



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

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

Autora del TFM

**Impacto Psicosocial de la
Hemodiálisis Domiciliaria
en la Enfermedad Renal**

Revisión Sistemática y Propuesta de
Intervención

Paula Probaos Cabeza

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2023 - 2024

Trabajo de 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

Índice.....	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción	6
1.1. Definición de la Enfermedad Renal Crónica.....	6
1.2. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica	7
1.3. Consecuencias de la Enfermedad Renal Crónica	7
1.4. Tipos de Tratamientos Renales Sustitutivos	7
1.5. Justificación del Estudio.....	10
2. Método	11
3. Resultados.....	13
3.1. Características de los Estudios	13
3.2. Calidad de Vida relacionada con la Salud en Hemodiálisis Domiciliaria.....	16
3.3. Presencia de Síntomas Psicológicos en Hemodiálisis Domiciliaria.....	23
3.4. Apoyo Social Percibido en Hemodiálisis Domiciliaria	26
3.5. Percepción de la Experiencia de Enfermedad en Hemodiálisis Domiciliaria	26
3.6. Adaptación Psicosocial a la Enfermedad en Hemodiálisis Domiciliaria.....	29
3.7. Bienestar, Perspectiva y Satisfacción Vital en Hemodiálisis Domiciliaria	29

3.8. Factores Clínicos y Demográficos relacionados con las Variables Psicológicas en Hemodiálisis Domiciliaria	30
4. Discusión	32
5. Propuesta Aplicada. “Home Renal CogniVive”.....	43
5.1. Intervención Psicológica en Hemodiálisis Domiciliaria.....	43
6. Conclusiones	50
Referencias Bibliográficas.....	52
Índice de Tablas	65
Índice de Figuras.....	66
Apéndice: Listado de Acrónimos.....	67
Anexos	69

Resumen

La hemodialisis domiciliaria es una terapia renal sustitutiva que ofrece ventajas para el bienestar de los pacientes, pero son pocos los estudios sobre sus beneficios psicosociales. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la prevalencia de diferentes variables psicológicas, identificando los factores demográficos y clínicos que las determinan, así como establecer comparaciones con otros tratamientos de remplazo de la función renal. Para ello, se realizó una revisión de los artículos publicados que aborden el impacto psicosocial de la hemodiálisis domiciliaria. Esta búsqueda sistemática se llevó a cabo en las bases de datos MEDLINE, Pubmed, Web of Science y Scopus, desde el 10 de septiembre hasta el 27 de octubre de 2023, seleccionando 22 estudios empíricos cuantitativos que conforman esta revisión.

Los resultados indican que la hemodiálisis domiciliaria genera un impacto psicosocial favorable sobre los pacientes, siendo el trasplante renal superior, la hemodiálisis hospitalaria inferior y la diálisis peritoneal similar. Además, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión están influidos por diferentes factores demográficos y clínicos. Finalmente, se recoge una propuesta de intervención cognitivo-conductual, aplicable en pacientes en hemodialisis domiciliaria con trastorno mixto ansioso-depresivo.

Palabras clave: Hemodiálisis domiciliaria, enfermedad renal crónica, calidad de vida relacionada con la salud, tratamiento renal sustitutivo.

Número de palabras del trabajo: 19.998

Abstract

Home hemodialysis is a renal replacement therapy that offers advantages for patients' well-being, but there are few studies on its psychosocial benefits. The aim of this literature review is to know the prevalence of different psychological variables, to identify the demographic and clinical factors that determine them and to establish comparisons with other conventional treatments. For this purpose, a review of the published articles addressing the psychosocial impact of home hemodialysis was carried out. This systematic search was carried out in MEDLINE, Pubmed, Web of Science and Scopus databases, from September 10 to October 27, 2023, including 22 quantitative empirical studies that make up this review.

The results indicate that home hemodialysis generates a favorable psychosocial impact on patients, being renal transplantation superior, in-hospital hemodialysis inferior and peritoneal dialysis similar. In addition, health-related quality of life and depression were found to be influenced by different demographic and clinical factors. Finally, we present a cognitive-behavioral intervention proposal, applicable to home hemodialysis patients with mixed anxious-depressive disorder.

Keywords: Home hemodialysis, chronic kidney disease, health-related quality of life, renal replacement therapy.

Number of words: 19.998

1. Introducción

1.1. Definición de la Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal es definida como una condición médica que incluye un grupo heterogéneo de trastornos que afectan a la estructura y a la función de los riñones. Los cambios que se generan a nivel renal tienen un origen multifactorial que, dependiendo de su gravedad, pueden ocasionar alteraciones sistémicas y disfunción multiorgánica, llegando incluso a provocar la muerte (Cen et al., 2020).

Las guías de práctica clínica publicadas en la *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) por la *National Kidney Foundation* (NKF, 2002) clasifican esta patología atendiendo a criterios de temporalidad, en: Lesión Renal Aguda (LRA), cuando la extensión de la insuficiencia renal es menor o igual a 3 meses y, Enfermedad Renal Crónica (ERC), que se caracteriza por la presencia durante más de 3 meses de una reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG)¹ < 60 ml/ min/ 1,73 m².

Respecto a la estatificación de la ERC, como se presenta en la tabla 1 (Anexo 1), esta se divide en 5 estadios ordenados en función del nivel de gravedad de la enfermedad y basados en la estimación de la TFG, siendo la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) el estadio final de la enfermedad (Concepción-Zavaleta et al., 2015).

¹ Medición del nivel de funcionamiento renal mediante análisis de sangre. Considerando los filtros que contienen los riñones (glomérulos), se mide el volumen de sangre filtrada por minuto, estimando la cantidad de sustancias de desecho que pueden permanecer.

1.2. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica

En la actualidad, la ERC es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, ocasionando 2.4 millones de muertes prematuras anuales (Vallvé, 2023). Un informe reciente, procedente del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA-RENAL), sitúa la tasa de prevalencia de la ERC en un 15,1% en la población general (Gorostidi et al., 2018). Además, Galicia es una de las Comunidades Autónomas con mayor prevalencia, por encima de los 1.400 pacientes por millón de habitantes (pmp) (Sociedad Española de Nefrología [SEN], 2022).

Datos del Registro Español de Enfermos Renales (REER) (Organización Nacional de Trasplantes [ONT], 2021) han encontrado que en la última década se ha producido un incremento de la prevalencia de la ERC en sus estadios más avanzados (30%), estimando una mayor frecuencia en varones que en mujeres (23,1% vs 7,3%), en personas menores de 44 años (4,8%) y mayores de 65 años (37%) dentro de la población general española.

1.3. Consecuencias de la Enfermedad Renal Crónica

La ERC es una de las enfermedades crónicas más limitantes para la autonomía del paciente. Las personas que se encuentran en los estadios 4 y 5, denominados pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), sufren una variedad de síntomas a nivel físico, psicológico, social y laboral, afectando principalmente a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Algunos de estos síntomas son: cansancio, disnea, ansiedad, depresión, náuseas, alteraciones del sueño o estreñimiento. Las repercusiones de la ERCA suponen la necesidad de aplicación de diferentes tipos de Tratamientos Renales Sustitutivos (TRS), siendo los principales la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (Tx/TR) (Gutiérrez et al., 2017).

1.4. Tipos de Tratamientos Renales Sustitutivos

1.4.1. Trasplante Renal

El Tx consiste en un procedimiento quirúrgico en el que se reemplaza el riñón dañado por uno funcional, procedente de un donante compatible. Esta operación tiene una duración aproximada de 3 horas y una estancia hospitalaria de entre 5 y 7 días. Muchos pacientes prefieren el Tx debido sus ventajas, como una mayor probabilidad de supervivencia, un incremento de la autonomía y una mayor Calidad de Vida (CV). Estos beneficios siguen

siendo objeto de evaluación, dado que se ha estimado que la vida media de un riñón trasplantado es inferior a 20 años, sumado al tiempo de espera para realizar la cirugía. Por lo tanto, estos pacientes suelen someterse a otros TRS a lo largo de su vida (NKF, 2022).

1.4.2. Diálisis Peritoneal

La DP constituye un tratamiento domiciliario mediante el cual se eliminan los residuos y el exceso de agua adicional en la sangre, por lo que requiere que el paciente sea entrenado por parte del personal sanitario. El proceso implica la depuración sanguínea dentro del cuerpo, empleando el revestimiento del abdomen como filtro natural (la membrana peritoneal) e introduciendo una solución limpiadora (líquido dializado) a través de un catéter. De esta forma, los líquidos y desechos que antes estaban en la sangre pasan a la solución que los elimina. Posteriormente, se extrae la solución usada y se vuelve a llenar el abdomen con una nueva, repitiendo este proceso varias veces al día. Estos ciclos se denominan intercambios de dializado y requieren entre 30 o 40 minutos cada uno (Vadakedath & Venkataramana, 2017).

La NKF (2022) indica que existen dos tipos de DP:

- Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA): Los intercambios son realizados por el paciente de forma manual. Implica de 4 a 6 intercambios de dializado al día.
- Diálisis peritoneal automatizada (DPA): Los intercambios son realizados por una máquina automática llamada cicladora. Se realiza durante la noche mientras el paciente duerme, con una duración de entre 8 y 12 horas.

1.4.3. Hemodiálisis Hospitalaria

La HD hospitalaria implica la eliminación de desechos y líquidos en la sangre mediante un dispositivo artificial similar al riñón, denominado dializador. Esta terapia se lleva a cabo en los servicios de nefrología del hospital o en un centro de diálisis, donde el personal sanitario se encarga del proceso, siendo realizado habitualmente 2 o 3 veces por semana, con una duración por sesión de entre 3 y 5 horas. El riñón artificial contiene un líquido dializador, sustancia compuesta por una mezcla de concentrado formado por electrolitos y agua purificada calentada. El dializador funciona a modo de filtro, separando la sangre fuera del organismo, de los residuos y excesos, y finalmente la devuelve al torrente sanguíneo limpia (NKF, 2022).

1.4.4. Hemodiálisis Domiciliaria

La HDD permite que el procedimiento de HD hospitalaria sea realizado por el propio paciente en el hogar a través de un sistema portátil (NKF, 2022). Este programa de tratamiento es más personalizado, con sesiones más frecuentes y/o prolongadas, lo que resulta en una reducción de los largos períodos interdiálisis. Para ello, se requiere que el paciente sea instruido en el proceso de terapia y reciba supervisión hospitalaria por parte del servicio de nefrología, con un control periódico presencial cada 1 o 2 meses (Cantero et al., 2022).

Esta requiere los mismos dispositivos que los empleados en los centros médicos. No obstante, es necesario el acondicionamiento en el hogar de un sistema para el tratamiento del agua. Además, el sistema de monitorización permite controlar el ritmo de tratamiento en función de las pautas médicas, notificando al paciente la presencia de riesgos específicos (Cantero et al., 2022). En la tabla 2 (Anexo 2) se presentan algunos de los beneficios e inconvenientes de la HDD.

Según la NKF (2022) existen tres tipos de regímenes de HDD:

- HDD diaria y breve: Implica un mayor número de sesiones de diálisis por semana, en períodos de tiempo más cortos. Generalmente se lleva a cabo 5 o 6 días a la semana, con una duración de 1 a 2 horas y media por sesión.
- HDD nocturna: Requiere la administración del tratamiento en períodos más largos y lentos durante la noche. Normalmente se realiza de 5 a 6 días por semana, con una duración de 6 a 8 horas por sesión.
- HDD convencional: Se realiza habitualmente 3 veces a la semana, con una duración media de 4 horas por sesión, pudiendo llevarse a cabo de día o de noche.

1.4.5. Prevalencia de los Tratamientos Renales Sustitutivos

En nuestro país, el Tx constituye la modalidad de tratamiento más prevalente (54,6%), seguida de la HD (40,4%) y finalmente la DP (5%) (SEN, 2022). El Registro de Enfermos Renales de Galicia (REXER) también indica que la prevalencia es mayor en el Tx (50%), seguida de la HD (43%) y en último lugar la DP (7%). En relación con la HDD, a pesar de sus beneficios, su desarrollo en España es escaso, representando el 0,3% del total de pacientes que se encuentran en diálisis, mientras que, en Galicia, 17 de cada 1.688 (1%) pacientes en HD se encuentran en HDD (Sociedad Gallega de Nefrología [SGAN], 2020).

1.5. Justificación del Estudio

Finalmente, aunque la esfera psicosocial de los pacientes en HDD se ve afectada por las repercusiones propias de la ERC, existe poca investigación reciente que analice el impacto de este TRS sobre diversos aspectos psicosociales de los pacientes dializados en el hogar. El interés de esta revisión bibliográfica radica en fomentar el conocimiento entre pacientes y profesionales sanitarios sobre los posibles beneficios psicosociales asociados a su uso. Para ello, se plantean como objetivos:

- Conocer la prevalencia de diferentes variables psicológicas (nivel de CVRS, síntomas psicológicos -incluyendo depresión y ansiedad-, apoyo social percibido, percepción de la experiencia de enfermedad, adaptación psicosocial y, bienestar, perspectiva y satisfacción vital) en pacientes que reciben HDD;
- Observar si existen diferencias en la prevalencia de las variables psicológicas anteriores en pacientes que reciben HDD en comparación con pacientes que reciben otros tratamientos convencionales (HD hospitalaria, DP y Tx);
- Conocer la prevalencia de las variables psicológicas anteriores en los pacientes que reciben HDD en relación con factores sociodemográficos (género, nivel educativo, etc.) y clínicos (parámetros bioquímicos, duración del tratamiento, etc.);

Cabe destacar que, tras el análisis de la información revisada, se presenta una propuesta de intervención que tiene por objetivo abordar, desde una perspectiva cognitivo-conductual, la sintomatología ansioso-depresiva de los pacientes en HDD.

2. Método

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura empírica publicada en diferentes bases de datos, durante 2 meses, iniciando esta revisión el 10 de septiembre y finalizando el 27 de octubre de 2023. Para ello, se consideraron los criterios de inclusión y de exclusión que se presentan en la tabla 3 (Anexo 3).

La recogida de información se realizó mediante las bases de datos MEDLINE, Pubmed, Web of Science y Scopus. Se llevaron a cabo dos búsquedas en cada una de las fuentes documentales, empleando los descriptores que se presentan a continuación, contenidos en los campos Abstract (AB) o Tittle (TI): [((Home hemodialysis) OR (Home haemodialysis)) AND ((Psych*) OR (Mental health) OR (Anxiety) OR (Depression) OR (Quality of life) OR (Stress) OR (Social support) OR (Coping))]; [((Home hemodialysis) OR (Home haemodialysis)) AND ((Psychological intervention) OR (Cognitive behavioral therapy))]. La estrategia 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).

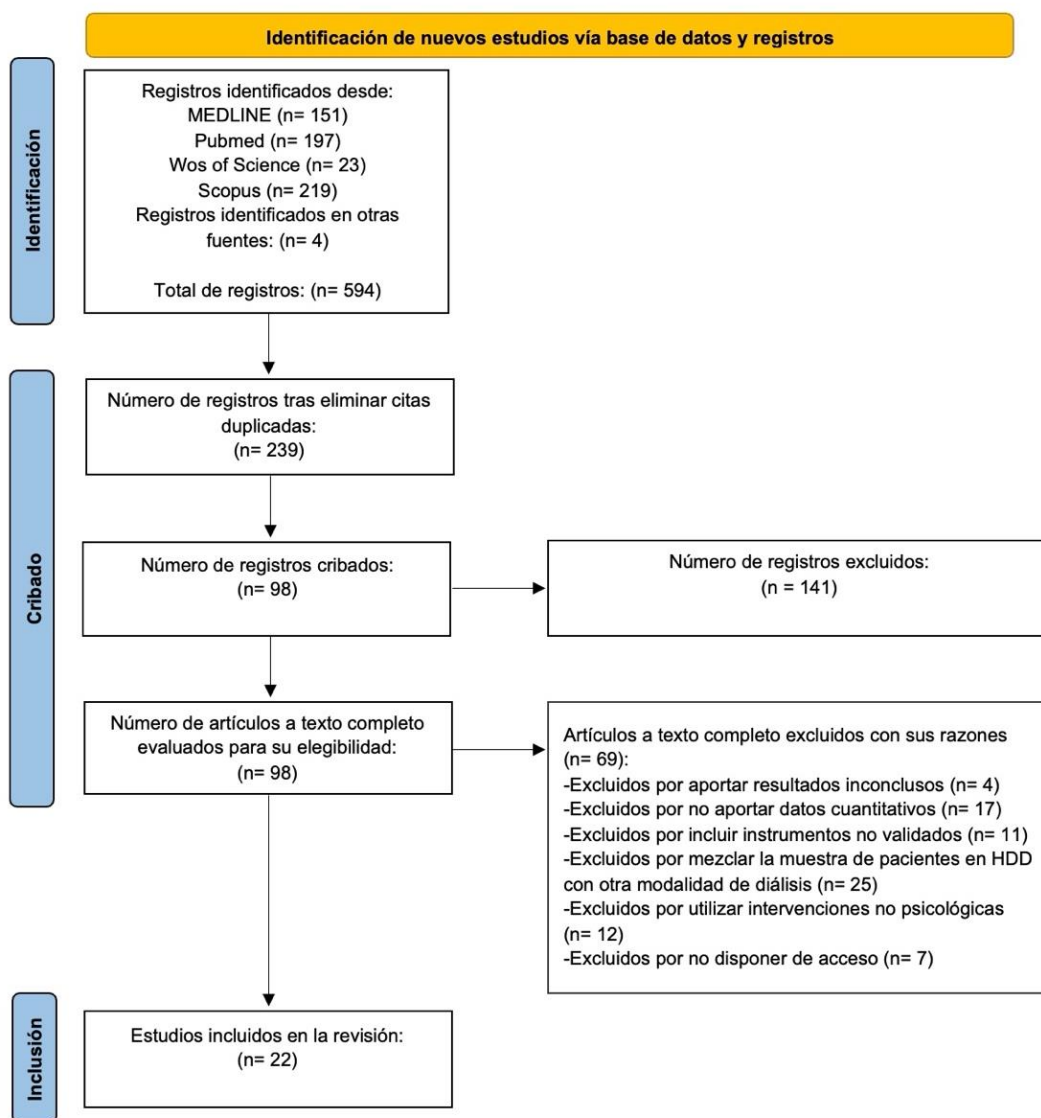
El proceso de sondeo comenzó en MEDLINE, donde el número total de artículos fue de 151. A continuación, se empleó la base de datos de Pubmed, encontrando 197 estudios. En tercer lugar, se utilizó la plataforma de Web of Science, hallando 23 estudios y, finalmente, Scopus, donde se localizaron 219 artículos. Además, fueron identificados 4 estudios en otras 2 fuentes diferentes a las principales. Cabe destacar que no se encontraron artículos en español.

Inicialmente se hallaron 594 artículos en la búsqueda bibliográfica. En una primera fase de cribado, se eliminaron aquellos estudios duplicados, estableciéndose 239 publicaciones. Por otro lado, para la revisión del cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión previamente establecidos, se examinaron los resúmenes incluidos en cada estudio, seleccionando aquellos artículos más adaptados a la temática, obteniendo 98 publicaciones para ser evaluadas a texto completo.

Analizando cada estudio, se excluyeron aquellos artículos que presentaron resultados inconclusos, la aportación de datos no cuantitativos, el empleo de instrumentos de evaluación psicológica no validados y estudios de intervención no psicológica, combinación de muestra de pacientes en HDD con pacientes en otros TRS, así como aquellos artículos de los que no se disponía de acceso completo. Finalmente, 22 publicaciones cumplían todos los criterios, constituyendo los artículos incluidos en esta revisión.

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda 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 este estudio se revisaron un total de 22 artículos, cuyas principales características se presentan en la tabla 4 (Anexo 4).

3.1. Características de los Estudios

Considerando el total de las publicaciones incluidas en esta revisión, 3 estudios emplearon la misma muestra de participantes (Garg et al., 2017; Rocco et al., 2011; Unrut et al., 2013). Por lo tanto, a efectos de la descripción de las características de los estudios, estas 3 publicaciones se consideran como un único estudio, que será identificado con la referencia de Garg et al. (2017).

Cabe destacar que, solo 4 publicaciones (Cardone et al., 2011; Griva et al., 2010; Van Eps et al., 2010; Wong et al., 2019) han estudiado la relación entre las variables psicológicas y diferentes factores demográficos y clínicos de pacientes en HDD. En los 18 artículos restantes, algunos han ajustado estos factores con el objetivo de controlar su posible influencia en los resultados, mientras que otros no han considerado ni el ajuste ni la exploración de estos.

3.1.1. Número de Participantes

En esta revisión se incluyeron 20 estudios (22 artículos) que contenían en su totalidad $n= 11.183$ participantes, siendo la menor muestra de $n= 13$ participantes (Kooistra et al., 1998; Vos et al., 2006) y la mayor de $n= 399$ participantes (Wong et al., 2019). En 14 publicaciones (70%) se empleó una media muestral comprendida entre $n= 13$ y $n= 93$ participantes (Ageborg et al., 2005; Cardone et al., 2011; Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Heidenheim et al., 2003; Jansz et al., 2018; Kooistra et al., 1998; Manns et al., 2009; Painter et al., 2012; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006; Watanabe et al., 2014; Wright & Wilson, 2015). En 6 artículos (30%) se incluyó una muestra comprendida entre $n= 126$ y $n= 399$ participantes (Cafazzo et al., 2009; Finkelstein et al., 2012; Garg et al., 2017; Griva et al., 2010; Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987; Wong et al., 2019).

En 5 estudios, la muestra estaba formada solo por pacientes en HDD (Cardone et al., 2011; Finkelstein et al., 2012; Kooistra et al., 1998; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006), siendo el total de participantes en HDD (diaria corta o frecuente, diaria convencional, nocturna frecuente y nocturna convencional) de n= 873 (7,8%). En los restantes artículos, 15 publicaciones, se incorporaron además pacientes de otras modalidades de TRS, población general o personas relacionadas con los pacientes en HDD con n= 10.310 (92,2%) participantes.

En 14 artículos se incluyeron participantes de otras modalidades de TRS, con una muestra total de n= 1.262 (12,2%) participantes. En 12 estudios se empleó como muestra comparativa a pacientes en HD hospitalaria, en los que englobamos a pacientes que acudían a centros hospitalarios y centros de diálisis (HD diaria frecuente y convencional, HD comunitaria -situadas cerca de áreas residenciales-, HD de autocuidado -los propios pacientes realizan el procedimiento de diálisis-, HD realizada por enfermeras y HD satelital -centros vinculados al hospital pero que funcionan de manera independiente fuera de este-), con un total de n= 908 (72%) participantes (Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009; Courts & Boyette, 1998; Garg et al., 2017; Griva et al., 2010; Heidenheim et al., 2003; Manns et al., 2009; Painter et al., 2012; Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015).

Asimismo, en 6 estudios se incluyeron pacientes en DP (DPCA y DPA), con n= 293 (23,2%) participantes (Courts & Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015), mientras que 2 estudios solo emplearon como muestra comparativa a pacientes en Tx, con n= 61 (4,8%) participantes (Jansz et al., 2018; Painter et al., 2012).

Finalmente, 3 artículos utilizaron otras muestras comparativas diferentes a los TRS, con un total de 9.048 (87,8%) participantes. Painter et al. (2012) emplearon pacientes en lista de espera para Tx (con donantes de riñón vivos y fallecidos), con n= 34 (0,4%) participantes, mientras que Courts (2000) incluyeron a compañeros de pacientes en HDD, con n= 14 (0,2%) participantes. La mayor muestra de participantes perteneció al grupo control de población general, con n= 9.000 (99,4%) participantes (Ageborg et al., 2005).

3.1.2. Edad de los Participantes

Todos los artículos seleccionados tenían como criterio de inclusión que los pacientes fueran adultos (18 años). Únicamente en 6 estudios se indicó el rango de edad de los participantes (Ageborg et al., 2005; Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998; Garg et al., 2017; Heidenheim et al., 2003; Wright & Wilson, 2015), estando comprendidas entre los 22 años (Courts, 2000) y los 81 años (Wright & Wilson, 2015), mientras que, en la mayoría de los estudios, 19 publicaciones, se mostró la media de edad, que en los participantes en HDD oscilaba entre los \bar{x} = 42,6 años (Painter et al., 2012) y \bar{x} = 55,1 años (Manns et al., 2009).

3.1.3. Género de los Participantes

Se observó que, en todos los estudios revisados, las muestras de participantes en HDD estaban formadas mayoritariamente por hombres. De esta forma, el porcentaje de varones incluidos en todos los estudios osciló entre el 56% (Griva et al., 2010) y el 100% (Courts & Boyette, 1998), mientras que el porcentaje de mujeres se situó entre el 0% (Courts & Boyette, 1998) y el 44% (Griva et al., 2010).

3.1.4. País de Procedencia

El país con mayor representación correspondió a EE. UU, con 8 artículos, (Cardone et al., 2011; Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998; Finkelstein et al., 2012; Garg et al., 2017; Heidenheim et al., 2003; Painter et al., 2012; Wright & Wilson, 2015), seguido por Canadá, con 4 estudios (Cafazzo et al., 2009; Fong et al., 2007; Garg et al., 2017; Manns et al., 2009) y Países Bajos, con 3 publicaciones (Jansz et al., 2018; Kooistra et al., 1998; Vos et al., 2006). Otros estudios se realizaron en países como Suecia (Ageborg et al., 2005), Reino Unido (Griva et al., 2010), Israel (Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987), Australia (Van Eps et al., 2010), Japón (Watanabe et al., 2014) y China (Wong et al., 2019).

3.1.5. Diseño de la Investigación

En la mitad de los estudios, 10 publicaciones (50%), el diseño que se empleaba fue de tipo transversal (Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009; Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998; Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015), mientras que en los restantes 10 artículos (50%) se utilizó un diseño longitudinal. En 6 de estos estudios longitudinales se incluyó un seguimiento de 12 meses (Finkelstein et al., 2012; Garg et al., 2017; Jansz et al.,

2018; Manns et al., 2009; Rocco et al., 2011; Unrut et al., 2013) y 3 artículos realizaron un seguimiento de 6 meses (Kooistra et al., 1998; Painter et al., 2012; Van Eps et al., 2010). Además, Cardone et al. (2011) llevaron a cabo un seguimiento a lo largo de 24 meses, Heidenheim et al. (2003) durante 18 meses y Vos et al. (2006) durante 8 meses.

3.2. Calidad de Vida relacionada con la Salud en Hemodiálisis Domiciliaria

Se evaluó la CVRS en 17 estudios, siendo el instrumento más utilizado el *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQoL-SF; Hays et al., 1994), en un total de 8 artículos. En 7 publicaciones se incluyó el *Short Form-36 Health Survey / RAND 36-item Health Survey* (SF-36 / RAND-36; Ware et al., 1993), cuestionario contenido en el KDQoL-SF. La versión reducida del SF-36, el *Short Form-12 Health Survey* (SF-12; Ware et al., 1996), se empleó en 2 estudios (Cafazzo et al., 2009; Wong et al., 2019).

Además, 11 publicaciones utilizaron solo un instrumento (KDQoL-SF, SF-36, RAND-36 o el SF-12), mientras que 6 estudios emplearon más de uno, incluyendo el estudio de Garg et al. (2017) el *Feeling Thermometer* (Weisberg et al., 1979), la *General Health Scale* (Hays et al., 1993) y el *Health Utilities Index* (HUI; Feeny et al., 1995). En el estudio de Heidenheim et al. (2003) se empleó el HUI junto con el SF-36, los *Renal Disease-Specific Quality-of-Life Indicators* (Heidenheim et al., 2003) y la *Time Trade-off assessment* (Torrance et al., 1972).

Asimismo, en 2 estudios se utilizó el KDQoL-SF combinado con el *Euroqol-EQ-5D index* (EQ-5D; EuroQol Group, 1990) (Manns et al., 2009) y la *Assessment of Quality of Life* (AQoL; Hawthorne, et al., 1999) (Van Eps et al., 2010). Kooistra et al. (1998), además de emplear el RAND-36, incluyó el *Nottingham Health Profile -Section 1-* (NHP; Hunt et al., 1981). Cabe destacar que, un estudio (Watanabe et al., 2014) utilizó el KDQoL-SF y SF-36 por separado. Las características de cada uno de estos instrumentos son descritas en la tabla 5 (Anexo 5).

3.2.1. Perfil de Afectación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en Pacientes en Hemodiálisis Domiciliaria

En 6 estudios transversales comparativos, se mostró el perfil de CVRS en pacientes en HDD a través del SF-36, SF-12 y KDQoL-SF (Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009; Fong et al., 2007; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015).

Teniendo en cuenta que las puntuaciones en el KDQoL-SF oscilaron entre 0 y 100, y considerando que, a mayor puntuación, mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS (no existen puntos de corte para este instrumento), los dominios genéricos más preservados a lo largo de 4 estudios (Ageborg et al., 2005; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015) fueron el Rol Emocional, con medias que oscilaron entre $\bar{x}= 71,3$ (Wong et al., 2019) y $\bar{x}= 80$ (Ageborg et al., 2005). Asimismo, 3 de estos estudios (Ageborg et al., 2005; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015) también identificaron que la Función Social se encontraba preservada, con una media de $\bar{x}= 76,6$ (Wright & Wilson, 2015) a $\bar{x}= 90$ (Ageborg et al., 2005), mientras que 2 de estas publicaciones encontraron la Función Física, con una media de $\bar{x}= 82$ (Ageborg et al., 2005) a $\bar{x}= 87,5$ (Watanabe et al., 2014) y el Rol Físico, con una media de $\bar{x}= 80$ (Ageborg et al., 2005) a $\bar{x}= 85,8$ (Watanabe et al., 2014). Además, en 2 estudios (Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015) se halló como una de las dimensiones más conservadas la Salud Mental, con una media de $\bar{x}= 70,4$ a $\bar{x}= 74$, respectivamente.

En relación con las dimensiones específicas más preservadas, en 2 estudios se identificó el Apoyo del Personal de Diálisis, con una media de $\bar{x}= 87,5$ (Wright & Wilson, 2015) a $\bar{x}= 89,2$ (Fong et al., 2007) y la Función Sexual, con una media de $\bar{x}= 81,7$ (Fong et al., 2007) y $\bar{x}= 89,2$ (Wright & Wilson, 2015). Wright y Wilson (2015) y Watanabe et al. (2014) también hallaron preservada la Función Cognitiva, con una media de $\bar{x}= 81,2$ y $\bar{x}= 90,1$, respectivamente. Uno de estos estudios (Watanabe et al., 2014) encontró igualmente, como una de las más preservadas, la Calidad de la Interacción Social, con una media de $\bar{x}= 87,4$ y los Efectos de la Enfermedad Renal, con una media de $\bar{x}= 86$, mientras que Fong et al. (2007) hallaron la dimensión de Síntomas/Listado de Problemas, con una media de $\bar{x}= 76,3$.

