

Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis

Yasna Aliaga-Araya, Camila Aucañir-López, Karen Céspedes-Salomón, Tamara Lepe-Ramírez, Vania Porro-Norambuena, Matías Enrique Rodríguez-Rivas

Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de Las Américas. Santiago. Chile

Como citar este artículo:

Aliaga-Araya Y, Aucañir-López C, Céspedes-Salomón K, Lepe-Ramírez T, Porro-Norambuena V, Rodríguez-Rivas ME. Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2026;29(1):57-64

Correspondencia:

Matías Enrique Rodríguez Rivas
mrodriguezri@udla.cl

Recepción: 16-12-25

Aceptación: 27-01-26

Publicación: 30-03-26

RESUMEN

Introducción: Las personas en tratamiento de hemodiálisis enfrentan múltiples demandas físicas y emocionales que pueden incrementar el estrés percibido. Las estrategias de afrontamiento influyen en la forma en que los pacientes manejan esta experiencia y pueden afectar su adaptación al tratamiento.

Objetivo: Analizar la relación entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en personas en tratamiento de hemodiálisis en un centro de salud de Santiago de Chile.

Material y Método: Estudio cuantitativo, transversal y de alcance correlacional-explicativo realizado con 68 participantes durante el año 2025. Se aplicaron la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI-SF). Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t para muestras independientes y un modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados: La mayoría de los participantes presentó niveles moderados de estrés percibido (80,8 %, n=55). En el modelo de regresión lineal múltiple, el compromiso centrado en la emoción se asoció negativamente con el estrés percibido ($\beta=-0,24$, $p=0,048$), mientras que la desconexión centrada en la emoción se asoció positivamente con el estrés ($\beta=0,46$, $p<0,001$). El modelo final explicó el 28,1% de la varianza del estrés percibido $R^2=0,281$, $F(6,61)=3,97$, $p<0,01$

Conclusión: La forma en que las personas regulan su experiencia emocional constituye un factor relevante en el estrés aso-

ciado a la hemodiálisis. Estos hallazgos resaltan la necesidad de integrar estrategias de apoyo psicosocial y regulación emocional en los programas de cuidado de personas con enfermedad renal crónica.

Palabras clave: diálisis renal; hemodiálisis; estrés psicológico; estrés subjetivo; habilidades de afrontamiento; enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

Perceived stress and coping strategies in patients undergoing haemodialysis

Introduction: Individuals undergoing haemodialysis face multiple physical and emotional demands that may increase perceived stress. Coping strategies influence how patients manage this experience and may affect their adaptation to treatment.

Objective: To analyse the relationship between perceived stress and coping strategies in individuals undergoing haemodialysis at a health centre in Santiago, Chile.

Material and Method: A quantitative, cross-sectional study with a correlational-explanatory design was conducted with 68 participants during 2025. The Perceived Stress Scale

(PSS-10) and the Coping Strategies Inventory (CSI-SF) were administered. Descriptive analyses, independent-samples t tests, and a multiple linear regression model were performed.

Results: Most participants exhibited moderate levels of perceived stress (80.8%, n=55). In the multiple linear regression model, emotion-focused engagement was negatively associated with perceived stress ($\beta=-0.24$, $P=0.048$), whereas emotion-focused disengagement was positively associated with stress ($\beta=0.46$, $P<0.001$). The final model explained 28.1% of the variance in perceived stress.

Conclusion: The way individuals regulate their emotional experience is a relevant factor in stress associated with haemodialysis. These findings highlight the need to integrate psychosocial support and emotional regulation strategies into care programmes for patients with chronic kidney disease.

Keywords: subjective stress; haemodialysis; psychological stress; coping skills; chronic kidney disease.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) corresponde a una alteración progresiva de la función renal que compromete procesos esenciales para la homeostasis corporal y, en etapas avanzadas, requiere terapias de reemplazo renal¹⁻³. A nivel global, afecta aproximadamente al 10% de la población y se ubica entre las principales causas de mortalidad^{4,5}. Entre las terapias de reemplazo renal, la hemodiálisis es una de las modalidades más frecuentes y prolongadas.

