

Bienestar personal y factores clínicos y psicosociales en personas en hemodiálisis: estudio observacional transversal

Vanesa Pardo-Vicastillo, M^a Teresa Andrino-Llorente, Mar Ruperto

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Como citar este artículo:

Pardo-Vicastillo V, Andrino-Llorente MT, Ruperto M. Bienestar personal y factores clínicos y psicosociales en personas en hemodiálisis: estudio observacional transversal. *Enferm Nefrol.* 2026;29(1):47-55

Correspondencia:

Vanesa Pardo Vicastillo
vanesa.pardo@salud.madrid.org

Recepción: 28-01-26

Aceptación: 12-02-26

Publicación: 30-03-26

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica impacta notablemente en el bienestar psicosocial. En hemodiálisis, la cronicidad de la enfermedad y la dependencia del tratamiento incrementan la vulnerabilidad emocional. El objetivo fue analizar el grado de bienestar personal en personas en hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y la adecuación en diálisis.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo, transversal unicéntrico realizado en el Hospital Universitario de la Princesa (octubre 2024-enero 2025). Se emplearon el índice de bienestar personal y el modelo circunflejo de Russell. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos. Análisis estadístico mediante SPSS v.28.0.

Resultados: De los 50 participantes, el 66% eran hombres y tenían una edad media de 74±12 años. La puntuación media del índice de bienestar personal fue de 45±12 puntos (medio-alto), siendo las relaciones personales de las mejor valoradas (8±2 puntos). Se observó correlación positiva de baja magnitud entre la edad y el índice de bienestar personal ($r=0,17$; $p=0,003$). La prevalencia de desnutrición fue del 70%, una mediana del índice de comorbilidad de Charlson de 9 puntos (RIQ: 7–11) y dependencia funcional del 52%. El índice de bienestar personal no tuvo asociación significativa con variables clínicas, analíticas o de adecuación de diálisis.

Conclusiones: El bienestar personal de las personas en hemodiálisis se relaciona con la edad avanzada y el soporte so-

ciofamiliar. Se requieren estudios multicéntricos que evalúen el bienestar psicosocial como indicador clínico de la calidad asistencial.

Palabras clave: atención de enfermería; bienestar subjetivo; calidad de vida; enfermedad renal crónica; hemodiálisis; salud mental.

ABSTRACT

Personal well-being and clinical and psychosocial factors in people on haemodialysis: cross-sectional observational study

Introduction: Chronic kidney disease has a significant impact on psychosocial well-being. In haemodialysis, the chronic nature of the disease and dependence on treatment increase emotional vulnerability. The aim was to analyse the level of personal well-being in people on haemodialysis and its relationship with sociodemographic and clinical variables, as well as dialysis adequacy.

Material and Method: Descriptive, cross-sectional, single-centre observational study conducted at *Hospital Universitario de la Princesa* (from October 2024 through January 2025). The Personal Wellbeing Index and Russell's circumplex model were used. Sociodemographic, clinical, and analytical data were collected. Statistical analysis was performed using SPSS v.28.0.

Results: Of the 50 participants, 66% were men and had a mean age of 74±12 years. The mean Personal Wellbeing Index score was 45±12 points (moderate–high), with personal relationships being among the most highly rated (8 ± 2 points). A low-magnitude positive correlation was observed between age and the Personal Wellbeing Index ($r=0.17$; $P=0.003$). The prevalence of malnutrition was 70%, with a median Charlson Comorbidity Index of 9 points (IQR, 7–11) and functional dependence of 52%. The Personal Wellbeing Index showed no significant association with clinical, analytical, or dialysis adequacy variables.

Conclusions: Personal well-being in people on haemodialysis is associated with advanced age and sociofamily support. Multicentre studies are required to evaluate psychosocial well-being as a clinical indicator of quality of care.

Keywords: nursing care; subjective well-being; quality of life; chronic kidney disease; haemodialysis; mental health.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el binomio felicidad-salud ha adquirido una especial relevancia al identificarse como un factor determinante en el pronóstico y evolución clínica de diversas enfermedades^{1,2}. En el ámbito de la salud, el término “felicidad” se define como la percepción de la persona del bienestar subjetivo. Es la valoración que la persona hace de su propia vida, integrando tanto juicios cognitivos de satisfacción como la evaluación afectiva del estado de ánimo y de las emociones^{3,4}. Por tanto, su valoración y el análisis del bienestar personal son un indicador de salud esencial en la atención y el cuidado de cualquier enfermedad.

La teoría de las emociones de Ekman definió la felicidad como una emoción positiva universal, independientemente de la cultura o el origen geográfico⁵, subrayando que el enfoque saludable consistía en no evitar expresar las emociones y aprender a vivir con ellas. Adicionalmente, Edgerton et al.⁶, describieron el bienestar como un indicador de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de una sociedad. Desde esta perspectiva, el bienestar personal permite evaluar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la sociedad, proporcionando en conjunto, una visión más amplia de los factores únicamente objetivos.

