



**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**

Recibido: 15/05/2023. Aceptado: 21/07/2023

## **EVALUACIÓN DEL IMPACTO EMOCIONAL DE LA PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO**

**EVALUATION OF THE EMOTIONAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON  
HEMODIALYSIS PATIENTS: AN ANALYTICAL CROSS-SECTIONAL STUDY**

**I. Rodríguez<sup>1</sup>, J. Estifan<sup>2</sup>, P. Valbuena<sup>3</sup>, C. Lucas<sup>4</sup>, A. Serrano<sup>5</sup>, P. de Boso<sup>6</sup>, J. de Santiago<sup>7</sup>, J.C. Morente<sup>8</sup>**

1 Residente de Psicología Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León. 2 Jorge Estifan Kasabji. 3 Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León. 4 Nefróloga. Complejo Asistencial Universitario de León. 5 Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León.

6 Psicóloga. FMC Servicios Castilla y León S. L. Centro de Diálisis de León. 7 Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León.

8 Director Médico. FMC Servicios Castilla y León S. L. Centro de Diálisis de León.

Correspondencia: Israel Rodríguez Cordovillo. C/ Altos de Nava, s/n. 24071, León. lipractgce@gmail.com



## RESUMEN

**Antecedentes:** Los pacientes en hemodiálisis padecen, debido a su diagnóstico y tratamiento, mayores niveles de ansiedad y depresión que la población general. El objetivo de esta investigación es conocer el impacto emocional generado por la COVID-19 en pacientes hemodializados.

**Método:** Estudio transversal analítico en una muestra total de 88 pacientes mayores de 18 años que reciben hemodiálisis entre abril de 2021 y marzo de 2022. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas incluyendo aquellas relacionadas con COVID-19. A todos los pacientes se les administran las escalas HADS y Kessler-10.

**Resultados:** La puntuación media de la escala HADS-A fue de 5,3 ( $\pm 3,732$ ), de la HADS-D de 5,45 ( $\pm 4,052$ ) y de la Kessler-10 de 20,11 ( $\pm 7,499$ ). Se observaron diferencias significativas entre aislados y no aislados en las escalas clínicas HADS-A ( $p=,002$ ) y HADS-D ( $p=,005$ ). Igualmente, aquellos pacientes con antecedentes psicopatológicos fueron significativamente más jóvenes ( $p=,014$ ) y con una mayor puntuación en las escalas HADS-D ( $p=,016$ ) y Kessler-10 ( $p=,035$ ) que aquellos sin antecedentes.

**Conclusiones:** No hubo asociación entre infección por COVID-19 y la clínica ansioso-depresiva en pacientes hemodializados. El aislamiento, en estos pacientes, no se asocia a la aparición de clínica psicopatológica, mientras que el hecho de haber presentado antecedentes psicopatológicos previos se asocia a su desarrollo.

**Palabras clave:** Depresión; Ansiedad; COVID-19; Hemodiálisis; Malestar psicológico.

## ABSTRACT

**Background:** Hemodialysis patients suffer, due to their diagnosis and treatment, higher levels of anxiety and depression than the general population. The aim of this research is to know the emotional impact generated by COVID-19 in hemodialysis patients.

**Method:** Analytical cross-sectional study in a total sample of 88 patients over 18 years of age receiving hemodialysis between April 2021 and March 2022. Sociodemographic and clinical variables including those related to COVID-19 are collected. All patients were administered the HADS and Kessler-10 scales.

**Results:** The mean score of the HADS-A scale was 5.3 ( $\pm 3.732$ ) of the HADS-D 5.45 ( $\pm 4.052$ ) and of the Kessler-10 20.11 ( $\pm 7.499$ ). Significant differences were observed between isolated and non-isolated patients in the clinical scales HADS-A ( $p=.002$ ) and HADS-D ( $p=.005$ ). Likewise, those patients with a psychopathological history were significantly younger ( $p=.014$ ) and scored higher on the HADS-D ( $p=.016$ ) and Kessler-10 ( $p=.035$ ) scales than those without a history.

**Conclusions:** There was no association between COVID-19 infection and anxious-depressive symptoms in hemodialyzed patients. Isolation, in these patients, was not associated with the appearance of psychopathological symptoms, while the fact of having a previous history of psychopathology was associated with their development.