En Chile, aproximadamente 25.800 personas se encuentran en tratamiento de hemodiálisis crónica, según el Registro de Diálisis de la Sociedad Chilena de Nefrología, lo que corresponde a cerca de 1.286 pacientes por millón de habitantes⁶. Si bien la hemodiálisis permite prolongar la supervivencia, este tratamiento implica múltiples demandas físicas, emocionales y sociales. Entre ellas se describen fatiga, mareos, alteraciones del sueño, pérdida de autonomía y limitaciones en la vida cotidiana, factores que impactan negativamente en la calidad de vida⁷.

Desde una perspectiva psicobiológica, la exposición prolongada a enfermedades crónicas y tratamientos invasivos puede generar respuestas fisiológicas sostenidas de estrés. El estrés físico activa ejes neuroendocrinos asociados a la liberación de cortisol y a cambios en el equilibrio neuroquímico, lo que puede incrementar la ansiedad y el malestar emocional^{8,9}. Cuando estas respuestas se mantienen en el tiempo, pueden favorecer cambios neurobiológicos asociados a una mayor percepción de amenaza, desesperanza y deterioro de la salud mental¹⁰. Asimismo, la experiencia de enfermedad crónica suele acompañarse de dolor persistente, frustración y pérdida de control, factores que pueden exacerbar el estrés y favorecer la aparición de sintomatología depresiva^{11,12}.

En este contexto, el estrés percibido se refiere a la evaluación subjetiva que realiza la persona respecto de si dispone de recursos suficientes para afrontar las demandas del entorno^{9,13}. Las exigencias prolongadas asociadas al tratamiento de hemodiálisis, como las restricciones dietéticas, la dependencia de procedimientos invasivos, la pérdida de autonomía funcional y la adaptación a cambios en la vida cotidiana, pueden incrementar este estrés y afectar la adherencia terapéutica¹⁴.

Frente a estas demandas, las estrategias de afrontamiento constituyen un recurso psicológico clave. Estas se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar exigencias internas o externas percibidas como sobrecargadas^{15,16}. Dichas estrategias pueden ser adaptativas, como la búsqueda de apoyo social o la resolución activa de problemas, o desadaptativas, como la evitación emocional o la desconexión conductual, modulando así el impacto del estrés sobre la salud física y mental^{16,17}. Estudios recientes muestran que estrategias activas de afrontamiento se asocian con menor malestar emocional, mejor calidad de vida y mayor adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas, incluida la ERC^{8,16}.

En este escenario, la enfermería cumple un rol estratégico. Debido a su contacto continuo con las personas en tratamiento, los profesionales de enfermería no solo proporcionan cuidados biomédicos, sino que también desempeñan un papel relevante en la detección temprana del estrés, la promoción de estrategias de afrontamiento saludables y la educación para el autocuidado^{18,19}. Este enfoque se alinea con modelos contemporáneos de atención integral que reconocen la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes del bienestar²⁰.

A pesar de la relevancia clínica del estrés y el afrontamiento en personas en hemodiálisis, en Chile existe escasa evidencia empírica sobre estas variables, lo que limita la comprensión de los factores psicosociales asociados al proceso de adaptación al tratamiento. Si bien revisiones internacionales reportan prevalencias elevadas de síntomas de ansiedad y estrés en este grupo^{21,22}, la literatura nacional en esta área sigue siendo limitada⁸.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un centro de salud de Santiago de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y enfoque

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y de diseño correlacional-explicativo. Esta aproximación permite analizar de forma objetiva el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas en

tratamiento de hemodiálisis en un momento determinado, sin manipular variables independientes²³.

Participantes y muestreo

El universo correspondió a pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un centro de la Región Metropolitana (Chile) durante el 2025. Los criterios de inclusión fueron: estar en tratamiento activo de hemodiálisis, contar con las capacidades cognitivas necesarias para responder los instrumentos y aceptar la participación mediante consentimiento informado. Se excluyeron personas con descompensaciones clínicas agudas o alteraciones cognitivas significativas.

La selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con la accesibilidad y disponibilidad durante el periodo de recolección de datos.

Instrumentos

Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Para evaluar estrés percibido, se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) desarrollada por Cohen et al.¹³, basada en el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman. Este instrumento consta de 10 ítems con escala Likert de 0 a 4 puntos, que permiten clasificar el estrés en niveles bajo (0–13), moderado (14–26) y alto (27–40). La PSS-10 presenta adecuados índices de confiabilidad ($\alpha=0,78-0,90$) y ha sido validada en población hispanohablante²⁴.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI-SF)

Para medir estrategias de afrontamiento, se empleó la versión breve del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI-SF), adaptación de Tobin et al.¹⁷ que fue validada para contextos de enfermedades crónicas²⁵.

