



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autora del TFM

**Diálisis domiciliaria en
pacientes con enfermedad
renal crónica: efectos
diferenciales de las distintas
modalidades en calidad de
vida y bienestar psicológico**

Revisión Sistemática y Propuesta de
Intervención

Iria Diz Blanco

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2025

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

1. Introducción	5
1.1.La Enfermedad Renal Crónica	5
1.2.Aspectos Psicosociales de los pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo domiciliario.....	9
1.3.Justificación y Objetivos.....	12
2. Método	13
3. Resultados	15
3.1.Características generales de los estudios.....	15
3.2.Instrumentos y variables utilizados en los estudios.....	17
3.3.Diferencias en variables sociodemográficas y clínicas entre los tratamientos renales sustitutivos domiciliarios	19
3.4.Comparación de los síntomas de depresión y ansiedad en los diferentes tratamientos renales sustitutivos domiciliarios.....	23
3.5.Comparación de la calidad de vida en los diferentes tratamientos renales sustitutivos domiciliarios.....	24
4. Discusión	30
5. Propuesta Aplicada	42
6. Conclusiones	53
7. Referencias Bibliográficas.....	54
Índice de Tablas.....	69
Índice de Figuras	70
Apéndice: Listado de Acrónimos	71
Anexos	73

Resumen

Las terapias renales sustitutivas domiciliarias han adquirido una relevancia creciente en los últimos años, gracias a las múltiples ventajas asociadas a su realización en el hogar. No obstante, la literatura científica sobre el impacto de estos tratamientos en distintas variables psicológicas es limitada y heterogénea. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar las diferencias entre las modalidades domiciliarias en calidad de vida, ansiedad, depresión y apoyo social de los pacientes con enfermedad renal crónica. Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos científicas, seleccionando 14 estudios empíricos que comparaban estos tratamientos mediante instrumentos estandarizados. Los resultados indican que la hemodiálisis domiciliaria y la diálisis peritoneal automatizada tienden a ofrecer mejores resultados en calidad de vida y bienestar emocional en comparación con la diálisis peritoneal continua ambulatoria, aunque la evidencia sigue siendo heterogénea y factores clínicos y sociodemográficos también influyen en estos resultados. Las conclusiones sugieren que la selección del tratamiento domiciliario debe considerar no solo aspectos clínicos, sino también las necesidades psicosociales de los pacientes. Finalmente, se recoge una propuesta de intervención dirigida a mejorar el bienestar psicológico en estos pacientes para optimizar la adaptación al tratamiento y reducir la carga emocional asociada.

Palabras clave: Hemodiálisis domiciliaria, diálisis peritoneal, enfermedad renal crónica, calidad de vida, depresión.

Abstract

Home renal replacement therapies have become increasingly relevant in recent years, thanks to the multiple advantages associated with their use at home. However, the scientific literature on the impact of these treatments on different psychological variables is limited and heterogeneous. The aim of this literature review is to analyze the differences between home modalities on quality of life, anxiety, depression and social support in patients with chronic kidney disease. A literature review was conducted in scientific databases, selecting 14 empirical studies comparing these treatments using standardized instruments. The results indicate that home hemodialysis and automated peritoneal dialysis tend to offer better outcomes in quality of life and emotional well-being compared to continuous peritoneal dialysis, although the evidence remains heterogeneous and clinical and sociodemographic factors also influence these results. The conclusions suggest that the selection of home treatment should consider not only clinical aspects, but also the psychosocial needs of the patients. Finally, a proposal for intervention aimed at improving psychological well-being in these patients is presented in order to optimize adaptation to treatment and reduce the associated emotional burden.

Keywords: Home hemodialysis, peritoneal dialysis, chronic kidney disease, quality of life, depression.

1. Introducción

1.1. La Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un importante desafío para la salud pública a nivel mundial debido a su impacto en la salud global y su creciente prevalencia. Esta condición, que provoca 2.4 millones de muertes prematuras anuales (Vallvé, 2023), no solo es una causa directa de morbilidad y mortalidad, sino también un factor de riesgo crucial para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020). En España, la naturaleza silenciosa y el impacto transversal de la ERC dificultan su reconocimiento tanto entre la población en general como entre los responsables sanitarios (Arroyo et al., 2024).

Según la guía de práctica clínica KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes, 2024), la ERC se define como una alteración estructural o funcional del riñón que persiste durante más de tres meses y tiene repercusiones clínicas para la salud. Esta definición se basa en dos criterios principales, por un lado, una disminución de la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG)¹, cuando este es inferior a 60 ml/min/1,73 m² y, por otro lado, la presencia de lesión o daño renal, evidenciada mediante alteraciones estructurales o funcionales detectadas por biopsia renal, o indirectamente, a través de marcadores como albuminuria, proteinuria, anomalías en el sedimento urinario, hallazgos en pruebas de imagen, alteraciones hidroelectrolíticas o de origen tubular, o antecedentes de trasplante renal (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Es importante destacar que basta con cumplir uno de estos criterios para diagnosticar la ERC, y que, cuando la TFG supera los 60 ml/min/1,73 m², es indispensable la presencia de marcadores de daño renal para confirmar el diagnóstico (Perez-Gomez et al., 2019).

La ERC se clasifica en cinco estadios según la TFG, reflejando su progresión y gravedad (Tabla 1). En los estadios 1 y 2, el diagnóstico precoz y la implementación de

¹ Medición del nivel de funcionamiento renal que proporciona una estimación de la cantidad de sangre que los glomérulos, los pequeños filtros de los riñones, procesan por minuto para eliminar desechos del organismo.

medidas preventivas son clave para frenar el avance de la enfermedad y reducir el riesgo cardiovascular. En el estadio 3, es fundamental una evaluación integral tanto de la función renal como cardiovascular, además de establecer un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones en ambos sistemas. A medida que la enfermedad avanza hacia el estadio 4, el riesgo de progresión a insuficiencia renal y la aparición de complicaciones cardiovasculares se incrementan significativamente. Finalmente, en el estadio 5, que corresponde a la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) o Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), resulta indispensable iniciar un tratamiento sustitutivo de la función renal para garantizar la supervivencia del paciente (Cabrera, 2004).

En los estadios avanzados (4 y 5), los pacientes suelen experimentar múltiples síntomas, entre ellos fatiga, dolor, alteraciones del estado de ánimo como depresión y ansiedad, así como dificultades para dormir. También pueden presentar estreñimiento, sensación de falta de aire, náuseas y síndrome de piernas inquietas (Gutiérrez et al., 2017).

Tabla 1

Clasificación de los estadios de la ERC

Estadio	TFG (ml/min/1,73 m²)	Descripción
1	≥90	Daño renal con TFG normal o aumentada.
2	60-89	Daño renal con disminución leve de la TFG.
3a	45-59	Daño renal con disminución de leve a moderada de la TFG.
3b	30-44	Daño renal con disminución de moderada a grave de la TFG.
4	15-29	Disminución grave de la TFG.
5	<15 o diálisis	Insuficiencia renal/Fallo renal terminal.

Nota. Adaptado de “*KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*”, por KDIGO CKD Work Group, 2024, *Kidney International*, 105(4S), S117–S314.

Según un informe reciente derivado del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA), la prevalencia de la ERC en la población general se estima en un 15,1%. Se observa una mayor incidencia en hombres (23,1%) en comparación con mujeres (7,3%) y se incrementa significativamente con la edad, pasando del 4,8% en personas de 18-44 años, al 17,4% en el grupo de 45-64 años, y al 37,3% en mayores de 65 años (Gorostidi et al., 2018; Ruiz-García et al., 2023). Galicia, en particular, se destaca como una de las regiones

con mayor prevalencia, superando los 1.400 pacientes por millón de habitantes (pmp) según la Sociedad Española de Nefrología (SEN, 2022).

Estos datos están en consonancia con el último informe del Registro Español de Enfermos Renales (REER), que reporta un incremento del 24,1% en la prevalencia de pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) durante la última década, aunque con marcadas diferencias entre comunidades autónomas (Quiroga et al., 2024).

La ERC está relacionada con múltiples factores de riesgo que influyen tanto en su inicio como en su progresión. La coexistencia de estos factores es frecuente y contribuye significativamente al daño renal (SEN, 2022). Entre los factores no modificables que predisponen al desarrollo de la ERC se incluyen la edad avanzada, el género, la pertenencia a determinados grupos étnicos como la población de raza negra, afroamericana y asiática, así como el antecedente de bajo peso al nacer. Por otro lado, existen condiciones comórbidas potencialmente modificables que pueden inducir o agravar el daño renal, de manera directa o indirecta. Se incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipemia, tabaquismo y enfermedad cardiovascular. Entre estas últimas destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que son los principales factores iniciadores y promotores de la progresión de la enfermedad (García-Maset et al., 2022; Iraizoz Barrios et al., 2022).

Actualmente, el cribado de la ERC en poblaciones de riesgo se debe realizar mediante la evaluación anual de la TFG y de la albuminuria. Ambos procedimientos diagnósticos han demostrado ser coste-efectivos. Es importante destacar que el diagnóstico no debe basarse en una única determinación de TFG y/o albuminuria y debe siempre confirmarse con pruebas adicionales (Webster et al., 2017).

Para el manejo de la ERCT, es crucial recurrir a los TRS. Entre estos se encuentran la diálisis, en sus modalidades de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP), así como el trasplante renal (Tx) (National Kidney Foundation [NKF], 2022).

La HD es un procedimiento médico que utiliza un dispositivo conocido como dializador, a menudo referido como "riñón artificial", para eliminar desechos, toxinas y exceso de líquidos de la sangre. Durante el proceso, la sangre se extrae del cuerpo a través de un acceso vascular, se filtra en el dializador y regresa limpia al organismo. Este tratamiento se

puede realizar en un entorno hospitalario o en el domicilio, dependiendo de las necesidades, características y preferencias del paciente (NKF, 2022).

En la HD hospitalaria, el procedimiento se lleva a cabo en servicios de nefrología del hospital o en centros especializados, bajo supervisión médica. Generalmente, los pacientes asisten tres veces por semana, con sesiones que duran entre 3 y 5 horas (NKF, 2022).

La HD domiciliaria (HDD) ofrece a los pacientes la posibilidad de realizar el tratamiento en su domicilio mediante sistemas portátiles (NKF, 2022). Estos dispositivos permiten la depuración extracorpórea de la sangre de manera similar a la HD hospitalaria, pero con la ventaja de una mayor flexibilidad y autonomía. Para implementar este tratamiento, el paciente debe recibir formación detallada sobre el procedimiento y estar bajo supervisión periódica del servicio de nefrología, con revisiones presenciales cada mes o dos meses (Cantero et al., 2022).

Existen tres modalidades principales de HDD, según la NKF (2022):

- HDD diaria y breve: Consiste en realizar sesiones de menor duración (1 a 2,5 horas) con mayor frecuencia, generalmente 5 o 6 días a la semana.
- HDD nocturna: Caracterizada por sesiones más largas (6 a 8 horas) durante la noche, 5 o 6 días a la semana.
- HDD convencional: Se lleva a cabo 3 veces por semana, con sesiones de aproximadamente 4 horas, ya sea de día o de noche.

Además de la flexibilidad en los horarios y la reducción de los desplazamientos, la HDD permite una mayor frecuencia de sesiones, suministrando al paciente una dosis global de diálisis mayor con un coste menor que si esta se realizara en un centro. Esta mayor personalización y comodidad mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente (Pérez-Alba et al., 2015).

La DP utiliza la membrana del peritoneo, localizada en el abdomen, como filtro natural para limpiar la sangre. A través de un catéter colocado quirúrgicamente, se introduce una solución especial llamada dializado en la cavidad abdominal. Este líquido absorbe desechos y exceso de líquidos del organismo, que luego se eliminan al drenar la solución usada y reemplazarla por una nueva, repitiendo este proceso varias veces al día. Estos ciclos se denominan intercambios de dializado y requieren alrededor de 30 minutos (NKF, 2022).

Según la NKF (2022), se distinguen dos modalidades de DP:

- DP continua ambulatoria (DPCA): Consiste en que el paciente realiza manualmente los intercambios de dializado, efectuando entre 4 y 6 sesiones diarias.
- DP automatizada (DPA): En este caso, una máquina conocida como cicladora lleva a cabo los intercambios de manera automática durante la noche, mientras el paciente duerme, con un tiempo total de tratamiento que varía entre 8 y 12 horas.

Ambas modalidades ofrecen flexibilidad e independencia, permitiendo al paciente realizar el tratamiento en diferentes entornos (NKF, 2022).

Finalmente, el Tx es un procedimiento quirúrgico en el que se implanta un riñón sano en el cuerpo de un receptor con insuficiencia renal. El riñón puede provenir de un donante vivo, como un familiar, amigo, cónyuge o una persona dispuesta a donar altruistamente, o de un donante fallecido. La cirugía tiene una duración aproximada de 3 horas y requiere una hospitalización de entre 5 y 7 días. Con anterioridad al trasplante, es posible que se necesite un periodo de diálisis hasta que se pueda recibir el nuevo órgano. Este procedimiento ofrece múltiples beneficios, como una mayor libertad, una dieta menos restrictiva y una mejor calidad de vida (NKF, 2022).

En España, el Tx es la modalidad más prevalente para tratar la ERC, abarcando el 54,6%, seguido por la HD (40,4%) y, en menor medida, la DP, que representa solo el 5% (SEN, 2022). Por su parte, el Registro de Enfermos Renales de Galicia (REXER) revela un patrón similar, con el Tx como el tratamiento predominante en un 50% de los casos, mientras que la HD alcanza el 43% y la DP el 7% (Sociedad Gallega de Nefrología [SGAN], 2020). En contraste, la HDD tiene una presencia limitada en España, ya que únicamente el 0,3% de los pacientes en diálisis se encuentran en esta modalidad (Pérez-Alba et al., 2015).

1.2. Aspectos Psicosociales de los pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo domiciliario

El diagnóstico de la ERCT genera un impacto emocional significativo, desencadenando un proceso de duelo por la pérdida de la salud física y generando importantes cambios en la vida del paciente. Al iniciar un TRS, los pacientes deben enfrentarse a los síntomas propios de la enfermedad y adaptarse a una nueva rutina terapéutica (Pérez Balseiro, 2014). Estas

adaptaciones pueden influir en diversas variables psicológicas, como la salud mental, la calidad de vida y la percepción de apoyo social.

La influencia de los trastornos psicológicos en los pacientes con ERCT está ampliamente reconocida, siendo la ansiedad y la depresión las condiciones más prevalentes en esta población. De acuerdo con la revisión reciente de Aránega-Gavilán et al. (2022), estos trastornos no solo afectan el bienestar emocional de los pacientes, sino que también inciden en su adherencia al tratamiento y en su calidad de vida. La prevalencia de síntomas depresivos en prediálisis puede alcanzar el 47% (Jhee et al., 2017), mientras que en pacientes en diálisis varía entre el 22,8% y el 39,3%, dependiendo del método diagnóstico empleado (Palmer et al., 2013). La depresión en estos pacientes se asocia con múltiples pérdidas vinculadas a la enfermedad, como el deterioro de la función renal, el declive de las capacidades físicas y cognitivas, la pérdida de roles familiares y laborales, y las alteraciones en el funcionamiento sexual (Alarcón Prada, 2004).

En cuanto a la ansiedad, su prevalencia es también elevada, estimándose en torno al 19% para los trastornos de ansiedad y hasta un 42% para síntomas de ansiedad elevada (Huang et al., 2021). La comorbilidad entre depresión y ansiedad es frecuente, siendo habitual el diagnóstico de Trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto en estos pacientes (Díaz et al., 2021).

Respecto al impacto diferencial de las modalidades domiciliarias de TRS sobre la salud mental, la evidencia disponible es aún limitada y heterogénea. La mayoría de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados comparan pacientes en diálisis domiciliaria con aquellos en diálisis en centro. Por ejemplo, algunas revisiones sugieren que los pacientes en DP podrían experimentar menor sintomatología depresiva debido a la mayor autonomía y flexibilidad que ofrece esta modalidad (Rodríguez-Delgado et al., 2023), mientras que otras plantean que la HDD, al facilitar un mayor control percibido sobre el tratamiento, podría asociarse con menores niveles de ansiedad y depresión respecto a la HD convencional (Aránega-Gavilán et al., 2022). Sin embargo, no se han identificado revisiones sistemáticas que comparen directamente la HDD frente a la DP.

En el caso de las modalidades de DP, sí se han localizado revisiones centradas en la comparación entre DPA y DPCA. Así, Driehuis et al. (2024), en una revisión reciente, concluyeron que no existe evidencia suficiente para establecer la superioridad de la DPA

sobre la DPCA (o viceversa) en términos de desenlaces clínicos y resultados reportados por los pacientes.

En relación con la calidad de vida, un concepto clave para evaluar el impacto de enfermedades crónicas como la ERCT es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como la percepción subjetiva del paciente sobre su estado de salud y su repercusión en los distintos ámbitos de su vida (Urzúa M, 2010). En este contexto, la CVRS suele verse comprometida debido al deterioro físico, los problemas psicológicos y las limitaciones laborales, familiares y sociales (García-Llana et al., 2014; Martínez et al., 2019). Aunque el TRS es esencial para la supervivencia, las distintas modalidades terapéuticas pueden tener un impacto variable en la CVRS (Sánchez González et al., 2019).

De nuevo, la mayoría de las revisiones sistemáticas disponibles no comparan específicamente las distintas modalidades de diálisis domiciliaria (HDD y DP) en términos de CVRS. Por ejemplo, Bonenkamp et al. (2020), en un metaanálisis, compararon modalidades domiciliarias con diálisis en centro y no encontraron diferencias significativas en CVRS entre estos dos entornos de tratamiento. Este hallazgo sugiere que, más allá de la modalidad específica, podrían estar influyendo otros factores en los resultados de calidad de vida. Dentro de las modalidades de DP, Rabindranath et al. (2007), en su revisión sistemática, tampoco hallaron diferencias significativas entre DPA y DPCA en cuanto a supervivencia, CVRS o complicaciones, aunque la DPA podría proporcionar mayor comodidad y adaptación al estilo de vida del paciente.

El apoyo social constituye otro factor psicosocial fundamental en la adaptación al tratamiento y el bienestar emocional de los pacientes en TRS domiciliario. La cronicidad de la enfermedad y las demandas del tratamiento pueden alterar significativamente las relaciones familiares y sociales de los pacientes (Untas et al., 2011). El apoyo social, entendido como la percepción de contar con redes de respaldo familiares, sociales y profesionales (Jacobson, 1986), puede mitigar el impacto emocional, favorecer la adherencia terapéutica y reducir el estrés (Rodin y Voshart, 1986).

Aunque no se han identificado revisiones sistemáticas que comparen específicamente el nivel de apoyo social entre las diferentes modalidades domiciliarias, algunos estudios primarios sugieren que los pacientes en DP podrían percibir un mayor apoyo social que aquellos en HD en centro, probablemente por la flexibilidad de la terapia que permite

mantener mayor autonomía e interacción social (Neumann et al., 2018). En contraste, estudios centrados exclusivamente en la HDD han descrito una mayor percepción de aislamiento, especialmente al inicio del tratamiento, lo que podría favorecer la aparición de ansiedad (Walker et al., 2015). A pesar de estas diferencias, en ambas modalidades se observa una tendencia a la reducción progresiva de las redes sociales no familiares con el paso del tiempo, lo cual puede afectar tanto el bienestar emocional como la adherencia terapéutica (Neumann et al., 2018).

1.3. Justificación y Objetivos

Las terapias sustitutivas domiciliarias han cobrado relevancia debido a las ventajas asociadas con su realización en el hogar. Estas modalidades no solo ofrecen potenciales beneficios clínicos, como mayor autonomía del paciente y la posibilidad de personalizar el tratamiento según sus necesidades, sino que también podrían tener un impacto positivo en el bienestar psicológico. No obstante, la evidencia científica actual sobre su influencia en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión y la percepción del apoyo social sigue siendo limitada y heterogénea, lo que dificulta la toma de decisiones informadas tanto para pacientes como para profesionales sanitarios.

Asimismo, el aumento constante en la incidencia y prevalencia de la ERC, junto con la evidencia clara de que las consecuencias psicológicas de la enfermedad y su tratamiento pueden afectar de manera significativa la adherencia al tratamiento, el pronóstico y la percepción general del paciente sobre su enfermedad, subraya la importancia de contribuir con la evidencia científica para lograr una atención sanitaria más integral, personalizada y centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

En este contexto, el objetivo de esta investigación es analizar las diferencias entre las modalidades de TRS domiciliario en relación con la CVRS, los niveles de ansiedad y depresión, y la percepción de apoyo social. Además, se plantea la propuesta de una intervención específica destinada a reducir el impacto psicológico derivado de los tratamientos sustitutivos domiciliarios en pacientes con ERC.