En cuanto a las dimensiones genéricas más dañadas, 4 estudios (Ageborg et al., 2005; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015) encontraron como una de las más afectadas la Salud General, con una media de $\bar{x}= 49$ (Wong et al., 2019) a $\bar{x}= 57,7$ (Watanabe et al., 2014) y la Vitalidad, con una media de $\bar{x}= 52,5$ (Wright & Wilson, 2015) a $\bar{x}= 63,8$ (Watanabe et al., 2014). Además, en 2 de estas publicaciones, se halló la dimensión de Dolor Corporal, con una media de $\bar{x}= 60,4$ (Wong et al., 2019) a $\bar{x}= 62$ (Ageborg et al., 2005). Wright y Wilson (2015) también identificaron el Rol Físico, con una media de $\bar{x}= 50$ y Watanabe et al. (2014) la Salud Mental, con una media de $\bar{x}= 77,4$.

Con respecto a las dimensiones específicas más deterioradas, 3 estudios (Fong et al., 2007; Watanabe et al., 2014; Wright & Wilson, 2015) encontraron que fue la Carga de la Enfermedad Renal, con una media de $\bar{x}= 37$ (Fong et al., 2007) a $\bar{x}= 48,8$ (Wright & Wilson, 2015), el Sueño, con una media de $\bar{x}= 52,8$ (Fong et al., 2007) a $\bar{x}= 66,6$ (Watanabe et al., 2014) y la Situación Laboral, con una media de $\bar{x}= 48,6$ (Fong et al., 2007) a $\bar{x}= 78,7$ (Watanabe et al., 2014).

Cabe destacar que, los Componentes Sumario Físico y Mental del SF-36, se hallaron deteriorados en 5 estudios (Cafazzo et al., 2009; Fong et al., 2007; Watanabe et al., 2014; Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015). Sin embargo, el Componente Sumario Mental, con una media de $\bar{x}= 47,3$ (Cafazzo et al., 2009) a $\bar{x}= 61,6$ (Fong et al., 2007), se encontró menos afectado que el Componente Sumario Físico, con una media de $\bar{x}= 40,4$ (Wright & Wilson, 2015) a $\bar{x}=55$ (Fong et al., 2007).

En 3 estudios (Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009; Watanabe et al., 2014), se comparó la CVRS entre pacientes en HDD con los de HD hospitalaria. En primer lugar, Watanabe et al. (2014) encontraron que la mayoría de los dominios genéricos (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental), el Componente Sumario Físico y la Escala de Rol-Componente Social fueron significativamente superiores ($p < 0,05$) en los pacientes en HDD en comparación con los de HD hospitalaria.

En el estudio de Ageborg et al. (2005), los pacientes en HDD mostraron una Función Social similar a la población general, con una media de $\bar{x}= 90$. Además, se hallaron diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de la HDD en la Función Física, Rol Físico, Rol Emocional y Función Social al compararse con la HD hospitalaria. Cafazzo et al. (2009) también observaron que los pacientes en HDD mostraron un Componente Sumario Físico significativamente superior ($p < 0,001$). En estos 3 estudios, los pacientes en HDD obtuvieron puntuaciones numéricamente más elevadas en la mayoría de las dimensiones y componentes en comparación con los de HD hospitalaria.

En 2 estudios (Wong et al., 2019; Wright & Wilson, 2015) se comparó la HDD, HD hospitalaria y DP. En primer lugar, Wong et al. (2019) identificaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la mayoría de los dominios (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Rol Emocional, Función Social y Vitalidad) y en el Componente Sumario Físico,

obteniendo que los pacientes en HD hospitalaria (en centro médico) mostraron la peor CVRS en comparación con los restantes TRS.

Respecto a la HDD, esta presentó resultados significativamente superiores ($p < 0,05$) en los dominios de Vitalidad y Función Social en comparación con la DP y la HD hospitalaria (en centro médico). Además, la HDD y la HD hospitalaria (comunitaria/situadas cerca de áreas residenciales) fueron estadísticamente superiores ($p < 0,05$) en Salud General en comparación con la DP y HD hospitalaria (en centro médico). Cabe destacar que la HDD, DP y HD hospitalaria (comunitaria) se mostraron significativamente superiores ($p < 0,05$) en Función Física y Componente Sumario Físico en comparación con la HD hospitalaria (en centro médico).

En este estudio, los pacientes en HD hospitalaria (comunitaria) obtuvieron las puntuaciones numéricas más altas, seguidos por la HDD, DP y HD hospitalaria (en centro médico). Por el contrario, Wright y Wilson (2015) no hallaron ninguna diferencia significativa ($p > 0,05$) entre las 8 dimensiones genéricas (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental) y los Componentes Sumario Físico y Mental, siendo las puntuaciones numéricamente similares entre la HDD y DP e inferiores en HD hospitalaria.

En un solo estudio (Fong et al., 2007) se comparó la HDD con la DP, no observando diferencias significativas ($p > 0,05$) y siendo las puntuaciones numéricamente similares en los Componentes Sumario Físico y Mental entre ambos TRS.

Respecto a los dominios específicos, Watanabe et al. (2014) hallaron resultados significativamente superiores para la HDD en Síntomas/Listado de Problemas ($p < 0,05$), Efectos de la Enfermedad Renal ($p < 0,01$) y Situación Laboral ($p < 0,001$) al ser comparada con la HD hospitalaria. Fong et al. (2007) encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en Función Sexual en los pacientes en HDD y en Apoyo Social en los pacientes en DP. Sin embargo, Wright y Wilson (2015) no observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en ninguna de las dimensiones al comparar la HDD, HD hospitalaria y DP, si bien, los pacientes en HDD mostraron puntuaciones numéricamente similares a la DP, siendo las de HD hospitalaria las más bajas.

3.2.2. Cambios en el Tiempo en la Calidad de Vida relacionada con la Salud en Pacientes en Hemodiálisis Domiciliaria

Los cambios en la CVRS de los pacientes en HDD fueron evaluados en 5 estudios longitudinales (Cardone et al., 2011; Finkelstein et al., 2012; Kooistra et al., 1998; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006), mediante el SF-36/ RAND-36 y KDQoL-SF.

Respecto a las dimensiones genéricas, en el estudio de Finkelstein et al. (2012), los pacientes en HDD que completaron el estudio a lo largo de 12 meses, presentaron una evolución favorable y significativa ($p < 0,05$) en los Componentes Sumario Físico y Mental y en todos los dominios genéricos, salvo en Rol Emocional ($p > 0,05$), mientras que aquellos que no habían completado el estudio mejoraron significativamente en los 8 dominios. Cardone et al. (2011) observaron que la CVRS mejoró de forma significativa ($p < 0,05$) a lo largo de 2 años, obteniendo una puntuación media total de $\bar{x} = 66$ en el SF-36.

En 2 estudios (Kooistra et al., 1998; Van Eps et al., 2010) se observó un cambio positivo y significativo ($p < 0,05$; $p < 0,01$) en la Función Física a lo largo de 5 meses y medio y 6 meses, respectivamente. Kooistra et al. (1998) también hallaron una mejora significativa ($p < 0,05$) en el dominio de Salud Mental, mientras que Van Eps et al. (2010) obtuvieron una evolución positiva y significativa ($p < 0,05$) en Salud General, Rol Físico y Vitalidad. En el estudio de Vos et al. (2006), se obtuvo una mejora significativa ($p < 0,05$) en la percepción de la Salud General en los pacientes en HDD en la modalidad diaria corta a los 6 meses. Sin embargo, en esta publicación, al comparar el cambio de modalidad de HDD diaria corta a HDD diaria convencional, se halló un empeoramiento significativo ($p < 0,05$) en el Rol Físico, Salud General y Vitalidad a los 2 meses.

En cuanto a los dominios específicos, Van Eps et al. (2010) identificaron mejoras significativas en Carga de la Enfermedad Renal ($p < 0,05$), Cambio en la Salud en el Último Año ($p < 0,05$) y Estado de Salud General ($p < 0,001$) a los 6 meses, mientras que Vos et al. (2006) obtuvieron, en los pacientes en HDD diaria corta, un cambio significativo positivo ($p < 0,05$) en Salud Física y Satisfacción del Paciente a los 6 meses.

En 2 de los estudios citados (Van Eps et al., 2010; Kooistra et al., 1998) se evaluaron los cambios en la CVRS mediante diferentes instrumentos. En primer lugar, Van Eps et al. (2010) también emplean el cuestionario AQoL, hallando una evolución favorable de la CV a lo largo de 6 meses, aunque no significativa ($p > 0,05$). Esto se observó en una tendencia

numérica a la mejora en el Índice de Utilidad para la Salud General ($\bar{x}= 0,73$) y el Funcionamiento Físico ($\bar{x}= 0,06$), siendo el rango de puntuaciones del AQoL de 0 a 1 y considerando que, valores más altos indican mayor preservación de las escalas que evalúan la CVRS (no existen puntos de corte para este instrumento).

Kooistra et al. (1998), mediante el NHP, obtuvieron un cambio positivo en la CV, con una mejora significativa ($p < 0,05$) en la Energía ($\bar{x}= 18,1$) a lo largo de 5 meses y medio. Además, informaron de una mejora numérica en Dolor ($\bar{x}= 7,2$), Insomnio ($\bar{x}= 16,9$), Reactividad Emocional ($\bar{x}= 13,1$), Movilidad Física ($\bar{x}= 16,2$) y una tendencia a empeorar en Aislamiento Social ($\bar{x}= 17,1$), siendo el rango de puntuaciones del NHP de 0 a 100 y considerando que, valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS (no existen puntos de corte para este instrumento).

Por otro lado, en 5 estudios longitudinales comparativos, se evaluaron los cambios en la CVRS de los pacientes en HDD mediante el SF-36/ RAND-36 y KDQoL-SF (Heidenheim et al., 2003; Jansz et al., 2018; Manns et al., 2009; Painter et al., 2012; Unrut et al., 2013).

En 3 estudios (Heidenheim et al., 2003; Manns et al., 2009; Unrut et al., 2013) se comparó el cambio en la CVRS en pacientes en HDD con los de HD hospitalaria. Respecto a los dominios genéricos, Manns et al. (2009) encontraron diferencias significativas en Salud General ($p < 0,01$), a favor de la HDD, al ser comparada con la HD hospitalaria a los 6 meses. Heidenheim et al. (2003) observaron que los pacientes en HDD (diaria corta) mostraron una evolución positiva y significativa ($p < 0,05$) en el Componente Sumario Mental, con una mejora numérica en el Componente Sumario Físico a los 18 meses. Cuando se comparó con la HD hospitalaria, no se identificaron diferencias ($p > 0,05$) en ambos Componentes Sumario pero los pacientes en HDD (diaria corta y nocturna frecuente) mostraron mejores puntuaciones.

En contraposición, Unrut et al. (2013) no encontraron cambios significativos ($p > 0,05$) en ninguno de los dominios en los pacientes en HDD nocturna frecuente y nocturna convencional a lo largo de 1 año, aunque se observó un patrón de mejoría principalmente en la HDD nocturna frecuente. No obstante, los pacientes en HD hospitalaria diaria frecuente también presentaron este patrón, con mejoras significativas en Vitalidad ($p < 0,01$), Salud Mental ($p < 0,05$) y el Componente Sumario Mental ($p < 0,01$).

En un estudio (Painter et al., 2012) se comparó el cambio en la CVRS en pacientes en HDD, HD hospitalaria y Tx. Los pacientes en HDD mostraron un cambio positivo y significativo ($p > 0,05$) en la Función Física y el Componente Sumario Físico a los 6 meses. Sin embargo, no se observaron diferencias ($p > 0,05$) entre los TRS, aunque las puntuaciones fueron numéricamente más elevadas en Tx y más bajas en HD hospitalaria. Además, en un solo estudio (Jansz et al., 2018) se comparó el cambio en la CVRS en pacientes en HDD y Tx, no encontrando diferencias significativas ($p > 0,05$) en los Componentes Sumario Físico y Mental en ambos TRS al cabo de 1 año, aunque las puntuaciones fueron ligeramente superiores en el Componente Sumario Físico en los pacientes en Tx.

En cuanto a los dominios específicos, cuando se comparó la HDD y la HD hospitalaria, Manns et al. (2009), observaron diferencias significativas en la Carga de la Enfermedad Renal ($p < 0,01$) y Efectos de la Enfermedad Renal ($p < 0,01$), ambos a favor de la HDD a los 6 meses. Cuando este estudio realizó un seguimiento extendido (superior a 6 meses), la CVRS permaneció estable en la HDD, mostrando solo una disminución significativa ($p < 0,05$) de la Carga de la Enfermedad Renal.

Painter et al. (2012) observaron en los pacientes de HDD un cambio positivo y significativo ($p < 0,05$) en los Efectos de la Enfermedad Renal a los 6 meses. Al comparar la HDD, HD hospitalaria y Tx, las puntuaciones fueron numéricamente superiores en Tx en comparación con los demás TRS, encontrando diferencias significativas a favor del Tx en Síntomas/Listado de Problemas ($p < 0,01$), Efectos de la Enfermedad Renal ($p < 0,001$) y Carga de la Enfermedad Renal ($p < 0,001$). Además, las puntuaciones fueron numéricamente inferiores en la mayoría de los dominios para la HD hospitalaria, salvo en Carga de la Enfermedad Renal, siendo superiores a las de HDD. Cuando Jansz et al. (2018) compararon la HDD y el Tx a lo largo de 1 año, observaron diferencias significativas en Efectos de la Enfermedad Renal ($p < 0,05$) a favor del Tx, siendo las puntuaciones de los dominios numéricamente superiores a los de HDD.

Respecto a otros instrumentos empleados, Heidenheim et al. (2003) también evaluaron el cambio en la CVRS mediante los *Renal Disease-Specific Quality-of-Life Indicators*. Los pacientes en HDD (diaria corta y nocturna frecuente) mostraron una disminución significativa ($p < 0,05$) en el número de síntomas producidos por las sesiones de diálisis y la ERC, así como un menor tiempo de recuperación de las sesiones a lo largo de 18 meses. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos ($p > 0,05$) para la HD

hospitalaria. En este estudio, mediante la *Time Trade-off assessment*, los pacientes en HDD (diaria corta y nocturna frecuente) mostraron cambios positivos y diferencias significativas ($p < 0,05$) con la HD hospitalaria.

Garg et al. (2017), mediante el *Feeling Thermometer* y la *General Health Scale*, encontraron que los pacientes en HDD nocturna frecuente y HD hospitalaria frecuente manifestaron cambios positivos y significativos ($p < 0,05$) en la CVRS a los 12 meses. Sin embargo, no se produjo una mejoría ($p > 0,05$) en la HDD nocturna convencional y HD hospitalaria convencional.

En 2 de los estudios citados (Garg et al., 2017; Heidenheim et al., 2003), que emplearon el HUI, no se observaron cambios significativos ($p > 0,05$) en la HDD, ni diferencias entre la HDD y HD hospitalaria a lo largo de 12 y 18 meses, respectivamente. Sin embargo, Heidenheim et al. (2003) indicaron una pérdida significativa ($p < 0,05$) de la Utilidad para la Salud en la HD hospitalaria al 3° mes.

Por último, Manns et al. (2009) también emplearon el EQ-5D, obteniendo que la Escala Visual Analógica y el Índice EQ-5D tampoco reflejaron cambios significativos en la HDD y HD hospitalaria, ni diferencias ($p > 0,05$) entre ambos TRS, a los 6 meses. Sin embargo, la Escala Visual Analógica mostró un cambio positivo y significativo ($p < 0,05$) en la HDD y negativo en la HD hospitalaria, cuando se consideraba desde la fase de prealeatorización del estudio (los pacientes no sabían a qué modalidad de diálisis se les iba a asignar, si a HDD o a HD hospitalaria) hasta los 6 meses. Además, no se observaron cambios significativos ($p > 0,05$) en ambos TRS en el seguimiento extendido (superior a los 6 meses).

3.3. Presencia de Síntomas Psicológicos en Hemodiálisis Domiciliaria

En un estudio (Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987) se comparó la presencia de síntomas psicológicos en pacientes en HDD y HD hospitalaria, mediante el *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975). Se encontró que los pacientes en HDD percibieron una baja gravedad de los síntomas psicológicos -Índice de Síntomas Generales- ($\bar{x}= 0,56$), con mayor presencia de Somatización ($\bar{x}= 0,92$) y menores en Hostilidad ($\bar{x}= 0,64$), Sensibilidad Interpersonal ($\bar{x}= 0,59$), Ansiedad ($\bar{x}= 0,56$), Depresión ($\bar{x}= 0,55$), Obsesiones-Compulsiones ($\bar{x}= 0,52$), Ideación Paranoide ($\bar{x}= 0,45$), Psicoticismo ($\bar{x}= 0,30$) y Ansiedad Fóbica ($\bar{x}= 0,27$), siendo el rango de puntuaciones del BSI de 0 a 2,66 y considerando que, a mayor puntuación, mayor presencia de síntomas psicológicos (no existen puntos de corte para este instrumento).

Los pacientes en HDD manifestaron un menor malestar psicológico en todas las escalas en comparación con los pacientes en HD hospitalaria, con diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de la HDD en Somatización, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica y en el Índice de Síntomas Generales.

3.3.1. Prevalencia de la Depresión en Hemodiálisis Domiciliaria

Un solo estudio transversal (Courts, 2000) empleó la *Generalized Contentment Scale* (GCS; Hudson, 1987), hallando que los pacientes en HDD manifestaron niveles bajos de gravedad de los síntomas depresivos, con una puntuación media de $\bar{x}= 20$ (considerando que el punto de corte de la GCS es 30). En 2 estudios transversales (Courts & Boyette, 1998; Griva et al., 2010) se compararon los niveles de depresión en pacientes en HDD, HD hospitalaria y DP, mientras que otro estudio (Fong et al., 2007) comparó solo a pacientes en HDD y DP. En primer lugar, Courts y Boyette (1998), mediante la GCS, observaron que los pacientes en HDD también manifestaron bajos niveles de gravedad de depresión, con una media de $\bar{x}= 20,4$, no encontrando diferencias significativas ($p > 0,05$) entre la HDD, HD hospitalaria y DP, con medias de $\bar{x}= 41,2$ y $\bar{x}= 25,6$, respectivamente.

Griva et al. (2010) y Fong et al. (2007), mediante el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996), encontraron que los pacientes en HDD reflejaron bajos niveles de sintomatología depresiva, con medias de $\bar{x}= 8,24$ a $\bar{x}= 11$, respectivamente, atendiendo a que las puntuaciones de 0 a 13 en el BDI-II indican “depresión mínima”. Además, Fong et al. (2007) no obtuvieron diferencias significativas ($p > 0,05$) al comparar la HDD con la DP. Griva et al. (2010) mediante el *Cognitive Depression Index* (CDI; escala de 15 ítems cognitivos seleccionados del BDI-II) observaron que estos pacientes manifestaron una baja presencia de síntomas depresivos de tipo cognitivo, con una media de $\bar{x}= 5,2$, considerando que el punto de corte es 10. También, Griva et al. (2010), observaron que las tasas de prevalencia más bajas fueron en HDD, con un 8% y 12%, seguidas de la DPA, con un 26,1% y 21,7%, HD hospitalaria, con un 42,3% y 30,8% y DPCA, con un 48,9% y 44,4% en el BDI-II y CDI, respectivamente. Solo se encontraron diferencias significativas en la DPCA ($p < 0,001$; $p < 0,01$), siendo las puntuaciones significativamente mayores en comparación con la HDD y DPA.

En 2 estudios longitudinales (Rocco et al., 2011; Unrut et al., 2013) se compararon los niveles de depresión a lo largo del tiempo en pacientes en HDD y HD hospitalaria mediante

el BDI-II, mientras que Unrut et al. (2013) también emplearon el CDI. Ninguno de los estudios mostró cambios significativos ($p > 0,05$) en la HDD, pero si una pequeña reducción de los síntomas en los pacientes en HDD frecuente, pasando de una media de $\bar{x}= 11,8$ a $\bar{x}= 9,7$ (Rocco et al., 2011) y de $\bar{x}= 11,2$ a $\bar{x}= 9,7$ (Unrut et al., 2013) a lo largo de 1 año. Unrut et al. (2013) tampoco observaron cambios significativos ($p > 0,05$) en la HDD mediante el CDI, con una puntuación media que se mantuvo relativamente estable en el tiempo, de $\bar{x}=6,5$ a $\bar{x}= 5,3$. Además, los estudios no encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre ambos TRS. Cabe destacar que Unrut et al. (2013) indicaron que las tasas de prevalencia de síntomas depresivos en pacientes en HDD frecuente y convencional fueron del 17,9% y 18,4%, mientras que en HD hospitalaria frecuente y convencional fueron del 17,5% y 27%, respectivamente.

3.3.2. Prevalencia de la Ansiedad en Hemodiálisis Domiciliaria

En un estudio transversal (Courts, 2000), se evaluó la ansiedad mediante el *State-Trait Anxiety Inventory for Adults* (STAI; Spielberger et al., 1970). Se encontró que los pacientes en HDD mostraron bajos niveles en la escala Ansiedad-Estado, con una media de $\bar{x}= 37,6$ y en la escala Ansiedad-Rasgo, con una media de $\bar{x}= 37,4$, siendo el rango de puntuaciones para cada escala del STAI de 0 a 60 y considerando que, a mayor puntuación, mayor presencia de síntomas ansiosos (no existen puntos de corte para este instrumento). Asimismo, mediante la *Clinical Anxiety Scale* (CAS; Snaith, et al., 1982), este estudio también observó bajos niveles de ansiedad, con una media de $\bar{x}= 15$, teniendo en cuenta que el punto de corte de la CAS es 30.

En 2 estudios transversales (Cafazzo et al., 2009; Courts & Boyette, 1998) se compararon los niveles de ansiedad en pacientes en HDD y HD hospitalaria, incluyendo el segundo estudio a pacientes en DP. Cafazzo et al. (2009), mediante el STAI, observaron bajos niveles de ansiedad en los pacientes en HDD, con una media de $\bar{x}= 38,15$ en la escala Ansiedad-Estado y de $\bar{x}= 37,93$ para Ansiedad-Rasgo, mientras que los pacientes en HD hospitalaria mostraron una media de $\bar{x}= 38,44$ para Ansiedad-Estado y de $\bar{x}= 39,68$ para Ansiedad-Rasgo, no hallando diferencias ($p > 0,05$) entre ambos TRS.

Courts y Boyette (1998), mediante la CAS, encontraron que los niveles más bajos de ansiedad correspondían a los pacientes en HDD, con una media de $\bar{x}= 10,4$, seguidos de la

HD hospitalaria, con una media de $\bar{x}= 30,6$ y los más altos en DP, con una media de $\bar{x}= 33,6$, siendo la ansiedad significativamente más baja ($p < 0,05$) en HDD que en los restantes TRS.

3.4. Apoyo Social Percibido en Hemodiálisis Domiciliaria

Solo un estudio transversal comparativo (Cafazzo et al., 2009) evaluó la percepción de los pacientes en HDD y HD hospitalaria sobre el apoyo social que recibe, mediante la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988). Los resultados reflejaron que los pacientes en HDD y HD hospitalaria percibieron un nivel medio de apoyo social, con una media de $\bar{x}= 5,42$ y $\bar{x}= 5,18$, respectivamente, siendo el rango de puntuaciones de la MSPSS de 0 a 10 y considerando que, a mayor puntuación, mayor grado de apoyo social (no existen puntos de corte para este instrumento). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre ambos TRS.

3.5. Percepción de la Experiencia de Enfermedad en Hemodiálisis Domiciliaria

3.5.1. Percepción de la Capacidad de Autocuidado y Autoeficacia en Hemodiálisis Domiciliaria

En 2 estudios transversales comparativos (Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009) se evaluó la percepción de autoeficacia y autocuidado en pacientes en HDD y HD hospitalaria. Ambos estudios, mediante la *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-Scale; Evers et al., 1989), hallaron una percepción de autocuidado elevada y similar en los pacientes en HDD, con una media de $\bar{x}= 92$ (Ageborg et al., 2005) y $\bar{x}= 3,91$ (Cafazzo et al., 2009) y en los pacientes de HD hospitalaria, con una media de $\bar{x}= 85-87$ (Ageborg et al., 2005) y $\bar{x}= 3,98$ (Cafazzo et al., 2009), siendo el rango de puntuaciones de la ASA-Scale de 24 (1) a 120 (5) y considerando que, a mayor puntuación, mayor percepción de autocuidado (no existen puntos de corte para este instrumento). No se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre ambos TRS.

El estudio transversal de Wright y Wilson (2015) comparó a pacientes en HDD, HD hospitalaria y DP a través del cuestionario *Strategies Used by People to Promote Health* (SUPPH; Lev & Owen, 1996). Se observó en la HDD una elevada percepción de autoeficacia para llevar a cabo las tareas y responsabilidades asociadas a la terapia, con una actitud positiva ($\bar{x}= 3,8$), un sentimiento de eficacia en la aplicación de estrategias de reducción del estrés ($\bar{x}= 3,4$) y capacidad para la toma de decisiones ($\bar{x}= 3,7$), siendo el rango de puntuaciones del SUPPH de 1 a 5 y considerando que, a mayor puntuación, mayor

percepción de autoeficacia (no existen puntos de corte para este instrumento). Sin embargo, no se observaron diferencias ($p > 0,05$) entre los distintos TRS.

3.5.2. Percepción de los Efectos de la Enfermedad en Hemodiálisis Domiciliaria

En 2 estudios transversales comparativos (Griva et al., 2010; Fong et al., 2007) se evaluó la percepción de la enfermedad y sus efectos en pacientes en HDD, HD hospitalaria y DP, mientras que el segundo estudio solo incluyó a pacientes en HDD y DP.

Griva et al. (2010), mediante el *Illness Perceptions Questionnaire* (IPQ; Weinman et al., 1996), encontraron que los pacientes en HDD se identificaron fuertemente con los síntomas de enfermedad ($\bar{x}= 12,12$), considerando que el rango de puntuaciones del IPQ en esta subescala son de 0 a 14. Además, manifestaron una percepción moderadamente crónica de la enfermedad ($\bar{x}= 4,54$) y de su control ($\bar{x}= 3,07$), siendo el rango de puntuaciones de 1 a 5.

Respecto a las atribuciones causales, los pacientes en HDD relacionaron la enfermedad en mayor medida con: factores de oportunidad o aleatorios ($\bar{x}= 3,88$), herencia ($\bar{x}= 3,04$) y el propio comportamiento ($\bar{x}= 2,0$) como causas significativas, así como gérmenes/virus ($\bar{x}= 1,36$) y estrés ($\bar{x}= 1,64$), considerando también un rango de puntuaciones de 1 a 5. Sin embargo, encontraron como factores causales en menor medida: la contaminación ($\bar{x}= 1,08$), mente ($\bar{x}= 1,28$), dieta ($\bar{x}= 1,08$), influencia de otras personas ($\bar{x}= 1,48$) y la atención médica ($\bar{x}= 1,96$). Además, se mostró que perciben las consecuencias de la enfermedad como graves ($\bar{x}= 3,51$). Considerando que no se han establecido puntos de corte para este instrumento, valores más altos indican mayores creencias de identidad, cronicidad, control, atribuciones causales y consecuencias percibidas de la enfermedad.

Solo se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto a las atribuciones causales (atención médica), donde los pacientes en DPCA ($p < 0,01$) indicaron en mayor medida la atención médica deficiente en comparación con los pacientes en HD hospitalaria y HDD. No se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los demás TRS.

En este estudio, mediante el *Illness Effects Questionnaire* (IEQ; Greenberg & Peterson, 1994), se observó que los pacientes en HDD experimentaron un nivel moderado de disrupción asociado con la enfermedad, con una media de $\bar{x}= 70,96$, considerando que en el

IEQ las puntuaciones entre 56 y 88 indican una interferencia moderada de la enfermedad. Además, no hubo diferencias ($p > 0,05$) entre los TRS.

Por otro lado, Fong et al. (2007), utilizando la *Illness Intrusiveness Ratings Scale* (IIRS; Devins et al., 1983), observaron que los pacientes en HDD y DP percibieron una disrupción baja de la enfermedad, con una media de $\bar{x}= 15$ y $\bar{x}= 17$, respectivamente, atendiendo a que el rango de puntuaciones es de 13 a 91. No obstante, se reflejó una interferencia moderada en varias dimensiones de la escala (Bienestar Físico y Alimentación, Trabajo y Finanzas, Relaciones Conyugales, Sexuales y Familiares, así como Ocio y Relaciones Sociales), ya que la mayoría obtuvieron una puntuación media superior a $\bar{x}= 3$, considerando que el rango de puntuaciones para cada una es de 1 a 7. Además, no se hallaron diferencias ($p > 0,05$) en ninguna de las dimensiones entre ambas terapias. Considerando que no existen puntos de corte para el IIRS, valores más altos indican una mayor intrusividad percibida de la enfermedad.

3.5.3. Percepción de los Efectos del Tratamiento en Hemodiálisis Domiciliaria

En un estudio (Griva et al., 2010), se compararon las percepciones de los pacientes en HDD, HD hospitalaria y DP sobre los efectos, tipo y gravedad de los factores estresantes asociados al tratamiento, mientras que Courts y Boyette (1998) compararon a pacientes en HDD y HD hospitalaria, y Courts (2000) se enfocó solo en pacientes en HDD.

Los estudios de Courts (2000) y Courts y Boyette (1998), mediante la *Hemodialysis Stressor Scale* (HSS; Murphy et al., 1985), observaron una baja percepción de los factores estresantes en los pacientes en HDD, con una media de $\bar{x}= 33$ y $\bar{x}= 20,4$, respectivamente en cada estudio, atendiendo a que el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 116 y considerando que, valores más altos indican mayores niveles de estrés percibido en relación con el tratamiento (no existen puntos de corte para este instrumento). Además, Courts y Boyette (1998) encontraron una percepción significativamente menor ($p < 0,001$) en la HDD en comparación con la HD hospitalaria, mostrando estos últimos una media de $\bar{x}= 63,8$.