A nivel nacional, la Constitución española de 1978 reconoce el bienestar como un derecho fundamental de las personas físicas⁷. Paralelamente y proyectándose en el futuro, la Red Española para el Desarrollo Sostenible lo ha identificado como un pilar esencial, siendo incluido dentro de los objetivos estratégicos para la Agenda 2030⁸.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), afecta ostensiblemente tanto al bienestar físico y psíquico como a la CVRS de la persona y de su entorno familiar^{9,10}. En este contexto clínico,

las personas en hemodiálisis (HD) presentan mayor vulnerabilidad, enfrentándose a una tormenta de emociones, que produce alteraciones emocionales en todas las esferas de la vida que afectan al bienestar personal¹¹⁻¹³. Diversos estudios describen factores como la dependencia del tratamiento de diálisis, alteración de la imagen corporal, limitaciones laborales y cambios en el rol social y familiar, que contribuyen a la sobrecarga emocional y deterioran el bienestar psicosocial de estas personas¹⁴⁻¹⁶.

Dada la complejidad y el carácter progresivo de la ERC hacen imprescindible la implementación de un abordaje interdisciplinar orientado a garantizar una atención integral y personalizada¹⁷. En este contexto, los cuidados de enfermería constituyen un marco esencial para promover el bienestar en esta población. El personal de enfermería tiene como objetivo acompañar y ayudar al paciente a mitigar el impacto emocional que genera la HD¹⁸⁻²², y facilitar la adaptación del paciente a su nueva realidad, promoviendo el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

Aunque existen estudios sobre la CVRS en HD, son escasos los que analizan específicamente el bienestar personal como constructo independiente y su relación con factores clínicos y psicosociales. Ante la necesidad de profundizar en esta dimensión, el presente estudio se plantea con el objetivo de analizar el grado de bienestar personal en personas en HD y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y de adecuación en diálisis.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y ámbito de aplicación

Se realizó un estudio observacional descriptivo y correlacional, de corte transversal, realizado en la unidad de HD del Hospital Universitario de la Princesa (HULPR), en condiciones de práctica clínica habitual por el personal de enfermería. El estudio se llevó a cabo desde octubre de 2024 hasta enero de 2025.

Población y muestra

La población de estudio fueron personas prevalentes en HD periódica en la unidad de crónicos de HD del HULPR. Para el reclutamiento de los voluntarios, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional y por conveniencia, una decisión metodológica, que al carecer de aleatorización tiene limitaciones de generalización de los resultados.

Los criterios de inclusión fueron adultos prevalentes en HD (tiempo en HD ≥ 3 meses) que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron personas en HD con trastornos psiquiátricos, alteraciones neuropsicológicas y/o déficit cognitivo de grado moderado/severo, o con barrera idiomática que imposibilitaba cumplimentar los cuestionarios. Se excluyeron aquellos pacientes con patología aguda o crónica que afectara a la dimensión física y/o la capacidad funcional, con ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses y/o con baja expectativa de vida.

VARIABLES DE ESTUDIO

La variable principal fue el bienestar subjetivo medido mediante el índice de bienestar personal (IBP). Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género, nacionalidad, estructura familiar y estado civil), así como el nivel socioeconómico y educativo. Se recogió la información de los hábitos tóxicos, estilo de vida, creencia religiosa y voluntades anticipadas. La etiología de la ERC primaria se clasificó de acuerdo con la European Renal Association (ERA)²³. Se evaluaron parámetros analíticos (hemoglobina, hierro sérico, albúmina, prealbúmina, y proteína C reactiva) y de adecuación de la diálisis (Kt/V urea, tiempo en HD y acceso vascular). Asimismo, se registraron los síntomas y los efectos adversos durante las sesiones de HD.

Instrumentos de medida y recogida de datos

Para la recogida de los datos se diseñó un cuestionario ad hoc para el estudio. El cuestionario incluía datos sociodemográficos, económicos, sociofamiliares y del estilo de vida. Los datos clínicos y/o analíticos, se obtuvieron a partir de la historia clínica digital y el software de gestión Nefrosoft®. La comorbilidad se midió por el índice de comorbilidad de Charlson (ICC)²⁴. Para identificar el riesgo de desnutrición, se utilizó la escala de malnutrición-inflamación (MIS)²⁵. El grado de dependencia se midió mediante el índice de Barthel, de acuerdo con el informe español de prevención de fragilidad en el adulto mayor²⁶.

Para medir el grado de bienestar personal, se aplicó la escala validada en español del IBP^{10,22,27}. La escala consta de 7 dominios (satisfacción con el nivel de vida, salud, realización personal, relaciones personales, sentimiento de seguridad, conexión con la comunidad y seguridad en el futuro). El cuestionario integra una escala tipo Likert, valorándose cada dominio de 0 (extremadamente insatisfecho) a 10 (extremadamente satisfecho) (tabla 1). La puntuación final del indicador se obtuvo a

partir de la media de cada ítem. La escala IBP en la versión española tiene un valor de alfa de Cronbach de 0,85.