2. Método

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos Medline, PubMed, PsycInfo y Web of Science (WOS), con el propósito de identificar estudios empíricos que comparasen el impacto de los TRS domiciliarios, HDD y DP, en depresión, ansiedad, calidad de vida, apoyo social y en posibles variables asociadas. Se ha realizado una búsqueda de los estudios publicados hasta el 26 de enero de 2025.

La estrategia de búsqueda se diseñó utilizando los siguientes descriptores contenidos en los campos Abstract (AB): (((Home Hemodialysis OR Home Haemodialysis) AND Peritoneal Dialysis) OR ((Home Hemodialysis OR Home Haemodialysis) AND Automated Peritoneal Dialysis) OR ((Home Hemodialysis OR Home Haemodialysis) AND Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) OR (Automated Peritoneal Dialysis AND Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)) AND (Psych* OR Mental health OR Anxiety OR Depression OR Quality of life OR Social support).

Se establecieron como criterios de inclusión: (1) estudios empíricos redactados en inglés o español, (2) investigaciones realizadas en población adulta (≥ 18 años), (3) estudios que comparasen las modalidades domiciliarias de tratamiento con procedimientos estadísticos, (4) evaluación de las variables psicológicas a estudiar mediante instrumentos estandarizados.

Fueron criterios de exclusión de los trabajos: (1) revisiones sistemáticas, metaanálisis, capítulos de libro, tesis doctorales, (2) estudios realizados en población infantil y adolescente, o que combinen población adulta con población infantil o adolescente, (3) estudios realizados en el contexto de la pandemia por COVID-19.

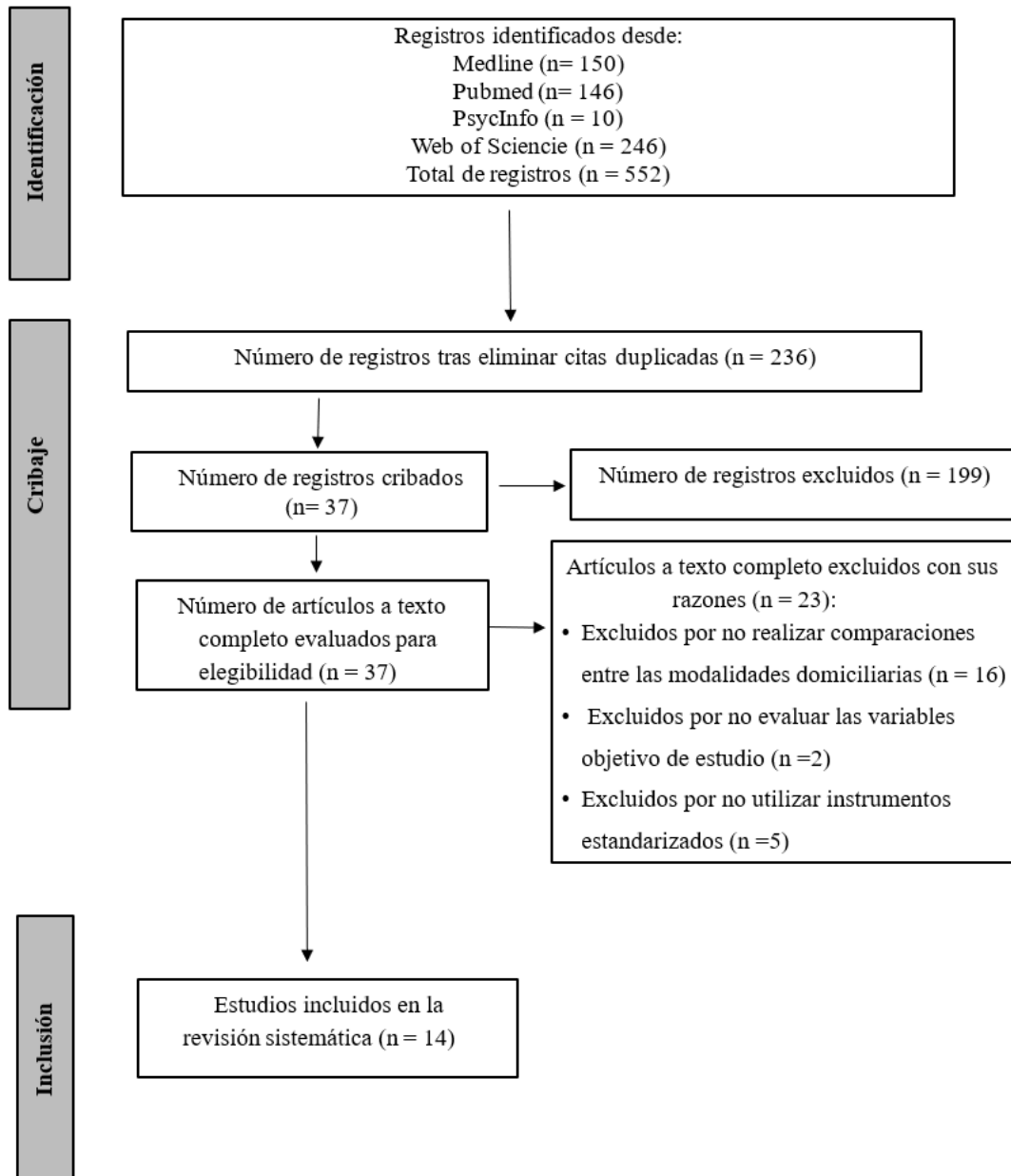
En la búsqueda inicial se identificaron un total de 552 artículos obtenidos (150 en Medline, 146 en Pubmed, 10 en PsycInfo y 246 en WOS), que después de eliminar los duplicados, se redujeron a 236 publicaciones. Posteriormente, los artículos fueron revisados por título y resumen, y se cribaron en base a los criterios de inclusión y exclusión.

Después de esta fase, se descartaron 199 artículos, quedando 37 para su evaluación a texto completo. Tras un análisis detallado, se excluyeron aquellos estudios que no comparaban ambas modalidades de tratamiento, no evaluaban las variables psicológicas de

interés o utilizaban instrumentos de medición no estandarizados. Finalmente, la revisión incluyó un total de 14 estudios. El proceso de búsqueda se presenta en la figura 1, mediante un diagrama de flujo adaptado de la guía de la declaración PRISMA (Page et al., 2021).

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para la revisión sistemática



Nota. Adaptado de “Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas” (p. 796), por M. J. Page et al., 2021, *Revista española de cardiología*, 74(9).

3. Resultados

En esta investigación se analizaron un total de 14 artículos, cuyas características principales se detallan en el Anexo 1.

3.1. Características generales de los estudios

3.1.1. Número de participantes

En esta revisión se han incluido 14 estudios que contenían en su totalidad $n= 2.443$ participantes. El estudio con la menor muestra fue el de Courts y Boyette (1998), con $n= 15$ participantes, mientras que el estudio con la mayor muestra fue el de Michels et al. (2011), con $n= 550$ participantes.

Un total de 5 estudios incluyeron pacientes tratados mediante HDD y DP (Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015). En HDD el número de participantes fue de $n= 131$, mientras que, en DP el total de la muestra fue de $n= 259$ participantes.

En 9 estudios la muestra únicamente estaba formada por pacientes en DP (Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Sunder et al., 2008; Yang et al., 2018). En DPA el total de la muestra fue de $n= 604$ participantes, mientras que en DPCA el total de participantes fue de $n= 1.128$.

En 4 investigaciones se identificaron participantes en tratamientos diferentes a los de diálisis domiciliaria (Courts y Boyette, 1998; Griva et al., 2010; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015). En dichos estudios se empleó como muestra comparativa a pacientes en HD hospitalaria, con un total de $n= 339$ participantes. Asimismo, en el estudio de Wong et al. (2019) se incluyeron $n= 118$ participantes en HD comunitaria.

Finalmente, dos estudios emplearon otra muestra comparativa diferente a los TRS, con un total de 1.772 participantes. De Wit et al. (2001) y Bro et al. (1999) incluyeron a grupos de población general, con $n= 140$ y $n= 1.632$ participantes, respectivamente.

3.1.2. Edad de los participantes

La edad de los participantes varía ampliamente en los estudios analizados sobre las distintas modalidades de TRS. Todas las investigaciones seleccionadas tenían como criterio de inclusión que los pacientes fueran adultos (≥ 18 años).

Únicamente 2 estudios especifican el rango etario de sus muestras, Courts y Boyette (1998) reportan edades entre los 43 y 73 años, mientras que Wright y Wilson (2015) incluyen participantes con edades comprendidas entre los 20 y 81 años.

El resto de los estudios indican la media de edad. Entre ellos, el estudio con la media más baja corresponde a Cortés-Sanabria et al. (2013), con $\bar{x} = 42$ años, mientras que Sunder et al. (2008) presenta la media más alta con $\bar{x} = 63,2$ años.

3.1.3. Sexo de los participantes

La distribución por sexo de los participantes varía entre los estudios analizados. Excepto en los estudios de Cortés-Sanabria et al. (2013), de Wit et al. (2001) y Yang et al. (2018), la proporción de hombres fue mayor que la de mujeres. El porcentaje de participantes masculinos se sitúa entre el 26,7 % (Griva et al., 2010) y el 100 % (Courts y Boyette, 1998).

3.1.4. País de procedencia

Los estudios revisados abarcaron una amplia variedad de países. Aquellos con mayor representación fueron EE.UU. (Courts y Boyette, 1998; Wright y Wilson, 2015), Países Bajos (de Wit et al., 2001; Michels et al., 2011) y Reino Unido (Balasubramanian et al., 2011; Griva et al., 2010).

Asimismo, se identificaron investigaciones realizadas en Canadá (Fong et al., 2007), China (Wong et al., 2019), Corea del Sur (Jung et al., 2016), Dinamarca (Bro et al., 1999), India (Sunder et al., 2008), México (Cortés-Sanabria et al., 2013), Singapur (Yang et al., 2018) y Turquía (Guney et al., 2010).

3.1.5. Diseño de la investigación

De los estudios incluidos en la revisión, la mayoría ($n= 8$) emplearon un diseño de tipo transversal (Courts y Boyette, 1998; de Wit et al., 2001; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015; Yang et al., 2018).

En 6 estudios adoptaron un enfoque longitudinal con distintos períodos de seguimiento. Balasubramanian et al. (2011) realizaron un seguimiento de cinco años, mientras que Michels et al. (2011) lo llevaron a cabo durante tres años. Cortés-Sanabria et al. (2013), Jung et al. (2016) y Sunder et al. (2008) efectuaron un seguimiento de un año, mientras que Bro et al. (1999) realizó el más corto, con una duración de seis meses.

3.2. Instrumentos y variables utilizados en los estudios

A lo largo de los estudios analizados, se han empleado diversos instrumentos estandarizados para evaluar las variables de interés (las principales características de los instrumentos utilizados aparecen descritas en el Anexo 2).

En el caso de la depresión y la ansiedad, se han utilizado distintas escalas. Para la evaluación de la depresión, se han empleado el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996), el *Cognitive Depression Index* (CDI; Sacks et al., 1990) y la *Generalized Contentment Scale* (GCS; Hudson, 1987).

El BDI-II, compuesto por 21 ítems con un rango de puntuación de 0 a 63, ha sido utilizado en cuatro estudios (Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016). Sus puntos de corte permiten diferenciar distintos niveles de depresión y, en población con ERC, una puntuación superior a 15 indica depresión clínicamente significativa. El CDI, por su parte, es una subescala del BDI-II formada por 15 ítems cognitivos, con puntuaciones de 0 a 45, y un punto de corte de 10 para indicar la presencia de depresión. Este instrumento ha sido utilizado en un estudio (Griva et al., 2010). La GCS, fue aplicada también en un solo estudio (Courts y Boyette, 1998), consta de 25 ítems con un rango de puntuación de 0 a 100, estableciendo el punto de corte en 30.

La ansiedad solo ha sido evaluada en un estudio (Courts y Boyette, 1998), mediante la *Clinical Anxiety Scale* (CAS; Snaith et al., 1982), que consiste en 25 ítems con puntuaciones que oscilan entre 0 y 100. Una puntuación superior a 30 indica niveles elevados de ansiedad.

El apoyo social ha sido evaluado mediante dos dimensiones del cuestionario *Kidney Disease Quality of Life Short form* (KDQoL-SF; Hays et al., 1994), específicamente a través de la escala de Apoyo Social de la red familiar y social y la escala de Estímulo y Apoyo del Personal de Diálisis. Sus puntuaciones varían en un rango de 0 a 100, donde

valores más altos reflejan una mejor percepción del apoyo social, sin establecerse puntos de corte definidos. Este instrumento ha sido utilizado en 6 estudios (Cortés-Sanabria et al., 2013; Fong et al., 2007; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Wright y Wilson, 2015; Yang et al., 2018).

Para evaluar la CVRS, se han utilizado diversos instrumentos estandarizados. Entre ellos, *Kidney Disease Quality of Life Short form* (KDQoL-SF; Hays et al., 1994), el *Short Form-36 Health Survey* (SF-36; Ware et al., 1993), el *Short Form-12 Health Survey* (SF-12; Ware et al., 1996), el *Euroqol-EQ-5D index* (EQ-5D; EuroQol Group, 1990), el *Time Trade-off assessment* (TTO; Churchill et al., 1987) y el *Standard Gamble* (SG; Torrance et al., 1972).

El *Kidney Disease Quality of Life Short form* (KDQoL-SF) consta de una sección genérica de 36 ítems y una parte específica de 43 ítems. Ha sido utilizado en un total de 6 estudios (Cortés-Sanabria et al., 2013; Fong et al., 2007; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Wright y Wilson., 2015; Yang et al., 2018). En 9 investigaciones se empleó el *Short Form-36 Health Survey* (SF-36), cuestionario incluido en el KDQoL-SF (Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Sunder et al. 2008; Yang et al., 2018). Consta de 36 ítems organizados en ocho dimensiones, agrupadas en dos Componentes Sumarios (Físico y Mental). Tanto en el KDQoL-SF como en el SF-36 las puntuaciones varían de 0 a 100, donde valores más altos reflejan un mejor estado de salud percibido. Una versión reducida de este instrumento, el *Short Form-12 Health Survey* (SF-12), fue utilizada en un estudio (Wong et al., 2019). Este instrumento conserva la estructura del SF-36, pero con 12 ítems, su rango de puntuación va de 0 a 100, con valores superiores que indican una mejor percepción de la salud.

El *Euroqol-EQ-5D index* (EQ-5D) se aplicó en tres estudios (Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001; Yang et al., 2018). Este instrumento consta de dos secciones: la Escala Análoga Visual (VAS), que incluye un único ítem con un rango de puntuación de 0 a 100, donde los pacientes valoran su estado de salud actual, y el Índice de Utilidad de la Salud, compuesto por cinco dimensiones de salud con puntuaciones que oscilan entre 0 y 1, reflejando la gravedad de los problemas percibidos en cada dominio.

Finalmente, el *Time Trade-Off assessment* (TTO) y el *Standard Gamble* (SG) se aplicaron en un estudio (de Wit et al., 2001) para valorar las preferencias de los pacientes por su estado de salud. El SG consiste en ofrecer al paciente una elección entre permanecer en su estado de salud actual o aceptar una apuesta con ciertas probabilidades de alcanzar un estado de salud óptimo o fallecer de forma inmediata. La puntuación resultante (entre 0 y 1) refleja el valor subjetivo que asigna a su estado de salud actual. Mientras que, el TTO, mide el valor que una persona asigna a su estado de salud mediante decisiones hipotéticas sobre el tiempo de vida. Se plantea al paciente si estaría dispuesto a vivir menos años a cambio de disfrutar de una salud óptima. La puntuación (entre 0 y 1) se obtiene comparando los años aceptados en salud perfecta con la esperanza de vida estimada según edad y sexo.

3.3. Diferencias en variables sociodemográficas y clínicas entre los tratamientos renales sustitutivos domiciliarios

Diversos estudios han identificado diferencias significativas en variables sociodemográficas entre las distintas modalidades de TRS domiciliarios.

Respecto al nivel educativo, 11 estudios analizaron esta variable. De estos, 6 estudios (Bro et al., 1999; Cortés-Sanabria et al., 2013; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Yang et al., 2018) encontraron diferencias estadísticamente significativas, señalando que los pacientes en DPA tendían a tener un nivel educativo superior en comparación con los de DPCA. Asimismo, Wong et al. (2019) reportó que los pacientes en HDD presentaban un mayor nivel educativo frente a los de DP. Por otro lado, 4 estudios no identificaron diferencias significativas en esta variable (de Wit et al., 2001; Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010).

En relación con la edad, 13 estudios abordaron esta variable. En 3 investigaciones (Balasubramanian et al., 2011; Cortés-Sanabria et al., 2013; Yang et al., 2018) encontraron que los pacientes en DPA eran significativamente más jóvenes que los de DPCA. Mientras que, Fong et al. (2007) y Wong et al. (2019) hallaron que los pacientes en HDD eran más jóvenes que los de DP. Sin embargo, 8 estudios no reportaron diferencias significativas (Bro et al., 1999; Courts y Boyette, 1998; de Wit et al., 2001; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Wright y Wilson, 2015).

Con respecto a la situación laboral, 8 investigaciones evaluaron esta variable. En 4 estudios (Cortés-Sanabria et al., 2013; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016) evidenciaron una mayor tasa de empleo entre los pacientes en DPA en comparación con los de DPCA. Mientras que Wong et al. (2019) encontraron que los pacientes en HDD estaban empleados con mayor frecuencia que los de DP. Por el contrario, 3 estudios no hallaron diferencias significativas (Bro et al., 1999; de Wit et al., 2001; Michels et al., 2011).

En lo relativo a los ingresos económicos, 3 estudios exploraron esta variable. Cortés-Sanabria et al. (2013) y Griva et al. (2010) señalaron mayores ingresos en pacientes de DPA en comparación con los de DPCA, mientras que Wong et al. (2019) encontró que los pacientes en DP percibían ingresos más elevados que los de HDD.

Respecto a la distribución por sexo, 13 estudios abordaron esta variable. Jung et al. (2016) y Michels et al. (2011) encontraron una proporción significativamente mayor de hombres en DPA que en DPCA, mientras que de Wit et al. (2001) halló un resultado contrario, con una mayor proporción de hombres en DPCA. No obstante, los 10 estudios restantes no evidenciaron diferencias significativas (Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; Cortés-Sanabria et al., 2013; Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015; Yang et al., 2018).

En cuanto a las características familiares, 11 estudios analizaron esta variable. Solo Michels et al. (2011) hallaron diferencias significativas, reportando una mayor proporción de personas casadas y con hijos en el hogar entre los pacientes en DPCA. Además, en este grupo era más común que no trabajaran debido a responsabilidades familiares, a diferencia de los pacientes en DPA, quienes no trabajaban mayoritariamente por estar jubilados o ser estudiantes. Los restantes 10 estudios no evidenciaron diferencias relevantes (Bro et al., 1999; de Wit et al., 2001; Cortés-Sanabria et al., 2013; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015; Yang et al., 2018).

En cuanto a la distribución étnica, 6 estudios abordaron esta variable. Solo Wright y Wilson (2015) encontraron una proporción significativamente mayor de pacientes blancos en HDD en comparación con los de DP. Sin embargo, los otros 5 estudios no identificaron

diferencias significativas (Balasubramanian et al., 2011; Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Yang et al., 2018).

El tipo de vivienda únicamente fue analizado por Yang et al. (2018), quienes no encontraron diferencias significativas.

Respecto a las diferencias en variables clínicas, varios estudios han evidenciado disparidades en parámetros bioquímicos, duración del tratamiento y condiciones clínicas generales entre las distintas modalidades de TRS.

En relación con el tiempo total en diálisis, 7 investigaciones analizaron esta variable. Yang et al. (2018) observaron un menor tiempo en diálisis en pacientes DPA en contraste con los de DPCA, mientras que Guney et al. (2010) informaron un mayor tiempo en los pacientes en DPA. Sin embargo, 5 estudios no identificaron diferencias significativas (Bro et al., 1999; de Wit et al., 2001; Cortés-Sanabria et al., 2013; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010).

El tiempo en la modalidad específica fue evaluado en 2 estudios. De Wit et al. (2001) reportaron mayor duración en DPCA frente a DPA. Griva et al. (2010), por su parte, observaron mayor duración en HDD respecto a DPA y DPCA.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad fue analizado por Wong et al. (2019), quienes identificaron un mayor número de años desde el diagnóstico en pacientes HDD respecto a los de DP.

La causa primaria de enfermedad renal fue analizada en 7 estudios. Únicamente en el estudio realizado por de Wit et al. (2001) reportaron diferencias estadísticamente significativas, señalando una mayor prevalencia de glomerulonefritis en pacientes en DPA en comparación con DPCA. Los 6 estudios restantes no encontraron diferencias significativas (Bro et al., 1999; Cortés-Sanabria et al., 2013; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011).