Griva et al. (2010), a través del *Treatment Effects Questionnaire* (TEQ; Heilbronner et al., 1984), obtuvieron un nivel bajo de disrupción en los pacientes en HDD, con una media de $\bar{x}= 62,72$, atendiendo a que el rango de puntuaciones es de 0 a 140 y considerando que, valores más altos indican una mayor interferencia percibida del tratamiento (no existen puntos de corte para este instrumento). Solo se encontraron diferencias significativas ($p <$

0,01) entre los pacientes en DPCA, con una media de $\bar{x}= 64,55$, quienes percibieron más disrupción en comparación con los pacientes en DPA, con una media de $\bar{x}= 44,96$. No se encontraron diferencias ($p > 0,05$) entre los demás TRS, como en la HD hospitalaria, con una media de $\bar{x}= 57,73$.

3.6. Adaptación Psicosocial a la Enfermedad en Hemodiálisis Domiciliaria

En un estudio transversal (Courts, 2000), mediante la *Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report* (PAIS-SR; Derogatis, 1986), se halló que los pacientes en HDD mostraron un nivel elevado de adaptación psicosocial a la enfermedad, con una media de $\bar{x}= 49,1$, siendo el rango de puntuaciones de 0 a 138 y considerando que valores más bajos indican un mayor ajuste psicosocial (no existen puntos de corte para este instrumento).

En 2 estudios transversales (Courts & Boyette, 1998; Soskolne & Kaplan De-Nour, 1987) se comparó el ajuste psicosocial de los pacientes en HDD y HD hospitalaria, incluyendo también el primer estudio a pacientes en DP, mediante el PAIS-SR. Courts y Boyette (1998) observaron que los pacientes en HDD ($\bar{x}= 46,6$) y DP ($\bar{x}= 51,4$) tuvieron un nivel elevado de adaptación, mostrando solo la HDD diferencias ($p < 0,001$) con la HD hospitalaria, esta última con un peor ajuste ($\bar{x}= 68,2$).

También, Soskolne y Kaplan De-Nour (1987), mediante el PAIS-SR, observaron que los pacientes en HDD mostraron una elevada adaptación ($\bar{x}= 32,6$), aunque estos percibieron dificultades en la orientación en el cuidado de la salud ($\bar{x}= 7,2$), un impacto elevado en el entorno doméstico ($\bar{x}= 7,1$) y las relaciones sexuales ($\bar{x}= 5,9$), un bajo impacto en el entorno social ($\bar{x}= 4,6$) y la familia extendida ($\bar{x}= 1,1$), así como un nivel medio de malestar psicológico ($\bar{x}= 5,4$), atendiendo a que las puntuaciones para cada dominio oscilan entre $x= 0$ y $x= 10$ y considerando que, mayores valores en cada dominio indican un peor ajuste psicosocial. Sin embargo, no se hallaron diferencias ($p < 0,05$) entre la HDD y HD hospitalaria.

3.7. Bienestar, Perspectiva y Satisfacción Vital en Hemodiálisis Domiciliaria

En un estudio transversal (Ageborg et al., 2005), que comparó la HDD y HD hospitalaria a través del *Sense of Coherence Questionnaire* (SOC questionnaire; Antonovsky, 1987), los pacientes en HDD manifestaron una percepción elevada sobre el sentido de coherencia con su vida (comprensión y significado vital para enfrentar los desafíos), con una media de $\bar{x}= 149$, siendo el rango de puntuaciones de 29 a 203 y considerando que, valores

más altos indican mayor sentido de coherencia (no existen puntos de corte para este instrumento). Además, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) con la HD hospitalaria, esta última con una puntuación media entre $\bar{x}= 138$ y $\bar{x}= 146$.

En un estudio longitudinal (Vos et al., 2006), se emplearon los *Affect Balance Scale questionnaires* (Bradburn, 1969), compuesto por tres cuestionarios (*Affect Balance Scale*, *Index of well-being* y *Overall life satisfaction*). En la *Affect Balance Scale*, los pacientes en HDD manifestaron un elevado bienestar emocional, con medias entre $\bar{x}= 69$ y $\bar{x}= 76$ y en el *Index of well-being* un elevado bienestar general, con medias entre $\bar{x}= 65$ y $\bar{x}= 71$, siendo el rango de puntuaciones de 0 a 100 y considerando que, valores más altos indican un mayor bienestar (no existen puntos de corte para ambos instrumentos). Asimismo, en el cuestionario de *Overall life satisfaction*, los pacientes en HDD indicaron una elevada satisfacción con la vida, con puntuaciones entre $\bar{x}= 4,7$ y $\bar{x}= 5,1$, siendo el rango de puntuaciones de 1 a 7 y considerando que valores más altos indican una mayor satisfacción (no existen puntos de corte para este instrumento). Además, no se observaron cambios significativos ($p > 0,05$) a lo largo de 8 meses.

3.8. Factores Clínicos y Demográficos relacionados con las Variables Psicológicas en Hemodiálisis Domiciliaria

En 3 estudios (Cardone et al., 2011; Van Eps et al., 2010; Wong et al., 2019) se evaluó la relación de diferentes factores clínicos con la CVRS, mientras que Wong et al. (2019) también consideró el estudio de diferentes factores demográficos. Además, una sola publicación (Griva et al., 2010) exploró la correlación de distintos factores clínicos con los niveles de depresión.

El estudio de Wong et al. (2019) consideró varios factores demográficos de los pacientes en HDD. En concreto, observaron que los pacientes con un alto nivel educativo (secundaria y terciaria) ($p < 0,001$) presentaron un mejor Componente Sumario Mental en el SF-12 que los pacientes con un menor nivel educativo (sin educación formal y primaria). Sin embargo, no hallaron relación ($p > 0,05$) con el sexo, edad, estado civil y laboral. Además, encontraron que los pacientes varones ($p < 0,001$) y con empleo ($p < 0,01$) mostraron un mejor Componente Sumario Físico que las pacientes mujeres y sin empleo, respectivamente, pero no observaron relación ($p > 0,05$) con la edad, nivel de estudios y estado civil.

Wong et al. (2019) también hallaron que los pacientes en HDD que presentaron mayores niveles de hemoglobina en sangre y niveles más bajos de glucosa en ayunas manifestaron un mejor ($p < 0,05$) Componente Sumario Físico en comparación con los pacientes con menores niveles de hemoglobina y mayores de glucosa, no observando esta relación ($p > 0,05$) con el Componente Sumario Mental. Sin embargo, no encontraron relación ($p > 0,05$) con los niveles de albúmina, calcio sérico, fósforo, urea, lipoproteínas de baja densidad -LDL- y el receptor del factor de crecimiento epidérmico -eGFR- en ambos Componentes.

En el estudio de Van Eps et al. (2010), se halló que la disminución de los niveles de b2 microglobulina y creatinina en suero se relacionó significativa ($p < 0,05$) aunque débilmente con un cambio favorable en el dominio específico de Carga de la Enfermedad a los 6 meses. Asimismo, se observó una relación significativa ($p < 0,05$) y débil entre la mayor duración de la terapia y una evolución favorable en la dimensión genérica de Rol Emocional, mediante el KDQoL-SF. Cabe destacar que, Griva et al. (2010) hallaron que los pacientes que no recibieron tratamiento de HDD (pacientes en HD hospitalaria y DP -DPCA y DPA-) presentaron mayores puntuaciones en el CDI. De esta forma, se encontró que no recibir tratamiento de HDD ($p < 0,01$) es una de las variables que predice en mayor medida (42,5%) los valores más elevados del CDI.

Por último, Wong et al. (2019), mediante el SF-12, no encontraron una relación significativa ($p > 0,05$) entre los pacientes que se encontraban en HDD y las puntuaciones de los Componentes Sumario Físico y Mental. Cardone et al. (2011), mediante el SF-36, tampoco hallaron relación ($p > 0,05$) entre la complejidad del régimen farmacológico y la CVRS de los pacientes en HDD a lo largo de 2 años (datos no mostrados en el estudio).

4. Discusión

La HDD nació con la idea de tratar al mayor número posible de pacientes y con el tiempo se ha convertido en un TRS más tolerable para muchas personas con ERC, dado que posibilita la prescripción de una HD más frecuente, permite administrar una mayor dosis de diálisis con un menor coste, evita desplazamientos constantes y, en definitiva, permite adaptar el manejo de la ERC al propio estilo de vida del paciente (Andreu et al., 2016). Esto nos lleva a indagar en el conocimiento de las prevalencias en distintas variables psicológicas, así como el objetivo de reportar sobre las posibles diferencias en estos factores al compararlas con las modalidades de TRS más convencionales.

Los hallazgos en HDD revelaron resultados favorables en la CVRS, apoyo social percibido, adaptación psicosocial, capacidad de autocuidado y autoeficacia, así como bienestar, perspectiva y satisfacción vital. También reflejaron una percepción baja de síntomas psicológicos generales, incluyendo depresión y ansiedad, una percepción moderada-baja de interferencia de la ERC y baja de la HDD. Cuando se comparaba con otros TRS, el Tx fue superior, la HD hospitalaria fue inferior y la DP fue similar. Además, diferentes variables sociodemográficas (género, empleo y educación) y clínicas (hemoglobina, glucosa, b2 microglobulina, creatinina, duración de la terapia, no someterse a HDD) estaban relacionadas con variables psicológicas en pacientes en HDD, como CVRS y niveles de depresión.

En cuanto a la CVRS, la mayoría de las publicaciones utilizaban el KDQoL-SF, junto con el SF-36. Los estudios de Ageborg et al. (2005), Watanabe et al. (2014), Wong et al. (2019) y Wright y Wilson (2015) coinciden en que, dentro de los dominios genéricos de carácter físico, existía una mayor preservación de la Función Física, con resultados dispares en Rol Físico y como dimensiones más afectadas la Salud General y en menor medida el Dolor Corporal.

La Función Física mide la capacidad del paciente para realizar actividades físicas, como bañarse, en relación con su estado de salud. Su mayor preservación puede deberse a

que la HDD permite que los pacientes adapten el tratamiento a sus rutinas diarias, logrando una mayor independencia y movilidad, por ejemplo, en la realización de tareas domésticas (Kitsche & Bach, 2021).

Respecto al Rol Físico, los estudios de Ageborg et al. (2005) y Watanabe et al. (2014) indicaban una mayor preservación, mientras que el estudio de Wright y Wilson (2015) mostraba una mayor afectación. Esto puede reflejar diferentes estilos de afrontamiento entre los pacientes ante las dificultades físicas, ya que esta dimensión alude a la posible presencia de problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física. Respecto a la afectación de la Salud General y el Dolor Corporal, a pesar de las ventajas de la HDD, el dolor es un síntoma habitual en las personas con ERC, siendo referido por un 50% de los pacientes, lo que a su vez puede influir negativamente en la percepción del estado de salud general (Villate et al., 2014).

En relación con las dimensiones de carácter mental, se ha mostrado acuerdo en una mayor preservación del Rol Emocional, seguido de la Función Social y la Salud Mental, mientras que coinciden en una mayor afectación de la Vitalidad. La reducción de los desplazamientos al hospital y la consecuente menor interferencia del tratamiento en las actividades sociales y laborales puede favorecer las relaciones a nivel familiar y de pareja, así como un mayor acceso al mercado laboral. En definitiva, el paciente se convierte en el “gestor” de su tiempo, lo que contribuye a una reducción del malestar emocional (Vidau et al., 2018). Además, el consenso entre los estudios sobre la afectación de la Vitalidad podría atribuirse a los síntomas físicos inherentes a la ERC y los efectos de la terapia, como cansancio y debilitamiento físico (Pérez-Alba et al., 2015).

Referente a las dimensiones específicas, los estudios de Fong et al. (2007), Watanabe et al. (2014) y Wright y Wilson (2015) muestran poco acuerdo sobre cuáles fueron las más preservadas, señalando diferentes dominios como el Apoyo del Personal de Diálisis, Función Sexual y Función Cognitiva, y en menor medida, la Calidad de la Interacción Social, Efectos de la Enfermedad Renal y Síntomas/Listado de Problemas. No obstante, las publicaciones si concuerdan en una mayor afectación de la Carga de la Enfermedad Renal, Sueño y Situación Laboral.

Una explicación para la preservación de los diferentes dominios podría ser que la HDD tiene un impacto general menos negativo en la vida de los pacientes. Esta terapia

reduce situaciones estresantes como la exposición continua al entorno clínico, lo que puede contribuir a una percepción más positiva de su bienestar físico, psicológico y social. Además, una mayor implicación del paciente en su tratamiento podría favorecer la relación con el personal de diálisis (Cantero et al., 2022).

Por otro lado, la afectación de la Carga de la Enfermedad Renal y la Situación Laboral puede reflejar las preocupaciones de los pacientes sin experiencia previa con la HDD acerca de la carga potencial que creen que implica el automanejo de la ERC, lo que los puede llevar a no asumir otras responsabilidades, como el trabajo (Romero et al., 2018). Además, respecto a la afectación del Sueño, es frecuente que los pacientes con ERC experimenten trastornos nocturnos (Elloot et al., 2021).

Cuando se comparaba a pacientes en HDD con aquellos en otros TRS respecto a las dimensiones genéricas, los estudios de Ageborg et al. (2005), Watanabe et al. (2014) y Wong et al. (2019) coinciden en identificar diferencias significativas principalmente en la Función Física y Social a favor de los pacientes en HDD en comparación con la HD hospitalaria, mientras que Fong et al., (2007) y Wright y Wilson (2015) informaron de la ausencia de diferencias con la DP. No obstante, en el estudio de Wong et al. (2019), cuando se comparaba la HD hospitalaria de tipo comunitario, los resultados mostraban una superioridad significativa, incluso por encima de la HDD y la DP.

En cuanto a los dominios específicos, Watanabe et al. (2014) reflejaban diferencias significativas a favor de los pacientes en HDD en varias dimensiones (Síntomas/Listado de Problemas, Efectos de la Enfermedad Renal y Situación Laboral) cuando se comparaba con la HD hospitalaria, mientras que el estudio de Wright y Wilson (2015) indicaba la ausencia de diferencias con la DP.

El conjunto de los resultados comparativos coincide mayormente con las dimensiones preservadas anteriormente descritas, lo que refleja la consistencia de los efectos positivos de la HDD en la Salud Física y Social, Síntomas/Listado de Problemas y Efectos de la Enfermedad Renal sobre la HD hospitalaria. El entorno en el que se realiza la diálisis parece ser un factor importante en la percepción que tienen los pacientes sobre su CVRS. La mayor conexión con el entorno social que permite la HD hospitalaria comunitaria y las menores restricciones en cuanto a visitas que ofrecen la HDD y DP pueden contribuir a un mayor

bienestar, ya que se reduce la necesidad de trasladarse al hospital o centro de diálisis (Walker et al., 2017).

Respecto a los cambios en el tiempo en las dimensiones genéricas, por un lado, los estudios de Finkelstein et al. (2012) y Cardone et al. (2011) indicaban que los pacientes en HDD manifestaron un cambio positivo en todas las dimensiones de la CVRS, mientras que los estudios de Kooistra et al. (1998) y Van Eps et al. (2010) coinciden en indicar que esta evolución se produce en la Función Física, mientras que Van Eps et al. (2010) y Vos et al. (2006) sugieren que se produce en la Salud General. Por otro lado, las pocas publicaciones (Painter et al., 2012; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006) que consideran la evolución en los dominios específicos, sugieren un cambio positivo en varias dimensiones, incluyendo la Carga y Efectos de la Enfermedad Renal, Satisfacción del Paciente, Cambios en la Salud y Estado de Salud General.

Es importante destacar la evolución favorable en la Salud General y Carga de la Enfermedad Renal, en contraste con el mayor deterioro indicado por los estudios transversales sobre estas dimensiones. Las expectativas negativas de pronóstico que algunos pacientes pueden mantener al inicio de la terapia pueden modificarse con el tiempo por el cambio en la salud física y la disminución de los efectos de la enfermedad. Esto puede generar una perspectiva más optimista a largo plazo sobre la percepción de su salud, resultando en una mayor satisfacción general. Además, esta disminución en la Carga de la Enfermedad Renal puede ser explicada por la ausencia de horarios preestablecidos para las sesiones de diálisis y la percepción de un menor tiempo perdido, ya que no son necesarios los continuos desplazamientos al hospital (Tong et al., 2013).

Los estudios comparativos de Painter et al. (2012) y Unrut et al. (2013) que evaluaban el cambio en las dimensiones genéricas, muestran acuerdo en que los pacientes en HDD manifiestan una mejora numérica superior, aunque no significativa en comparación con los pacientes en HD hospitalaria. Por otro lado, respecto a la evolución de las dimensiones específicas, el estudio comparativo de Manns et al. (2009) apuntaba a diferencias significativas a favor de la HDD, principalmente en Efectos de la Enfermedad Renal en comparación con la HD hospitalaria, indicando Painter et al. (2012) una mejora numérica superior en la mayoría de los dominios en la HDD, aunque no significativa en comparación con los pacientes en HD hospitalaria.

Estos resultados en las dimensiones genéricas y específicas pueden estar relacionados con la mejora de diversos aspectos clínicos (por ejemplo, menos restricciones dietéticas, etc.), económicos (por ejemplo, disminución del costo relacionado con menores hospitalizaciones, considerando aquellos países donde la sanidad pública es limitada, etc.) y el mayor control de la enfermedad que proporcionan los mecanismos de supervisión del sistema de HDD en comparación con la HD hospitalaria (Pérez-Alba et al., 2015).

Aunque los pacientes en HDD mostraban un patrón de mejoría superior al de los pacientes en HD hospitalaria, Jansz et al. (2018) y Painter et al. (2012) sugieren que fue inferior al de los pacientes en Tx. La superioridad del Tx puede asociarse con la rápida mejora en la CVRS durante el primer mes posterior al trasplante. A pesar del seguimiento médico regular requerido, los pacientes en Tx presentan una restauración de la función renal y una mayor libertad en sus vidas, ya que se elimina la necesidad de recibir sesiones de diálisis (Costa-Requena et al., 2017).

En relación con los síntomas psicológicos, un solo estudio (Soskolne y Kaplan De-Nour, 1987), utilizando el BSI, indicaba que los pacientes en HDD experimentaron una baja presencia de estos síntomas, aunque con una mayor percepción de Síntomas Somáticos, según el rango de puntuaciones de este instrumento. Aunque los pacientes en HDD pueden experimentar una reducción de los síntomas físicos, es común que las personas con ERC manifiesten frecuentemente sintomatología somática, como sensación de malestar general (Woods et al., 1996).

El estudio de Soskolne y Kaplan De-Nour (1987) también mostraba que los pacientes en HDD manifestaron significativamente una menor presencia de Somatización, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica y malestar psicológico en comparación con la HD hospitalaria. La permanencia en el entorno hospitalario parece estar asociada con una mayor carga emocional, posiblemente debido a la valoración cognitiva que realizan los pacientes sobre el mayor impacto de la HD hospitalaria en su vida, donde pueden sentirse más dependientes del programa de tratamiento (Gómez et al., 2015).

Respecto a los instrumentos que evaluaban específicamente los niveles de depresión, los estudios transversales de Courts (2000), Courts y Boyette (1999), Fong et al. (2007) y Griva et al. (2010), junto con los estudios longitudinales de Rocco et al. (2011) y Unrut et al. (2013), mediante el BDI-II, CDI y GCS, hallaron que el mayor porcentaje de los pacientes en

HDD manifestaban una mínima presencia de síntomas depresivos que se mantenían en el tiempo, según los puntos de corte de cada instrumento. No obstante, Griva et al. (2010) y Unrut et al. (2013) indicaron una prevalencia que oscilaba entre el 8% y el 18,4%, lo que reflejaba el porcentaje de pacientes cuya puntuación se encontraba por encima del umbral clínico de depresión en el BDI-II. Considerando el estudio de Ayuso-Mateos et al. (2001), que evaluó la prevalencia de depresión en la población general mediante el BDI-II, esta se situó en un 8,56%. Por lo tanto, la mayor prevalencia de los pacientes en HDD en comparación con la población general, sugiere que este grupo podría mostrar una mayor predisposición a desarrollar o experimentar estos síntomas.

La mayoría de estas publicaciones (Courts & Boyette, 1999; Fong et al., 2007; Rocco et al., 2011; Unrut et al., 2013) no encontraron diferencias significativas entre la HDD, HD hospitalaria y DP en depresión, pero los pacientes en HDD mostraron la menor tasa de prevalencia. Aunque los pacientes en HDD y DP comparten experiencias similares, estos últimos pueden llevar a cabo el procedimiento sin la necesidad de supervisión, lo que puede suponer un desafío adicional en la adaptación a la terapia (Canalejo et al., 2023). Además, la reducción de las barreras sociales percibidas por los pacientes en HDD en comparación con los de HD hospitalaria se refleja en el estudio de Courts y Boyette (1999). Los pacientes que presentaban una menor sintomatología depresiva indicaban una gran variedad de actividades mientras realizaban las sesiones de diálisis, como tener la compañía de su perro o recibir visitas de sus familiares.

Los estudios de Cafazzo et al. (2009), Courts (2000) y Courts y Boyette (1998), que consideraban la evaluación de la ansiedad de pacientes en HDD, utilizando el STAI y la CAS, apuntan a que la mayoría de los pacientes no presentaban sintomatología ansiosa clínicamente significativa, considerando el rango de puntuaciones de cada instrumento. De este modo, los estudios de Cafazzo et al. (2009) y Courts (2000) indicaron mediante el STAI una puntuación media entre $\bar{x}= 37$ y $\bar{x}=38$ para las escalas Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, respectivamente. Según el estudio de Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011), que evaluó la presencia de síntomas ansiosos en la población general mediante el STAI, las puntuaciones medias oscilaban entre $\bar{x}= 18,96$ y $\bar{x}= 23,35$ en la escala Ansiedad-Rasgo y entre $\bar{x}= 15,87$ y $\bar{x}=18,20$ en la escala Ansiedad-Estado para mujeres y hombres, respectivamente. Por tanto, se sugiere que los pacientes en HDD presentan niveles de ansiedad más elevados en comparación con la población general.

Al compararse con otros TRS, Cafazzo et al. (2009) y Courts y Boyette (1998) indicaron que los pacientes en HDD mostraban los niveles más bajos, aunque sin diferencias significativas con la HD hospitalaria, pero sí estadísticamente más elevadas en la DP en el estudio de Courts y Boyette (1998). A pesar de las similitudes entre la HDD y DP, parece que la primera supone una fuente de estrés menor para los pacientes. Es posible que las personas en DP acaben presentando una menor sensación de seguridad por la mayor complejidad que requiere el tratamiento, como los múltiples intercambios de dializado al día y las molestias asociadas a la presencia de líquido dializado en la cavidad peritoneal (Canalejo et al., 2023).

Otra variable considerada es el apoyo social percibido. El único estudio incluido (Cafazzo et al., 2009), que empleó la MSPSS, sugiere que los pacientes en HDD y HD hospitalaria mostraban una percepción de apoyo social similar, con un nivel medio, según el rango de puntuaciones de este instrumento. Aunque la evidencia es limitada, un estudio realizado por Dahlem et al. (1991), que evaluó el apoyo social percibido en la población general utilizando la MSPSS, obtuvo una puntuación media de $\bar{x}= 5,58$. Considerando la media de $\bar{x}= 5,42$ manifestada por los pacientes en HDD en el estudio de Cafazzo et al. (2009), se refleja que estos pacientes perciben un apoyo social similar al de la población general.

Respecto a la percepción de la capacidad de autocuidado y autoeficacia en HDD, mediante la ASA-Scale y el SUPPH, los estudios de Ageborg et al. (2005), Cafazzo et al. (2009) y Wright y Wilson (2015) coinciden en indicar que los pacientes manifestaban una elevada capacidad, siendo similar a la de los pacientes en HD hospitalaria y DP, sin diferencias significativas. Estos hallazgos pueden explicarse porque, en los programas de TRS se procura que el paciente mantenga un grado adecuado de autocuidado mediante entrenamiento, especialmente en HDD, donde es imprescindible un nivel elevado de responsabilidad (Fernández et al., 2020).

Sobre los efectos de la enfermedad, los estudios de Griva et al. (2010) y Fong et al. (2007) sugieren que los pacientes en HDD, HD hospitalaria y DP percibían una interferencia moderada-baja en diversas áreas de su vida, mediante el IEQ y la IIRS. Además, Griva et al. (2010), mediante el IPQ, revelaron que los pacientes en HDD percibían la ERC como una condición crónica de severidad moderada, con graves consecuencias y un control moderado, identificándose fuertemente con sus síntomas y con una tendencia a atribuir la ERC a factores de oportunidad o aleatorios, herencia y el propio comportamiento. Estos hallazgos reflejan

que los pacientes mantienen creencias adecuadas sobre su enfermedad, considerando su naturaleza crónica. Cabe destacar que, el estudio de Vélez (2013) indica que los pacientes en diálisis suelen tener un buen conocimiento de su enfermedad, con representaciones similares a las de los profesionales sanitarios.

Además, en el estudio de Griva et al. (2010), los pacientes en DPCA referían significativamente como factor causal de la ERC la atención médica deficiente en comparación con los pacientes en HDD y HD hospitalaria, sin diferencias con la DPA. Esto se puede deber a que, si bien los pacientes en HDD y HD hospitalaria requieren un cierto nivel de responsabilidad en el manejo de su enfermedad, aquellos en DPCA precisan un grado mayor de compromiso debido a los intercambios de solución de diálisis manuales que deben realizar. De esta forma, es posible que los pacientes en HDD y HD hospitalaria puedan experimentar menos preocupaciones sobre posibles complicaciones que no sepan manejar adecuadamente, lo que a su vez puede aumentar la percepción de apoyo médico en comparación con los pacientes en DPCA (Walker et al., 2020).

Al considerar la percepción sobre los factores estresantes asociados al tratamiento, mediante la HSS y el TEQ, los estudios de Courts (2000), Courts y Boyette (1998) y Griva et al. (2010) son congruentes en sugerir una interrupción baja de la terapia en pacientes en HDD, considerando el rango de puntuaciones de cada instrumento. En el estudio de Griva et al. (2010), los pacientes en HDD presentaban niveles similares de interrupción del tratamiento que los pacientes en DP y HD hospitalaria, sin diferencias significativas, mientras que Courts y Boyette (1998) encontraron niveles estadísticamente más elevados en la HD hospitalaria. Aunque los pacientes en diálisis enfrentan desafíos comunes, como el dolor en la inserción de la aguja, la HD hospitalaria puede incluir agentes estresantes adicionales como ruidos molestos u olores desagradables que pueden condicionar la percepción del paciente sobre la terapia, a diferencia de la HDD y DP (Moreno et al., 2013).

En relación con el ajuste psicosocial, considerando el rango de puntuaciones de la PAIS-SR, Courts (2000), Courts y Boyette (1998) y Soskolne y Kaplan De-Nour (1987) indicaban un nivel elevado de adaptación en pacientes en HDD. En el estudio de Courts y Boyette (1998), los pacientes en HDD presentaban niveles similares de adaptación que los pacientes en DP, sin diferencias significativas, y estadísticamente inferiores en pacientes en HD hospitalaria, mientras que Soskolne y Kaplan De-Nour (1987) no encontraron diferencias entre los pacientes en HDD y HD hospitalaria. A pesar de la falta de resultados concluyentes,

Aránega et al. (2022) indican que los pacientes en HDD y DP tienen una mayor probabilidad de adquirir habilidades o estrategias de afrontamiento adaptativas debido a su mayor implicación en la terapia.

Referente al bienestar, perspectiva y satisfacción vital, Ageborg et al. (2005) apuntan a que los pacientes en HDD y HD hospitalaria mostraron un elevado sentido de coherencia con su vida, sin diferencias significativas, considerando el rango de puntuaciones del *SOC questionnaire*. Además, Vos et al. (2006) indicaron que los pacientes en HDD mantuvieron un elevado bienestar emocional y general, así como una elevada satisfacción con la vida, según el rango de puntuaciones de los *Affect Balance Scale questionnaires*. Un estudio (Herbias et al., 2016) que recogía las experiencias de pacientes en HD reflejaba que, a pesar de las repercusiones físicas y emocionales de la ERC, algunos pacientes valoraban positivamente la mejora de su salud en relación con su estado previo al inicio de la terapia, generándoles una mayor esperanza y aceptación de su situación.

Esta revisión encontró que la CVRS y la depresión varían en función de distintos factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes en HDD. Respecto a los factores sociodemográficos, Wong et al. (2019) vincularon que un alto nivel educativo se relacionaba con una mayor puntuación en el Componente Sumario Mental, mientras que el género masculino y tener empleo se asociaba con una mejor puntuación en el Componente Sumario Físico, mediante el SF-12.

Estos resultados pueden deberse a que las mujeres muestran una mayor predisposición a manifestar su dolor emocional y físico, mientras que los hombres rehúyen de la expresión directa de sus emociones (Gómez et al., 2017). Además, tener empleo puede implicar que el paciente se mantenga más activo físicamente, favorecer hábitos de salud ajustados a su actividad laboral y tener un mayor acceso a recursos sanitarios, contribuyendo así a una mejora de la salud física (Wong et al., 2019). Asimismo, un menor nivel educativo también se ha asociado con menores habilidades de manejo de la enfermedad (Vallejos y Ortega, 2018).

Sobre los factores clínicos, Wong et al. (2019) también sugieren que mayores niveles de hemoglobina en sangre y menores en glucosa en ayunas se relacionaban con una mejor puntuación en el Componente Sumario Físico, lo que puede ser explicado por una reducción de las complicaciones como anemia e hiperglucemia en los pacientes en HDD (González et

al., 2008). Además, Van Eps et al. (2010) hallaron que una disminución en los niveles de b2 microglobulina y creatinina en suero se relacionaban con una menor Carga de la Enfermedad a lo largo de tiempo, mediante el KDQoL-SF, siendo considerados estos factores clínicos como signos de mejora en la función renal. Además, una mayor duración de la terapia se relacionó con un cambio favorable en el Rol Emocional, lo que podría indicar una mayor adaptación a la HDD a medida que mejora la condición del paciente (González et al., 2008).

Los resultados de Griva et al. (2010) también proponen que los pacientes que no recibían tratamiento de HDD presentaban mayores puntuaciones en el CDI. Estos hallazgos podrían indicar que muchos de los pacientes en HDD perciben un mayor control sobre la gestión de su enfermedad, lo que resulta en niveles más bajos de ansiedad y, en consecuencia, se reduce el riesgo de experimentar síntomas depresivos (Aránega et al., 2022).

En conclusión, los hallazgos de esta revisión sugieren que la HDD es una terapia con resultados prometedores, especialmente en la CVRS de los pacientes. La capacidad de adaptación que ofrece, junto con la individualización e intensificación del tratamiento según las necesidades personales, resalta la importancia de su uso en el mantenimiento del bienestar psicosocial. Además, la relativa superioridad o similitud en términos psicológicos con respecto a la HD hospitalaria y DP, respectivamente, sugiere que el hogar ofrece un ambiente adecuado para tratar la ERC y que el mayor uso de la HDD podría incrementar la CVRS de los pacientes con ERC.

