

Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis

María Auxiliadora Moya Ruiz

Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. España

Resumen

Introducción: Los pacientes que padecen enfermedad renal crónica avanzada sufren diversos cambios en sus vidas, a causa de la propia enfermedad y el tratamiento, que provocan trastornos ansioso-depresivos y alteraciones en el estado emocional.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue evaluar el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis e identificar las necesidades de apoyo emocional.

Pacientes y Método: Se estudiaron 66 pacientes, un 68.2% hombres y la media de edad fue de 65.5 ± 16.25 años. Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba. Las variables demográficas añadidas en el estudio han sido: edad, sexo, estado civil, otras patologías asociadas, nivel económico y ocupación. La variable resultado fue el estado emocional, medida con la Herramienta para la Detección del Estado Emocional de Pacientes en Diálisis EE-D.

Resultados: Del total de pacientes un 86.3 % estaban jubilados y la media de los ingresos económicos mensuales era de 878.79 ± 533.35 €. Más del 42% presentaban al menos 2 o más patologías asociadas a su enfermedad de base y el 62.1% estaba casado. Respecto a las variables tristeza y nerviosismo un 54.5% se encontraba triste, y el 59.1% estaba nervioso. Por otro lado, un 92.4% tenía alterado en mayor o menor medida el estado emocional.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de alteración del estado emocional en los pacientes estudiados y un elevado número de ellos necesitan apoyo emocional.

PALABRAS CLAVE

- ESTADO EMOCIONAL
- HEMODIÁLISIS
- TRISTEZA
- NERVIOSISMO
- EE-D
- APOYO EMOCIONAL



Study of the emotional state of patients on hemodialysis

Abstract

Introduction: Patients with advanced chronic kidney disease suffer various changes in their lives, due to their own illness and treatment, which cause anxiety-depressive disorders and alterations in emotional state.

Objective: The aim of the present study was to assess the emotional state of patients on hemodialysis and to identify emotional support needs.

Patients and Method: We studied 66 patients, 68.2% men and the mean age was 65.5 ± 16.25 years. A descriptive cross-sectional observational study was carried out at the Clinical Management Unit (CMU) of Nephrology at the Reina Sofía University Hospital (HURS) in Córdoba. The demographic variables added in the study were: age, sex, marital status, other associated pathologies, economic level and occupation. The outcome

Correspondencia:

M^a Auxiliadora Moya Ruíz
C/ Cantarero, 15. 14620 El Carpio. Córdoba. España
E-mail: n22morua@uco.es

variable was the emotional state, as measured by the Tool for Detection of the Emotional State of Patients in Dialysis (EE-D).

Results: Of the total number of patients, 86.3% were retired and the average monthly income was 878.79 ± 533.35 €. More than 42% had at least 2 or more pathologies associated with their underlying disease and 62.1% were married. Regarding the variables of sadness and nervousness, 54.5% were sad, and 59.1% were nervous. On the other hand, 92.4% had altered to a greater or lesser extent the emotional state.

Conclusions: There is a high prevalence of altered emotional state in the studied patients and a high number of them need emotional support.

KEYWORDS

- EMOTIONAL STATE
- HEMODIALYSIS
- SADNESS
- NERVOUSNESS
- EE-D
- EMOTIONAL SUPPORT

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde esta definición, se ha puesto especial énfasis en tener una visión global de los cuidados de enfermería y que se contemple la salud no solo como una dimensión biológica, sino también como una dimensión social, psicológica y espiritual. Esto es especialmente relevante en enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en tratamiento con diálisis y aunque, en las últimas décadas se ha producido una gran mejora de las técnicas de hemodiálisis (HD), los pacientes con ERCA en tratamiento con HD siguen padeciendo cambios físicos, psicológicos y sociales¹; por lo que las variables psicosociales van a jugar un papel muy importante en la atención integral de los mismos².