Los parámetros bioquímicos, nutricionales y hematológicos fueron evaluados en 9 investigaciones. En 4 estudios identificaron diferencias significativas, Guney et al. (2010) reportaron niveles más altos de creatinina, fósforo y Ca-P en pacientes en DPA frente a DPCA. Fong et al. (2007) y Wong et al. (2019) encontraron valores superiores de urea,

creatinina y fosfato en DP frente a HDD. En contraste, los pacientes en HDD presentaron niveles superiores de albúmina, calcio sérico y hemoglobina en comparación con los de DP. Asimismo, Wong et al. (2019) informaron niveles mayores de albúmina, calcio, colesterol LDL, TFG estimada y Kt/V estándar en HDD frente a DP. Michels et al. (2011) hallaron mayor producción de orina en DPCA frente a DPA. Sin embargo, 5 estudios no identificaron diferencias significativas (Balasubramanian et al., 2011; de Wit et al., 2001; Griva et al., 2010; Jung et al., 2016; Yang et al., 2018).

En cuanto a la prevalencia de diabetes, 2 estudios abordaron esta variable. Solo Griva et al. (2010) identificaron diferencias, con una mayor proporción de pacientes con diabetes en DPCA respecto a los de DPA. Balasubramanian et al. (2011) no hallaron diferencias.

La presencia de condiciones comórbidas fue analizada en 7 estudios (Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; de Wit et al., 2001; Fong et al., 2007; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011), sin que ninguno reportara diferencias estadísticamente significativas.

El grado de dependencia fue evaluado en 3 estudios. En el estudio de Yang et al. (2018) reportaron que los pacientes en DPA presentaban mayor frecuencia de diálisis asistida que los de DPCA. Sin embargo, los 2 estudios restantes no identificaron diferencias significativas en esta variable (Balasubramanian et al., 2011; Cortés-Sanabria et al., 2013).

El estado funcional fue analizado únicamente por Balasubramanian et al. (2011), quienes reportaron un peor estado funcional en DPCA comparado con DPA.

Por último, otras variables como haber recibido trasplante renal o estar en lista de espera (Bro et al., 1999; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010), el número de hospitalizaciones (de Wit et al., 2001), el índice de masa corporal (Guney et al., 2010; Michels et al., 2011; Jung et al., 2016), el hábito tabáquico (Guney et al., 2010) y la presencia de trastornos del sueño (Michels et al., 2011) fueron analizadas en algunos estudios; sin embargo, en ninguno de los casos se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

3.4. Comparación de los síntomas de depresión y ansiedad en los diferentes tratamientos renales sustitutivos domiciliarios

La depresión ha sido evaluada en 6 estudios que analizaron a pacientes en diferentes modalidades de TRS domiciliarios.

En 3 estudios transversales (Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010) se compararon los niveles de depresión entre pacientes en HDD y DP. Courts y Boyette (1998), mediante la GCS, encontraron niveles más bajos de síntomas depresivos en HDD, con una media de $\bar{x} = 20,4$ (siendo el punto de corte de la GCS 30), sin diferencias significativas con la DP ($\bar{x} = 25,6$; $p > 0,05$).

Por su parte, Griva et al. (2010) y Fong et al. (2007) emplearon el BDI-II. En el estudio de Fong et al. (2007) no se encontraron diferencias significativas entre HDD y DP ($p > 0,05$). En cambio, Griva et al. (2010) hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de TRS domiciliaria. Los pacientes en DPCA presentaron puntuaciones más elevadas en el BDI-II en comparación con los de HDD y DPA, con medias de $\bar{x} = 15,07$ en DPCA, $\bar{x} = 8,24$ en HDD y $\bar{x} = 9,65$ en DPA ($p < 0,001$).

En esta misma línea, en el estudio de Griva et al. (2010) aplicando el CDI encontraron puntuaciones significativamente más altas en DPCA respecto a HDD y DPA ($\bar{x} = 9,20$ en DPCA, $\bar{x} = 5,20$ en HDD y $\bar{x} = 5,65$ en DPA; $p < 0,01$). Estas diferencias también se reflejaron en la prevalencia de depresión. Según el BDI-II, se reportaron tasas del 8 % en HDD, 26,1 % en DPA y 48,9 % en DPCA, y el CDI mostró una tendencia similar, con prevalencias del 12 % en HDD, 21,7 % en DPA y 44,4 % en DPCA.

En el estudio de Griva et al. (2010), tras ajustar por sexo, edad, nivel educativo, empleo, ingresos, tiempo en diálisis, albúmina, índice de gravedad y comorbilidades, las diferencias encontradas en depresión entre pacientes en HDD y DPA en contraste con DPCA, se mantuvieron estadísticamente significativas ($p < 0,01$ CDI; $p < 0,001$ BDI).

Dos estudios se centraron exclusivamente en la comparación de la depresión en las modalidades de DP. Guney et al. (2010) y Jung et al. (2016) emplearon el BDI-II para comparar la DPA y la DPCA. El estudio transversal de Guney et al. (2010) no encontró diferencias significativas entre ambas modalidades. Por su parte, Jung et al. (2016), en un

estudio longitudinal de 12 meses, observaron que en línea base los pacientes en DPCA presentaban una mayor sintomatología depresiva en comparación con aquellos en DPA ($\bar{x} = 19,03$ vs. $\bar{x} = 15,35$; $p = 0,02$). No obstante, al finalizar el periodo de seguimiento, esta diferencia dejó de ser estadísticamente significativa ($\bar{x} = 14,36$ DPCA vs. $\bar{x} = 14,44$ DPA; $p = 0,96$), debido a una reducción de los síntomas depresivos en el grupo de DPCA ($p = 0,01$).

En cuanto a la ansiedad, esta ha sido analizada en un solo estudio transversal (Courts y Boyette, 1998), el cual comparó a pacientes en HDD y DP mediante la escala CAS. Los resultados indicaron que los pacientes en HDD presentaban los niveles más bajos de ansiedad, con una media de $\bar{x} = 10,4$, mientras que los niveles que se registraron en pacientes en DP eran significativamente más elevados, con una media de $\bar{x} = 33,6$ ($p < 0,05$).

3.5. Comparación de la calidad de vida en los diferentes tratamientos renales sustitutivos domiciliarios

En 3 estudios transversales comparativos, se analizó la CVRS en pacientes en HDD y DP a través del KDQoL-SF, SF-36 y SF-12 (Fong et al., 2007; Wong et al., 2019; Wright y Wilson, 2015).

En cuanto a los dominios genéricos, solo se encontraron diferencias significativas en el estudio de Wong et al. (2019), donde los pacientes en HDD presentaron puntuaciones significativamente superiores ($p < 0,05$) en los dominios de Vitalidad ($\bar{x} = 54,9$), Función Social ($\bar{x} = 79,9$) y Salud General ($\bar{x} = 49$) en comparación con los pacientes en DP ($\bar{x} = 42,2$; $\bar{x} = 60,4$; $\bar{x} = 33,5$, respectivamente).

En los demás estudios (Fong et al., 2007; Wright y Wilson, 2015), no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones genéricas entre ambas modalidades de tratamiento ($p > 0,05$).

Tras controlar por posibles variables de confusión, Wong et al. (2019) observaron que, al ajustar por sexo, edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, hemoglobina, albúmina, calcio, fósforo, urea, colesterol, glucosa en ayunas y tasa de filtración glomerular estimada, las diferencias en las dimensiones del Componente Sumario Mental según la modalidad de diálisis dejaron de ser significativas. Sin embargo, los pacientes en

DP tendieron a mostrar una puntuación más alta en el Componente Sumario Físico ($p < 0,001$).

Respecto a los dominios específicos, solo se encontraron diferencias significativas en el estudio de Fong et al. (2007), donde los pacientes en DP presentaron una puntuación significativamente mayor en Apoyo Social ($\bar{x} = 79,2$) en comparación con los pacientes en HDD ($\bar{x} = 65,7$) ($p < 0,05$). En el estudio de Wright y Wilson (2015), no se hallaron diferencias significativas en ninguno de los dominios específicos entre HDD y DP ($p > 0,05$).

En el estudio de Fong et al. (2007), tras el ajuste por edad, sexo, nivel educativo, antecedente de trasplante renal, comorbilidad, puntuación en el BDI y niveles de albúmina plasmática, la diferencia hallada en la percepción de Apoyo Social se mantuvo significativa, siendo menor en el grupo de HDD en comparación con el grupo de DP ($p = 0,04$).

En 4 estudios transversales (Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001; Guney et al., 2010; Yang et al., 2018) se comparó la CVRS en pacientes sometidos a DP, tanto en DPCA como en DPA, por medio de los instrumentos KDQoL-SF y SF-36.

En relación con los dominios genéricos, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la DPA en 2 estudios. De Wit et al. (2001) encontraron puntuaciones más altas en el dominio de Función Social ($\bar{x} = 79$ en DPA vs. $\bar{x} = 65$ en DPCA; $p = 0,03$). Asimismo, en el estudio de Cortés-Sanabria et al. (2013), los pacientes en DPA presentaron puntuaciones significativamente superiores tanto en el Componente Sumario Físico ($\bar{x} = 62$ vs. $\bar{x} = 41$; $p < 0,0001$) como en el Componente Sumario Mental ($\bar{x} = 77$ vs. $\bar{x} = 53$; $p < 0,0001$) en comparación con los pacientes en DPCA.

En los estudios de Guney et al. (2010) y Yang et al. (2018), no se identificaron diferencias significativas entre ambas modalidades en ninguna de las dimensiones genéricas analizadas ($p > 0,05$).

De los 4 estudios, solo Yang et al. (2018) y Cortés-Sanabria et al. (2013) analizaron dimensiones específicas. Yang et al. (2018) hallaron diferencias significativas en la dimensión de Síntomas relacionados con la diálisis, donde los pacientes en DPA presentaron puntuaciones más altas que los de DPCA ($\bar{x} = 76$ vs. $\bar{x} = 69,8$; $p < 0,01$). Por

su parte, Cortés-Sanabria et al. (2013) observaron que los pacientes en DPA obtuvieron también puntuaciones más elevadas en el Componente Sumario de la Enfermedad Renal ($\bar{x} = 66$ vs. $\bar{x} = 53$; $p < 0,0001$).

Tres estudios aplicaron el EQ-5D para evaluar la CVRS en pacientes en DPCA y DPA (Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001; Yang et al., 2018). En el estudio de Cortés-Sanabria et al. (2013) encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Índice EQ-5D a favor de la DPA ($\bar{x} = 0,67$ vs. $\bar{x} = 0,51$; $p = 0,04$), con mejores puntuaciones especialmente en las dimensiones de Autocuidado ($p = 0,02$) y Actividades Habituales ($p = 0,02$). Además, en la Escala Visual Analógica, los pacientes tratados con DPA reportaron una mejor percepción de su estado de salud ($\bar{x} = 0,68$ vs. $\bar{x} = 0,60$; $p = 0,02$).

Por su parte, de Wit et al. (2001) identificaron diferencias significativas únicamente en la dimensión de Ansiedad/Depresión, donde una mayor proporción de pacientes en DPCA reportó problemas (69%) en comparación con los de DPA (49%) ($p < 0,05$). En cambio, Yang et al. (2018) no hallaron diferencias significativas en el Índice EQ-5D entre ambas modalidades de tratamiento ($\bar{x} = 0,60$ en DPA vs. $\bar{x} = 0,58$ en DPCA; $p = 0,35$).

En el estudio de de Wit et al. (2001), tras ajustar por edad, situación laboral, comorbilidad, enfermedad renal primaria y tiempo en diálisis, las diferencias encontradas a favor de la DPA en relación con la DPCA en términos de salud mental continuaron siendo estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Por su parte, Yang et al. (2018), ajustaron sus análisis por edad, sexo, etnicidad, nivel educativo, estado civil, tipo de vivienda, comorbilidad, nivel de albúmina, hemoglobina, grado de dependencia, duración y adecuación de la diálisis, encontrando que, la modalidad de DPA seguía mostrando puntuaciones significativamente más altas que la DPCA en la dimensión Síntomas ($p < 0,01$), y además se asoció con mejores resultados en el Componente Sumario Físico ($p < 0,05$).

Respecto a otros instrumentos empleados, de Wit et al. (2001) evaluaron la CVRS en DPA y DPCA mediante el SG y el TTO, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades.

3.5.1. Cambios en el tiempo en la calidad de vida relacionada con la salud en los diferentes tratamientos renales sustitutivos domiciliarios

Los cambios en la CVRS de los pacientes a lo largo del tiempo fueron evaluados en 5 estudios longitudinales que compararon la DPA con la DPCA (Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Sunder et al., 2008), utilizando los cuestionarios KDQoL-SF y SF-36. El periodo de seguimiento en estos estudios varió entre 6 (Bro et al., 1999) y 36 meses (Michels et al., 2011).

Respecto a los resultados en línea base, en las dimensiones genéricas, 3 estudios (Balasubramanian et al., 2011; Michels et al., 2011; Jung et al., 2016) encontraron que los pacientes en DPA presentaban puntuaciones significativamente más altas que aquellos en DPCA. En concreto, Balasubramanian et al. (2011) reportaron mayores puntuaciones en el Componente Sumario Físico ($\bar{x} = 36,5$ vs. $\bar{x} = 32,2$) y en el Componente Sumario Mental ($\bar{x} = 40,3$ vs. $\bar{x} = 33,3$) ($p < 0,001$). Jung et al. (2016) también observaron puntuaciones iniciales superiores en DPA en los dominios de Dolor ($p = 0,03$) y Función Social ($p = 0,04$). Michels et al. (2011) identificaron diferencias a favor de DPA en la dimensión de Función de Rol Emocional ($p = 0,03$). Por su parte, Bro et al. (1999) no encontraron diferencias significativas en ninguno de los dominios genéricos analizados entre ambas modalidades ($p > 0,05$).

En cuanto a las dimensiones específicas, Jung et al. (2016) hallaron puntuaciones basales significativamente más altas en DPA en el Componente Sumario de la Enfermedad Renal ($p = 0,01$), así como en los dominios de Síntomas ($p = 0,03$), Situación Laboral ($p < 0,001$) y Satisfacción con el Tratamiento ($p = 0,01$). En contraste, Michels et al. (2011) observaron que los pacientes en DPCA presentaban puntuaciones superiores en el dominio de Apoyo del Personal de Diálisis ($p = 0,01$).

Respecto a los resultados en el seguimiento, en las dimensiones genéricas, Jung et al. (2016), tras 12 meses de seguimiento, observaron una mejora significativamente mayor en el grupo de DPCA en las puntuaciones del SF-36 ($p = 0,04$), especialmente en el Componente Sumario Mental ($p = 0,03$), mientras que en el grupo de DPA no se detectaron cambios significativos. De manera similar, el estudio de Balasubramanian et al. (2011) a los 12 meses, reportó algunas mejoras en las puntuaciones de los Componentes

Sumarios Físico y Mental, tanto en DPA como en DPCA, aunque estas mejoras no alcanzaron significación estadística ($p > 0,05$).

Sunder et al. (2008), en un estudio de seguimiento secuencial de 12 meses (6 meses en DPCA y posteriormente 6 meses en DPA), no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades en ninguno de los dominios genéricos ($p > 0,05$), aunque se evidenció una tendencia no significativa hacia mejores puntuaciones en Vitalidad, Función Social y Salud Mental durante el tratamiento con DPA.

Del mismo modo, Bro et al. (1999), con un seguimiento de 6 meses, no identificaron diferencias significativas en los dominios genéricos ($p > 0,05$); no obstante, reportaron que los pacientes tratados con DPA disponían de significativamente más tiempo para dedicar a actividades laborales, familiares y sociales ($p < 0,005$).

Respecto a las dimensiones específicas, Jung et al. (2016) encontraron, tras 12 meses, que los pacientes en DPCA reportaron puntuaciones significativamente superiores en el dominio de Síntomas ($p = 0,02$) y en la autopercepción del estado de salud respecto al año anterior ($p = 0,03$), mientras que en el grupo de DPA no se produjeron cambios relevantes. Michels et al. (2011), con un seguimiento de hasta 3 años, reportaron que durante el primer año los pacientes en DPA mostraron mejores puntuaciones en los dominios de Función Cognitiva ($p = 0,01$) y Sueño ($p = 0,01$) en comparación con DPCA. Además, se observaron puntuaciones más altas en Función Sexual a favor de DPA ($p = 0,01$) y en Satisfacción del Paciente a favor de DPCA ($p = 0,03$). Sin embargo, al cabo de 3 años, las diferencias en calidad de vida entre ambas modalidades dejaron de ser estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Varios estudios ajustaron sus análisis para controlar factores sociodemográficos y clínicos que podrían haber influido en los resultados de CVRS. Balasubramanian et al. (2011) ajustaron sus análisis por modalidad de diálisis, edad, sexo, etnicidad, presencia de diabetes, grado de dependencia para la diálisis y puntuación de Karnofsky, observando que las diferencias en los Componentes Sumarios Físico y Mental a favor de DPA se mantenían tras el ajuste ($p = 0,002$ y $p = 0,03$, respectivamente).

Por su parte, Jung et al. (2016) ajustaron por edad, sexo, comorbilidad, diabetes, nivel educativo, empleo, parámetros bioquímicos, función renal residual, depresión y

satisfacción con el tratamiento, concluyendo que las diferencias iniciales en la CVRS no se atribuían exclusivamente a la modalidad de diálisis ($p > 0,05$).

De forma similar, Michels et al. (2011) señalaron que, tras ajustar por edad, sexo, comorbilidad, enfermedad renal primaria y tasa de filtración glomerular residual, las diferencias en el patrón de evolución del Componente Sumario Mental y en la dimensión de Función de Rol Emocional perdieron significación estadística ($p = 0,06$). Del mismo modo, las diferencias iniciales observadas en Función Sexual y en Satisfacción del Paciente desaparecieron tras ajustes adicionales por centro de diálisis y nivel educativo ($p > 0,05$ en ambos casos).

Por último, Sunder et al. (2008) también indican que controlaron distintos factores sociodemográficos y clínicos, aunque no especificaron todas las variables consideradas; tras el ajuste, reportaron una mejoría en el Componente Sumario Mental durante el tratamiento con DPA.

El apoyo social, evaluado exclusivamente mediante las dimensiones específicas del cuestionario KDQoL-SF, se integra dentro de este apartado de CVRS dado que no se identificaron estudios que emplearan instrumentos específicos para esta variable en la población estudiada.

Comparando HDD y DP, Fong et al. (2007) encontraron que los pacientes en DP reportaron un mayor Apoyo Social que los de HDD, diferencia que se mantuvo tras ajustar por variables sociodemográficas y clínicas. En cambio, Wright y Wilson (2015) no identificaron diferencias significativas en Apoyo Social ni en Apoyo del Personal de Diálisis entre ambas modalidades.

En la comparación entre DPA y DPCA, Jung et al. (2016) y Michels et al. (2011) no encontraron diferencias significativas en apoyo social, y las puntuaciones se mantuvieron estables durante el seguimiento en ambos estudios.

4. Discusión

Los TRS domiciliarios han adquirido una relevancia creciente en los últimos años, gracias a las múltiples ventajas asociadas a su realización en el hogar. Modalidades como la HDD y la DP han demostrado mejorar significativamente la calidad de vida y la autonomía de los pacientes en comparación con la HD en centro (Corbett, 2023).

En particular, la HDD permite realizar sesiones más frecuentes y administrar una dosis de diálisis superior, lo que se traduce en un mejor control clínico, una reducción de los costes sanitarios y la eliminación de desplazamientos constantes al hospital. Esto facilita, además, una mayor adaptación del tratamiento al estilo de vida del paciente (Andreu et al., 2016). Por su parte, la DP constituye una opción terapéutica eficaz que preserva la función renal residual y promueve la participación activa del paciente en su tratamiento (François y Bargman, 2014). Asimismo, tanto la DPA como la DPCA han demostrado una eficacia clínica equivalente, lo que permite una mayor personalización del abordaje terapéutico (Cnossen et al., 2011).

En la presente revisión, los hallazgos de los distintos estudios son dispares y heterogéneos. Mientras algunos no evidencian diferencias significativas entre las diversas modalidades de TRS domiciliario en las variables analizadas, otros sí reportan diferencias que favorecen a una u otra modalidad. No obstante, en términos generales, se observa una tendencia a mejores resultados en calidad de vida, síntomas depresivos y ansiosos a favor de la HDD frente a la DP (Courts y Boyette, 1998; Griva et al., 2010; Wong et al., 2019), así como de la DPA frente a la DPCA (de Wit et al., 2001; Cortés-Sanabria et al., 2013; Jung et al., 2016; Yang et al., 2018).

Asimismo, se ha observado que diferentes variables sociodemográficas (como la edad o el nivel educativo), clínicas (como los niveles de hemoglobina o la duración del tratamiento) y psicosociales (como las cogniciones sobre la enfermedad o la satisfacción con el tratamiento) se asocian con aspectos psicológicos en pacientes en HDD y DP, especialmente con la CVRS y la presencia de síntomas depresivos.

