TESIS UCH

UCH UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte - 2024

PRESENTADO POR

Beteta Villanueva, Margaret Isabel

Martinez Castro, Debora

ASESOR

Yupanqui Lorenzo, Daniel Edgardo

Lima, Perú, 2024

Tesis publicada con autorización de los autores
no olvide citar esta tesis

www.uch.edu.pe

INFORME DE ORIGINALIDAD ANTIPLAGIO TURNITIN

Mediante la presente, Yo:

1. BETETA VILLANUEVA MARGARET ISABEL; identificada con DNI 76183155
2. MARTINEZ CASTRO DEBORA; identificada con DNI 48429319

Somos egresados de la Escuela Profesional de Enfermería del año 2022-2, y habiendo realizado la[1] Tesis para optar el Título Profesional de [2]Enfermería, se deja constancia que el trabajo de investigación fue sometido a la evaluación del Sistema Antiplagio Turnitin el 24 de junio de 2024, el cual ha generado el siguiente porcentaje de similitud de [3]: 15%

En señal de conformidad con lo declarado, firmo el presente documento a los 24 días del mes de junio del año 2024.

BETETA VILLANUEVA MARGARET ISABEL

MARTINEZ CASTRO DEBORA

DANIEL EDGARDO YUPANQUI LORENZO
73319434

1 Especificar qué tipo de trabajo es: tesis (para optar el título), artículo (para optar el bachiller), etc.

2 Indicar el titulo o grado académico: Licenciado o Bachiller en (Enfermería, Psicología …), Abogado, Ingeniero Ambiental, Químico Farmacéutico, Ingeniero Industrial, Contador Público …

3 Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	5%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	revistas.unimagdalena.edu.co Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

Dedico esta investigación a nuestros padres por ser la motivación a seguir perseverando por nuestros sueños, y por seguir confiando en cada una de sus hijas.

Agradecimiento

Agradecemos a los pacientes del Centro de hemodiálisis por la disposición brindada en el desarrollo del instrumento.

Agradecemos a nuestro asesor Daniel Edgardo Yupanqui Lorenzo, por confiar en nosotras y por encaminar la investigación con sus conocimientos, sugerencias y recomendaciones.

Índice general

Dedicatoria **2**

Agradecimiento 3

Índice general 4

Indice de Tablas 6

Índice de Anexos 7

Resumen 7

Abstract 9

I. INTRODUCCIÓN **8**

II. MATERIALES Y MÉTODOS **22**

2.1 Enfoque y diseño de investigación 22

2.2 Población, muestra y muestreo 22

2.3 Variables de estudio 23

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 23

2.5 Procedimiento para recolección de datos 25

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos 25

2.5.2 Aplicación de instrumentos de recolección de datos 25

2.6 Análisis de datos 25

2.7 Aspectos éticos 26

III. RESULTADOS 28

IV. DISCUSIÓN 33

4.1 Discusión 33

4.2 Conclusiones 35

4.3 Recomendaciones 36

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 37

ANEXOS 46

Índice de Tablas

Tabla 1. Reporte de datos sociodemográficos de la muestra 28

Tabla 2. Análisis de la normalidad de los datos 29

Tabla 3. Prueba de correlación entre ansiedad y depresión en IPRESS 30

Tabla 4. Niveles de ansiedad en pacientes con hemodiálisis en IPRESS 31

Tabla 5. Niveles de depresión en pacientes con hemodiálisis en IPRESS 32

Índice de Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia interna……46

Anexo B. Operacionalizacion de las variables o constructos ……..…47

Anexo C. Instrumentos de recoleccion de datos ……..49

Anexo D. Consemtimiento informado……52

Anexo E. Acta del comité de etica……54

Resumen

Objetivo: Determinar la correlación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima norte, 2024.

Materiales y métodos: Se asumió el enfoque de investigación cuantitativo. Además, el diseño seguido es el descriptivo-Correlacional. Participó una población de 135 pacientes. En el trabajo de campo se aplicó la encuesta y como instrumento de medición el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).

Resultados: En cuanto a la ansiedad, tuvo más frecuencia el valor "no se aprecia ansiedad" con el 46,7% (N=63), seguido de "se aprecian síntomas de ansiedad leves" con 38,5% (N=52). En lo que se refiere a la depresión, el valor predominate ha sido "síntomas depresivos leves" con el 53,3% (N= 72), seguido de "síntomas depresivos moderados" con el 18,5% (N= 25) y "mínimo o ninguno" con el 18,5% (N= 25). Por su parte, el análisis bivariado obtuvo un p-valor de 0,000 menor que 0,05 y un coeficiente rho de Spearman igual a 0,585.

Conclusiones: En una muestra de 135 pacientes, ansiedad y depresión tienen una relación significativa, positiva y moderada, con una fiabilidad del 95%.

Palabras clave: Ansiedad; Atención a la salud; Depresión; Diálisis renal.

Abstract

Objective: To determine the correlation between anxiety and depression in patients undergoing haemodialysis treatment in a private IPRESS in northern Lima, 2024.

Materials and methods: A quantitative research approach was adopted. In addition, the design followed was descriptive-correlational. A population of 135 patients participated. In the fieldwork, the survey was applied and the Generalised Anxiety Disorder (GAD-7) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) were used as measurement instruments.

Results: With regard to anxiety, the most frequent value was "no anxiety is seen" with 46.7% (N=63), followed by "mild anxiety symptoms are seen" with 38.5% (N=52). With regard to depression, the predominant value was "mild depressive symptoms" with 53.3% (N=72), followed by "moderate depressive symptoms" with 18.5% (N=25) and "minimal or none" with 18.5% (N=25). Meanwhile, bivariate analysis obtained a p-value of 0.000 less than 0.05 and a Spearman's rho coefficient equal to 0.585.