Los pacientes diagnosticados de ERCA van a experimentar una serie de cambios bruscos en su vida debidos a la

propia enfermedad y al tratamiento, llegando en algunos casos, a padecer trastornos ansioso-depresivos, por falta de adaptación ante esta situación estresante³. Aparte de los cambios en el estado emocional, estos pacientes van a padecer la sintomatología propia de la enfermedad⁴, que limita sus actividades físicas y tengan aumentado el dolor⁵. A esto hay que añadir, que el tratamiento con HD puede condicionar que el paciente sufra durante la sesión de diálisis episodios de hipotensión, calambres musculares, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y riesgo de infección en el acceso vascular, que unido a un horario estricto y pasar varias horas dializándose, ocasiona que sientan que han perdido el control de su vida⁶.

Por otra parte, se ha comunicado que el estado emocional del paciente en HD (estrés, ansiedad, depresión, etc) se relaciona con morbilidad y mortalidad^{7, 8}. Se ha descrito que un estado general de malestar emocional y emociones negativas predice una mayor frecuencia de síntomas somáticos, desarrollo de enfermedades físicas y mentales, aumento de los servicios médicos y estilos de vida no saludables en estos pacientes⁹. Se ha documentado que los pacientes en HD afectados de depresión, presentan una menor adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que un estado anímico negativo hace que el paciente presente baja percepción de autoeficacia, que desemboca en un abandono de las recomendaciones terapéuticas y un aumento de las demandas sanitarias, incumplimiento de las restricciones dietéticas y aumento de las intenciones de suicidio indirecto^{10, 11}. Además, la calidad de vida y su nivel de capacidad en la realización de las actividades cotidianas, está disminuida en relación a la población general¹²⁻¹⁴.

Por consiguiente, parece fundamental que el profesional sanitario se centre también en el estado emocional del paciente en HD y no solo, en ofrecer el mejor tratamiento técnico posible. Por ello, se recomienda que se comience a ofrecer apoyo emocional en la etapa pre-diálisis para dar al paciente recursos que le sean de ayuda a la hora de afrontar los diversos cambios que va a provocar la ERCA en su vida; de esta forma, podrá tolerar el estrés y adaptarse a las necesidades propias de la enfermedad¹⁵. De hecho, los pacientes con mejor percepción de su salud mental, se adaptan mejor al proceso de enfermedad y al tratamiento¹⁶.

Por todo ello y dada la relevancia del estado emocional de los pacientes en HD, parece oportuno el análisis del mismo para así poder detectar los trastornos depresión-ansiedad con antelación, nos planteamos el objetivo de evaluar el estado emocional de los pacientes en HD e identificar las necesidades de apoyo emocional.

Pacientes y métodos

Ámbito de Estudio

El estudio fue realizado en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba, previa autorización del director de la UGC y con la colaboración de los profesionales de enfermería de esta unidad.

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Población y muestra

La población estudiada han sido los pacientes con ERCA en tratamiento con HD periódicas de la UGC Nefrología. Se incluyeron a todos los pacientes en HD de la Unidad Hospitalaria y Centro Periférico de Diálisis, que tras informarles del estudio a realizar y previo consentimiento informado aceptaron colaborar con esta investigación. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental que incluyó a 66 pacientes; 17 se excluyeron del estudio por incapacidad para responder el cuestionario, dificultad idiomática y/o por no querer formar parte del mismo.

VARIABLES e instrumento de medida

Las variables demográficas añadidas en el estudio han sido: edad, sexo, estado civil, otras patologías asociadas, nivel económico y ocupación. Estas variables se obtuvieron en la entrevista personal, sin tener que acceder a la historia clínica del paciente.

La variable resultado fue: El estado emocional.

El estado emocional se evaluó mediante el cuestionario validado EE-D (Anexo 4), herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis. Se trata de un cuestionario con 5 dimensiones.

