

Investigación

## **CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PACIENTES DE DIÁLISIS**

QUALITY OF LIFE AND PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS SYMPTOMS IN DIALYSIS PATIENTS

### **Paola Andrea Ruiz-Araya**

Enfermera Matrona

Doctora en Proyectos

Magíster en Gestión Educacional

Universidad Viña del Mar. Viña del Mar, Chile

paola.ruiz@uvm.cl

<https://orcid.org/0000-0001-9485-598X>

### **Katya Cuadros-Carlesi**

Enfermera Matrona

Doctora en Enfermería

Universidad Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

katya.cuadros@uvm.cl

<https://orcid.org/0000-0003-4751-815X>

### **María Rosa Oyarce Quiroz**

Técnico Estadístico

Magíster en Pedagogía Universitaria

Universidad Viña del Mar

Viña del Mar, Chile

mroq25@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5191-2964>

### **Evelyn Colombo Apablaza**

Enfermera

Centro Renal SpA

Quilpué, Chile.

evelyn.colombo.ap@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-2866-6142>

### **Elizabeth Arellano Pais**

Enfermera

Magíster en Docencia Universitaria

Centro Renal SpA. Quilpué, Chile

eliarellano05@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-7860-5394>

**Rose Mary Brignardello Murua**

Enfermera

Centro Renal SpA Quilpué, Chile

[rmbignardello@hotmail.com](mailto:rmbignardello@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0005-0135-2467>

---

*Artículo recibido el 18 de julio de 2024. Aceptado en versión corregida el 21 de noviembre de 2024.*

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis sufren un impacto multidimensional, afectándose su calidad de vida. Además, presentan una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, lo que se ha relacionado con un incremento de su morbimortalidad. **OBJETIVO.** Analizar la calidad de vida y la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en pacientes dializados. **METODOLOGÍA.** Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transversal realizado en una muestra por conveniencia de 114 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés y el cuestionario de Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida. Los datos sociodemográficos y clínicos fueron recolectados desde la ficha clínica. Se calcularon estadísticos descriptivos, medidas de asociación y correlación. **RESULTADOS.** El 42,1% de los pacientes correspondió al sexo femenino y 57,9% al masculino. En los pacientes de hemodiálisis la prevalencia de síntomas de depresión fue 30,8%, de ansiedad 34,6% y de estrés 34,6%. En tanto, para diálisis peritoneal, la prevalencia de síntoma de depresión correspondió a 41,7%, de ansiedad a 50% y de estrés a 47,2%. Los pacientes de ambas terapias presentaron puntajes promedio bajo 50 puntos en los componentes físico y mental. Se encontró asociación significativa entre los componentes físico y mental con la prevalencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. **CONCLUSIÓN.** Los resultados relacionados con calidad de vida y salud mental indican la necesidad de un abordaje integral centrado en la persona, para otorgar cuidados de enfermería que permitan sobrellevar de mejor manera su enfermedad y tratamiento.

**Palabras clave:** Calidad de vida; hemodiálisis; diálisis peritoneal; ansiedad; depresión; estrés.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION.** Patients with chronic kidney disease undergoing dialysis experience a multidimensional impact that affects their quality of life. Additionally, they exhibit a higher prevalence of depression, anxiety, and stress, which has been associated with increased morbidity and mortality. **OBJECTIVE.** To analyze the quality of life and the prevalence of

depression, anxiety, and stress in dialysis patients. **METHOD.** A quantitative, non-experimental, correlational cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 114 patients. The instruments used were the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) and the Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL) questionnaire. Sociodemographic and clinical data were collected from patient's medical records. Descriptive statistics, association measures, and correlation analyses were performed. **RESULTS.** Of the participants, 42.1% were female and 57.9% were male. Among hemodialysis patients, the prevalence rates for symptoms of depression, anxiety, and stress were 30.8%, 34.6%, and 34.6%, respectively. For peritoneal dialysis patients, the prevalence rates were 41.7% for depression, 50% for anxiety, and 47.2% for stress. Patients undergoing both therapies had average scores below 50 points in both physical and mental health components. A significant association was found between physical and mental health components and the prevalence of symptoms of stress, anxiety, and depression. **CONCLUSION.** The findings on quality of life and mental health in patients undergoing dialysis highlight the need for a comprehensive, person-centered approach to provide nursing care that better supports patients in managing their disease and treatment.

**Keywords:** Quality of life; hemodialysis; peritoneal dialysis; anxiety; depression; stress.

[http://dx.doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.3.3.1439-1455](http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.3.3.1439-1455)

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) en etapas avanzadas requiere tratamiento sustitutivo, como trasplante renal, hemodiálisis o diálisis peritoneal <sup>(1)</sup>. Esta patología afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, generando una disminución del funcionamiento físico, deterioro de la salud mental, complicaciones médicas y afectaciones en los ámbitos laboral, familiar y social <sup>(2-4)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes” <sup>(5)</sup>. En pacientes con

ERC, el deterioro de la calidad de vida está influido por factores como edad, sexo y nivel educacional <sup>(6)</sup>, así como por las comorbilidades y complicaciones propias de la enfermedad <sup>(7)</sup>. Además, niveles bajos de hemoglobina y albúmina plasmática, junto con niveles elevados de paratohormona, se asocian con una peor calidad de vida, la cual, a su vez, se relaciona con mayor riesgo de hospitalización y mortalidad <sup>(8)</sup>.

