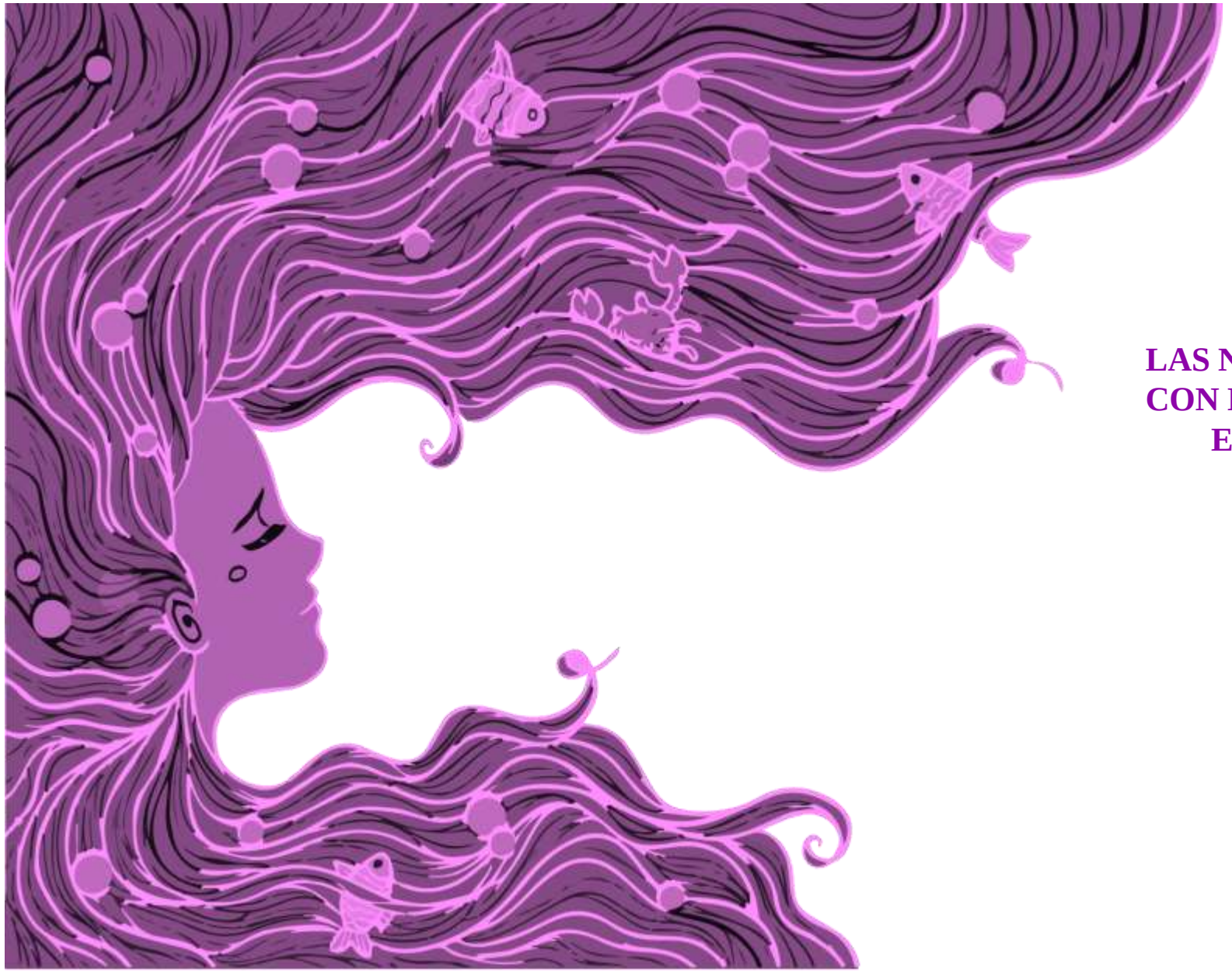


LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

Informe de Resultados

ALCER
Federación Nacional

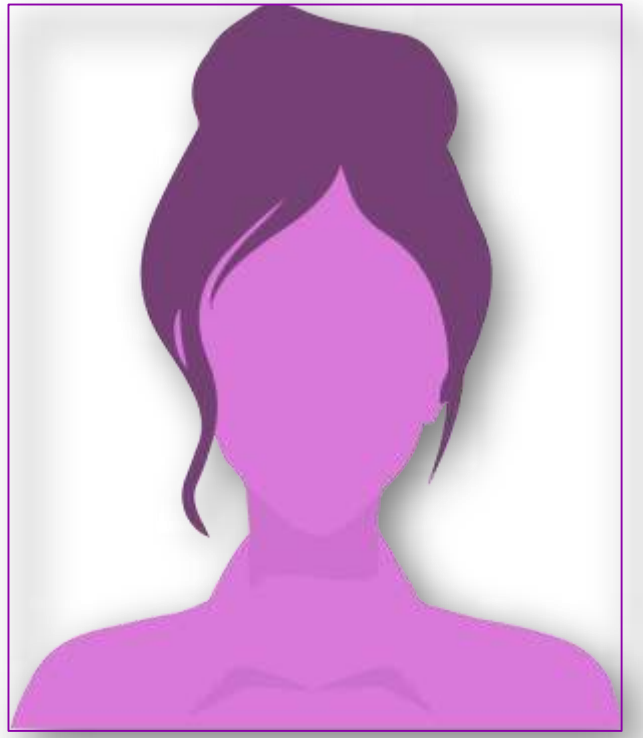
Índice de contenidos



- Justificación del estudio
- Diseño y metodología
- Análisis de resultados
- Conclusiones
- Fuentes consultadas

Justificación del estudio

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye una patología de alta prevalencia en España y supone una carga significativa tanto para las personas afectadas como para el sistema sanitario. Entre los tratamientos sustitutivos renales, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal son terapias que, aunque esenciales para la supervivencia, generan un impacto considerable en la calidad de vida de quienes las reciben. Sin embargo, este impacto no se manifiesta de la misma manera en hombres y mujeres.



Las mujeres en tratamiento sustitutivo renal, ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal, representan un grupo que, aunque numéricamente menor que los hombres en situación similar, enfrenta necesidades y vulnerabilidades específicas que no siempre son abordadas de manera adecuada en la práctica clínica y social.

Las particularidades de género influyen en la vivencia de la enfermedad y del tratamiento, lo que afecta la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las pacientes; las mujeres suelen asumir mayores cargas de cuidado familiar, presentan niveles más altos de ansiedad y depresión asociados a la cronicidad, y pueden experimentar limitaciones vinculadas a la imagen corporal, la autoestima y la salud sexual y reproductiva. Asimismo, pueden experimentar limitaciones en la participación en el mercado laboral, en la vida social y en la toma de decisiones sobre su propio tratamiento. Estas diferencias, influenciadas por factores biológicos y socioculturales, evidencian desigualdades que pueden reflejarse también en su adaptación al tratamiento de diálisis.

El presente estudio se justifica por la necesidad de visibilizar y comprender las experiencias, dificultades y necesidades propias de las mujeres en tratamiento de diálisis, con el fin de generar evidencia que contribuya a mejorar la calidad de la atención, promover la equidad en salud y orientar políticas y programas centrados en las pacientes. Analizar estas dimensiones permitirá identificar brechas en el abordaje clínico y social, así como oportunidades para fortalecer el acompañamiento profesional, la formación y el apoyo familiar y comunitario.

Diseño y metodología



Tipo de estudio:
Estudio observacional descriptivo trasversal comparativo, donde se ha obtenido una muestra total de 73 mujeres con enfermedad renal crónica, en tratamientos renales sustitutivos de hemodiálisis y diálisis peritoneal procedentes de diferentes provincias de España. Se analizó su situación laboral y otros factores socio-demográficos, socio-económicos y socio-sanitarios, mediante la administración de un cuestionario ad hoc.

Para completar la información extraída de los cuestionarios y abordar cuestiones relacionadas con la vivencia subjetiva de la enfermedad renal crónica, se ha realizado un trabajo de campo basado en técnicas cualitativas, por un lado se han llevado a cabo 2 grupos de discusión, con un total de 10 participantes, con el siguiente perfil: mujeres que padecen ERC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal de diferentes provincias de España.

Además, para que la detección de necesidades sea más completa, hemos realizados dos entrevistas a profesionales de la atención social y psicológica que atienden al colectivo para recoger su experiencia, opinión y perspectivas.

Población y muestra:
Población: Mujeres diagnosticadas con enfermedad renal crónica (ERC) que se encuentren en tratamiento de diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal).

Criterios de inclusión:
- Mujeres mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de ERC.
- En tratamiento de diálisis por al menos 3 meses.

Criterios de exclusión:
- Mujeres con ERC con deterioro cognitivo que impida responder el cuestionario.
- Mujeres con ERC con comorbilidades graves que limiten la participación.