Conclusions: In a sample of 135 patients, anxiety and depression have a significant, positive and moderate relationship, with a reliability of 95%.

Keywords: Anxiety; Health care; Depression; Renal dialysis.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, la enfermedad renal crónica (ECR) se ha convertido en un problema epidémico. Se han identificado factores que originan que su prevalencia se haya incrementado considerablemente, con el consiguiente impacto negativo para los sistemas de atención. Estos son: en primer lugar, diabetes mellitus e hipertensión arterial y, en segundo lugar, el envejecimiento poblacional (1). También conocida como insuficiencia renal crónica, alude a la progresiva pérdida de la función renal. En circunstancias normales, los riñones son los encargados de la filtración de desechos y de regular el exceso de líquidos de la sangre. Cuando esta enfermedad ha alcanzado una etapa avanzada, existe un nivel peligroso de líquidos, electrolitos y desechos que se acumula en el cuerpo (2). Aunque su prevalencia no está condicionada por los ingresos que obtenga un Estado nacional, puesto que ataca a los de altos ingresos como a los de medianos y bajos ingresos, sus signos y síntomas aparecen progresivamente. Incluyen: vómitos y náuseas, poco apetito, debilidad, problemas de sueño, espasmos musculares, tobillos y pies hinchados (3).

Al igual que otras enfermedades consideradas como problemas de salud pública, la tardía aparición de determinados síntomas complica su detección y, por ende, retrasa el inicio del tratamiento. La acción del especialista se ve limitada, porque la enfermedad ya ha adquirido dimensiones difíciles de revertir. Por el momento, el tratamiento es costoso e invasivo y solo da alternativas como la diálisis peritoneal o la hemodiálisis. Esta última obliga a que el paciente cambie su estilo de vida y se adapte en un tiempo relativamente corto a un nuevo estilo de vida saludable (reducción de peso corporal, actividad física moderada y continua, dejar de fumar, moderar el consumo de alcohol y dormir el tiempo suficiente), sin duda, pero innegablemente forzado a ello y no como resultado de una decisión autónoma y libre (4).

La Organización Mundial de la Salud, al igual que la Organización Panamericana de la Salud, han reportado que un 10% de la población global sufre la enfermedad

renal crónica, por lo que el 90% restante requiere de un diagnóstico. Por cada millón de habitantes, 3 500 o 4 000 adultos padecen insuficiencia renal crónica (5). Cerca de 1,5 millones de pacientes de todas las latitudes tienen a la diálisis como parte de su vida cotidiana o, en todo caso, requieren de un trasplante renal, proporción que se estaría duplicando en la próxima década (6). La prevalencia global se ha estimado entre 12% y 17% entre los que tienen más de 20 años de edad. Si se trata de aquellos con más de 60 años de edad, esa prevalencia llega al 20%, alcanzando el 35% o 40% si se toma en cuenta a las personas adultas mayores con diabetes e hipertensión (7).

En América Latina y el Caribe, hacia el año 2018, se aprecian variaciones notorias en las tasas de morbilidad en pacientes con tratamiento de HD, por lo que la incidencia es alta en Honduras, México y Puerto Rico, llegando a ser moderada en Brasil, Chile y Argentina y baja en Colombia, Paraguay y Perú (8) (9).

En el Perú, entre los años 2010 y 2017, se registraron 188 686 casos de enfermedad renal crónica. De ese total, el 36,1% corresponde a grupos etarios de 60 años, 5,9% a edades de 30 a 59 años, 3,4% entre 18 y 29 años y 2,1% a 12 a 17 años. Si esto se observa a escala planetaria, entre los años 1990 y 2016 hubo un incremento en la mortalidad de 87% a 98%. Al respecto, Perú representó el 63% de esos casos, con una proporción de 0,5 a 1,5 por cada mil pacientes. Asimismo, el mayor incremento de prevalencia se dio en Tumbes con el 6%; Piura, 4%; Ucayali, 3%, mientras que la reducción más sobresaliente se dio en Apurímac (-19,3%) y el Callao (-11,4%) (10).

Dado que la hemodiálisis desencadena una serie de problemas de índole física, psicológica, social y personal en el paciente, su salud mental puede verse afectada. En esas circunstancias, puede surgir o agravarse un cuadro de ansiedad y depresión. Si esto se llegase a dar entonces aparece el deterioro físico y cognitivo, las restricciones en la vida diaria, el cumplimiento del régimen terapéutico, las restricciones en la dieta, la fatiga, el miedo a la muerte, el incumplimiento de los

roles anteriores en la familia, la sociedad o el trabajo, así como la dependencia del tratamiento y la salud (11).

Frente a estas situaciones problemáticas, sería recomendable el conocimiento y la práctica de hábitos de resiliencia. Por otro lado, la ansiedad excesiva aparece con un evento adverso de grandes proporciones o una acumulación de pequeñas situaciones estresantes como, por ejemplo, el deceso de un ser querido, estrés en el trabajo o preocupaciones debido al empleo precario, subempleo o desempleo. Por su parte, la depresión origina que el sujeto refleje un desinterés casi absoluto por lo real. La ansiedad es considerada como uno de los síntomas que alerta ante un cuadro de depresión en ciernes (12).

En pacientes que reciben hemodiálisis, la ansiedad y la depresión pueden ser especialmente prevalentes y tener efectos aún más perjudiciales. La carga de la enfermedad crónica, el estrés asociado con el tratamiento de hemodiálisis y las preocupaciones sobre la salud y la mortalidad pueden contribuir al desarrollo de ansiedad y depresión en estos pacientes. La presencia de estos trastornos mentales puede afectar negativamente la adhesión al tratamiento, la calidad de vida y los resultados clínicos en pacientes en hemodiálisis, subrayando la importancia de una evaluación y manejo adecuados de la salud mental en este grupo de pacientes (13).