Recogida de datos

Los datos se obtuvieron en las unidades de diálisis, en las que los pacientes se dializan, por lo cual no fue necesario añadir tiempo extra para la cumplimentación de los cuestionarios. Se explicó el objetivo del estudio a cada uno de los pacientes y se les pidió el consentimiento informado.

Aspectos Éticos

La información obtenida ha sido utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación y es totalmente confidencial y tratada conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre, sobre "Protección de datos de carácter personal". Si en algún momento el pacien-

te deseó retirarse del estudio, lo pudo hacer sin tener que dar ningún tipo de explicación. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos recogidos y el anonimato de éste. Su identidad sólo fue conocida por la autora del trabajo y la enfermera responsable.

El estudio se inició después de recibir el informe favorable del Comité de Ética e Investigación del HURS para su realización.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de las variables cualitativas se realizó usando la distribución de frecuencias, mientras que para las variables numéricas se ha utilizado la media \pm la desviación estándar de la media. Para la relación entre variables se usó el test de Correlación de Pearson o el Test de Spearman según los datos siguieran o no una distribución normal. El análisis ha sido realizado mediante un programa estadístico (SPSS versión 22).

Resultados

El estudio fue realizado a un total de 66 pacientes, 45 hombres y 21 mujeres, con edades comprendidas entre 22 y 92 años y una media de 65.5 ± 16.25 años. Un 77.25% de los pacientes presenta una o varias patologías más aparte de la ERCA, como puede apreciarse en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variable	Frecuencia y porcentaje	
Sexo	Mujer	21 (31,8%)
	Hombre	45 (68,2%)
Estado Civil	Soltero	11 (16,7%)
	Casado	41 (62,1%)
	Viudo	14 (21,2%)
Patologías adicionales de la ERCA	Otra patología	23 (34,8%)
	Dos patologías	15 (22,75%)
	Más de dos patologías	13 (19,7%)
	Ninguna	15 (22,75%)
Situación laboral	Empleado	4 (6,1%)
	Desempleado	5 (7,6%)
	Jubilado	57 (86,3%)

Respecto a los ingresos económicos que refirieron los pacientes se encontró una media de 878.79 ± 533.35€ mensuales.

En relación a las variables Tristeza y Nerviosismo, encontramos que un 54.5% de los pacientes se encontraban tristes, mientras que un 59.1% se encontraban nerviosos, encontrándose una correlación estadísticamente significativa entre tristeza y nerviosismo ($r=0.643$, $p=0.000$).

La variable **tristeza** se dividió a su vez en dos grupos, en función de no estar (puntuación ≤ 4) o estar tristes (puntuación ≥ 5) para agrupar en torno a estos dos grupos todas las demás variables, tal como se refleja en la **Tabla 2**.

Como podemos observar a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de ambos grupos, si resultó mayor la media de edad del grupo encuadrado dentro de los que estaban tristes.

No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación al estado emocional, aunque entre las mujeres el mayor porcentaje se encontraban en el grupo de mayor tristeza, si bien hay que decir el número no es significativo. En cuanto a los ingresos económicos mensuales tampoco se encontraron diferencias, aunque hay que resaltar que el 61.2% de los pacientes que se sentían tristes pertenecía al grupo de población que tenía unos ingresos inferiores a 700€.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo que se encontraba triste con las preocupaciones familiares ($p=0.03$), con preocupaciones emocionales o psicológicas ($p=0.000$), y con preocupaciones relacionadas con la enfermedad y/o tratamiento ($p=0.004$).

Para el análisis de la variable **nerviosismo** se dividió de igual forma que en la anterior, en función de no estar (puntuación ≤ 4) o estar nervioso (puntuación ≥ 5), **Tabla 3**.

Tabla 2. Comparación entre ambos grupos para las distintas variables.