**Keywords:** Depression; Anxiety; COVID-19; Hemodialysis; Psychological discomfort.

## INTRODUCCIÓN

A comienzos del año 2020 el mundo se vio envuelto en un acontecimiento impensable en la sociedad del siglo XXI (Zhu y cols., 2020). Palabras que antes estaban tan solo en nuestro imaginario, tales como cuarentena o confinamiento (Khalid y cols., 2016), empezaron a envolver nuestra realidad, llevándonos a un punto de perplejidad ante la situación incomprensible que asolaba al mundo.

En diciembre de 2019 fue detectado en Wuhan, República Popular China, un brote epidémico que cursaba con un síndrome respiratorio agudo, provocado por un virus desconocido. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus, al cual se denominó SARS-CoV-2, bauti-

zándose la enfermedad infecciosa que provocaba como COVID-19 y calificándose como una pandemia el 11 de marzo de 2020.

La COVID-19 ha tenido un alto impacto en nuestro país (Condes y Arribas, 2021). Sin embargo, esta pandemia no ha afectado a todas las personas por igual, dándose grupos altamente susceptibles de contraer la enfermedad o de desarrollar cuadros clínicos graves. Estos grupos presentan mayor vulnerabilidad y se encuentran, entre ellos, los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) (Henry y Lippi, 2020; Sequera y cols., 2020).

Tanto el diagnóstico como el inicio de tratamiento en una unidad de diálisis suponen por sí mismos factores estresantes que pueden conllevar un impacto negativo a nivel emo-



cional, presentándose con frecuencia ansiedad y depresión (Rojas y cols., 2017).

En pacientes con ERC, según Moreno y cols. (2004), existe una prevalencia de síntomas ansiosos del 46,6%. Kurella y cols. (2005) concluyeron que la depresión en estos pacientes aumentaba en un 84% la probabilidad de suicidio con relación a la población general. Muñoz y cols. (2006) evidenciaron, en una muestra de pacientes en hemodiálisis, que el 25% de estos presentaban depresión, mientras que el 17% padecían ansiedad. Paéz (2009) halló que el 56,7% presentaba algún grado de depresión, relacionando positivamente los niveles de ansiedad (estado-rasgo) con los niveles de depresión. García-Llana y cols. (2014) publicaron una revisión sistemática de 38 estudios, situándose la prevalencia de la depresión entre un 25,8% y un 68,1%.

Asimismo, algunos de los síntomas asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con los de ERC, muchos de ellos no son específicos y en general son fluctuantes, condicionando de forma significativa el bienestar general, siendo a veces difícil determinar si existe una causa orgánica.

Atendiendo a ambos factores, COVID-19 y pacientes en tratamiento con hemodiálisis, nuestro objetivo se centró en conocer la repercusión emocional diferencial que genera la primera sobre los segundos. La hipótesis principal para confirmar sostuvo que los pacientes en hemodiálisis afectados por la COVID-19 presentarían un mayor impacto emocional que aquellos pacientes que no hubieran contraído la enfermedad.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Estudio transversal analítico que se realizó con 88 pacientes (el número de casos en el área durante el periodo de estudio determinó el tamaño de la muestra) en tratamiento con hemodiálisis, firmando previamente el consentimiento informado correspondiente. La investigación se realizó entre abril de 2021 y marzo de 2022, en colaboración entre los servicios de psiquiatría y nefrología del CAULE y el Fresenius Medical Care de León, tras la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm), con número de Registro Interno: 2174 y fecha del 27 de abril de 2021.

Se incluyeron personas mayores de 18 años, en tratamiento en hemodiálisis desde hacía al menos 3 meses en programa. Se excluyeron pacientes incapacitados legalmen-

te o con alteraciones cognitivas severas que impidieran la comprensión del proceso, así como aquellos cuya dificultad idiomática supusiera una barrera para responder a los cuestionarios.

Para la redacción de este artículo, se aplicó la pauta STROBE.

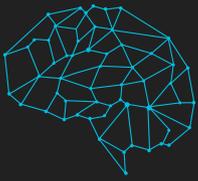
### INSTRUMENTOS

Se emplearon las escalas HADS (Zigmond y Snaith, 1983; Tejero y cols., 1986) (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y Kessler-10 (Kessler y Mroczek, D., 1994; Terrez y Salcedo, 2016), así como una escala ad hoc y tipo Likert de emociones experimentadas durante la pandemia; esta escala fue diseñada por los autores del estudio, consistiendo la misma en valorar cualitativamente una lista de emociones entre cinco alternativas, desde nada a mucho.