Comparaciones entre modalidades de diálisis han evidenciado que los pacientes en diálisis peritoneal reportan mejor calidad de vida en comparación con aquellos en hemodiálisis <sup>(2,9)</sup>. Por otro lado, los trastornos de salud mental, particularmente la depresión, son altamente prevalentes en esta

población<sup>(10)</sup>. La depresión, presente en aproximadamente el 39,3% de los pacientes en diálisis<sup>(11)</sup>, se ha asociado de forma negativa con la calidad de vida<sup>(12)</sup>. Asimismo, la ansiedad y el estrés son problemáticas frecuentes en estos pacientes, siendo la ansiedad más prevalente en ellos que en la población general<sup>(12)</sup>. Sin embargo, existe limitada literatura actualizada sobre el impacto del estrés en pacientes sometidos a diálisis peritoneal.

Dado que la presencia de depresión, ansiedad y estrés se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad<sup>(1)</sup> y con una peor calidad de vida<sup>(13,14)</sup>, resulta esencial para los equipos de salud implementar estrategias preventivas orientadas a evitar este deterioro<sup>(6)</sup>. En este contexto, es fundamental una valoración integral de los pacientes en terapia dialítica, incluyendo tanto su salud mental como su calidad de vida. Este estudio tiene como objetivo analizar la calidad de vida y la presencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis en un centro privado de diálisis de la región de Valparaíso, Chile.

## **METODOLOGÍA**

Este estudio correspondió a una investigación cuantitativa, observacional, correlacional, de corte transversal. Se efectuó entre los meses de agosto del 2023 y marzo del 2024.

La unidad de análisis fueron los pacientes en programa de diálisis en un establecimiento ambulatorio privado ubicado en la región de Valparaíso de Chile.

La población del estudio correspondió a 151 pacientes (108 pacientes de hemodiálisis y 43 pacientes de diálisis peritoneal). Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con más de tres meses en terapia, sin alteraciones cognitivas ni de conciencia, sin situación de discomfort (mareos, calambres, hipotensión u otros) que dificultara la participación en el estudio, y aceptar participar firmando consentimiento informado. Se excluyeron pacientes hospitalizados, con tres meses o menos de ingreso a terapia, con incapacidad física o cognitiva que impidiera contestar el instrumento.

Las variables del estudio fueron datos sociodemográficos y clínicos, calidad de vida, prevalencia de depresión, ansiedad y estrés.

Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos desde la ficha clínica: edad, género, escolaridad, estado civil, actividad laboral remunerada, participación en actividades sociales, diagnóstico de ingreso, comorbilidades, años en diálisis, tiempo en terapia actual, motivo de cambio de terapia si lo hubiese, presencia de cuidador, tipo de acceso dialítico (fístula arteriovenosa, prótesis vascular, catéter venoso central, catéter peritoneal), resultados de exámenes de sangre (hemoglobina[HGB], albúmina, fósforo y paratohormona[PTH]) en una planilla de Excel<sup>®</sup>. Para determinar el valor de aceptabilidad de los parámetros sanguíneos se utilizó como referencia los criterios establecidos en las guías clínicas de diálisis.

Para el estudio de síntomas de depresión, ansiedad y estrés se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), versión adaptada y validada para Chile<sup>(15)</sup>. Consta de 21 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: depresión (7 ítems), ansiedad (7 ítems) y estrés (7 ítems). Los sujetos valoran cada ítem en una escala de tipo Likert, en la que indican la recurrencia con la que han experimentado la situación escrita en ellos. La escala tiene 4 grados de frecuencia que van de 0 (“no me ha ocurrido”) a 3 (“me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”). Román et al.<sup>(16)</sup> propuso nuevos puntajes de corte para el instrumento en población juvenil. Posteriormente, Cancino et al.<sup>(17)</sup>, estudio las propiedades psicométricas para población adulta y adulta mayor, obteniendo una consistencia interna de la escala de  $\alpha=0.939$  y  $\omega=0.940$  y una validez de constructo estudiada a través de análisis factorial confirmatorio que reveló una estructura factorial consistente con el modelo teórico, con buenos resultados en los indicadores de bondad de ajuste.

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal se utilizó el KDOQL-36 en su versión traducida, validada al español y autorizada por el *Kidney Disease Quality of Life Working Group* en su sitio *web*<sup>(18)</sup>, que consta de 36 ítems. Las puntuaciones para cada dimensión se establecen entre 0 y 100 puntos, donde los puntajes más altos representan mejor calidad de vida. El instrumento está compuesto por 5 dimensiones, que incluyen: el componente genérico físico (CSF) y mental (CSM); el componente carga de enfermedad; los

síntomas y problemas; los efectos de la enfermedad renal y cómo influyen en la vida diaria<sup>(19)</sup>. Se utilizó como puntuación referencial el valor de 50 puntos, reportado para la población general chilena en los puntajes resumen CSF y CSM<sup>(20)</sup>. Así entonces, un valor sobre 50 puntos se consideró como un indicador de buena calidad de vida.