Variable	Tristes (≥ 5)	No tristes (≤ 4)	Valor de p
Edad	66.58±15.28	63.53±17.47	NS
≤36	33.3%	66.7%	
37-50	58.3%	41.7%	
51-64	33.3%	66.7%	
65-78	69.6%	30.4%	
79-92	50%	50%	
Sexo			
Mujer	66.7%	33.3%	
Hombre	48.9%	51.1%	
Estado Civil			
Soltero	45.5%	54.5%	
Casado	58.5%	41.5%	
Viudo	50%	50%	
Patologías adicionales de la ERCA			
Ninguna	33.3%	66.7%	
Otra patología	47.8%	52.2%	
Dos patologías	60%	40%	
Más de dos patologías	84.6%	15.4%	
Ingresos económicos mensuales(€)	777.78±344.85	1000±682.79	0,044
≤300	50%	50%	
301-700	64.5%	35.5%	
701-1100	47.4%	52.6%	
1101-1500	66.7%	33.3%	
>1500	16.7%	83.3%	
Situación laboral			
Empleado	25%	75%	
Desempleado	60%	40%	
Jubilado	56.1%	43.9%	
Preocupación familiar			
Si	66.7%	33.3%	
No	40%	60%	
Preocupación laboral			
Si	61.1%	38.9%	
No	52.1%	47.9%	
Preocupación emocional			
Si	100%	0%	
No	33.3%	66.7%	
Preocupación espiritual y/o religiosa			
Si	100%	0%	
No	51.6%	48.4%	
Preocupación enfermedad y/o tratamiento			
Si	68.3%	31.7%	
No	32%	68%	
Preocupación profesionales sanitarios			
Si	0%	100%	
No	55.4%	44.6%	

NS: No significativo.

Tabla 3. Comparación entre ambos grupos para las distintas variables.

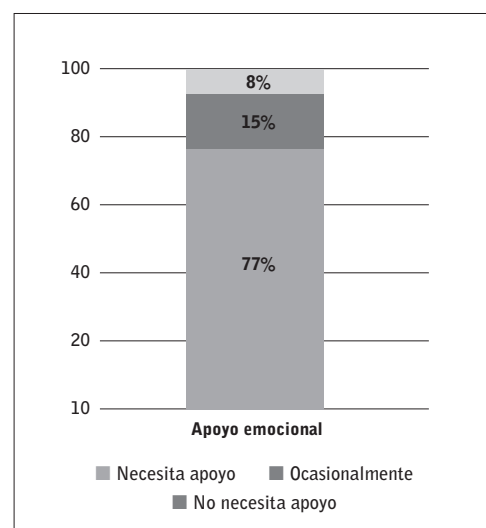
Variable	Nerviosos(≥ 5)	No nerviosos(≤ 4)	Valor de p
Edad	65.10 \pm 16.72	65.33 \pm 15.88	NS
≤ 36	66.7%	33.3%	
37-50	58.3%	41.7%	
51-64	58.3%	41.7%	
65-78	65.2%	34.8%	
79-92	50%	50%	
Sexo			
Mujer	61.9%	38.1%	
Hombre	57.8%	42.2%	
Estado Civil			
Soltero	45.5%	54.5%	
Casado	61%	39%	
Viudo	64.3%	35.7%	
Patologías adicionales de la ERCA			
Ninguna	53.3%	46.7%	
Otra patología	56.5%	43.5%	
Dos patologías	60%	40%	
Más de dos patologías	69.2%	30.8%	
Ingresos económicos mensuales(€)	769.23 \pm 446.72	1037.04 \pm 612.78	0.044
≤ 300	75%	25%	
301-700	71%	29%	
701-1100	47.4%	52.6%	
1101-1500	50%	50%	
>1500	33.3%	66.7%	
Situación laboral			
Empleado	75%	25%	
Desempleado	60%	40%	
Jubilado	57.9%	42.1%	
Preocupación familiar			
Si	69.4%	30.6%	
No	46.7%	53.3%	
Preocupación laboral			
Si	66.7%	33.3%	
No	56.3%	43.7%	
Preocupación emocional			
Si	90.5%	9.5%	
No	44.4%	55.6%	
Preocupación espiritual y/o religiosa			
Si	75%	25%	
No	58.1%	41.9%	
Preocupación enfermedad y/o tratamiento			
Si	68.3%	31.7%	
No	44%	56%	
Preocupación profesionales sanitarios			
Si	0%	100%	
No	60%	40%	

NS: No significativo.