Para explorar las emociones se aplicó el modelo circunflejo de Russell^{28,29} (figura 1). Se solicitó a los participantes que seleccionaran dentro del diagrama circular, las emociones con las que se identificaban en el momento del estudio. Las respuestas se categorizaron según su valencia afectiva en positivas (alegría, felicidad, ilusión), negativas (tristeza, soledad, miedo, enfado, aburrimiento, fatiga, asco, ira, ansiedad) y neutras (calma, tranquilidad, serenidad), y se analizaron de forma descriptiva, expresando los resultados en frecuencias absolutas y porcentajes.

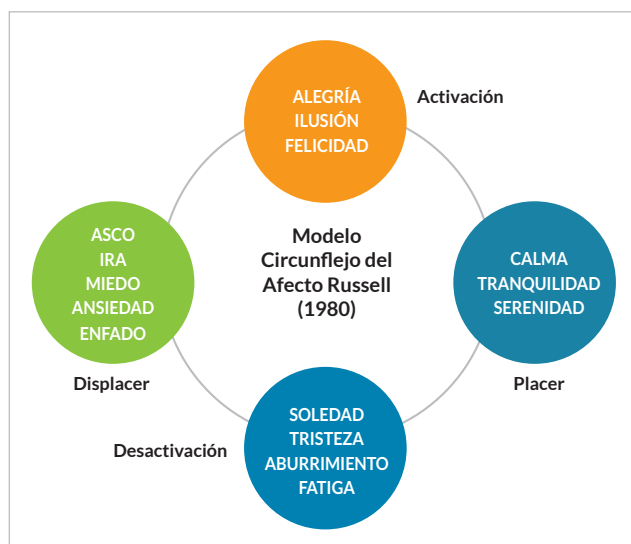


Figura 1. Modelo Circunflejo de Russell.

Adaptación de la fuente: Posner J, Russell JA, Peterson BS. The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. Dev Psychopathol. 2005;17(3):715-734.

Tabla 1. Índice de bienestar personal.

¿Está usted satisfecho con...	0 Extremadamente insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extremadamente satisfecho
Su nivel de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Su salud actual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Realización personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones personales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentimiento de seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conexión con la comunidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguridad de su futuro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Adaptación de la fuente: Oyanedel JC, Vargas S, Mella C, Páez D. Validación del índice de bienestar personal (PWI) en usuarios vulnerables de servicios de salud en Santiago, Chile. Rev méd Chile. 2015; 143(9):1144-51.

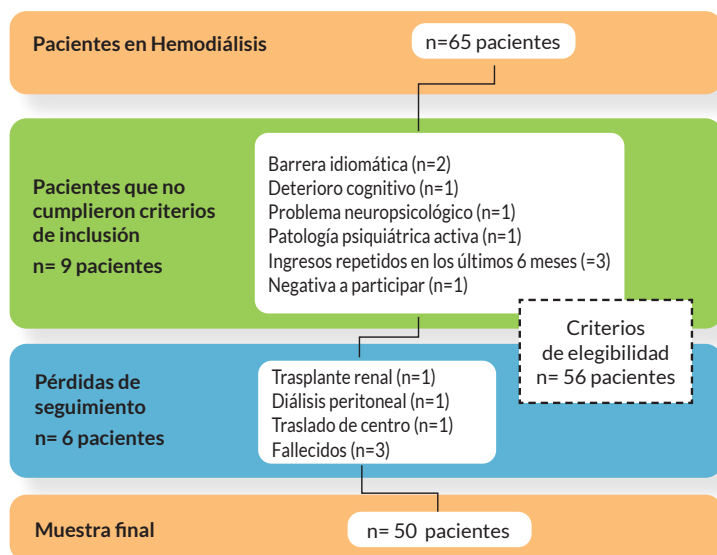


Figura 2. Diagrama de flujo del estudio en 50 pacientes en hemodiálisis.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIQ), mientras que las variables cualitativas se presentan en valores absolutos y frecuencias. Dado el tamaño muestral reducido y la ausencia de normalidad en la distribución de los datos, se optó por un análisis inferencial mediante pruebas no paramétricas. Se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparar las variables cuantitativas para grupos independientes, y el coeficiente de Spearman para evaluar la asociación entre variables continuas, sin registrar datos perdidos en las variables principales. Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el software IBM SPSS v. 28.0. El p-valor $<0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Cuestiones éticas

Antes de comenzar el estudio, se explicó detalladamente a los voluntarios el objetivo y las características del estudio mediante la hoja informativa del paciente. Aquellos voluntarios que cumplieran con los criterios de inclusión y aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado antes de iniciar el estudio. Los datos personales se anonimizaron mediante un código numérico y se almacenaron en una base de datos en Excel. La información recogida se custodiará en una carpeta cifrada durante un periodo de 5 años (artículo 17.1 de la Ley 41/2002, del 14 de diciembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente)³⁰.

Los datos registrados cumplen con las garantías del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril del 2016 (General de Protección de Datos, RGPD), para la protección de las personas físicas de datos personales y la libre circulación de datos, complementado con la Ley Orgánica 3/201831, del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y ac-

tualmente modificada por la Ley 11/2023, del 8 de mayo. El estudio cumple con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y la Declaración de Helsinki (1964) sobre principios éticos en seres humanos y en la investigación biomédica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm) del HULPR (nº: 5725). Los autores declaran no tener conflictos de intereses en el estudio ni haber recibido financiación externa.