La consistencia interna de los ítems del cuestionario se encuentra en un rango de  $\alpha=0,80$  y  $\alpha=0,87$ . En tanto, su validez de criterio se estudió a través de validez convergente mediante pruebas de correlación de los puntajes obtenidos en cada subescala con instrumentos afines, pruebas de laboratorio y comorbilidades, concluyendo que esta versión puede ser utilizada en población hispanoparlante<sup>(21)</sup>. En Chile, la confiabilidad del cuestionario reveló un  $\alpha=>0,70$ <sup>(22)</sup>.

Aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a participar por las enfermeras del equipo investigador en la sala de hemodiálisis o cuando asistieron al control con enfermera de diálisis peritoneal, para privilegiar el contacto personal con cada uno de los pacientes, dar a conocer el estudio y solicitar su firma de consentimiento informado si aceptaban participar.

La aplicación de los instrumentos de recolección de datos se realizó en el periodo antes señalado, dependiendo de si era factible aplicarlos el día que el paciente acudía a la sesión de hemodiálisis, en el control de enfermería de los pacientes de peritoneo diálisis o bien, de manera autoadministrada por el paciente en su domicilio de acuerdo con su preferencia.

Aunque los instrumentos estaban diseñados para ser autoadministrados, se ofreció la opción de aplicar el cuestionario de manera asistida, ya sea por una investigadora o un familiar. Esto fue particularmente útil cuando los pacientes completaban el cuestionario en su domicilio y lo entregaban en la sesión siguiente en el centro de diálisis. En estos casos, la persona asistente leía cada pregunta al paciente y registraba sus respuestas en el cuestionario. Fue necesario extender el plazo de recolección de datos para ampliar la muestra, debido al número reducido de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión al inicio del estudio.

Los datos que se obtuvieron de la ficha clínica y de los cuestionarios fueron codificados de manera alfanumérica de modo tal de resguardar la identidad de los pacientes, luego fueron traspasados a una planilla Excel y exportados al programa SPSS v.21.

Para el análisis de los datos se calcularon estadísticos descriptivos a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Además, para establecer posibles asociaciones entre las variables se utilizó la prueba chi-cuadrado y el coeficiente de Spearman, con un  $\alpha = 0,05$ . Conjuntamente, se aplicó prueba de normalidad KS, siendo significativo un valor p superior a  $\alpha = 0,05$  para los datos de Componente Físico y Componente Mental. También, se exploró en las variables simetría y curtosis, obteniendo valores distintos de cero y valores Z para

simetría que exceden el rango comprendido entre -1,96 y 1,96 en las subescalas de test DAAS-21. También, se calculó la consistencia interna de los instrumentos utilizados en la muestra estudiada a través de los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega de McDonald ( $\alpha = 0,938$ ;  $\omega = 0,941$ ). La confiabilidad de las subescalas fue de  $\alpha = 0,871$   $\omega = 0,873$  para depresión;  $\alpha = 0,738$   $\omega = 0,747$  para ansiedad; y  $\alpha = 0,898$   $\omega = 0,900$  para estrés.

El estudio fue aprobado por el comité ético científico de la Universidad Viña del Mar, Chile, mediante carta N° 52-23 del 2 de agosto del 2023 y se adhirió a la declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes.

## RESULTADOS

De un total de 151 pacientes, 114 (75,5%) participaron del estudio (Tabla 1), el 42,1% (n=48) de los pacientes correspondieron al género femenino y el 57,9% al masculino (n=66). En tanto, la edad promedio fue de 57 años, con una moda de 60 años y una desviación estándar de 15 años.

Sólo el 22,1% de los pacientes (n=25) tenía algún tipo de trabajo y el 57,0% (n=65) tenía un cuidador. De éstos, 23 (33,8%) correspondieron a cónyuges y 19 a hijos (27,9%). La participación de los pacientes en organizaciones comunitarias, como clubes o iglesia, fue baja (23%; n=26).

**Tabla 1.** Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a datos sociodemográficos de pacientes en hemodiálisis y peritoneo diálisis. (n=114)

<b>Variables</b>	<b>HD</b>		<b>PD</b>	
<b>Sociodemográficas</b>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Género</b>				
Femenino	26	33,3	22	61,1
Masculino	52	66,7	14	38,9
<b>Escolaridad</b>				
E. Básica Incompleta	6	7,7	2	5,6
E. Básica Completa	8	10,3	1	2,8
E. Media Incompleta	6	7,7	9	25
E. Media Completa	24	30,8	10	27,8
E. Nivel Técnico	22	28,2	8	22,2
Estudios Universitarios	12	15,4	6	16,7
<b>Edad</b>				
Menor de 60 años	31	40,3	23	63,9
Mayor o igual de 60 años	46	59,7	13	36,1
<b>Actividad Laboral</b>				
No trabaja	60	76,9	28	80
Trabaja	18	23,1	7	20
<b>Estado Civil</b>				
Soltero	14	17,9	10	27,8
Casado	47	60,3	17	47,2
Viudo	5	6,4	5	13,9
Divorciado	8	10,3	2	5,6
Conviviente Civil	4	5,1	2	5,6
<b>Presencia de Cuidador</b>				
Si	32	41	33	91,7
No	46	59	3	8,3
<b>Participa en Agrupaciones</b>				
Si	22	28,6	4	11,1
No	55	71,4	32	88,9

Fuente: Elaboración propia.

