

Diálisis y Trasplante

Impacto emocional pandemia COVID-19 en hemodiálisis hemodiálisis

1. Israel Rodríguez Cordovillo. Residente de Psicología Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León. **2. Jorge Estifan Kasabji.** Nefrólogo. Complejo Asistencial Universitario de León. **3. Pilar Valbuena Álvarez.** Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León. **4. Cristina Lucas Álvarez.** Nefróloga. Complejo Asistencial Universitario de León. **5. Antonio Serrano García.** Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León. **6. Pilar de Boso Serrano.** Psicóloga. FMC Servicios Castilla y León S. L. Centro de Diálisis de León. **7. José de Santiago Sastre.** Psiquiatra. Complejo Asistencial Universitario de León. **8. Jorge Camilo Morente Esquivel.** Director Médico. FMC Servicios Castilla y León S. L. Centro de Diálisis de León.

Palabras Clave

Depresión, ansiedad, Covid 19, hemodiálisis, malestar psicológico

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 analítico y observacional (casos-controles). La muestra total ascendió a 88 pacientes. Se registraron variables sociodemográficas, datos clínicos de hemodiálisis y Covid-19, antecedentes psiquiátricos. Se emplearon las escalas HADS y Kessler-10.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 71,5 años; el 56,8% eran varones y el 43,2% mujeres. La media de duración del tratamiento fue de 51,67 meses. El 26,4% presentaban antecedentes psicopatológicos. El 10,2% presentaron infección por SARS-CoV-2. El 48,9% requirieron aislamiento. La puntuación media de la escala HADS-A fue de 5,3, de la HADS-D de 5,45 y de la Kessler-10 de 20,11.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en las escalas HADS-A, HADS-D o Kessler-10 entre los pacientes infectados y no infectados. Se hallaron diferencias significativas entre los aislados y no aislados en las escalas HADS-A y HADS-D, con puntuaciones superiores para los no aislados. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos eran significativamente más jóvenes y en las escalas HADS-D y Kessler-10 presentaron puntuaciones significativamente más elevadas.

Keywords

Depressio. anxiety, Covid-19, hemodialysis, psychological discomfort.

Emotional Impact COVID-19 Pandemic in Hemodialysis

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 determine the emotional impact generated by Covid-19 in hemodialysis patients.

Method: Analytical and observational study (case-controls). The total sample amounted to 88 patients. Multiple sociodemographic variables, hemodialysis clinical data and Covid-19, and

psychiatric history were registered. The HADS and Kessler-10 scales were used.

Results: The mean age of the patients was 71.5 years; 56.8% were male and 43.2% female. The mean duration of treatment was 51.67 months. A history of psychopathological treatment was present in 26.4% of the patients. 10.2% were infected by SARS-CoV-2. A total of 48.9% required isolation. The mean score of the HADS-A scale was 5.3, of the HADS-D was 5.45 and of the Kessler-10 was 20.11.

Conclusions: No significant differences were found in the HADS-A, HADS-D or Kessler-10 scales between infected and uninfected patients. Significant differences were found between isolates and non-isolates on the HADS-A and HADS-D scales, with higher scores for non-isolates. Patients with a psychiatric history were significantly younger and had significantly higher scores on the HADS-D and Kessler-10 scales.

Dirección para correspondencia: 1. Israel Rodríguez Cordovillo. Residente de Psicología Clínica. Complejo Asistencial Universitario de León. C/ Altos de Nava, s/n. 24071, León. Email: lipractgce@gmail.com

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 de etiología desconocida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a). Posteriormente, se notificó que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus, al cual se denominó SARS-CoV-2, bautizándose la enfermedad infecciosa que provocaba como Covid-19 (OMS, 2020a), y calificándose como una pandemia el 11 de marzo de 2020.

Desde entonces, diferentes estudios avalan el impacto emocional que genera esta patología sobre la población, tanto general como clínica, presentando una variedad considerable de secuelas psicológicas (Xiong y cols., 2020; González-Sanguino y cols., 2020), pues esta situación despierta en las personas sentimientos de temor, angustia, malestar y sufrimiento (Taylor, 2019).