Análisis de resultados

Tabla 1.1		Hemodiálisis Hospitalaria	Hemodiálisis Domiciliaria	Diálisis Peritoneal Automatizada	Diálisis Peritoneal Manual	Total	Tasa %
Comunidad Autónoma	Andalucía	4	1	1	0	6	8,20
	Aragón	4	0	0	0	4	5,40
	Cantabria	1	0	0	0	1	1,30
	Castilla y León	3	1	1	1	6	8,20
	Castilla-La Mancha	3	0	0	0	3	4,10
	Cataluña	6	1	1	0	8	11
	Extremadura	0	1	0	0	1	1,30
	Galicia	8	1	2	0	11	15
	Comunidad de Madrid	22	2	0	2	26	**36**
	Navarra	0	1	0	0	1	1,30
	Comunidad Valenciana	1	4	1	0	6	8,20
Edad	De 21 a 35 años	7	1	0	0	8	11
	De 36 a 50 años	5	8	1	2	16	21
	De 51 a 65 años	24	2	3	1	30	**42**
	Más de 65 años	16	1	2	0	19	26
Estado Civil	**Casada**	17	6	3	1	27	**36,80**
	Divorciada	6	1	2	2	11	15
	Pareja de hecho	4	1	1	0	6	8,20
	Soltera	13	4	0	0	17	24
	Viuda	12	0	0	0	12	16
Formación	Primarios	9	1	0	0	10	14
	Bachillerato	13	2	5	2	22	30
	Secundarios	14	2	0	0	16	22
	Universitarios	16	7	1	1	25	**34**
Grado Discapacidad	No tengo	8	1	0	0	9	12
	Del 33% al 45%	3	0	2	0	5	7
	Del 46% al 64%	3	3	1	1	8	11
	Del 65% al 74%	27	8	3	2	40	**55**
	Más del 75%	9	0	0	0	9	12
	Pendiente Resolución	2	0	0	0	2	3

Tabla 1.2		Hemodiálisis Hospitalaria	Hemodiálisis Domiciliaria	Diálisis Peritoneal Automatizada	Diálisis Peritoneal Manual	Total	Tasa %
Situación Laboral	Baja laboral transitoria	4	1	1	2	8	11%
	Desempleada	8	1	1	1	11	15,11%
	Estudiante	2	1	0	0	3	4,1%
	Incapacidad Laboral Permanente	17	7	2	0	26	**35,6%**
	Jubilada	14	0	0	1	15	20,50%
	En activo	5	2	1	0	8	11%
	Otra situación	2	0	0	0	2	2,7%
Cese de actividad laboral tras el comienzo de tratamiento de diálisis	**Si tuve que dejar de trabajar**	23	8	2	1	34	**46,6%**
	Si, pero sigo trabajando	6	0	1	2	9	12,3%
	No	23	4	3	0	30	41,1%

Tabla 1.1 y 1.2

La muestra del estudio estuvo compuesta por 73 mujeres con enfermedad renal crónica (ERC) sometidas a tratamientos de diálisis, tanto en entornos hospitalarios como domiciliarios. Del total, un 71,12% reciben tratamiento en el ámbito hospitalario, lo que sugiere una clara predominancia del modelo hospitalario frente al domiciliario.

En cuanto a la distribución geográfica, el 36% de las participantes reside en la Comunidad de Madrid, lo que podría estar relacionado con la alta concentración de centros hospitalarios especializados en esta región, además de una mayor densidad poblacional.

Respecto a la edad, el grupo más representativo es el comprendido entre 51 y 65 años (42%), lo cual coincide con la etapa vital en la que suelen manifestarse complicaciones crónicas de salud asociadas a la ERC. Además, el 36,80% están casadas, lo que sugiere la presencia de responsabilidades familiares que pueden influir en la adherencia al tratamiento y en la dinámica de cuidado.

El estudio también revela que el 85% de las mujeres que están en tratamientos de diálisis, tienen reconocida una discapacidad, . además, dentro de este grupo, el 55% presenta un grado de discapacidad entre el 65% y el 74%, lo cual indica una discapacidad severa, con posibles repercusiones en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y mantener una participación social y laboral plena.

En el grupo de mujeres con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis se observa un marcado impacto socio-laboral, reflejado en una alta proporción de situaciones de inactividad laboral o pensiones. Más de un tercio de las mujeres (35,6%) tiene reconocida una incapacidad permanente. Este dato evidencia que la ERC avanzada y el tratamiento dialítico generan limitaciones importantes para mantener una actividad laboral continua, debido a la carga horaria de la diálisis, las comorbilidades asociadas y el impacto funcional de la enfermedad. Solo el 11% continúa trabajando. Además, el 46,6% de las mujeres tuvo que dejar de trabajar tras el comienzo de tratamiento, lo que evidencia las dificultades para compatibilizar la ERC y la diálisis con la vida profesional.

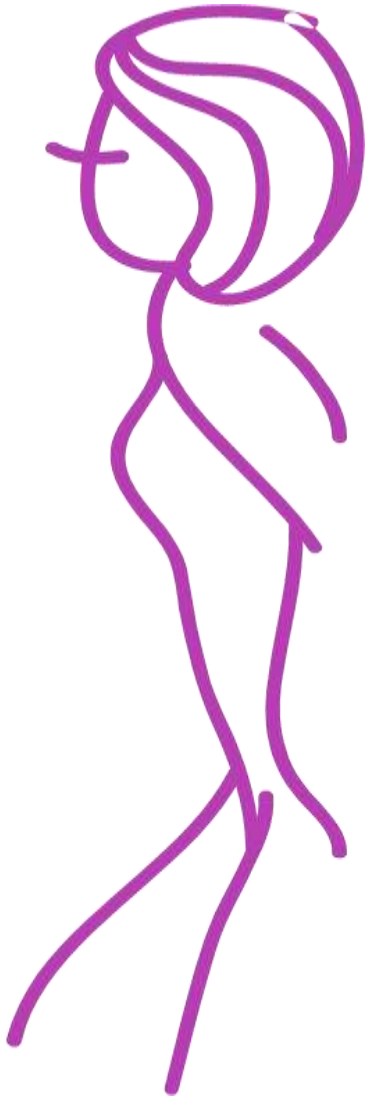


Tabla 2		Hemodiálisis Hospitalaria	Hemodiálisis Domiciliaria	Diálisis Peritoneal Automatizada	Diálisis Peritoneal Manual	Total	Tasa %
Causa de la Enfermedad Renal Crónica	**Enfermedad renal adquirida o hereditaria**	21	6	4	0	31	**42,50**
	Otras causas no especificadas	18	2	0	1	21	28,80
	Diabetes mellitus:	9	1	2	1	13	17,80
	Tumores renales o sistémicos	1	1	0	0	2	2,70
	Hipertensión arterial	2	1	0	0	3	4,00
	Infecciones urinarias o renales:	0	1	0	0	1	1,40
	Medicamentos nefrotóxicos (p. ej., antiinflamatorios)	0	0	0	1	1	1,40
	Cálculos renales	1	0	0	0	1	1,40
Años de Diagnóstico	Menos de 1 año	1	0	0	0	1	1,40
	De 1 a 5 años	5	1	0	0	6	8,20
	De 6 a 10 años	10	4	0	1	15	20,50
	De 11 a 15 años	13	2	3	0	18	24,70
	Más de 15 años	23	5	3	2	33	45,20
Patologías asociadas	Diabetes mellitus:	9	2	3	1	15	**20,50**
	Anemia	25	9	5	1	40	54,80
	Hipertensión	36	9	5	1	51	**69,90**
	Problemas cardiovasculares	8	3	0	0	11	15,10
	Problemas óseos	18	2	2	2	24	32,90
	Problemas de piel	5	0	1	1	7	9,60
	Otros no especificados	15	2	1	0	18	24,70

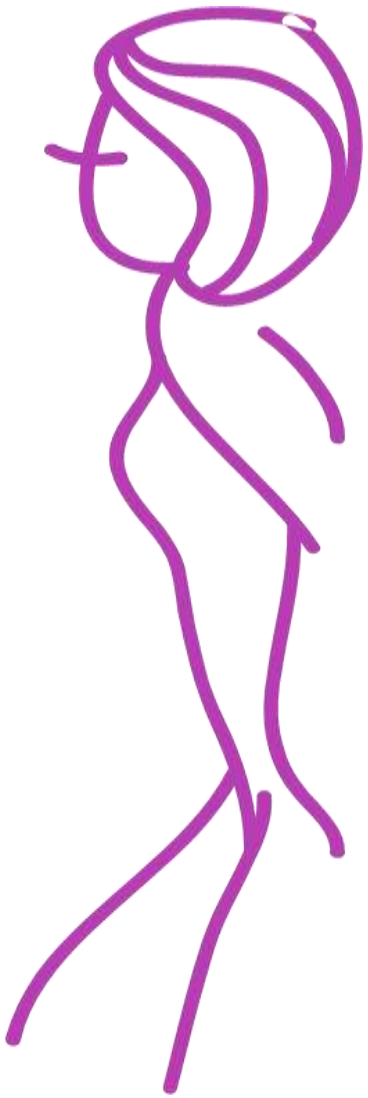


Tabla 2

Entre las mujeres encuestadas, las principales causas identificadas de enfermedad renal crónica fueron:

- Causas adquiridas o hereditarias (42,5%). Esta categoría incluye un amplio espectro de patologías glomerulares, intersticiales y hereditarias (como la poliquistosis renal). El hecho de que sea la causa más frecuente sugiere que las enfermedades renales primarias siguen siendo el principal origen de la ERC en mujeres, especialmente en aquellas sin factores metabólicos dominantes..
- Causas indeterminadas o no especificadas (28,8%). Este porcentaje elevado refleja una limitación frecuente en los registros clínicos, donde la etiología exacta no puede establecerse por falta de biopsia renal o datos históricos. Es importante interpretarlo como un indicador de necesidad de mejorar la clasificación etiológica y los sistemas de registro.
- Diabetes mellitus (17,8%). La diabetes es la segunda causa más frecuente de ERC en mujeres. Este dato concuerda con la tendencia global, donde la nefropatía diabética es una causa creciente de insuficiencia renal, aunque suele presentarse con menor prevalencia en mujeres que en hombres. Esto puede deberse a diferencias hormonales, metabólicas y en la progresión del daño renal..
- Hipertensión arterial (4,0%) como causa primaria. Aunque la hipertensión es un factor agravante común de la ERC, su identificación como causa primaria en un 4% de los casos sugiere que en la mayoría de las mujeres hipertensas, la ERC se debe a otras causas concomitantes, o que la hipertensión aparece más como consecuencia que como origen del daño renal.
- Causas menos frecuentes (<3%). Las infecciones urinarias, nefrotoxicidad medicamentosa, tumores y litiasis renal representan un porcentaje reducido. Sin embargo, son causas potencialmente prevenibles, lo que subraya la importancia de estrategias de prevención y educación sanitaria en mujeres, sobre todo respecto al uso prolongado de antiinflamatorios y control de infecciones urinarias.

Se observa una alta frecuencia de comorbilidades, lo que refleja la complejidad clínica habitual en estas pacientes.