Con relación a la escala HADS, se decidió su utilización por tratarse de una escala diseñada para minimizar el impacto de las enfermedades somáticas, excluyendo en sus respuestas la posible patología física que muchas veces se somatiza, recomendándose su utilización en contexto hospitalario, siendo validada en diversos estudios (Lugo y cols. 2018), y concluyéndose que la misma es un buen indicador para evaluar clínica ansioso-depresiva en personas de la población general, así como en pacientes de atención primaria, pacientes con patología crónica y/o psiquiátrica (Gómez y cols., 2015). A esta misma conclusión ya habían llegado Bjelland y cols. (2002), así como Terol y cols. (2015) en sendas revisiones bibliográficas.

La HADS es un cuestionario autoadministrado que contiene 7 ítems referidos a la subescala de depresión y 7 ítems a la subescala de ansiedad. Cada uno de los ítems adopta un valor en un rango de 0 a 3, tipo Likert, pudiendo obtener unas puntuaciones mínimas y máximas para cada una de las subescalas de 0 y 21, respectivamente. Valores inferiores a 7 señalarían ausencia de trastorno, los situados entre 8 y 10 reflejan resultados dudosos, y los valores 11 o superiores indicarían presencia de ansiedad y/o depresión.

La escala Kessler-10 de malestar psicológico de 10 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Likert, desde "nunca" hasta "siempre", valoradas sus puntuaciones entre 1 y 5, por lo que las puntuaciones mínimas y máximas serían 10 y 50, respectivamente. El punto de corte para máxima sensibilidad y especificidad es de 22 para el diagnóstico de ansiedad, siendo el mismo de 21 para el diagnóstico de depresión.



## PROCEDIMIENTO

Se registraron las variables sociodemográficas y clínicas (sexo, edad, altura, peso, índice de masa corporal, núcleo de población, estado civil, núcleo de convivencia, empleo previo a la enfermedad y estudios académicos), datos clínicos de hemodiálisis, datos clínicos sobre COVID-19 y antecedentes psiquiátricos.

Los cuestionarios fueron respondidos durante la sesión de hemodiálisis.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSSv25, así como los estadísticos Chi-cuadrado de Pearson para las proporciones y la t de Student para las medias. El valor de significación fue de 0,05.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 88 pacientes, siendo los estadísticos descriptivos los que se aprecian en la Tabla 1.

Respecto a las escalas clínicas encontramos que la puntuación media de la escala HADS-A (Escala Hospitalaria de Ansiedad) es de 5,3 ( $\pm 3,732$ ), la de la escala HADS-D (Escala Hospitalaria de Depresión) es de 5,45 ( $\pm 4,052$ ). Igualmente, la puntuación media de la escala Kessler-10 fue de 20,11 ( $\pm 7,499$ ).

Asimismo, las variables sociodemográficas y clínicas se encuentran recogidas en la Tabla 2.

Por otro lado, atendiendo a los distintos análisis comparativos, entre pacientes infectados vs no infectados, aislados vs no aislados y con antecedentes psicopatológicos (AP) vs sin antecedentes psicopatológicos (SAP), hallamos los resultados expuestos en las Tablas 3 y 4.

Teniendo en cuenta el análisis comparativo entre aislados y no aislados por contacto por COVID-19, observamos que se encontraron diferencias significativas en las escalas clínicas HADS-A ( $p=,002$ ) y HADS-D ( $p=,005$ ), presentando los pacientes no aislados puntuaciones significativamente superiores. No se encontraron diferencias significativas en la escala Kessler-10 ( $p=,081$ ).