No obstante, aunque el Tx continúa mostrando los mejores resultados, las últimas investigaciones han encontrado que la HDD presenta una supervivencia equiparable a la del Tx (Vega, 2024) y, un estudio reciente presentado en la 13ª Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliaria de la SEN (2024), señala una menor prevalencia en depresión y ansiedad en pacientes en HDD (16%) en comparación con pacientes en Tx (19%). Asimismo, la influencia de diversos factores clínicos y demográficos sobre la CVRS y los niveles de depresión resalta la importancia de tener en cuenta el impacto de las complicaciones médicas asociadas, así como las características personales y condiciones de vida del paciente.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, es preciso señalar que un total de 15 estudios fueron realizados hace más de 10 años, lo que podría no reflejar las prácticas actuales de evaluación y de manejo de la enfermedad, afectando a su vez a la generalización

de los resultados y su representatividad. Algunas publicaciones carecían de valores numéricos sobre ciertos factores clínicos, por ejemplo, en el estudio de Cardone et al. (2011) no se mostraron los datos que intentan relacionar la complejidad del régimen de medicación con la puntuación del SF-36. Otros estudios, como el de Courts y Boyette (1998), utilizaron una muestra pequeña de participantes (N= 15) y solo incluyeron a hombres, lo que puede producir también una baja generalización de los resultados a la población y un sesgo de género, respectivamente.

Además, no se pudieron analizar los resultados en función del tipo de HDD (frecuencia y momento del día), debido al pequeño número en cada tipo y a que algunos estudios no lo especificaban, lo cual es clave para establecer comparaciones e interpretar adecuadamente los resultados. Por último, se considera la falta de inclusión de estudios en un idioma diferente al inglés, así como estudios realizados en nuestro país, lo que dificulta extrapolar los resultados a nuestra población.

Considerando los resultados y limitaciones de nuestra revisión, se espera lograr una mayor difusión de los beneficios psicológicos que ha demostrado la HDD. En esta búsqueda por lograr la mejora de la CVRS, se espera que el personal médico valore y reconozca que la HDD puede ser una alternativa terapéutica con beneficios en el bienestar emocional. Asimismo, debemos tener en cuenta que, si bien los pacientes en HDD continúan siendo más propensos a manifestar sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con la población general, no muestran mayores síntomas en comparación con otras técnicas de diálisis (HD hospitalaria y DP). Este hallazgo resalta la importancia de que los profesionales sanitarios no solo valoren el efecto clínico que pueda tener la terapia, sino que también consideren el impacto psicológico a la hora de recomendar a los pacientes una modalidad de tratamiento.

Finalmente, dado el complejo procedimiento técnico que implica la HDD, es importante considerar en investigaciones futuras el desarrollo de una formación adecuada para el paciente y los cuidadores, así como programas de intervención psicológica adaptados a esta población. En estudios posteriores, se sugiere un mayor abordaje sobre otras variables cruciales, como es el efecto de los tratamientos psicológicos en los pacientes en HDD, el análisis de los factores que puedan influir en la adherencia a la terapia, así como el papel del personal de enfermería y los cuidadores en el éxito terapéutico a nivel clínico y psicosocial, de forma que se proporcione una comprensión más completa y una base sólida en la promoción e innovación de dicha técnica.

5. Propuesta Aplicada. “Home Renal CogniVive”

5.1. Intervención Psicológica en Hemodiálisis Domiciliaria

5.1.1. Justificación y Contextualización

El desarrollo de un plan de intervención para pacientes en HDD se fundamenta, en primer lugar, en los hallazgos de esta revisión, principalmente relativos a una alta prevalencia de síntomas depresivos y una mayor presencia de síntomas ansiosos en comparación con la población general. En segundo lugar, se plantea esta propuesta en base a las intervenciones psicológicas que han demostrado ser efectivas en pacientes en HD hospitalaria y que serán adaptadas a pacientes en HDD, dado que no se han encontrado intervenciones específicas para estos últimos.

Diferentes estudios (Becerril et al., 2021; Guzmán-Carrillo et al., 2022; Griva et al., 2021; Sohn et al., 2018; Picariello et al., 2020) han hallado que la participación de los pacientes en HD hospitalaria en un programa de intervención basado en el modelo cognitivo-conductual, solo o combinado, conlleva una mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa, CVRS, estrés percibido, adherencia terapéutica, resiliencia y mecanismos generales de adaptación. Por lo tanto, nuestra intervención se basa en un conjunto de estrategias que han demostrado ser relevantes a lo largo de los estudios, como son la psicoeducación (comprensión de la ERC y la terapia), activación conductual, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, habilidades de comunicación, solución de problemas, así como construcción y establecimiento de objetivos, entre otros.

5.1.2. Características Generales

La propuesta de intervención denominada “Home Renal CogniVive”, se basa en el desarrollo de un programa de orientación cognitivo-conductual en formato grupal *online*, con una duración de 3 meses (12 sesiones). Este programa es impartido por un psicólogo general sanitario y destinado a aquellos pacientes en HDD que presenten sintomatología mixta ansiosa-depresiva. Esta intervención se centra en proporcionar apoyo psicológico y

estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales a los pacientes, con el propósito de favorecer la adaptación psicosocial y mejorar la gestión de aquellas situaciones potencialmente estresantes en torno a la enfermedad y el tratamiento.

5.1.3. Objetivos

El objetivo general del programa es promover el bienestar psicosocial y mejorar la CVRS de los pacientes en HDD, reduciendo los síntomas ansioso-depresivos. Para ello, se plantean como objetivos específicos:

1. Mejorar el nivel de conocimiento de la ERC y la HDD, proporcionando información sobre su impacto a nivel físico, psicológico y social;
2. Reducir la activación fisiológica, sobre todo en situaciones estresantes propias del manejo de la enfermedad, contribuyendo también a la mejora de los síntomas físicos de la ERC;
3. Promover la gestión del tiempo e incrementar las actividades gratificantes ajustadas a las sesiones de HDD;
4. Adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas, promoviendo una mayor autonomía ante los posibles desafíos de la ERC y la HDD;
5. Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad;
6. Incrementar el apoyo social y promover una comunicación colaborativa y adecuada con el personal sanitario de diálisis, contribuyendo a su adaptación psicosocial;
7. Promover la construcción de metas futuras adaptadas a su nuevo estilo de vida, favoreciendo una perspectiva vital positiva;
8. Identificar factores de riesgo futuros relacionados con la ERC y la HDD que puedan afectar al bienestar psicosocial.

5.1.4. Población Diana

Se recluta una muestra formada por pacientes en HDD de la Unidad de diálisis domiciliaria del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). El psicólogo general sanitario se encarga de ofrecer a los pacientes en HDD la oportunidad de participar en el programa, asegurándose de que los candidatos cumplan los criterios de inclusión y exclusión que se presentan en la tabla 6 (Anexo 6). La muestra total se divide en diferentes grupos atendiendo a la edad de los participantes, cada uno de ellos formado por entre 4 y 6 miembros.

5.1.5. Contexto, Formato y Duración

El programa “*Home Renal CogniVive*” se desarrolla de forma *online* para facilitar el acceso de los pacientes al programa, haciendo uso de los recursos tecnológicos desde el hogar y evitando desplazamientos que puedan interferir con las sesiones de diálisis. Cada una de las 12 sesiones, con una duración entre los 60 y 90 minutos según los objetivos específicos, actividades y dinámicas grupales, se llevan a cabo con una frecuencia de 1 sesión por semana, a lo largo de 3 meses. De esta forma, en los días correspondientes, los miembros de cada grupo se reúnen por videoconferencia con la psicóloga que impartirá dichas sesiones.

Se emplea principalmente material de tipo audiovisual y distintos recursos en línea (por ejemplo, diapositivas en *powerpoint*, etc.), la realización de dinámicas grupales (por ejemplo, *role-playing*, etc.), así como el aprendizaje y entrenamiento en las diferentes estrategias cognitivo-conductuales (por ejemplo, solución de problemas, etc.).

5.1.6. Evaluación Pre-Intervención Psicológica

Una vez incluido el paciente en el programa, se realiza una evaluación individual previa al desarrollo de la intervención, la cual se presenta en la tabla 7 (Anexo 7). Durante este proceso, los participantes deben acudir presencialmente al hospital 1 día, reuniéndose cada paciente con el psicólogo, quien utilizará los siguientes instrumentos de evaluación para llevar a cabo la recogida de información:

1. Entrevista clínica semiestructurada: Esta se encuentra en el Anexo 8 y nos permite recopilar datos sociodemográficos y las distintas variables físicas, psicológicas y sociales relacionadas con la enfermedad y el tratamiento: Descripción del tipo de modalidad de HDD; Historia de la ERC y otras patologías físicas y psiquiátricas asociadas; Factores estresantes vinculados a la enfermedad y el tratamiento; Respuestas emocionales, fisiológicas y estilos de afrontamiento a los estresores; y, Características y recursos personales.
- *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQoL-SF; Hays et al., 1994; adaptado al español por García et al., 1998): Cuestionario que pretende conocer la CVRS de los pacientes. Se divide en 2 partes: una parte genérica, que incluye 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones, agrupadas en un componente de salud física y de salud mental; y, una parte específica, que incluye 43 ítems distribuidos en 12

dimensiones. El paciente debe cumplimentar este cuestionario mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1-5), indicando cómo se ha sentido en las últimas 4 semanas. La puntuación total es de 0-100.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; adaptado al español por Terol et al., 2007): Cuestionario de autoinforme que permite evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión de tipo cognitivo en el ámbito hospitalario, considerando la última semana. Consta de 2 subescalas formadas por 7 ítems cada una, con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0-3). El sumatorio de ambas subescalas permite obtener una puntuación total de 0 a 21. Esta escala se presenta en el Anexo 9.

5.1.7. Intervención Psicológica

En la tabla 8 (Anexo 10) se presenta el programa de intervención estructurado por módulos, sesiones, objetivos, tareas con el terapeuta e intersesión. Para ello, se considera la revisión narrativa de Martínez et al. (2024), en la cual se recogen diferentes estudios de intervención cognitivo-conductual en pacientes en HD hospitalaria, mencionados en el apartado de Justificación y Contextualización, junto con sus resultados. A continuación, en la tabla 9 se presenta un resumen de las técnicas empleadas para cada objetivo específico.

Tabla 9

Objetivos y técnicas de intervención

Objetivos	Técnicas
Mejorar el nivel de conocimiento de la ERC y la HDD	Psicoeducación
Reducir la activación fisiológica	Entrenamiento en relajación muscular progresiva

Continuación Tabla 9

Promover la gestión del tiempo e incrementar las actividades gratificantes	Gestión del tiempo y planificación de actividades
Adquirir estrategias de afrontamiento adaptativas	Entrenamiento en solución de problemas
Modificar las creencias irracionales asociadas	Reestructuración cognitiva
Incrementar el apoyo social y promover una comunicación asertiva	Entrenamiento en comunicación asertiva
Favorecer una perspectiva vital positiva	Establecimiento de metas futuras específicas, medibles, alcanzables, realistas y de duración limitada (SMART)
Identificar posibles factores de riesgo	Prevención de recaídas

Módulo de Psicoeducación. Después de la presentación del programa, se inicia la intervención en psicoeducación, que tiene por objetivo proporcionar información sobre la ERC y la HDD, considerando su impacto físico, psicológico y social. Se emplea material visual mediante diapositivas, que pretenden enfatizar aquellos temas de preocupación e interés para los participantes. Como tarea de intersesión, se ofrece la lectura del artículo “*Vivir con hemodiálisis domiciliaria*” (Asociación Europea de Enfermeras de Diálisis y Trasplantes / Asociación Europea de Cuidado Renal [EDTNA / ERCA]), que tiene por objetivo que los pacientes identifiquen el impacto físico y psicosocial de la HDD, así como los beneficios que ofrece en comparación con la HD hospitalaria.

Módulo de Control de la Activación. Este módulo implica el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. En primer lugar, se pretende informar a los pacientes de los beneficios de esta relajación sobre el sistema nervioso autónomo. En segundo lugar, se lleva a cabo el entrenamiento guiado de esta técnica, que posteriormente los

participantes deben practicar de forma independiente. Por lo tanto, en cada una de las sesiones se evalúan los progresos mediante un autorregistro de entrenamiento en relajación que se presenta en la tabla 10 (Anexo 11).

Módulo de Gestión del Tiempo y Planificación de Actividades Agradables. Se enfatiza que los pacientes recuperen y no releguen las actividades de disfrute, promoviendo la activación conductual. En primer lugar, los participantes deben identificar actividades compatibles con las sesiones de diálisis que les resulten agradables. Como tarea de intersesión, se propone la elaboración de un planificador semanal para organizar dichas actividades, así como la cumplimentación de un autorregistro en el que se indiquen dichas actividades gratificantes y su estado emocional, el cual se muestra en la tabla 11 (Anexo 12).

Módulo de Estrategias de Solución de Problemas. El objetivo de estas sesiones reside en entrenar a los participantes en estrategias que contribuyan a solventar los problemas vinculados a la ERC y la HDD. En primer lugar, se les pide a los pacientes que elaboren un listado de problemas y estrategias empleadas hasta el momento. Posteriormente, se exponen de forma teórica las fases de la resolución de problemas y se realiza por parejas un entrenamiento mediante *role-playing*. Como tarea de intersesión, se les solicita poner en práctica lo aprendido, para su posterior revisión y puesta en común en la siguiente sesión.

Módulo de Reestructuración Cognitiva. Mediante la técnica de reestructuración cognitiva de Beck, los pacientes deben identificar las creencias irracionales en torno a la enfermedad y el tratamiento. Como tarea de intersesión, los participantes deben cumplimentar un autorregistro en el que especifiquen las situaciones, pensamientos y consecuencias surgidas, siguiendo el modelo A (acontecimiento activador) - B (pensamiento irracional) - C (reacción emocional, física y conductual). El autorregistro ABC se presenta en la tabla 12 (Anexo 13).

En la siguiente sesión, se trabaja en la modificación de estos pensamientos mediante la reevaluación cognitiva, que incluye la discusión y prueba de realidad. Como tarea de intersesión, se solicita a los participantes que cumplimenten un nuevo autorregistro ABC, pero incluyendo los pensamientos adaptativos implementados. Este autorregistro se muestra en la tabla 13 (Anexo 14).

Módulo de Entrenamiento en Comunicación Asertiva. Su propósito es mejorar la forma en que los participantes se relacionan con su entorno y el personal de diálisis. Este entrenamiento también tiene como objetivo mejorar la percepción del paciente en cuanto al apoyo social y la comprensión de su enfermedad. Como primer paso, se le explica al paciente la importancia de la comunicación con el personal sanitario y el entorno cercano, para después exponer teóricamente y mediante ejemplos, los distintos estilos de comunicación. Se organizan entrenamientos grupales mediante *role-playing*, planteando situaciones cotidianas. A lo largo de las sesiones, cumplimentarán un autorregistro de entrenamiento en contextos de comunicación asertiva que se presenta en la tabla 14 (Anexo 15).

Módulo de mejora de la Perspectiva Vital. Se destaca la importancia de generar un propósito de vida en los pacientes. El objetivo es ayudar a los pacientes a elaborar metas futuras adaptadas a su nueva situación, mientras se hacen conscientes los logros y dificultades pasadas que se han conseguido superar. Además, se incluye la planificación sobre cómo hacer frente a los obstáculos futuros, mediante las estrategias de afrontamiento aprendidas.

Módulo de Prevención de Recaídas. Este es un aspecto crucial para asegurar la continuidad del tratamiento y evitar el deterioro del estado psicosocial del paciente, favoreciendo así el mantenimiento del cambio terapéutico tras la intervención. Durante las 2 últimas sesiones, se lleva a cabo la identificación de situaciones futuras de riesgo y la planificación por pasos de las estrategias aprendidas que se implementarían ante dichos sucesos, estableciendo de esta forma un plan de acción futuro.

5.1.8. Evaluación Post-Intervención y Seguimiento

Tras finalizar el tratamiento, se lleva a cabo una segunda evaluación individual. En esta etapa, se administran los instrumentos de evaluación psicológica que se habían completado en la primera fase, a excepción de la entrevista clínica. Esta medida permite comprobar la efectividad del programa en la mejora de la CVRS y la sintomatología ansiosa-depresiva de los pacientes, así como la adquisición de estrategias de afrontamiento y creencias más adaptativas sobre la ERC y la HDD. Además, para constatar el mantenimiento de los resultados, se establece un seguimiento a largo plazo que comprende los 3, 6 y 12 meses. Estas evaluaciones periódicas tienen como finalidad monitorizar e identificar los cambios positivos (progresos) o negativos (deterioros) en las variables medidas en comparación con las fases pre- y post-evaluación.

6. Conclusiones

Los hallazgos de esta revisión bibliográfica sugieren que los pacientes en HDD:

- Mostraron una CVRS con una preservación mayor en los dominios genéricos de carácter mental que en los de carácter físico, además de la conservación de diversos dominios específicos. Asimismo, la HDD se mostró significativamente superior a la HD hospitalaria pero la Tx fue significativamente superior a la HDD, no encontrando diferencias con la DP.
- Manifestaron una baja presencia de síntomas psicológicos, mostrando significativamente un menor malestar psicológico en comparación con los pacientes en HD hospitalaria, con diferencias significativas en Somatización, Depresión, Ansiedad y Ansiedad Fóbica.
 - Cuando se analizan específicamente los niveles de Ansiedad y Depresión, los pacientes en HDD manifestaron una alta presencia de síntomas depresivos y ansiosos en comparación con la población general, que se mantuvieron en el tiempo. Los pacientes en HDD mostraron los menores síntomas en comparación con la HD hospitalaria y DP, pero sin diferencias significativas, salvo en ansiedad, siendo significativamente superior en DP.
- Percibieron un nivel medio de apoyo social, similar al de la población general y sin diferencias significativas con los pacientes en HD hospitalaria.
- Respecto a la percepción de la experiencia de la enfermedad:
 - Percibieron una elevada capacidad de autocuidado y autoeficacia, sin diferencias significativas con los pacientes en HD hospitalaria y DP.
 - Percibieron una interferencia moderada-baja de la enfermedad, sin diferencias significativas con los pacientes en HD hospitalaria y DPA, pero si con los pacientes en DPCA, quienes indicaron significativamente como factor causal de la ERC la atención médica deficiente.

- Percibieron una interferencia baja asociada al tratamiento, sin diferencias significativas con los pacientes en DP y con resultados no concluyentes respecto a los pacientes en HD hospitalaria.
- Manifestaron un nivel elevado de adaptación psicosocial, sin diferencias significativas con los pacientes en DP y con resultados no concluyentes respecto a los pacientes en HD hospitalaria.
- Manifestaron un bienestar, perspectiva y satisfacción vital elevados y estables en el tiempo, sin diferencias significativas con los pacientes en HD hospitalaria.
- Factores demográficos:
 - Un alto nivel educativo se relacionó con una mayor puntuación en el Componente Sumario Mental, mientras que el género masculino y tener empleo se relacionó con una mayor puntuación en el Componente Sumario Físico.
- Factores clínicos:
 - Mayores niveles de hemoglobina en sangre y menores niveles de glucosa en ayunas se asociaron con una mayor puntuación en el Componente Sumario Físico;
 - Una disminución en los niveles de b2 microglobulina y creatinina en suero se vincularon con una menor Carga de la Enfermedad Renal;
 - Una mayor duración de la terapia se relacionó con una mejoría en el Rol Emocional; y,
 - Se ha relacionado que los pacientes que no recibían tratamiento de HDD (HD hospitalaria, DPCA y DPA) presentaban mayores puntuaciones en el CDI.

Referencias Bibliográficas

- Ageborg, M., Allenius, B.L. & Cederfjäll, C. (2005). Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: a comparative study. *Hemodialysis International*, 9(1), 8-14. doi: [10.1111/j.1542-4758.2005.01164.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2005.01164.x)
- Andreu, D., Moreno, M.C., y Hidalgo, M.Á. (2016). Situación actual de la hemodiálisis domiciliaria. *Enfermería Nefrológica*, 19(2), 165-169. doi: [10.4321/S2254-28842016000200009](https://doi.org/10.4321/S2254-28842016000200009)
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers.
- Aránega, S., Guillén, I., Blanco, M. y Crespo, R. (2022). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 216-227. doi: [10.37551/52254-28842022022](https://doi.org/10.37551/52254-28842022022)
- Asociación Europea de Enfermeras de Diálisis y Trasplantes / Asociación Europea de Cuidado Renal [EDTNA / ERCA]. Vivir con hemodiálisis domiciliaria. <https://homehd.edtnerca.org/sp/healthcare-professionals/living-with-home-haemodialysis>
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. & ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British journal of psychiatry*, 179, 308–316. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- Becerril, M. (2021). Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 31(2). doi: [/10.25009/pys.v31i2.2697](https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2697)
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588–597. doi: [/10.1207/s15327752jpa6703_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13)

- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*.
- Cafazzo, J.A., Leonard, K., Easty, A.C., Rossos, P.G. & Chan, C.T. (2009) Patient-perceived barriers to the adoption of nocturnal home hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(4), 784-789.
doi: [10.2215/CJN.05501008](https://doi.org/10.2215/CJN.05501008)
- Canalejo, D., García, Á. y Sánchez, A. (2023). Complicaciones no infecciosas de la diálisis peritoneal. *Anales de Nefrología Pediátrica*, 1(6), 185-190.
<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/TE2042avalial-HemodialisisDomiciliaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cardone, K.E., Manley, H.J., Grabe, D.W., Meola, S., Hoy, C.D. & Bailie, G.R. (2011). Quantifying home medication regimen changes and quality of life in patients receiving nocturnal home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 15(2), 234-242. doi: [10.1111/j.1542-4758.2011.00539.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2011.00539.x)
- Cen, R.S., Hernández, K., Mena, S., Zamora, D., Zeledón, J. y Herrera A. (2020). Enfermedad Renal Crónica. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina Universidad de Costa Rica – Hospital San Juan de Dios (UCR-HSJD)*, 10(4), 58-66. doi: [10.15517/rc_ucr-hsjd.v10i4.40511](https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v10i4.40511)
- Concepción-Zavaleta, M., Cortegana-Aranda, J., Ocampo-Rujel, N. y Gutiérrez-Portilla, W. (2015). Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 28(2), 72-78.
http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista_28_2_2015/articulo_original2.pdf
- Costa-Requena, G., Cantarell, M^a.C. Moreso, F., Parramon, G. y Seron, D. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en el trasplante renal: seguimiento

- longitudinal a 2 años. *Medicina Clínica*, 149(3), 114-118. doi: [10.1016/j.medcli.2017.02.032](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.02.032)
- Courts, N.F. & Boyette, B.G. (1998). Psychosocial adjustment of males on three types of dialysis. *Clinical Nursing Research*, 7(1), 47-63. doi: [10.1177/105477389800700105](https://doi.org/10.1177/105477389800700105)
- Courts, N.F. (2000). Psychosocial adjustment of patients on home hemodialysis and their dialysis partners. *Clinical Nursing Research*, 9(2), 177-190. doi: [10.1177/105477380000900206](https://doi.org/10.1177/105477380000900206)
- Dahlem, N.W., Zimet, G.D. & Walker, R.R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *Journal of clinical psychology*, 47(6), 756–761. doi: [10.1002/1097-4679\(199111\)47:6<756::aid-jclp2270470605>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::aid-jclp2270470605>3.0.co;2-1)
- Derogatis, L.R. (1975). Brief Symptom Inventory. *Clinical Psychometric Research*.
- Derogatis L.R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of psychosomatic research*, 30(1), 77–91. doi: [10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)
- Devins, G.M., Binik, Y.M., Hutchinson, T.A., Hollomby, D.J., Barre, P.E. & Guttman, R.D. (1983). Illness Intrusiveness Ratings Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. doi: [10.1037/t32545-000](https://doi.org/10.1037/t32545-000)
- Eloot, S., Holvoet, E., Dequidt, C., Maertens, S.J., Vanommeslaeghe, F. & Van Biesen, W. (2021). The complexity of sleep disorders in dialysis patients. *Clinical Kidney Journal*, 14(9), 2029-2036. doi: [10.1093/ckj/sfaa258](https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa258)
- EuroQol Group (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199–208. doi: [10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Evers, G.C.M. (1989). *Appraisal of self-care agency A.S.A.-scale : reliability and validity testing of the Dutch version of the A.S.A.-scale measuring Orem's concept 'Self-Care Agency'*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Van Gorcum. doi: [10.26481/dis.19890629ge](https://doi.org/10.26481/dis.19890629ge)

- Feeny, D., Furlong, W., Boyle, M. & Torrance, G.W. (1995). Multi-attribute health status classification systems. Health Utilities Index. *Pharmacoeconomics*, 7(6), 490–502. doi: [10.2165/00019053-199507060-00004](https://doi.org/10.2165/00019053-199507060-00004).
- Fernández, R., Núñez, M., Peláez, B. y Fernández, M. (2020). Experiencias de vida en la transición de modalidad dialítica: de hemodiálisis a diálisis peritoneal. *Cogitare enfermagem*, 25. doi: [10.5380/ce.v25i0.71416](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71416)
- Finkelstein, F.O., Schiller, B., Daoui, R., Gehr, T.W., Kraus, M.A., Lea, J., Lee, Y., Miller, B.W., Sinsakul, M. & Jaber, B.L. (2012). At-home short daily hemodialysis improves the long-term health-related quality of life. *Kidney International*, 82(5), 561-569. doi: [10.1038/ki.2012.168](https://doi.org/10.1038/ki.2012.168)
- Fong, E., Bargman, J.M. & 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. doi: [10.2215/CJN.02260507](https://doi.org/10.2215/CJN.02260507)
- Gárate M.B., Mena R., Cañarte, C.C., Sarmiento, M.J., Delgado, D.A. y Santana M.F. (2019). Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. *Dominio de las Ciencias*, 5(1), 218-241.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869936>
- 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://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2085548&pid=S2254-2884201600040000400025&lng=es
- Garg, A.X., Suri, R.S., Eggers, P., Finkelstein, F.O., Greene, T., Kimmel, P.L., Kliger, A.S., Larive, B., Lindsay, R.M., Pierratos, A., Unruh, M. & Chertow, G.M. (2017). Patients receiving frequent hemodialysis have better health-related quality of life compared to patients receiving conventional hemodialysis. *Kidney International*, 91(3), 746-754. doi: [10.1016/j.kint.2016.10.033](https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.10.033)
- Gómez, L., Pac, N., Manresa, M., Lozano, S. y Chevarria, J.L. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 112-117. doi: [/10.4321/S2254-28842015000200006](https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000200006)

- Gómez, M., Ruiz, M. del C., Crespo, M., Gómez, V.E. y Crespo, R. (2017). Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 295-304. doi: [/10.4321/s2254-28842017000400003](https://doi.org/10.4321/s2254-28842017000400003)
- González, M^a.T., Ramalle-Gómara, E., Castellón, E., Bover, J., Gómez-Alamillo, C. y Grupo ENOD-SEDYT (2008). Características clínicas y analíticas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en España. Proyecto ENOD (Estudio Nacional de Optimización de Diálisis). *Diálisis y Trasplante*, 29(4), 150-165. doi: [10.1016/S1886-2845\(08\)75058-6](https://doi.org/10.1016/S1886-2845(08)75058-6)
- 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. doi: [10.1016/j.nefro.2018.04.004](https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004)
- Greenberg, G.D. & 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. & 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). doi: [10.1136/bmjopen-2021-053588](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053588)
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M. & 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. doi: [10.1016/j.jpsychores.2010.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.008)
- Guillén-Riquelme, A. y Buena-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. <https://www.psycothema.com/pdf/3916.pdf>
- Gutiérrez, D., Leiva-Santos, J.P., Macías, M.J., y Cuesta, A.I. (2017). Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5. *Enfermería Nefrológica*, 20(3), 259-266. doi: [10.4321/S2254-28842017000300010](https://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
- Hawthorne, G., Richardson, J. & Osborne, R. (1999). The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 8(3), 209–224. doi: <https://doi.org/10.1023/a:1008815005736>
- Hays, R.D., Kallich, J.D., Mapes, D.L., Coons, S.J., & Carter, W.B. (1994). Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 3(5), 329–338. doi: [10.1007/BF00451725](https://doi.org/10.1007/BF00451725)
- Heidenheim, A.P., Muirhead, N., Moist, L. & Lindsay, R.M. (2003). Patient quality of life on quotidian hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(1), 36-41. doi: [10.1016/S0272-6386\(03\)00536-5](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(03)00536-5)
- Heilbronner R.L., Greenberg G.D. & Peterson R. A. (1984). *The Treatment Effects Questionnaire*.
- Herbias, L., Aguirre, R., Bravo, H. y Avilés, L. (2016). Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. *Enfermería nefrológica*, 19(1), 37-44.
https://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v19n1/05_original4.pdf
- Hudson, W.W. (1987). *Generalized contentment scale*. In J. Fischer & K. Corcoran (Eds.), *Measures for clinical practice: A sourcebook*. (pp. 165-167). New York: Free Press.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social science & medicine. Part A, Medical sociology*, 15(3 Pt 1), 221–229. doi: [10.1016/0271-7123\(81\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90005-5)