Sin tratamiento, la ansiedad y la depresión pueden tener consecuencias significativas en la vida de los pacientes. Ambos trastornos pueden afectar negativamente el funcionamiento social, laboral y personal, disminuyendo la calidad de vida y aumentando el riesgo de discapacidad. La falta de tratamiento puede llevar a un empeoramiento de los síntomas, aumentando la probabilidad de episodios más graves o crónicos. Además, la ansiedad y la depresión no tratadas pueden contribuir al desarrollo de otros problemas de salud mental y física, así como aumentar el riesgo de suicidio. En resumen, sin intervención adecuada, la ansiedad y la depresión pueden tener un impacto duradero y negativo en la salud y el bienestar general de los pacientes (14).

En suma, la ansiedad y la depresión prolongan el daño físico y cognitivo de los pacientes en hemodiálisis, contribuyendo considerablemente al incremento de la tasa de hospitalización y el uso del sistema de salud. De acuerdo con estimaciones disponibles hasta la fecha, entre el 20% y el 30% de los pacientes dializados experimentan depresión, por lo que es una necesidad imperiosa la evaluación de la depresión en la rutina clínica (15).

1.1.2 Estudios antecedentes

Antecedentes internacionales

Gadia y colaboradores en el año 2020 (India) evaluaron la relación de los trastornos depresivos y la ansiedad con los factores sociodemográficos en pacientes sometidos a hemodiálisis. Los encuestados tenían entre 41 a 60 años de edad, casados y con bajos ingresos mensuales. La depresión y la ansiedad tuvieron una prevalencia del 66% y el 61%, respectivamente (16).

Amador et al., en el 2021 (Colombia), determinó los factores asociados a la depresión en 201 pacientes con ERC. Los hallazgos muestran que el 41,29% presenta depresión, mientras que los pacientes con una pareja estable, apoyo familiar y que tienen una mejor atención por parte del personal sanitaria, tienen una menor probabilidad de padecer de esta enfermedad (17).

Posteriormente, De Almeida et al., en el 2021 (Brasil), evaluó la ansiedad y la autoestima en 108 pacientes crónicos sometidos al tratamiento de hemodiálisis. Los resultados fueron que el 25,5% de los evaluados padecen ansiedad, y el 52,8% tiene un nivel moderado de autoestima, a lo que se añade que la prueba de hipótesis permitió conocer que existe una asociación significativa entre duración del tratamiento, eventos destacados en la vida del paciente, ingreso promedio de la familia y tipo de acceso a hemodiálisis con ansiedad ($p<0,05$). Estos dos últimos factores se asociaron con la medida de autoestima, al igual que la ansiedad de los pacientes renales crónicos con el tratamiento de hemodiálisis ($p<0,05$) (18).

Asimismo, Alves et al. en el 2021 (Brasil) evaluaron la aparición de síntomas depresivos, ansiedad y estrés en 15 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Los resultados fueron que el 87% tenía síntomas depresivos, de los cuales el 47% poseen un nivel grave. Por otro lado, el 66,7% de los participantes padecen ansiedad de nivel severo y el 53% no padecían síntomas de estrés (19).

Además, Pillajo en el 2021 (Ecuador) identificó la presencia de ansiedad y depresión y su nivel de severidad en 50 pacientes con hemodiálisis. Los resultados muestran que el 50% tienen ansiedad leve y el 56% presentó un nivel leve de depresión, seguido de depresión moderada (32%) y depresión severa (10%). El análisis inferencial mostró que también entre estas variables existe una relación significativa (r de Pearson=,707). Por ese motivo, lo que ocurra con la ansiedad tendrá relación con la depresión, es decir, con la incidencia que adviertan los encuestados en mayor o menor medida (20).

Marthoenis y colaboradores en el año 2021 (Indonesia) examinó la relación entre ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la hemodiálisis. Los hallazgos fueron: la prevalencia de la depresión y ansiedad fue del 46% y 30,5%, respectivamente; además, la depresión se asoció con la presencia de la ansiedad y la duración del tratamiento (p=,000<0,05). También la ansiedad se ha asociado negativamente con la calidad de vida, pero de forma positiva con la depresión y la prescripción de un ansiolítico, con un p-valor menor que 0,05 (21).

Martínez-López y colaboradores en el año 2022 (Cuba) exploraron la prevalencia de la correlación de la ansiedad y la depresión, junto a otras variables como la resiliencia y el estrés en pacientes de hemodiálisis. Se obtuvo que el 78% de casos no registró ansiedad, algo similar con la depresión en el 84,8%. Se observa que existe correlación negativa entre resiliencia y ansiedad (r= -,512), entre depresión y resiliencia (r=-,502); en todos estos casos la relación fue altamente significativa (p=,000<0,05) (22).

Del mismo modo, De Souza en el 2023 (Brasil), evaluó la prevalencia de síntomas en 66 pacientes en tratamiento por hemodiálisis. Los resultados mostraron que el 43,9% tenían diagnóstico psiquiátrico mientras que el 56,1% no poseían con el mismo diagnóstico, por lo que se determina que los pacientes presentan una alta prevalencia de síntomas de estrés, depresión y ansiedad (23).

Antecedentes nacionales

Por otro lado, Matta en el 2020 (Ica), determinó el nivel de ansiedad y depresión en 76 pacientes con enfermedad renal crónica y el estado de ánimo de los familiares. Los resultados fueron que el 86,8% poseen ansiedad moderada, el 77,6% padece de depresión de nivel moderado, mientras que, el estado de ánimo, el 82,9% se encuentra desanimado (24).