Por otra parte, prestando atención al análisis comparativo entre pacientes con o sin antecedentes psicopatológicos, encontramos que los pacientes con antecedentes psiquiátricos son significativamente más jóvenes ( $p=,014$ ) y en las escalas clínicas encontramos diferencias significativas en la HADS-D ( $p=,016$ ) y en la escala Kessler-10 ( $p=,035$ ), en las

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

	Pacientes Totales (N=88)	Rango (mín. - máx.)	Media Desviación
Edad	87	39 – 89	71,52 $\pm$ 11,747
IMC	59	18,96 – 38,95	26,7351 $\pm$ 4,71513
HD MESES	49	2 – 474	51,67 $\pm$ 76,781
HADS-A	86	0 – 17	5,30 $\pm$ 3,732
HADS-D	86	0 – 18	5,45 $\pm$ 4,052
KESSLER-10	87	10 – 48	20,11 $\pm$ 7,499
Miedo	87	1 – 5	2,22 $\pm$ 1,280
Indefensión	87	1 – 5	2,39 $\pm$ 1,195
Percepción apoyo	87	1 – 5	3,72 $\pm$ 1,019
Ansiedad	87	1 – 5	1,94 $\pm$ 1,093
Tristeza	87	1 – 5	2,47 $\pm$ 1,371
Alegría	87	1 – 4	2,72 $\pm$ ,831
Frustración	87	1 – 5	2,33 $\pm$ 1,236
Optimismo	87	1 – 5	2,93 $\pm$ ,912
Irritabilidad	87	1 – 5	2,01 $\pm$ 1,094
Pérdida de control	87	1 – 5	1,72 $\pm$ ,949
Satisfacción	87	1 – 4	2,70 $\pm$ ,823
Sensación de vacío	87	1 – 5	2,07 $\pm$ 1,087
Desesperanza	87	1 – 5	1,95 $\pm$ 1,160
N válido (por lista)	43		

que los pacientes con antecedentes psiquiátricos presentan puntuaciones más elevadas.

Finalmente, atendiendo a los sentimientos desarrollados durante la pandemia por los pacientes en hemodiálisis, entre los pacientes infectados vs no infectados, hallamos diferencias significativas en el sentimiento de Satisfacción, que es significativamente superior en aquellos pacientes que se infectaron ( $p=0,044$ ). Igualmente, entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos, encontramos que estos han presentado puntuaciones significativamente superiores en miedo ( $p=,015$ ), tristeza ( $p=,036$ ) y frustración ( $p=,048$ ) y significativamente inferiores en alegría ( $p=,002$ ), optimismo ( $p=,049$ ) y satisfacción ( $p=,017$ ).

## DISCUSIÓN

Con relación al objetivo principal y los resultados obtenidos, observamos que los hallazgos del estudio no están



**Tabla 2. Variables sociodemográficas y clínicas.**

	Pacientes Totales (N=88)
<b>SEXO</b>	
Varones	50 (56,8%)
Mujeres	38 (43,2%)
<b>Total</b>	<b>88 (100%)</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Soltero	17 (23,6%)
Casado	33 (45,8%)
Separado	4 (5,6%)
Viudo	18 (25%)
<b>Total</b>	<b>72 (100%)</b>
<b>ENTORNO</b>	
Urbano	45 (65,2%)
Rural	24 (34,8%)
<b>Total</b>	<b>69 (100%)</b>
<b>CONVIVENCIA</b>	
Solo	19 (24,7%)
Familia propia	47 (61,0%)
Familia origen	3 (3,9%)
Otro familiar	3 (3,9%)
Otras personas	1 (1,3%)
Institución	4 (5,2%)
<b>Total</b>	<b>77 (100%)</b>
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	
Básicos	60 (78,9%)
Bachillerato	11 (14,5%)
Universidad	5 (6,6%)
<b>Total</b>	<b>76 (100%)</b>
<b>AISLADOS POR CONTACTO</b>	
NO	45 (51,1%)
SÍ	43 (48,9%)
<b>Total</b>	<b>88 (100%)</b>
<b>INFECCIÓN POR SARS-CoV-2</b>	
NO	79 (89,8%)
SÍ	9 (10,2%)
<b>Total</b>	<b>88 (100%)</b>
<b>INGRESOS POR COVID</b>	
NO	87 (98,9%)
SÍ	1 (1,1%)
<b>Total</b>	<b>88 (100%)</b>
<b>ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS</b>	
NO	64 (73,6%)
SÍ	23 (26,4%)
<b>Total</b>	<b>87 (100%)</b>