En relación al nerviosismo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la edad, sin embargo, el grupo que presentaba más nerviosismo tenía menos ingresos económicos, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0.044$).

Se encontró también una asociación estadísticamente significativa entre el grupo que se encontraba **nervioso** con preocupaciones emocionales y/o psicológicas ($p=0.000$).

Con respecto a la necesidad por parte de los sujetos de estudio, de apoyo emocional, resultó que el 92% demanda esta ayuda, bien sea de forma ocasional o de manera continua, tal y como se muestra en la **Figura 1**.

**Figura 1.** Distribución de la Necesidad de apoyo emocional.

En las **Tablas 4 y 5**, están representados aquellos factores que les "hacen sentirse mejor" y que les hace "ilusión" desde que están en HD.

Se puede observar que al 36.4% lo que más le ayuda a sentirse mejor es el tratamiento dialítico en sí mismo y a un 15.2% los profesionales sanitarios.

En cuanto a los factores que más ilusión les hacen son la relación familiar y salir de la sesión de diálisis.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes acerca de los factores que les "ayudan a sentirse mejor" desde que se encuentran en HD.

LE AYUDA A SENTIRSE MEJOR				
Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FAMILIA	3	4.5	4.5	4.5
NADA	10	15.2	15.2	19.7
OTROS	13	19.7	19.7	39.4
PROFESIONALES	10	15.2	15.2	54.5
SALIR SESIÓN	6	9.1	9.1	63.6
TRATAMIENTO	24	36.4	36.4	100.0
TOTAL	66	100.0	100.0	

Otros: Factores con una prevalencia ≤ 2 .

Tabla 5. Frecuencia y porcentajes acerca de los factores que los "pone contentos" desde que están en HD.

LE PONE CONTENTO				
Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESTAR BIEN	8	12.1	12.1	12.1
FAMILIA	26	39.4	39.4	51.5
NADA	4	6.1	6.1	57.6
OTROS	11	16.7	16.7	74.2
PROFESIONALES	4	6.1	6.1	80.3
SALIR SESIÓN	9	13.6	13.6	93.9
TRASPLANTE	4	6.1	6.1	100.0
TOTAL	66	100.0	100.0	

Otros: Factores con una prevalencia ≤ 2 .

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue conocer el estado emocional de los pacientes de HD de la Unidad Hospitalaria y del Centro Periférico de Diálisis de la UGC de Nefrología del HURS. Para ello se ha utilizado el EE-D, instrumento de medida del estado emocional creado por García-Llana H, validado recientemente por lo que no existen artículos publicados que hayan usado esta herramienta, de ahí lo novedoso de este. Para detectar la existencia de alteraciones del estado emocional, este cuestionario explora dos estados: tristeza y nerviosismo. El propósito del mismo es detectar situaciones susceptibles de intervención en determinados pacientes, ante la posibilidad de desarrollar trastornos de depresión y ansiedad respectivamente, permitiendo al personal sanitario proporcionar el apoyo adecuado para evitar su aparición^{17,18}.

La muestra estudiada ha estado formada en su mayoría por hombres, casados y jubilados, con una edad media 65.5 ± 16.25 años. Este perfil, con variaciones en la distribución del género, es una realidad en la mayoría de las unidades de diálisis de nuestro país, habiéndose aumentado la edad media del paciente en diálisis considerablemente en la última década, según los últimos datos de la Sociedad Española de Nefrología¹⁹. Otro aspecto a destacar, es la comorbilidad asociada que presenta este tipo de pacientes; en nuestra muestra más del 42% presentan al menos 2 o más patologías asociadas a su enfermedad de base, algo común también en otras muestras estudiadas²⁰.