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 (Ministerio de Sanidad Española, 2020; Toledo, Pérez, Oliva y Toledo, 2020). Estos grupos presentan mayor vulnerabilidad y se encuentran, entre ellos, los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Estas personas constituyen un grupo de riesgo de sufrir la infección y desarrollar más complicaciones, ya 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 (Albalade y cols., 2020; Arenas 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 emocional, 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 en relación a la población general. Muñoz y cols. (2006) evidenciaron, en una muestra de pacientes en hemodiálisis, que el 25% de éstos 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%.

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

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Estudio analítico y observacional (casos-controles) que se realizó con pacientes en tratamiento con hemodiálisis, firmando previamente el consentimiento informado correspondiente. Fue llevado a cabo 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 legalmente o con alteraciones cognitivas severas que impidieran la comprensión del proceso, aquellos con patología psiquiátrica grave y los que tuvieran dificultad idiomática que supusiera una barrera para responder a los cuestionarios.

Instrumentos

Se emplearon las escalas HADS y Kessler-10, así como una escala ad hoc y tipo Likert de emociones experimentadas durante la pandemia.

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. Por este motivo, en este estudio fue empleada la HADS, ya que es 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), a través de una revisión bibliográfica de 747 estudios sobre su validación, así como Terol y cols. (2015) en otra revisión bibliográfica en muestras españolas, concluyendo que las propiedades psicométricas en diferentes muestras son óptimas.

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.

Resultados

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

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

Tabla 1.- Estadísticos descriptivos

La muestra está compuesta por 88 pacientes, con una edad media de 71,5 años (+/-11,75). El IMC medio fue de 26,74 kg/m² (+/-4,72). Todos los pacientes se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, con una media de duración de 51,67 (+/-76,78) meses.

Respecto a las escalas clínicas encontramos que la puntuación media de la escala HADS-A es de 5,3 (+/-3,73), la de la escala HADS-D es de 5,45 (+/-4,05). Igualmente, la puntuación media de la escala Kessler-10 fue de 20,11 (+/-7,50).

En la escala tipo Likert sobre los sentimientos que han presentado los pacientes durante la pandemia y que se puntúa entre 1 (nada) y 5 (mucho), el sentimiento con mayor puntuación fue el de Percepción de Apoyo (3,72 +/- 1,02) y el que presentaba menor puntuación fue el de Pérdida de Control (1,72 +/- 0,95).

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

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

Tabla 2.- Variables sociodemográficas y clínicas

El 56,8% de la muestra son varones y el 43,2% mujeres. La mayoría de los pacientes están casados (45,8%), existiendo también una proporción significativa de viudos (25%). La mayoría proceden del entorno urbano (65,2%) y conviven con su familia (61%). El nivel de estudios de la muestra es mayoritariamente de estudios básicos (78,9%).

Respecto a los datos relacionados con la Covid 19, 9 pacientes (10,2%) del total presentaron infección por SARS-CoV-2, de los cuales sólo uno (1,1%) requirió ingreso hospitalario y ninguno UCI. Sin embargo, 43 pacientes (48,9%) requirieron aislamiento por haber estado en contacto con algún positivo por Covid-19.

Asimismo, en relación con los antecedentes psicopatológicos, 23 pacientes (26,4%) contaban con antecedentes de tratamiento para cuadros psicopatológicos, si bien en su mayoría corresponden a trastornos mentales menos graves.

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 **Tabla 3 y 4**.

		Media Desviación típica	Significación (bilateral) "p"
AISLADOS vs NO AISLADOS			
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	
INFECTADOS vs NO INFECTADOS			
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	
AP vs SAP			
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	

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

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

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

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 (Desesperana); A (Aislados); NA (No aislados); I (Infectados); NI (No infectados); AP (Antecedentes psicopatológicos); SAP (Sin antecedentes psicopatológicos); M (Media); Dv (Desviación típica).

Teniendo en cuenta el análisis comparativo entre aislados y no aislados por contacto por Covid 19, encontramos que no existen diferencias significativas en la edad ($p=,320$), ni en el IMC ($p=,899$). Tampoco en la proporción por sexos ($p=,500$) o en la proporción de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico ($p=,858$). Sin embargo, sí 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 ($p=,081$).

En relación con el análisis comparativo entre pacientes infectados y no infectados, encontramos que no existen diferencias significativas en la edad ($p=,346$), ni en el IMC ($p=,431$). Tampoco en la proporción por sexos ($p=,936$) o en la proporción de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico ($p=,762$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en las escalas clínicas HADS-A ($p=,314$), HADS-D ($p=,258$) y Kessler-10 ($p=,575$).