A su vez, Sangay en el 2021 (Cajamarca) determinó el nivel de depresión y ansiedad de 73 pacientes que acuden a hemodiálisis. Se halló que el 53% de los encuestados tiene depresión significativa y el 27%, posible depresión, mientras que la ansiedad alcanzó la categoría de posible (33%) y ansiedad significativa (23%) (25).

Además, Fernández en el 2022 (Lima), estableció el nivel de ansiedad y autocuidado en 70 pacientes con insuficiencia renal crónica con hemodiálisis. Los resultados mostraron que el 90% posee un nivel medio de ansiedad, sus dimensiones poseen un nivel medio y el 70% posee un nivel inadecuado de autocuidado, en cuanto a sus dimensiones la actividad física el 64,3% presenta un nivel adecuando, el 60% presenta un nivel inadecuado de su alimentación, el 70% tienen un nivel inadecuado del descanso y sueño, el 67,14% posee una adecuada higiene (26).

En vista de la escasez de trabajos de investigación actualizados, se optó por especificar el siguiente estudio desarrollado acerca de:

Guillen y Ordoñez en el 2017 (Lima) se propusieron establecer, fundamentalmente, el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben hemodiálisis. Los resultados han exhibido que no depresión correspondió al 61,4% de los encuestados, depresión leve fue para el 23,8% y depresión moderada, 14,9%. En lo concerniente a ansiedad, ansiedad mínima para el 55,4%, ansiedad moderada en el 42,6%; ansiedad severa solo para el 2%. Por último, existe correlación entre puntaje total de ansiedad y puntaje total de depresión (r=,301) (27).

Revisión de la literatura (Bases teóricas)

1. Ansiedad

Sierra y colaboradores en el año 2003 han recogido varias definiciones de ansiedad. Más allá de que no sean definiciones recientes, puesto que no las hay. Por ejemplo: ansiedad como estado emocional de temor no resuelto que ocurre luego de que se ha percibido una amenaza (Epstein), respuesta autónoma de un organismo concreto frente a un estímulo nocivo (Wolpe), emoción desagradable relacionada con algún peligro inminente (Lewis). En estas definiciones existen ideas recurrentes como condición momentánea, proximidad de un evento percibido como estresor o como origen de miedo o pánico, estado que la persona ansiosa juzga como desagradable (28).

La teoría de la ansiedad de Hamilton, propuesta por Max Hamilton en los años cincuenta, es un marco conceptual que busca comprender y medir la ansiedad en el contexto clínico. Esta teoría sostiene que la ansiedad consta de dos componentes principales: ansiedad psíquica y ansiedad somática. La ansiedad psíquica se refiere a los aspectos cognitivos y emocionales de la ansiedad, como la preocupación, la aprensión y la tensión mental (29). Estos componentes están relacionados con los pensamientos y las emociones negativas asociadas con la ansiedad, como el miedo anticipatorio y la rumiación sobre posibles amenazas. Por otro lado, la ansiedad somática abarca los síntomas físicos de la ansiedad, que incluyen palpitaciones, temblores, sudoración, dificultad para respirar y tensión muscular. Estos síntomas somáticos son manifestaciones físicas de la activación del sistema nervioso

autónomo en respuesta al estrés y la ansiedad, y pueden variar en intensidad según la gravedad y la duración de la respuesta de ansiedad (30).

La teoría de Hamilton postula que estos dos componentes de la ansiedad, psíquica y somática, interactúan entre sí y contribuyen a la experiencia global de ansiedad en un individuo. Esta perspectiva reconoce la naturaleza compleja y multifacética de la ansiedad, destacando tanto los aspectos emocionales y cognitivos como los síntomas físicos que acompañan a esta condición. Además, la teoría de Hamilton ha influido en el desarrollo de escalas de evaluación de la ansiedad, como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), que se utiliza ampliamente en la práctica clínica para medir la gravedad de la ansiedad en individuos que buscan tratamiento (31).

Las consecuencias de la ansiedad pueden ser diversas y significativas, afectando tanto el bienestar emocional como el funcionamiento global de un individuo. A nivel emocional, la ansiedad no tratada puede dar lugar a una disminución en la autoestima, sentimientos de desesperanza y una sensación generalizada de malestar (32). Esto puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales, aislamiento social y una disminución en la calidad de vida percibida. Además, la ansiedad crónica puede tener un impacto negativo en el rendimiento académico o laboral, ya que puede dificultar la concentración, la toma de decisiones y la ejecución de tareas cotidianas. A nivel físico, la ansiedad puede manifestarse a través de una serie de síntomas somáticos, como palpitaciones, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño. Estos síntomas pueden contribuir al desarrollo de problemas de salud física, como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos (33).

2. Depresión

Castrillón y colaboradores recogieron distintas definiciones de depresión. Por ejemplo: estado afectivo de tristeza donde son continuos los sentimientos de desamparo y amor propio reducido, viéndose afectados lo emocional, cognitivo y social se ven perjudicados (Michels), sensación de malestar donde se evidencia tristeza y angustia, donde todo consecuente es el efecto de un evento previo

(Navarro), enfermedades psíquicas consecuencia de un proceso hereditario o adquirido, con una sintomatología propia, con cambios negativos somáticos, psicológicos y cognitivos (Rojas) (34).

La Teoría Cognitiva de la Depresión, desarrollada por Aaron T. Beck en los años sesenta, es una de las teorías más influyentes en el campo de la psicología clínica. Esta teoría postula que la depresión surge como resultado de distorsiones cognitivas sistemáticas y patrones de pensamiento negativos que alteran la percepción del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro (35). Beck identificó tres componentes principales en esta teoría: el triángulo cognitivo, las creencias automáticas y los esquemas cognitivos negativos. El triángulo cognitivo representa la interacción entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento de una persona. En la depresión, los pensamientos tienden a ser negativos, autocríticos y desesperanzadores, lo que influye en la experiencia emocional del individuo y en su forma de comportarse en el mundo (36).