Los resultados muestran que la prevalencia de estar triste es de un 54.5%, mientras que la de estar nervioso es de un 59.1%. Teniendo en cuenta la relación que se puede establecer entre tristeza y nerviosismo, con un cierto grado de depresión y ansiedad; si extrapolamos nuestros datos de las dos variables estudiadas a los resultados publicados por otros autores respecto a la prevalencia de la depresión y ansiedad, encontramos prevalencias similares y dentro del rango esperado en los pacientes de HD, aunque la prevalencia de la variable nerviosismo en nuestros pacientes es levemente superior al rango de ansiedad aportado por otras investigaciones^{10, 21, 22}.

Es de destacar que, en la muestra estudiada no hemos observado diferencias estadísticamente significativas en la edad del grupo que se encontraba triste en comparación con el que no lo estaba, aunque la edad de estos últimos fuera algo inferior, al contrario de lo que han publicado otros autores^{10, 23}. Algunos estudios, refieren que los jóvenes (17-36 años) en HD sufren más trastornos depresivos²⁴, aunque no podemos establecer comparaciones con el mismo porque la frecuencia en ese intervalo de edad era sólo de 3 sujetos.

Por otro lado es de resaltar que, al contrario de lo esperado, el sexo femenino, la ocupación laboral y el estado civil no han sido factores significativos de tristeza y/o nerviosismo. Aunque había más mujeres en el grupo con tristeza, su número era reducido, por lo que no se pueden extraer conclusiones a este respecto. Según nuestros datos, aquellos pacientes que presentan una mayor alteración en el estado emocional son casados y jubilados, resultados que coinciden con los de otros autores^{21, 25}.

En cuanto al nerviosismo en el estudio no aparece significación estadística con las diferentes variables demo-

gráficas analizadas, excepto en los ingresos económicos mensuales. En efecto, el grupo de los pacientes que presentan un estado de nerviosismo más elevado tienen unos ingresos significativamente inferiores²⁶. El perfil de los pacientes afectados de nerviosismo es varón, casado, jubilado con patologías asociadas.

Por otra parte, encontramos una correlación positiva entre la tristeza y el nerviosismo, tal como han descrito otros autores^{10,21}. Del grupo que se encuentra triste, un 86.1% también se sienten nerviosos, y en el grupo de que se sienten nerviosos, el 79.5% están tristes. Sólo el 33.3% no presenta ni tristeza ni nerviosismo.

Por consiguiente, el 66.7% de los pacientes presenta alguna alteración emocional. Pero el estado emocional no solo se altera por estos dos factores, sino que otros sentimientos, preocupaciones o estados de ánimo también lo alteran de forma negativa; por lo que un 77.2% necesita apoyo emocional, mientras que un 15.1% solo lo requiere de forma ocasional debido a algún malestar o preocupación temporal que le está ocasionando esa alteración en su equilibrio emocional. En este contexto, parece evidente la necesidad de la presencia de profesionales de la psicología, para poder llevar a cabo una atención integral del paciente en HD²⁷. Hay autores que defienden la presencia de un psicólogo en la consulta de ERCA, para atender, evaluar e intervenir de forma más específica en caso de que el paciente presente estas necesidades²⁸.

Otro aspecto interesante que detecta el cuestionario EE-D es qué factores ayudan al paciente a "sentirse mejor" y cuales le "ponen más contento" y/o le hace más ilusión, desde que se encuentra en HD. Esta información es de gran ayuda para la intervención en la alteración emocional del paciente, ya que, aunque este estudio solo pretende detectar la prevalencia, al transmitir la información obtenida a los demás profesionales se puede dar un apoyo emocional más individualizado, más personalizado y, por lo tanto, más eficaz^{29,30}.