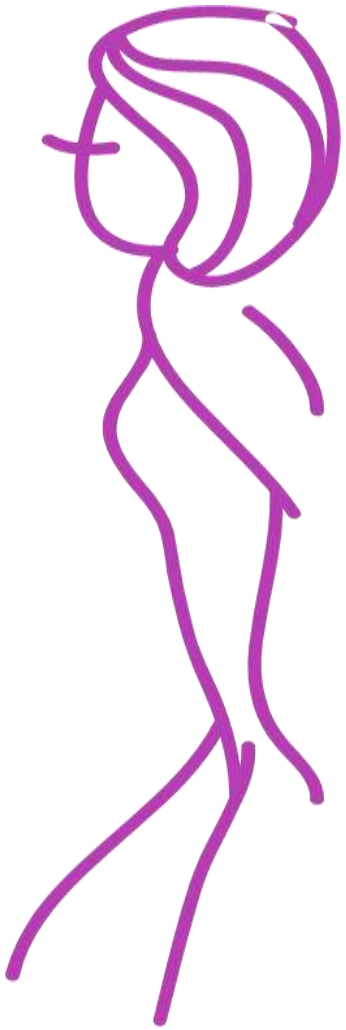
- Hipertensión arterial (69,90%): es la comorbilidad más frecuente. Este hallazgo es coherente con la literatura, ya que la hipertensión es tanto una causa como una consecuencia de la ERC. Su elevada prevalencia indica la necesidad de un control estricto de la presión arterial para evitar complicaciones cardiovasculares.

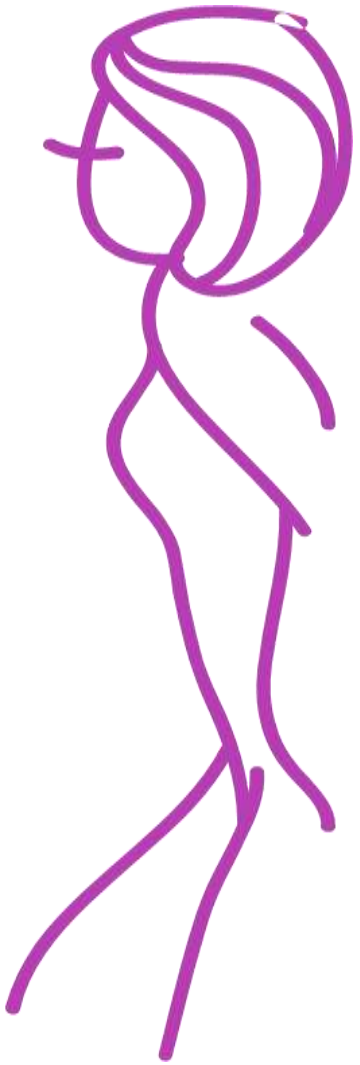
- Anemia (54,80%): Más de la mitad de las pacientes presentan anemia, un trastorno común en la ERC debido a la disminución en la producción de eritropoyetina y a alteraciones del metabolismo del hierro. Este porcentaje resalta la importancia del manejo adecuado con hierro, eritropoyetina y control del estado nutricional.

- Alteraciones óseas (32,90%): Un tercio presenta problemas óseos, típicos del trastorno mineral y óseo asociado a la ERC (como hiperparatiroidismo secundario, osteodistrofia renal). Esto refleja la necesidad de un seguimiento estrecho del metabolismo calcio-fósforo y del tratamiento con quelantes de fósforo o vitamina D activa.

- Diabetes mellitus (20,50%): Una quinta parte tiene diabetes, lo cual es relevante porque la diabetes es una de las principales causas de ERC. Aunque la prevalencia es menor que la de la hipertensión, sigue siendo significativa y requiere un control cuidadoso para evitar complicaciones adicionales.

- Otras patologías no asociadas (24,70%): Casi una cuarta parte de las pacientes presenta otras enfermedades no directamente relacionadas con la ERC o la diálisis.





En cuanto a los años de diagnóstico y patologías asociadas a la enfermedad renal en mujeres en tratamientos de diálisis, los resultados indican:

Alta cronicidad de la enfermedad.: Casi la mitad de las mujeres (45,2%) fueron diagnosticadas hace más de 15 años, lo que indica una larga trayectoria de enfermedad renal crónica y sugiere una población con enfermedad avanzada y de larga evolución. Este hallazgo refleja una mayor supervivencia y control médico prolongado en mujeres en tratamiento de diálisis.

Progresión lenta y seguimiento estable: Si se considera que el 90% de las mujeres llevan más de 6 años con diagnóstico de ERC, puede interpretarse que existe una progresión relativamente lenta de la enfermedad y una adecuada adherencia al tratamiento, factores que podrían estar contribuyendo a la supervivencia a largo plazo.

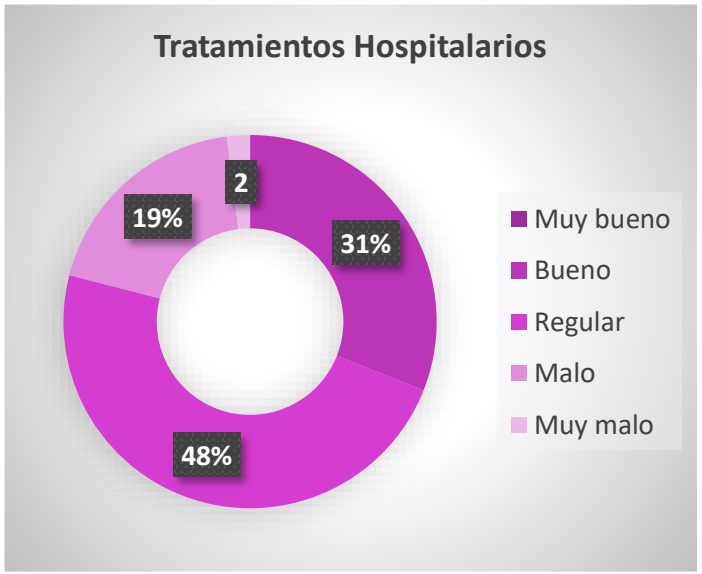
Casos recientes minoritarios: Solo el 1,4% fue diagnosticado en el último año, y el 8,2% en los últimos 5 años, lo que sugiere que el número de nuevos diagnósticos que avanzan rápidamente a diálisis es bajo. Esto podría deberse a:

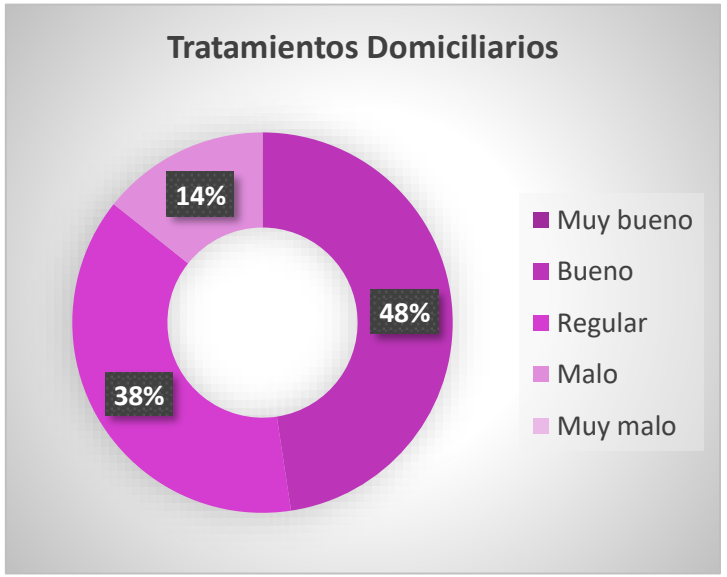
- Mejoras en el manejo precoz de la ERC en atención primaria.
- Detección temprana y control de factores de riesgo (diabetes, hipertensión).
- O bien, a que el grupo en estudio representa una cohorte de mujeres con enfermedad estable y seguimiento prolongado.

Este patrón de larga evolución puede tener implicaciones sobre:

- Mayor carga de comorbilidades asociadas a la cronicidad (anemia, enfermedad ósea, deterioro cardiovascular).
- Necesidad de seguimiento psicosocial y de adherencia terapéutica.
- Planificación de cuidados a largo plazo, especialmente en mujeres mayores con más de una década de tratamiento renal.

EN EL ÚLTIMO AÑO. ¿CÓMO DIRÍA QUE HA SIDO SU ESTADO DE SALUD?



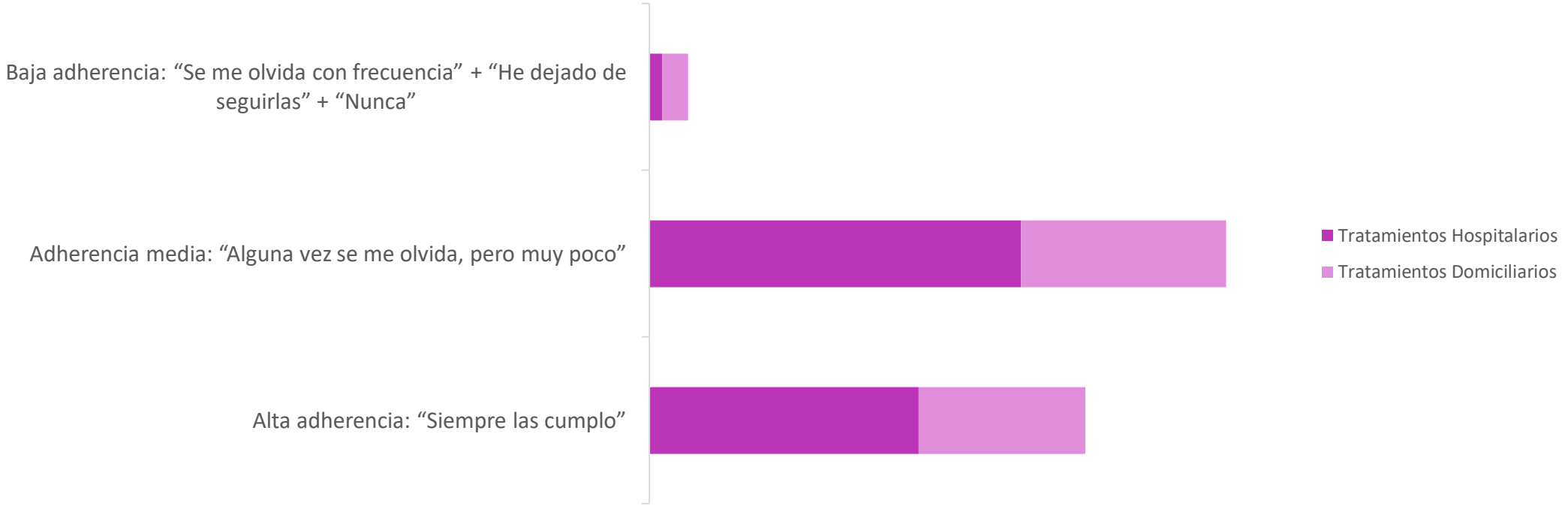


En conjunto, los resultados indican que las mujeres sometidas a diálisis, ya sea hospitalaria o domiciliaria, mantienen una **percepción moderada de su salud**, con escasa presencia de valoraciones extremadamente negativas. Esta estabilidad percibida podría estar relacionada con mecanismos de adaptación, el apoyo social o familiar, y la eficacia del tratamiento en el control de síntomas.