RESULTADOS

En las 65 personas seleccionadas de la unidad de HD, el 13,8% (n=9) no cumplían los criterios de inclusión del estudio. De las 56 personas reclutadas para el estudio, el 10,7% (n=6) de los pacientes abandonaron la unidad de HD por diferentes causas (trasplante renal, cambio de técnica a diálisis peritoneal, traslado a centro de diálisis o exitus). Finalmente, 50 personas en HD participaron en el estudio. En la figura 2, se muestra el diagrama de flujo del estudio.

Descriptivo global de la población de estudio

Características sociodemográficas de los participantes

En la tabla 2, se muestran las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. De los 50 participantes del estudio, el 66% (n=33) eran hombres, y la edad media era de 74 ± 12 años. El 94% (n=47) profesaba la religión católica y, había formalizado voluntades anticipadas el 14% (n=7). La proporción de participantes con nivel educativo medio o superior fue del 68% (n=34). En relación con la ocupación principal, el 64% (n=32) estaba jubilado y el 18% (n=9) tenía incapacidad laboral. El 68% (n=34) tenía nivel socioeconómico medio-alto. El 92% (n=46) de los participantes contaba con apoyo sociofamiliar y un 56% (n=28) estaban casados.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas en 50 personas en hemodiálisis.

Variables	Global n=50
Hombre n (%)	33 (66)
Edad (años), mediana (RIQ)	74,6 (64,9-81,8)
Religión Católica n (%)	47 (94)
Voluntades anticipadas n (%)	7 (14)
Nivel de estudios	
Sin estudios o primarios n (%)	16 (32)
Secundarios o universitarios n (%)	34 (68)
Ocupación	
Estudiante n (%)	4 (8)
Jubilado n (%)	32 (64)
Ama de casa n (%)	5 (10)
Incapacidad laboral/Discapacidad n (%)	9 (18)

Nivel socioeconómico	
<500 €-1000 € n (%)	16 (32)
1000-2000 € n (%)	22 (44)
>2000€ n (%)	12 (24)
Apoyo social	
Familiar y/o cuidador n (%)	42 (84)
Sin apoyo n (%)	4 (8)
Institución sanitaria n (%)	4 (8)
Estado civil	
Soltero n (%)	4 (8)
Casado y/o pareja n (%)	28 (56)
Separado n (%)	6 (12)
Viudo n (%)	12 (24)
Nº hijos (media±DE)	1,6±1,3
Hábitos tóxicos n (%)	11 (22)
Actividad física regular n (%)	30 (60)
Actividades de Ocio n (%)	18 (36)
IMC (kg/m²)	
Peso insuficiente n (%)	7 (14)
Sobrepeso-Obesidad n (%)	18 (36)
Etiología de la ERC*	
Nefropatía diabética n (%)	11 (22)
Glomerulopatías n (%)	12 (24)
Nephroangiosclerosis n (%)	5 (10)
No filiada/Otras n (%)	13 (26)
Nefropatía intersticial n (%)	7 (14)
Hereditaria n (%)	2 (4,0)
Trasplante renal previo n (%)	6 (12)
Tiempo en HD mediana (RIQ)	95,17 (63,59-140)
FAV n (%)	21 (42)
Comorbilidades frecuentes	
Enfermedad cardiovascular n (%)	34 (68)
Hipertensión arterial n (%)	41 (82)
Diabetes mellitus n (%)	19 (38)
Dislipemia n (%)	37 (74)
Tratamiento farmacológico	
Ansiofármacos n (%)	8 (16)
Antidepresivos n (%)	3 (6)
Inductores del sueño n (%)	15 (30)
Analgésicos n (%)	18 (36)
Hierro intravenoso n (%)	23 (46)
Eritropoyetina n (%)	36 (72)
Suplementación nutricional n (%)	16 (32)

*Clasificación de la etiología de la enfermedad renal crónica según la European Renal Association; FAV, fístula arteriovenosa; IMC, índice de masa corporal; HD, hemodiálisis; RIQ, rango intercuartílico.

En relación con los hábitos y el estilo de vida, el 22% (n=11) tenía hábitos tóxicos y el 40% (n=20) era sedentario. Sin embargo, tan solo el 36% (n=18) de los participantes realizaba regularmente alguna actividad de ocio.

La prevalencia de sobrepeso fue del 36% (n=18), mientras que el 14% (n=7) de los participantes tenía peso insuficiente (IMC: $\leq 18,5$ kg/m²).

Características clínicas generales

Las causas más frecuentes de ERC fueron las glomerulopatías (24%; n=12) y la nefropatía diabética (22%; n=11). En este estudio, el 12% (n=6) de los participantes había recibido previamente un trasplante renal.

La mediana del tiempo en HD fue de 95,17 meses. El 58% (n=9) de los participantes era portador de catéter venoso central tunelizado. La adecuación de diálisis medida por el Kt/V urea fue de $1,6\pm 0,3$. La puntuación del ICC mostró una alta comorbilidad en la muestra, con una mediana de 9 puntos (RIQ: 7-11). Las comorbilidades más prevalentes fueron principalmente de etiología cardiovascular (hipertensión arterial y dislipemia) y, diabetes mellitus tipo 2. El índice de Barthel mostró que el 52% (n=26) de los participantes, tenía un grado de dependencia de moderada a grave.