Entre los estudios que comparan la depresión en HDD y DP (Griva et al., 2010; Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007), los hallazgos no son del todo concluyentes. Solo Griva et al. (2010) identificaron una mayor sintomatología depresiva en pacientes en

DPCA, mientras que los otros no reportaron diferencias significativas, aunque sí apuntan a una tendencia a menor sintomatología en HDD.

Estas diferencias podrían estar relacionadas con las implicaciones prácticas y emocionales que conlleva cada tratamiento. La revisión de Rabindranath et al. (2007) ya apuntaba que la DPCA, al requerir múltiples intercambios manuales diarios, puede percibirse como una modalidad más demandante e invasiva, interfiriendo en la autonomía, la rutina y la vida social del paciente. Desde el enfoque cualitativo, Curtin et al. (2004) observaron que los pacientes en DP a largo plazo reportan una mayor sensación de interferencia en su día a día, aislamiento y fatiga emocional, especialmente cuando el régimen de tratamiento requiere constante manejo, como en la DPCA. Tales experiencias podrían contribuir a una mayor vulnerabilidad psicológica en estos pacientes.

La ausencia de diferencias concluyentes podría estar relacionada con el hecho de que tanto HDD como DP son tratamientos domiciliarios que otorgan cierto grado de autonomía y control al paciente. Sin embargo, en la DP los pacientes pueden llevar a cabo el procedimiento sin la necesidad de supervisión, lo que puede representar un desafío adicional en términos de carga percibida y adaptación emocional (Canalejo et al., 2023).

En cuanto a las diferencias dentro de las modalidades de DP, tanto Guney et al. (2010) como Jung et al. (2016) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre DPA y DPCA. Sin embargo, el estudio longitudinal de Jung et al. (2016) mostró que, aunque los pacientes en DPCA presentaban inicialmente mayores niveles de depresión, estos disminuían significativamente tras 12 meses, equiparándose con los niveles observados en pacientes en DPA. Este patrón sugiere un posible proceso de adaptación emocional con el tiempo. En la misma línea, otras investigaciones como la de Mok et al. (2019) observaron que, si bien los síntomas depresivos eran frecuentes al inicio del tratamiento con DP, tendían a estabilizarse durante el primer año, lo que podría interpretarse como un indicio de adaptación clínica y emocional con el paso del tiempo.

Es de interés destacar que en el estudio de Griva et al. (2010), se aplicaron análisis ajustados que controlaron por factores clínicos y sociodemográficos, lo que refuerza la validez de la asociación observada entre la modalidad DPCA y una mayor sintomatología depresiva. En cambio, los demás estudios (Courts y Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016) no incorporaron ajustes estadísticos, lo que limita la

capacidad para interpretar con precisión la ausencia de diferencias significativas observadas en esta variable.

En relación con los síntomas de ansiedad, únicamente uno de los estudios incluidos (Courts y Boyette, 1998) abordó esta variable, comparando pacientes en HDD y DP mediante la escala CAS. Los resultados mostraron que los pacientes en HDD presentaban niveles de ansiedad significativamente más bajos que los de DP. No obstante, el estudio no realizó ajustes por posibles variables de confusión, por lo que no puede descartarse que otros factores no controlados hayan influido en las diferencias observadas.

A pesar de que ambas modalidades comparten muchas características, la DP puede implicar una mayor carga emocional debido a su complejidad técnica y a molestias físicas como la presencia continua de líquido en la cavidad peritoneal, lo que puede aumentar la percepción de inseguridad o malestar (Canalejo et al., 2023). Esta mayor exigencia percibida podría contribuir a niveles más elevados de ansiedad en estos pacientes. En términos generales, la ansiedad ha sido menos investigada que la depresión en el contexto de la ERC, posiblemente porque a menudo se ha considerado un componente secundario de esta última, más que una entidad clínica independiente (Cukor et al., 2008).

Por tanto, la falta de diferencias consistentes entre algunas modalidades podría reflejar que no es tanto la técnica en sí lo que determina el malestar emocional, sino variables más transversales como la percepción de control, el apoyo recibido y la adecuación del tratamiento a las necesidades individuales (Curtin et al., 2002). Estas dimensiones, más que el tipo de TRS, podrían ser determinantes clave en la experiencia emocional del paciente.

La mayoría de las publicaciones revisadas evaluaron la CVRS mediante los cuestionarios KDQoL-SF o SF-36. En conjunto, los resultados apuntan a que existen diferencias entre las distintas modalidades de tratamiento domiciliar, especialmente entre la DPA y la DPCA, mientras que los hallazgos son más inconsistentes en la comparación entre HDD y DP.

En los estudios que comparan directamente HDD y DP, el trabajo de Wong et al. (2019) fue el único que encontró diferencias significativas en dominios genéricos tanto físicos como mentales a favor de la HDD, destacando puntuaciones más altas en Salud

General, Vitalidad y Función Social. Estos resultados podrían estar relacionados con las características propias de esta modalidad, como la mayor personalización del régimen dialítico, que se ha vinculado a beneficios fisiológicos y a una mejor percepción del bienestar físico (Culleton et al., 2007). Asimismo, la mayor flexibilidad horaria y la sensación de control asociadas a la HDD podrían facilitar una mejor integración del tratamiento en la rutina diaria, reforzando la percepción de autonomía y contribuyendo así a una valoración más positiva de estos aspectos de la calidad de vida (Ruiz et al., 2018).

No obstante, otros estudios como los de Fong et al. (2007) y Wright y Wilson (2015) no hallaron diferencias significativas en los dominios evaluados, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad de los resultados y la potencial influencia de factores individuales o contextuales.

En cuanto a los dominios específicos, únicamente Fong et al. (2007) reportaron diferencias significativas a favor de la DP en comparación con HDD, observando una mayor percepción de Apoyo Social entre los pacientes en esta modalidad. Una revisión reciente apunta que esta percepción más favorable en DP podría estar mediada por una mayor implicación familiar y comunitaria, aunque también resalta que estas diferencias pueden depender de factores individuales y contextuales (Rodríguez-Delgado et al., 2023).

En conjunto, aunque algunos hallazgos puntuales sugieren ventajas específicas de una u otra modalidad, la evidencia disponible no permite establecer conclusiones firmes sobre la superioridad de la HDD sobre la DP, o viceversa, en términos de CVRS.

En cuanto a la comparación entre modalidades de DP, se observa una tendencia general hacia una mayor CVRS en los pacientes tratados con DPA frente a la DPCA. Esta diferencia se manifiesta tanto en dominios genéricos como específicos, aunque no todos los estudios coinciden en sus hallazgos.

Respecto a las dimensiones genéricas, de Wit et al. (2001) hallaron puntuaciones significativamente superiores en Función Social en pacientes en DPA frente a los de DPCA, mientras que Cortés-Sanabria et al. (2013) encontraron diferencias a favor de la DPA en los Componentes Sumarios Físico y Mental. Estos resultados podrían explicarse por el hecho de que la DPA, al realizarse principalmente durante la noche, permite

mantener una rutina diurna más activa, favoreciendo la continuidad de las actividades sociales, laborales y familiares. Este patrón también se observa en estudios cualitativos recientes, donde los pacientes en DPA destacan la mayor libertad diaria como uno de los principales beneficios del tratamiento (Kiourtidis et al., 2024). En contraste, Guney et al. (2010) no reportaron diferencias significativas en dominios genéricos, lo que refleja la heterogeneidad existente entre estudios.

En relación con los dominios específicos, Yang et al. (2018) y Cortés-Sanabria et al. (2013) encontraron mejores puntuaciones en los Síntomas relacionados con la diálisis y en el Componente Sumario de la Enfermedad Renal en pacientes tratados con DPA. Este patrón puede explicarse, al menos en parte, por las características propias de cada modalidad. La DPCA implica una mayor demanda de tiempo debido a la necesidad de realizar múltiples intercambios manuales diarios, además del peso abdominal añadido por la permanencia del dializado entre intercambios. Estos factores pueden aumentar las molestias físicas y generar mayores interrupciones en la rutina diaria, lo que impacta negativamente en la CVRS (Mizuno et al., 2016).

Cabe señalar que, algunos estudios utilizaron otros instrumentos (Cortés-Sanabria et al., 2013; de Wit et al., 2001). En el estudio realizado por de Wit et al. (2001) observaron, mediante el EQ-5D, que una mayor proporción de pacientes en DPCA reportaba problemas en la dimensión de Ansiedad/Depresión. Por su parte, en el estudio de Cortés-Sanabria et al. (2013) también se utilizó el EQ-5D, y se hallaron diferencias significativas a favor de la DPA, especialmente en Autocuidado, Actividades Habituales y la Escala Visual Analógica. Estos resultados sugieren, nuevamente, una mejor percepción del estado de salud y de la funcionalidad diaria asociada a esta modalidad.

La heterogeneidad en la aplicación de ajustes estadísticos entre los estudios incluidos dificulta una comparación directa de los resultados. Sin embargo, aquellos estudios que sí realizaron análisis ajustados controlando por factores clínicos y sociodemográficos relevantes (Fong et al., 2007; Wong et al., 2019; de Wit et al., 2001; Yang et al., 2018) aportan una mayor solidez metodológica a sus hallazgos, lo que refuerza la validez de las asociaciones observadas entre las distintas modalidades de tratamiento domiciliar y las dimensiones de la CVRS evaluadas.

Los estudios revisados muestran que existen diferencias en la CVRS entre las diversas modalidades de tratamiento, destacándose un mayor consenso en cuanto a la DPA como la opción con mayores beneficios en bienestar físico y mental. Si bien los resultados no son siempre homogéneos y algunos estudios no reportaron diferencias significativas (Guney et al., 2010; Wright y Wilson, 2015). Esta falta de significación estadística podría estar relacionada con limitaciones metodológicas compartidas por ambos estudios, como el reducido tamaño muestral, lo que disminuye la potencia estadística para detectar diferencias entre grupos y podría explicar la ausencia de resultados concluyentes.

Los cambios en la CVRS a lo largo del tiempo fueron evaluados en 5 estudios longitudinales centrados exclusivamente en las modalidades de DPA y DPCA, utilizando los instrumentos KDQoL-SF y SF-36, con seguimientos entre 6 y 36 meses.

En cuanto a las dimensiones genéricas de carácter físico, los estudios de Balasubramanian et al. (2011) y Jung et al. (2016), con 12 meses de seguimiento, reportaron mejoras en ambas modalidades, aunque dichas variaciones no alcanzaron significación estadística. Hallazgos similares fueron descritos por Sunder et al. (2008) y Bro et al. (1999), quienes tampoco encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas tras 12 y 6 meses de seguimiento, respectivamente. Estos resultados sugieren que, aunque puede haber una percepción subjetiva de mejora física con el tiempo, no se traduce necesariamente en un impacto mensurable mediante los cuestionarios utilizados.

En relación con las dimensiones genéricas de carácter mental, Jung et al. (2016) reportaron una mejora significativa en el Componente Sumario Mental en el grupo tratado con DPCA tras 12 meses, mientras que los pacientes en DPA no mostraron cambios relevantes. Balasubramanian et al. (2011), aunque sin alcanzar significación estadística, también observaron una tendencia positiva en este componente para ambos grupos. Bro et al. (1999) y Sunder et al. (2008) no identificaron cambios relevantes en estas dimensiones; sin embargo, Bro et al. (1999) destacaron que los pacientes en DPA disponían de mayor tiempo libre para actividades laborales, familiares y sociales. Este aspecto, aunque no cuantificado directamente en los cuestionarios, podría interpretarse como una percepción subjetiva de mayor bienestar funcional, lo cual coincide con estudios recientes que señalan el valor de la autonomía y el tiempo libre como dimensiones clave en la experiencia del paciente en esta modalidad (Rodríguez-Delgado et al., 2023).

Respecto a las dimensiones específicas, los resultados fueron heterogéneos. Jung et al. (2016) hallaron mejoras significativas en el grupo de DPCA en el dominio de Síntomas y en la autopercepción del estado de salud respecto al año anterior tras 12 meses, lo que sugiere que esta modalidad podría favorecer una mejor adaptación al tratamiento en ciertos pacientes. Por su parte, Michels et al. (2011), aunque identificaron diferencias iniciales a favor de DPA en aspectos como Función Cognitiva, Sueño y Función Sexual, observaron que estas diferencias desaparecían tras 3 años de seguimiento. Estos hallazgos coinciden con otros estudios previos que reportan resultados similares entre ambas modalidades (Badve et al., 2008; Mehrotra et al., 2009). De hecho, una revisión sistemática reciente concluyó que no existe evidencia suficiente para establecer la superioridad de la DPA sobre la DPCA, o viceversa, en términos de desenlaces clínicos y resultados informados por los pacientes (Driehuis et al., 2024).

Es importante señalar que los estudios que aplicaron análisis ajustados teniendo en cuenta factores clínicos y sociodemográficos relevantes obtuvieron resultados variados. Balasubramanian et al. (2011) encontraron que las ventajas de la DPA en los Componentes Sumarios Físicos y Mentales se mantenían incluso después del ajuste. No obstante, investigaciones como las de Jung et al. (2016) y Michels et al. (2011) indicaron que, tras ajustar, algunas de las diferencias inicialmente significativas perdieron relevancia estadística.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que aunque la DPA podría ofrecer ciertas ventajas iniciales en términos de calidad de vida respecto a la DPCA, especialmente en aspectos relacionados con la funcionalidad y la autonomía, la evolución de la CVRS parece estar más influida por factores individuales y clínicos que por la modalidad de diálisis per se. En esta misma línea, Bonenkamp et al. (2020), en su revisión sistemática y metaanálisis, encontraron que, si bien algunos estudios apuntan a una mejor CVRS en pacientes en diálisis domiciliaria frente a diálisis en centro, la elevada heterogeneidad metodológica dificulta establecer conclusiones generalizables. Esto refuerza la idea de que los beneficios percibidos en la CVRS no dependen exclusivamente del tipo de tratamiento, sino que están modulados por múltiples variables contextuales y personales.

En la presente revisión no se identificaron estudios que utilizaran instrumentos específicos para medir el apoyo social en esta población. Dado que esta variable fue

evaluada exclusivamente a través de los dominios específicos del KDQoL-SF, se ha considerado oportuno integrar su análisis dentro del apartado de CVRS.

Solo un estudio halló diferencias significativas en esta variable, Fong et al. (2007), que encontró que los pacientes en DP perciben un mayor Apoyo Social en comparación con aquellos en HDD. Esta percepción diferencial puede deberse a las características propias de cada modalidad. En este sentido, se ha observado que los pacientes en DP tienden a contar con redes sociales más amplias, una mayor diversidad de relaciones y un nivel superior de apoyo social en comparación con quienes reciben HD convencional (Neumann et al., 2018). Estas diferencias podrían estar relacionadas con el mayor grado de autonomía y autocuidado que requiere la DP. Por otro lado, aunque la HDD ofrece beneficios clínicos, también plantea desafíos importantes, como el riesgo de aislamiento social y la carga considerable que puede suponer para los cuidadores, en particular en tareas técnicas como la canulación (Bennett et al., 2015). Estos factores podrían afectar tanto la percepción del apoyo social como la sostenibilidad del tratamiento en el entorno domiciliario.

La literatura respalda consistentemente que un mayor apoyo social puede influir positivamente en los resultados de salud a través de varios mecanismos, incluyendo una reducción en los niveles de afecto depresivo, una mejor percepción de la calidad de vida, un mayor acceso a la atención médica, un mejor cumplimiento de las terapias prescritas y efectos fisiológicos directos sobre el sistema inmunológico (Cohen et al., 2007). Además, tanto la alfabetización en salud como el apoyo social desempeñan un papel positivo e independiente en la promoción de conductas de autogestión en pacientes con ERC, siendo el apoyo social el factor más determinante (Chen et al., 2018).

La presente revisión evidenció que la modalidad de diálisis domiciliaria no constituye el único factor que influye en las variables analizadas; en particular, la CVRS y la depresión también se ven afectadas por diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales.

En cuanto a la CVRS, estudios como el de Wong et al. (2019) identificaron que los pacientes en HDD presentaban niveles educativos y tasas de empleo más altas que aquellos en DP. Tras los ajustes estadísticos, se observó que un nivel educativo elevado se asociaba con mejores puntuaciones en el Componente Sumario Mental, mientras que estar

empleado se relacionó con mejores puntuaciones en el Componente Sumario Físico. Estos hallazgos sugieren que las diferencias observadas a favor de la HDD en CVRS podrían explicarse, al menos en parte, por estas características sociodemográficas. Aunque la ERC y los TRS suelen vincularse con incapacidad laboral y deterioro de la CVRS, Wong et al. (2019) señalan un posible efecto protector del empleo, al asociarse con una mejor salud percibida. Asimismo, niveles educativos más bajos se han relacionado con peor CVRS y limitaciones en el autocuidado (Vallejos y Ortega, 2018).

De forma similar, Yang et al. (2018) encontraron que los pacientes en DPA eran significativamente más jóvenes que los de DPCA. Tras ajustar por edad, identificaron que los pacientes de mediana edad (45–60 años) presentaban puntuaciones significativamente más bajas en el Componente Sumario Físico, lo que sugiere que las diferencias a favor de la DPA podrían estar mediadas, al menos en parte, por la menor edad de sus pacientes. Este patrón, consistente con estudios previos, sugiere una mejor adaptación a la diálisis en pacientes más jóvenes o de mayor edad en comparación con aquellos en edades intermedias, posiblemente debido a diferencias en expectativas de salud o en los recursos adaptativos (Yang et al., 2015).

Desde el punto de vista clínico, Wong et al. (2019) también observaron que los pacientes en HDD, quienes obtuvieron mejores puntuaciones en el Componente Sumario Físico, presentaban niveles más altos de hemoglobina en comparación con los de DP. Tras los ajustes, este parámetro mostró una asociación significativa con el Componente Sumario Físico, lo que sugiere que los niveles de hemoglobina, como marcador indirecto del estado nutricional y la carga inflamatoria, podría contribuir a las diferencias observadas en la funcionalidad física entre modalidades (Kadatane et al., 2023).

Por otro lado, en relación con la etiología, de Wit et al. (2001) identificaron una mayor prevalencia de glomerulonefritis como causa primaria de la ERC en pacientes en DPA frente a DPCA. Tras los ajustes estadísticos, esta etiología se asoció con mejores puntuaciones en el Componente Sumario Físico, lo que sugiere que parte de las diferencias favorables a la DPA podrían estar relacionadas con el perfil clínico de estos pacientes. Asimismo, los autores observaron que los pacientes en DPCA llevaban más tiempo en tratamiento que los de DPA, y este mayor tiempo de permanencia se asoció negativamente con las puntuaciones del EQ-5D tras los ajustes. Esta interpretación ha sido respaldada por investigaciones recientes que señalan que una mayor duración en diálisis

se asocia con peor CVRS debido a la acumulación de complicaciones, comorbilidades y desgaste físico (Sala et al., 2023). Por tanto, la mejor percepción de calidad de vida en algunos dominios observada en los pacientes en DPA podría explicarse, al menos parcialmente, por estos factores clínicos diferenciales.

Además, Yang et al. (2018) reportaron una mayor proporción de pacientes en DPA que recibían diálisis asistida, en comparación con DPCA. Tras ajustar por esta variable, se observó que la diálisis de autocuidado se asociaba positivamente tanto con el Componente Sumario Físico como con el Índice EQ-5D. Esto podría explicarse por el hecho de que los pacientes con mayor deterioro funcional, como debilidad muscular o discapacidad visual, tienen mayor probabilidad de requerir asistencia, lo cual impacta negativamente en su autonomía y, en consecuencia, en su percepción de calidad de vida (Griva et al., 2016).

Más allá de los factores sociodemográficos y clínicos, los resultados de esta revisión destacan el papel relevante de variables psicosociales evaluadas adicionalmente, que influyen en los resultados observados entre modalidades de TRS domiciliaria.

En el estudio de Jung et al. (2016), una mayor satisfacción con el tratamiento se asoció con mejores puntuaciones en CVRS tras los ajustes, lo que indica que esta percepción subjetiva actúa como un modulador importante del bienestar del paciente, más allá de la modalidad de diálisis. Esta relación ha sido corroborada en estudios previos, Juergensen et al. (2006) encontraron que la satisfacción influye directamente en cómo los pacientes perciben el impacto del tratamiento sobre su vida diaria, y Kim et al. (2013) observaron que mayores niveles de satisfacción se asociaban con puntuaciones más altas en el KDQoL-SF, especialmente en los dominios relacionados con la carga de la enfermedad y el bienestar emocional. Estos hallazgos apuntan a que, independientemente de la técnica utilizada, una percepción positiva del tratamiento podría atenuar el impacto negativo sobre la CVRS.