En relación con las variables clínicas (Tabla 2), se evidenció que el 56,4%(n=62) de los pacientes tenían una antigüedad de entre 1 y 5 años en terapia dialítica (n=62), siendo el diagnóstico médico principal más frecuente el de Hipertensión Arterial (n=32).

Del total de los participantes en el estudio, el 29,8% (n=34) había tenido experiencia con terapia dialítica previa, cinco pacientes se cambiaron a HD y 29 a PD.

Las razones para el cambio de terapia a HD fueron falla de la membrana

peritoneal en el 20% de los casos (n=1), peritonitis en el 60% (n=3) y fracaso del trasplante renal en el 20% (n=1). En cuanto a los pacientes que optaron por la PD, el 69% (n=20) realizó la transición a esta modalidad por decisión personal, mientras que el 31% (n=9) lo hizo debido al agotamiento de su capital venoso.

Respecto de los resultados de exámenes de laboratorio destacó que la HGB se encontraba <10gr/dl en el 28,2% de los pacientes (n=31). En tanto, en el

68,2% de los pacientes el fósforo se encontraba en un valor  $\geq 5,5$ mg/dl (n=75), mientras que el 76,6% de los pacientes (n=85) tenían una albúmina  $\leq 4.0$  gr/dl y el 53,2% tenían una PTH  $\geq 300$  pgr/ml (n=58).

El 12,3% (n=14) de los pacientes presentó discapacidad de tipo auditiva y el 63,2% (n=72) de los pacientes de tipo visual. Finalmente, solo el 13,2% (n=15) de los pacientes se encontraban activos en lista de trasplante renal.

**Tabla 2.** Distribución de frecuencias y porcentajes respecto a datos clínicos de pacientes en hemodiálisis y peritoneo diálisis. (n=114)

Variables	HD		PD	
	n	%	n	%
<b>Clínicas</b>				
<b>Años de ingreso a la terapia actual</b>				
Menos de 1 año	4	5,3	4	11,4
Entre 1 y 5 años	32	42,7	30	85,7
Más de 5 años	39	52	1	2,9
<b>Hemoglobina</b>				
Normal	60	81,1	19	52,8
Alterado (< 10gr/dl)	14	18,9	17	47,2
<b>Fósforo</b>				
Normal	29	39,2	6	16,7
Alterado ( $\geq 5,5$ mg/dl)	45	60,8	30	83,3
<b>Albúmina</b>				
Normal	19	25,3	7	19,4
Alterado ( $\leq 4.0$ gr/dl)	56	74,7	29	80,6
<b>Paratohormona</b>				
Normal	32	43,8	19	52,8
Alterado ( $\geq 300$ pgr/ml)	41	56,2	17	47,2
<b>Diagnóstico Principal</b>				
Autoinmune	1	1,3	8	22,2
Diabetes	25	33,9	4	11,1
ERC no especificada	8	10,8	5	13,9
Hipertensión.	22	29,7	10	27,8
Otro	18	24,3	9	25
<b>Discapacidad Auditiva</b>				
Si	12	15,4	2	5,6



No	66	84,6	34	94,4
<b>Discapacidad Visual</b>				
Si	53	67,9	19	52,8
No	25	32,1	17	47,2
<b>Uso de Ayudas Técnicas</b>				
Si	18	23,7	6	16,7
No	58	76,3	30	83,3
<b>Activo en lista Trasplante</b>				
Si	8	10,3	7	19,4
No	70	89,7	29	80,6

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la prevalencia de problemáticas de salud mental, el 30,7% de los pacientes percibía síntomas de depresión (n=35), el 39,5% síntomas de ansiedad (n=45) y el 38,6% síntomas de estrés (n=44) (Tabla 3).

Por otra parte, en relación con la calidad de vida destacó que tanto el promedio como la mediana de los componentes físico y mental se

encontraron bajo los 50 puntos en los pacientes de ambas terapias dialíticas (Tabla 4 y Figura 1).

Al analizar la relación entre las variables de interés, se encontró asociación significativa ( $p<0,05$ ) entre los componentes físico y mental con algunas variables sociodemográficas, clínicas y todas las de salud mental (Tabla 5).

**Tabla 3.** Prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en pacientes de hemodiálisis y peritoneo diálisis (n=114).