La sintomatología referida por los participantes durante la sesión de HD mostró que el 76% (n=38) presentaba algún síntoma. Los síntomas intradiálisis más frecuentes fueron calambres (38%; n=19), prurito (14%; n=7) y cefalea (12%; n=6). Alrededor del 46% (n=23) tenía episodios de hipotensión intradiálisis y el 30% (n=15) refirió astenia al finalizar la sesión de HD.

Se encontró un alto porcentaje de desnutrición en la muestra, 70% (n=35), de los cuales un 54% (n=27) de los participantes, tenían desnutrición de moderada a extremadamente grave. El 32% (n=16) estaba en tratamiento con suplementación nutricional vía oral. Globalmente, el consumo de psicofármacos representaba el 52% (n=26) en la muestra. El 72% (n=36) de los participantes estaban en tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis.

Parámetros analíticos

Los resultados de los parámetros analíticos mostraron que la hemoglobina ($11,3\pm 1,4$ g/dL) y el hierro sérico ($66,7\pm 31,5$ ug/dL) estaban dentro del rango de normalidad en el control mensual de la anemia. La mediana de albúmina fue de 3,8 g/dL (RIQ: 3,4-3,9), prealbúmina de 24,5 mg/dL (RIQ: 13-29) y la proteína C-reactiva (PCR) de 0,55 mg/dL (RIQ: 0,20-1,3) estaban dentro de los rangos de normalidad.

Evaluación del bienestar

La puntuación media del IBP fue de 45 ± 12 puntos (nivel medio-alto). El dominio mejor valorado fueron las relaciones personales y el peor la salud actual. En la **figura 3**, se muestra la puntuación media obtenida en los diferentes dominios del IBP de los participantes.

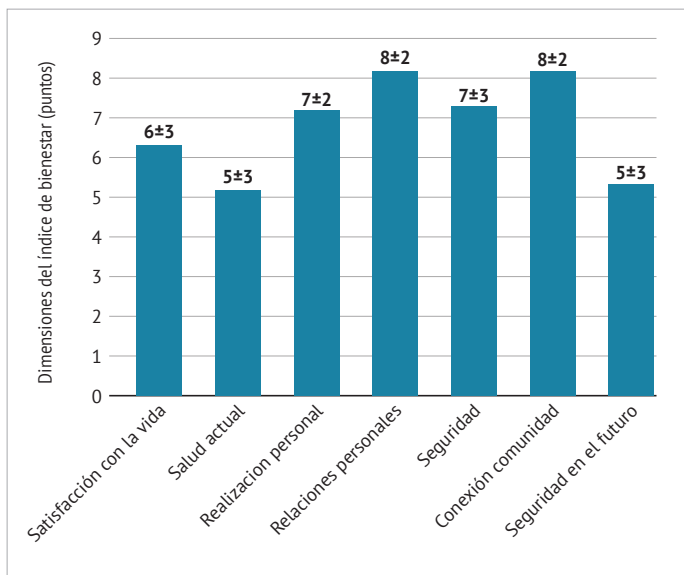


Figura 3. Puntuaciones medias de los dominios del índice de bienestar personal.

En la **figura 4**, se muestran los resultados del mapa de correlaciones. Se observó una correlación positiva, aunque de baja magnitud, entre la edad y el IBP ($r=0,17$; $p=0,003$), y con las 7