El instrumento incluye 16 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: compromiso centrado en el problema (ej. "Hago un plan de acción y lo sigo"), compromiso centrado en la emoción (ej. "Intento dejar salir mis emociones"), desconexión centrada en el problema (ej. "Intento no pensar en el problema") y desconexión centrada en la emoción (ej. "Guardo mis pensamientos y sentimientos para mí"). Se responde mediante una escala Likert de 5 puntos (1=nunca; 5=casi siempre) y ha mostrado adecuada validez y confiabilidad ($\alpha=0,57-0,86$) en estudios con pacientes en hemodiálisis^{16,26}.

Variables sociodemográficas

Se incluyeron como variables de control a la edad (en años) y el género codificado como variable dicotómica (0=hombre; 1=mujer).

Procedimiento

Tras la autorización institucional, se contactó a las personas en tratamiento durante sus turnos de hemodiálisis. La participación fue completamente voluntaria y anónima. Los instrumentos fueron autoadministrados mediante un formulario en línea (Google Forms), accesible a través de un código QR

entregado individualmente, con un tiempo estimado de respuesta de 10 a 15 minutos.

Se resguardaron de forma estricta los principios éticos fundamentales, incluyendo la confidencialidad, privacidad y autonomía de las y los participantes. La información recolectada se mantuvo bajo estricta reserva, utilizando códigos alfanuméricos en lugar de datos personales para garantizar el anonimato.

Previo a la aplicación de los instrumentos, cada participante recibió y aceptó un consentimiento informado, el cual explicaba los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de la participación y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Estos resguardos se implementaron para proteger la integridad y los derechos de las personas participantes.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas, estrés percibido y estrategias de afrontamiento, reportando frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviación estándar.

La normalidad de las variables continuas fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Dado que algunas variables presentaron desviaciones significativas de la normalidad ($p<0,05$), las asociaciones entre variables fueron analizadas utilizando correlaciones de Rho de Spearman.

Asimismo, se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes para comparar los niveles de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento según género. Finalmente, se estimó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el estrés percibido, incorporando edad y género como variables de control.

Los datos fueron procesados mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26. Se consideró estadísticamente significativa una $p\leq 0,05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 68 personas en tratamiento de hemodiálisis, de las cuales 57,4% eran mujeres ($n=39$) y 42,6 %, hombres ($n=29$). La edad media fue de 54 años (DE=11,3; rango: 28–76).

Niveles de estrés percibido

El puntaje promedio en la escala PSS-10 fue de 18,8 puntos (DE=5,94), correspondiente a un nivel moderado de estrés percibido. La mayoría de los participantes (80,8%, $n=55$) se ubicó en el rango moderado, mientras que 14,7% ($n=10$) presentó un nivel bajo y 4,4% ($n=3$) un nivel alto.

Estrategias de afrontamiento (CSI-SF):

En las cuatro dimensiones del CSI-SF, los puntajes promedio indicaron que las personas en hemodiálisis utilizaron con mayor frecuencia el Compromiso Enfocado a la Emoción (EFE) ($M=14,87$; $DE=2,77$), seguido del Compromiso Enfocado al Problema (PFE) ($M=13,32$; $DE=3,97$), la Desconexión Enfocada a la Emoción (EFD) ($M=13,22$; $DE=3,31$) y la Desconexión Enfocada al Problema (PFD) ($M=12,63$; $DE=3,54$). Estos resultados sugieren una mayor tendencia general hacia estrategias orientadas a procesar y manejar la experiencia emocional, en comparación con aquellas centradas en evitar o desconectarse del estresor.

Relación entre estrategias de afrontamiento y estrés percibido:

Tal como se observa en la **tabla 1**, el análisis mediante correlación de Rho de Spearman mostró que el Compromiso Enfocado a la Emoción (EFE) se asoció negativamente con el estrés percibido ($r_s=-0,24$, $p=0,045$), mientras que la Desconexión Enfocada a la Emoción (EFD) presentó una asociación positiva de magnitud moderada ($r_s=0,44$, $p<0,001$).