De forma complementaria, Griva et al. (2010) mostraron que una mayor gravedad percibida de la enfermedad, una mayor carga atribuida al tratamiento, creencias negativas sobre las consecuencias de la enfermedad y una baja percepción de control se asociaron con niveles más altos de síntomas depresivos. Estos resultados son coherentes con el Modelo de Sentido Común de las representaciones de la enfermedad (Common-Sense Model), según el cual las creencias de los pacientes sobre su enfermedad influyen en sus respuestas

emocionales y conductuales (Hagger y Orbell, 2003). Estudios previos, como el de Griva et al. (2009), también han demostrado que estas cogniciones sobre la enfermedad y el tratamiento afectan directamente a la CVRS en pacientes con ERCT.

Los hallazgos de esta revisión sugieren que, aunque los TRS domiciliarios ofrecen potenciales beneficios clínicos y psicológicos, la evidencia disponible sigue siendo heterogénea en cuanto a qué modalidad proporciona mayores ventajas en las variables analizadas. No obstante, se ha visto que no solo influye la modalidad de diálisis sino que, factores individuales, contextuales y clínicos determinan en gran parte la percepción de la CVRS y los niveles de depresión de los pacientes en diálisis. Por ello, es imprescindible considerar de forma integral el perfil emocional, social y clínico del paciente a la hora de elegir una modalidad de tratamiento.

Desde el punto de vista de la práctica clínica, estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar en la elección de la modalidad de tratamiento, no solo criterios clínicos, sino también las preferencias del paciente, su contexto psicosocial y su capacidad de adaptación. La evaluación sistemática de síntomas psicológicos, especialmente en las fases iniciales del tratamiento, junto con la implementación de intervenciones psicoeducativas y de apoyo, adaptadas a cada modalidad y dirigidas tanto a pacientes como a cuidadores, podría favorecer el bienestar emocional, mejorar la adherencia terapéutica y prevenir complicaciones futuras.

En este sentido, los profesionales sanitarios deben contemplar no solo la eficacia clínica de la terapia, sino también su impacto emocional y psicológico a la hora de recomendar a los pacientes una modalidad de tratamiento. Asimismo, desde una perspectiva institucional, es fundamental que los sistemas sanitarios incluyan entre sus competencias la evaluación continua de las necesidades integrales del paciente renal crónico, con una atención especial a los aspectos psicológicos y sociales.

Entre las principales limitaciones de esta revisión se encuentra el hecho de que el 71 % de los estudios incluidos (10 de 14) fueron realizados hace más de una década. Esto puede limitar la aplicabilidad de sus resultados a las condiciones actuales, dado que las prácticas clínicas y los enfoques terapéuticos han evolucionado. Además, varios de los estudios contaban con muestras de tamaño reducido, lo que disminuye el poder estadístico y la capacidad de generalizar los resultados. Otro aspecto relevante es que algunos trabajos no

controlaron adecuadamente variables de confusión, lo que podría haber influido en los resultados en relación con los niveles de ansiedad, depresión, apoyo social o calidad de vida. Por último, se destaca la escasa representación de estudios realizados en el contexto español, lo cual dificulta extrapolar los hallazgos a nuestra población específica.

A la luz de los resultados obtenidos y de las limitaciones detectadas, se recomienda que futuras investigaciones empleen diseños longitudinales con muestras más amplias y representativas, que permitan analizar la evolución del bienestar emocional en diferentes etapas de la ERC. Sería conveniente incorporar mediciones estandarizadas desde el inicio del tratamiento, así como variables clínicas, psicológicas y contextuales relevantes, con el fin de identificar la modalidad de diálisis domiciliaria más adecuada para cada paciente, determinar los factores de riesgo específicos y desarrollar intervenciones psicoeducativas y preventivas ajustadas a las necesidades del paciente a lo largo del proceso.

5. Propuesta Aplicada

5.1. Justificación y contextualización

La evidencia recogida en esta revisión muestra una alta prevalencia de síntomas depresivos y una mayor frecuencia de síntomas ansiosos en pacientes en HDD y DP. Estos síntomas afectan negativamente la CVRS, la adherencia al tratamiento y la adaptación al estilo de vida impuesto por la enfermedad (González, 2021; Guzmán-Carrillo et al., 2022).

Ante esta problemática, se propone un plan de intervención adaptado a pacientes en HDD y DP, basado en los hallazgos mencionados y en la evidencia disponible sobre intervenciones psicológicas eficaces en pacientes en HD hospitalaria. Dado que no se han identificado programas específicamente diseñados para terapias de reemplazo renal domiciliarias, se considera pertinente adaptar dichas intervenciones a este contexto particular.

Las intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual han demostrado ser eficaces para reducir síntomas ansiosos y depresivos en personas con ERC, así como para mejorar los mecanismos de afrontamiento, la resiliencia y la adherencia terapéutica (Griva et al., 2021; Pascoe et al., 2017). Este enfoque terapéutico no solo se centra en la modificación de cogniciones y conductas disfuncionales, sino también en el fortalecimiento de habilidades adaptativas que favorecen la aceptación de la enfermedad y el mantenimiento de un estilo de vida saludable (Cabrales-Arreola et al., 2017; García-Arista y Arredondo-Pantaleón, 2018).

La inclusión de técnicas como la psicoeducación, activación conductual, relajación, habilidades de comunicación y solución de problemas ha demostrado favorecer la regulación emocional y la mejora del bienestar en esta población (Lugo et al., 2018; Sohn et al., 2018). Finalmente, el apoyo social y familiar desempeña un papel esencial en el afrontamiento de las demandas emocionales y prácticas derivadas de la ERC, por lo que su incorporación en el diseño de la intervención resulta altamente recomendable (Rojas-Villegas et al., 2017).

5.2. Características generales

La propuesta de intervención se basa en el desarrollo de un programa de orientación cognitivo-conductual en formato grupal *online*, con una duración de tres meses y un seguimiento a largo plazo. Este formato se ha elegido con el objetivo de evitar desplazamientos innecesarios y facilitar la asistencia de pacientes que se encuentran en tratamiento domiciliario.

El programa será impartido por un psicólogo general sanitario y está destinado a pacientes en HDD y DP que presenten sintomatología ansiosa y/o depresiva. La intervención se centra en dotar a los participantes de estrategias de afrontamiento adaptativas, con el objetivo de mejorar su bienestar emocional, reducir la sintomatología psicológica asociada a la ERC y favorecer una mejor adaptación a su tratamiento y estilo de vida.

Se reconoce que el formato *online* puede suponer una barrera para algunos pacientes, especialmente aquellos de edad avanzada o con escasa familiaridad con la tecnología. Por ello, se contempla una fase inicial de adaptación tecnológica durante tres días, en la que se brindará soporte básico a los participantes para el uso de la plataforma (manuales simplificados, videollamadas de prueba, asistencia telefónica previa a las sesiones, etc.). Asimismo, se recomienda la participación activa de cuidadores o familiares, cuando sea posible, para facilitar el acceso al programa.

En caso de que el formato *online* represente una dificultad significativa para algunos pacientes, se evaluará la posibilidad de realizar sesiones telefónicas individuales o enviar materiales impresos de refuerzo, con el fin de mantener el acceso a los contenidos del programa.

5.3. Objetivos

El objetivo general del programa es disminuir la sintomatología ansiosa y/o depresiva y mejorar la CVRS en pacientes con ERC en TRS domiciliario.

Como objetivos específicos se plantea:

1. Establecer un vínculo terapéutico inicial y un sentido de pertenencia al grupo.
2. Favorecer la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, su tratamiento y los síntomas psicológicos relacionados.

3. Reducir la activación fisiológica mediante técnicas de relajación y control del estrés.
4. Promover la gestión del tiempo ayudando a los pacientes a organizar sus rutinas diarias y el tiempo dedicado al tratamiento.
5. Incrementar el apoyo social promoviendo la comunicación efectiva con familiares y redes de apoyo.
6. Fomentar el autocuidado a través del desarrollo de habilidades para la gestión de la enfermedad.
7. Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad.

5.4. Población diana

El presente programa de intervención está dirigido a personas adultas con ERC en tratamiento activo de HDD, ya sea diaria, nocturna o convencional, o DP, tanto asistida como continua ambulatoria, que presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Los criterios de inclusión comprenden la confirmación diagnóstica de ERC, ser mayor de 18 años, estar sometido a alguno de los tratamientos de diálisis mencionados, presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva de nivel leve a moderado, haber iniciado el tratamiento domiciliario al menos tres meses antes del inicio del programa, y contar con acceso a internet en el domicilio.

Por otro lado, se excluyen del programa aquellas personas que se encuentren en otras modalidades de TRS (como HD hospitalaria o Tx), presenten comorbilidades médicas que les impidan participar en el programa, requieran una intervención más específica debido a un diagnóstico de trastorno mental grave o deterioro cognitivo severo, o manifiesten falta de implicación en el tratamiento.

Para garantizar que los pacientes incluidos cumplen los criterios de inclusión y no presentan criterios de exclusión, se establecerá un proceso de selección previo a la intervención. En primer lugar, la identificación de candidatos se llevará a cabo en colaboración con el equipo médico-nefrológico, quien propondrá pacientes en TRS domiciliario (DP o HDD) que pudieran beneficiarse del programa. La participación será siempre voluntaria.

A continuación, se procederá a una revisión del historial clínico de cada paciente para verificar la modalidad y duración del tratamiento en TRS domiciliario, la existencia de comorbilidades médicas o diagnósticos psiquiátricos relevantes.

La presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva se valorará de forma sistemática en la fase de evaluación pre-intervención, mediante la aplicación de la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; adaptado al español por Terol et al., 2007). Se incluirán en el programa aquellos pacientes que obtengan una puntuación igual o superior a 8 en alguna de las subescalas (ansiedad o depresión), lo cual indica sintomatología de al menos nivel leve, según los puntos de corte establecidos. Este procedimiento permitirá asegurar que los participantes seleccionados se ajustan al perfil clínico requerido para el adecuado desarrollo de la intervención.

5.5. Contexto, formato y duración

El programa de intervención propuesto se desarrolla íntegramente en modalidad *online*, con el objetivo de facilitar el acceso a los pacientes y reducir las barreras derivadas del desplazamiento. Está diseñado para llevarse a cabo en formato grupal reducido, con entre 5 y 6 participantes por grupo. La elección del formato grupal se fundamenta en sus múltiples beneficios terapéuticos, como el fomento del apoyo social y emocional, la normalización de la experiencia de enfermedad, el aprendizaje vicario a través de la observación de cómo otros afrontan situaciones similares, una mayor adherencia terapéutica y la optimización de recursos sin comprometer la calidad del acompañamiento psicológico.

La elección de grupos reducidos (máximo 6 personas) permite mantener una atención individualizada, facilitar la participación activa de todos los miembros y crear un clima de confianza que favorezca la apertura emocional. Se reconoce que existen diferencias relevantes entre ambas modalidades de tratamiento (HDD y DP) que pueden influir en la vivencia de la enfermedad, la carga de tratamiento y el grado de autonomía del paciente. Por este motivo, se contempla una agrupación flexible y razonada de los participantes, procurando cierta homogeneidad en cuanto a estas variables.

Los grupos se conformarán considerando la modalidad de tratamiento (DP o HDD), la disponibilidad horaria, el nivel de autonomía funcional y la capacidad para participar en sesiones *online*. Asimismo, los contenidos del programa, aunque compartidos entre todos

los participantes, podrán ser matizados o adaptados durante las sesiones para responder de forma más ajustada a las realidades particulares de cada modalidad.

El programa consta de un total de 15 sesiones, distribuidas en 12 sesiones estructuradas (2 de evaluación y 10 de intervención) y 3 sesiones de seguimiento. Las sesiones de evaluación (inicial y final) tendrán una duración aproximada de 60 minutos. Las sesiones de intervención serán de carácter semanal, con una duración de 90 minutos cada una, y se desarrollarán a lo largo de un período de tres meses. Finalmente, las sesiones de seguimiento se realizarán a los tres, seis y doce meses tras la finalización del programa, con una duración de 60 minutos cada una.

Se empleará material de tipo audiovisual y otros recursos didácticos interactivos, como presentaciones *PowerPoint*, videos psicoeducativos, audios de relajación guiada, así como ejercicios prácticos y hojas de autorregistro en formato PDF para ser trabajados dentro y fuera de las sesiones. Además, se ofrecerá acceso a una plataforma virtual segura donde los participantes podrán consultar contenidos del programa, descargar materiales complementarios y comunicarse tanto con el psicólogo como con el resto del grupo entre sesiones, si fuese necesario.

5.6. Evaluación pre-intervención psicológica

Antes de iniciar la intervención grupal, se llevará a cabo una evaluación inicial con el objetivo de recoger información clínica relevante y establecer un primer encuadre terapéutico individualizado. Esta evaluación se desarrollará de forma individual a lo largo de dos sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una. La descripción detallada de estas sesiones puede consultarse en el Anexo 3.

En la primera sesión se aplicarán distintos instrumentos de evaluación psicológica estandarizados, así como una entrevista clínica semiestructurada, con el fin de valorar el estado emocional del paciente y su adecuación a los criterios del programa. En la segunda sesión se realizará la devolución de resultados, en la que se informará al paciente sobre los aspectos más relevantes de la evaluación, se resolverán dudas y se presentará detalladamente la estructura, objetivos y metodología del programa. Esta fase también busca establecer una primera alianza terapéutica que favorezca la implicación del paciente y su adherencia al proceso grupal posterior.

- Entrevista clínica semiestructurada: Se incluye en el Anexo 4. Su aplicación permitirá recoger información sociodemográfica y comprender la situación actual del paciente, así como aspectos relevantes de su historia personal. Esta entrevista tiene como objetivos: recopilar antecedentes relacionados con la ERC y las características del TRS en el ámbito domiciliario; identificar posibles factores estresantes asociados; evaluar rasgos personales y estrategias de afrontamiento; analizar el entorno familiar y el nivel de apoyo social; y explorar las expectativas del paciente respecto a la intervención propuesta.
- *Kidney Disease Quality of Life - Short Form* (KDQoL-SF; Hays et al., 1994; adaptado al español por García et al., 1998): Cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la CVRS en pacientes con enfermedad renal. Se divide en dos partes, una parte genérica, que incluye 36 ítems distribuidos en ocho dimensiones agrupadas en dos Componentes Sumarios (Físico y Mental); y una parte específica, compuesta por 43 ítems repartidos en doce dimensiones relacionadas con la enfermedad renal. La persona responde mediante una escala tipo Likert de 5 niveles (de 1 a 5), indicando cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas. La puntuación total se transforma en una escala de 0 a 100.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; adaptado al español por Terol et al., 2007): Escala de autoinforme diseñada para detectar sintomatología ansiosa y depresiva de carácter cognitivo en pacientes con afecciones médicas, centrándose en su experiencia emocional durante la última semana. Consta de 14 ítems divididos equitativamente en dos dimensiones (ansiedad y depresión), valorados mediante una escala tipo Likert de 4 niveles (de 0 a 3). La puntuación total de cada subescala oscila entre 0 y 21. La versión completa del cuestionario se incluye en el Anexo 5.
- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988; adaptado al español por Landeta y Calvete, 2002): Cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar el grado de apoyo social percibido por parte de tres fuentes principales: familia, amigos y persona significativa. Consta de 12 ítems distribuidos en tres subescalas de 4 ítems cada una, que exploran la percepción del respaldo emocional y la disponibilidad de apoyo en momentos difíciles. La persona responde mediante una escala tipo Likert de 7 niveles (de 1 = muy en

desacuerdo a 7 = muy de acuerdo), indicando el grado de acuerdo con cada afirmación. Las puntuaciones más altas reflejan mayor percepción de apoyo social.

5.7. Intervención psicológica

Esta parte se enfoca en la implementación del programa de intervención, el cual se desarrolla a lo largo de 10 sesiones organizadas en distintos bloques. En el Anexo 6 se presenta la estructura del programa, detallando los bloques con sus respectivas sesiones, los objetivos planteados, así como las tareas asignadas tanto al terapeuta como al paciente entre sesiones. Asimismo, la Tabla 2 presenta un resumen de las técnicas utilizadas para abordar cada uno de los objetivos específicos del programa.

Tabla 2

Objetivos específicos y técnicas de intervención

Objetivo	Técnica
Establecer un vínculo terapéutico inicial y un sentido de pertenencia al grupo	Dinámicas de presentación y ejercicios de identificación de expectativas
Favorecer la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, su tratamiento y los síntomas psicológicos relacionados	Psicoeducación
Reducir la activación fisiológica	Relajación muscular progresiva/ Respiración diafragmática
Programación de actividades y gestión del tiempo	Planificación de actividades
Incrementar el apoyo social	Entrenamiento en habilidades sociales
Fomentar el autocuidado	Tareas conductuales y establecimiento de objetivos
Modificar las creencias irracionales asociadas	Reestructuración cognitiva

1. Bloque I: Introducción al programa y establecimiento del vínculo grupal.

Este bloque inicial se desarrolla en la primera sesión y tiene como objetivo principal crear un clima de confianza y cohesión entre los participantes. A través de dinámicas de presentación como “¿Quién soy yo?” o “Tres cosas sobre mí”, permitirán a los miembros del grupo conocerse de forma progresiva y en un ambiente seguro. Asimismo, se incluirán ejercicios de identificación de expectativas y objetivos personales respecto al programa, donde cada participante podrá expresar qué espera del proceso y qué está dispuesto a aportar.

Estas estrategias están orientadas a fortalecer el sentido de pertenencia al grupo, reducir la ansiedad inicial y facilitar una actitud de apertura y participación, claves para el aprovechamiento de las siguientes fases del programa.

Finalmente, se establecerá un espacio para resolver las dudas que puedan tener sobre la enfermedad y en el que puedan exteriorizar sus miedos, reduciendo la incertidumbre y el malestar emocional. Como tarea intersesión, se propone una reflexión escrita orientada a favorecer la toma de conciencia sobre el impacto de la ERC en distintas áreas de la vida cotidiana. El paciente deberá responder a la pregunta: *¿Cómo me afecta la ERC a nivel emocional, físico y social?* Esta actividad busca promover la autoexploración y facilitar la expresión emocional.

2. Bloque II: Psicoeducación.

Después de la presentación inicial, el objetivo de este bloque desarrollado a lo largo de dos sesiones es proporcionar información clara y accesible sobre la ERC, los TRS domiciliarios, y la sintomatología psicológica asociada, especialmente la ansiedad y la depresión. Se trabaja desde un enfoque psicoeducativo, utilizando materiales visuales y ejemplos prácticos que permitan a los participantes comprender mejor su experiencia emocional. Se abordan los mitos y creencias erróneas sobre la salud mental con el fin de normalizar las reacciones psicológicas asociadas a la enfermedad crónica.

Durante el transcurso de este bloque se contará con la presencia de un enfermero de la unidad de diálisis ya que ha estado en contacto con muchos pacientes con esta sintomatología y puede ayudar a resolver algunas de las dudas, además de ser una figura importante en el proceso de la enfermedad. Para consolidar lo aprendido, se asigna como tarea intersesión un registro emocional diario, donde los participantes anotarán situaciones relacionadas con su enfermedad, emociones sentidas, pensamientos asociados y síntomas físicos. El formato del registro puede consultarse en el Anexo 7.

3. Bloque III: Control de la Activación.

En este bloque se introducirán dos estrategias de autorregulación fisiológica: la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson.

En primer lugar, se aborda la respiración diafragmática, con el objetivo de que los participantes aprendan a identificar su nivel de activación y adquieran una herramienta

práctica para reducir el malestar físico y emocional. Tras una breve explicación teórica sobre la relación entre activación corporal y ansiedad, se realiza una práctica guiada en grupo y se crea un espacio para compartir las sensaciones experimentadas durante el ejercicio. Posteriormente, se presenta la técnica de relajación muscular progresiva. Se explica el funcionamiento de la respuesta de tensión-relajación y se realiza una práctica grupal, identificando sensaciones corporales antes y después.

Ambas técnicas se trabajarán de forma progresiva, distribuidas a lo largo de toda la intervención. Las tres primeras sesiones estarán orientadas a la explicación teórica, la práctica guiada y la generación de espacios para la reflexión. En las cuatro sesiones posteriores, se destinará un tiempo específico para revisar en grupo la aplicación de las técnicas, resolver dudas o dificultades surgidas durante la práctica individual y reforzar su uso autónomo como herramienta de afrontamiento emocional.

Asimismo, se fomentará la práctica autónoma diaria en el domicilio, mediante la realización de los ejercicios propuestos y el uso de un autorregistro, en el cual los participantes anotarán su nivel de ansiedad antes y después de cada práctica (Anexo 8). Esta continuidad permite reforzar la adquisición de habilidades y asegurar una adecuada asimilación de las técnicas.

4. Bloque IV: Organización y gestión del tiempo.

El objetivo de este bloque, distribuido en dos sesiones, es mejorar la gestión del tiempo y promover la realización de actividades gratificantes y funcionales. Se enseña la técnica de programación de actividades, ayudando a los participantes a identificar rutinas disfuncionales y planificar actividades que generen bienestar emocional. Se trabaja con ejemplos reales de su día a día, adaptando las propuestas al contexto del tratamiento domiciliario.