**Tabla 3. Análisis comparativos con relación a las escalas psicopatológicas aplicadas.**

		Media Desvia- ción típica	Significación (bilateral) "p"
<b>AISLADOS vs NO AISLADOS</b>			
HADS-A	Aislados	4,07 ± 3,081	,002
	No aislados	6,53 ± 3,948	
HADS-D	Aislados	4,23 ± 3,093	,005
	No aislados	6,67 ± 4,539	
KESSLER-10	Aislados	18,70 ± 6,453	,081
	No aislados	21,50 ± 8,236	
<b>INFECTADOS vs NO INFECTADOS</b>			
HADS-A	Infectados	4,11 ± 3,219	,314
	No infectados	5,44 ± 3,782	
HADS-D	Infectados	4,00 ± 4,330	,258
	No infectados	5,62 ± 4,013	
KESSLER-10	Infectados	18,78 ± 8,423	,575
	No infectados	20,27 ± 7,430	
<b>AP vs SAP</b>			
HADS-A	AP	6,09 ± 4,522	,241
	SAP	5,02 ± 3,396	
HADS-D	AP	7,17 ± 5,060	,016
	SAP	4,83 ± 3,453	
KESSLER-10	AP	23,00 ± 9,400	,035
	SAP	19,14 ± 6,495	

en consonancia con la hipótesis inicial, no presentando los pacientes afectados por la COVID-19 un mayor impacto emocional que aquellos no aquejados por la enfermedad.

Cómo hemos venido señalando, múltiples estudios evidencian la relación entre sufrir una enfermedad renal crónica y padecer un deterioro de la salud mental, en especial, un aumento de la clínica ansioso-depresiva (Álvarez-Ude y cols., 1997; Moreno y cols., 2004; Kurella y cols., 2005; Muñoz y cols., 2006; Paéz, 2009; García-Llana y cols., 2014; Rojas y cols., 2017).

Asimismo, estudios recientes ponen en relación las múltiples complicaciones físicas que la COVID-19 puede ocasionar a grupos de mayor vulnerabilidad, entre el que se halla el de las personas que tienen diagnosticada una enfermedad renal crónica. Estas personas constituyen un grupo de riesgo de sufrir la infección y desarrollar más complicaciones, ya



**Tabla 4. Análisis comparativos con relación a los sentimientos experimentados.**

		Mi	In	PA	Ans	Tr	Al	Fr	Op	Irr	PC	S	SV	D
<b>AISLADOS vs NO AISLADOS</b>														
A	M (Dv)	2,28 1,26	2,30 1,20	3,53 1,00	1,77 ,99	2,23 1,36	2,72 ,85	2,19 1,07	3,09 ,84	1,88 1,01	1,79 ,99	2,72 ,88	1,98 1,06	1,79 1,04
NA	M (Dv)	2,16 1,31	2,48 1,19	3,91 1,00	2,11 1,16	2,70 1,36	2,73 ,82	2,48 1,37	2,77 ,96	2,14 1,17	1,66 ,91	2,68 ,77	2,16 1,12	2,11 1,26
p		,665	,498	,087	,141	,109	,972	,274	,102	,284	,521	,826	,437	,196
<b>INFECTADOS vs NO INFECTADOS</b>														
I	M (Dv)	1,56 ,88	2,11 1,36	3,33 1,41	1,78 1,10	1,78 1,20	3,11 ,78	1,89 ,93	3,33 1,00	1,89 1,17	1,78 ,97	3,22 ,67	1,89 1,17	1,67 ,87
NI	M (Dv)	2,29 1,30	2,42 1,18	3,77 ,97	1,96 1,10	2,55 1,37	2,68 ,83	2,38 1,26	2,88 ,90	2,03 1,09	1,72 ,95	2,64 ,82	2,09 1,08	1,99 1,19
p		,101	,461	,227	,636	,109	,141	,257	,164	,725	,859	<b>,044</b>	,603	,436
<b>AP vs SAP</b>														
AP	M (Dv)	2,78 1,48	2,57 1,34	3,87 ,92	2,22 1,35	3,00 1,54	2,26 ,92	2,78 1,38	2,61 1,03	2,04 1,22	1,87 1,10	2,35 ,78	2,43 1,16	2,22 1,24
SAP	M (Dv)	2,03 1,15	2,32 1,15	3,67 1,06	1,86 ,98	2,30 1,27	2,89 ,74	2,19 1,15	3,05 ,85	2,00 1,06	1,68 ,90	2,83 ,81	1,95 1,04	1,87 1,13
p		<b>,015</b>	,400	,420	,178	<b>,036</b>	<b>,002</b>	<b>,048</b>	<b>,049</b>	,872	,423	<b>,017</b>	,068	,226
Mi (Miedo); In (Indefensión); PA (Percepción de apoyo); Ans (Ansiedad); Tr (Tristeza); Al (Alegría); Fr (Frustración); Op (Optimismo); Irr (Irritabilidad); PC (Pérdida de control); S (Satisfacción); SV (Sensación de vacío); D (Desesperanza); A (Aislados); NA (No aislados); I (Infectados); NI (No infectados); AP (Antecedentes psicopatológicos); SAP (Sin antecedentes psicopatológicos); M (Media); Dv (Desviación típica).														