Finalmente, prestando atención al análisis comparativo entre pacientes con o sin antecedentes psicopatológicos, encontramos que los pacientes con antecedentes psiquiátricos son significativamente más jóvenes ($p=,014$). No se encontraron diferencias significativas ni en el IMC ($p=,493$) ni en la proporción por sexos ($p=,053$). Por último, en las escalas clínicas encontramos diferencias significativas en la HADS-D ($p=,016$) y en la escala Kessler-10 ($p=,035$), en las que los pacientes con antecedentes psiquiátricos presentan puntuaciones más elevadas. En la escala HADS-A no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p=,241$).

Por otra parte, atendiendo a los sentimientos desarrollados durante la pandemia por los pacientes en hemodiálisis encontramos ausencia de diferencias significativas entre aislados y no aislados.

Asimismo, respecto a los sentimientos, encontramos ausencia de diferencias significativas entre infectados y no infectados, salvo en el sentimiento de Satisfacción, que es significativamente superior en aquellos pacientes que se infectaron ($p=0,044$).

Finalmente, en cuanto a los sentimientos experimentados 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

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 (Sequera, Quiroga, Arriba y Fuente, 2020; Henry y Lippi, 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. Para ello, partíamos de la hipótesis de que las personas hemodializadas y que además hubieran estado infectadas por Covid 19 presentarían un mayor impacto emocional de clínica ansioso-depresiva que aquellas que no hubieran contraído la enfermedad.

Los datos obtenidos arrojan resultados imprevistos, los cuáles no se sitúan en consonancia con la hipótesis inicial. Trataremos de discutir estos hallazgos 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 puntuaciones 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.

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 riesgo 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.

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.

Del presente estudio podemos extraer las siguientes conclusiones:

No se encuentran diferencias significativas en las escalas HADS-A, HADS-D o Kessler-10 entre los pacientes infectados y no infectados. Entre estos pacientes, únicamente se observa una diferencia significativa respecto al sentimiento vivenciado de satisfacción, el cual es más elevado entre aquellos que se infectaron.

Se hallan diferencias significativas entre los pacientes aislados y no aislados en las escalas HADS-A y HADS-D, con puntuaciones superiores para los no aislados.

Los pacientes con antecedentes psiquiátricos son significativamente más jóvenes y se obtienen diferencias significativas en las escalas HADS-D y Kessler-10, con puntuaciones más elevadas para esta población. Con relación a los sentimientos experimentados, las personas con psicopatología previa alcanzan puntuaciones significativamente superiores en miedo, tristeza y frustración, y puntuaciones significativamente menores en alegría, optimismo y satisfacción.

Bibliografía

1. Albalate, M., Arribas, P., Torres, E., Cintra, M., Alcázar, R., Puerta, M., Ortega, M., Procaccini, F., Martín, J., Jiménez, E., Fernández, I. y de Sequera, P. (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., Cao, H., Collado, S., Crespo, M., Horcajada, J. P. y Pascual, J. (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., Sayer, G., Griffin, J. M. y Masoumi, A, Jain, S., Burkhoff, D., Kumaraiah, D., Rabbani, L., Schwartz, A. y Uriel, N. (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., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (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. Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M., Barnard, A. y Qushmaq, I. (2016). Healthcare workers emotions, preceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14(1), 7-14.
14. 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.

15. 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. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000300300&script=sci_arttext.
16. 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.
17. Maldonado, M., Ossorio, M., Del Peso, G., Santos, C., Álvarez, L., Sánchez-Villanueva, R., Rivas, B., Vega, C., Selgas, R. y Bajo, M. A. (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.
18. Ministerio de Sanidad Española. (2020). Recomendaciones para el manejo, prevención, y control de COVID-19 en Unidades de Diálisis. Madrid: Autor. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19-hemodialisis.pdf>.
19. Moreno, E., Arenas, M. D., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M. J. Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D. y Cases, J. M. (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. Organización Mundial de la Salud. (2020a). Los nombres de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) y del virus que la causa. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
22. 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.
23. Rojas, Y., Ruíz, 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.
24. 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.
25. Shiffrin, 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.
26. 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.
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. 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.

-
29. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. y McIntyre, R. (2020). Impacto f COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-65.
 30. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. Y Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.