Cada participante elabora un calendario semanal adaptado a su situación. Durante dos semanas, se les anima a registrar el grado de cumplimiento de las actividades planificadas y el nivel de satisfacción emocional generado por cada una de ellas (Anexo 9).

5. Bloque V: Habilidades sociales y apoyo social.

El objetivo principal de este bloque, llevado a cabo a lo largo de dos sesiones, es potenciar las habilidades sociales básicas para mejorar la comunicación interpersonal y

fortalecer el apoyo social percibido. Se abordan aspectos como la expresión emocional, la asertividad y la petición de ayuda, mediante ejercicios prácticos y *role-playing* en grupo. Se promueve el análisis de experiencias previas de interacción social y se ofrecen herramientas para afrontar situaciones de aislamiento o conflicto relacional. Se invita a los participantes a reflexionar sobre su red de apoyo actual y a aplicar, durante la semana, alguna de las habilidades trabajadas.

6. Bloque VI: Autocuidado y responsabilidad personal.

Este bloque, desarrollado durante dos sesiones, se enfoca en la promoción del autocuidado como componente clave en la adaptación a la enfermedad y al tratamiento. El objetivo es fomentar la conciencia y compromiso con el propio bienestar, entendiendo el autocuidado no solo como cumplimiento médico, sino como una práctica que abarca aspectos físicos, emocionales y relacionales.

Se realizará una exploración guiada de las áreas personales de autocuidado, mediante una dinámica reflexiva grupal (por ejemplo, “rueda del autocuidado”) que permite a los participantes identificar aquellas esferas más desatendidas o que generan malestar. Las áreas abordadas incluyen: alimentación, descanso y sueño, adherencia al tratamiento, gestión del tiempo, ocio, actividad física adaptada, cuidado personal, manejo emocional y relaciones sociales.

A partir de este análisis, se introduce el modelo SMART como estrategia para formular objetivos de mejora que sean específicos, medibles, alcanzables, realistas y definidos en el tiempo. Cada participante elige una o dos áreas prioritarias y formula un objetivo concreto de cambio, que se comprometerá a poner en práctica durante la semana. En caso de que algún objetivo no se haya cumplido, se exploran los obstáculos encontrados y se reformulan las metas si es necesario, promoviendo así una actitud flexible y realista ante el cambio.

7. Bloque VII: Reestructuración cognitiva.

En este bloque, desarrollado a lo largo de dos sesiones, se pretende que los participantes aprendan a identificar pensamientos automáticos negativos vinculados a su enfermedad, tratamiento o autopercepción. A partir del modelo cognitivo de Beck, se introducen los conceptos básicos de la reestructuración cognitiva. Se realizan ejercicios de

identificación de pensamientos y emociones asociadas, a través de situaciones cotidianas que generan malestar. Como tarea, se propone completar un autorregistro en el que se recojan situaciones concretas, emociones asociadas y los pensamientos automáticos detectados (Anexo 10).

Posteriormente, se enseña a cuestionar la validez de los pensamientos limitantes y a sustituirlos por alternativas más adaptativas, promoviendo la autoestima y la autoeficacia. En la tarea intersesión, los participantes seleccionarán uno o dos pensamientos registrados previamente y aplicarán el proceso completo de reestructuración: identificación, cuestionamiento, reformulación y evaluación emocional posterior.

8. Bloque VIII: Cierre y consolidación del programa.

Este último bloque se desarrolla en la sesión final y se dedica al cierre del proceso terapéutico. Se revisan los contenidos abordados, los logros alcanzados y se promueve la elaboración de un plan de acción individual que permita mantener los cambios logrados a largo plazo. Se identifican recursos de apoyo, señales de alerta ante posibles recaídas y estrategias de afrontamiento. Como tarea final, cada participante diseña un plan de mantenimiento personalizado, con objetivos concretos y recursos para su implementación.

5.8. Evaluación post-intervención y seguimiento.

Una vez finalizada la intervención, se inicia la fase de post-evaluación, que incluye una segunda evaluación individual orientada a valorar el grado de consecución de los objetivos terapéuticos establecidos al inicio del programa. Para ello, se administran nuevamente los instrumentos de evaluación utilizados en la fase inicial, con excepción de la entrevista clínica, con el fin de comparar los resultados y analizar los cambios producidos. La descripción detallada de esta evaluación se presenta en el Anexo 11.

Esta etapa también contempla un plan de seguimiento individual a largo plazo, programado a los tres, seis y doce meses tras la finalización de la intervención. El seguimiento tiene como objetivo principal comprobar la estabilidad de los logros terapéuticos, identificar posibles recaídas o dificultades emergentes y ofrecer refuerzos si fuese necesario. Las sesiones de seguimiento podrán realizarse de manera *online*, en modalidad individual, garantizando así un acompañamiento continuo y ajustado a las necesidades de cada participante.

6. Conclusiones

Los resultados de esta revisión no permiten establecer de forma concluyente la superioridad de una modalidad de TRS domiciliario sobre otra en términos de CVRS, ansiedad, depresión y apoyo social. No obstante, la evidencia disponible sugiere que tanto la HDD como la DPA tienden a asociarse con mejores niveles de calidad de vida y bienestar emocional en comparación con la DPCA.

En particular, se observa una tendencia a menores niveles de sintomatología depresiva y mejor percepción del estado de salud en pacientes tratados con HDD y DPA. Asimismo, estas modalidades suelen asociarse con una mayor satisfacción con el tratamiento y una mejor adaptación a la vida cotidiana. Por el contrario, la DPCA parece relacionarse en mayor medida con interferencias en la rutina diaria y un mayor impacto emocional.

En cuanto al apoyo social, los resultados son menos consistentes, sin que pueda establecerse una diferencia clara entre modalidades. Tampoco se identifican patrones concluyentes en los niveles de ansiedad debido a la escasez de datos comparativos.

Las diferencias observadas entre modalidades podrían estar sustancialmente condicionadas por variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Variables como la edad, el nivel educativo, la situación laboral, el tiempo en tratamiento o el grado de autonomía funcional parecen influir en la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes. De forma destacada, factores psicosociales como la satisfacción con el tratamiento, la percepción de carga, las creencias sobre la enfermedad y la percepción de control muestran asociaciones relevantes con la CVRS y la sintomatología depresiva, más allá de la modalidad terapéutica empleada.

Estos hallazgos subrayan la importancia de adoptar un enfoque integral y personalizado en el manejo de los pacientes en TRS domiciliario, incorporando de forma sistemática la evaluación de factores clínicos, sociodemográficos y psicosociales, con el objetivo de optimizar los resultados en salud mental y calidad de vida.

Finalmente, la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados, junto con la disponibilidad limitada de investigaciones comparativas robustas, destaca la necesidad de futuros estudios con diseños longitudinales y mayor control de variables de confusión, que permitan clarificar con mayor precisión el impacto diferencial de cada modalidad de TRS domiciliario.

7. Referencias Bibliográficas

- Alarcón Prada, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 298-320.
- Andreu Pérez, D., Moreno Arroyo, M. C., y Hidalgo Blanco, M. Á. (2016). Situación actual de la hemodiálisis domiciliaria. *Enfermería Nefrológica*, 19(2), 165-169. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000200009>
- Aránega-Gavilán, S., Guillén-Gómez, I., Blanco-García, M., y Crespo-Montero, R. (2022). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 216-227. <https://doi.org/10.37551/52254-28842022022>
- Arroyo, D., Bueno Zamarbide, I., Muñoz Ramos, P., Rodríguez Suárez, E., Ustarroz Alegre, M., Vaca, M., Conejo Gómez, D., San Juan, M. I., y Sánchez Álvarez, E. (2024). El Día Mundial del Riñón: Una oportunidad para visibilizar la salud renal y la Nefrología. *Nefrología*, 44(5), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.05.004>
- Badve, S. V., Hawley, C. M., McDonald, S. P., Mudge, D. W., Rosman, J. B., Brown, F. G., y Johnson, D. W. (2008). Automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis have similar outcomes. *Kidney International*, 73(4), 480-488. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002705>
- Balasubramanian, G., McKitty, K., y Fan, S. L.-S. (2011). Comparing automated peritoneal dialysis with continuous ambulatory peritoneal dialysis: Survival and quality of life differences? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(5), 1702-1708. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq607>
- Barendse, S. M., Speight, J., y Bradley, C. (2005). The Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ): A measure of satisfaction with treatment for chronic kidney failure. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 45(3), 572-579. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2004.11.010>
- Beck, A.T., Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13

- Bennett, P. N., Schatell, D., y Shah, K. D. (2015). Psychosocial aspects in home hemodialysis: A review. *Hemodialysis International*, 19(S1), S128-S134.
<https://doi.org/10.1111/hdi.12258>
- Bonenkamp, A. A., van Eck van der Sluijs, A., Hoekstra, T., Verhaar, M. C., van Ittersum, F. J., Abrahams, A. C., y van Jaarsveld, B. C. (2020). Health-Related Quality of Life in Home Dialysis Patients Compared to In-Center Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Kidney Medicine*, 2(2), 139-154.
<https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.11.005>
- Bro, S., Bjorner, J. B., Tofte-Jensen, P., Klem, S., Almtoft, B., Danielsen, H., Meincke, M., Friedberg, M., y Feldt-Rasmussen, B. (1999). A prospective, randomized multicenter study comparing APD and CAPD treatment. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 19(6), 526-533.
- Cabrales-Arreola, J., Sánchez-Estrada, M., Ojeda-Vallejo, I., Monterubio-Flores, E., y Hernández-Girón, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
- Cabrera, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24, 27-34.
- Canalejo, D., García, Á. y Sánchez, A. (2023). Complicaciones no infecciosas de la diálisis peritoneal. *Anales de Nefrología Pediátrica*, 1(6), 185-190. [chrome-https://analesnefrologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2023/03/An.-nefrol.-pediatr.-2023-16-185-190-1.pdf](https://analesnefrologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2023/03/An.-nefrol.-pediatr.-2023-16-185-190-1.pdf)
- Cantero, P., Cuntín, M. y Faraldo, M.J. (2022). *Sistemas portátiles de hemodiálisis domiciliaria: Detección Temprana de Tecnologías Nuevas y Emergentes en la RedETS*. Ministerio de Sanidad.
<https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/16901/TE2042avalia%20-tHemodialisisDomiciliaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Chen, Y.-C., Chang, L.-C., Liu, C.-Y., Ho, Y.-F., Weng, S.-C., y Tsai, T.-I. (2018). The Roles of Social Support and Health Literacy in Self-Management Among Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(3), 265-275.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12377>
- Churchill, D. N., Torrance, G. W., Taylor, D. W., Barnes, C. C., Ludwin, D., Shimizu, A., y Smith, E. K. (1987). Measurement of quality of life in end-stage renal disease: The time trade-off approach. *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique Et Experimentale*, 10(1), 14-20.
- Cnossen, T. T., Usvyat, L., Kotanko, P., van der Sande, F. M., Kooman, J. P., Carter, M., Leunissen, K. M. L., y Levin, N. W. (2011). Comparison of outcomes on continuous ambulatory peritoneal dialysis versus automated peritoneal dialysis: Results from a USA database. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 31(6), 679-684. <https://doi.org/10.3747/pdi.2010.00004>
- Cohen, S. D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S., y Kimmel, P. L. (2007). Social support and chronic kidney disease: An update. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(4), 335-344. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.04.007>
- Corbett, R. W. (2023). Home dialysis therapies. *Clinical Medicine*, 23(3), 259-261.
<https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-RM4>
- Cortés-Sanabria, L., Paredes-Ceseña, C. A., Herrera-Llamas, R. M., Cruz-Bueno, Y., Soto-Molina, H., Pazarín, L., Cortés, M., y Martínez-Ramírez, H. R. (2013). Comparison of cost-utility between automated peritoneal dialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Archives of Medical Research*, 44(8), 655-661.
<https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2013.10.017>
- Courts, N. F., y Boyette, B. G. (1998). Psychosocial adjustment of males on three types of dialysis. *Clinical nursing research*, 7(1), 47-63.
<https://doi.org/10.1177/105477389800700105>
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M., Spielman, L. A., Peterson, R. A., y Kimmel, P. L. (2008). Anxiety disorders in adults treated by

hemodialysis: A single-center study. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 52(1), 128-136.

<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300>

Culleton, B. F., Walsh, M., Klarenbach, S. W., Mortis, G., Scott-Douglas, N., Quinn, R. R., Tonelli, M., Donnelly, S., Friedrich, M. G., Kumar, A., Mahallati, H., Hemmelgarn, B. R., y Manns, B. J. (2007). Effect of frequent nocturnal hemodialysis vs conventional hemodialysis on left ventricular mass and quality of life: A randomized controlled trial. *JAMA*, 298(11), 1291-1299. <https://doi.org/10.1001/jama.298.11.1291>

Curtin, R. B., Johnson, H. K., y Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: Insights from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(6), 615-624.

Curtin, R. B., Mapes, D., Petillo, M., y Oberley, E. (2002). Long-term dialysis survivors: A transformational experience. *Qualitative Health Research*, 12(5), 609-624.

<https://doi.org/10.1177/104973202129120133>

de Wit, G. A., Merkus, M. P., Krediet, R. T., y de Charro, F. T. (2001). A comparison of quality of life of patients on automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 21(3), 306-312.

Díaz Mederos, E., Trujillo Alemán, R., Santos Treto, Y., Fariñas Peláez, R. A., Martínez López, Y., y Mederos Luis, I. I. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*, 25(3), 399-422.

Driehuis, E., Eshuis, M., Abrahams, A., François, K., y Vernooij, R. W. (2024). Automated peritoneal dialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis for people with kidney failure. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(9), Article CD006515. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006515.pub2>

EuroQol Group (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

- Fong, E., Bargman, J.M. y Chan, C.T. (2007). Cross-sectional comparison of quality of life and illness intrusiveness in patients who are treated with nocturnal home hemodialysis versus peritoneal dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2(6), 1195-1200. <https://doi.org/10.2215/CJN.02260507>
- François, K., y Bargman, J. M. (2014). Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 7, 447-455. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S50527>
- García, F., López, K., De Álvaro, F., Alvarez, U. y Alonso, J. (1998). Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQOL-SF. *Nefrología*, 18(3), 66. <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133>
- García-Arista, A., y Arredondo-Pantaleón, A. de J. (2018). La psiconefrología: Un campo de estudio en desarrollo. *Psicología y Salud*, 28(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2562>
- García-Llana, H., Remor, E., del Peso, G., y Selgas, R. (2014). 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*, 34(5), 637-657. <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>
- García-Maset, R., Bover, J., Segura de la Morena, J., Goicoechea Diezhandino, M., Cebollada del Hoyo, J., Escalada San Martín, J., Fácila Rubio, L., Gamarra Ortiz, J., García-Donaire, J. A., García-Matarín, L., Gràcia Garcia, S., Gutiérrez Pérez, M. I., Hernández Moreno, J., Mazón Ramos, P., Montañés Bermudez, R., Muñoz Torres, M., Pablos-Velasco, P. de, Pérez-Maraver, M., Suárez Fernández, C., ... Górriz, J. L. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 42(3), 233-264. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 395(10225), 709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)

- González, M. B. (2021). Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 31(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2697>
- Greenberg, G. D. y Peterson, R. A. (1994). *Manual for the illness effects questionnaire, professional illness effects questionnaire, illness effects questionnaire/family, treatment effects questionnaire*.
- Griva, K., Chia, J.M.X., Goh, Z.Z.S., Wong, Y.P., Loei, J., Thach, T.Q., Chua, W.B. y Khan, B.A. (2021). Effectiveness of a brief positive skills intervention to improve psychological adjustment in patients with end-stage kidney disease newly initiated on haemodialysis: protocol for a randomised controlled trial (HED-Start). *BMJ open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053588>
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., y Newman, S. (2010). An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital- vs. home-based dialysis modalities. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 363-370. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.008>
- Griva, K., Goh, C. S., Kang, W. C. A., Yu, Z. L., Chan, M. C., Wu, S. Y., Krishnasamy, T., y Foo, M. (2016). Quality of life and emotional distress in patients and burden in caregivers: A comparison between assisted peritoneal dialysis and self-care peritoneal dialysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 25(2), 373-384. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1074-8>
- Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M., y Newman, S. P. (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 14(Pt 1), 17-34. <https://doi.org/10.1348/135910708X292355>
- Guney, I., Solak, Y., Atalay, H., Yazici, R., Altintepe, L., Kara, F., Yeksan, M., y Turk, S. (2010). Comparison of effects of automated peritoneal dialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis on health-related quality of life, sleep quality, and depression. *Hemodialysis International*, 14(4), 515-522. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2010.00465.x>
- Gutiérrez Sánchez, D., Leiva-Santos, J. P., Macías López, M. J., Cuesta Vargas, A. I. (2017). Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5.

Enfermería Nefrológica, 20(3), 259-266. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000300010>

- Guzmán-Carrillo, K.Y., González-Betanzos, F., Rivera-Heredia, M.E., Montes, R., Salazar, M.L. y Aguirre, J.I. (2022). Intervención cognitivo conductual para promover la adhesión al tratamiento médico, recursos psicológicos y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemodiálisis en México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(2), 26-31. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2130_0.pdf
- Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L. M., Graciani, A., de la Cruz, J. J., Santamaría, R., del Pino, M. D., Guallar-Castillón, P., de Álvaro, F., Rodríguez-Artalejo, F., y Banegas, J. R. (2018). Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: Impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología*, 38(6), 606-615. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>
- Hagger, M. S., y Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J., y Carter, W. B. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) Instrument. *Quality of Life Research*, 3(5), 329-338. <https://doi.org/10.1007/BF00451725>
- Heilbronner R. L., Greenberg G. D. y Peterson R. A. (1984). The Treatment Effects Questionnaire.
- Huang, C. W., Wee, P. H., Low, L. L., Koong, Y. L. A., Htay, H., Fan, Q., Foo, W. Y. M., y Seng, J. J. B. (2021). Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 69, 27-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>
- Hudson, W.W. (1987). Generalized contentment scale. In J. Fischer y K. Corcoran (Eds.), *Measures for clinical practice: A sourcebook*. (pp. 165-167). New York: Free Press.
- Iraizoz Barrios, A. M., Brito Sosa, G., Santos Luna, J. A., León García, G., Pérez Rodríguez, J. E., Jaramillo Simbaña, R. M., Falconí Peláez, S. V., Iraizoz Barrios, A. M., Brito Sosa, G., Santos Luna, J. A., León García, G., Pérez Rodríguez, J. E., Jaramillo

- Simbaña, R. M., y Falconí Peláez, S. V. (2022). Detección de factores de riesgo de enfermedad renal crónica en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(2).
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Jhee, J. H., Lee, E., Cha, M.-U., Lee, M., Kim, H., Park, S., Yun, H.-R., Jung, S.-Y., Kee, Y. K., Yoon, C.-Y., Han, S. H., Yoo, T.-H., Kang, S.-W., y Park, J. T. (2017). Prevalence of depression and suicidal ideation increases proportionally with renal function decline, beginning from early stages of chronic kidney disease. *Medicine*, 96(44), e8476. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008476>
- Juergensen, E., Wuerth, D., Finkelstein, S. H., Juergensen, P. H., Bekui, A., y Finkelstein, F. O. (2006). Hemodialysis and peritoneal dialysis: Patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 1(6), 1191-1196. <https://doi.org/10.2215/CJN.01220406>
- Jung, H.-Y., Jang, H. M., Kim, Y. W., Cho, S., Kim, H.-Y., Kim, S.-H., Bang, K., Kim, H. W., Lee, S. Y., Jo, S. K., Lee, J., Choi, J.-Y., Cho, J.-H., Park, S.-H., Kim, C.-D., Kim, Y.-L., y EQLIPS Study Group. (2016). Depressive Symptoms, Patient Satisfaction, and Quality of Life Over Time in Automated and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients: A Prospective Multicenter Propensity-Matched Study. *Medicine*, 95(21), e3795. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003795>
- Kadatane, S. P., Satariano, M., Massey, M., Mongan, K., y Raina, R. (2023). The Role of Inflammation in CKD. *Cells*, 12(12), 1581. <https://doi.org/10.3390/cells12121581>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). *KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Kim, J.-Y., Kim, B., Park, K.-S., Choi, J.-Y., Seo, J.-J., Park, S.-H., Kim, C.-D., y Kim, Y.-L. (2013). Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-

- efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 22(4), 753-758. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0203-x>
- Kiourtidis, K., Nikolaidou, S., Rouka, E., Lange, J., Griva, K., Liakopoulos, V., y Zarogiannis, S. G. (2024). Assessment of the perceptions of health-related quality of life in Greek patients undergoing automated peritoneal dialysis with remote monitoring: A qualitative study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis: Official Peer-Reviewed Journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*, 28(6), 923-930. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.14180>
- Landeta, Ó., y Calvete Zumalde, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y estrés*, 8(2), 173-182.
- Lugo González, I. V., y Pérez Bautista, Y. Y. (2018). Planeación de actividades en pacientes con ERCT: Propuesta de intervención para depresión, ansiedad y calidad de vida. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 50-58.
- Martínez, R. M. M., Gallego, N. M., Cabezas, A. M. S., López, V. E. G., y Montero, R. C. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3). <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>
- Mehrotra, R., Chiu, Y.-W., Kalantar-Zadeh, K., y Vonesh, E. (2009). The outcomes of continuous ambulatory and automated peritoneal dialysis are similar. *Kidney International*, 76(1), 97-107. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.94>
- Michels, W. M., van Dijk, S., Verduijn, M., le Cessie, S., Boeschoten, E. W., Dekker, F. W., Krediet, R. T., y NECOSAD Study Group. (2011). Quality of life in automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 31(2), 138-147. <https://doi.org/10.3747/pdi.2010.00063>

- Mizuno, M., Suzuki, Y., Sakata, F., y Ito, Y. (2016). Which clinical conditions are most suitable for induction of automated peritoneal dialysis? *Renal Replacement Therapy*, 2(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s41100-016-0057-8>
- Mok, M. M. Y., Liu, C. K. M., Lam, M. F., Kwan, L. P. Y., Chan, G. C. W., Ma, M. K. M., Yap, D. Y. H., Chiu, F., Choy, C. B. Y., Tang, S. C. W., y Chan, T. M. (2019). A Longitudinal Study on the Prevalence and Risk Factors for Depression and Anxiety, Quality of Life, and Clinical Outcomes in Incident Peritoneal Dialysis Patients. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 39(1), 74-82. <https://doi.org/10.3747/pdi.2017.00168>
- National Kidney Foundation [NKF] (2022). *Cómo elegir un tratamiento para la insuficiencia renal*. https://www.kidney.org/sites/default/files/11-10-7308_FBG_PatBro_Choosing_SPAN.pdf
- Neumann, D., Lamprecht, J., Robinski, M., Mau, W., y Girndt, M. (2018). Social relationships and their impact on health-related outcomes in peritoneal versus haemodialysis patients: A prospective cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 33(7), 1235-1244. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx361>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Fishbane, S., y Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84(1), 179-191. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., y Ski, C. F. (2017). Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with

Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 992. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00992>

Pérez-Alba, A., Barril-Cuadrado G., Castellano-Cerviño, I, Martín-Reyes, G., Pérez-Melón, C., Slon-Roblero, F., y Bajo-Rubio, M.A. (2015). Hemodiálisis domiciliaria en España. *Nefrología*, 35(1), 1-5.
<https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v35n1/editorial.pdf>

Pérez Balseiro, V. (2014). Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica. *Enfoque conductual del enfermo con I. R. C. (previo a su entrada en programa de HD)*, 624(1), 1-11.