- Jansz, T.T., Bonenkamp, A.A., Boereboom, F.T.J., van Reekum, F.E., Verhaar, M.C. & van Jaarsveld, B.C. (2018). Health-related quality of life compared between kidney transplantation and nocturnal hemodialysis. *Plos One*, 13(9), 1-11. doi: [10.1371/journal.pone.0204405](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204405)
- Kitsche, B. & Bach, D. (2021). Heimhämodialyse: Aktuelle Aspekte und Wandel in der Nierenersatztherapie. *Der nephrologe*, 16(5), 292–298. doi: [10.1007/s11560-021-00517-y](https://doi.org/10.1007/s11560-021-00517-y)
- Kooistra, M.P., Vos, J., Koomans, H.A. & Vos, P.F. (1998). Daily home haemodialysis in The Netherlands: effects on metabolic control, haemodynamics, and quality of life. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13(11), 2853-2860. doi: [10.1093/ndt/13.11.2853](https://doi.org/10.1093/ndt/13.11.2853)
- Lev, E.L. & Owen, S.V. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in nursing & health*, 19(5), 421-429. doi: [10.1002/\(sici\)1098240x\(199610\)19:5<421::aid-nur6>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1098240x(199610)19:5<421::aid-nur6>3.0.co;2-s)
- Manns, B.J., Walsh, M.W., Culleton, B.F., Hemmelgarn, B., Tonelli, M., Schorr, M. & Klarenbach, S. (2009). Nocturnal hemodialysis does not improve overall measures of quality of life compared to conventional hemodialysis. *Kidney International*, 75(5), 542-549. doi: [10.1038/ki.2008.639](https://doi.org/10.1038/ki.2008.639)
- Martínez, Y., Quintana, M., Roca, M.Á., Gayol, E.G., González, Y. y Cruz, R. (2024). Perspectivas teóricas. Intervención psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, una revisión narrativa. *Revista clínica contemporánea*, 15(1). doi: <https://doi.org/10.5093/cc2024a1>
- Moreno, A., Sanz, R., Benítez, L. y Romero, R. (2013). Factores que generan ansiedad a los pacientes en diálisis: influencia de la antigüedad del tratamiento. *Enfermería Nefrológica*, 16(1), 188. doi: [/10.4321/S2254-28842013000500096](https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000500096)
- Murphy, S.P., Powers, M.J. & Jalowiec, A. (1985). Psychometric evaluation of the hemodialysis stressor scale. *Nursing Research*, 34(6), 368-371. https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/1985/11000/psychometric_evaluation_of_the_hemodialysis.18.aspx

- 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
- National Kidney Foundation [NKF] (2002). Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American journal of kidney diseases*, 39(2 Supplement 1), S1–S266. https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
- Organización Nacional de Trasplantes [ONT] (2021). *Registro Español de Enfermos Renales (REER): Informe 2021*. <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/01/MEMORIA-REER-2020.pdf>
- 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., Tianjing, L., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., [...] Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>
- Painter, P., Krasnoff, J.B., Kuskowski, M., Frassetto, L. & Johansen, K. (2012). Effects of modality change on health-related quality of life. *Hemodialysis International*, 16(3), 377-386. doi: [10.1111/j.1542-4758.2012.00676.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2012.00676.x)
- 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. *Revista de Nefrología*, 35(1), 1-5. <https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v35n1/editorial.pdf>
- Picariello, F., Moss-Morris, R., Norton, S., Macdougall, I.C., Da Silva-Gane, M., Farrington, K., Clayton, H. & Chilcot, J. (2020). Feasibility Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Fatigue in Hemodialysis (BReF Intervention). *Journal of pain and symptom management*, 61(6), 1234–1246. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.005)

- Rocco, M.V., Lockridge Jr, R.S, Beck, G.J., Eggers, P.W., Gassman, J.J., Greene, T., Larive, B., Chan, C.T., Chertow, G.M., Copland, M., Hoy, C.D., Lindsay, R.M., Levin, N.W., Ornt, D.B., Pierratos, A., Pipkin, M.F., Rajagopalan, S., Stokes, J.B., Unruh, M.L., [...] Frequent Hemodialysis Network (FHN) Trial Group (2011). Effects of Frequent Nocturnal Hemodialysis on Mortality: The Frequent Hemodialysis Network (FHN) Nocturnal Trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 80(10), 1080–1091. doi: [10.1053/j.ajkd.2015.02.331](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.02.331)
- Romero, A.B., Serrano, E. y Crespo, R. (2018). Estado actual de la utilización de la hemodiálisis domiciliaria: revisión integrativa. *Enfermería Nefrológica*, 21(1), 63-74. doi: [10.4321/S2254-28842018000100008](https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000100008)
- Schrier, R.W. (2015). El paciente con enfermedad renal crónica. En M. Chonchol y J. B. Kendrick (Ed.), *Manual de nefrología* (8ª ed., pp. 241-252). Wolters Kluwer Health. <https://elibro-net.ezbusc.usc.gal/es/ereader/busca/125318?page=5>
- Snaith, R.P., Baugh, S.J., Clayden, A.D., Husain, A. & 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, 518–523. doi: <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 Española de Nefrología [SEN]. (2024, 23 de febrero). *Un estudio español demuestra que los pacientes renales que realizan la diálisis en su domicilio presentan menores niveles de depresión y ansiedad que los pacientes trasplantados o que reciben la diálisis en centros sanitarios* [Comunicado de prensa]. <https://prensa.euromediagrupo.es/attachment/2560412/>
- Sociedad Gallega de Nefrología [SGAN]. (2020). *Registro de enfermos renales de Galicia*. https://www.sergas.es/Doazon-e-Transplantes/Documents/226/REXER_2020p.pdf
- 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. & 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. doi: [10.23876/j.krcp.2018.37.1.77](https://doi.org/10.23876/j.krcp.2018.37.1.77)
- Soskolne, V. & De-Nour, A.K. (1987). Psychosocial adjustment of home hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis and hospital dialysis patients and their spouses. *Nephron*, 47(4), 266-273. doi: [10.1159/000184522](https://doi.org/10.1159/000184522)
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.D. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- 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.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2007/anyes2007a15.pdf>
- Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J.C., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D.W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S. & Strippoli, G.F. (2013). The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *BMJ open*, 3(1). doi: [/10.1136/bmjopen-2012-002148](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002148)
- Torrance, G. W., Thomas, W.H. & 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/>
- Unruh, M.L., Larive, B., Chertow, G.M., Eggers, P.W., Garg, A.X., Gassman, J., Tarallo, M., Finkelstein, F.O. & Kimmel, P.L. (2013). Effects of 6-times-weekly versus 3-times-weekly hemodialysis on depressive symptoms and self-reported mental health: Frequent Hemodialysis Network (FHN) Trials. *American Journal of Kidney Diseases*, 61(5), 748-758. doi: [10.1053/j.ajkd.2012.11.047](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.11.047)
- Vadakedath, S. & Venkataramana, K. (2017). Dialysis: A Review of the Mechanisms Underlying Complications in the Management of Chronic Renal Failure. *Cureus*, 9(8), 1-8. doi: [10.7759/cureus.1603](https://doi.org/10.7759/cureus.1603)
- Vallejos, J.F. y Ortega, E.Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214. doi: [10.22235/cp.v12i2.1683](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>
- Van Eps, C.L., Jeffries, J.K., Johnson, D.W., Campbell, S.B., Isbel, N.M., Mudge, D.W. & Hawley, C.M. (2010). Quality of life and alternate nightly nocturnal home hemodialysis. *Hemodialysis International*, 14, 29-38. doi: [10.1111/j.1542-4758.2009.00419.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2009.00419.x)
- Vega, A. (2024). Hemodiálisis domiciliaria. *Nefrología al día*. <https://tinyurl.com/hemodialisisdomiciliaria>
- Vélez, E. (2013). Creencias sobre la insuficiencia renal crónica entre expertos y profanos. *Enfermería Nefrológica*, 16(3), 168-178. doi: [10.4321/S2254-28842013000300005](https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000300005)
- Vidau, P., Rodríguez, M. y Díaz, C. (2018). ¿Es el tiempo de la hemodiálisis domiciliaria? *Nefrología*, 10(1), 1-7. <https://www.revistanefrologia.com/en-pdf-X1888970018627949>
- Villate, S., Ledesma, M.J. y Martín, J.J. (2014). Dolor neuropático en pacientes renales crónicos: revisión de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(3), 175-181. doi: [10.4321/S1134-80462014000300008](https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000300008)
- Vos, P.F., Zilch, O., Jennekens-Schinkel, A., Salden, M., Nuyen, J., Kooistra, M.M.P., van Huffelen, A.C. & Sitskoorn, M.M. (2006). Effect of short daily home haemodialysis on quality of life, cognitive functioning and the electroencephalogram. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21(9), 2529-2535. doi: [10.1093/ndt/gfl256](https://doi.org/10.1093/ndt/gfl256)
- Walker, R.C., Howard, K., & Morton, R. L. (2017). Home hemodialysis: a comprehensive review of patient-centered and economic considerations. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 9, 149–161. doi: [10.2147/CEOR.S69340](https://doi.org/10.2147/CEOR.S69340)
- Walker, R.C., Tong, A., Howard, K., Darby, N. & Palmer, S.C. (2020). Patients' and caregivers' expectations and experiences of remote monitoring for peritoneal dialysis: A qualitative interview study. *Peritoneal dialysis international: journal*

- of the International Society for Peritoneal Dialysis, 40(6), 540–547. doi: [/10.1177/0896860820927528](https://doi.org/10.1177/0896860820927528)
- Ware, J.E., Kosinski, M. & 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. doi: [/10.1097/00005650-199603000-00003](https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003)
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide* (1ª ed.). The Health Institute. <https://n9.cl/pjre8>
- Watanabe, Y., Ohno, Y., Inoue, T., Takane, H., Okada, H. & Suzuki, H. (2014). Home hemodialysis and conventional in-center hemodialysis in Japan: a comparison of health-related quality of life. *Hemodialysis International*, 18(1), 32-38. doi: [10.1111/hdi.12221](https://doi.org/10.1111/hdi.12221)
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445. doi: <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Weisberg, H.F., & Miller, A.H. (1979). Evaluation of the feeling thermometer. *A Report to the National Election Study Board Based on Data from the 1979*. <https://electionstudies.org/wp-content/uploads/2018/07/nes002241.pdf>
- 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. & 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. doi: [10.1111/nep.13429](https://doi.org/10.1111/nep.13429)
- Woods, J.D., Port, F.K., Stannard, D., Blagg, C.R. & Held, P.J. (1996). Comparison of mortality with home hemodialysis and center hemodialysis: a national study. *Kidney international*, 49(5), 1464-1470. doi: <https://doi.org/10.1038/ki.1996.206>
- Wright, L.S. & 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>

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
doi: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

Índice de Tablas

Tabla 9. Objetivos y técnicas de intervención.....pág. 46-47

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática.....pág. 12

Apéndice: Listado de Acrónimos

- AQoL. *Assessment of Quality of Life*
- ASA-Scale. *Appraisal of Self-Care Agency Scale*
- BDI-II. *Beck Depression Inventory-II*
- BSI. *Brief Symptom Inventory*
- CAS. *Clinical Anxiety Scale*
- CDI. *Cognitive Depression Index*
- CHUS. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
- CV. Calidad de Vida
- CVRS. Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- DP. Diálisis Peritoneal
- DPA. Diálisis Peritoneal Automatizada
- DPCA. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
- eGFR. Receptor del factor de crecimiento epidérmico
- EDTNA. Asociación Europea de Enfermeras de Diálisis y Trasplantes
- ENRICA-RENAL. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España
- EQ-5D. *Euroqol-EQ-5D index*
- ERC. Enfermedad Renal Crónica
- ERCA. Enfermedad Renal Crónica Avanzada
- ERCA. Asociación Europea de Cuidado Renal
- ERCT. Enfermedad Renal Crónica Terminal
- GCS. *Generalized Contentment Scale*
- HADS. *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- HD. Hemodiálisis
- HDD. Hemodiálisis domiciliaria
- HSS. *Hemodialysis Stressor Scale*
- HUI. *Health Utilities Index*
- IEQ. *Illness Effects Questionnaire*

IIRS. *Illness Intrusiveness Ratings Scale*
IPQ. *Illness Perceptions Questionnaire*
KDOQI. *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*
KDQoL-SF. *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*
LDL. Lipoproteínas de baja densidad
LRA. Lesión Renal Aguda
MSPSS. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*
NHP. *Nottingham Health Profile*
NKF. *National Kidney Foundation*
ONT. Organización Nacional de Trasplantes
PAIS-SR. *Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report*
pmp. Pacientes por millón de habitantes
RAND-36. *RAND 36-item Health Survey*
REER. Registro Español de Enfermos Renales
REXER. Registro de Enfermos Renales de Galicia
SEN. Sociedad Española de Nefrología
SF-12. *Short Form-12 Health Survey*
SF-36. *Short Form-36 Health Survey*
SGAN. Sociedad Gallega de Nefrología
SOC questionnaire. *Sense of Coherence questionnaire*
STAI. *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*
SUPPH. *Strategies Used by People to Promote Health*
TEQ. *Treatment Effects Questionnaire*
TFG. Tasa de filtración glomerular
TRS. Tratamientos Renales Sustitutivos
Tx/TR. Trasplante renal

Anexos

Anexo 1

Tabla-resumen de los estadios de la ERC

Tabla 1

Clasificación de la ERC por estadios

Estadio	Descripción	TFG (ml/min por 1,73 m ²)
-	Alto riesgo (sin daño renal)	≥ 60 (con factores de riesgo para ERC)
1	Daño renal con TFG normal o aumentada	≥ 90
2	Daño renal con disminución leve de la TFG	60-89
3	Disminución moderada de la TFG	30-59
4	Disminución grave de la TFG	15-29
5	Insuficiencia renal/ Falla renal terminal	<15 (o diálisis)

Nota. Fuente: Adaptado de “Manual de Nefrología” (p.242), por R.W. Schrier, 2015, *Wolters Kluwer Health*.

Abreviaturas: TFG= Tasa de filtración glomerular.

Anexo 2

Tabla-resumen de las principales ventajas y desventajas de la HDD

Tabla 2

Ventajas y desventajas de la HDD

Ventajas	Desventajas
Mayor flexibilidad en la elección del horario para cada sesión de diálisis;	Se requiere disponer de espacio en el hogar para la maquinaria, el sistema de agua (si es necesario) y los suministros;
Frecuencia más corta entre cada una de las sesiones;	Debe haber un asistente presente mientras el paciente realiza la diálisis;
Mayor sensación de control e independencia al poder programar el tratamiento de acuerdo con el estilo de vida del paciente;	Para dializarse, el paciente debe aprender a introducirse por sí mismo las agujas, lo que puede generar emociones de miedo o asco.
La persona no tiene que trasladarse constantemente al centro de diálisis;	
Mejora de la CV y bienestar emocional por la mayor sensación de autonomía, libertad y comodidad;	
Reducción en términos de costos (transporte y tiempo).	

Nota. Adaptado de “Cómo elegir un tratamiento para la insuficiencia renal” (p.10), por NKF, 2022. Abreviaturas: CV= Calidad de vida.

Anexo 3

Tabla-resumen de los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Edad de los participantes de los estudios (muestra): mayores de 18 años;	Artículos sobre la prevalencia de las variables psicológicas en pacientes en HDD durante la pandemia COVID-19 o que presenten otras condiciones (por ejemplo, embarazo, etc.);
Estudios empíricos (primarios) que utilicen instrumentos estandarizados de evaluación psicológica (por ejemplo, entrevistas diagnósticas, cuestionarios, escalas, etc.);	Investigaciones que empleen una sola muestra con grupos de edad combinados: participantes pediátricos (población infantil) y adultos (mayores de 18 años);
Investigaciones que aborden las tres modalidades de HDD (diaria y breve, nocturna y convencional);	Revisiones bibliográficas o sistemáticas, metaanálisis, guías clínicas, protocolos de investigación clínica, Trabajos de Fin de Grado (TFG), Trabajos de Fin de Máster (TFM), tesis doctorales, etc.;
Idioma de los artículos: inglés.	Estudios cuyo tamaño muestral sea de N=1.

Nota. HDD: Hemodiálisis domiciliaria; N: Número de participantes.

Anexo 4

Tabla-resumen de los estudios revisados

Tabla 4

Principales características de los estudios analizados sobre el impacto psicosocial de la HDD en la ERC

Autores (año), país	Participantes/ Muestra	Objetivo del estudio	Instrumentos	Principales resultados relacionados con el impacto psicosocial
Ageborg et al. (2005), Suecia	<p>N total= 19</p> <p>HDD: n= 5 Edad: 47 ± 7,8 (39-55) años H: 4 (80%) M: 1 (20%)</p> <p>HD en centro de diálisis convencional -de autocuidado- (3 veces/semana): n= 6 Edad: 47 ± 9,6 (33-62) años H: 5 (83,3%) M: 1 (16,7%)</p> <p>HD en centro de diálisis</p>	<p>Evaluar si existen diferencias en la percepción de la CVRS, capacidad de autocuidado y sentido de coherencia con la vida, entre los pacientes de HD en centro de diálisis (de autocuidado y por enfermeras) y los pacientes de HDD.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>CVRS: SF-36</p> <p>Percepción de capacidad de autocuidado: ASA-Scale</p> <p>Sentido de coherencia con la vida: SOC questionnaire</p>	<p>SF-36: La significación estadística se refiere exclusivamente a las modalidades de TRS</p> <p>-Función física: HDD (82) vs HD de autocuidado (75) vs HD por enfermeras (55) vs GC (89); $p < 0,05$</p> <p>-Rol Físico: HDD (80) vs HD de autocuidado (45) vs HD por enfermeras (21) vs GC (84); $p < 0,05$</p> <p>-Dolor Corporal: HDD (62) vs HD de autocuidado (63) vs HD por enfermeras (61) vs GC (77); $p > 0,05$</p> <p>-Salud General: HDD (50) vs HD de autocuidado (36) vs HD por enfermeras (44) vs GC (79); $p > 0,05$</p> <p>-Rol Emocional: HDD (80) vs HD de autocuidado (71) vs HD por enfermeras (41) vs GC (89); $p < 0,05$</p> <p>-Vitalidad: HDD (55) vs HD de autocuidado (45) vs HD por enfermeras (49) vs GC (70); $p > 0,05$</p> <p>-Función Social: HDD (90) vs HD de autocuidado (63) vs HD por enfermeras (62) vs GC (85); $p < 0,05$</p> <p>-Salud Mental: HDD (72) vs HD de autocuidado (66) vs HD por enfermeras (56) vs GC (80); $p > 0,05$</p> <p>Diferencias significativas en Función Física, Rol Físico, Rol Emocional y Función Social, a favor de la HDD.</p>

	<p>convencional -por enfermeras- (3 veces/semana): n= 8 Edad: 60 ± 9,7 (43–74) años H: 7 (87,5%) M: 1 (12,5%)</p> <p>Población general (GC) n= 9.000</p>			<p>ASA-Scale: -HDD: 92 ± 8 (83-104) vs HD de autocuidado: 87 ± 6 (76-93) vs HD por enfermeras: 85 ± 9,5 (73-99); $p > 0,05$ No hubo diferencias significativas.</p> <p>SOC questionnaire: -HDD: 149 ± 27,3 (109–171) vs HD de autocuidado: 146 ± 26,3 (114-175) vs HD por enfermeras: 138 ± 29,6 (92–165); $p > 0,05$ No hubo diferencias significativas.</p>
<p>Cafazzo et al. (2009), Canadá</p>	<p>N total= 209</p> <p>HDD nocturna frecuente (4-6 veces/semana): n= 56 Edad: 47 ± 13,4 años H: 60% M: 40%</p> <p>HD hospitalaria convencional (3 veces/semana): n= 153 Edad: 55,4 ± 16,2 años H: 56,3% M: 43,7 %</p>	<p>Determinar las barreras percibidas para la adopción de la HDD por parte de pacientes en HD hospitalaria.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>CVRS: SF-12</p> <p>Percepción de capacidad de cuidado: ASA-Scale</p> <p>Ansiedad estado-rasgo: STAI</p> <p>Apoyo social percibido de familia y amigos: MSPSS</p>	<p>SF-12: -PCS: HDD (41,47 (10,9)) vs HD hospitalaria (34,73 (10,6)); $p = 0,001$ -MCS: HDD (47,3 (11,1)) vs HD hospitalaria (45,27 (11,3)); $p = 0,251$ Diferencias significativas en PCS, a favor de la HDD.</p> <p>ASA-Scale: -HDD (3,91 (0,33)) vs HD hospitalaria (3,85(0,41)); $p = 0,394$ No hubo diferencias significativas.</p> <p>STAI: -Estado: HDD (38,15 (10,68)) vs HD hospitalaria (38,44 (13,39)); $p = 0,882$ -Rasgo: HDD (37,93 (10,19)) vs HD hospitalaria (39,68 (12,32)); $p = 0,35$ No hubo diferencias significativas.</p> <p>MSPSS: -HDD (5,42 (1,23)) vs HD hospitalaria (5,18 (1,49)); $p = 0,274$ No hubo diferencias significativas.</p>

Cardone et al. (2011), EE. UU.	<p>HDD nocturna: N total= 35 Edad: 54,2 ± 10,8 años H: 24 (68,6%) M: 11 (31,4%)</p>	<p>-Evaluar el régimen de tratamiento farmacológico y los efectos de la HDD en la carga de medicación del paciente. Se recopila información sobre la medicación al comienzo de la HDD y a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses.</p>	CVRS: SF-36	<p>SF-36: -HDD: LB: 50 (28); 6M: 72 (20); 12M: 72 (17,5); 24M: 66 (23); $p < 0,05$ Diferencias significativas a partir del 6º mes.</p> <p>Ninguna de las medidas de la complejidad del régimen de medicación correlacionó ($p > 0,05$) con la puntuación del SF-36 (datos no mostrados).</p>
		<p>-Evaluar la CV en los pacientes de HDD y su posible correlación con el régimen farmacológico. Se recopilan las puntuaciones del SF-36 al inicio, a los 6, 12 y 24 meses.</p>		
		Diseño longitudinal.		
Courts (2000), EE. UU.	<p>N total= 28 HDD: n= 14 Edad: 22-75 años (\bar{x}= 52,1) H: 10 (71,4%)</p>	<p>-Evaluar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes y sus compañeros de diálisis.</p>	<p>Magnitud de la ansiedad resultante de eventos o situaciones específicas: CAS Grado, severidad o</p>	<p>CAS: -HDD: Rango (0-43), \bar{x} (15) La mayoría de los pacientes manifestaron niveles bajos de ansiedad.</p> <p>GCS: -HDD: Rango (9-56), \bar{x} (20,7) La mayoría de los pacientes manifestaron niveles bajos de gravedad de</p>

<p>M: 4 (28,6%) Compañeros de diálisis (madres, parejas, amigos y hermanos) n= 14 Edad: 34-70 años (\bar{x}= 41,8) H: 13 (92,9%) M: 1 (7,1%)</p>	<p>-Evaluar en los pacientes la adaptación psicosocial a la enfermedad, la percepción sobre los factores estresantes relacionados con la HDD y las razones para elegir esta TRS.</p>	<p>magnitud de la depresión no psicótica: GCS Tipo y gravedad de los factores estresantes específicos de la HD percibidos por los pacientes: HSS</p>	<p>la depresión. HSS: -HDD: Rango (8-62), \bar{x} (33) La mayoría de los pacientes no identificaron niveles elevados de factores estresantes relacionados con la diálisis. PAIS-SR: -HDD: Rango (32-67), \bar{x} (49,1); La mayoría de los pacientes manifestaron un nivel medio de adaptación psicosocial.</p>	
	<p>Diseño transversal.</p>	<p>Adaptación psicosocial de poblaciones con afecciones crónicas o prolongadas: PAIS-SR</p>	<p>STAI: -HDD: Estado [Rango (23-56), \bar{x} (37,6)] -HDD: Rasgo [Rango (30-56), \bar{x} (37,4)] La mayoría de los pacientes no experimentaron niveles excesivos de ansiedad.</p>	
<p>Courts & Boyette (1998), EE. UU.</p>	<p>N total= 15 HDD: n= 5 Edad (\bar{x}): 47,6 (43-53 años) H: 5 (100%) M: 0% HD en centro de diálisis: n= 5 Edad (\bar{x}): 47,8 (45-53</p>	<p>Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y ajuste psicosocial a la enfermedad en pacientes que se someten a tres modalidades de diálisis e identificar la percepción de factores estresantes de la HD en aquellos que reciben HDD y</p>	<p>Magnitud de la ansiedad resultante de eventos o situaciones específicas: CAS Grado, severidad o magnitud de la depresión no psicótica: GCS Tipo y gravedad de los factores</p>	<p>CAS: -HDD [Rango (3-17), \bar{x} (10,4)] vs HD hospitalaria [Rango (14-48), \bar{x} (30,6)] vs DP [Rango (20-62), \bar{x} (33,6)]; $p < 0,0467$ Diferencias significativas a favor de la HDD cuando se comparó con la DP. GCS: -HDD [Rango (2-39), \bar{x} (20,4)] vs HD hospitalaria [Rango (14-62), \bar{x} (41,2)] vs DP [Rango (3-63), \bar{x} (25,6)]; $p > 0,295$ No hubo diferencias significativas. HSS: -HDD [Rango (9-33), \bar{x} (20,4)] vs HD hospitalaria [Rango (50-80), \bar{x}</p>

	<p>años) H: 5 (100%) M: 0%</p> <p>DP: n= 5 Edad (\bar{x}): 56,4 (43-73 años) H: 5 (100%) M: 0%</p>	<p>HD hospitalaria.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>estresantes específicos de la hemodiálisis percibidos por los pacientes: HSS</p> <p>Adaptación psicosocial de poblaciones con afecciones crónicas o prolongadas: PAIS-SR</p>	<p>(63,8)]; $p < 0,0006$</p> <p>Diferencias significativas a favor de la HDD.</p> <p>PAIS-SR:</p> <p>-HDD [Rango (39-62), \bar{x} (46,6)] vs HD hospitalaria [Rango (57-95), \bar{x} (68,2)] vs DP [Rango (37-62), \bar{x} (51,4)]; $p < 0,0144$</p> <p>Diferencias significativas a favor de la HDD cuando se comparó con la HD hospitalaria.</p>
<p>Finkelstein et al. (2012), EE. UU.</p>	<p>HDD diaria corta (-6 veces/ semana- se presuponen menos horas al día): N total= 291(cohorte total) Edad: 53 ± 15 años H: 192 (66%) M: 99 (34%)</p> <p>n= 154 (cohorte de tratamiento)</p>	<p>Evaluar el efecto a largo plazo de la HDD en la CVRS, desde la línea base, 4 meses y 12 meses.</p> <p>Se diferencia un cohorte total (participantes iniciales del estudio) y un cohorte de tratamiento (pacientes del cohorte total que completaron el seguimiento de 12 meses).</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS: SF-36</p>	<p>SF-36:</p> <p>Cohorte total (12M):</p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Función Física</u> ($p < 0,0001$) -<u>Rol físico</u> ($p < 0,0001$) -<u>Dolor Corporal</u> ($p = 0,02$) -<u>Salud General</u> ($p < 0,0001$) -<u>Rol Emocional</u> ($p = 0,01$) -<u>Función Social</u> ($p < 0,0001$) -<u>Vitalidad</u> ($p < 0,0001$) -<u>Salud Mental</u> ($p < 0,0001$) -<u>PCS</u> ($p < 0,0001$) -<u>MCS</u> ($p = 0,0001$) <p>Cohorte de tratamiento (12M):</p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Función Física</u> ($p < 0,001$) -<u>Rol físico</u> ($p < 0,0001$) -<u>Dolor Corporal</u> ($p = 0,04$) -<u>Salud General</u> ($p < 0,0001$) -<u>Rol Emocional</u> ($p = 0,8$) -<u>Función Social</u> ($p < 0,0001$) -<u>Vitalidad</u> ($p < 0,0001$)

				<p>-<u>Salud Mental</u> ($p < 0,01$) -<u>PCS</u> ($p < 0,0001$) -<u>MCS</u> ($p = 0,02$) Mejora significativa en todos los dominios y componentes sumario en ambos grupos, salvo en Rol Emocional en la cohorte de tratamiento.</p>
Fong et al. (2007), Canadá	<p>N total= 93 HDD nocturna: n= 36 Edad: 49 ± 12 años H: 67% M: 33%</p> <p>DP: n= 57 Edad: 61 ± 13 años H: 55% M: 45%</p>	<p>Identificar si la HDD se relaciona con una mayor CVRS y percepción de intrusión de la enfermedad en comparación con la DP.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>CVRS: KDQoL-SF</p> <p>Depresión: BDI-II</p> <p>Intrusión de la enfermedad percibida: IRSS</p>	<p>KDQoL-SF: -<u>Síntomas/Listado de Problemas</u>: HDD ($76,3 \pm 2,5$) vs DP ($71,9 \pm 2,6$); $p = 0,22$ -<u>Efecto de la Enfermedad Renal</u>: HDD ($61,5 \pm 3,7$) vs DP ($60,7 \pm 2,7$); $p = 0,85$ -<u>Carga de la Enfermedad Renal</u>: HDD ($37 \pm 4,4$) vs DP ($47 \pm 3,8$); $p = 0,092$ -<u>Situación Laboral</u>: HDD ($48,6 \pm 7,6$) vs DP ($36 \pm 5,4$); $p = 0,17$ -<u>Función Cognitiva</u>: HDD ($75,6 \pm 4,8$) vs DP ($81,4 \pm 2,2$); $p = 0,27$ -<u>Calidad de la Interacción Social</u>: HDD ($73,5 \pm 3$) vs DP ($75,8 \pm 2,3$); $p = 0,55$ -<u>Función Sexual</u>: HDD ($81,7 \pm 5,4$) vs DP ($61,8 \pm 9$); $p = 0,07$ -<u>Sueño</u>: HDD ($52,8 \pm 3,9$) vs DP ($54,1 \pm 2,7$); $p = 0,79$ -<u>Apoyo Social</u>: HDD ($65,7 \pm 5,3$) vs DP ($79,2 \pm 2,8$); $p = 0,027$ -<u>Apoyo del Personal de Diálisis</u>: HDD ($89,2 \pm 2,6$) vs DP ($85,7 \pm 2,8$); $p = 0,37$ -<u>Satisfacción del Paciente</u>: HDD ($75,5 \pm 4,3$) vs DP ($79,2 \pm 2,7$); $p = 0,46$ -<u>Escala de Componente de Enfermedad Renal</u>: HDD ($75,1 \pm 3,5$) vs DP ($68,2 \pm 3,9$); $p = 0,2$ -<u>PCS</u>: HDD ($55 \pm 2,3$) vs DP ($52,3 \pm 1,8$); $p = 0,35$ -<u>MCS</u>: HDD ($61,6 \pm 4,7$) vs ($60 \pm 3,5$); $p = 0,77$ Diferencias significativas en Función Sexual a favor de la HDD y en Apoyo Social a favor de la DP.</p> <p>BDI-II: -HDD ($11 \pm 1,7$) vs DP ($12 \pm 1,4$); $p = 0,52$ No hubo diferencias significativas.</p>

IIRS:

- Total: HDD (17 ± 1,3) vs DP (15 ± 0,9); $p = 0,4$
- Bienestar Físico y Alimentación: HDD (3,81 ± 0,3) vs DP (3,98 ± 0,2); $p = 0,65$
- Trabajo y Finanzas: HDD (3,77 ± 0,35) vs DP (3,3 ± 1,64); $p = 0,27$
- Relaciones Conyugales, Sexuales y Familiares: HDD (3,32 ± 0,31) vs DP (2,78 ± 0,22); $p = 0,16$
- Ocio y Relaciones Sociales: HDD (3,23 ± 0,28) vs DP (3,11 ± 0,18); $p = 0,72$
- Otros aspectos de la vida: HDD (2,46 ± 0,25) vs DP (2,47 ± 0,2); $p = 0,96$

No hubo diferencias significativas en ningún dominio.