Las creencias automáticas son pensamientos automáticos y generalmente negativos que surgen en respuesta a eventos o situaciones específicas. Estas creencias automáticas suelen ser irracionales y exageradas, contribuyendo a la distorsión de la realidad y al mantenimiento de la depresión (37). Por último, los esquemas cognitivos negativos son patrones de pensamiento arraigados y persistentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que se desarrollan a lo largo del tiempo a través de experiencias de vida y relaciones interpersonales. Estos esquemas cognitivos negativos actúan como filtros distorsionados a través de los cuales el individuo interpreta la realidad, perpetuando la depresión y dificultando la adopción de perspectivas más equilibradas y realistas (38).

Las consecuencias de la depresión pueden ser profundas y abarcar diversos aspectos de la vida de un individuo. A nivel emocional, la depresión puede manifestarse en una persistente sensación de tristeza, desesperanza y falta de interés en actividades previamente disfrutadas. Esto puede afectar las relaciones interpersonales, provocando distanciamiento de amigos y familiares, así como dificultades en el establecimiento y mantenimiento de conexiones sociales (39). A

nivel cognitivo, la depresión puede interferir con la capacidad de concentración, memoria y toma de decisiones, lo que puede afectar el rendimiento académico o laboral y disminuir la autoestima. Además, la depresión puede tener un impacto significativo en el sueño y el apetito, provocando insomnio o hipersomnia, así como cambios en los hábitos alimenticios, lo que puede contribuir a problemas de salud física como la fatiga, la pérdida de peso o el aumento de peso no saludable (40).

3. Implicancia del estado emocional en pacientes ECR

La ansiedad implica las respuestas del individuo ante situaciones constantes con respuestas negativas y una respuesta de miedo agudo a la amenaza inmediata de daño, que es más probable que se presente en la persona, frente a demandas que son adquiridas, documentadas y críticas, que van generando una imposibilidad de frustración elevada y el comienzo para activar la respuesta de miedo, que afecta significativamente a su confianza en sí mismo.

La teoría de rango medio de la doctora Michel evalúa las respuestas de las personas a la enfermedad, ya sea en ellos mismos o en sus familiares, y conceptualiza el grado de perplejidad que rodea a la enfermedad; por ejemplo, las personas no pueden determinar el significado que tiene determinada enfermedad por lo que no se puede predecir el resultado; este fenómeno es causado por la falta de información y/o conocimiento. Además, la teoría se puede aplicar a una amplia gama de posibilidades, ya que los pacientes y sus seres queridos se encuentran en situaciones estresantes que generan incertidumbre. Por lo tanto, las enfermeras que comprenden la teoría pueden entrenar o guiar a los pacientes para que utilicen la valoración como ventaja y guíen sus planificaciones para tener un mejor resultado (41).

Hipótesis

Ho: No existe relación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima norte – 2024.

H1: Existe relación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima norte – 2024.

Objetivos

El objetivo general del estudio es determinar la correlación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS Privada de Lima Norte, 2024, así como también los objetivos específicos son:

a. Identificar los niveles de ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.
b. Identificar los niveles de depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Justificación

La investigación tiene como importancia dar a entender cómo se asocia el estado emocional durante el tratamiento de hemodiálisis, debido a que reciben conjunto de intervenciones para prologar su vida, a consecuencia de esta patología se afectan sus actividades diarias y el deterioro de su salud mental. En cuanto al valor teórico, se realizó una revisión de teorías actualizadas y de literatura sobre el tema. fundamental valorar el bienestar emocional dentro de su terapia, para abordar e incrementar su condición de cuidado, para mejorar la calidad de satisfacción e ideas del paciente que acude a su sesión terapéutica y finalmente contribuye íntegramente en el mantenimiento del bienestar mental.

En cuanto a teoría de enfermería propiamente dicha, esta investigación se basa en el modelo de enfermería de Hildegard Peplau. Este tiene como premisa las relaciones interpersonales donde la personalidad de la enfermera puede tener un rol terapéutico, debido a la influencia que logra en sí misma como para el paciente.

En la relación enfermero-paciente, Peplau ha descrito cuatro fases: Una primera denominada de orientación donde el paciente busca asistencia especializada y el enfermero le facilita la identificación del problema, reconociendo la necesidad de

cuidado. Una segunda fase de identificación en la que el enfermero ayuda a que el paciente explore los sentimientos que le permitan afrontar lo mejor posible la enfermedad. Una tercera fase de explotación, donde el paciente se propone beneficiarse con todas las cosas positivas que siente con un cuidado personalizado y humanizado. Es aquí donde la enfermera propone nuevas metas para la recuperación de la salud. Por último, una cuarta fase de resolución donde se problematiza si se está presentando dependencia del paciente, por lo que debe desapegarae de la influencia de la enfermera, generándose nuevas relaciones de soporte y contención emocional.

En cuanto al valor práctico en el estudio se realizó una valoración que permitió evaluar y crear estrategias para promover el estado mental del paciente y familiares. En cuanto al valor social los resultados fueron entregados al director del centro de hemodiálisis para que organicen cursos de capacitación donde el paciente y sus familiares sean beneficiados y tengan conocimiento sobre el bienestar emocional, y lo que conlleva esta enfermedad, permitiendo abordar de una manera íntegra para que pueda continuar con el tratamiento y no dejarse vencer, ni llegar a abandonar, así evitado su muerte.