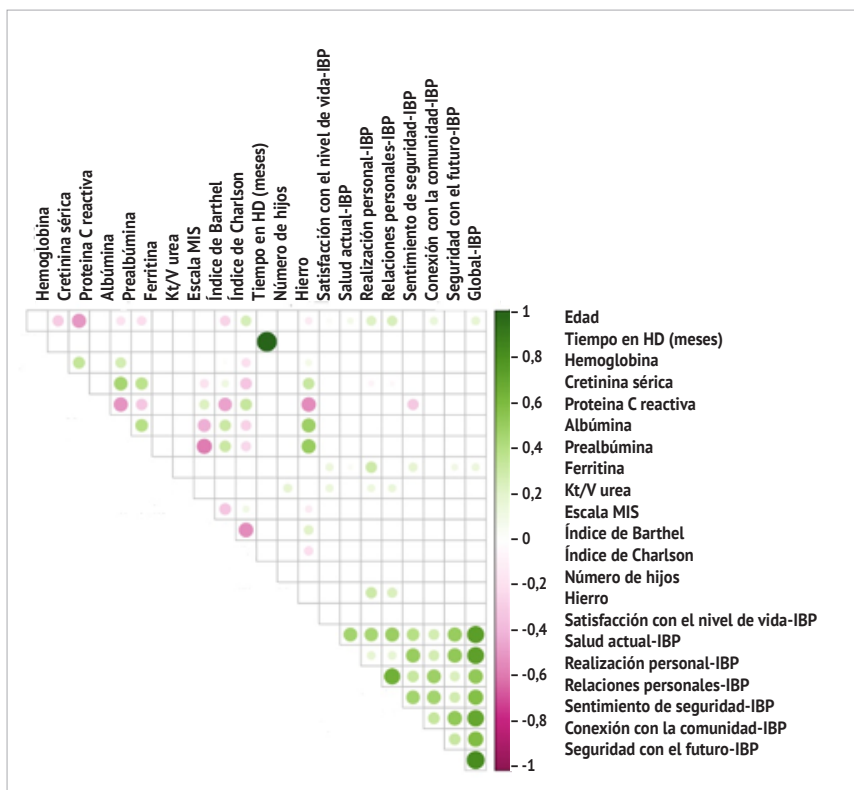


Figura 3. Mapa de correlaciones de las variables analizadas en 50 pacientes en hemodiálisis. HD, hemodiálisis; IBP, Índice de bienestar personal (subjetivo); MIS, malnutrición-inflamación.

dimensiones del cuestionario del IBP (todas, $r>0,50$; $p<0,001$). Aunque la puntuación total del IBP se correlacione como cabe esperar con todas las dimensiones, en este trabajo se exploró si el coeficiente de correlación de cada dimensión difería. La puntuación total del IBP se correlacionó positivamente para cada una de las dimensiones de la escala con: vida actual ($r=0,73$), salud actual ($r=0,72$), realización personal ($r=0,52$), relaciones personales ($r=0,57$), sentimientos de seguridad ($r=0,69$), conexión con la comunidad ($r=0,58$), y seguridad en el futuro ($r=0,81$). Por tanto, estos hallazgos permitieron conocer la fuerza de asociación en la muestra del IBP con cada una de las dimensiones.

Al explorar las emociones mediante el modelo circunflejo de Russell, el 68% ($n=34$), refirió sentir emociones positivas como alegría, felicidad o ilusión, mientras que el 54% ($n=23$) sentía calma, tranquilidad o serenidad. Por el contrario, el 24% ($n=12$) sentía tristeza y soledad, y el 14% ($n=7$) sentía emociones negativas como miedo o enfado. Algunos participantes reconocían sentir simultáneamente más de una emoción positiva y negativa.

DISCUSIÓN

El bienestar personal en personas en HD depende tanto de factores clínicos (desnutrición, comorbilidad asociada o sintomatología intradiálisis), como de factores sociofamiliares, entre los que destacan el estado civil, el apoyo social o el grado de dependencia funcional. En base a esta premisa, los resultados de este estudio, muestran que, a pesar de tratarse de una población en HD con edad media avanzada, comorbilidades múltiples, desnutrición y alto grado de dependencia funcional, la puntuación del IBP era de nivel medio-alto. Además hay que resaltar, que el IBP no mostró asociación significativa con parámetros clínicos, analíticos o de adecuación de diálisis. Estos hallazgos ponen de manifiesto que el bienestar de las personas en HD no depende únicamente de la eficacia de la diálisis, sino que también influyen otros factores como la situación personal, social y el entorno sociofamiliar. Cabe señalar, que los resultados de este estudio son novedosos puesto que añaden valor añadido a la dimensión del bienestar como indicador de salud en la práctica real asistencial.

Las personas en HD presentan alto grado de vulnerabilidad emocional, en gran parte por la edad avanzada, la presencia de múltiples comorbilidades y el impacto propio de la diálisis en el bienestar físico y emocional. Hasta el momento, existen estudios publicados^{15,21,33} que han evaluado la CVRS en personas en diálisis. Sin embargo, aún son limitados los trabajos

que se enfocan específicamente en el bienestar personal, lo que supone una limitación importante para la comparabilidad de los resultados de este estudio.

En el presente estudio, se encontró que determinadas variables sociodemográficas como el género influían en las relaciones sociales, esto concuerda con trabajos previos^{2,14,22} que reportaron mayor grado de felicidad en los hombres. Además, se encontró una correlación positiva entre la edad avanzada y el IBP. Algunos estudios previos realizados en HD^{10,21} mostraron que las personas mayores desarrollan mecanismos de adaptación más efectivos que los jóvenes frente a la enfermedad crónica, logrando mantener niveles de bienestar medio-altos a pesar del deterioro físico. Por lo que, promover el bienestar en personas de edad avanzada en diálisis puede impactar positivamente en el grado de bienestar y, por ende, en la CVRS de las personas en HD.

La pluripatología y la polifarmacia se han asociado negativamente con el estado de bienestar y la CVRS. Algunos estudios¹⁴⁻¹⁶ describen que la dependencia continuada del consumo de ansiolíticos y antidepresivos impacta en el bienestar, pero en nuestra muestra, no se encontró asociación entre el consumo de psicofármacos y el IBP. Sin embargo, a pesar de la presencia de sobrepeso, factores de riesgo cardiovascular y alta comorbilidad, tampoco se asociaba con reducción significativa de la sensación de bienestar. Estos resultados son similares a los obtenidos en la población general sin ERC^{2,22}, aunque difieren de varios estudios publicados en HD^{9,17,21}.