Garg et al. (2017), EE. UU. y Canadá	<p>N total= 332</p> <p>Ensayo 1 N= 245</p> <p>HD en centro de diálisis diaria frecuente (6 veces/ semana): n= 125 Edad: 48,9 ± 13,6 (41-58) años H: 78 (62,4%) M: 47 (37,6%)</p> <p>HD en centro de diálisis diaria convencional (3 veces/ semana): n= 120</p>	<p>Evaluar la CVRS en 2 ensayos a lo largo de 12 meses: el primero compara la HD diaria con la HD convencional y el segundo compara la HDD frecuente con la HDD convencional.</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Feeling Thermometer</i> - <i>General Health Scale</i> - HUI 	<p>Feeling Thermometer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -HD frecuente [LB (73,8 ± 18,8)] 4M (79,3 ± 15,2) 12M (79,0 ± 14,1)]; $p < 0,05$ -HD convencional [LB (70,5 ± 17,1) 4M (71,9 ± 19,1) 12M (71,3 ± 20,8)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente: [LB (74,5 ± 16,5) 4M (77,5 ± 16,1) 12M (78,1 ± 17,9)]; $p < 0,05$ -HDD convencional: [LB (75,3 ± 13,3) 4M (74,3 ± 18,4) 12M (70,6 ± 20,2)]; $p > 0,05$ <p>Cambios significativos en HD y HDD frecuente.</p> <p>General Health Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -HD frecuente [LB (46,8 ± 21,9) 4M (52,6 ± 21,2) 12M (52,4 ± 22,7)]; $p < 0,05$ -HD convencional [LB (43,7 ± 21,5) 4M (42,5 ± 20,6) 12M (41,3 ± 21,5)]; $p > 0,05$ - HDD frecuente [LB (40,3 ± 18,4)] 4M (45 ± 23,7) 12M (51,8 ± 24,5)]; $p < 0,05$ -HDD convencional [LB (45 ± 20,4) 4M (47,8 ± 21,1) 12M (46,5 ± 18,5)]; $p > 0,05$
--------------------------------------	---	---	---	--

<p>Edad: 52 ± 14,1 (43-60) años H: 73 (60,8%) M: 47 (39,2%)</p>	<p>Ensayo 2 N= 87</p>	<p>HDD nocturna frecuente (6 veces/semana): n= 45 Edad: 51,7 ± 14,4 (42-64) años H: 29 (64,4%) M: 16 (35,6%)</p>	<p>HDD nocturna convencional (3 veces/semana): n= 42 Edad: 54,0 ± 12,9 (45-62) años H: 28 (66,7%) M: 14 (33,3%)</p>	<p>Cambios significativos en HD y HDD frecuente.</p>	<p>HUI: -HD frecuente [LB (0,57 ± 0,39) 4M (0,62 ± 0,36) 12M (0,60 ± 0,37)]; $p > 0,05$ -HD convencional [LB (0,53 ± 0,38) 4M (0,6 ± 0,35) 12M (0,63 ± 0,36)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (0,53 ± 0,32)] 4M (0,59 ± 0,33) 12M (0,48 ± 0,38)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (0,64 ± 0,34) 4M (0,7 ± 0,32) 12M (0,61 ± 0,35)]; $p > 0,05$ No hubo cambios ni diferencias significativas ($p > 0,05$).</p>
<p>Griva et al. (2010), Reino Unido</p>	<p>N total= 145 HDD convencional (3 veces/semana): n= 25 Edad: 51,08 años H: 14 (56%) M: 11 (44%)</p>	<p>Evaluar el impacto de las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento en los pacientes tratados con diferentes TRS e investigar la relación</p>	<p>Percepción de la enfermedad: IPQ Percepción de los efectos de la enfermedad en el comportamiento social y personal:</p>	<p>IPQ: -<u>Identidad</u>: HDD (12,12) vs HD hospitalaria (12,35) vs DPCA (13,22) vs DPA (11,43); $p = 0,86$ -<u>Cronología</u>: HDD (4,54) vs HD hospitalaria (4,34) vs DPCA (4,21) vs DPA (4,42); $p = 0,664$ -<u>Control</u>: HDD (3,07) vs HD hospitalaria (3,13) vs DPCA (2,98) vs DPA (3,29); $p = 0,651$ -<u>Atribuciones Causales</u>: HDD (3,07) vs HD hospitalaria (3,13) vs</p>	

<p>HD hospitalaria: n= 52 Edad: 46,85 años H: 30 (57,5%) M: 22 (42,5%)</p>	<p>de estas creencias con la depresión. Diseño transversal.</p>	<p>IEQ Percepción sobre las alteraciones físicas y psicosociales asociadas al tratamiento: TEQ Depresión: BDI-II + CDI</p>	<p>DPCA (2,98) vs DPA (3,29); $p < 0,01$ -Casualidad: HDD (3,88) vs HD hospitalaria (4,04) vs DPCA (3,73) vs DPA (3,35); -Atención médica: HDD (1,96) vs HD hospitalaria (2,31) vs DPCA (3,07) vs DPA (2,39); -Hereditario: HDD (3,04) vs HD hospitalaria (2,19) vs DPCA (2,51) vs DPA (2,52); -Comportamiento propio: HDD (2) vs HD hospitalaria (1,83) vs DPCA (2,33) vs DPA (2,04); -Influencia de otras personas: HDD (1,48) vs HD hospitalaria (1,69) vs DPCA (2,09) vs DPA (2); -Gérmenes/virus: HDD (1,36) vs HD hospitalaria (2,02) vs DPCA (1,64) vs DPA (1,87); -Dieta: HDD (1,08) vs HD hospitalaria (1,54) vs DPCA (1,76) vs DPA (1,7); -Estrés: HDD (1,64) vs HD hospitalaria (1,15) vs DPCA (1,27) vs DPA (1,78); -Mente: HDD (1,28) vs HD hospitalaria (1,37) vs DPCA (1,44) vs DPA (1,39); -Contaminación: HDD (1,08) vs HD hospitalaria (1,44) vs DPCA (1,49) vs DPA (1,43); -Consecuencias: HDD (3,51) vs HD hospitalaria (3,51) vs DPCA (3,61) vs DPA (3,38); $p = 0,708$</p>
<p>DPCA: n= 45 Edad: 53,84 años H: 12 (26,7%) M: 33 (73,3%)</p>			<p>Solo diferencias significativas en atribuciones causales (atención médica) a favor de la DPCA ($p < 0,01$) cuando se comparó con la HDD y la HD hospitalaria.</p>
<p>DPA: n= 23 Edad: 49,17 años H: 17 (73,9%) M: 6 (26,1%)</p>			<p>IEQ: -HDD (70,96) vs HD hospitalaria (73,15) vs DPCA (82,64) vs DPA (63,52); $p = 0,887$ No hubo diferencias significativas entre los TRS.</p>
			<p>TEQ:</p>

-HDD (62,72) vs HD hospitalaria (57,73), DPCA (64,55) vs DPA (44,96); $p < 0,881$
Solo diferencias significativas ($p = 0,01$) entre las DP: los pacientes de DPCA percibieron más disrupción en comparación con los de DPA.

BDI-II:

-HDD (8,24) vs HD hospitalaria (12,27) vs DPCA (15,07), DPA (9,65); $p < 0,867$
Puntuaciones significativamente más alta ($p < 0,001$) en DPCA en comparación con DPA y HDD.
Tasas de prevalencia: HDD (8 y 12%) vs HD hospitalaria (42,3 y 30,8%) vs DPCA (48,9 y 44,4%) vs DPA (26,1 y 21,7%).

CDI: HDD (5,2) vs HD hospitalaria (7,36) vs DPCA (9,20) vs DPA (5,65); $p < 0,831$
Puntuaciones significativamente más alta ($p < 0,01$) en DPCA en comparación con DPA y HDD.

Correlaciones con el CDI: No recibir tratamiento de HDD ($p < 0,01$) fue una de las variables que predijo en mayor medida (42,5%) valores más elevados del CDI.

Heidenheim et al. (2003), EE. UU.	<p>N total= 45</p> <p>N HDD= 23</p> <p>HDD diaria corta (6 veces/ semana): n= 11</p> <p>Edad: 45,3 ± 11,4 (33-67) años</p> <p>H: 7 (63,6%)</p> <p>M: 4 (36,4%)</p>	<p>Evaluar los cambios que se producen en la CV de los pacientes tras la transición de la HD convencional a la HDD, analizando los cambios durante un seguimiento de 18 meses.</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS:</p> <p>- SF-36</p> <p>-Renal Disease–Specific Quality-of-Life Indicators</p> <p>-HUI</p> <p>- Time Trade-Off assessment</p>	<p>SF-36:</p> <p>-MCS:</p> <p>-HDD diaria [LB (48,2 ± 7,8) 18M (52,4 ± 11,5)]; $p < 0,05$</p> <p>-HDD nocturna [LB (47,4 ± 11,8) 18M (52,2 ± 12,9)]; $p > 0,05$</p> <p>-HD hospitalaria: [LB (51,1 ± 7,8) 18M (47,2 ± 12,4)]; $p > 0,05$</p> <p>-PCS:</p> <p>-HDD diaria [LB (37,4 ± 11,7) 18M (42,1 ± 11)]; $p > 0,05$</p> <p>-HDD nocturna [LB (30,9 ± 12) 18M (49,1 ± 4,1)]; $p > 0,05$</p> <p>-HD hospitalaria: [LB (36,1 ± 10,6) 18M (39,9 ± 8,6)]; $p > 0,05$</p> <p>Mejoras significativas en HDD diaria corta en MCS. No diferencias significativas ($p > 0,05$) con la HD hospitalaria en ambos Componentes Sumario.</p>
-----------------------------------	--	--	--	--

HDD nocturna
frecuente (6 veces/
semana):
n= 12
Edad: 44,2 ± 6,4 (38-
56) años
H: 10 = 9 * (75%)
M: 3 (25%)

HD hospitalaria
convencional (3
veces/semana)
n= 22
Edad: 48,8 ± 11,9 (28-
76) años
H: 14 (63,6%)
M: 8 (36,4%)

*Uno de los pacientes
de HDD nocturna
posteriormente se
transfirió a HDD diaria
después de ingresar al
estudio

Renal Disease–Specific Quality-of-Life Indicators:

-Número de síntomas de diálisis:

- HDD diaria [LB (5 ± 3) 18M (3,4 ± 2,8)]; $p < 0,05$
- HDD nocturna [LB (5,3 ± 3,4) 18M (3,8 ± 3)]; $p < 0,05$
- HD hospitalaria [LB (4,6 ± 2) 18M (3,9 ± 2,4)]; $p > 0,05$

-Tiempo de recuperación de la sesión de diálisis:

- HDD diaria [LB (327 ± 203,2) 18M (29,8 ± 44,1)]; $p < 0,05$
- HDD nocturna [LB (647,5 ± 584,4) 18M (7,5 ± 15)]; $p < 0,05$
- HD hospitalaria [LB (375 ± 460,9) 18M (396,9 ± 394,9)]; $p < 0,05$

-Número de síntomas de la enfermedad:

- HDD diaria [LB (9,5 ± 5,1) 18M (6,0 ± 4,7)]; $p < 0,05$
- HDD nocturna [LB (10,2 ± 5,4) 18M (7,3 ± 8,3)]; $p < 0,05$
- HD hospitalaria [LB (8,4 ± 3,8) 18M (8,0 ± 4,2)]; $p > 0,05$

Cambios significativos en el número de síntomas de enfermedad, tiempo de recuperación y síntomas de diálisis en HDD diaria y nocturna.

HUI:

No cambios estadísticamente significativos ($p > 0,05$) en HDD diaria, HDD nocturna y HD hospitalaria. Los pacientes en HD hospitalaria mostraron una pérdida significativa ($p \leq 0,05$) de la Utilidad para la Salud al 3° mes.

Time Trade-Off assessment:

- HDD diaria: [LB (0,339 ± 0,344) 18M (0,839 ± 0,105)]; $p < 0,05$
- HDD nocturna: [LB (0,231 ± 0,243) 18M (0,781 ± 0,171)]; $p < 0,05$
- HD hospitalaria: [LB (0,703 ± 0,266) 18M (no aplicable)];

Diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de la HDD diaria y nocturna en comparación con la HD hospitalaria.

Jansz et al. (2018), Países Bajos	N total= 72 HDD nocturna	Evaluar la CVRS en pacientes sometidos a Tx y HDD	CVRS: KDQoL-SF	KDQOL-SF: -Síntomas/ Listado de Problemas: HDD (81 ± 10) vs Tx (86 ± 11); $p > 0,05$
-----------------------------------	-----------------------------	---	----------------	--

	<p>frecuente (diariamente, 4-8 horas/ semana): n= 31 Edad: 53,9 ±12,5 años H: 19 (62%) M: 12 (38%)</p> <p>Tx con donantes vivos y fallecidos: n = 41 Edad: 54,0 ±13,8 años H: 31 (75%) M: 10 (25%)</p>	<p>nocturna en el transcurso de 1 año. Diseño longitudinal.</p>		<p>-Efectos de la Enfermedad Renal: HDD (76 ± 17) vs Tx (86 ± 14); $p < 0,05$ -Carga de la Enfermedad Renal: HDD (67 ± 24) vs Tx (75 ± 27); $p > 0,05$ -Función Cognitiva: HDD (78 ± 18) vs Tx (81 ± 19); $p > 0,05$ -Calidad de la Interacción Social: HDD (77 ± 14) vs Tx (79 ± 15); $p > 0,05$ -Función Sexual: HDD (64 ± 33) vs Tx (72 ± 30); $p > 0,05$ -Sueño: HDD (63 ± 16) vs Tx (66 ± 23); $p > 0,05$ -Apoyo Social: HDD (82 ± 25) vs Tx (87 ± 21); $p > 0,05$ -Salud General: HDD (65 ± 17) vs Tx (70 ± 16); $p > 0,05$ -PCS: HDD (43 ± 8) vs Tx (47 ± 10); $p > 0,05$ -MCS: HDD (52 ± 11) vs Tx (51 ± 10); $p > 0,05$ Solo diferencias significativas en Efectos de la Enfermedad Renal a favor de la Tx.</p>
<p>Kooistra et al. (1998), Países Bajos</p>	<p>HDD diaria corta (6 veces/semana): N total= 13 Edad: 50 ± 11,9 años H: 10 (76,9%) M: 3 (23,1%)</p>	<p>Investigar los efectos de aumentar la frecuencia de la HD (de 3 a 6 veces/semana) en el control metabólico y hemodinámico y la CV de los pacientes al inicio, a las 8 y 24 semanas.</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS: -NHP (<i>Section 1</i>) -RAND-36</p>	<p>NHP: -Energía [LB (45,1 ± 38,6) 8S (28,4 ± 31,5) 24S (18,1 ± 30,9)]; $p < 0,05$ -Dolor [LB (15,1 ± 16,2) 8S (13,5 ± 19,1) 24S (7,2 ± 12,6)]; $p > 0,05$ -Reacciones Emocionales [LB (26,2 ± 44,0) 8S (3,9 ± 6,9) 24S (13,1 ± 29,2)]; $p > 0,05$ -Sueño [LB (24,7 ± 31,4) 8S (19,6 ± 20,9) 24S (16,9 ± 27,8)]; $p > 0,05$ -Aislamiento social [LB (5,5 ± 10,5) 8S (3,2 ± 7,6) 24S (17,1 ± 24,1)]; $p > 0,05$ -Movilidad física [LB (20,8 ± 15,9) 8S (18,4 ± 16,6) 24S (16,2 ± 16,2)]; $p > 0,05$ Mejoras significativas en el dominio de Energía.</p> <p>RAND-36: -Función Física [LB (57,3 ± 23,1) 8S (65,4 ± 25,6) 24S (68,8 ± 20,6)]; $p < 0,05$ -Rol Físico [LB (42,3 ± 40,1) 8S (48,1 ± 33,6) 24S (57,7 ± 38,6)]; $p > 0,05$</p>

				<p>-<u>Dolor Corporal</u> [LB (69,7 ± 20,2) 8S (74,9 ± 18) 24S (77 ± 23,1)]; $p > 0,05$</p> <p>-<u>Salud General</u> [LB (45 ± 13,4) 8S (49,8 ± 18,4) 24S (55,8 ± 17)]; $p > 0,05$</p> <p>-<u>Rol Emocional</u> [LB (76,9 ± 35,7) 8S (68,6 ± 43,0) 24S (92,3 ± 19,5)]; $p > 0,05$</p> <p>-<u>Función Social</u> [LB (75 ± 21,3) 8S (79,8 ± 24,2) 24S (65,4 ± 33,6)]; $p > 0,05$</p> <p>-<u>Vitalidad</u> [LB (52,7 ± 18,4) 8S (64,4 ± 19,8) 24S (63,5 ± 20,2)]; $p > 0,05$</p> <p>-<u>Salud Mental</u> [LB (72,3 ± 14,1) 8S (80 ± 12,6) 24S (78,8 ± 17)]; $p < 0,05$</p> <p>-<u>Cambio en la Salud</u> [LB (63,5 ± 28,9) 8S (61,5 ± 25,3) 24S (80,8 ± 4,9)]; $p > 0,05$</p> <p>Mejoras significativas en Función Física y Salud Mental.</p>
Manns et al. (2009), Canadá	<p>N total= 52</p> <p>HDD nocturna frecuente (5-6 veces/semana): n = 26 Edad: 55,1 ± 12,4 años H: 18 (69%) M: 8 (31%)</p> <p>HD hospitalaria convencional (3 veces/semana): n = 25 Edad: 53,1 ± 13,4 años H: 14 (56%) M: 11 (44%)</p>	<p>Comparar el impacto en la CV de pacientes asignados a HDD nocturna y HD hospitalaria durante 6 meses. Se realiza un seguimiento extendido, superior a los 6 meses.</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS (genérico): EQ-5D</p> <p>CVRS (específico de ERC): KDQoL-SF</p>	<p>EQ-5D:</p> <p>-<u>Resultados previos a la asignación al azar:</u></p> <p>-Escala Visual Analógica: HDD (56,3) vs HD hospitalaria (61,6);</p> <p>-Índice EQ-5D: HDD (0,683) vs HD hospitalaria (0,705);</p> <p>-<u>Resultados LB y 6M (HDD y HD):</u></p> <p>-Escala Visual Analógica: No hubo diferencias significativas ($p = 0,9$) entre la HDD nocturna y la HD hospitalaria</p> <p>-Índice EQ-5D: No hubo diferencias significativas ($p = 0,43$) entre la HDD nocturna y la HD hospitalaria.</p> <p>-<u>Resultados prealeatorización y 6M (HDD y HD):</u></p> <p>-Escala Visual Analógica: Se observó un cambio clínicamente significativo a favor de la HDD ($p = 0,03$).</p> <p>-Índice EQ-5D: No hubo diferencias significativas ($p = 0,06$) entre la HDD nocturna y la HD hospitalaria.</p> <p>KDQoL-SF:</p>

-Resultados previos a la asignación al azar:

- Síntomas/ Listado de Problemas: HDD (73,8) vs HD hospitalaria (65,4);
- Efectos de la Enfermedad Renal: HDD (54,6) vs HD hospitalaria (42);
- Carga de la Enfermedad Renal: HDD (35,3) vs HD hospitalaria (25,4);
- Sueño: HDD (58,8) vs HD convencional (46,3);

-Resultados LB y 6M (HDD y HD):

- Síntomas/ Listado de Problemas: $p = 0,33$;
 - Efectos de la Enfermedad Renal: $p = 0,01$;
 - Carga de la Enfermedad Renal: $p = 0,02$;
 - Sueño: $p = 0,49$;
- Diferencias significativas en Efectos de la Enfermedad Renal y Carga de la Enfermedad Renal a favor de la HDD.

-Resultados preasignación y 6M (HDD y HD):

- Síntomas/ Listado de Problemas: $p = 0,77$;
 - Efectos de la Enfermedad Renal: $p = 0,47$;
 - Carga de la Enfermedad Renal: $p = 0,01$;
 - Sueño: $p = 0,45$;
- Diferencias significativas en Carga de la Enfermedad Renal a favor de HDD.

SF-36 (contenido en KDQoL-SF):

-Resultados preasignación al azar:

- Función física: HDD (49,6) vs HD hospitalaria (53,3);
 - Rol físico: HDD (29,8) vs HD hospitalaria (21);
 - Dolor Corporal: HDD (59,9) vs HD hospitalaria (48,8);
 - Salud General: HDD (34,8) vs HD hospitalaria (32);
 - Rol Emocional: HDD (75,6) vs HD hospitalaria (41,3);
 - Función Social: HDD (63,5) vs HD hospitalaria (54,5);
 - Vitalidad: HDD (40,6) vs HD hospitalaria (36);
 - Salud Mental: HDD (71,4) vs HD hospitalaria (63,4);
-

-PCS: HDD (31,7) vs HD hospitalaria (32,7);
-MCS: HDD (50) vs HD hospitalaria (42,1);

-Resultados LB y 6M (HDD y HD):

-Función Física: $p = 0,49$;
-Rol Físico: $p = 0,83$;
-Dolor Corporal: $p = 0,22$;
-Salud General: $p = 0,22$;
-Rol Emocional: $p = 0,72$;
-Función Social: $p = 0,39$;
-Vitalidad: $p = 0,26$;
-Salud Mental: $p = 0,34$;
-PCS: $p = 0,42$;
-MCS: $p = 0,36$;

No hubo diferencias significativas.

-Resultados preasignación y 6M (HDD y HD):

-Función Física: $p = 0,81$;
-Rol Físico: $p = 0,7$;
-Dolor Corporal: $p = 0,88$;
-Salud General: $p = 0,01$;
-Rol emocional: $p = 0,4$;
-Función Social: $p = 0,64$;
-Vitalidad: $p = 0,62$;
-Salud Mental: $p = 0,39$;
-PCS: $p = 0,61$;
-MCS: $p = 0,83$;

Diferencias significativas en Salud General a favor de la HDD.

CV en seguimiento extendido: Se realiza sobre cuatro grupos (pacientes en HDD que continuaron en HDD ($n = 14$); pacientes de HDD que regresaron a HD hospitalaria ($n = 3$); pacientes de HD hospitalaria que continuaron en HD hospitalaria ($n = 10$); y, pacientes de HD hospitalaria que cambiaron a HDD ($n = 7$)).

-ED-5Q: No hubo cambios significativos ($p > 0,05$) permaneciendo la CV estable. Sin embargo, hubo una disminución de las puntuaciones en el grupo de HDD que regresó a HD hospitalaria.

-KDQoL:

-Síntomas/ Listado de Problemas: $p = 0,39$;

-Efectos de la Enfermedad Renal: $p = 0,44$;

-Carga de la Enfermedad Renal: $p = 0,03$;

-Sueño: $p = 0,48$;

Cambios significativos en Carga de la Enfermedad Renal a favor de la HDD.

Painter et al. (2012), EE. UU.	<p>N total= 77</p> <p>4 grupos:</p> <p>HD hospitalaria convencional -no cambio de modalidad- (3 veces/semana): n total= 13 Edad: $45,5 \pm 10,4$ años H: 11 (84,6%) M: 2 (15,4%)</p> <p>HD hospitalaria convencional con cambio de modalidad a HDD diaria corta (3 horas, 5-6 veces/semana): n total= 10 Edad: $42,6 \pm 12,4$ años</p>	<p>Evaluar la CVRS en pacientes en HD convencional y que</p> <p>a) continuaron con la HD convencional, b) cambiaron a HDD diaria o c) recibieron un Tx de donante vivo (n= 20), al inicio y a los 6 meses del cambio de modalidad.</p> <p>Se compara a los pacientes después del cambio de tratamiento con un GC.</p>	CVRS: KDQoL-SF	<p>KDQoL:</p> <p>LB:</p> <p>-<u>Síntomas/ Listado de Problemas</u>: HD sin cambio (87,9) vs HD con cambio a HDD (80,7) vs Tx (80,8);</p> <p>-<u>Efectos de la Enfermedad Renal</u>: HD sin cambio (69,5) vs HD con cambio a HDD (64,8) vs Tx (72,4);</p> <p>-<u>Carga de la Enfermedad Renal</u>: HD sin cambio (64,9) vs HD con cambio a HDD (42,3) vs Tx (46,1);</p> <p>-<u>Situación Laboral</u>: HD sin cambio (50) vs HD con cambio a HDD (50) vs Tx (77,5);</p> <p>-<u>Función Cognitiva</u>: HD sin cambio (89,7) vs HD con cambio a HDD (85,1) vs Tx (79,6);</p> <p>-<u>Función Sexual</u>: HD sin cambio (85,5) vs HD con cambio a HDD (90,3) vs Tx (83,1);</p> <p>-<u>Sueño</u>: HD sin cambio (39,8) vs HD con cambio a HDD (45) vs Tx (41,6);</p> <p>6M:</p> <p>-<u>Síntomas/ Listado de Problemas</u>: HD sin cambio (87,5) vs HD con cambio a HDD (82,8) vs Tx (91,8); $p = 0,01$</p> <p>-<u>Efectos de la Enfermedad Renal</u>: HD sin cambio (67,7) vs HD con</p>
--------------------------------	---	---	----------------	---

<p>H: 9 (90%) M: 1 (10%)</p>	<p>Diseño longitudinal.</p>	<p>cambio a HDD (78,7) vs Tx (95,1); $p < 0,001$ <u>-Carga de la Enfermedad Renal:</u> HD sin cambio (60,5) vs HD con cambio a HDD (49,3) vs Tx (76,5); $p = 0,001$ <u>-Situación Laboral:</u> HD sin cambio (46,1) vs HD con cambio a HDD (45,0) vs Tx (85,0); $p = 0,07$ <u>-Función Cognitiva:</u> HD sin cambio (85,6) vs HD con cambio a HDD (91,3) vs Tx (88,3); $p = 0,45$ <u>-Función sexual:</u> HD sin cambio (82,7) vs HD con cambio a HDD (87,5) vs Tx (90); $p = 0,97$ <u>-Sueño:</u> HD sin cambio (42,3) vs HD con cambio a HDD (44) vs Tx (36,2); $p = 0,21$ Cambios significativos en Efectos de la Enfermedad Renal a favor de la HDD. Diferencias significativas en Síntomas/ Listado de Problemas, Efectos de la Enfermedad Renal y Carga de la Enfermedad Renal a favor de Tx.</p>
<p>Tx con donantes vivos: n total= 20 Edad: 43,5 ± 10,9 años H: 17 (85%) M: 3 (15%)</p>	<p>GC (individuos sedentarios de una lista de donantes de riñón): n total= 34 Edad: 47,7 ± 8,5 años H: 28 (82,4%) M: 6 (17,6%)</p>	<p>SF-36: LB: <u>-Función Física:</u> HD sin cambio (47,8) vs HD con cambio a HDD (47,5) vs Tx (48); <u>-Rol Físico:</u> HD sin cambio (45,9) vs HD con cambio a HDD (41,2) vs Tx (40,3); <u>-Dolor Corporal:</u> HD sin cambio (56) vs HD con cambio a HDD (50,7) vs Tx (55,8); <u>-Salud General:</u> HD sin cambio (47,4) vs HD con cambio a HDD (43,4) vs Tx (40,9); <u>-Rol Emocional:</u> HD sin cambio (44,8) vs HD con cambio a HDD (44,8) vs Tx (49,1); <u>-Función Social:</u> HD sin cambio (81,7) vs HD con cambio a HDD (72,2) vs Tx (71,4); <u>-Vitalidad:</u> HD sin cambio (51,6) vs HD con cambio a HDD (48,5) vs Tx (40,4); <u>-Salud Mental:</u> HD sin cambio (55,8) vs HD con cambio a HDD (49,1)</p>

vs Tx (51,4);
 -PCS: HD sin cambio (48,8) vs HD con cambio a HDD (45,3) vs Tx (45,1);
 -MCS: HD sin cambio (51,1) vs HD con cambio a HDD (48,1) vs Tx (47,4);

6M:
 -Función Física: HD sin cambio (48,9) vs HD con cambio a HDD (52,5) vs Tx (54,7); $p = 0,02$
 -Rol Físico: HD sin cambio (46,3) vs HD con cambio a HDD (43,8) vs Tx (51,9); $p = 0,09$
 -Dolor Corporal: HD sin cambio (58,1) vs HD con cambio a HDD (55,9) vs Tx (59,1); $p = 0,75$
 -Salud General: HD sin cambio (46) vs HD con cambio a HDD (48,1) vs Tx (47); $p = 0,15$
 -Rol Emocional: HD sin cambio (50,5) vs HD con cambio a HDD (44,8) vs Tx (51,6); $p = 0,21$
 -Función Social: HD sin cambio (82,3) vs HD con cambio a HDD (80) vs Tx (90,6); $p = 0,1$
 -Salud Mental: HD sin cambio (54,2) vs HD con cambio a HDD (50,9) vs Tx (51,9); $p = 0,94$
 -Vitalidad: HD sin cambio (48,1) vs HD con cambio a HDD (51,1) vs Tx (50,8); $p = 0,16$
 -PCS: HD sin cambio (48,4) vs HD con cambio a HDD (49,6) vs Tx (53,8); $p = 0,03$
 -MCS: HD sin cambio (51,7) vs HD con cambio a HDD (48,9) vs Tx (50,6); $p = 0,77$

Cambios significativos en la Función Física y en el Componente Sumario Físico a favor de la HDD.
 No hubo diferencias significativas entre los TRS.