De la misma forma, el valor metodológico se desarrolla con métodos científicos y orientaciones teóricas esenciales para la culminación correcta, solo así se adquiere pronósticos confiables que permitirá mejorar la línea de investigación en el estado mental de los pacientes y sus familias.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque y diseño de investigación

Estuvo basado en un enfoque cuantitativo, se dedica en la recopilación, procesamiento y analizar cifras numéricas sobre variables que anteriormente han sido delimitadas. Permitió brindar información a partir de listas simples de datos ordenados por resultados; los cuales se presentan al final del estudio exactamente como se presentaron las variables desde el inicio, las cifras obtenidas están expuestas a la efectividad concreta (42). De igual forma, el desarrollo del método es correlacional descriptivo y transversal. Es correlacional ya que se estudiaron las variables y así se entendió el grado de correlación entre ambas en los datos estadísticos. Es transversal debido que los datos que se obtendrá será en un momento o período específico (43).

2.2 Población, muestra y muestreo

El estudio de investigación se trabajó con una población de pacientes ERC en tratamiento de HD en una IPRESS privada de Lima Norte. Para la investigación el muestreo estuvo compuesto por 135 pacientes de ambos sexos, conformada en grupo etario de 18 a 80 años que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que realicen terapia de HD más de 3 meses de tratamiento
- Grupos etarios mayores de 18 a 80 años.
- Pacientes que participan de forma espontánea

Criterios de exclusión:

- Pacientes en desacuerdo con la aplicación del instrumento
- Pacientes en estado critico
- Pacientes que realicen terapia de hemodiálisis menos de 3 meses de tratamiento

- Pacientes con antecedente de trastorno psiquiátrico

2.3 Variables de estudio

El estudio tomo en cuenta las principales variables ansiedad y depresión, conforme a su naturaleza son variables cuantitativo y su escala de medición es de tipo ordinal y continuo.

Definición conceptual de variable principal:

Definición conceptual de ansiedad: Es una reacción inesperada ante distintas experiencias que se presenta, donde el individuo reacciona frente a una situación de presión con una respuesta negativa, provocando síntomas de tensión y desagrado, miedo excesivo y limitaciones de las propias actividades (44).

Definición conceptual de depresión: Es una enfermedad que provoca alteraciones en el estado emocional la persona y se evidencia mediante una serie de síntomas que limitan la capacidad del ser humano para poder desarrollarse en su vida cotidiana con normalidad (45).

Definición operacional de variable principal:

Definición operacional de ansiedad: Son respuestas subjetivas ante una percepción de rechazo sobre un evento vivido, medidas a través del instrumento conocido como GAD-7.

Definición operacional de depresión: Consiste en la pérdida de interés, disfrute, vitalidad, cansancio exagerado que dificulta el desarrollo de las labores, evaluado mediante la escala PHQ-9.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos:

Se empleó como técnica de recolección de datos la encuesta, que incluye una serie de procedimientos estandarizados que buscara obtener información de manera consecuente y ordenada de una población (46).

Instrumentos de recolección de datos:

1. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés) es un autoinforme tipo Likert que consta de 9 ítems elaborados con base en nueve criterios evaluados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para la depresión (TDM). Tiene cuatro opciones de respuesta (0= nada; 1= varios días; 2= más de la mitad de los días; 3= casi todos los días) con puntajes que van de 0 a 27. Con este instrumento se recogen los indicadores de sintomatología depresiva durante las dos últimas semanas. Finalmente, en otras muestras, el PHQ-9 ha presentado niveles adecuados de fiabilidad (α= 0,84) y niveles adecuados de especificidad (>0,90), pero baja sensibilidad, entre 0,39 y 0,73 (47).

En vista de que es un instrumento bastante empleado para la medición de síntomas depresivos, tiene apreciables propiedades psicométricas en diversos contextos. Gracias a Villarreal-Zegarra y Victoria Cavero, se cuenta con la validación del PHQ-9 a la población peruana con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2017. Dado que se tiene evidencias de validez y confiabilidad en la población peruana, es factible emplear el PHQ-9 en distintos grupos poblacionales del Perú (48).

2. Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

Es un cuestionario útil para la evaluación de la gravedad de los síntomas de ansiedad generalizada durante las dos últimas dos semanas mediante siete ítems basados en los criterios A, B y C del DSM-IV. Cada ítem ofrece cuatro alternativas de respuesta (en absoluto, varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días), puntuados como 0, 1, 2 y 3, respectivamente. La puntuación total varía entre 0 a 21, y puntuaciones altas son indicadores de una mayor gravedad generalizada (49).

El instrumento conocido como GAD-7, con base en revisiones sistemáticas de literatura, es considerado como una herramienta breve y confiable para la evaluación de síntomas de ansiedad generalizada, reportando una alta sensibilidad del 84% y especificidad del 83%. Asimismo, puede ser utilizado como una herramienta de cribado para la identificación de casos en riesgo y, posteriormente,

recibir atención médica especializada para su intervención. Su consistencia interna, de acuerdo con el estadígrafo alfa de Cronbach, es muy fuerte equivalente a 0,920.

2.5 Procedimiento para recolección de datos

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Se realizaron coordinaciones previas y llevaremos las gestiones, que será dirigidas al gerente general del centro de hemodiálisis IPRESS privada, a través de una documentación virtual, requiriendo la autorización para el desarrollo de las encuestas en los pacientes con hemodiálisis.

2.5.2 Aplicación de instrumentos de recolección de datos

El desarrollo del instrumento se llevó a cabo de modo presencial. Para eso se usó un cuestionario con las preguntas respectivas del instrumento de investigación que fue aplicado en el estudio. Este cuestionario estuvo conformado al inicio con el consentimiento informado, permitiendo la autorización para la participación del estudio, y prosigue con el desarrollo del cuestionario.