En contraste, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el estrés percibido y las estrategias de Compromiso Enfocado al Problema (PFE) ($r_s=-0,21$, $p=0,087$) ni Desconexión Enfocada al Problema (PFD) ($r_s=0,13$, $p=0,276$). Asimismo, el estrés percibido no mostró correlaciones significativas con la edad ($r_s=0,01$, $p=0,952$) ni con el género ($r_s=0,11$, $p=0,354$).

Adicionalmente, la edad se asoció positivamente con la desconexión centrada en el problema ($r_s=0,24$, $p=0,045$). En cuanto a las relaciones entre estrategias de afrontamiento, se observó una asociación positiva entre compromiso centrado en el problema y compromiso centrado en la emoción ($r_s=0,54$, $p<0,001$), así como entre compromiso centrado en

Tabla 2. Regresión lineal jerárquica prediciendo estrés percibido ($n=68$).

Variable	B	SE	β	t	p
Paso 1					
Edad	0,02	0,05	0,04	0,30	0,767
Género	0,55	1,48	0,05	0,37	0,710
Paso 2					
Edad	-0,02	0,05	-0,04	-0,37	0,711
Género	1,42	1,34	0,12	1,06	0,292
Compromiso centrado en el problema	-0,07	0,21	-0,04	-0,31	0,760
Compromiso centrado en la emoción	-0,51	0,29	-0,24	-1,79	0,048
Desconexión centrada en el problema	0,25	0,20	0,15	1,24	0,221
Desconexión centrada en la emoción	0,82	0,20	0,46	4,04	<0,001

Paso 1: $R^2=0,004$; Paso 2: $R^2=0,281$; $\Delta R^2=0,277$.

el problema y desconexión centrada en el problema ($r_s=0,26$, $p=0,031$).

Comparación según género

Se realizó una prueba t de Student para muestras independientes para evaluar diferencias en los niveles de estrés percibido según género. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los niveles de estrés percibido ($p>0,05$). Del mismo modo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas ($p>0,05$).

Modelo de regresión lineal múltiple

Se realizó una regresión lineal jerárquica para examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el estrés percibido.

Tal como se observa en la **tabla 2**, en el primer paso se introdujeron las variables sociodemográficas edad y género, las cuales no explicaron una proporción significativa de la varianza del estrés percibido ($R^2=0,004$, $F(2,65)=0,12$, $p=0,886$).

En el segundo paso, se incorporaron las cuatro dimensiones de afrontamiento (compromiso centrado en el problema, compromiso centrado en la emoción, desconexión centrada en el problema y desconexión centrada en la emoción). La inclusión de estas variables produjo un incremento significativo en la varianza explicada, $\Delta R^2=0,277$, $F_{change}(4,61)=5,87$, $p<0,001$.

El modelo final explicó 28,1 % de la varianza del estrés percibido, $R=0,281$, $F(6,61)=3,97$, $p<0,01$.

Tabla 1. Correlaciones de Spearman entre variables del estudio ($n=68$).

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad (años)	—						
2. Género (1=mujer)	0,04	—					
3. Nivel de estrés	0,01	0,11	—				
4. Compromiso con el problema	0,14	0,08	-0,21	—			
5. Compromiso con la emoción	-0,08	-0,01	-0,24*	0,54**	—		
6. Desconexión con el problema	0,24*	0,16	0,13	0,26*	0,08	—	
7. Desconexión con la emoción	0,10	-0,21	0,44**	-0,07	-0,02	-0,03	—

*: $p<0,05$; **: $p<0,01$.

En este modelo, la estrategia del compromiso centrado en la emoción se asoció negativamente con el estrés percibido ($\beta = -0,24$, $p = 0,048$), mientras que la desconexión centrada en la emoción se asoció positivamente con el estrés ($\beta = 0,46$, $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de las personas en hemodiálisis presenta niveles moderados de estrés percibido, lo que se alinea con lo reportado en investigaciones previas que describen a los pacientes con enfermedades crónicas como una población especialmente vulnerable al desgaste emocional y psicológico²⁷. La naturaleza irreversible de la enfermedad renal crónica (ERC), junto con las restricciones alimentarias, la dependencia progresiva y los frecuentes procedimientos médicos, genera un escenario donde el estrés se vuelve una experiencia recurrente y multifactorial. En este sentido, nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de abordar el estrés como un componente clínico relevante dentro del tratamiento.