Rocco et al. (2011), EE. UU.	N total= 87 HDD nocturna	Evaluar si la HDD nocturna frecuente produce mejores	Depresión: BDI-II	BDI-II: -LB: HDD frecuente ($11,8 \pm 7,9$) vs HDD convencional ($11,7 \pm 9,3$); $p > 0,05$
------------------------------	-----------------------------	--	-------------------	--

	<p>frecuente (6 veces/semana): n= 45 Edad: 51,7 ± 14,4 (42-64) años H: 64,4% M: 35,6%</p> <p>HDD nocturna convencional (3 veces/semana): n= 42 Edad: 54 ± 12,9 (45-62) años años H: 66,7% M: 33,3%</p>	<p>resultados clínicos en comparación con la HDD nocturna convencional a lo largo de 12 meses</p> <p>Diseño longitudinal.</p>		<p>-12M: HDD frecuente (9,7 ± 8,6) vs HDD convencional (11,1 ± 10,2); $p > 0,05$ No hubo diferencias significativas ($p = 0,39$), pero si una reducción de los síntomas.</p>
<p>Soskolne & Kaplan De-Nour (1987), Israel</p>	<p>N total= 126</p> <p>HDD: n= 29 Edad: 52,5 ± 9,4 años H: 25 (86,2%) M: 4 (13,8%)</p> <p>GC de HD hospitalaria n= 29 Edad: 54 ± 8,7 años H: 25 (86,2%) M: 4 (13,8%)</p>	<p>Evaluar la adaptación de los pacientes a distintas modalidades de diálisis, comparando a pacientes en HDD con un grupo control de pacientes en HD hospitalaria y a pacientes en DPCA con otro grupo control de pacientes en HD hospitalaria.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>Síntomas psicológicos/ Malestar psicológico: BSI</p> <p>Adaptación psicosocial a la enfermedad: PAIS-SR</p>	<p>*DPCA: No se muestran los resultados de estos pacientes porque no son comparados con los de HDD.</p> <p>BSI: -Somatización: HDD (0,92) vs HD hospitalaria (1,34); $p < 0,05$ -Obsesiones-Compulsiones: HDD (0,52) vs HD hospitalaria (0,75); $p > 0,05$ -Sensibilidad Interpersonal: HDD (0,59) vs HD hospitalaria (0,73); $p > 0,05$ -Depresión: HDD (0,55) vs HD hospitalaria (1); $p < 0,05$ -Ansiedad: HDD (0,56) vs HD hospitalaria (0,91); $p < 0,05$ -Hostilidad: HDD (0,64) vs HD hospitalaria (0,9); $p > 0,05$ -Ansiedad Fóbica: HDD (0,27) vs HD hospitalaria (0,56); $p < 0,05$ -Ideación Paranoica: HDD (0,45) vs HD hospitalaria (0,71); $p > 0,05$ -Psicoticismo: HDD (0,3) vs HD hospitalaria (0,49); $p > 0,05$ -Índice de Síntomas Generales: HDD (0,56) vs HD hospitalaria (0,85);</p>

	<p>DPCA: n= 34 Edad: 56,8 ± 11 años H: 25 (73,5%) M: 9 (26,5%)</p> <p>GC de HD hospitalaria n= 34 Edad: 57,4 ± 9,6 años H: 25 (73,5%) M: 9 (26,5%)</p>			<p>$p < 0,05$ Diferencias significativas en Somatización, Depresión, Ansiedad y Ansiedad Fóbica a favor de la HDD en comparación con la HD hospitalaria.</p> <p>PAIS-SR -<u>Orientación en el Cuidado de la Salud</u>: HDD (7,2) vs HD hospitalaria (7,9); $p > 0,05$ -<u>Entorno Doméstico</u>: HDD (7,1) vs HD hospitalaria (7,1); $p > 0,05$ -<u>Relaciones Sexuales</u>: HDD (5,9) vs HD hospitalaria (7); $p > 0,05$ -<u>Relación con la Familia Extendida</u>: HDD (1,1) vs HD hospitalaria (0,6); $p > 0,05$ -<u>Entorno Social</u>: HDD (4,6) vs HD hospitalaria (5,5); $p > 0,05$ -<u>Malestar Psicológico</u>: HDD (5,4) vs HD hospitalaria (6,3); $p > 0,05$ -Puntuación total: HDD (32,6) vs HD hospitalaria (34,9); $p > 0,05$ No hubo diferencias significativas entre HDD y HD hospitalaria.</p>
Unrut et al. (2013), EE. UU.	<p>N total= 332 Ensayo 1 N= 245 HD en centro de diálisis diaria frecuente (6 veces/semana): n= 125 Edad: 48,9 ± 13,6 (41-58) años H: 78 (62,4%) M: 47 (37,6%) HD en centro de diálisis diaria</p>	<p>Evaluar los efectos de la frecuencia en la HD en centro y HDD sobre los síntomas depresivos y la salud mental, desde el inicio hasta los 4 y 12 meses.</p> <p>Diseño longitudinal</p>	<p>Depresión: BDI-II + CDI CVRS: RAND-36</p>	<p>BDI-II: -HD frecuente [LB (12,6 ± 8,6) 4M (11 ± 8,6) 12M (10,7 ± 8,8)]; $p > 0,05$ -HD convencional [LB (12,4 ± 9,5) 4M (12,5 ± 10,1) 12M (12,1 ± 9,9)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (11,2 ± 8,1) 4M (10 ± 8,0) 12M (9,7 ± 8,6)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (12,2 ± 9,2) 4M (11,8 ± 8,2) 12M (11,1 ± 10,2)]; $p > 0,05$ No hubo cambios ni diferencias significativas. Tasas de prevalencia: HDD frecuente (17,9%) y HDD convencional (18,4%) vs HD frecuente (17,5%) y HD convencional (27%).</p> <p>CDI: -HD frecuente [LB (7,1 ± 6,3) 4M (6,3 ± 6,3) 12M (6,3 ± 6,5)]; $p > 0,05$ -HD convencional [LB (7 ± 7,4) 4M (7,2 ± 7,6) 12M (6,9 ± 7,4)]; $p >$</p>

<p>convencional (3 veces/ semana): n= 120 Edad: 52 ± 14,1 (43-60) años H: 73 (60,8%) M: 47 (39,2%)</p>	<p>0,05 -HDD frecuente [LB (6,2 ± 6,1) 4M (5,6 ± 5,5) 12M (5,3 ± 5,9)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (6,5 ± 6,9) 4M (6,7 ± 6,0) 12M (6,6 ± 7,8)]; $p > 0,05$ No hubo cambios ni diferencias significativas.</p>
<p>Ensayo 2 N= 87</p> <p>HDD nocturna frecuente (6 veces/ semana): n= 45 Edad: 51,7 ± 14,4 (42-64) años H: 29 (64,4%) M: 16 (35,6%)</p>	<p>RAND-36: <u>-Rol Emocional:</u> -HD frecuente [LB (73,6 ± 38,1) 4M (78,3 ± 36,1) 12M (80,2 ± 36,1)]; $p > 0,05$ -HD convencional [LB (78,4 ± 35,2) 4M (75,4 ± 39,3) 12M (77,1 ± 38,4)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (87,4 ± 24,9) 4M (88,6 ± 26,5) 12M (89,7 ± 26,7)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (77 ± 39,3) 4M (81,3 ± 34,2) 12M (82,9 ± 33,2)]; $p > 0,05$ <u>-Función Social:</u> -HD frecuente [LB (70,4 ± 28,0) 4M (73,5 ± 25,8) 12M (76,8 ± 25,5)]; $p > 0,05$ -HD convencional [LB (72,3 ± 25,5) 4M (70,6 ± 24,8) 12M (72,8 ± 29,5)]; $p > 0,05$</p>
<p>HDD nocturna convencional (3 veces/ semana): n= 42 Edad: 54 ± 12,9 (45-62) años H: 28 (66,7%) M: 14 (33,3%)</p>	<p>-HDD frecuente [LB (73,1 ± 25,3) 4M (76 ± 24,8) 12M (80,4 ± 26,1)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (75,6 ± 25,6) 4M (74,7 ± 21,7) 12M (76 ± 26,2)]; $p > 0,05$ <u>-Energía/Fatiga (Vitalidad):</u> -HD frecuente [LB (47,1 ± 25,2) 4M (55,8 ± 24,7) 12M (58,6 ± 23,4)]; $p < 0,01$ -HD convencional [LB (51,2 ± 20,8) 4M (51,1 ± 19,2) 12M (51,6 ± 20,5)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (48,6 ± 22,9) 4M (52,4 ± 21,3) 12M (51,4 ± 25)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (48,4 ± 19,5) 4M (51,2 ± 18,3) 12M (49,6 ±</p>

				<p>22,6)]; $p > 0,05$ <u>-Bienestar Emocional (Salud Mental):</u> -HD frecuente [LB (73,1 ± 22,5) 4M (77,9 ± 19,3) 12M (80,3 ± 17,5)]; $p < 0,05$ -HD convencional [LB (77,6 ± 16,3) 4M (76,2 ± 19,2) 12M (75,6 ± 20,9)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (75,7 ± 18,1) 4M (79,7 ± 15,5) 12M (78,4 ± 18,0)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (77,1 ± 21,7) 4M (77,8 ± 18,4) 12M (75,6 ± 21,4)]; $p > 0,05$ <u>-MCS:</u> -HD frecuente [LB (44,3 ± 13) 4M (47,7 ± 11,8) 12M (48,8 ± 11,4)]; $p < 0,01$ -HD convencional [LB (46 ± 10,3) 4M (45,1 ± 10,4) 12M (45,7 ± 11,8)]; $p > 0,05$ -HDD frecuente [LB (45,6 ± 10,5) 4M (48 ± 10,2) 12M (48,2 ± 11,7)]; $p > 0,05$ -HDD convencional [LB (45,9 ± 12,6) 4M (46,4 ± 10,3) 12M (45,6 ± 12,2)]; $p > 0,05$ Mejoras significativas en Salud Mental, Vitalidad y Componentes de Salud Mental en HD frecuente.</p>
Van Eps et al. (2010), Australia	HDD nocturna (de 6 a 10 horas, 3-5 veces/ semana): N total= 63 Edad: 52 ± 13 años H: 79% M: 21%	Explorar los efectos sobre la CV de la HDD nocturna y evaluar la fiabilidad de la mejoras informadas en la función física, al inicio y 6 meses después. Diseño longitudinal.	CVRS (genérico): AQoL CVRS (específico de ERC): KDQoL-SF	<p>AQoL: -<u>Utilidad de Salud General:</u> LB (0,65 (0,39–0,81)) vs 6M (0,73 (0,46–0,86)); $p = 0,096$ -<u>Vida Independiente:</u> LB (0 (0–0,31)) vs 6M (0 (0–0,27)); $p = 0,14$ -<u>Relaciones Sociales:</u> LB (0,16 (0,1–0,21)) vs 6M (0,12 (0,06–0,26)); $p = 0,71$ -<u>Funcionamiento Físico:</u> LB (0,06 (0–0,14)) vs 6M (0,06 (0–0,12)); $p = 0,058$ -<u>Bienestar Psicológico:</u> LB (0,11 (0,05–0,27)) vs 6M (0,11 (0,02–0,15)); $p = 0,50$ No hubo cambios significativas.</p>

KDQoL-SF:

- Síntomas/Listado de Problemas: LB (82,29 (70,83–89,6)) vs 6M (82,29 (75–91,67)); $p = 0,21$
- Efectos de la Enfermedad Renal: LB (65,63 (53,13–81,25)) vs 6M (70,09 (53,1–85,7)); $p = 0,09$
- Carga de la Enfermedad Renal: LB (37,5 (21,88–59,38)) vs 6M (46,88 (25–81,25)); $p = 0,05$
- Situación Laboral: LB (50 (0–50)) vs 6M (25 (0–100)); $p = 0,78$
- Función Cognitiva: LB (13,33 (6,67–40)) vs 6M (6,67 (0–26,67)); $p = 0,31$
- Calidad de la Interacción Social: LB (20 (6,67–26,67)) vs 6M (13,33 (0–33,3)); $p = 0,34$
- Función Sexual: LB (75 (37,5–100)) vs 6M (68,75 (31,25–87,5)); $p = 0,49$
- Sueño: LB (66,67 (45–80)) vs 6M (67,5 (52,5–82,5)); $p = 0,45$
- Apoyo social: LB (83,33 (50–100)) vs 6M (83,33 (66,67–100)); $p = 0,29$
- Apoyo del Personal de Diálisis: LB (100 (100–100)) vs 6M (100 (100–100)); $p = 0,90$
- Satisfacción del Paciente: LB (100 (83,33–100)) vs 6M (83,33 (83,33–100)); $p = 0,57$
- Estado de Salud General: LB (50 (40–70)) vs 6M (70 (50–70)); $p = 0,0008$
- Cambio en la Salud en el Último Año: LB (75 (25–100)) vs 6M (87,5 (50–100)); $p = 0,04$
- Función Física: LB (60 (40–80)) vs 6M (75 (55–90)); $p = 0,003$
- Rol Físico: LB (25 (0–75)) vs 6M (62,5 (0–100)); $p = 0,02$
- Dolor Corporal: LB (70 (45–90)) vs 6M (78,75 (45–100)); $p = 0,27$
- Salud General: LB (50 (30–55)) vs 6M (50 (30–75)); $p = 0,02$
- Rol Emocional: LB (100 (0–100)) vs 6M (100 (66,67–100)); $p = 0,07$
- Función Social: LB (75 (37,5–87,5)) vs 6M (75 (50–100)); $p = 0,23$
- Energía/Fatiga (Vitalidad): LB (50 (30–60)) vs 6M (55 (40–70)); $p = 0,03$
- Bienestar Emocional (Salud Mental): LB (80 (64–88)) vs 6M (80 (64–

				<p>96)); $p = 0,93$ Cambios positivos significativos en Carga de la Enfermedad Renal, Estado de Salud General, Cambio en la Salud en el Último Año, Función Física, Rol Físico, Salud General y Vitalidad.</p> <p><u>Factores asociados con la CVRS (KDQoL-SF):</u> -Carga de la Enfermedad Renal: significativa y débilmente correlacionado con disminución en niveles de b2 microglobulina ($p = 0,05$) y creatinina en suero ($p = 0,03$); -Rol emocional: significativa y débilmente correlacionado con una mayor duración de la terapia ($p = 0,04$).</p>
<p>Vos et al. (2006), Países Bajos</p>	<p>HDD diaria convencional (3 veces/semana) y diaria corta (2 horas, 6 veces/semana): N total =13 Edad: $45 \pm 7,4$ (38-60 años) H: 11 (84,6%) M: 2 (15,4%)</p>	<p>Evaluar si la HDD corta diaria mejora la CV y conocer los efectos en el funcionamiento cognitivo y el EEG.</p> <p>Los pacientes fueron estudiados al inicio, mientras recibían tratamiento de HDD convencional, después recibieron durante 6 meses HDD diaria corta y nuevamente se les volvió a someter durante 2 meses a HDD convencional.</p> <p>Diseño longitudinal.</p>	<p>CVRS: KDQoL-SF (11 sujetos lo completaron)</p> <p>Estado emocional, bienestar y satisfacción con la vida: <i>Affect Balance Scale questionnaires</i> (11 sujetos lo completaron)</p> <p>-<i>Affect Balance Scale</i></p> <p>-<i>Index of Well-being</i></p> <p>-<i>Overall Life Satisfaction</i></p>	<p>KDQoL: -<u>Salud Física:</u> HDD convencional ($51,9 \pm 17,7$) vs HDD corta diaria ($60,7 \pm 19,9^*$) vs HDD convencional ($48,6 \pm 15,7$); $p < 0,05$ -<u>Salud Mental:</u> HDD convencional ($70,3 \pm 18,4$) vs HDD corta ($70 \pm 15,6$) vs HDD convencional ($68,0 \pm 12,7$); $p > 0,05$ -<u>Problemas de Enfermedad Renal:</u> HDD convencional ($63,1 \pm 9,4$) vs HDD corta diaria ($63,5 \pm 12,1$) vs HDD convencional ($58,7 \pm 11,6$); $p > 0,05$ -<u>Satisfacción del Paciente:</u> HDD convencional ($74,4 \pm 17,8$) vs HDD corta ($81,8 \pm 19,2^*$) vs HDD convencional ($77,3 \pm 21,8$); $p < 0,05$ Mejoras significativas en Salud Física y Satisfacción del Paciente a favor de la HDD corta.</p> <p>SF-36 (incluido en KDQoL): -<u>Función Física:</u> HDD convencional (55 ± 22) vs HDD corta diaria (63 ± 25) vs HDD convencional (60 ± 22); $p > 0,05$ -<u>Rol Físico:</u> HDD convencional (41 ± 40) vs HDD corta diaria (59 ± 48) vs HDD convencional ($19 \pm 31^*$); $p < 0,05$ -<u>Dolor Corporal:</u> HDD convencional (71 ± 23) vs HDD corta diaria (78 ± 27) vs HDD convencional (65 ± 24); $p > 0,05$ -<u>Salud General:</u> HDD convencional (33 ± 13) vs HDD corta ($45 \pm 14^*$) vs HDD convencional ($36 \pm 15^*$); $p < 0,95$</p>

-**Rol Emocional:** HDD convencional (70 ± 41) vs HDD corta (79 ± 35) vs HDD convencional (74 ± 36); $p > 0,05$
 -**Función Social:** HDD convencional (67 ± 29) vs HDD corta (64 ± 31) vs HDD convencional (60 ± 25); $p > 0,05$
 -**Vitalidad:** HDD convencional (52 ± 21) vs HDD corta (57 ± 20) vs HDD convencional ($43 \pm 22^*$); $p < 0,05$
 -**Salud Mental:** HDD convencional (76 ± 15) vs HDD corta (80 ± 13) vs HDD convencional (76 ± 14); $p > 0,05$
 -**PCS:** HDD convencional ($39,3 \pm 9,8$) vs HDD corta ($43,7 \pm 10,6$) vs HDD convencional ($38,1 \pm 8$); $p > 0,05$
 -**MCS:** HDD convencional ($50,6 \pm 9,3$) vs HDD corta ($50,9 \pm 8,7$) vs HDD convencional ($50 \pm 8,4$); $p > 0,05$
 Mejoras significativas en Salud General en HDD corta.
 Empeoramiento significativo en Rol Físico, Salud General y Vitalidad al comparar el cambio de modalidad de HDD diaria corta a HDD diaria convencional.

Affect Balance Scale questionnaires:

-**Affect Balance Scale:** HDD convencional (76 ± 21) vs HDD corta (69 ± 24) vs HDD convencional (70 ± 25); $p > 0,05$
 -**Index of Well-Being:** HDD convencional (69 ± 21) vs HDD corta (71 ± 22) vs HDD convencional (65 ± 25); $p > 0,05$
 -**Overall Life Satisfaction:** HDD convencional ($5 \pm 1,5$) vs HDD corta ($5,1 \pm 1,5$) vs HDD convencional ($4,7 \pm 1,7$); $p > 0,05$
 No hubo diferencias significativas.

Watanabe et al. (2014), Japón	N total= 80 HDD diaria corta (3-5 horas, 5-6 veces/ semana): n= 46 Edad: $54 \pm 8,3^*$ años H: 87%	Evaluar y comparar la CVRS en pacientes en HDD y HD hospitalaria. Diseño transversal.	CVRS: -SF-36 -KDQoL-SF	SF-36: - Función Física: HDD ($87,5 \pm 9,1$) vs HD ($71,4 \pm 25,4$); $p < 0,001$ - Rol Físico: HDD ($85,8 \pm 19,9$) vs HD ($69,7 \pm 24,9$); $p = 0,001$ - Dolor Corporal: HDD ($80,7 \pm 19$) vs HD ($70,2 \pm 23,5$); $p = 0,003$ - Salud General: HDD ($57,7 \pm 18,4$) vs HD ($52,4 \pm 12,9$); $p = 0,1$ - Rol Emocional: HDD ($88,2 \pm 16,7$) vs HD ($65,9 \pm 20$); $p < 0,001$ - Función Social: HDD ($82,4 \pm 23,2$) vs HD ($68,2 \pm 17,3$); $p = 0,003$ - Vitalidad: HDD ($63,8 \pm 19,1$) vs HD ($53,6 \pm 20,3$); $p = 0,02$
-------------------------------	---	--	--------------------------------------	---

<p>M: 13%</p> <p>HD hospitalaria convencional (3 veces/ semana): n=34</p> <p>Edad: 57,1 ± 7,6* años</p> <p>H: 76,4%</p> <p>M: 23,6%</p>	<p>*Todos los pacientes tenían menos de 75 años</p>	<p>-Salud Mental: HDD (77,4 ± 20) vs HD (63,8 ± 22,2); $p = 0,001$</p> <p>-PCS: HDD (48,7 ± 9,2) vs HD (37,1 ± 12,9); $p < 0,001$</p> <p>-MCS: HDD (51,2 ± 8,9) vs HD (49,6 ± 6,2); $p = 0,2$</p> <p>-Escala de Rol-Componente Social: HDD (49,5 ± 11,6) vs HD (43,2 ± 15); $p = 0,03$</p> <p>Diferencias significativas en Función física, Rol Físico, Dolor Corporal, Rol Emocional, Función Social, Vitalidad, Salud Mental, Componente Sumario Físico y Escala de rol-Componente Social a favor de la HDD.</p>	
<p>Wong et al. (2019), China</p> <p>N total= 399</p> <p>HDD nocturna (3-6 veces/ semana) (3): n= 43</p> <p>Edad: 47,9 ± 8,5 años</p> <p>H: 29 (67,4%)</p>	<p>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.</p>	<p>CVRS: SF-12</p>	<p>SF-12:</p> <p>-Función Física: HDD (65,2 ± 33) vs DP (62,6 ± 34,1) vs HD hospitalaria (47 ± 35,4) vs HD comunitaria (64,2 ± 34,5); $1,3,4 > 2$; $p < 0,05$</p> <p>-Rol Físico: HDD (60,7 ± 25,1) vs DP (66,7 ± 30,9) vs HD hospitalaria (49,4 ± 30,3) vs HD comunitaria (62,3 ± 29,9); $1,4 > 2$; $p < 0,05$</p> <p>-Dolor Corporal: HDD (60,4 ± 25) vs DP (69,4 ± 33,9) vs HD hospitalaria (57,2 ± 32,3) vs HD comunitaria (69,9 ± 29); $1,4 > 2$; $p <$</p>

M: 14 (32,6%)	Diseño transversal.	<p>0,05</p> <p><u>-Salud General:</u> HDD (49 ± 26,1) vs DP (33,5 ± 24,4) vs HD hospitalaria (34,4 ± 25,8) vs HD comunitaria (45,7 ± 27,1); 3,4 > 1,2; $p < 0,05$</p> <p><u>-Función Social:</u> HDD (79,9 ± 25,1) vs DP (60,4 ± 38,3) vs HD hospitalaria (57,8 ± 33,1) vs HD comunitaria (70,8 ± 30,7); 3 > 1,2; 4 > 2; $p < 0,05$</p> <p><u>-Rol Emocional:</u> HDD (71,3 ± 24,1) vs DP (77,4 ± 22,8) vs HD hospitalaria (71,6 ± 26,1) vs HD comunitaria (80,6 ± 21,5); 4 > 2; $p < 0,05$</p> <p><u>-Vitalidad:</u> HDD (54,9 ± 19,5) vs DP (42,2 ± 29,7) vs HD hospitalaria (37,2 ± 23,6) vs HD comunitaria (47,5 ± 23,7); 3 > 1,2; 4 > 2; $p < 0,05$</p> <p><u>-Salud Mental:</u> HDD (70,4 ± 14,5) vs DP (72,5 ± 19,9) vs HD hospitalaria (67,8 ± 20,7) vs HD comunitaria (70,4 ± 21,4); $p > 0,05$</p> <p><u>-PCS:</u> HDD (40,9 ± 11,7) vs DP (40,3 ± 12) vs HD hospitalaria (34,2 ± 12) vs HD comunitaria (41 ± 12,4); 1,3,4 > 2; $p < 0,05$</p> <p><u>-MCS:</u> HDD (52,2 ± 9,1) vs DP (50,3 ± 10) vs HD hospitalaria (50,1 ± 10,5) vs HD comunitaria (52 ± 10); $p > 0,05$</p> <p>Diferencias significativas en Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Componente Sumario Físico.</p>
<p>HD hospitalaria (2):</p> <p>n= 135</p> <p>Edad: 56,4 ± 12,6 años</p> <p>H: 77 (57%)</p> <p>M: 58 (43%)</p>		
<p>DP (1):</p> <p>n= 103</p> <p>Edad: 63,1 ± 12,7 años</p> <p>H: 63 (61,2%)</p> <p>M: 40 (38,8%)</p>		
<p>HD en un centro de diálisis comunitario (4):</p> <p>n= 118</p> <p>Edad: 56,8 ± 11,6 años</p> <p>H: 78 (66,1%)</p> <p>M: 40 (33,9%)</p>		
		<p><u>Factores asociados con la CVRS (SF-12):</u></p> <p>-PCS: Género masculino ($p < 0,001$), grupo ocupacional ($p = 0,002$), mayor hemoglobina en sangre ($p = 0,033$) y glucosa en ayunas más baja ($p = 0,023$) tienden a lograr una mayor puntuación en PCS. No relación significativa ($p > 0,05$) con la edad, nivel de estudios, estado civil, niveles de albúmina, calcio sérico, fósforo, urea, lipoproteínas de baja densidad -LDL- y el receptor del factor de crecimiento epidérmico -eGFR-.</p> <p>-MCS: Nivel de educación más alto (secundaria y terciaria) ($p = 0,001$) significativa y positivamente asociados con el MCS en comparación con un bajo nivel educativo (no educación formal y</p>

Wright & Wilson (2015), EE. UU.	<p>N total= 77</p> <p>HD hospitalaria: n= 29 Edad: 20-81* años H: 16 (55,17 %) M: 13 (44,83 %)</p> <p>HDD convencional (3 veces/ semana): n= 22 Edad: 20-81* años H: 13 (59,09%) M: 9 (31,03%)</p> <p>DP: n= 26 Edad: 20-81* años H: 10 (38,46%) M: 16 (61,54%)</p> <p>*En general el 78% de los pacientes tenían entre 30 y 69 años.</p>	<p>Describir la CV y la autoeficacia de los pacientes en HD hospitalaria en comparación con aquellos que reciben HDD y DP.</p> <p>Diseño transversal.</p>	<p>CVRS: KDQoL-SF</p> <p>Autoeficacia percibida: SUPPH</p>	<p>primaria). No relación significativa ($p > 0,05$) con el sexo, edad, estado civil, estado laboral, hemoglobina en sangre, glucosa en ayunas, niveles de albúmina, calcio sérico, fósforo, urea, lipoproteínas de baja densidad -LDL- y el receptor del factor de crecimiento epidérmico -eGFR-.</p> <p>SUPPH:</p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Actitud Positiva</u>: HDD (3,8) vs HD (4) vs DP (4); $p = 0,656$ -<u>Reducción del Estrés</u>: HDD (3,4) vs HD (3,5) vs DP (3,8); $p = 0,337$ -<u>Toma de Decisiones</u>: HDD (3,7) vs HD (3,8) vs DP (3,8); $p = 0,769$ <p>No hubo diferencias significativas.</p> <p>KDQoL-SF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Síntomas/Listado de Problemas</u>: HDD (76,8) vs HD (79,1) vs DP (81,9); $p = 0,857$ -<u>Efectos de la Enfermedad Renal</u>: HDD (70,5) vs HD (66) vs DP (73); $p = 0,44$ -<u>Carga de la Enfermedad Renal</u>: HDD (48,8) vs HD (52) vs DP (59,4); $p = 0,369$ -<u>Situación Laboral</u>: HDD (46,9) vs HD (26,7) vs DP (31,5); $p = 0,248$ -<u>Función Cognitiva</u>: HDD (81,2) vs HD (80,4) vs DP (84,5); $p = 0,708$ -<u>Calidad de la Interacción Social</u>: HDD (80,8) vs HD (75,7) vs DP (80,7); $p = 0,464$ -<u>Función Sexual</u>: HDD (89,2) vs HD (84,2) vs DP (83,3); $p = 0,94$ -<u>Sueño</u>: HDD (62,2) vs HD (59,4) vs DP (59,3); $p = 0,77$ -<u>Apoyo Social</u>: HDD (72,9) vs HD (76,7) vs DP (76,5); $p = 0,47$ -<u>Apoyo del Personal de Diálisis</u>: HDD (87,5) vs HD (79,6) vs DP (88); $p = 0,155$ -<u>Satisfacción del Paciente</u>: HDD (78,1) vs HD (75,6) vs DP (83,3); $p = 0,462$ -<u>Salud General (bienestar)</u>: HDD (65) vs HD (66,3) vs DP (67); $p = 0,982$ <p>No hubo diferencias significativas.</p>
---------------------------------	---	---	--	---

SF-36 (contenido en el KDQoL):

- Función Física: HDD (56,7) vs HD (68,2) vs DP (74,1); $p = 0,393$
 - Rol Físico: HDD (50) vs HD (50) vs DP (50,9); $p = \text{No dato}$
 - Dolor Corporal: HDD (67,5) vs HD (71,8) vs DP (72,4); $p = 0,876$
 - Salud General: HDD (49,7) vs HD (49,7) vs DP (57,5); $p = 0,39$
 - Rol Emocional: HDD (75,6) vs HD (74,4) vs DP (76,2); $p = 0,983$
 - Función Social: HDD (76,6) vs HD (73) vs DP (71,4); $p = 0,919$
 - Energía/Fatiga (Vitalidad): HDD (52,5) vs HD (53,1) vs DP (57,1); $p = 0,837$
 - Bienestar Emocional (Salud Mental): HDD (74) vs HD (74,1) vs DP (79,6); $p = 0,399$
 - PCS: HDD (40,4) vs HD (42,8) vs DP (43,2); $p = 0,824$
 - MCS: HDD (50,6) vs HD (50,4) vs DP (51,1); $p = 0,953$
- No hubo diferencias significativas.

Nota. 12M: 12 meses; 18M: 18 meses; 24M: 24 meses; 24S: 24 semanas; 4M: 4 meses; 6M: 6 meses; 8S: 8 semanas; AQoL: *Assessment of Quality of Life*; ASA-Scale: *Appraisal of Self-Care Agency Scale*; BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; BSI: *Brief Symptom Inventory*; CAS: *Clinical Anxiety Scale*; CDI: *Cognitive Depression Index*; CV: *Calidad de Vida*; 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*; GC: *Grupo Control*; GCS: *Generalized Contentment Scale*; H: *Hombres*; HD: *Hemodiálisis*; HDD: *Hemodiálisis domiciliaria*; HSS: *Hemodialysis Stressor Scale*; HUI: *Health Utilities Index*; IEQ: *Illness Effects Questionnaire*; IIRS: *Illness Intrusiveness Ratings Scale*; IPQ: *Illness Perceptions Questionnaire*; KDQoL-SF: *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*; LB: *línea base*; M: *Mujeres*; MCS: *Mental Component Score/ Componente de Salud Mental*; MSPSS: *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*; N: *número*; NHP: *Nottingham Health Profile*; PAIS-SR: *Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report*; PCS: *Physical Component Score/ Componente de Salud Física*; RAND-36: *RAND 36-item Health Survey*; SF-12: *Short Form-12 Health Survey*; SF-36: *Short Form-36 Health Survey*; SOC questionnaire: *Sense of Coherence questionnaire*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*; SUPPH: *Strategies Used by People to Promote Health*; Tx: *Trasplante renal*; TEQ: *Treatment Effects Questionnaire*; \bar{x} : *Media*.