Por el contrario, la desnutrición constituye un factor pronóstico de morbilidad que impacta negativamente en el bienestar, la capacidad funcional, la CVRS y la supervivencia. En el presente estudio, el 70% de los participantes tenían desnutrición, una proporción comparable a estudios previos donde la prevalencia puede alcanzar hasta el 75% en personas en HD³⁴. Además cabe mencionar, que en personas que reciben HD periódica, los síntomas intradiálisis son frecuentes, y afectan al bienestar durante las sesiones de HD. Los síntomas detectados más frecuentes fueron calambres, prurito y cefaleas.

Anteriormente, ya hemos mencionado que el grado de bienestar está relacionado con factores sociales, emocionales, y de la percepción de salud. En este estudio, las personas en HD periódica tenían una alta puntuación del grado de bienestar, medido por el IBP. Asimismo, el IBP tenía correlación significativa con los 7 dominios de la escala de bienestar. Al analizar los diferentes dominios del IBP, se encontró que las relaciones personales tenían alta puntuación, mientras que la salud actual fue peor valorada. Estos resultados concuerdan con estudios previos^{10,13} y difieren de otros trabajos en personas en HD^{22,25}. Además, existen estudios^{9,15,17,21} que han demostrado que el grado de bienestar en ERC está comprometido incluso antes de iniciar la HD.

El estudio presenta fortalezas y limitaciones. Este trabajo es uno de los escasos estudios publicados que evalúan la dimen-

sión bienestar psicosocial y sus dominios en condiciones de práctica clínica habitual en personas en HD. Además, ha permitido identificar la asociación del grado de bienestar con las características sociodemográficas, sociofamiliares y clínicas, ofreciendo una visión multidimensional del paciente. Sin embargo, existen limitaciones inherentes al diseño metodológico. El diseño del estudio de corte transversal y unicéntrico, no implica causalidad. Además, el muestreo no probabilístico de conveniencia con un tamaño muestral limitado a un centro estaba condicionado por la disponibilidad de los pacientes, y sin un cálculo muestral a priori, limita la validez externa de los resultados. Finalmente, los resultados de este estudio no son generalizables a personas con ERC estadios 1-5 sin diálisis, en terapia domiciliaria con diálisis peritoneal o HD diaria domiciliaria.

Los resultados del estudio permiten mejorar los cuidados enfermeros en el marco de la atención del modelo psicosocial en personas en HD. La enfermería, como profesional sanitario especializado en el cuidado de las personas con ERC y en diálisis, desempeña un papel esencial en este proceso. Su labor va más allá de la práctica habitual, extendiéndose su labor asistencial a factores que influyen en el bienestar, la autonomía y el autocuidado del paciente. En este contexto, los cuidados enfermeros promueven la atención y el cuidado integral de la persona, sin limitarse únicamente al espacio físico de cuidado.

En conclusión, los datos analizados sugieren que profundizar en el grado de bienestar personal en las unidades de HD, permitirá conocer mejor el proceso de vivir en diálisis, así como el impacto en la evolución y pronóstico de las personas en HD. Por todo ello, se evidencia la necesidad de realizar estudios multicéntricos que incluyan el bienestar como indicador clínico de la calidad asistencial y evalúen el impacto de la diálisis en la calidad de vida en personas en HD.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución al trabajo

Conceptualización: V.P.V., M.A.L.; Metodología: V.P.V., M.A.L.; Validación: M.R.L.; Análisis formal: M.R.L.; Investigación: V.P.V., M.A.L.; Recursos: V.P.V., M.A.L.; Curación de datos: M.R.L.; Redacción (borrador original): V.P.V., M.A.L.; Redacción (revisión y edición): M.R.L.; Visualización: V.P.V., M.A.L.; Administración del proyecto: V.P.V.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riffo-Allende G, Aguirre A. Análisis bibliométrico sobre el bienestar subjetivo. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2019 [consultado 27 Ene 2026];2(2):125-34. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1748>