sea por su inmunodepresión, su edad avanzada, su elevada comorbilidad asociada (Henry y Lippi, 2020; Sequera y cols., 2020) o su necesidad de asistir regularmente a centros de hemodiálisis (Maldonado y cols., 2021), lo cual favorece la infección cruzada (Albalate y cols., 2020; Arenas y cols., 2020).

Del mismo modo, se ha evidenciado las consecuencias psicológicas que pandemias como la actual generan en la población (Xiong y cols., 2020; González-Sanguino y cols., 2020), acentuándose aún más cuando hablamos de poblaciones con mayor vulnerabilidad, como es la que nos ocupa en este estudio. Así, todo ello despierta en estas personas sentimiento de angustia, temor, malestar y sufrimiento (Taylor, 2019).

Con toda esta evidencia científica, este estudio pretendía explorar cómo la COVID-19 afectaba a la salud mental de pacientes en proceso de hemodiálisis. Atendiendo a la hipótesis de partida, los datos obtenidos arrojan resultados imprevistos, los cuales trataremos de discutir en las siguientes líneas.

En primer lugar, ninguna de las medias obtenidas en las distintas escalas (HADS-A, HADS-D, KESSLER-10) superan los puntos de corte que sugieren psicopatología. De hecho,

atendiendo a la comparativa entre pacientes infectados y no infectados, podemos observar puntuaciones medias menores en todas las escalas mencionadas para la población infectada, no llegando a ser estas diferencias significativas. Este hecho podría deberse a una falta de potenciación estadística que conduzca a un error tipo II o beta, dependiente éste de la propia potencia de la prueba. En nuestro caso, se observa una clara desigualdad entre el número de pacientes infectados y no infectados, constituyendo los primeros en torno al 10% de la muestra y los segundos alrededor del 90%. Igualmente, habría que considerar la posibilidad de que los pacientes hayan respondido a los cuestionarios desde un lugar de alivio, pues de todos los que conformaron el presente estudio, tan sólo uno requirió necesidad de ingreso, presentado el resto una sintomatología leve, por lo que, al período inicial de shock, temor, miedo y anticipaciones negativas, es de suponer que le siguiera uno de bálsamo y bienestar, lo que pudo condicionar las futuras respuestas.

Asimismo, con relación a la comparativa entre los pacientes aislados y no aislados, nuevamente se repite la relación anterior; esto es, los pacientes no aislados obtienen puntua-



ciones medias superiores que los aislados en las escalas psicopatológicas referidas, hallándose en este caso diferencias significativas respecto a la HADS-A y la HADS-D. Sin embargo, en este caso, a diferencia del anterior, la muestra presentaba condiciones de igualdad, siendo los porcentajes de 51% para los no aislados y del 49% para los aislados. Por lo tanto, es posible que en esta situación se repita el hecho de que las elucubraciones anticipatorias sobre el posible desarrollo de la enfermedad en contraposición a que en la realidad no se presentasen complicaciones de ningún tipo, haya podido ejercer de factor mediador de las respuestas presentadas. Igualmente, aquellos pacientes en condición de aislamiento podrían haber presentado mayores sentimientos de protección y cuidado al saberse más seguros en un entorno más controlado como es el propio hogar, siendo la opción de la hemodiálisis domiciliaria aquella que proporciona mayor independencia y libertad al paciente para mantener su propio estilo de vida, haciéndole más confortable su día a día.