Aunque las mujeres en diálisis domiciliaria muestran una tendencia ligeramente más favorable, con un mayor porcentaje de valoraciones positivas y una menor proporción de valoraciones negativas, estas diferencias no alcanzan significación estadística. Aun así, clínicamente podría reflejar algunos beneficios de la modalidad domiciliaria, como una mayor autonomía, flexibilidad en los horarios y un menor desgaste asociado a los desplazamientos frecuentes al centro de salud. Además, realizar la diálisis en el hogar puede asociarse a más control sobre el tiempo propio, sensación de independencia, participación más normalizada en la vida familiar.

Por otro lado, resulta relevante que ninguna participante, independientemente del tipo de tratamiento, haya calificado su estado de salud como “muy bueno”. Esto es coherente con la naturaleza crónica y limitante de la enfermedad renal avanzada, que suele impedir alcanzar niveles óptimos de bienestar físico.

DISTRIBUCIÓN DE ADHERENCIA A MEDICACIÓN Y ESTILO DE VIDA

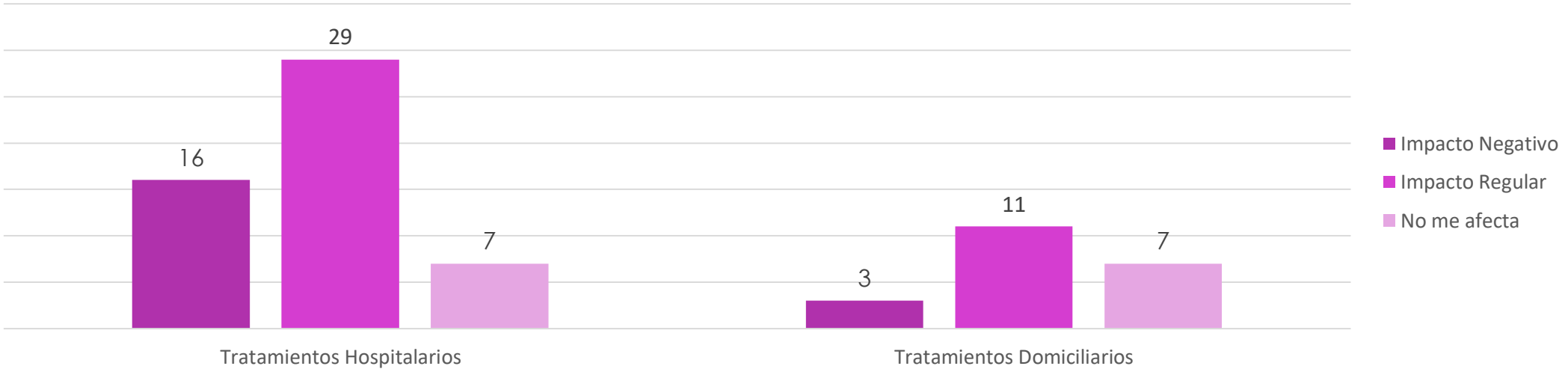


- **Mayor adherencia en diálisis domiciliaria**: El grupo domiciliario muestra un porcentaje mayor de alta adherencia (61.9% vs 42.3%),y ligeramente mayor de baja adherencia (9.5% vs 1.9%). Esto sugiere que las mujeres que realizan diálisis en el hogar pueden sentirse más responsables o más autónomas en su autocuidado, exige mayor implicación y autocontrol.

- **En diálisis hospitalaria predomina la adherencia media.** Casi un 56% del grupo hospitalario afirma que “alguna vez se me olvida, pero muy poco”. Las rutinas hospitalarias pueden interferir menos en la toma de medicación, pero la vida cotidiana fuera del hospital podría generar pequeños descuidos

- **Aparición de baja adherencia en ambos grupos.** Aunque la frecuencia es baja, ambas modalidades presentan casos: 1 caso en hospitalaria (1.9%) y 2 casos en domiciliaria (9.5%). La baja adherencia es un riesgo relevante, pues puede provocar descompensaciones, hospitalizaciones y peor pronóstico.

CÓMO AFECTA LA ENFERMEDAD RENAL A SU ESTADO EMOCIONAL



Las mujeres en **diálisis hospitalaria tienden a reportar un mayor efecto emocional negativo**, probablemente debido a factores como la frecuencia de visitas, el ambiente hospitalario, y la dependencia de personal de salud.

Las mujeres en **diálisis domiciliaria muestran menos impacto negativo y más percepción de "no me afecta**", lo que puede reflejar mayor autonomía y control sobre su tratamiento.

En ambos grupos, la mayoría indica un impacto regular, lo que sugiere que la enfermedad renal siempre tiene algún efecto emocional, aunque varía según el tipo de diálisis.

QUÉ EMOCIONES PREDOMINAN EN SU VIDA DESDE QUE LE HAN DIAGNOSTICADO LA ENFERMEDAD RENAL



ANSIEDAD	TRISTEZA	MIEDO	ESPERANZA	ALEGRÍA
45.2%	43.8%	43.8%	31.5%	2.7%

- Emociones negativas predominantes: La ansiedad es la emoción más frecuente (**45%**) y tristeza y miedo se reportan casi igual (**44% cada una**). Esto indica que la enfermedad renal impacta significativamente el bienestar emocional, con predominio de emociones de preocupación, incertidumbre y aflicción, afectando la calidad de vida emocional de la mayoría de las pacientes.

- Emociones positivas: La esperanza está presente en un **31%**, lo que muestra que, a pesar de las dificultades, un grupo importante mantiene expectativas positivas, sugiriendo resiliencia y capacidad de adaptación. La alegría es muy baja (**2.7%**), lo que evidencia que la enfermedad genera un gran desafío para mantener sentimientos positivos constantes, lo que requeriría apoyo emocional y estrategias para mejorar su bienestar psicológico.

¿SIENTE QUE EL TRATAMIENTO LE HA AFECTADO SU AUTOESTIMA?

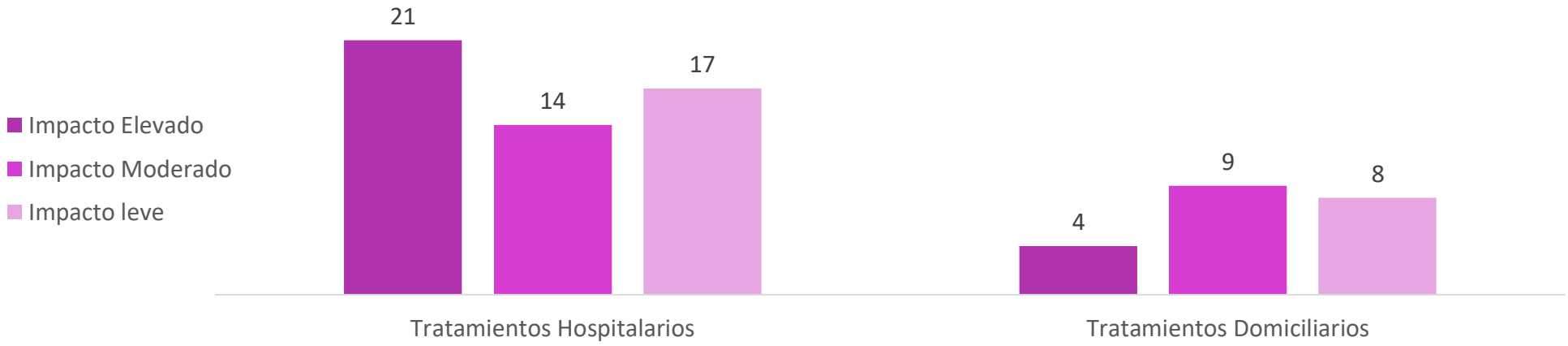
	Tratamientos Hospitalarios	Tratamientos Domiciliarios
Impacto elevado en autoestima (Muchísimo + Mucho)	40,4%	19%
Impacto moderado (Regularmente)	26,9%	42,9%
Impacto leve (Poco + Nada)	32,6%	38,1%

Las mujeres en diálisis hospitalaria sienten un mayor impacto negativo en su autoestima en comparación con las que están en diálisis domiciliaria.