Anexo 5

Tabla-resumen de los instrumentos de medida de los estudios revisados

Tabla 5

Instrumentos de medida de los estudios

Instrumentos que miden la CVRS					
Autor (año)	Instrumento (abreviatura)	Dimensiones	Nº de ítems	Rango de Puntuación	Estudios
Ware et al. (1993)	<i>Short Form-36 Health Survey</i> (SF-36) / <i>RAND 36-ítem Health Survey</i> (RAND-36)	8 dimensiones agrupados en dos componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Componente Sumario Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General • Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental *Watanabe et al (2014) incluyen la Escala de Rol-Componente Social, que incluye el Rol Físico y Emocional	36 ítems	0-100 (valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS)	Ageborg et al., 2005; Cardone et al., 2011; Finkelstein et al., 2012; Heidenheim et al., 2003; Kooistra et al., 1998; Unrut et al., 2013; Watanabe et al., 2014;

Hays et al. (1994)	<i>Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQoL-SF)</i>	<p>Parte genérica (SF-36): 8 dimensiones agrupadas en dos componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente Sumario Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General • Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental 	<p>Parte genérica: 36 ítems Parte genérica: 43 ítems</p>	<p>0-100 (valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS)</p>	<p>Fong et al., 2007; Jansz et al., 2018; Manns et al., 2009; Painter et al., 2012; Van Eps et al., 2010; Vos et al., 2006; Watanabe et al., 2014; Wright & Wilson., 2015;</p>
		<p>Dimensiones de la parte específica (KDQoL):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas/Listado 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 • Actitud del Personal de Diálisis • Satisfacción del Paciente 			

Weisberg et al. (1979)	<i>Feeling Thermometer</i>		1 pregunta/ ítem	0-100 (valores más altos indican mejor CVRS)	Garg et al., 2017;
Hays et al. (1993)	<i>General Health Scale</i>		5 ítems derivados del RAND-36	0-100 (valores más altos indican mejor CVRS)	Garg et al., 2017;
Feeny et al. (1995)	<i>Health Utilities Index (HUI)</i>	8 dimensiones: Visión, Audición, Habla/ Discurso, Movilidad, Destreza, Emoción, Cognición y Dolor	15 ítems	0-1 (valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS)	Garg et al., 2017; Heidenheim et al., 2003;
Torrance et al. (1972)	<i>Time Trade-off assessment</i> (medida complementaria del HUI)		1 ítem	Minutos / horas (valores más altos indican mejor CVRS)	Heidenheim et al., 2003;
Heidenheim et al. (2003)	<i>Renal Disease-Specific Quality-of-Life Indicators</i>	Derivado del SF-36: 4 cuestionarios/ dimensiones (Síntomas de Diálisis, Síntomas Urémicos, Estrés Psicosocial, Actividades Sociales y de Ocio)	No se especifica -número de ítems dependiente de cada cuestionario -	Cada uno de los cuestionarios genera 3 puntuaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Numero de síntomas, estresores o actividades • Suma total de malestar, estrés o actividad • Media por ítem de malestar, estrés o actividad (valores más altos indican mayor preservación de las	Heidenheim et al., 2003;

				dimensiones que evalúan la CVRS)	
Hunt et al. (1981)	<i>Nottingham Health Profile -Section 1- (NHP)</i>	6 dimensiones: Energía, Dolor, Reacciones Emocionales, Sueño, Aislamiento Social y Movilidad Física	38 ítems		Kooistra et al., 1998;
EuroQol Group (1990)	<i>EuroQol-EQ-5D index (EQ-5D)</i>	2 partes: <ul style="list-style-type: none"> • Escala Análoga Visual • Índice EQ-5D (5 dimensiones): Movilidad, Autocuidado, Actividades Habituales, Dolor/ Malestar y Ansiedad/ Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Análoga Visual: 1 ítem • Índice EQ-5D: 3 ítem por dimensión (15 ítems en total) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Análoga Visual: 0-100 (valores más altos indican mejor CVRS) • Índice EQ-5D: 0-1 (valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la CVRS) 	Manns et al., 2009;
Hawthorne, et al. (1999)	<i>Assessment of Quality of Life (AQoL)</i>	5 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Utilidad de Salud General • Vida Independiente • Relaciones Sociales • Sentidos Físicos • Bienestar Psicológico 	15 ítems	0-1 (valores más altos indican mayor preservación de las escalas que evalúan la CVRS)	Van Eps et al., 2010;
Ware et al. (1996)	<i>Short Form-12 Health Survey (SF-12)</i>	8 dimensiones agrupados en dos componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Componente Sumario 	12 ítems	0-100 (valores más altos indican mayor preservación de las	Cafazzo et al., 2009; Wong et al., 2019;

- Físico: Función y Rol Físicos, Dolor Corporal y Salud General
- Componente Sumario Mental: Rol Emocional, Función Social, Vitalidad y Salud Mental

dimensiones que evalúan la CVRS)

Instrumentos que miden la Depresión

Hudson (1987)	<i>Generalized Contentment Scale (GCS)</i>	25 ítems	0-100 Puntos de corte: <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 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, 2000; Courts & Boyette, 1998;
Beck et al. (1996)	<i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i>	BDI: 21 ítems	BDI: 0-63 <ul style="list-style-type: none"> • 0-13 (mínima depresión) 	Fong et al., 2007; Griva et al., 2010; Rocco et al., 2011;

				<ul style="list-style-type: none"> • 14-19 (depresión leve) • 20-28 (depresión moderada) • 29-63 (depresión grave) 	Unrut et al., 2013;
				<p>Para población con ERC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • > 15 (depresión clínicamente significativa) 	
Beck et al. (1996)	<i>Cognitive Depression Index (CDI)</i>		CDI: 15 ítems cognitivos del BDI	<p>CDI: 0-45</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 10 (indica depresión) 	Griva et al., 2010; Unrut et al., 2013;
Instrumentos que miden la Ansiedad					
Spielberger et al. (1970)	<i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI)</i>	<p>2 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado • Rasgo 	<p>40 ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado: 20 ítems • Rasgo: 20 ítems 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado: 0-60 • Rasgo: 0-60 <p>(valores más altos indican mayor presencia de síntomas de ansiedad)</p>	Cafazzo et al., 2009; Courts, 2000;
Snaith et al. (1982)	<i>Clinical Anxiety Scale (CAS)</i>		25 ítems	<p>0-100</p> <p>Punto de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 30 (no hay ansiedad clínicamente significativa) • ≥ 30 (alto nivel de ansiedad) 	Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998;

Instrumentos que miden el Apoyo Social Percibido

Zimet et al. (1988)	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</i>		12 ítems	12 (0) -84 (10) (valores más altos indican mayor apoyo social percibido)	Cafazzo et al., 2009;
---------------------	---	--	----------	---	-----------------------

Instrumentos que miden la Percepción de la Experiencia de Enfermedad

Evers et al. (1989)	<i>Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-scale)</i>		24 ítems	24 (1) -120 (5) (valores más altos indican mayor grado de capacidad de autocuidado)	Ageborg et al., 2005; Cafazzo et al., 2009;
Murphy et al. (1985)	<i>Hemodialysis Stressor Scale (HSS)</i>		33 ítems	0-116 (valores más altos indican mayores niveles de estrés)	Courts (2000); Courts & Boyette, 1998;
Devins et al. (1983)	<i>Illness Intrusiveness Ratings Scale (IIRS)</i>	5 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar Físico y Alimentación • Trabajo y Finanzas • Relaciones Matrimoniales, Sexuales y Familiares • Ocio y Relaciones Sociales • Otros Aspectos de la Vida 	13 ítems	13-91 (valores más altos indican mayor intrusividad percibida de la enfermedad) <ul style="list-style-type: none"> • Dimensiones: 1-7 (valores más altos indican mayor preservación de las dimensiones que evalúan la intrusividad percibida de la enfermedad) 	Fong et al., 2007;

Weinman et al. (1996)	<i>Illness Perceptions Questionnaire</i> (IPQ)	5 subescalas: <ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Cronología • Control • Atribuciones Causales: Casualidad, Atención médica, Hereditario, Comportamiento propio, Otras personas, Gérmenes/virus, Dieta, Estrés, Mente y Contaminación • Consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad: 14 ítems • Cronología: 3 ítems • Control: 6 ítems • Atribuciones: causales: 10 ítems • Consecuencias: 7 ítems 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad: si/no (0-14) • Cronología: 1-5 • Control: 1-5 • Atribuciones causales: 1-5 por ítem • Consecuencias: 1-5 <p>(valores más altos indican mayores creencias de identidad, cronicidad, control, atribuciones causales y consecuencias percibidas de la enfermedad)</p>	Griva et al., 2010;
Greenberg & Peterson (1994)	<i>Illness Effects Questionnaire</i> (IEQ)		20 ítems	0-140 <ul style="list-style-type: none"> • < 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;
Heilbronner et al. (1984)	<i>Treatment Effects Questionnaire</i> (TEQ)		20 ítems	0-140 (valores más altos indican mayor disrupción percibida del tratamiento)	Griva et al., 2010;

Lev & Owen (1996)	<i>Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH)</i>	3 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Actitud Positiva • Reducción del Estrés • Toma de Decisiones 	29 ítems	3 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Actitud Positiva: 1-5 • Reducción del Estrés: 1-5 • Toma de Decisiones: 1-5 (valores más altos indican mayor autoeficacia percibida en el uso de estrategias para la promoción de la salud)	Wright & Wilson, 2015;
-------------------	--	---	----------	---	------------------------

Instrumentos que miden la Adaptación Psicosocial

Derogatis (1986)	<i>Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report (PAIS-SR)</i>	7 dominios: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en el Cuidado de la Salud • Entorno Profesional • Entorno Doméstico • Relaciones Sexuales • Relación con la Familia Extensa • Entorno Social • Malestar Psicológico 	46 ítems <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sanitaria: 8 ítems • Entorno profesional: 6 ítems • Entorno doméstico: 8 ítems • Relaciones sexuales: 6 ítems • Relación con la familia extensa: 5 ítems • Entorno social: 6 ítems • Malestar psicológico: 7 ítems 	0-138 (valores más bajos indican mayor ajuste psicosocial a la enfermedad) <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sanitaria: 0-24 • Entorno profesional: 0-18 • Entorno doméstico: 0-24 • Relaciones sexuales: 0-18 • Relación con la familia extensa: 0-15 • Entorno social: 0-18 • Malestar psicológico: 0-21 (valores más altos en	Courts, 2000; Courts & Boyette, 1998; Soskolne & Kaplan De-Noir, 1987;
------------------	---	---	---	---	--

cada dominio indican un
peor ajuste psicosocial)

Instrumentos que miden los Síntomas Psicológicos

Derogatis (1975)	<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	9 dimensiones + Índice de Síntomas Generales: <ul style="list-style-type: none"> • Somatización • Obsesivo-Compulsivo • Sensibilidad Interpersonal • Depresión • Ansiedad • Hostilidad • Ansiedad Fóbica • Ideación Paranoica • Psicoticismo 	53 ítems	0-212 (valores más altos indican mayor severidad de los síntomas) <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación por dimensión: 0-2,66 	Soskolne & Kaplan De-Noir, 1987;
---------------------	--------------------------------------	---	----------	---	----------------------------------

Instrumentos que miden el Bienestar, Perspectiva y Satisfacción Vital

Antonovsky (1987)	<i>Sense of Coherence questionnaire (SOC questionnaire)</i>		29 ítems	29-203 (valores más altos indican mayor sentido de coherencia)	Ageborg et al., 2005;
Bradburn (1969)	<i>Affect Balance Scale questionnaires:</i> <i>Affect Balance Scale</i>		<i>Affect Balance Scale:</i> 10 ítems (5 sentimientos positivos y 5 negativos) <i>Index of Well-being:</i> 1 ítem <i>Overall Life Satisfaction:</i> 1	<i>Affect Balance Scale:</i> 0-100 <i>Index of Well-Being:</i> 0-100 <i>Overall Life Satisfaction:</i> 1-7	Vos et al., 2006;

<i>Index of Well-being</i>	ítem	(valores más altos indican mayor bienestar emocional)
<i>Overall Life Satisfaction</i>		

Nota. CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; ERC: Enfermedad renal crónica; N°: número.

Anexo 6

Tabla-resumen de los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de intervención

Tabla 6

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes que estén recibiendo tratamiento activo en HDD (diario o nocturno, frecuente o convencional);	Pacientes con enfermedades mentales graves o deterioro cognitivo severo que impidan su participación en el programa;
Pacientes mayores de edad (a partir de 18 años);	Pacientes en otra modalidad de TRS (DP, HD hospitalaria y Tx);
Pacientes que lleven un mínimo de 3 meses en HDD;	Pacientes con comorbilidades médicas severas que comprometan sus capacidades cognitivas y físicas o supervivencia a corto plazo para participar en el programa;
Pacientes con sintomatología ansiosa-depresiva (con diagnóstico);	Pacientes que se encuentren en otros programas de intervención psicológica con la misma orientación teórica y finalidad;
Pacientes con acceso a internet en su domicilio (por ejemplo, teléfono móvil, ordenador, etc.) o que puedan acceder de forma regular (por ejemplo, con la ayuda de algún familiar, etc.).	Pacientes que no deseen participar voluntariamente en el programa.

Nota. DP: Diálisis peritoneal; HD: Hemodiálisis; HDD: Hemodiálisis domiciliaria; TRS: Tratamiento renal sustitutivo; Tx: Trasplante renal.

Anexo 7

Tabla del protocolo de pre-evaluación psicológica

Tabla 7

Protocolo de pre-evaluación

Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersecciones
1	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos - Características de la modalidad de HDD e historia de la ERC - Factores estresantes vinculados y respuestas (estilos de afrontamiento) - Características y recursos personales (actividades gratificantes, apoyo social y percepción del sentido de su vida) - CVRS - Depresión - Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica semiestructurada individual (Anexo 8) - 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) (Anexo 9) 	

Nota. HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; KDQoL-SF: *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*; CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

Anexo 8

Entrevista clínica semiestructurada para pacientes en HDD



Entrevista Clínica
Semiestructurada
para pacientes de Hemodiálisis
Domiciliaria

Nombre del entrevistador:

Fecha de entrevista:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y Apellidos:..... Residencia:.....

Edad:..... Estado civil:.....

Sexo..... Hijos:.....

Fecha de nacimiento:..... Actividad laboral / ocupación:.....

Lugar de nacimiento:..... Nivel educativo:.....

Número de teléfono:.....

RÉGIMEN DE HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA

Equipo de hemodiálisis:.....

Marcar una de las siguientes opciones:

- Hemodiálisis domiciliaria diaria y breve (5-6 días/ semana; 1-2h por sesión)*
- Hemodiálisis domiciliaria nocturna (5-6 días/ semana; 6-8h por sesión)*
- Hemodiálisis domiciliaria convencional (3 días/ semana; 4h por sesión)*

Posibles adaptaciones del tratamiento:

Seguimientos y ajustes de la terapia:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Tratamientos de sustitución renal anteriores:

- Hemodiálisis hospitalaria*
- Diálisis peritoneal*
- Trasplante renal*

Otros

Estadio de la enfermedad en el que se encuentra:

1 2 3 4 5

Tratamientos farmacológicos:

.....

.....

Diagnóstico de otras enfermedades / patologías físicas:

SI NO

Diagnóstico de otros trastornos psiquiátricos:

SI NO

FACTORES PSICOSOCIALES

Como describiría del 1 al 10 su estado de ánimo durante la semana pasada

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Qué factores considera estresantes o suponen un reto para usted?

.....
.....

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Cuál es su reacción (emocional y conductual) frente a los factores estresantes mencionados? ¿Cómo los suele afrontar?

.....
.....

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Ha experimentado cambios significativos a nivel físico (por ejemplo, alteraciones en el apetito, sueño, etc.)?

.....
.....

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Cuál es su creencia respecto a la enfermedad y el tratamiento?

.....
.....

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Cómo ha adaptado su estilo de vida? ¿realiza algún tipo de actividad que considera gratificante?

.....
.....

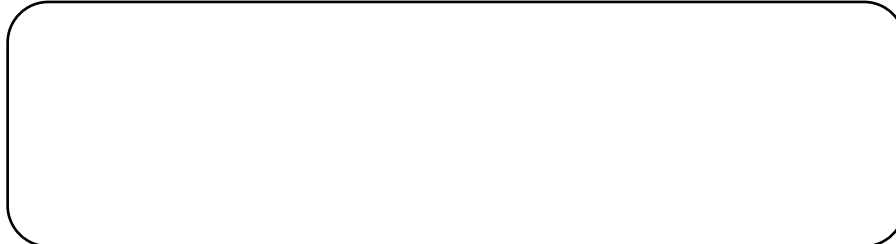
Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Percibe apoyo por parte de las personas cercanas a usted (familia, amigos, etc.)?

.....
.....

Desde que está en hemodiálisis domiciliaria, ¿Cómo percibe su vida en el futuro?

.....
.....

Observaciones adicionales:



Anexo 9

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 10

Tabla del protocolo de intervención psicológica

Tabla 8

Protocolo de intervención

Módulo	Sesión	Objetivos	Tareas con el terapeuta	Tareas intersesiones
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA: PSICOEDUCACIÓN (I)	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el nivel de conocimiento de la ERC y la HDD (impacto a nivel físico, psicológico y social) - Promover el papel del paciente como “experto” y sujeto activo de su enfermedad y tratamiento, fomentando la toma de decisiones - Promover la adherencia al tratamiento domiciliario 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación: Dinámica para conocerse entre los participantes e información sobre en qué consiste el programa de intervención - Información sobre la ERC y la HDD (aspectos médicos, psicológicos y sociales) 	Lectura de materiales: Artículo “ <i>Vivir con hemodiálisis domiciliaria</i> ” (Asociación Europea de Enfermeras de Diálisis y Trasplantes / Asociación Europea de Cuidado Renal [EDTNA / ERCA]),
PSICOEDUCACIÓN (II) CONTROL DE LA ACTIVACIÓN (I)	2	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el nivel de conocimiento de la ERC y la HDD (impacto a nivel físico, psicológico y social) - Promover el papel del paciente como “experto” y sujeto activo de su enfermedad y tratamiento, fomentando la toma de decisiones - Promover la adherencia al tratamiento domiciliario 	<ul style="list-style-type: none"> - Debate sobre la lectura del artículo y empoderar a los pacientes sobre su capacidad de automanejo de la ERC - Identificar síntomas físicos relacionados con la ERC - Conocer la importancia y los beneficios de la práctica diaria en relajación sobre el Sistema 	- Práctica en relajación muscular progresiva y autorregistro del grado de relajación (Anexo 11)

		- Reducir la activación fisiológica producto de altos niveles de ansiedad o situaciones estresantes en el manejo de la enfermedad, contribuyendo a la mejora de los síntomas físicos propios de la ERC (por ejemplo, problemas de sueño, náuseas, etc.)	Nervioso Autónomo - Entrenamiento en relajación muscular progresiva	
CONTROL DE LA ACTIVACIÓN (II) GESTIÓN DEL TIEMPO Y PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES AGRADABLES (I)	3	- Reducir la activación fisiológica producto de altos niveles de ansiedad o situaciones estresantes en el manejo de la enfermedad, contribuyendo a la mejora de los síntomas físicos propios de la ERC - Promover la gestión del tiempo e incrementar actividades gratificantes y reforzantes ajustadas a las sesiones de diálisis en el hogar	- Entrenamiento en relajación muscular progresiva - Revisión de autorregistro de relajación muscular progresiva - Debate sobre los obstáculos y desafíos en la gestión del tiempo - Desarrollo de estrategias de gestión del tiempo: empleo de planificador (agendas), priorizar tareas y programar tiempos de descanso y disfrute - Identificar actividades agradables y distractoras durante las sesiones de diálisis y seleccionar 3 o 4 mediante una “Lluvia de ideas grupal”	- Práctica en relajación muscular progresiva y autorregistro del grado de relajación (Anexo 11) - Elaboración de su propio planificador personalizado semanal - Autorregistro de actividades agradables durante las sesiones de diálisis (por ejemplo, lectura, escuchar música, etc.) y nivel de estado de ánimo (Anexo 12)
CONTROL DE LA ACTIVACIÓN (III) GESTIÓN DEL TIEMPO E INCREMENTO DE	4	- Reducir la activación fisiológica producto de altos niveles de ansiedad o situaciones estresantes en el manejo de la enfermedad, contribuyendo a la mejora de los	- Entrenamiento en relajación muscular progresiva - Revisión de autorregistros de relajación muscular progresiva y	- Práctica en relajación muscular progresiva y autorregistro del grado de relajación (Anexo 11) - Elaboración de su propio planificador personalizado

ACTIVIDADES GRATIFICANTES (II)		<p>síntomas físicos propios de la ERC</p> <p>- Promover la gestión del tiempo e incrementar actividades gratificantes y reforzantes ajustadas a las sesiones de diálisis en el hogar</p>	<p>actividades gratificantes</p> <p>- Revisión del planificador personalizado semanal y programación de actividades gratificantes fuera de las sesiones de diálisis</p>	<p>semanal + implementación de actividades gratificantes fuera de las sesiones de diálisis</p> <p>- Autorregistro de actividades gratificantes (durante y fuera de las sesiones de diálisis) y nivel de estado de ánimo (Anexo 12)</p>
<p>GESTIÓN DEL TIEMPO E INCREMENTO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES (III)</p> <p>ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (I)</p>	5	<p>- Promover la gestión del tiempo e incrementar actividades gratificantes y reforzantes ajustadas a las sesiones de diálisis en el hogar</p> <p>- Adquirir estrategias de afrontamiento emocional y conductual para que los pacientes aprendan a abordar los desafíos de su enfermedad desde el hogar</p>	<p>- Revisión de autorregistros de relajación muscular progresiva y actividades gratificantes</p> <p>- Revisión del planificador personalizado semanal</p> <p>- Elaboración de listado de problemas: Compartir ejemplos de situaciones problema vinculados a la ERC o la HDD y estrategias de manejo empleadas</p> <p>- Presentación del esquema de las fases de resolución de problemas: identificación y análisis del problema, generación de soluciones al mismo, evaluación y selección de alternativas de solución, puesta en práctica de las soluciones escogidas y evaluación de resultados</p> <p>- Entrenamiento en solución de problemas: <i>Role-playing</i> (por ejemplo, se plantea un problema</p>	<p>- Autorregistro de actividades gratificantes (durante y fuera de las sesiones de diálisis) y nivel de estado de ánimo (Anexo 12)</p> <p>- Desarrollo del procedimiento e implementación de la estrategia de solución a partir del listado de problemas realizado</p>

			vinculado a los olvidos en cuanto a la medicación o las citas médicas)	
GESTIÓN DEL TIEMPO E INCREMENTO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES (IV)	6	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la gestión del tiempo e incrementar actividades gratificantes y reforzantes ajustadas a las sesiones de diálisis en el hogar - Adquirir estrategias de afrontamiento emocional y conductual para que los pacientes aprendan a abordar los desafíos de su enfermedad desde el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro de actividades gratificantes - Revisión del planificador personalizado semanal - Puesta en común de cómo se han aplicado las estrategias de solución de problemas fuera de sesión - Reflexión y ajuste ante posibles dificultades y entrenamiento en solución de problemas: <i>Role-playing</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro de actividades gratificantes (durante y fuera de las sesiones de diálisis) y nivel de estado de ánimo (Anexo 12) - Desarrollo del procedimiento e implementación de la estrategia de solución a partir del listado de problemas realizado
ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (II)				
ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (III)	7	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir estrategias de afrontamiento emocional y conductual para que los pacientes aprendan a abordar los desafíos de su enfermedad desde el hogar - Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad (atribuciones causales, consecuencias de la enfermedad y el tratamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro de actividades gratificantes - Revisión y puesta en común de cómo se han aplicado las estrategias de solución de problemas fuera de sesión - Presentación y explicación del modelo ABC: relación entre situación antecedente (A), pensamientos irracionales (B) y consecuencias (C), así como los tipos de distorsiones cognitivas - Identificar y compartir creencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro ABC (Anexo 13)
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (I)				

			irracional sobre la enfermedad y el tratamiento (por ejemplo, creer que la ERC es sinónimo de muerte, que la HDD puede implicar un constante dolor, etc.)	
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (II)	8	- Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad	- Revisión del autorregistro ABC	- Autorregistro ABC, implementando pensamientos adaptativos (Anexo 14)
ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN ASERTIVA (I)		- Aumentar el apoyo social y promover una comunicación colaborativa y adecuada con el personal sanitario de diálisis	- Reevaluación cognitiva: - Discusión (generación de pensamientos alternativos mediante la identificación de los beneficios del tratamiento y plantear soluciones ante posibles desafíos) - Prueba de realidad y desafío de pensamientos (promover el cuestionamiento y utilidad de los pensamientos negativos vinculados a la ERC y la HDD)	- Autorregistro de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva (Anexo 15)
			- Informar sobre la importancia de la comunicación con el personal sanitario y entorno cercano (personas de apoyo)	
			- Explicación de los diferentes estilos de comunicación (asertiva, pasiva, agresiva)	
			- Proporcionar pautas y elementos clave para desarrollar un estilo de comunicación asertivo (por ejemplo, expresión verbal de las emociones y el	

			malestar físico, etc.)	
			- Entrenamiento mediante <i>role-playing</i> (por ejemplo, comunicación del estado actual con el médico especialista, etc.)	
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (III)	9	- Modificar las creencias irracionales asociadas a la experiencia de enfermedad	- Revisión de autorregistros ABC y de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva	- Autorregistro ABC, implementando estrategias adaptativas (Anexo 14)
COMUNICACIÓN ASERTIVA (II)		- Aumentar el apoyo social y promover una comunicación colaborativa y adecuada con el personal sanitario de diálisis	- Puesta en común de la eficacia de los pensamientos adaptativos sobre las consecuencias físicas, emocionales y conductuales	- Autorregistro de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva (Anexo 15)
			- Entrenamiento mediante <i>role-playing</i> de situaciones de comunicación asertiva	
COMUNICACIÓN ASERTIVA (III)	10	- Aumentar el apoyo social y promover una comunicación asertiva con personas significativas	- Revisión de autorregistros ABC y de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva	- Autorregistro de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva (Anexo 15)
PERSPECTIVA VITAL POSITIVA (I)		- Favorecer una perspectiva vital positiva en los pacientes, considerando la cronicidad de la enfermedad y, por tanto, la construcción de metas futuras adaptativas (SMART)	- Mejorar el apoyo social mediante la implementación de las estrategias de comunicación asertiva en situaciones sociales: <i>Role-playing</i> (por ejemplo, reuniones familiares, etc.)	- Escritura de una carta a tu “yo futuro”
			- Identificar hechos significativos acontecidos en la vida: “Historia de vida” (elaborar línea de vida con sucesos vitales positivos y	

			negativos)	
PERSPECTIVA VITAL POSITIVA (II) PREVENCIÓN DE RECAIDAS (I)	11	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una perspectiva vital positiva en los pacientes, considerando la cronicidad de la enfermedad y, por tanto, la construcción de metas futuras adaptadas (SMART) - Identificar posibles factores de riesgo relacionados con la ERC que puedan desencadenar consecuencias a nivel psicosocial en el futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva - Detectar las metas personales futuras en la carta - Identificar estrategias de afrontamiento ante las posibles limitaciones que la ERC pueda implicar sobre las metas futuras - Identificar situaciones futuras que puedan generar alteraciones en el estado emocional (situaciones del alto riesgo) - Elaborar estrategias de afrontamiento para las situaciones de alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> -Reelaborar metas futuras, considerando como la ERC puede influir en ellas y reflexionar sobre las posibles estrategias de afrontamiento que se podrían implementar - Identificar otras situaciones de alto riesgo y reflexionar sobre las posibles estrategias de afrontamiento que se podrían implementar
CIERRE DEL PORGRAMA: PERSPECTIVA VITAL POSITIVA (III) PREVENCIÓN DE RECAIDAS (II)	12	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una perspectiva vital positiva en los pacientes, considerando la cronicidad de la enfermedad y, por tanto, la construcción de metas futuras adaptadas a su nuevo estilo de vida (SMART) - Identificar posibles factores de riesgo relacionados con la ERC que puedan desencadenar 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión: Establecer un plan de acción por pasos para lograr cada una de las metas y para cada una de las situaciones futuras de riesgo, atendiendo a las estrategias de afrontamiento consideradas - Retroalimentación de lo aprendido a lo largo de las 	

consecuencias a nivel psicosocial
en el futuro

sesiones

- Valoración cualitativa de los
participantes sobre el impacto del
programa de intervención en sus
vidas.

- Evaluación post-intervención

Nota. ERC: Enfermedad renal crónico; HDD: Hemodiálisis domiciliaria; SMART: Metas específicas, medibles, alcanzables, realistas y de duración limitada.

Anexo 11

Tabla de autorregistro de entrenamiento en relajación muscular

Tabla 10

Autorregistro de entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson

Fecha / hora	Situación	Grado de relajación (0-10)			Grado de concentración y dificultades
		Antes	Durante	Después	

Anexo 12

Tabla de autorregistro de actividades gratificantes y estado de ánimo

Tabla 11

Autorregistro de actividades gratificantes y nivel de estado de ánimo

Fecha / hora	Situación (en HDD/ fuera de HDD)	Tipo de actividad (descripción)	Nivel de agrado (0-10)	Estado de ánimo (0-10)	
				Antes	Después

Anexo 13

Tabla de autorregistro ABC

Tabla 12

Autorregistro ABC

Fecha / hora	Acontecimiento	Pensamiento	Consecuencias		
			Reacción emocional	Reacción física	Reacción conductual

Anexo 14

Tabla de autorregistro ABC con implementación de pensamientos alternativos

Tabla 13

Autorregistro ABC con implementación de pensamientos adaptativas

Fecha / hora	Acontecimiento	Pensamiento irracional	Distorsión cognitiva identificada	Pensamiento alternativo	Consecuencias		
					Reacción emocional	Reacción física	Reacción conductual

Anexo 15

Tabla de autorregistro de entrenamiento en asertividad

Tabla 14

Autorregistro de entrenamiento en situaciones de comunicación asertiva

Fecha / hora	Situación de comunicación (número de participantes y descripción de la situación)	Estrategias de comunicación asertiva	Estado emocional (0-10)		Nivel de satisfacción (0-10)
			Antes	Después	