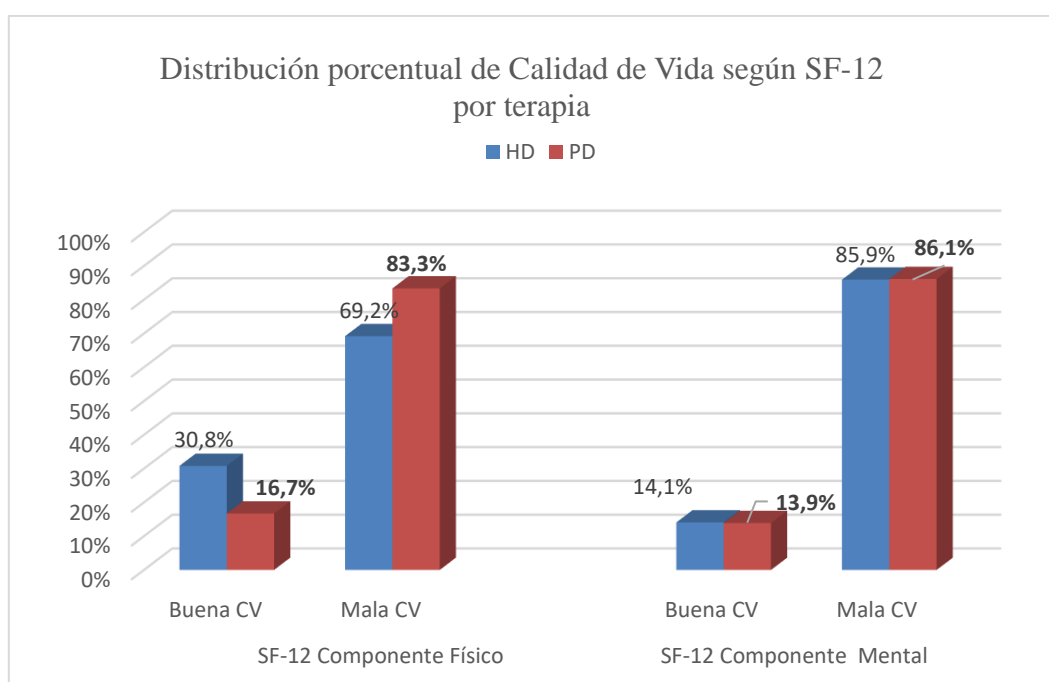
Escala		HD		PD	
		n	%	n	%
<b>DAAS-21</b>					
<b>Depresión</b>	Sin síntomas	58	74,4	21	58,3
	Con síntomas	20	25,6	15	41,7
<b>Ansiedad</b>	Sin síntomas	51	65,4	18	50,0
	Con síntomas	27	34,6	18	50,0
<b>Estrés</b>	Sin síntomas	51	65,4	19	52,8
	Con síntomas	27	34,6	17	47,2

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos según dimensiones KDOQL-36 según terapia.

Dimensiones KDOQL-36	HD					PD				
	Mín.	Máx.	Med.	M	DE	Mín.	Máx.	Med.	M	DE
Síntomas	45,8	100	79,2	78,6	13,6	39,6	93,8	71,8	69,9	15,1
Efecto	6,3	100	60,9	58,7	21,1	6,3	90,6	59,4	57,7	21,5
Carga	0	100	46,9	44,0	31,5	0	100	50,0	45,3	27,7
SF-12	18	61,8	43,6	42,2	11,4	22,8	57,9	38,6	38,9	10,4
Componente Físico										
SF-12	18,9	58,1	42,0	41,7	7,7	23,4	55,7	40,5	41,2	8,2
Componente Mental										

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 1.** Distribución porcentual de Calidad de Vida (SF-12) por terapia.

**Tabla 5.** Asociación entre variables de interés

Variables	Calidad de vida (SF-12)		DAAS-21			Tipo de terapia
	Componente Físico	Componente Mental	Depresión	Ansiedad	Estrés	
Género	0,015*	0,216	0,914	0,116	0,081	0,005*

Edad	0,51	0,058	r = -0,155 0,100	r = -0,301 0,001**	r = -0,261 0,005**	
Actividad Laboral	0,001*	0,726	0,900	0,984	0,902	0,716
Presencia del cuidador	0,002*	0,541	0,004*	0,004*	0,056	0,000*
Hemoglobina	0,336	0,718	0,354	0,583	0,264	0,000*
Fósforo	0,917	0,063	0,764	0,493	0,319	0,041*
Depresión	r = -0,371 0,000**	r = -0,293 0,002**	-	-	-	-
Ansiedad	r = -0,320 0,001**	r = -0,355 0,000**	-	-	-	-
Estrés	r = -0,305 0,001**	r = -0,454 0,000**	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

\*asociaciones significativas según prueba de Chi Cuadrado.

\*\*correlaciones significativas según Coeficiente Spearman.