Este estrés cobra aún más significancia cuando se consideran los mecanismos fisiológicos involucrados en su manifestación. Se ha documentado que los estados de tensión prolongada activan respuestas neuroendocrinas que elevan la liberación de cortisol⁹, lo que puede alterar procesos de regulación emocional al afectar estructuras como la amígdala y la corteza prefrontal²⁷. Esta respuesta biológica puede contribuir a sentimientos de ansiedad, miedo, incertidumbre e incluso a dificultades para adherirse adecuadamente al tratamiento, como señalan los modelos clásicos de afrontamiento frente al estrés descritos por Folkman y Lazarus¹⁵.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, un hallazgo relevante del presente estudio es la asociación negativa entre el compromiso enfocado a la emoción y el estrés percibido. Este tipo de afrontamiento implica expresar sentimientos, reconocer pensamientos asociados a la experiencia de enfermedad y buscar apoyo social, todos elementos que favorecen la regulación emocional. Addison et al.²⁵ destacan que este tipo de afrontamiento promueve un procesamiento emocional saludable que ayuda a disminuir la carga subjetiva del estrés. En el contexto de la hemodiálisis, donde las personas pueden vivir un "duelo continuo" por la pérdida de autonomía y cambios vitales importantes²⁸, la validación emocional y el apoyo interpersonal se vuelven fundamentales para amortiguar el impacto psicológico del tratamiento.

En contraste, la desconexión centrada en la emoción mostró una asociación positiva significativa con el estrés, evidenciando que evitar, reprimir o intentar no pensar en las emociones asociadas al tratamiento puede intensificar el malestar emocional. Este tipo de afrontamiento ha sido descrito en la literatura como un factor de riesgo para mayor sintomatología psicológica, menor adherencia terapéutica y deterioro en la calidad de vida²². La evitación emocional también podría impedir que los pacientes movilicen redes de apoyo o soliciten ayuda oportuna, prolongando la sensación de sobrecarga emocional.

Estos resultados son coherentes con el modelo biopsicosocial, que plantea que la experiencia de salud no puede comprenderse solo desde la dimensión biológica, sino que debe integrarse con aspectos psicológicos y sociales²⁰. En el caso de la ERC, las emociones negativas, la percepción de pérdida y la incertidumbre respecto al futuro constituyen elementos centrales que moldean la forma en que las personas enfrentan su enfermedad. Por ello, la comprensión del afrontamiento emocional no solo tiene un valor descriptivo, sino también práctico y clínico.

La literatura en enfermería también ha destacado la importancia del acompañamiento emocional como parte esencial del cuidado integral, donde el rol de enfermería no se limita a los procedimientos técnicos, sino que incluye brindar contención emocional, escucha activa y presencia empática²⁹. Esto es consistente con otros estudios, que enfatizan que el trato humanizado y la atención psicosocial pueden influir significativamente en la experiencia del paciente y en su bienestar general³⁰. Nuestros hallazgos dialogan directamente con esta perspectiva, al mostrar que las estrategias emocionales activas se asocian con menor estrés y, por tanto, podrían ser potenciadas desde el ámbito del cuidado.

Así, la combinación de los resultados obtenidos evidencia que el manejo emocional constituye un componente crítico del proceso adaptativo en hemodiálisis. La identificación de estrategias protectoras y de riesgo permite orientar prácticas clínicas que favorezcan la expresión emocional en entornos terapéuticos, refuercen redes de apoyo y promuevan intervenciones que aborden el estrés como un fenómeno integral, con implicancias en la salud física, mental y social de las personas con ERC.

Finalmente, estos resultados no solo permiten comprender mejor el estrés y el afrontamiento en personas en hemodiálisis, sino que también abren líneas claras para la práctica y la investigación futura. Dado que las estrategias emocionales activas se asociaron con menor estrés, mientras que la evitación emocional mostró un efecto contrario, se vuelve especialmente relevante que los equipos de enfermería refuercen competencias vinculadas al acompañamiento psicosocial, la escucha activa y la creación de espacios seguros para la expresión emocional durante el tratamiento. Este enfoque resulta coherente con la literatura que destaca el rol de enfermería como red de apoyo clave en procesos de alta carga emocional, como la terapia dialítica. Asimismo, la necesidad de intervenciones interdisciplinarias cobra fuerza en este contexto, particularmente para los casos que evidencian mayores niveles de malestar, donde la coordinación con profesionales de salud mental podría potenciar el manejo del estrés en esta población.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la investigación se realizó en un único centro de hemodiálisis, lo que restringe la generalización de los hallazgos. Futuros estudios deberían incluir múltiples centros de distintas regiones del país para capturar una mayor diversidad de experiencias y contextos de tratamiento.