En la diálisis domiciliaria predomina una afectación moderada, no tan intensa como en hospitalaria

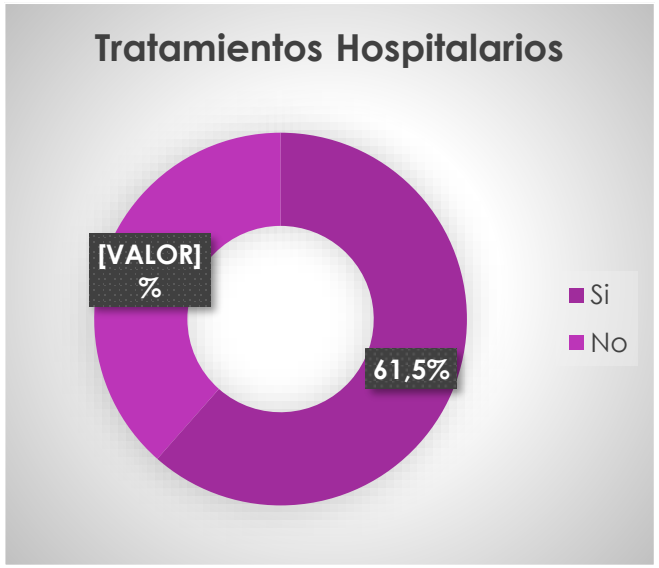
Las pacientes en domiciliaria tienden a sentir menos afectación leve o moderada, lo que indica mayor estabilidad emocional o adaptación.

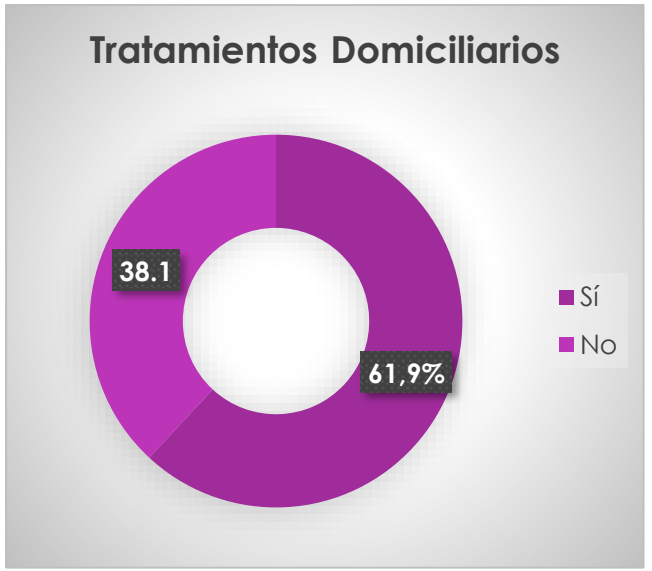
La diálisis hospitalaria afecta más la autoestima, mostrando el doble de mujeres con impacto “muchísimo” o “mucho” en comparación con la diálisis domiciliaria. En la diálisis domiciliaria, la afectación se concentra más en el nivel “regular”, lo que sugiere que el tratamiento es percibido como menos dañino emocionalmente. La falta de respuestas “nada” en el grupo domiciliario indica que todas sienten algún nivel de impacto, pero generalmente menos severo.



¿TIENE ACCESO A APOYO PSICOLÓGICO







En el análisis del acceso al apoyo psicológico según la modalidad de tratamiento de diálisis, no se observaron diferencias relevantes entre las mujeres en tratamiento hospitalario y domiciliario.

El 61.5% de las participantes hospitalarias y el 61.9% de las usuarias de diálisis domiciliaria reportaron disponer de apoyo psicológico.

Estos resultados sugieren que, en esta muestra, la modalidad terapéutica no constituye un factor determinante en la disponibilidad percibida de apoyo psicológico.

¿TIENE ACCESO SUFICIENTE APOYO DE SUS FAMILIARES?

Respecto a la percepción de apoyo familiar, la mayoría de las mujeres reportó contar con suficiente respaldo. En el grupo hospitalario, 44 de 52 participantes (84.6%) indicaron recibir suficiente apoyo, mientras que en el grupo domiciliario lo hicieron 17 de 21 (81.0%).

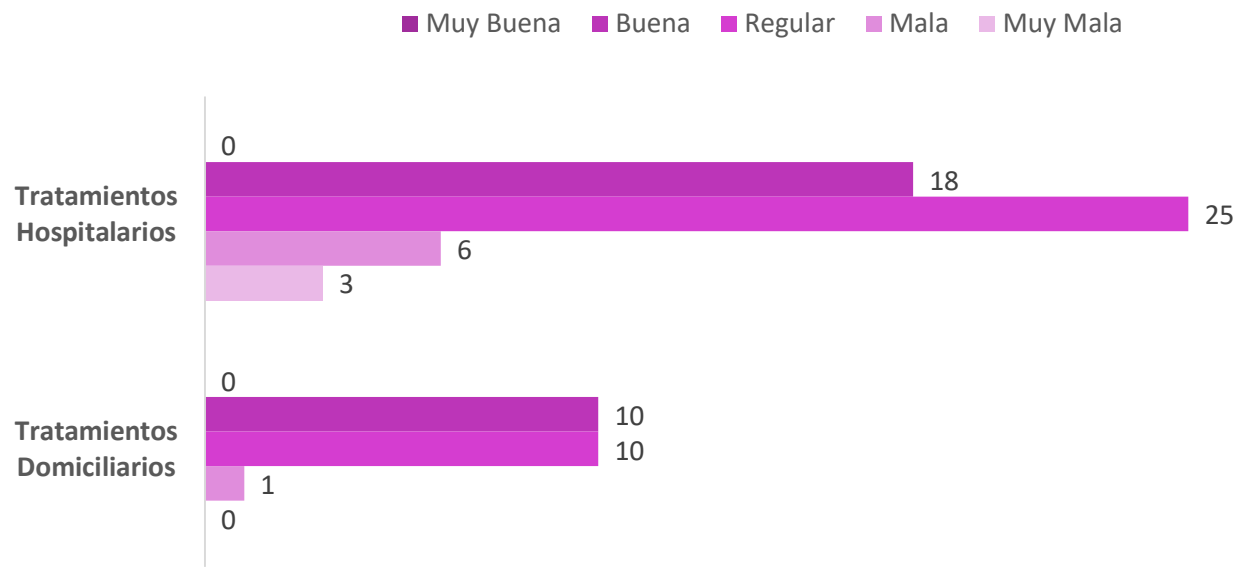
Se preguntó sobre el tipo de ayuda que las participantes necesitan de sus familiares. En ambos grupos, la ayuda emocional fue la más frecuente (hospitalario: 50.0%; domiciliario: 47.6%), seguida de la ayuda en el hogar (hospitalario: 19.2%; domiciliario: 28.6%). Otras necesidades, como apoyo económico, compañía en citas médicas u otras formas de ayuda, presentaron porcentajes menores.

Tipo de Ayuda	Hospitalario	Domiciliario	Total
Emocional	26	10	36
Económico	6	2	8
Ayuda en el Hogar	10	6	16
Compañía en Citas Médicas	6	1	7
Otras	4	2	6
Total	52	21	73



¿CÓMO CALIFICARÍA SU CALIDAD DE VIDA ACTUALMENTE?



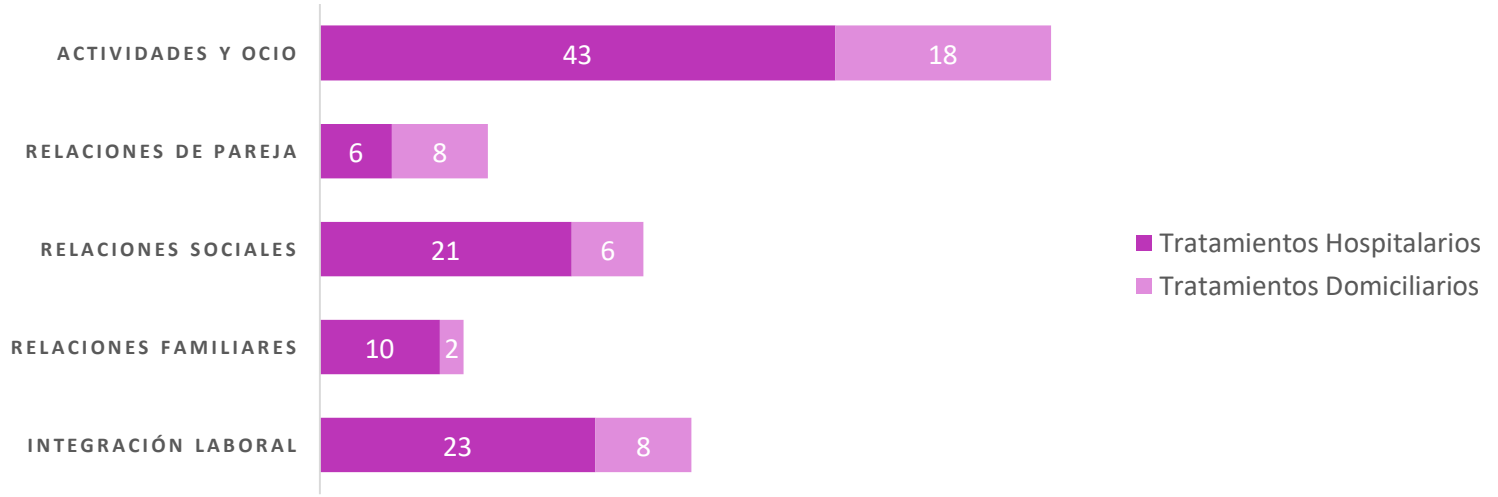


La mayoría de las mujeres en ambos grupos se perciben con calidad de vida regular a buena.

Las mujeres en diálisis domiciliaria reportan menos mala o muy mala calidad de vida (4.8% vs 17.3% en hospitalaria). La proporción de quienes sienten calidad de vida buena es mayor en diálisis domiciliaria (47.6% vs 34.6%).

La diálisis domiciliaria parece asociarse con mayor percepción de calidad de vida que la hospitalaria, aunque la mayoría en ambos grupos se considera en un rango “regular” de calidad de vida.

¿QUÉ ÁREAS DE TU VIDA ESTÁN MÁS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD?