Al analizar los puntajes de los componentes físico (SF-12 Componente Físico) y mental (SF-12 Componente Mental) en relación con las variables de interés, se identificaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los pacientes con y sin síntomas de depresión. Los puntajes promedio del componente físico fueron 37,2 en pacientes con síntomas de depresión y 42,9 en aquellos sin síntomas; mientras que los del componente mental fueron 37,4 y 43,4, respectivamente. De manera similar, se observaron diferencias entre pacientes con y sin síntomas de ansiedad: el componente físico mostró puntajes promedio de 46,4 y 37,4, respectivamente,

y el componente mental de 37,8 y 43,9. Por último, los puntajes de los pacientes con y sin síntomas de estrés también mostraron diferencias significativas, con promedios de 36,6 frente a 43,2 para el componente físico y de 36,5 frente a 44,6 para el componente mental.

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en los puntajes del SF-12 Componente Físico en función de ciertas variables sociodemográficas. Los puntajes promedio fueron más altos en hombres (43,1) que en mujeres (38,5), en pacientes con actividad laboral (46,7) en comparación con aquellos sin empleo (39,6), y en pacientes sin cuidador (45,5)

frente a aquellos con cuidador (37,9). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes del SF-12, tanto en el componente físico como en el mental, al analizar variables como edad, tiempo en la terapia actual, diagnóstico principal y tipo de terapia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se observó una baja calidad de vida en los pacientes en terapia dialítica, que se suma a sus patologías crónicas de base, lo que revela la complejidad que conlleva cuidar a este tipo de pacientes, más aún cuando no siempre se cuenta con una red de apoyo y un equipo multidisciplinario que acompañe al paciente y su familia o cuidador.

La mayoría de los pacientes contaba con apoyo familiar, lo que es relevante por su implicancia en la adherencia al tratamiento farmacológico y dialítico, la alimentación y la ingesta de líquidos, tan importantes en esta patología<sup>(23)</sup>, siendo además un apoyo fundamental en lo emocional<sup>(24)</sup> durante todo el proceso que implica la terapia dialítica<sup>(25)</sup>. Lo anterior, refuerza la necesidad de incluir a la familia en los controles de salud y en los planes de cuidados de enfermería dirigidos a estos pacientes, por su apoyo crucial en la adherencia a su tratamiento y calidad de vida<sup>(26)</sup>.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes no trabajaba, aún cuando por su edad podrían haber realizado alguna actividad laboral. Esto podría deberse a las limitaciones que conlleva la ERC reflejado en los bajos puntajes del componente físico del SF-12 y su asociación con la actividad laboral. Otros aspectos que

podrían incidir son los horarios de la hemodiálisis, la dependencia de un cuidador en el caso de los pacientes de peritoneodiálisis y la selección negativa del paciente al programa, que implica la ausencia de otras alternativas terapéuticas, aspecto que no fue considerado en este estudio.

También, se evidenció que las patologías principales de los pacientes fueron Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, lo que coincide con los hallazgos de otros autores<sup>(19,27)</sup>. Esto debe considerarse dada la carga de enfermedad que conllevan ambas patologías, y que requieren un abordaje multidisciplinario de los pacientes por las complicaciones que pueden aparecer generando un mayor deterioro de su salud y bienestar.

En tanto, la hemoglobina baja presente en los pacientes se condice con lo planteado en otros estudios, donde también ha sido descrita como una complicación común de la ERC, por lo que los cuidados de enfermería orientados a prevenir la pérdida de sangre en la hemodiálisis y el reforzar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas pueden disminuir el riesgo de esta complicación y sus consecuencias<sup>(7)</sup>. Al igual que otros autores se encontró asociación entre los niveles de hemoglobina y el estrés vinculado a la enfermedad crónica<sup>(27)</sup>. Esto podría deberse entre otros factores, a aspectos económicos, acceso a fármacos, a las restricciones dietéticas que conlleva la ERC y necesidad de orientación nutricional, lo que podría profundizarse en futuras investigaciones.

Un tema a considerar es que este trabajo fue realizado post pandemia la que afectó a la población general en su salud

mental y el usuario dependiente de una terapia de sustitución renal no fue la excepción.

Una problemática indagada en este estudio fue la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, encontrándose una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en ambos tipos de terapia, a diferencia de otros estudios en donde ha sido mayor la presencia de síntomas de depresión<sup>(28)</sup>. Cabe señalar que en el caso de los pacientes de PD el 31% debió cambiarse a esta terapia producto de agotamiento de su capital venoso, es decir, no tenían otra opción terapéutica, lo que podría haber incidido en estos niveles de sintomatología ansiosa, temática que podría indagarse en futuras investigaciones.

Por ello, el equipo de enfermería debiera considerar en sus cuidados, el monitoreo de los síntomas de estas problemáticas de salud, ya sea con el instrumento DASS-21 u otro validado que permita detectarlas, para luego implementar intervenciones orientadas a la salud mental de sus pacientes en conjunto con el resto del equipo de salud.

En relación con la calidad de vida, se encontró mayor afectación de los componentes físico, componente mental y de la carga de enfermedad. Estos resultados coinciden con otros estudios<sup>(29)</sup>, que demuestran como la calidad de vida de los pacientes con ERC es peor que la referida por la población general<sup>(4)</sup>. Lo anterior, conlleva un desafío constante para el equipo de enfermería en otorgar cuidados que contribuyan a disminuir esta problemática en sus pacientes y en evaluar a nivel de políticas públicas la

incorporación de otras profesiones como psicología, terapia ocupacional y trabajo social<sup>(30)</sup>, e incorporar con un rol más preponderante a nutricionistas, aún cuando hoy en día no es obligatoria su participación en el equipo que atiende a pacientes de peritoneodiálisis, según lo indican las normativas chilenas vigentes para los centros de diálisis<sup>(31)</sup>.