Cada turno estuvo conformado por 15 pacientes con tratamiento de hemodiálisis, teniendo como programación dos grupos de horario intercalados a la semana. El tiempo empleado por cada paciente es de 3 a 5 minutos. Al concluir con la recopilación de datos, se verifico el desarrollo correcto de cada cuestionario.

2.6 Análisis de datos

Al concluir las encuestas se realizó el vaciado de la información a la matriz de datos, donde se proceso en el programa de Microsoft Excel, después de esto fue exportado a la base SPSS Statistics, para el procesamiento, donde se procedió a su análisis correspondiente, obteniendo gráficos y tablas, con las cuales se realizó la interpretación respectivamente, según las escalas de medición de cada variable. Determinando la relación entre las variables ansiedad y depresión, se empleó la estadística inferencial.

2.7 Aspectos éticos

El individuo es capaz de aceptar de manera libre, asimismo ser tratado de manera justa, en todas las actividades durante la investigación (50).

Prevaleció claridad confidencial del informe dada por cada paciente en el proyecto. Con respecto en la recopilación de datos, se hizo entender a los pacientes, cuál es la intención y beneficio de esta investigación, se recalcó que la participación es voluntaria y anónima, por eso previamente se aplicó el consentimiento informado. Basándonos en la bioética que se aplicara en el estudio, tenemos:

Principio de autonomía

Es la capacidad de autodeterminación, acción libre y deliberada en ausencia de circunstancias externas (51). Se basará en la autorización de los pacientes que permitirá conocer la investigación y el valor de su participación en ella.

Principio de beneficencia

El principio de buena fe, permite incrementar los beneficios, e disminuir los perjuicios, por lo que los representantes del estudio deben ser conscientes de los perjuicios e beneficios que obtendrán al colaborar con el proyecto de investigación (52). Se brindaó información al paciente acera del estudio que se está desarrollando buscando el beneficio para mejorar su calidad de cuidado y conociendo las deficiencias que se presenta, así proporcionando mejorar sin ninguna conveniencia alguna.

Principio de no maleficencia

Hace referencia a los principios básicos de cualquier sistema moral, como la prohibición de dañar a otros de manera intencional o temeraria, y sus requisitos van más allá del deber de proporcionar bienes (53).

Al paciente se le hizo entender que no comprometerá su estado de salud e integridad, solo tiene el propósito de conocer la percepción que tiene respecto a su salud.

Principio de justicia

Implica que el marco de la equidad, los derechos, los intereses y las obligaciones, debe obtener plenamente lo que merece y necesita, sin discriminación por motivos de edad, religión, raza o condición social (54).

Se empleó un trato cordial, respetando en todo momento la decisión del paciente en la participación del estudio, con igualdad y sin ninguna preferencia.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Reporte de datos sociodemográficos de la muestra

Variable	*f*	%	M ± DE
Edad	–	–	50,2 ± 12,4
Sexo			
Masculino	77	57,0%	–
Femenino	58	43,0%	–
Estado Civil			
Soltero	36	26,7%	–
Conviviente	55	40,7%	–
Viudo	11	8,1%	–
Casado	30	22,2%	–
Divorciado	3	2,2%	–
Grado de instrucción			
Primaria	11	8,1%	–
Secundaria	97	71,9%	–
Superior Técnico	18	13,3%	–
Superios Universitario	9	6,7%	–
Ocupación			
Estable	29	21,5%	–
Eventual	65	48,1%	–
Jubilada(o)	14	10,4%	–
No aplica	27	20,0%	–

La tabla 1 permitió conocer que el 57,0% de los participantes en la encuesta tiene el sexo masculino, seguido del 43,0% del sexo femenino. En cuanto al estado civil, el porcentaje mayoritario es para conviviente con el 40,7%, mientras que el segundo mayor porcentaje es para solteros (26,7%). Respecto al grado de instrucción, tener estudios de educación secundaria fue una constante en el 71,9%, seguido de la educación superior no universitaria con el 13,3%. Por último, en lo que se refiere a la ocupación, el 48,1% declara obtener ingresos de forma eventual (48,1%), seguido de ingreso fijo y con beneficios de acuerdo a ley con el 21,5%.

Objetivo general

Tabla 2. Análisis de la normalidad de los datos

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	0,152	135	0,000	0,935	135	0,000
Depresión	0,155	135	0,000	0,919	135	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 2 se ha presentado la distribución de los datos como parte del análisis inferencial. El concepto clave en dicha tabla es la normalidad. En vista de que p-valor es menor que 0,05 se concluyó que lo que predomina en los datos acerca de ansiedad y depresión es una distribución no normal. Por tanto, lo que se corresponde es el uso de una prueba no paramétrica como lo es el coeficiente rho de Spearman.

Tabla 3. Prueba de correlación entre ansiedad y depresión en IPRESS, Lima 2024

			Ansiedad	Depresión
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	0,585**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	135	135
	Depresión	Coeficiente de correlación	0,585**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	135	135

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 3 se observa que luego del análisis correlacional bivariado se obtuvo un p-valor igual a ,000. Este, a su vez, es menor que 0,05. Por consiguiente, hay evidencia empírica para afirmar que entre ansiedad y depresión existe una relación significativa en una muestra constituida por 135 sujetos. En lo concerniente a relación significativa implica que las manifestaciones que ambos fenómenos tengan en el tamaño muestral estudiado están interrelacionadas. Es decir, a mayor ansiedad, mayor será la probabilidad de experimentar depresión. Por el contrario, a menor ansiedad, menor depresión. Este hallazgo tiene una magnitud moderada (rho de Spearman=, 585), es confiable hasta en un 95%, con lo que su margen de error es 0,05.