Perez-Gomez, M. V., Bartsch, L.-A., Castillo-Rodriguez, E., Fernandez-Prado, R., Fernandez-Fernandez, B., Martin-Cleary, C., Gracia-Iguacel, C., y Ortiz, A. (2019). Clarifying the concept of chronic kidney disease for non-nephrologists. *Clinical Kidney Journal*, 12(2), 258-261. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfz007>

Quiroga, B., Mahillo, B., Mazuecos, A., Ortiz, A., Comas Farnés, J., Hernández Marrero, D., Trujillo Alemán, S., de Pablos, M. C. S., Rodríguez Arévalo, O. L., Marques Vidas, M., Slon-Roblero, M. F., Artamendi Larrañaga, M., Moina Eguren, I., Valentín Muñoz, M. de la O., Rodríguez Camblor, M., Moreno Alia, I., Bouzas Caamaño, M. E., Blanco Galán, M. A., Deira Lorenzo, J., ... Sánchez Álvarez, E. (2024). Registro Español de Enfermos Renales (REER): Informe del año 2022 y análisis evolutivo. *Nefrología*. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.11.003>

Rabindranath, K. S., Adams, J., Ali, T. Z., MacLeod, A. M., Vale, L., Cody, J., Wallace, S. A., y Daly, C. (2007). Continuous ambulatory peritoneal dialysis versus automated peritoneal dialysis for end-stage renal disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(2), Article CD006515. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006515>

Rodin, G., y Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 143(6), 696-705. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.6.696>

Rodríguez-Delgado, L., Olivares-Collado, E., Pérez-Reyes, M., Crespo-Montero, R., Rodríguez-Delgado, L., Olivares-Collado, E., Pérez-Reyes, M., y Crespo-Montero, R. (2023). Calidad de vida y técnica de diálisis: Comparación entre la diálisis peritoneal y

- la hemodiálisis. Una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 304-314.
<https://doi.org/10.37551/s2254-28842023029>
- Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., y González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
- Ruiz, A. B. R., Madero, E. S., y Montero, R. C. (2018). Estado actual de la utilización de la hemodiálisis domiciliaria: Revisión integrativa. *Enfermería Nefrológica*, 21(1), 63-74.
- Ruiz-García, A., Arranz-Martínez, E., Iturmendi-Martínez, N., Fernández-Vicente, T., Rivera-Tejido, M., y García-Álvarez, J. C. (2023). Tasas de prevalencia de enfermedad renal crónica y su asociación con factores cardiometabólicos y enfermedades cardiovasculares. Estudio SIMETAP-ERC. *Clinica e Investigación en Arteriosclerosis*, 35(2), 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2022.07.002>
- Sacks, C. R., Peterson, R. A., y Kimmel, P. L. (1990). Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 15(1), 31-39. [https://doi.org/10.1016/s0272-6386\(12\)80589-0](https://doi.org/10.1016/s0272-6386(12)80589-0)
- Sala, I., Fernandes, J. P., Dias, B. F., Tavares, J., Carvalho, M. J., Santos, O., y Rodrigues, A. (2023). Health-Related Quality of Life Measures: An Overlook Quality Standard in Dialysis. *Journal of Clinical Nephrology and Renal Care*, 9(2), 91.
<https://doi.org/10.23937/2572-3286/1510091>
- Sánchez González, J. C., Barallat García, M., Torres Paniagua, S., y Gaviro Matamoros, B. (2019). Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: Influencia de los parámetros analíticos y socioclínicos. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 159-167. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200007>
- Snaith, R.P., Baugh, S.J., Clayden, A.D., Husain, A. y Sipple, M.A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: An Instrument Derived from the Hamilton Anxiety Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 141(5), 518-523.
<https://doi.org/10.1192/bjp.141.5.518>

- Sociedad Española de Nefrología [SEN]. (2022). *La enfermedad renal crónica en España 2022*. https://www.seden.org/files/courses/Informe_390a.pdf
- Sociedad Gallega de Nefrología [SGAN]. (2020). *Registro de enfermos renales de Galicia*. <https://www.sergas.es/Doazon-e-Transplantes/Rexistro-de-enfermos-renais-de-Galicia-REXER-Informe-2020>
- Sohn, B. K., Oh, Y. K., Choi, J.-S., Song, J., Lim, A., Lee, J. P., An, J. N., Choi, H.-J., Hwang, J. Y., Jung, H.-Y., Lee, J.-Y., y Lim, C. S. (2018). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Kidney Research and Clinical Practice*, 37(1), 77-84. <https://doi.org/10.23876/j.krcp.2018.37.1.77>
- Sunder, S., Kalra, O. P., Nashine, S., Waghmare, V., y Ruchi, R. (2008). Comparative study of adequacy of dialysis and health-related quality of life in patients on CAPD and APD. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 28(5), 542-544.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M.A. y Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 163-176. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2007/anyes2007a15.pdf>
- Torrance, G. W., Thomas, W. H., y Sackett, D. L. (1972). A utility maximization model for evaluation of health care programs. *Health Services Research*, 7(2), 118-133. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/5044699/>
- Untas, A., Thumma, J., Rascole, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., Fukuhara, S., Akizawa, T., Morgenstern, H., Robinson, B. M., Pisoni, R. L., y Combe, C. (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(1), 142-152. <https://doi.org/10.2215/CJN.02340310>

- Urzúa M, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vallejos Saldarriaga, J. F. y Ortega Reyna, E. Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1683>
- Vallvé, C. L. (2023). Día Mundial del Riñón 2023: “Prepararse para lo inesperado, apoyando a los vulnerables”. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 43(2), 67-68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8998066>
- Walker, R. C., Hanson, C. S., Palmer, S. C., Howard, K., Morton, R. L., Marshall, M. R., y Tong, A. (2015). Patient and Caregiver Perspectives on Home Hemodialysis: A Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 451-463. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.10.020>
- Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. y Gandek B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide* (1ª ed.). The Health Institute. <https://n9.cl/pjre8>
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., y Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238-1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Wong, C. K. H., Chen, J. Y., Fung, S. K. S., Lo, W. K., Lui, S. L., Chan, T. M., Cheng, Y. L., Kong, I., Wan, E. Y. F., y Lam, C. L. K. (2019). Health-related quality of life and health utility of Chinese patients undergoing nocturnal home haemodialysis in comparison with other modes of dialysis. *Nephrology (Carlton)*, 24(6), 630-637. <https://doi.org/10.1111/nep.13429>

- Wright, L.S. y Wilson, L. (2015). Quality of Life and Self-Efficacy in Three Dialysis Modalities: Incenter Hemodialysis, Home Hemodialysis, and Home Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42(5), 463-476. <https://n9.cl/ero7u>
- Yang, F., Griva, K., Lau, T., Vathsala, A., Lee, E., Ng, H. J., Mooppil, N., Foo, M., Newman, S. P., Chia, K. S., y Luo, N. (2015). Health-related quality of life of Asian patients with end-stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(9), 2163-2171. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0964-0>
- Yang, F., Luo, N., Lau, T., Yu, Z. L., Foo, M. W. Y., y Griva, K. (2018). Health-Related Quality of Life in Patients Treated with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Automated Peritoneal Dialysis in Singapore. *Pharmacoeconomics - Open*, 2(2), 203-208. <https://doi.org/10.1007/s41669-017-0046-z>
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación de los estadios de la ERCpág. 6
Tabla 2. Objetivos específicos y técnicas de intervención.pág. 48

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para la revisión sistemática.....pág. 14

Apéndice: Listado de Acrónimos

- BDI-II. *Beck Depression Inventory-II*
- CAS. *Clinical Anxiety Scale*
- CDI. *Cognitive Depression Index*
- CVRS. Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- DP. Diálisis Peritoneal
- DPA. Diálisis Peritoneal Automatizada
- DPCA. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
- ENRICA. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España
- EQ-5D. *Euroqol-EQ-5D index*
- ERC. Enfermedad Renal Crónica
- ERCT. Enfermedad Renal Crónica Terminal
- GCS. *Generalized Contentment Scale*
- HADS. *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- HD. Hemodiálisis
- HDD. Hemodiálisis domiciliaria
- IEQ. *Illness Effects Questionnaire*
- IPQ. *Illness Perceptions Questionnaire*
- IRCT. Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- KDIGO. Kidney Disease Improving Global Outcomes
- KDQoL-SF. *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*
- MSPSS. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*
- NKF. National Kidney Foundation
- pmp. Pacientes por millón de habitantes
- REER. Registro Español de Enfermos Renales
- REXER. Registro de Enfermos Renales de Galicia
- RTSQ. *Renal Treatment Satisfaction Questionnaire*
- SEN. Sociedad Española de Nefrología
- SF-12. *Short Form-12 Health Survey*
- SF-36. *Short Form-36 Health Survey*
- SG. *Standard Gamble*
- SGAN. Sociedad Gallega de Nefrología

TEQ. *Treatment Effects Questionnaire*

TFG. Tasa de Filtrado Glomerular

TRS. Tratamiento Renal Sustitutivo

TTO. *Time Trade-Off assessment*

Tx. Trasplante renal

WOS. Web of Science

Anexos

Anexo 1

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Balasubramanian et al. (2011) Reino Unido	Comparar la calidad de vida y la supervivencia de la técnica en pacientes con ERT tratados con DPA y DPCA durante un seguimiento de 5 años. Diseño longitudinal.	N= 372 DPA: n= 194 Edad: 51,2 ± 14,5 años H: 68%	CVRS: SF-36	LB: DPCA tuvo puntuaciones iniciales significativamente más bajas que DPA en todas las dimensiones ($p < 0,001$). Seguimiento: Tras 1 año tanto DPCA como DPA mejoraron respecto a LB, sin diferencias significativas ($p > 0,05$).
Bro et al. (1999) Dinamarca	Evaluar el impacto de la DPA en comparación con la DPCA en la calidad de vida, los resultados clínicos y los costos del tratamiento en pacientes en DP durante un seguimiento de 6 meses. Diseño longitudinal.	N= 25 DPA: n= 12 Edad: 50,2 ± 4,6 años H: 8 DPCA: n= 13 Edad: 54,2 ± 4,2 años H: 8	CVRS: SF-36	Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: edad, puntuación de Karnofsky, puntuaciones basales de CVRS. No se encontraron diferencias significativas en CVRS en los grupos de DPA ni de DPCA, ni al inicio del estudio ni tras el seguimiento ($p > 0,05$). DPA tuvo más tiempo para trabajo, familia y vida social que DPCA ($p < 0,005$).

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Cortés-Sanabria et al. (2013) México	Evaluar y comparar la CVRS y los índices de costo-utilidad en pacientes en DPA y DPCA durante un seguimiento de 1 año. Diseño longitudinal.	N= 123 DPA: n= 46 Edad: 42 ± 18 años M: 21 (46%) DPCA: n= 77 Edad: 53 ± 16 años M: 42 (54%)	CVRS: - KDQoL-SF -EQ-5D	KDQoL-SF: DPA mostró mejores puntuaciones que DPCA en KDQoL ($\bar{x} = 66$ vs. $\bar{x} = 53$; $p < 0,0001$) en PCS ($\bar{x} = 62$ vs. $\bar{x} = 41$; $p < 0,0001$) y MCS ($\bar{x} = 77$ vs. $\bar{x} = 53$; $p < 0,0001$). EQ-5D: DPA tuvo mayores puntuaciones que DPCA en Índice de Utilidad de la Salud ($\bar{x} = 0,67$ vs. $\bar{x} = 0,51$; $p = 0,04$) y Escala Visual Analógica ($\bar{x} = 0,68$ vs. $\bar{x} = 0,60$; $p = 0,02$), especialmente en Autocuidado y Actividades Habituales.
Courts y Boyette (1998) EE. UU.	Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y ajuste psicosocial en pacientes sometidos a 3 modalidades de diálisis, e identificar la percepción de factores estresantes en aquellos que reciben HDD y HD hospitalaria. Diseño transversal.	N= 15 HDD: n= 5 Edad: 43-53 años H: 5 (100%) HD en centro de diálisis: n= 5 Edad: 45-53 años H: 5 (100%) DP: n= 5 Edad: 43-73 años H: 5 (100%)	Magnitud de la ansiedad resultante de eventos o situaciones específicas: CAS Grado, severidad o magnitud de la depresión no psicótica: GCS	CAS: HDD mostró menor puntuación que DP ($\bar{x} = 10,4$ vs. $\bar{x} = 33,6$; $p < 0,05$). GCS: No hubo diferencias significativas entre HDD y DP ($p > 0,05$).

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
de Wit et al. (2001) Países Bajos	<p>Evaluar la CVRS en pacientes con DPA y compararla con la de los pacientes con DPCA y con una muestra de la población general.</p> <p>Analizar la relación entre los resultados de la evaluación de CVRS y diversas variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>N= 96</p> <p>DPA: n= 37 Edad: 55 ± 13 años H: 49%</p> <p>DPCA: n= 59 Edad: 56 ± 13 años H: 69%</p>	<p>CVRS: -SF-36 -EQ-5D -SG -TTO</p>	<p>SF-36: DPA mostró mayor Función Social que DPCA ($\bar{x} = 79$ vs. $\bar{x} = 65$; $p = 0,03$).</p> <p>EQ-5D: El 69% de DPCA reportó Ansiedad/Depresión vs. 49% en DPA ($p < 0,05$).</p> <p>SG: No hubo diferencias en percepción de salud entre DPCA y DPA ($p > 0,05$).</p> <p>TTO: DPA valoró su salud ligeramente mejor que DPCA, sin diferencias significativas ($p > 0,05$).</p>
Fong et al. (2007) Canadá	<p>Identificar si la HDD se asocia con una mayor CVRS y una menor percepción de intrusión de la enfermedad en comparación con la DP.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>N= 93</p> <p>HDD nocturna: n= 36 Edad: 49 ± 12 años H: 67%</p> <p>DP: n= 57 Edad: 61 ± 13 años H: 55%</p>	<p>CVRS: KDQoL-SF</p> <p>Depresión: BDI-II</p>	<p>Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: comorbilidad, enfermedad renal primaria y tiempo en diálisis.</p> <p>CVRS: DP mostró mayor Apoyo Social que HDD ($\bar{x} = 79,2$ vs. $\bar{x} = 65,7$; $p = 0,027$).</p> <p>BDI-II: Sin diferencias significativas entre HDD y DP en depresión ($p = 0,52$).</p>

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Griva et al. (2010) Reino Unido	Examinar el impacto de las cogniciones sobre la enfermedad y el tratamiento en los pacientes tratados con diferentes TRS e investigar la relación de estas creencias con la depresión. Diseño transversal.	N= 145 HDD convencional: n= 25 Edad: 51,08 ± 12, 11 años H: 14 (56%) HD hospitalaria: n= 52 Edad: 46,85 ± 16,02 años H: 30 (57,5%) DPCA: n= 45 Edad: 53,84 ± 14,58 años H: 12 (26,7%) DPA: n= 23 Edad: 49,17 ± 9,74 años H: 17 (73,9%)	Depresión: BDI-II y CDI	BDI-II: DPCA mostró puntuaciones más altas ($\bar{x} = 15,07$) que DPA ($\bar{x} = 9,65$) y HDD ($\bar{x} = 8,24$) ($p < 0,001$). CDI: DPCA obtuvo mayores puntuaciones ($\bar{x} = 9,20$) que DPA ($\bar{x} = 5,65$) y HDD ($\bar{x} = 5,2$) ($p < 0,01$). Prevalencia BDI y CDI: HDD (8 y 12%), DPCA (48,9 y 44,4%), DPA (26,1 y 21,7%). Otros factores asociados con la Depresión tras los ajustes: gravedad de la enfermedad, percepción de la carga del tratamiento, creencias sobre las consecuencias de la enfermedad, percepción de control sobre la enfermedad.

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Guney et al. (2010) Turquía	Comparar los efectos de la DPA y la DPCA en la CVRS, la calidad del sueño y la depresión en pacientes con ERC. Diseño transversal.	N= 68 DPA: n=20 Edad: 46,7 ± 15,0 años H: 12 DPCA: n= 48 Edad: 53,56 ± 12,40 años H: 25	CVRS: SF-36 Depresión: BDI-II	CVRS: No se encontraron diferencias significativas en ningún dominio entre DPCA y DPA ($p > 0,05$). BDI-II: Sin diferencias significativas en depresión entre DPCA y DPA ($p > 0,05$).
Jung et al. (2016) Corea del Sur	Comparar la CVRS, los síntomas depresivos y la satisfacción con el tratamiento renal entre pacientes que inician DPA y DPCA durante un seguimiento de 12 meses. Diseño longitudinal.	N= 196 DPA: n=92 Edad: 50,45 ± 11,38 años H: 65 (70,7%) DPCA: n= 104 Edad: 53,56 ± 12,40 años H: 57 (54,8%)	CVRS: -KDQoL-SF Depresión: BDI-II	CVRS: LB: DPA mostró mejores puntuaciones que DPCA en los dominios de Síntomas ($p = 0,03$), Situación Laboral ($p < 0,001$), Satisfacción con el Tratamiento ($p = 0,01$), Dolor ($p = 0,03$) y Función Social ($p = 0,04$). Seguimiento: A los 12 meses no hubo diferencias significativas entre DPCA y DPA en ningún dominio ($p > 0,05$). DPCA experimentó mejoras en Síntomas Físicos ($p = 0,02$), percepción del Estado de Salud ($p = 0,03$) y MCS ($p = 0,03$). DPA no mostró mejoras significativas en ningún dominio.

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
				<p>BDI-II: LB: DPA presentó puntuaciones más bajas que DPCA ($\bar{x} = 15,35$ vs. $\bar{x} = 19,03$; $p = 0,02$).</p> <p>Seguimiento: A los 12 meses, las diferencias significativas desaparecieron por la reducción de síntomas depresivos en DPCA ($p = 0,01$).</p> <p>Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: síntomas depresivos, satisfacción con el tratamiento, función renal residual, hemoglobina y albúmina sérica.</p>

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Michels et al. (2011) Países Bajos	Analizar las diferencias en la CVRS de los pacientes que inician DPA o DPCA, con un seguimiento de 3 años. Diseño longitudinal.	N= 550 DPA: n=64 Edad: 52 ± 17,8 años H: 50 (78,1%) DPCA: n= 486 Edad: 53,6 ± 14,2 años H: 315 (64,8%)	CVRS: -KDQoL-SF	LB: DPA tuvo puntuaciones iniciales significativamente más altas que DPCA en Función de Rol Emocional ($p = 0,03$). DPA reportó puntuaciones más bajas que DPCA en Apoyo del Personal de Diálisis ($p = 0,01$). Seguimiento a 1 año: DPA presentó puntuaciones más altas que DPCA en Función Cognitiva ($p = 0,01$), Sueño ($p = 0,01$) y Función Sexual ($p = 0,01$). DPA presentó puntuaciones más bajas que DPCA en Satisfacción del paciente ($p = 0,03$) Seguimiento a 3 años: En DPCA y DPA las diferencias dejaron de ser significativas ($p > 0,05$). Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: edad, sexo, comorbilidad, enfermedad renal primaria, tasa de filtración glomerular, centro de diálisis, nivel educativo.