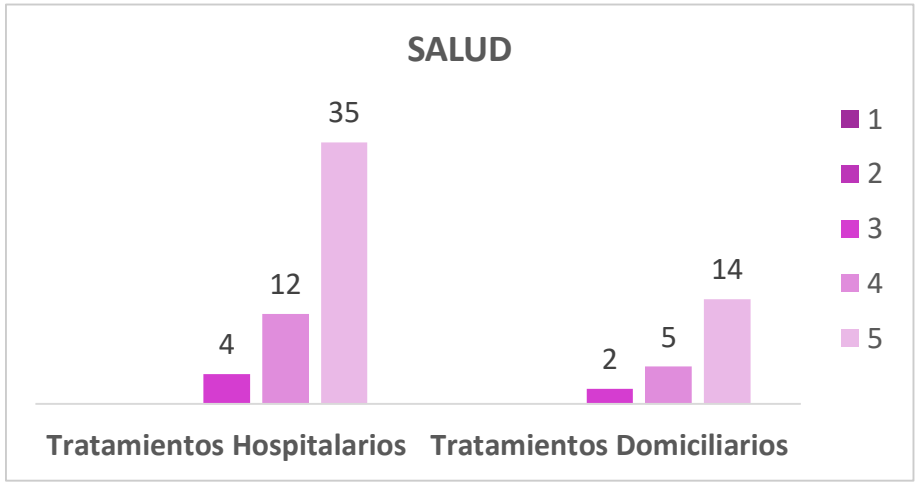


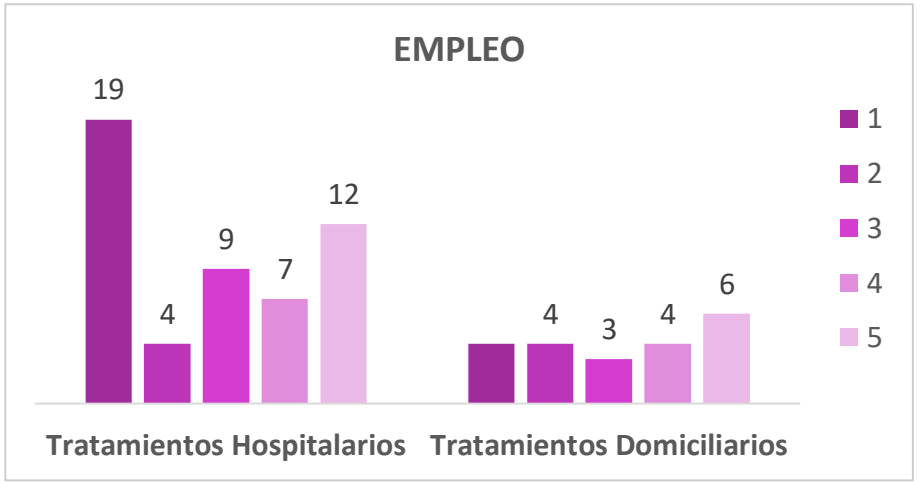
Según los resultados, el área más afectada en ambos grupos es **Actividades y ocio**, con más del 80% de mujeres reportando impacto. Esto indica que la enfermedad renal limita significativamente la participación en actividades recreativas y tiempo libre.

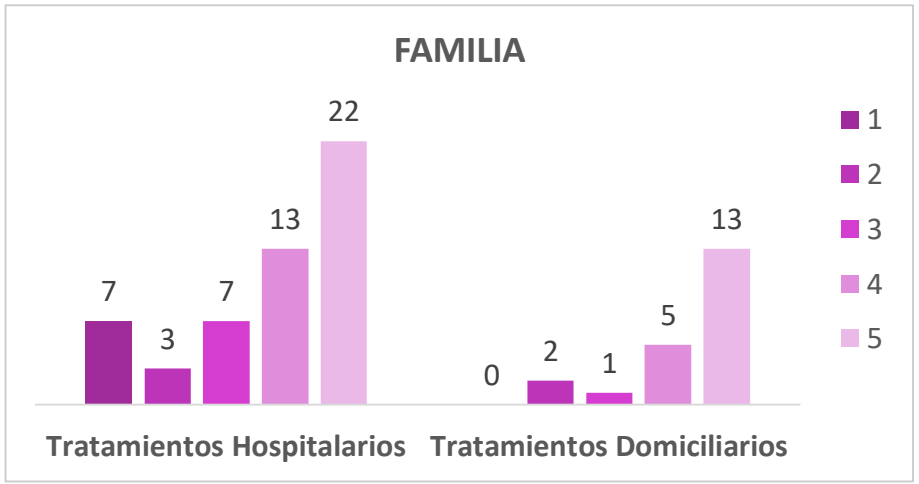
Si los distinguimos por modalidad de tratamiento encontramos:

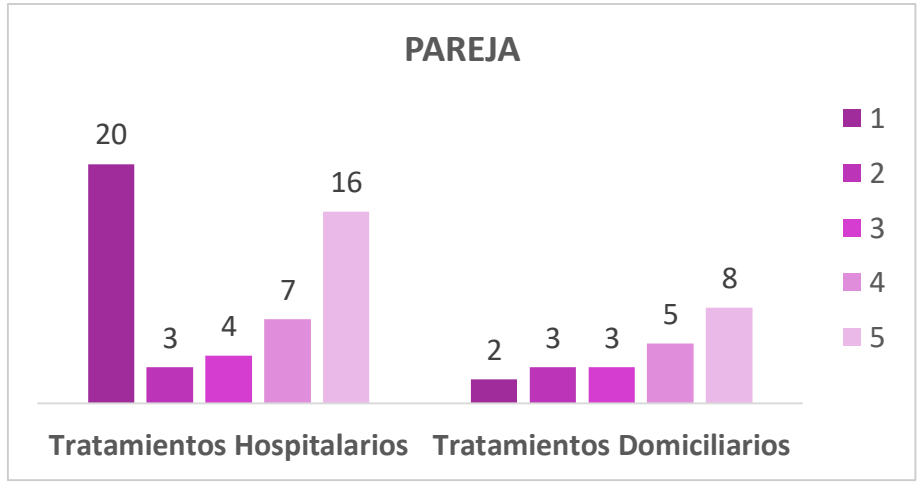
- Hospitalaria: Además del ocio, las áreas más afectadas son trabajo (44.2%) y relaciones sociales (40.4%). Menor afectación en relaciones de pareja (11.5%) y familiares (19.2%).
- Domiciliaria: Además del ocio, las áreas más afectadas son relaciones de pareja (38.1%) y trabajo (38.1%). Menor afectación en familia (9.5%) y relaciones sociales (28.6%).

VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTE ÁREAS
(1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)