En segundo lugar, el tamaño muestral fue reducido en relación con la población total de personas en diálisis en Chile. Investigaciones futuras podrían incorporar muestras más amplias que permitan aumentar la potencia estadística y realizar análisis más complejos, como modelos multivariados.

En tercer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre estrés y estrategias de afrontamiento. Se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales que permitan examinar la evolución del afrontamiento a lo largo del tiempo y su posible relación con la adherencia, la calidad de vida o la sintomatología emocional.

Finalmente, las mediciones utilizadas fueron exclusivamente de autoinforme, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social y limitar la precisión de la evaluación del estrés. Futuras investigaciones podrían complementar estos instrumentos con indicadores clínicos u objetivos, como niveles séricos o salivales de cortisol, marcadores inflamatorios o evaluaciones psicológicas estructuradas, lo que permitiría comprender con mayor profundidad la respuesta fisiológica y emocional al tratamiento de hemodiálisis.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que la mayoría de las personas en hemodiálisis presentó niveles moderados de estrés percibido, lo que parece indicar una alta carga emocional asociada a la enfermedad renal crónica y a las demandas del tratamiento.

Entre las estrategias de afrontamiento evaluadas, el compromiso enfocado a la emoción y el compromiso centrado en el problema fueron las más utilizadas, mientras que las estrategias de desconexión mostraron menor presencia.

Se identificaron dos relaciones clave: el compromiso emocional se asoció con menores niveles de estrés, mientras que la desconexión emocional mostró una asociación positiva con el estrés percibido. Estos hallazgos sugieren la importancia del afrontamiento emocional en la adaptación al tratamiento y entregan bases para orientar intervenciones psicosociales desde enfermería.

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: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N.; Metodología: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N., M.E.R.-R.; Software: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N., M.E.R.-R.; Análisis formal: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N., M.E.R.-R.; Investigación: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N.; Curación de datos: Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N.; Redacción (borrador original): Y.A.-A., C.A.-L., K.C.-S., T.L.-R., V.P.-N.; Validación, Recursos, Redacción (revisión y edición), Visualización, Supervisión y Administración del proyecto: M.E.R.-R.

BIBLIOGRAFÍA

- Wilson S, Mone P, Jankauskas SS, Gambardella J, Santulli G. Chronic kidney disease: definition, updated epidemiology, staging, and mechanisms of increased cardiovascular risk. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021;23(4):831-4. <https://doi.org/10.1111/jch.14186>.
- Levin A, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. *Kidney Int*. 2024;105(4):684-701. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.016>.
- Russon L, Mooney A. Palliative and end-of-life care in advanced renal failure. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(3):279-81. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-3-279>.
- Rasooly RS, Akolkar B, Spain LM, Guill MH, Del Vecchio CT, Carroll LE. The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Central Repositories. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;10(4):710-5. <https://doi.org/10.2215/CJN.06570714>.
- Ramírez-Pereira M, Figueredo-Borda N, Zapata-Sepúlveda P, Ferrada-Muñoz M, Muñoz-González LA. ¿Como viven su enfermedad las personas en diálisis?: una mirada cualitativa a la experiencia del paciente. *Rev Med Chil*. 2022;150(3):289-94. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000300289>.
- Poblete Badal H, Ortiz Mejías M. XLIV cuenta de hemodiálisis crónica (HDC) y diálisis peritoneal crónica (PDC) en Chile [Internet]. Valparaíso: Sociedad Chilena de Nefrología; 2025. Available from: <https://www.nefro.cl/assets/biblio/registro/47.pdf>
- Htay H, Bello AK, Levin A, Lunney M, Osman MA, Ye F, et al. Hemodialysis use and practice patterns: an international survey study. *Am J Kidney Dis*. 2021;77(3):326-35.e1. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.030>.