Para conseguir dar apoyo emocional es necesario potenciar el afrontamiento activo del paciente ante las distintas adversidades que se va encontrando, ya que este se ha mostrado como el más eficaz³¹⁻³³.

La principal limitación de nuestro estudio ha sido la utilización solamente del EE-D como instrumento de medida, que al ser novedoso no existen artículos que hayan medido el estado emocional con él, por lo que no hemos podido comparar los resultados. Además resultaría interesante un estudio que aplicara el EE-D junto con esca-

las de depresión y ansiedad, para así conocer el grado de asociación entre estar triste y/o nervioso con estas patologías. Otra limitación con la que nos hemos encontrado ha sido que la muestra no era homogénea, había más hombres que mujeres, normalmente son tratados en HD un 59% de hombres por un 41% de mujeres³⁴.

Como principal consideración práctica, indicar que el cuestionario EE-D puede ser una herramienta útil en la detección del estado emocional del paciente en HD, pues es de fácil cumplimentación (no se tarda más de 5 minutos), además de emplearse una terminología básica para enfermería y muy sencilla para el paciente, y sobre todo, porque la prevalencia de este tipo de alteración es muy alta en estos pacientes y en la mayoría de los casos va a pasar desapercibida.

A la vista de nuestros resultados, podemos concluir que la muestra estudiada presenta una alta prevalencia de alteración del estado emocional y que un elevado número de pacientes necesita apoyo emocional. Es fundamental, que estos resultados sean puestos a disposición de los responsables clínicos, para que se actúe ante esta evidencia con algún tipo de intervención que consiga dar respuesta a esta necesidad que presentan la mayoría de los pacientes en HD estudiados.

Recibido: 10 agosto 16
Revisado: 15 agosto 16
Modificado: 22 septiembre 16
Aceptado: 12 octubre 16

Bibliografía

1. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología* 2000; 20: 431-9. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-interpretacion-los-resultados-calidad-vida-relacionada-con-salud-pacientes-terapia-X021169950001286X> (Consultado 5 mayo 2016).
2. Perales Montilla CM, García León A, Reyes del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012; 32:622-30. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2012. Jun.11447.

3. Evans R, Manninen D, Garrison L. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 553-9. doi: 10.1056/NEJM198502283120905.
4. Álvarez Ude F, Fernández Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Sintomatología física y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología* 2001; 21:191-9. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-sintomas-fisicos-trastornos-emocionales-pacientes-programa-hemodialisis-periodicas-X0211699501013224> (Consultado 5 mayo 2016).
5. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología* 2016; 04-10. doi: 10.1016/j.nefro.2015.12.002.
6. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología* 2013; 33:816-25. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Aug.12097.
7. Kiecolt Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspective from psychoneuro immunology. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 83-107. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217.
8. Martínez Correa A, Reyes del Paso GA, García León A, González MI. Optimismo/pesimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema* 2006; 18:66-72. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3177.pdf> (Consultado 5 mayo 2016).
9. Lahey B. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol* 2009; 64: 241-56. doi: 10.1037/a0015309.
10. Páez AE, Jofre MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamientos de diálisis. *Univ Psicol* 2009; 8: 117-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf> (Consultado 5 mayo 2016).
11. Lopes A, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002; 62: 199-207. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12081579> (Consultado 5 mayo 2016).
12. Rebollo A, Morales JM, Pons E, Mansilla JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* 2014; 34:1-17. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133.
13. Sánchez JM, Montejo AL, Llorca G. Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatr Biol* 2006; 13: 67-70. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-estudio-del-estado-salud-comorbilidad-13087577> (Consultado 5 mayo 2016).
14. Morales R, Salazar E, Flores FJ, Bochicchio T, López AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx* 2008; 144: 91-8. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n2/12_vol_144_n2.pdf (Consultado 5 mayo 2016).
15. Huertas Vieco MP, Pérez García R, Albalade M, Sequera P, Ortega M, Puerta M, Corchete E, Alcázar R. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología* 2014; 34:737-42. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477.
16. Ruiz B, Basabe N, Fernández E, Baños C, Nogales M, Echebarri M. Vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. *Metas de enfermería* 2008; 11: 27-32. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/Revistas/fasciculo/fasciculo.php?OTk%3D&MQ%3D%3D&MTY5> (Consultado 5 mayo 2016).
17. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt Glaser JK. The relationship between social support and physiological process: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996; 119:488-531. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8668748> (Consultado 5 mayo 2016).
18. Yarlal A, White M, Yang M, Saris Baglam R, Bech P, Chistensen T. Measuring the health status burden in hemodialysis patients using the SF-36 health sur-