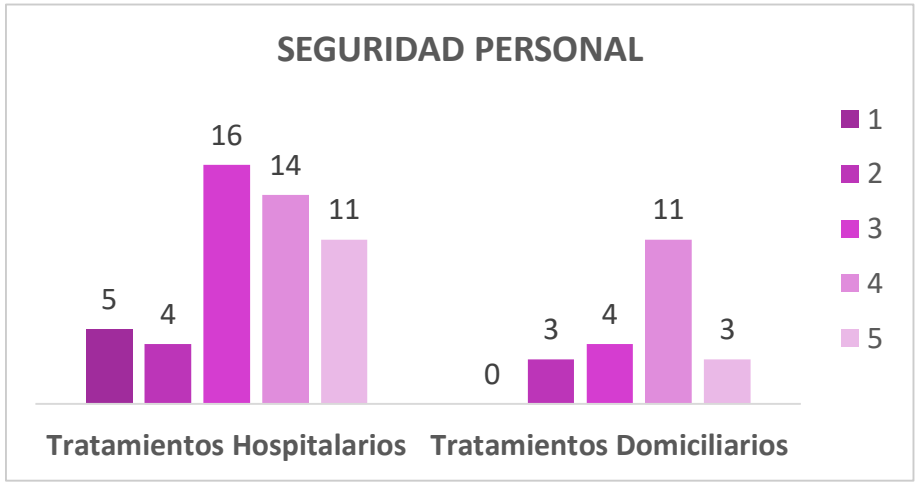


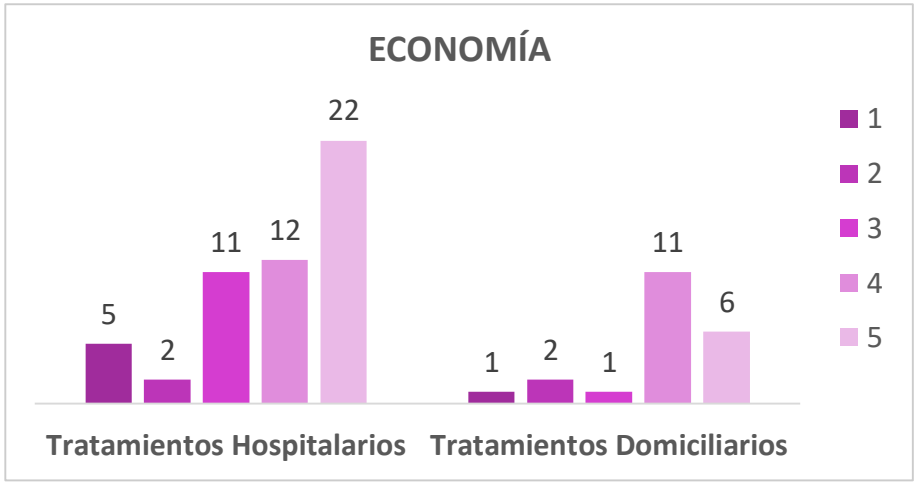


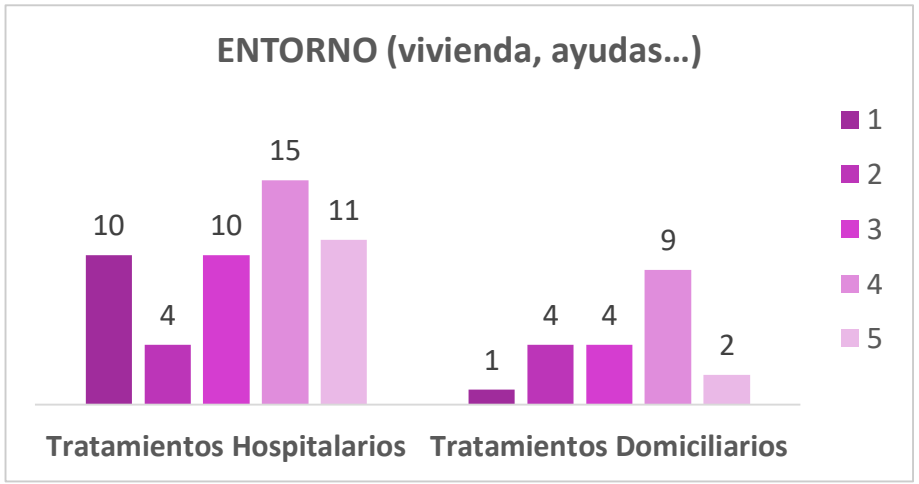


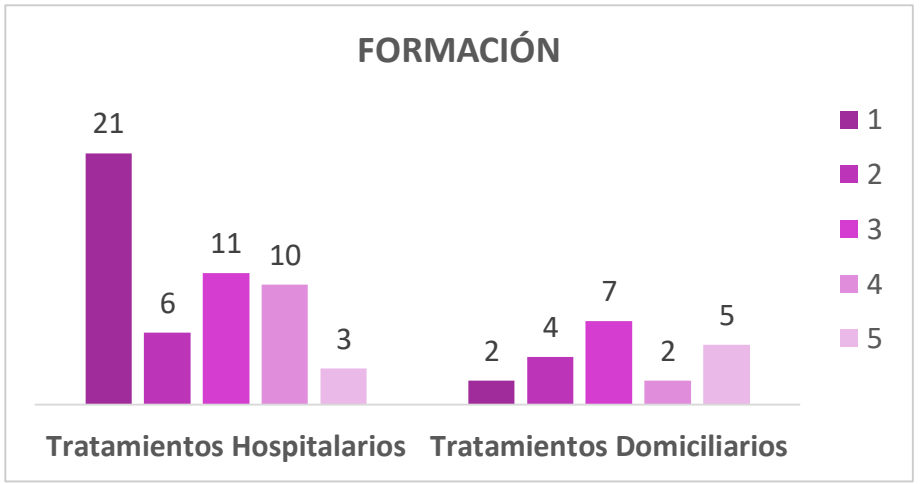


VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTE ÁREAS
(1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)

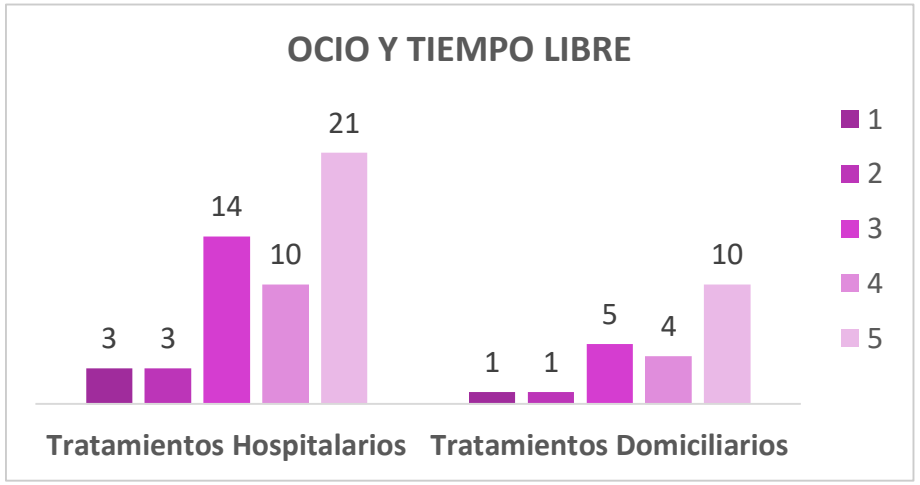


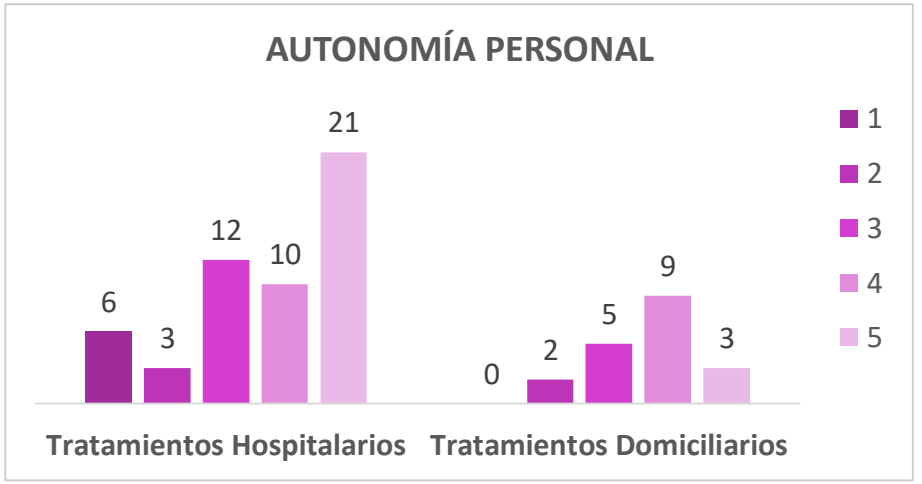


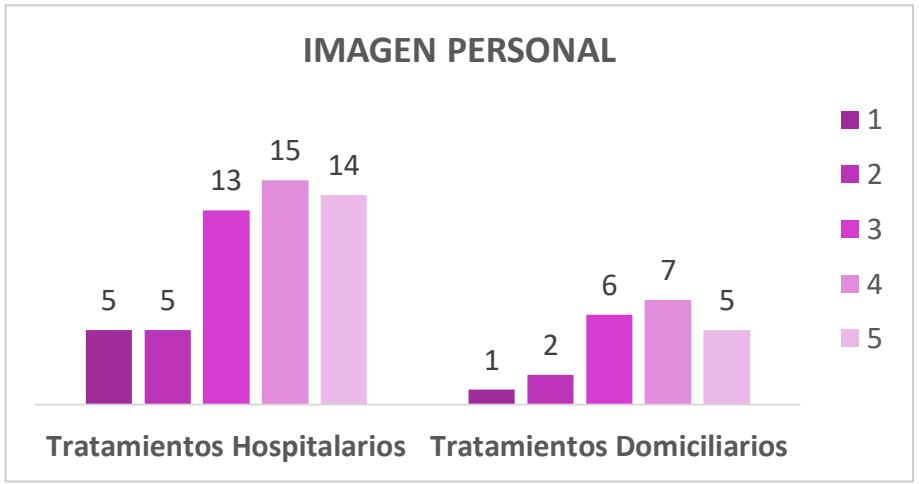




VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTE ÁREAS
(1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)







VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTES ÁREAS (1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)

SALUD: Ambos grupos muestran niveles casi idénticos de preocupación elevada. No hay diferencias relevantes entre diálisis hospitalaria y domiciliaria en este ítem. El grado de preocupación por la salud es muy alto en general, lo cual puede indicar carga emocional significativa y necesidad de intervenciones psicoeducativas o de apoyo.

EMPLEO: Las mujeres en diálisis domiciliaria muestran mayor preocupación por el empleo, especialmente en los niveles altos (4–5). Las mujeres en diálisis hospitalaria presentan más respuestas en el nivel más bajo (1), lo que puede indicar: jubilación anticipada, incapacidad ya gestionada, menor vinculación actual al mercado laboral, o adaptación previa a la enfermedad.

FAMILIA: La preocupación por la familia es muy elevada en ambos grupos, pero claramente más intensa en mujeres en diálisis domiciliaria. Las pacientes en diálisis domiciliaria podrían experimentar: mayor carga emocional por el rol familiar, mayor dependencia del apoyo familiar para su tratamiento, percepción de responsabilidad sobre el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar. Las pacientes en diálisis hospitalaria también muestran una preocupación importante, pero con más variabilidad y mayor presencia de niveles bajos.

PAREJA: Las mujeres en diálisis hospitalaria muestran una gran variabilidad: algunas muy preocupadas, pero muchas con baja preocupación (nivel 1).
En contraste, en diálisis domiciliaria predomina claramente la preocupación alta, lo que puede reflejar: mayor dependencia emocional o logística de la pareja en el tratamiento domiciliario, mayores tensiones percibidas en la relación por la carga del autocuidado, miedo a afectar o sobrecargar a la pareja, o un impacto mayor del tratamiento en la dinámica íntima. Ambas modalidades muestran un subgrupo de mujeres con preocupación máxima.

SEGURIDAD PERSONAL: Las mujeres en diálisis domiciliaria muestran un nivel de preocupación notablemente más alto, especialmente concentrado en el nivel 4. Esto puede interpretarse como: sensación de mayor vulnerabilidad en el entorno doméstico, preocupación por la realización del tratamiento fuera del entorno clínico, responsabilidad personal en la técnica y autocuidado, o mayor percepción de riesgo al no estar en un entorno sanitario inmediato. En diálisis hospitalaria, aunque también hay niveles relevantes de preocupación, la distribución es más equilibrada y menos extremada.

ECONOMIA: La preocupación económica es muy alta en ambos grupos, pero más intensa en mujeres en diálisis domiciliaria. En diálisis domiciliaria: más de la mitad se sitúa en nivel 4, el 81% está en niveles altos (4–5), puede relacionarse con gastos indirectos del tratamiento en casa, menor actividad laboral, o mayor responsabilidad económica percibida. En diálisis hospitalaria: aunque el nivel 5 es más frecuente, la preocupación está algo más distribuida, pero igualmente 2 de cada 3 mujeres tienen preocupación económica alta.

VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTES ÁREAS (1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)

ENTORNO: La preocupación por el entorno es moderada-alta en ambos grupos, con un perfil bastante similar. En diálisis domiciliaria la preocupación está más concentrada en niveles altos (sobre todo 4). En diálisis hospitalaria hay mayor dispersión: más respuestas en nivel 5 pero también más en nivel 1. Algunas de las posibles causas podrían ser; diferencias en la percepción del entorno social o comunitario, sensación de seguridad en el hogar vs. entorno hospitalario, impacto de la enfermedad en la participación social, movilidad o transporte.