En este estudio el 57% de los pacientes tenía un cuidador, siendo el cuidador principal la cónyuge en el 60,9% de los casos, hallazgo similar al de otros autores que mencionan que el rol de cuidador lo cumplen en su mayoría mujeres.<sup>(24)</sup> Cancino et al., encontraron asociación inversa entre el apoyo social y el malestar psicológico de los pacientes, resultados concordantes con los de otros autores que evidencian el rol que el apoyo social tiene en la salud física y mental<sup>(17)</sup>.

Observando empíricamente que los pacientes en peritoneodiálisis fueron más afectados que los pacientes en hemodiálisis, al ser una terapia más autónoma en relación con el equipo clínico, pero a la vez más dependiente de la figura del cuidador, la pandemia provocó un aislamiento social y la dependencia de sólo una figura clave para la continuidad de su terapia. Lo anterior, debiera tenerse presente ante futuras pandemias o situaciones de desastre, capacitando a más de un tutor, e implementando estrategias de apoyo que otorguen mayor autonomía y seguridad para el autocuidado de los pacientes.

Se debe considerar que los resultados de este estudio no son generalizables a otra población, dado que la muestra fue por conveniencia. Sin

embargo, servirán para la implementación de cuidados que promuevan la salud y bienestar de los pacientes de este centro de diálisis. Por otra parte, la recolección de datos se realizó en diferentes momentos y lugares de aplicación (domicilio o centro de diálisis), lo cuál es una limitante del estudio, pues esto podría haber provocado un sesgo en la medición. No obstante, es difícil y complejo estandarizar la recolección de los datos dadas las características del paciente y su terapia.

**Agradecimientos:** El equipo investigador agradece a los directivos y a los pacientes del centro de diálisis por su apoyo a la ejecución de este estudio.

**Fuente de financiamiento:** Este estudio fue financiado por la Escuela Ciencias de la Salud de Universidad Viña del Mar, Chile.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Boffa J-J., Cartery C. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. EMC-Tratado Med. [Internet] 2015 [citado 2024 Jul 17]; 19(3): 1-8. Disponible en: doi: 10.1016/S1636-5410(15)72803-5
- (2) Al Wakeel J, Al Harbi A, Bayoumi M, Al-Suwaida K, Al Ghonaim M, & Mishkiry A. Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine* [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 02] ; 32(6), 570–574. Available from: <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2012.570>
- (3) Ganu VJ, Boima V, Adjei DN, Yendork JS, Dey ID, Yorke E, et al. Depression and quality of life in patients on long term hemodialysis at a national hospital in Ghana: a cross-sectional study. *Ghana Med J.* [Internet]. 2018 Mar[cited 2024 Jul 17]; 52(1):22-8. Available from: doi:10.4314/gmj.v52i1.5
- (4) Merino-Martínez RM, Morillo-Gallego N, Sánchez-Cabezas AM, Gómez-López VE, Crespo-Montero R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Sep [citado 2024 Jun 17] ; 22( 3 ): 274-283. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300006>
- (5) Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2015 [citado 2024 Jun 08] ; 35( 1 ): 92-109. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133>.
- (6) Bustamante-Rojas L, D'Peña-Ardailon F, Durán-Agüero S, Tiscornia-González C, Aicardi-Spalloni V. Evaluación de la calidad de vida de pacientes chilenos en diálisis peritoneal mediante el cuestionario KDQOL-36. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jun 02]; 149(12):1744-1750. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001201744>.
- (7) Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet C de F, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 02];28:e3327. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- (8) Hall RK, Luciano A, Pieper C, et al. Association of Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) with mortality and hospitalization in older adults receiving hemodialysis. *BMC Nephrology*. [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 02];19(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0801-5>.
- (9) Chuasuwan A, Pooripussarakul S, Thakkinstian A, Ingsathit A, Pattanaprateep O. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 02]; 18(1), 191. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01449-2>
- (10) Ganu VJ, Boima V, Adjei DN, Yendork JS, Dey ID, Yorke E, Mate-Kole CC, Mate-Kole MO. Depression and quality of life in patients on long term hemodialysis at a national hospital in Ghana: a cross-sectional study. *Ghana Med J*. [Internet]. 2018 Mar [cited 2024 Jul 17];52(1):22-28. Available from: doi: 10.4314/gmj.v52i1.5
- (11) Vazquez MI. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/553>
- (12) Antonio Ledo GV, de Avila Arroyo ML, Tenahua Quitl I, Morales Castillo FA, López García C. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis/ Depression and quality of life in patients with hemodialysis treatment/ Depressão e qualidade de vida em pacientes em tratamento de hemodiálise. *J. Health NPEPS* [Internet]. 1º de dezembro de 2021 [citado 17º de julho de 2024];6(2). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5482>
- (13) Aránega-Gavilán S, Guillén-Gómez I, Blanco-García M, Crespo-Montero R. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022 Sep [citado 2024 Jun 02] ; 25( 3 ): 216-227. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022022>.
- (14) Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CT, Morad Z. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian journal of psychiatry* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jun 02]; 18, 49–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.004>
- (15) Antúnez Z, Vinet E. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada

- en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicol*[Internet]. 2012 [citado 2024 Jun 08]; 30(3), 49-55. Disponible en: doi:10.4067/S0718-48082012000300005
- <sup>(16)</sup>Román F, Santibáñez P, Vinet EV. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de investigación psicol* [Internet]. 2016 [citado 2024 Nov 15]; 6(1): 2325-2336. Disponible en: doi:10.1016/s2007-4719(16)30053-9.
- <sup>(17)</sup>Cancino V, Terán-Mendoza O, Medina-Valdebenito D. Malestar psicológico y envejecimiento: análisis psicométrico del DASS-21 y relaciones estructurales con calidad de sueño y apoyo social. *Anu.Psicol.* [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 15]; 54(1):54-62. Disponible en: doi:10.1344/ANPSIC2024.54/1.6
- <sup>(18)</sup>website KDQoLWG. kidney disease quality of life 36 [cited 2019]. Available from: rand.org/health/surveys\_tools/kdqol.html.
- <sup>(19)</sup>Cuevas-Budhart M, Saucedo R, Romero G, García J, Hernández P, Puente A. Relationship between complications and the quality of life of the patient on hemodialysis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 Jun [cited 2024 Jun 07]; 20(2): 112-119. Available from: doi:10.4321/s2254-288420170000200003.
- <sup>(20)</sup>Hoffmeister L. Normas poblacionales del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Salud, SF-12 para población chilena adulta, 2007. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta de Calidad de vida 2006.
- <sup>(21)</sup>Ricardo, Ana C et al. Validation of the Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36) US Spanish and English versions in a cohort of Hispanics with chronic kidney disease. *Ethnicity & disease* [Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 15]; 23,2: 202-9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3651651/>
- <sup>(22)</sup>Zúñiga C, Dapuzo PJ, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Feb [citado 2024 Jun 07]; 137(2): 200-207. Disponible en: doi:10.4067/S0034-98872009000200003.
- <sup>(23)</sup>Ángel Ángel Z, Duque G, Tovar D. Nursing care plans for chronic kidney disease patients in hemodialysis: a systematic review. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 Sep [cited 2024 Mayo 13]; 19(3): 202-213. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es).
- <sup>(24)</sup>Laguado-Jaimes Elveny. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Nov 20]; 22(4): 352-359. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000400002>.
- <sup>(25)</sup>Rodríguez Álava LA, Intriago Macías JV, Martínez Minda H, Durán



- Solorzano SA. El Soporte familiar y el estado emocional del paciente con Enfermedad Renal Crónica Manadiálisis Portoviejo. Sinapsis [Internet]. 23 de enero de 2019 [citado 20 de noviembre de 2024];2(13). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/145>
- <sup>(26)</sup> Milenkova M, et al. Family support is crucial for dialysis patients compliance to treatment and quality of life. Journal of Morphological Sciences [Internet] 2020 [cited 2024 Nov 20]; 3: 29-36. Available from: <https://www.jms.mk/jms/article/view/116>
- <sup>(27)</sup> Sánchez J, Barallat M, Torres S, Gavira B. Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socioclinicos. Enferm Nefrol [Internet]. 2019 Jun [citado 2024 Feb 27]; 22(2): 159-167. Disponible en: doi:10.4321/s2254-28842019000200007.
- <sup>(28)</sup> Alencar SBV, de Lima FM, Dias LDA, Dias VDA, Lessa AC, Bezerra JM, Apolinário JF, de Petribu KC. Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. Braz J Psychiatry [Internet]. 2020 Apr [cited 2024 Jul 17];42(2):195-200. Available from: doi: 10.1590/1516-4446-2018-0345.
- <sup>(29)</sup> Shumbusho G, Hategeka C, Vidler M, Kabahizi J, McKnight M. Health related quality of life of patients undergoing in-centre hemodialysis in Rwanda: a cross sectional study. BMC Nephrol [Internet]. 2022 Oct [cited 2024 Jul 17];23(1):345. Available from: doi: 10.1186/s12882-022-02958-6.
- <sup>(30)</sup> Shi Y, Xiong J, Chen Y, et al. The effectiveness of multidisciplinary care models for patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 17];50(2):301-312. Available from: doi:10.1007/s11255-017-1679-7
- <sup>(31)</sup> Gobierno de Chile. Contraloría General de la República de Chile. Bases administrativas, técnicas y anexos de la licitación pública para “compra de servicios de prestaciones salud de hemodiálisis y peritoneodiálisis adultos con enfermedad renal crónica etapa 4 y 5”. Resolución 3G/Nº150. 17 de diciembre de 2020.