En cuanto a la comparativa entre pacientes con o sin antecedentes psicopatológicos, observamos que los pacientes que presentan dichos antecedentes obtienen puntuaciones medias mayores en todas las escalas psicopatológicas de interés, llegando a ser las diferencias significativas respecto a la HADS-D y la Kessler-10, lo que podría ser un indicador de la psicopatología previa como un posible factor de riesgo de sufrir nuevas alteraciones emocionales en tiempos de pandemia como los actuales (Xiong y cols., 2020; González-Sanguino y cols., 2020). Además, estos pacientes con antecedentes presentan puntuaciones significativamente superiores en sentimientos como el miedo, la tristeza y la frustración, y puntuaciones significativamente inferiores en sentimientos como la alegría, el optimismo y la satisfacción, lo cual podría estar en relación con saberse un colectivo de mayor vulnerabilidad a la COVID-19 (Clerkin y cols., 2020; Schriffrin y cols., 2020), así como con aspectos cognitivos como anticipaciones catastrofistas o sensación de pérdida de control percibido, instaurándose en su conjunto un sentimiento de indefensión.

Además, es relevante resaltar que la población con antecedentes psicopatológicos es significativamente más joven. Dos explicaciones, por lo menos, son posibles para comprender este hecho, además de que podrían tener un carácter complementario. Las personas que desarrollan trastornos mentales graves, como los que se incluyen dentro del espectro de las psicosis, presentan un sustancial aumento del ries-

go de desarrollar un síndrome metabólico por antipsicóticos (Cortés, 2011; Flores y González-Zúñiga, 2019). Dado que en nuestra muestra tan sólo un 26,4% de las personas padecen algún antecedente psicopatológico y que la mayoría de ellas muestran cuadros mentales menos graves, no parece que en nuestro caso esta sea una posibilidad. La otra explicación viable podría ser que frecuentemente las personas con patologías mentales tienden a presentar dificultades para tener y mantener unos hábitos de vida saludables, llevando un estilo de vida que muchas veces ocasiona efectos nocivos sobre su salud física (Maj, 2009), por lo que es más probable que desarrollen en una edad más temprana diversas patologías físicas, como en el caso que nos ocupa.

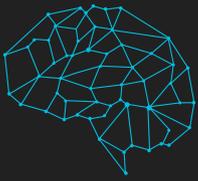
Como limitaciones del estudio y posibles factores condicionantes de los resultados obtenidos caben mencionar una falta de potenciación estadística que conduzca a un error tipo II o beta; en nuestro caso, se observa una clara desigualdad entre el número de pacientes infectados y no infectados, constituyendo los primeros en torno al 10% de la muestra y los segundos alrededor del 90%. Otro factor limitante del estudio podría ser el no haber incluido períodos que acotasen un tiempo determinado para encuadrar las respuestas presentadas, como podrían ser, entre otros, un tiempo pre-pandemia, confinamiento o post-confinamiento. Además, la escala empleada en este estudio, HADS, al tratarse de una escala diseñada para screening, resulta sensible, pero poco específica, así como excesivamente corta para el análisis de la ansiedad y depresión.

A pesar de los numerosos estudios que señalan la alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hemodializados, en esta investigación no se confirma la hipótesis inicial. Un elemento clave separa esta investigación de otras llevadas a cabo en esta población, y éste no es otro que el contexto en el que se realiza, un tiempo de pandemia. Dados los resultados obtenidos, y más allá de las posibles interpretaciones e hipótesis desarrolladas, sería interesante seguir explorando científicamente las razones que han podido llevar a vivir de manera tan distinta el impacto emocional de la COVID-19 en esta población específica.

## CONCLUSIONES

Del presente estudio podemos extraer las siguientes conclusiones:

No hubo asociación entre infección por COVID-19 y la clínica ansioso-depresiva en pacientes hemodializados. El



aislamiento, en estos pacientes, no se asocia a la aparición de clínica psicopatológica, mientras que el hecho de haber presentado antecedentes psicopatológicos previos se asocia a su desarrollo.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