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Sunder et al. (2008) India	Comparar la CVRS y la adecuación de diálisis en pacientes con ERT sometidos a DPCA y DPA, con un seguimiento de 12 meses. Diseño longitudinal.	N= 18 DPA: n=18 Edad: 63,2 ± 8,4 años H: 11 DPCA: n= 18 Edad: 63,2 ± 8,4 años H: 11	CVRS: SF-36	No se encontraron diferencias significativas en ningún dominio entre DPCA y DPA ($p > 0,05$).
Wong et al. (2019) China	Comparar la CVRS y la utilidad para la salud en pacientes sometidos a HDD, DP, HD hospitalaria y HD en un centro de diálisis comunitario. Diseño transversal.	N= 399 DP: n= 103 Edad: 63,1 ± 12,7 años H: 63 (61,2%) HD hospitalaria: n= 135 Edad: 56,4 ± 12,6 años H: 77 (57%) HDD nocturna: n= 43 Edad: 47,9 ± 8,5 años H: 29 (67,4%) HD comunitaria: n= 118 Edad: 56,8 ± 11,6 años H: 78 (66,1%)	CVRS: SF-12	HDD presentó mejores puntuaciones que DP en Vitalidad ($\bar{x} = 54,9$ vs. $\bar{x} = 42,2$), Función Social ($\bar{x} = 79,9$ vs. $\bar{x} = 60,4$) y Salud General ($\bar{x} = 49$ vs. $\bar{x} = 33,5$) ($p < 0,05$). Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: -PCS: DP ($p < 0,001$), HD comunitaria ($p = 0,001$), hombre ($p < 0,001$), grupo ocupacional ($p = 0,002$), mayor hemoglobina ($p = 0,033$) y menor glucosa ($p = 0,023$). -MCS: Nivel educativo más alto (secundaria y terciaria) ($p = 0,001$).

Anexo 1 (continuación)

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Autores (año), país	Objetivos del estudio	Participantes/Muestra	Instrumentos	Principales resultados
Wright y Wilson (2015) EE. UU.	Describir la CVRS y la autoeficacia de los pacientes en HD hospitalaria en comparación con aquellos que reciben HDD y DP. Diseño transversal.	N= 77 HD hospitalaria: n= 29 Edad: 20-81 años H: 16 (55,17 %) HDD: n= 22 Edad: 20-81 años H: 13 (59,09%) DP: n= 26 Edad: 20-81 años H: 10 (38,46%)	CVRS: KDQoL-SF	No se encontraron diferencias significativas en ningún dominio entre DPCA y DPA ($p > 0,05$).
Yang et al. (2018) Singapur	Comparar la CVRS en pacientes con ERT tratados con DPCA y DPA. Diseño transversal.	N= 266 DPA: n=121 Edad: 57,4 ± 13,6 años H: 55 (45,5%) DPCA: n= 145 Edad: 60,8 ± 11,4 años H: 66 (45,5%)	CVRS: -KDQoL-SF -EQ-5D	KDQoL-SF: DPA obtuvo mejores puntuaciones que DPA en Síntomas relacionados con la diálisis ($\bar{x} = 76$ vs. $\bar{x} = 69,8$; $p < 0,01$). EQ-5D: Sin diferencias significativas entre DPA y DPCA ($p > 0,05$). Otros factores asociados con la CVRS tras los ajustes: edad, albúmina, grado de dependencia de la diálisis, adecuación de la diálisis.

Nota: BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; CAS: *Clinical Anxiety Scale*; CDI: *Cognitive Depression Index*; CVRS: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*; DP: *Diálisis Peritoneal*; DPA: *Diálisis Peritoneal Automatizada*; DPCA: *Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria*;

EQ-5D: *Euroqol-EQ-5D index*; ERT: Enfermedad Renal Terminal; GCS: *Generalized Contentment Scale*; H: Hombres; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HD: Hemodiálisis; HDD: Hemodiálisis domiciliaria; KDQoL-SF: *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*; LB: Línea Base; M: Mujeres; MCS: *Mental Component Score/* Componente de Salud Mental; N: Muestra; PCS: *Physical Component Score/* Componente de Salud Física; SF-12: *Short Form-12 Health Survey*; SF-36: *Short Form-36 Health Survey*; SG: *Standard Gamble*; TRS: Tratamiento Renal Sustitutivo; TTO: *Time Trade Off*; \bar{x} : Media.

Anexo 2

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
<i>Instrumentos que miden CVRS</i>					
EuroQol Group (1990)	<i>EuroQol-EQ-5D index (EQ-5D)</i>	2 partes: • Escala Análoga Visual • Índice EQ-5D (5 dimensiones): Movilidad, Autocuidado, Actividades Habituales, Dolor/ Malestar y Ansiedad/ Depresión	• Escala Análoga Visual: 1 ítem • Índice EQ-5D: 3 ítems por dimensión (total de 15 ítems)	• Escala Análoga Visual: 0-100 (a mayor puntuación, mejor CVRS) • Índice EQ-5D: 0-1 (a mayor puntuación, mejor CVRS)	Cortés-Sanabria et al. (2013); de Wit et al. (2001); Yang et al. (2017)
Hays et al. (1994)	<i>Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQoL-SF)</i>	Parte genérica (SF-36): 8 dimensiones agrupadas en 2 componentes: • Componente Sumario Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General. • Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental.	• Parte genérica: 36 ítems • Parte específica: 43 ítems	0-100 (a mayor puntuación, mejor CVRS)	Cortés-Sanabria et al., 2013; Fong et al., 2007; Jung et al., 2016; Michels et al., 2011; Wright y Wilson., 2015; Yang et al., 2017

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
		<p>Dimensiones de la parte específica (KDQoL):</p> <ul style="list-style-type: none">• Síntomas/Lista de Problemas• Efectos de la Enfermedad Renal• Carga de la Enfermedad Renal• Energía/Fatiga• Situación Laboral• Función Cognitiva• Calidad de la Interacción Social• Función Sexual• Sueño• Apoyo Social• Estímulo del Personal de Diálisis• Satisfacción del Paciente			

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
Ware et al. (1996)	<i>Short Form-12 Health Survey</i> (SF-12)	8 dimensiones agrupadas en 2 componentes: • Componente Sumario Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General • Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental	12 ítems	0-100 (a mayor puntuación, mejor CVRS)	Wong et al., 2019
Ware et al. (1993)	<i>Short Form-36 Health Survey</i> (SF-36)	8 dimensiones agrupadas en 2 componentes: • Componente Sumario Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General. • Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental.	36 ítems	0-100 (a mayor puntuación, mejor CVRS)	Balasubramanian et al., 2011; Bro et al., 1999; de Wit et al., 2001; Guney et al., 2010; Sunder et al., 2008
Churchill et al. (1987)	<i>Time Trade-off assessment</i> (TTO)			0 a 1 (donde 0 representa la muerte y 1 la mejor salud posible)	de Wit et al. (2001)

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
Torrance et al. (1972)	<i>Standard Gamble (SG)</i>			0 a 1 (donde 0 representa la peor salud posible o la muerte y 1 representa una salud perfecta)	de Wit et al. (2001)
<i>Instrumentos que miden Depresión</i>					
Beck et al. (1996)	<i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i>		21 ítems	0-63 <ul style="list-style-type: none"> • 0-13 (mínima depresión) • 14-19 (depresión leve) • 20-28 (depresión moderada) • 29-63 (depresión grave) Para población con ERC: <ul style="list-style-type: none"> • > 15 (depresión clínicamente significativa) 	Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Guney et al., 2010; Jung et al., 2016
Sacks et al. (1990)	<i>Cognitive Depression Index (CDI)</i>		15 ítems cognitivos del BDI	0-45 <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 10 (indica depresión) 	Griva et al., 2010

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
Hudson (1987)	<i>Generalized Contentment Scale (GCS)</i>		25 ítems	0-100 Puntos de corte: • ≤ 30 (no hay problemas de depresión) • > 30 (depresión) • ≥ 50 (la depresión del paciente es suficiente como para considerar el suicidio) • ≥ 70 (depresión severa con posibilidad de comportamiento suicida y que necesita más evaluación)	Courts y Boyette, 1998
<i>Instrumentos que miden Ansiedad</i>					
Snaith et al. (1982)	<i>Clinical Anxiety Scale (CAS)</i>		25 ítems	0-100 Punto de corte: • < 30 (no hay ansiedad clínicamente significativa) • ≥ 30 (alto nivel de ansiedad)	Courts y Boyette, 1998

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
<i>Instrumentos que miden otras variables</i>					
Greenberg y Peterson (1994)	<i>Illness Effects Questionnaire</i> (IEQ)		20 ítems	0-140 • < 56 (interferencia leve de la enfermedad) • $56 \leq x \leq 88$ (interferencia moderada de la enfermedad) • > 88 (interferencia de moderada a extrema de la enfermedad)	Griva et al., 2010
Weinman et al. (1996)	<i>Illness Perceptions Questionnaire</i> (IPQ)	5 subescalas: • Identidad • Cronología • Control • Atribuciones Causales: Casualidad, Atención médica, Hereditario, Comportamiento propio, Otras personas, Gérmenes/virus, Dieta, Estrés, Mente y Contaminación • Consecuencias	• Identidad: 14 ítems • Cronología: 3 ítems • Control: 6 ítems • Atribuciones: causales: 10 ítems • Consecuencias: 7 ítems	• Identidad: si/no (0-14) • Cronología: 1-5 • Control: 1-5 • Atribuciones causales: 1-5 (por cada ítem) • Consecuencias: 1-5 (a mayor puntuación mayor percepción de identidad, cronicidad, control, atribuciones causales y consecuencias percibidas de la enfermedad)	Griva et al., 2010

Anexo 2 (continuación)

Instrumentos de evaluación de los estudios revisados

Autor y año	Instrumento	Dimensiones	Número de ítems	Rango de puntuaciones	Estudios
Heilbronner et al. (1984)	<i>Treatment Effects Questionnaire (TEQ)</i>		20 ítems	0-140 (a mayor puntuación mayor disrupción percibida del tratamiento)	Griva et al., 2010
Barendse et al. (2005)	<i>Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ)</i>		11 ítems	0-6 (a mayor puntuación mayor satisfacción con el Tratamiento)	Jung et al., 2016

Anexo 3

Protocolo de evaluación pre-intervención

Sesión	Objetivos	Tareas con el Terapeuta	Tareas Intersesión
1	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilar datos sociodemográficos, historia de la ERC y características de la modalidad de TRS domiciliario. - Conocer posibles factores estresantes vinculados. - Evaluar características personales y habilidades de afrontamiento. - Evaluar variables del ámbito familiar y apoyo social. - Conocer expectativas respecto a la intervención. - Evaluar CVRS. - Evaluar depresión y ansiedad. - Evaluar apoyo social percibido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica semiestructurada individual: ahondar en historia previa de la enfermedad y tratamiento, el nivel de estrés, habilidades de afrontamiento, características personales y situación en ámbito familiar. - KDQoL-SF (Hays et al., 1994; adaptado al español por García et al., 1998). - HADS (Zigmond y Snaith, 1983; adaptado al español por Terol et al., 2007). - MSPSS (Zimet et al., 1988; adaptado al español por Landeta y Calvete, 2002). 	
2	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de la información recogida. - Presentar objetivos y estructura del programa. - Resolver de dudas. 		

Nota. CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; ERC: Enfermedad Renal Crónica; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; KDQoL-SF: *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*; MSPSS: *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*; TRS: Tratamiento Renal Sustitutivo.

Anexo 4

Entrevista clínica semiestructurada para pacientes en HDD y DP

Nombre del entrevistador:

Fecha:

1. Datos sociodemográficos

Nombre completo:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Nivel educativo:

Ocupación actual:

Con quién vive actualmente:

Residencia:

Número de teléfono:

2. Historia clínica relacionada con la ERC y el TRS domiciliario

1. ¿Cuándo recibió el diagnóstico de la enfermedad?
2. ¿Qué tratamiento ha seguido desde el diagnóstico?
3. ¿Desde cuándo realiza el tratamiento en casa?
4. ¿Cómo describiría su experiencia con el tratamiento en casa?
5. ¿Quién le apoya en la realización del TRS domiciliario?
6. ¿Ha tenido complicaciones o dificultades recientes relacionadas con su tratamiento?
7. ¿Tiene antecedentes de otras patologías físicas/psiquiátricas?

3. Factores estresantes

1. ¿Qué aspectos de su vida cotidiana le generan más preocupación actualmente?
2. ¿Ha habido cambios importantes en su vida desde que comenzó el TRS en casa?
3. Desde que está con el tratamiento en casa, ¿qué factores considera estresantes o suponen un reto para usted?
4. ¿Siente que la enfermedad ha afectado su vida personal, familiar o laboral? ¿De qué manera?
5. Percepción subjetiva de los niveles de estrés.
6. ¿Ha experimentado sentimientos de ansiedad, tristeza o frustración con frecuencia?

4. Rasgos personales y estrategias de afrontamiento

1. ¿Cómo suele reaccionar ante situaciones difíciles o estresantes?
2. ¿Qué cosas le ayudan a sentirse mejor cuando está pasando por un mal momento?
3. ¿Ha buscado o utilizado apoyo psicológico o emocional anteriormente?
4. ¿Cuál es su creencia respecto a la enfermedad y el tratamiento?

5. Entorno familiar y apoyo social

1. ¿Cómo describiría su relación con los miembros de su familia?
2. ¿Siente que cuenta con apoyo suficiente en casa para sobrellevar el tratamiento?
3. ¿Tiene personas con las que puede hablar abiertamente sobre lo que le preocupa?
4. ¿Participa en actividades sociales, comunitarias o grupos de apoyo?

6. Expectativas respecto a la intervención

1. ¿Qué espera de la intervención o acompañamiento que se le propone?
2. ¿Cuáles serían sus principales objetivos o deseos en este proceso?
3. ¿Hay algo que considere especialmente importante que tengamos en cuenta?
4. ¿Está dispuesto a participar activamente en el proceso? ¿Qué necesitaría para sentirse más cómodo/a con ello?

Anexo 5

Hospital Anxiety and Depression Scale

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

1

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

2

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo 6

Protocolo de intervención psicológica

Bloque	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersección
I: Introducción al programa II: Psicoeducación (1)	1	<ul style="list-style-type: none">- Crear un clima de confianza.- Proporcionar información sobre la ERC, el tratamiento y su impacto psicológico.	<ul style="list-style-type: none">- Dinámicas de presentación y expectativas.- Introducción breve a la ERC y su impacto psicológico.- Ronda de preguntas y cierre de sesión.	<ul style="list-style-type: none">- Reflexión escrita: ¿Cómo me afecta la ERC a nivel emocional, físico y social?
II: Psicoeducación (2)	2	<ul style="list-style-type: none">- Comprender la enfermedad y la sintomatología ansiosa/depresiva.	<ul style="list-style-type: none">- Información sobre ERC, TRS y su relación con la salud mental.- Mitos y realidades sobre la ansiedad/depresión.	<ul style="list-style-type: none">- Completar autorregistro de emociones, pensamientos y síntomas diarios durante una semana (Anexo 7).
III: Control de la Activación (1)	3	<ul style="list-style-type: none">- Explicar el concepto de activación fisiológica, su relación con la ansiedad y cómo identificar señales físicas de activación.- Introducir la respiración diafragmática.	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de autorregistro y resolución de dudas.- Entrenamiento en respiración diafragmática.- Práctica guiada en grupo.- Discusión sobre barreras y beneficios.	<ul style="list-style-type: none">- Practicar respiración diafragmática al menos una vez al día.- Registrar sensaciones antes y después del ejercicio a lo largo de la intervención (Anexo 8).

Anexo 6 (continuación)

Protocolo de intervención psicológica

Bloque	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersesión
III: Control de la Activación (2)	4	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la práctica de la respiración diafragmática. - Introducir técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. - Explicación del principio de tensión-relajación y su relación con la percepción corporal del estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro y resolución de dudas. - Práctica breve guiada en grupo de respiración diafragmática. - Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. - Práctica guiada en grupo. - Discusión sobre barreras y beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar audios de relajación diaria. - Practicar relajación muscular progresiva al menos 3 veces a la semana. - Registrar sensaciones antes y después del ejercicio a lo largo de la intervención (Anexo 8). - Se recomienda alternar con la respiración diafragmática según preferencia del paciente.
III: Control de la Activación (3) IV: Organización y gestión del tiempo (1)	5	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la práctica de la relajación muscular progresiva de Jacobson. - Favorecer la estructuración de rutinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro y resolución de dudas. - Práctica breve guiada en grupo de relajación muscular progresiva. - Debate sobre los obstáculos y desafíos en la gestión del tiempo. - Técnica de programación de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificar 3 actividades gratificantes semanales. - Registrar cumplimiento y nivel de estado de ánimo durante dos semanas (Anexo 9).

Anexo 6 (continuación)

Protocolo de intervención psicológica

Bloque	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersesión
III: Control de la Activación (4) IV: Organización y gestión del tiempo (2) V: Habilidades sociales y apoyo social (1)	6	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las técnicas de control de la activación. - Fomentar actividades gratificantes. - Mejorar la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistros y resolución de dudas. - Elaboración de calendario semanal. - Subrayar la importancia de una comunicación efectiva con el personal médico y con el entorno de apoyo cercano. - Explicación de los diferentes estilos de comunicación (asertiva, pasiva, agresiva). 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar completando autorregistros.
III: Control de la Activación (5) V: Habilidades sociales y apoyo social (2) VI: Autocuidado (1)	7	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las técnicas de control de la activación. - Proporcionar pautas para desarrollar un estilo de comunicación asertivo. - Incrementar el apoyo social y promover una comunicación asertiva con el personal médico y con el entorno de apoyo cercano. - Fomentar el autocuidado y la proactividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistros y resolución de dudas. - <i>Role-playing</i>: pedir ayuda, expresar emociones, decir “no” y feedback grupal. - Identificación de áreas vitales descuidadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar completando autorregistros. - Practicar una habilidad social aprendida con familiar/amigo durante la semana.

Anexo 6 (continuación)

Protocolo de intervención psicológica

Bloque	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersesión
III: Control de la Activación (6) VI: Autocuidado (2) VII: Reestructuración cognitiva (1)	8	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las técnicas de control de la activación. - Favorecer el desarrollo de una perspectiva vital positiva. - Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistros y resolución de dudas. - Establecimiento de metas SMART de autocuidado. - Introducción a la reestructuración cognitiva y explicación del modelo ABC. - Identificación de pensamientos automáticos negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar completando autorregistros. - Elegir 1 objetivo de autocuidado e implementarlo durante la semana. - Registrar pensamientos automáticos negativos y emociones asociadas (Anexo 10).
III: Control de la Activación (7) VII: Reestructuración cognitiva (2)	9	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con las técnicas de control de la activación. - Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad. - Promover confianza en la gestión de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistros y resolución de dudas. - Reevaluación cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> - Discusión. - Prueba de realidad y desafío de pensamientos. - Refuerzo de logros personales y estrategias eficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar completando autorregistros. - Elaborar una carta de logros sobre las cosas que he afrontado con éxito.

Anexo 6 (continuación)

Protocolo de intervención psicológica

Bloque	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersesión
VIII: Cierre y consolidación del programa	10	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar cambios y aprendizajes.- Preparar para el seguimiento.	<ul style="list-style-type: none">- Revisión de autorregistros y resolución de dudas.- Revisión de objetivos trabajados.- Compartir aprendizajes personales.- Planificación de pautas de mantenimiento o prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none">- Plan de acción personal: ¿cómo continuar aplicando lo aprendido?

Anexo 11

Protocolo de evaluación post-intervención psicológica

Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersección
1	- Evaluar el grado de consecución de los objetivos terapéuticos.	- Administración de: <ul style="list-style-type: none">- KDQoL-SF (Hays et al., 1994; adaptado al español por García et al., 1998).- HADS (Zigmond y Snaith, 1983; adaptado al español por Terol et al., 2007).- MSPSS (Zimet et al., 1988; adaptado al español por Landeta y Calvete, 2002).- Revisión conjunta de cambios percibidos.	

Nota. HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; KDQoL-SF: Kidney Disease Quality of Life – Short Form; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support.