, Tha-bet J, et al. Depression in chronic hemodialysis patients: Report of 106 cases. *Tunis Med.* 2011;89(2):157-62. <http://dx.doi.org/10.4103/1319-2442.202785>
15. Bianchini DCS, Dell'aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia.* 2006;16(35):427-36.
16. Vinaccia SJ, Quiceno JM, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *An Psicol.* 2012;28(2):366-77. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>
17. Bóell JEW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2786. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>
18. Müller HH, Englbrecht M, Wiesener MS, Titze S, Heller K, Groemer TW, et al. Depression, Anxiety, Resilience and Coping Pre and Post Kidney Transplantation – Initial Findings from the Psychiatric Impairments in Kidney Transplantation (PI-KT)-Study. *PLoS ONE.* 2015;10(11):e0140706. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140706>
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1993;67(6):361-0.
20. Ibáñez E, Caro I. La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología.* 1992;36:4369.

21. Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Pérez-Marín M, Montoya-Castilla I. Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1". *Revista de Calidad de Vida y Salud*, 2017;10(1):10-22.
22. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). *Depress Anxiety*. 2003;18:76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
23. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and Validity of the Spanish Version of the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) in Young Adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:63. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
24. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *J Trauma Stress*, 2007;20(6):1019-8. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20271>
25. Broche, Y., Rodríguez, B.C., Pérez, S., Alonso, G., Hernández, A., y Blanco, Y. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En B.C. Rodríguez y O. Moleiro. *Validación de Instrumentos Psicológicos: Criterios básicos*. Cuba: Editorial Feijóo; 2012.
26. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1988.
27. Castresana C, García-Estrada A, González JL. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *An de Psiquia*. 1995;11(4):126-0. <http://dx.doi.org/0213-0599/95/11.04/126>
28. Mateu-Mollá J, Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L. Impacto económico y social de la comorbilidad ansiosodepresiva en mujeres tras infarto agudo de miocardio. *RIPS*. 2018;6(21):18-3.