FORMACION: Las mujeres en diálisis hospitalaria se preocupan poco por la formación (académica, laboral o capacitación), posiblemente porque: no se encuentran en etapas formativas activas, su situación laboral ya está definida, la enfermedad ha desplazado la formación como prioridad. Las mujeres en diálisis domiciliaria muestran preocupación más elevada, especialmente en los niveles 3 y 5. Esto podría indicar: deseo de retomar o continuar estudios, necesidad de formación para el autocuidado en diálisis domiciliaria, o mayor interés en mantener competencias laborales o personales.

OCIO Y TIEMPO LIBRE: La preocupación por el ocio y tiempo libre es muy elevada en ambos grupos, siendo una de las áreas donde se observa mayor afectación emocional y funcional. En diálisis domiciliaria esta preocupación es ligeramente mayor, lo cual puede relacionarse con: limitaciones percibidas por la dependencia del tratamiento en el hogar, mayor carga de autocuidado, dificultad para desconectar o realizar actividades recreativas. En diálisis hospitalaria, aunque existen también limitaciones por horarios y desplazamientos, el impacto es ligeramente menor pero todavía muy alto.

AUTONOMIA PERSONAL: La autonomía personal es un área con alta preocupación en ambas modalidades de tratamiento. En diálisis hospitalaria, la preocupación es algo más intensa en los niveles máximos (mayor porcentaje en nivel 5).En diálisis domiciliaria, aunque el porcentaje de nivel 5 es menor, hay una fuerte concentración en el nivel 4, lo que indica preocupación constante y significativa. Esto puede reflejar: miedo a perder independencia funcional, dificultad para mantener actividades cotidianas, cambios en rol familiar, laboral o social, percepción de dependencia del tratamiento o del entorno. Ambos grupos muestran una necesidad clara de apoyo para fortalecer la autonomía.

IMAGEN PERSONAL: La preocupación por la imagen personal es moderada-alta en ambos grupos, siendo muy similar entre diálisis hospitalaria y domiciliaria. Existe una distribución relativamente uniforme entre los niveles intermedios y altos. Esto puede reflejar: cambios físicos o estéticos asociados con la enfermedad o el tratamiento, percepción de impacto en la autoestima, preocupación por aceptación social y roles familiares o laborales. A diferencia de otras áreas (salud, familia, economía), la preocupación máxima no es tan dominante, pero sigue siendo significativa.

VALORE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN DE 1 A 5 EN LAS SIGUIENTES ÁREAS (1 menor grado de preocupación y 5 máximo grado de preocupación)

Dimensión	Hospitalaria	Domiciliaria	Necesidades / Actuaciones
Salud	● Muy alta preocupación	● Muy alta preocupación	Prioridad máxima en ambos grupos; formacion en autocuidado, seguimiento médico y prevención de complicaciones.
Economía	▯ Alta preocupación	● Muy alta preocupación	Mayor apoyo económico y asesoramiento para domicilio; programas de subsidios o reducción de gastos.
Familia	● Alta preocupación	● Alta preocupación	Necesidad de soporte familiar y equilibrio de roles; orientación familiar y acompañamiento emocional.
Autonomía personal	● Alta preocupación	● Alta preocupación	Mantener independencia funcional; terapia ocupacional y entrenamiento en autocuidado.
Ocio y tiempo libre	● Alta preocupación	● Muy alta preocupación	Programas de ocio adaptados y actividades recreativas supervisadas.
Seguridad personal / Entorno	▯ Moderada-alta	● Alta	Adaptaciones en el hogar y estrategias de seguridad; mayor necesidad en diálisis domiciliaria.
Empleo	▯ Baja	▯ Moderada	Flexibilidad laboral, teletrabajo y reinserción laboral; más relevante para domiciliaria.
Formación	▯ Baja-moderada	▯ Moderada	Capacitación en autocuidado o formación académica; prioridad moderada, más en domiciliaria.
Pareja	▯ Moderada-alta	▯ Moderada-alta	Apoyo emocional y terapia de pareja; preocupaciones similares en ambos grupos.
Imagen personal	▯ Moderada-alta	▯ Moderada-alta	Intervenciones en autoestima y percepción corporal; preocupación secundaria pero significativa.

Conclusiones:

Según el estudio, las mujeres con enfermedad renal crónica (ERC) sometidas a tratamiento de diálisis presentan un conjunto de necesidades específicas derivadas de la interacción entre la enfermedad, el tratamiento, las condiciones socio-familiares y el impacto funcional asociado. Estas necesidades pueden agruparse en las siguientes dimensiones:

1. Necesidades clínicas y de tratamiento
- Acceso a modalidades de diálisis adecuadas a sus condiciones físicas y a su entorno personal.
- Información clara, comprensible y adaptada sobre el proceso de diálisis, complicaciones y autocuidados.
- Manejo integral del dolor, la fatiga y otras comorbilidades frecuentes en la ERC avanzada.
- Continuidad asistencial y seguimiento multidisciplinar para la detección precoz de complicaciones.

2. Necesidades funcionales
- Adaptación de actividades de la vida diaria, dada la elevada prevalencia de discapacidad y limitaciones físicas.
- Programas de rehabilitación y fisioterapia para preservar la movilidad y la autonomía.
- Ayudas técnicas y apoyo para el desempeño de tareas cotidianas cuando la discapacidad es severa.

3. Necesidades psicosociales
- Apoyo emocional ante el impacto de la ERC y la carga del tratamiento, así como en la gestión del estrés, ansiedad y cambios en la autoimagen.
- Acompañamiento terapéutico para abordar la incertidumbre, el duelo por la pérdida de capacidades y el desgaste psicológico prolongado.
- Fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social, especialmente en mujeres con responsabilidades de cuidados.

4. Necesidades socio-laborales
- Orientación laboral y asesoramiento sobre compatibilidad entre empleo y diálisis.
- Acceso a recursos que faciliten la reinserción laboral cuando sea posible.
- Asesoramiento sobre prestaciones sociales, discapacidad e incapacidad laboral.

5. Necesidades educativas y de empoderamiento

- Formación continuada en autocuidados, nutrición, adherencia terapéutica y manejo del tratamiento.
- Empoderamiento para tomar decisiones informadas sobre su proceso de enfermedad.
- Promoción del autocontrol y la autogestión dentro de los límites marcados por su estado de salud.

6. Necesidades familiares y de conciliación

- Apoyo en la gestión de cargas familiares y de cuidado, especialmente en mujeres que continúan siendo responsables de tareas domésticas o del cuidado de otros miembros.
- Intervenciones dirigidas a la familia para fomentar la comprensión del proceso, la corresponsabilidad y la adaptación al tratamiento.

7. Necesidades en relación con la calidad de vida

- Acciones para mejorar el bienestar emocional, social y funcional.
- Fomento del ocio, la participación social y el mantenimiento de roles significativos.
- Atención integral que reduzca el impacto económico, emocional y social de la ERC.

La experiencia de las mujeres en diálisis es multidimensional y requiere un enfoque integral que abarque aspectos clínicos, funcionales, psicosociales, educativos, familiares y socio-laborales. La atención centrada en la persona y sensible al género permite:

- Optimizar el manejo de la enfermedad y sus complicaciones.
- Mantener la autonomía y la funcionalidad.
- Reducir la carga emocional y mejorar la calidad de vida.
- Favorecer la conciliación de roles familiares y laborales.
- Empoderar a las mujeres en la gestión de su enfermedad y la toma de decisiones informadas.

Fuentes Consultadas

- Alarcón, R., & Tomás, M. (2020). **Impacto emocional y social de la diálisis en mujeres: una revisión narrativa**. Enfermería Nefrológica, 23(3), 289–298.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). **Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro**. Gaceta Sanitaria, 22(2), 177–180.
- Cebollada, J., Ramírez, R., & Martín, M. (2019). **Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis: una revisión sistemática**. Enfermería Nefrológica, 22(2), 128–139.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2012**). Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud**. Ministerio de Sanidad.
- Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). **Psychosocial aspects of chronic kidney disease**. Journal of Nephrology, 20(4), 14–18.
- García-Llana, H., Remor, E., & Selgas, R. (2014**). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes en diálisis**. Nefrología, 34(3), 432–438.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). **Encuesta de empleo del tiempo: distribución del tiempo según sexo y responsabilidades de cuidado**. INE.
- Julián-Mauro, J. C., Muñoz-Carrasquilla, S., & Rosado-Lázaro, I. (2020). **Factores asociados a la integración laboral de las personas en tratamiento renal sustitutivo en España**. Enfermería Nefrológica, 23(2), 176–183.
- Julián-Mauro, J. C., Molinuevo-Tobalina, J. A., & Sánchez-González, J. C. (2012). **La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal**. Nefrología.

- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). **KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Kidney Disease**. Kidney International Supplements.
- McQuillan, R., Traynor, J., & Geddes, C. C. (2008). **Anxiety, depression, and quality of life in patients on renal replacement therapy**. Journal of Renal Care, 34(3), 142–148.
- Observatorio de Salud y Género. Ministerio de Sanidad. (2021). **Informe sobre desigualdades de género en salud en España**. Ministerio de Sanidad.
- Ortiz, A., Covic, A., Fliser, D., Fouque, D., Goldsmith, D., Kanbay, M., & Wiecek, A. (2014). **Epidemiology, contributors to, and clinical trials of mortality risk in chronic kidney failure**. Clinical Kidney Journal, 7(4), 315–322.
- Purnell, T. S., Simpson, D. C., & Eneanya, N. D. (2020). **Intersections of race, gender, and socioeconomic status in kidney disease**. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 15(1), 133–135.
- Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.). (2023**). Informe de diálisis y trasplante renal en España**. S.E.N.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2008). **Women's experiences of hemodialysis: A qualitative synthesis**. Nephrology Dialysis Transplantation, 23(12), 3595–3603.
- World Health Organization. (2021). **Gender and health: Technical report**. WHO