**Financiación:** este estudio de investigación no ha requerido de ninguna fuente de financiación.

### Contribución:

- Israel Rodríguez Cordovillo: investigador principal que se ha encargado del diseño del estudio, de la corrección de pruebas y de la redacción del manuscrito.
- Jorge Estifan Kasabji: investigador que se ha encargado de seleccionar parte de la muestra y de la recogida de datos.
- Pilar Valbuena Álvarez: colaboradora que se ha encargado de la revisión del diseño del estudio y del manuscrito, así como de la corrección de pruebas.
- Cristina Lucas Álvarez: colaboradora que se ha encargado de seleccionar parte de la muestra y de la recogida de datos.
- Antonio Serrano García: colaborador que se ha encargado de los análisis estadísticos, así como de la interpretación de los resultados, y de la revisión del diseño del estudio y del manuscrito.
- Pilar de Boso Serrano: colaboradora que se ha encargado de seleccionar parte de la muestra, de la recogida de datos y de la corrección de las pruebas.
- José de Santiago Sastre: colaborador que se ha encargado de la revisión del diseño del estudio.
- Jorge Camilo Morente Esquivel: colaborador que se ha encargado de seleccionar parte de la muestra y de la recogida de datos.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran ausencia de potenciales conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albalade, M., Arribas, P., Torres, E. et al. (2020). Alta prevalencia de COVID-19 asintomático en hemodiálisis. Aprendiendo día a día el primer mes de pandemia de COVID-19. *Nefrología*, 40(3), 279-286.
2. Álvarez-Ude, F., Fernández, M. J., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en los pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Sociedad Española de Nefrología*, 21(2), 191-199.
3. Arenas, M. D., Villar, J., González, C. et al. (2020). Manejo de la epidemia por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en unidades de hemodiálisis. *Nefrología*, 40(3), 258-264.
4. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literatura review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
5. Clerkin, K. J., Fried, J. A., Raikhelkar, J. et al. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) and cardiovascular disease. *Circulation*, 141(20), 1648-1655.
6. Cortés, B. (2011). Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 303-320.
7. Condes, E. y Arribas, J. R. (2021). Impacto of COVID-19 on Madrid hospital system. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39, 256-264.
8. Flores, L. E. y González-Zúñiga, L. A. (2019). Efectos metabólicos secundarios de los antipsicóticos de segunda generación. *Medicina Interna de México*, 35(5), 721-731.
9. García-Llana, H., Remor, E., del Peso, G. y Selgas, R. (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literatura. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 34(5), 637-657.
10. Gómez, L., Pac, N., Manresa, M., Lozano, S., Leonel, J. y Montesinos, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 112-117.
11. González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A. et al. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behavior and Immunity*, 87, 172-176.
12. Henry, B. M. y Lippi, G. (2020). Chronic kidney disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *International Urology and Nephrology*, 52(6), 1193-1194.
13. Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 956-959.
14. Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M., Barnard, A. y Qushmaq, I. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14(1), 7-14.
15. Kurella, M., Kimmel, P. L., Young, B. S. y Chertow, G. M. (2005). Suicide in the United States end-stage renal disease program. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(3), 774-781.
16. Lugo, I. V. y Pérez, Y. Y. (2018). Validación de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes con ERC en hemodiálisis. *Aportaciones a la Psicología Social*, IV, 1209-1225.
17. Maj, M. (2009). Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(1), 1-4.
18. Maldonado, M., Ossorio, M., Del Peso, G. et al. (2021). Incidencia y resultados de la COVID-19 en una unidad de diálisis domiciliaria en Madrid (España) durante el pico de la pandemia. *Nefrología*, 41(3), 329-336.
19. Moreno, E., Arenas, M. D., Porta, E. et al. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25.
20. Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R. y Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9(1), 55-58.
21. Páez, A., Jofré, M. y Bortoli, M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.
22. Rojas, Y., Ruiz, A. O. y González, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13.
23. Sequera, P., Quiroga, B., Arriba, G. y Fuente, D. (2020). Protocolo de actuación ante la epidemia por coronavirus en los pacientes de diálisis y transplantados renales. *Nefrología*, 40(3), 253-257.



24. Shiffryn, E. L., Flack, J. M., Ito, S., Muntner, P. y Webb, R. C. (2020). Hypertension and COVID-19. *American Journal of Hypertension*, 33(5), 373-374.
25. Taylor, S. (2019). Psychological reactions to pandemics. En S. Taylor (Ed): *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (páginas 23-29). Cambridge, MA: Cambridge Scholars Publishing.
26. Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría a la Facultad Med Barcelona*, 12, 233-238.
27. Terol, M. C., Cabrera, V. y Martín, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503.
28. Terrez, B. E. y Salcedo, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.
29. Toledo, M., Pérez, E., Oliva, A. y Toledo, D. (2020). Guías para el manejo de pacientes con Covid-19 y Enfermedad Renal Crónica / Trasplante Renal en el Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. *Revista Médica del Colegio Médico de Cirujanos de Guatemala*, 159(1), 4-9.
30. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F. et al. (2020). Impacto f COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-65.
31. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W. et al. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.
32. Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.