2. Martín-Cazallas A. Neurofelicidad. Influencia de la felicidad en la salud [trabajo de fin de grado en Internet]. Logroño: Universidad Internacional de La Rioja; 2024. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/16258>
3. Ferrer C. El optimismo y su relación con el bienestar psicológico. *Rev Cient Arb Fund Mente Clara* [Internet]. 2020 [consultado 26 Ene 2025];5:e199. Disponible en: <https://doi.org/10.32351/rca.v5.199>.
4. Rozas-Calderón V, Enciso-Sotomayor E. Bienestar psicológico: una revisión teórica. *Rev Vive* [Internet]. 2025 [consultado 27 Ene 2026];8(22):250-65. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.374>.
5. Ekman P. El rostro de las emociones. 3.ª ed. Barcelona: RBA Libros; 2024.
6. Barrett LF. The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 2017;12(1):1-23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>.
7. Alvarado JT. ¿Derecho a la felicidad? *Dikaion* [Internet]. 2016 [consultado 8 Sep 2024];25(2):243-65. Disponible en: <https://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/6540>
8. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, Neve JED, Akinin LB, Wang S, editores. *World Happiness Report 2024* [Internet]. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2024 [consultado 8 Sep 2024]. Disponible en: <https://worldhappiness.report/ed/2024/>.
9. Carrillo-Algarra AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS, Hernández-Zambrano SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2018 [consultado 12 Nov 2024];21(4):334-47. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3839>
10. Mota de Sousa LM, Marques-Vieira CM, Pedro-Severino SS, Pozo-Rosado JL, Guerreiro-José HM. Validación del índice de Bienestar Personal en personas con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [consultado 10 Sep 2024];19(2):135-44. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4112>
11. Martínez Rojas SM, Ruiz Roa SL. Relación entre bienestar psicológico y la percepción de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022 [consultado el 28 Ene 2026];25(3):229-38. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4496>
12. Fuentes-González N, Díaz-Fernández JK. Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2023 [consultado 8 Oct 2024];26(1):41-47. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4483>
13. Huang R, Liu N, Nicdao MA, Mikaheal M, Baldacchino T, Albeos A, et al. Emotion sharing in remote patient monitoring of patients with chronic kidney disease. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 2020 [consultado 12 Nov 2024];27(2):185-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz183>
14. Urrunaga-Gonzabay JP, Alcívar-Medranda EM. Resiliencia como estrategia de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis. *Tesla Rev Cient* [Internet]. 2023 [consultado 27 Ene 2026];3(2):e253. Disponible en: <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e253>.
15. Aránega-Gavilán S, Guillén-Gómez I, Blanco-García M, Crespo-Montero R. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022 [consultado 27 Ene 2026];25(3):216-227. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4525>
16. Deschamps-Perdomo AD, Núñez MG, Mora LM, González PF. Felicidad y salud: evidencias científicas. Revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2020 [consultado 11 Ago 2024];29(4):374-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602020000400374
17. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [consultado 8 Sep 2024];28:e3327. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>.
18. Giordani-Da Silva C, Giménez-Fernández M, Dos Santos-Prates J. Contexto de cuidado del enfermo renal crónico: conceptos existenciales y humanísticos. *Rev Cuid* [Internet]. 2023 [consultado 12 Nov 2024];14(2):e3006. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3006>.
19. Cirera-Segura F, Manzano-Angua MR, Vega-Morán MI. Planificación de cuidados de enfermería: cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, Ochando García A, editores. *Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 2024 [consultado 19 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/procedimientos/article/view/3.10>
20. Saedi F, Dehghan M, Mohammadrafi N, Xu X, Hermis AH, Zakeri MA. Predictive role of spiritual health, resilience,

- and mental well-being in treatment adherence among hemodialysis patients. *BMC Nephrol* [Internet]. 2024 [consultado 8 Sep 2025];25:326. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03768-8>.
21. Jahja E, Papajorgji P, Moskowitz H, Margioukla I, Nasto F, Dedej A, et al. Measuring the perceived wellbeing of hemodialysis patients: A Mind Genomics cartography. *PLoS One* [Internet]. 2024 [consultado 28 Nov 2025];19(5):e0302526. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302526>.
 22. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Rodríguez V. Active ageing and personal well being among older adults in Spain. En: Maggino F, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Cham: Springer; 2021 [consultado 8 Sep 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_4001-3.
 23. European Renal Association. *Leading European Nephrology* [Internet]. Parma: ERA; 2025 [consultado 3 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.era-online.org/>.
 24. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* [Internet]. 1987 [consultado el Mar 2025];40(5):373-83. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
 25. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Humphreys MH, Block G. Comparing outcome predictability of markers of malnutrition-inflammation complex syndrome in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2004 [consultado 3 Mar 2025];19(6):1507-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfh143>.
 26. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2022 [consultado 20 Jul 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Fragilidadycaidas.htm
 27. Forjaz MJ, Ayala A, Schutte L, et al. Rasch and confirmatory factor analysis of the Community Wellbeing Index: a multicountry validation study. *Soc Indic Res* [Internet]. 2025 [consultado 3 Mar 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11205-025-03593-y>.
 28. Posner J, Russell JA, Peterson BS. The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2005 [consultado 20 Oct 2024];17(3):715-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0954579405050340>.
 29. Russell J. A circumplex model of affect. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1980 [consultado 15 Mar 2025];39(6):1161-1178. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0077714>.
 30. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 15 nov 2002 [consultado 18 Ene 2025];(274):40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
 31. España. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 6 dic 2018 [consultado 15 Mar 2025];(294):119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
 32. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2013 [consultado 18 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
 33. Marín López MT, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, Rodríguez de Galvis S, Ágreda-Ladrón MR, Hidalgo Mayo E. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. *Nefrología* [Internet]. 2022 [consultado 27 Ene 2026];42(3):318-26. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-factores-asociados-calidad-vida-su-articulo-S0211699521001363>
 34. Viramontes-Hörner D, Pittman Z, Selby NM, Taal MW. Impact of malnutrition on health-related quality of life in persons receiving dialysis: a prospective study [Internet]. *Br J Nutr*. 2022;127(11):1647-1655 [consultado 20 Ene 2026]. <https://doi.org/10.1017/S000711452100249X>.



Artículo en Acceso Abierto, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>