8. Rodríguez Reyes X, Realivazquez Pérez L, Portillo Siqueiros EY, Meléndez Balderrama A, Santiesteban Rodríguez GF, Zapata Flores LC. Depresión, ansiedad y estrés en personas con terapia de sustitución renal de la ciudad de Chihuahua. *Enferm Nefrol.* 2025;28(1):23-8. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842025004>.
9. Doewes RI, Gangadhar L, Subburaj S. An overview on stress neurobiology: fundamental concepts and its consequences. *Neurosci Inform.* 2021;1(3):100011. <https://doi.org/10.1016/j.neuri.2021.100011>.
10. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2010;48(4):307-18. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>.
11. Kim DS, Kim SW, Gil HW. Emotional and cognitive changes in chronic kidney disease. *Korean J Intern Med.* 2022;37(3):489-501. <https://doi.org/10.3904/kjim.2021.492>.
12. Moreira MB, Cavalli NP, Righi NC, Schuch FB, Signori LU, Silva AMV da. Quality of life and functional capacity in depressive patients on hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Med Biol Res.* 2023;56:e12850. <https://doi.org/10.1590/1414-431X2023e12850>.
13. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385. <https://doi.org/10.2307/2136404>.
14. Dhungana M, Shrestha P, Pandey S, Paudyal S, Kumar Agrawal K. Moderate stress level among patients undergoing hemodialysis in a tertiary care centre. *J Nepal Med Assoc.* 2023;61(264):651-3. <https://doi.org/10.31729/jnma.8231>.
15. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.* 1980;21(3):219. <https://doi.org/10.2307/2136617>.
16. Tous-Pallarés J, Espinoza-Díaz IM, Lucas-Mangas S, Valdivieso-León L, Gómez-Romero MR. CSI-SF: psychometric properties of spanish version of the coping strategies inventory-short form. *An Psicol.* 2022;38(1):85-92. <https://doi.org/10.6018/analesps.478671>.
17. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognit Ther Res.* 1989;13(4):343-61. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>.
18. Arias Méndez JJ, Acurio Barre SL, Vásquez Moran BA, Villarmar Gavilanes AD. Proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5: un estudio de caso. *Ibero-American Journal of Health Science Research.* 2025;5(2):282-93. <https://doi.org/10.56183/iberohjrv5i2.828>.
19. Muñoz Zambrano CL, Rumie Díaz H, Torres Gómez G, Villarroel Julio K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc Enferm.* 2015;21(1):45-53. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>.
20. Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychol Med.* 2023;53(16):7504-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>.
21. Huang CW, Wee PH, Low LL, Koong YLA, Htay H, Fan Q, et al. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021;69:27-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>.
22. Magadi W, Birnie K, Santhakumaran S, Caskey FJ, Ben-Shlomo Y. An updated systematic review of the risk factors for unplanned dialysis initiation. *Clin Kidney J.* 2024;17(12):sfae333. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfae333>.
23. González Mares M, Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Rev Univ Dig Cienc Soc.* 2019;10(18):92-5. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>.
24. Baik SH, Fox RS, Mills SD, Roesch SC, Sadler GR, Klonoff EA, et al. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *J Health Psychol.* 2019;24(5):628-39. <https://doi.org/10.1177/1359105316684938>.
25. Addison C, Jenkins B, White M. User manual for Coping Strategies Inventory Short Form (CSI-SF)-The Jackson Heart Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(4):443. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040443>.
26. Speyer E, Morgenstern H, Hayashino Y, Kerr PG, Rayner H, Robinson BM, et al. Reliability and validity of the coping strategy inventory-short form applied to hemodialysis patients in 13 countries: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *J Psychosom Res.* 2016;91:12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.08.015>.
27. Tobar Soto LC. Hiperkortisolemia y estrés. Impacto en las funciones cognitivas. *Rev Cient UISRAEL.* 2022;9(1):139-57. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.497>.
28. Alcaraz-Moreno N, Vázquez-Espinoza JA, Pineda-Zamora MT, Ramos-Sánchez FJ. La trayectoria de cuidado del paciente en hemodiálisis: de la noticia inesperada al desenlace final. *Enferm Nefrol.* 2019;22(3):308-16. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300010>.

29. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: a theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum*. 2022;57(3):480-5. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>.
30. Andreucci-Annunziata P, Mellado A, Vega-Muñoz A, León-Correa F. Revisitando conceptualmente la humanización y el trato digno en salud desde una perspectiva ética: una revisión sistemática de la literatura. *Acta Bioeth*. 2024;30(2):177-92. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200177>.



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