- vey. *Qual Life Res* 2011; 20:383-9. doi: 10.1007/s11136-010-9764-8.
19. Registro de la Sociedad Española de Nefrología. Disponible en: http://www.senefro.org/contents/webstructure/REER_Cong_SEN_2015.pdf (Consultado 5 mayo 2016).
 20. Gómez Vilaseca L, Pac Gracia N, Manresa Traquany M, Lozano Ramírez S, Chevarría Montesinos JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Nefrología* 2015; 18: 112-117. doi: 10.4321/S2254-28842015000200006.
 21. Moreno Núñez E, Arenas Jiménez MD, Porta Bellmar E, Escalant Calpena L, Cantó García MJ, Castell García G, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrológica* 2004; 4:17-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752004000400004 (Consultado 5 mayo 2016).
 22. García Llana H, Remor E, Del Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología* 2014; 34: 637-57. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959.
 23. Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav.* 1992; 33:187-205. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1401846> (Consultado 5 mayo 2016).
 24. Atencio BJ, Nucette E, Colina J, Sumalave S, Gómez F, Hinestroza D. Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología* 2004; 50: 35-41.
 25. León Astudillo EJ. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad Renal del Austro, 2009. 2010 Tesis. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3959/1/MEDMI03.pdf> (Consultado 5 mayo 2016).
 26. Espinoza Soto J, Jiménez Moreno J, Salazar Calderón K, Silva Mathews Z. Influencia de una intervención educativa en el nivel de ansiedad de un paciente en hemodiálisis. *Revista Enfermería Herediana* 2013; 6: 34-41. doi: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v6i1.2375>.
 27. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18:3042-55. doi: 10.1681/ASN.2007030345.
 28. García Llana H, Rodríguez-Rey R, Celadilla O, Bajo A, Sánchez-Villanueva R, Del Peso G, González E, Trocoli F, Selgas R. Abordaje interdisciplinar enfermera-psicólogo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: objetivos y protocolo. *Nefrología* 2013; 33: 139-40. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11770.
 29. Torres Quesada J, Velasco García P, Ila García A. Adaptación del plan de cuidados estandarizado de hemodiálisis y diálisis peritoneal para su incorporación en un módulo informático de enfermería. Comunicaciones Presentadas al XXXVI Congreso Nacional SEDEN 2011. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/3521_Articulo%20119.pdf (Consultado 5 mayo 2016).
 30. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* 2004; 13: 42-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009 (Consultado 5 mayo 2016).
 31. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud* 2008; 18: 165-79. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicosalud/article/viewFile/659/1156> (Consultado 5 mayo 2016).
 32. Pulgar A, Garrido S, Alcalá A, Reyes del paso GA. Psychosocial predictors of immune response following bone marrow transplantation. *Behav Med* 2012; 38: 12-8. doi: 10.1080/08964289.2011.647118.
 33. Calvanese N, Feldman L, Weisinger J. Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrol Latin* 2004; 11: 49-63.
 34. Hecking M, Bieber BA, Ethier J, Kautzky Willer A, Sunder Plassmann G. Sex-Specific differences in hemodialysis prevalence and practices and the Male-to-Female mortality rate: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *PLoS Med* 2014; 11. doi:10.1371/journal.pmed.1001750.