Objetivo específico 1

Tabla 4. Niveles de ansiedad en pacientes con hemodiálisis en IPRESS, Lima 2024

	f	%
No se aprecia ansiedad	63	46,7%
Se aprecian síntomas de ansiedad leves	52	38,5%
Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	19	14,1%
Se aprecian síntomas de ansiedad severos	1	0,7%
Total	135	100%

Respecto a los niveles de ansiedad en pacientes con hemodiálisis en una IPRESS de Lima norte, se observa en la tabla 4 a 63 pacientes que representan el 46,7% la no existencia de síntomas de ansiedad; 52 pacientes que representan el 38,5% tienen síntomas de ansiedad leve; 19 pacientes que representan el 14,1% tienen síntomas de ansiedad moderada y, finalmente, un paciente que representa el 0,7% tienen ansiedad severa.

Objetivo específico 2

Tabla 5. Niveles de depresión en pacientes con hemodiálisis en IPRESS, Lima 2024

	f	%
Mínimo o ninguno	25	18,5%
Síntomas depresivos leves	72	53,3%
Síntomas depresivos moderados	25	18,5%
Síntomas depresivos moderadamente severos	11	8,1%
Síntomas depresivos severos	2	1,5%
Total	135	100,0%

Respecto a los niveles de depresión en pacientes con hemodiálisis en una IPRESS de Lima norte, se observa en la tabla 5 a 72 pacientes que representan el 53,3% que presentan síntomas depresivos leves; 25 pacientes que representan el 18,5% tienen síntomas mínimos de ansiedad o ninguno; 25 pacientes que representan el 18,5% tienen síntomas depresivos moderados; 11 pacientes que representan el 8,1% síntomas depresivos moderadamente severos y, finalmente, dos paciente que representan el 1,5% tienen síntomas depresivos severos.

IV. DISCUSIÓN

4.1 Discusión

La ansiedad y depresión tienen una prevalencia frecuente en los pacientes que tienen a la hemodiálisis como parte de su rutina cotidiana. Esto ocurre así como consecuencia de una enfermedad crónica, el estrés asociado, las comprensibles preocupaciones sobre la salud y la mortalidad contribuyen al desarrollo de estas manifestaciones. Estos trastornos mentales afectan la adhesión al tratamiento y la calidad de vida, por lo que el cuidado de la salud mental no puede ser omitido. La ansiedad y depresión no tratadas oportunamente podrían devenir en un mayor riesgo de suicidio.

El objetivo general determinó la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS de Lima norte, evidenciándose también que la magnitud de la relación es moderada (rho de Spearman=,585). Estos resultados coinciden con el estudio de Pillajo (20), Guillen y Ordoñez (27), al igual que lo de Marhoenis et al. (21), hallaron que la ansiedad y la depresión tienen una relación significativa: rho de Pearson= 0,707; r de Pearson=0,301; p-valor<0,05; respectivamente. En diversos estudios se comparte la convicción de que padecer insuficiencia renal crónica se ve acompañado de estrés y ansiedad, estados emocionales que podrían conllevar a la pérdida del interés, dado que considerarían que el tratamiento médico no va a tener ningún efecto práctico sobre su enfermedad. Proceso complicado para el paciente y sus familiares (11-13, 55).

El objetivo específico 1 estableció los niveles de ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, evidenciando que el 46,7% de los encuestados no presenta ansiedad, seguido del 38,5% que tiene síntomas de ansiedad leve. Estos resultados coinciden con Martínez-López et al. (22) que no identificó ansiedad en el 78% de los sujetos sondeados, al igual que Guillen y Ordoñez (27) que encontraron ansiedad mínima en el 55,4% de los encuestados. Sin embargo, difiere de Gadia et al. (16) quienes hallaron ansiedad en el 66% de los participantes encuestados. De

forma similar, Alves et al. (19) encontraron ansiedad severa en el 66,7% de la muestra. También Fernández (26) demostró que el 90% de los pacientes tiene un nivel moderado de ansiedad. Desde la teoría de Hamilton (31) se ha reconocido la complejidad y la heterogeneidad de la ansiedad, fundamentalmente por los aspectos emocionales e intelectuales, de manera similar los síntomas físicos tan propios de este cuadro clínico. Esta sintomatología enfatiza cómo la ansiedad es una respuesta individual parecida al miedo, con lo que se experimenta peligro, aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras. La prevalencia de la ansiedad leve en esta investigación se debería a que los estímulos futuros e imprevisibles no han sido tan numerosos ni constantes.

El objetivo específico 2 estableció los niveles de depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, evidenciando que el 53,3% de los encuestados presenta síntomas depresivos leves, seguido del 18,5% con síntomas depresivos moderados y del 18,5% con mínimos síntomas de depresión o ninguno. Estos resultados coinciden con Gadia et al. (16) quienes encontraron una prevalencia de depresión en el 61% de los participantes de la muestra de estudio con el 66%, al igual que con Amador et al. (17) quienes hallaron síntomas depresivos en el 41,29% de los encuestados. No obstante, Alves et al. (19) hallaron depresión grave en el 47% de los encuestados y Sangay (25) encontró depresión significativa en el 53% de los casos. Según la teoría cognitiva de la depresión argumentada por Beck (35), la depresión es el resultado de distorsiones cognitivas sistemáticas y patrones negativos de conducta que alteran la percepción que el sujeto tiene de la realidad circundante. En otras palabras, los pacientes con depresión exhiben la tríada cognitiva, donde se ven a sí mismos como incapaces e inútiles, tal vez de condición despreciable o llenos de defectos.

Los resultados expuestos son útiles para enfermería, dado que se debe animar la expresión de sentimientos, percepciones y temores, identificando los cambios en el nivel de ansiedad y estableciendo actividades recreativas orientadas hacia la reducción de la ansiedad, ayudando al paciente hemodializado a que reconozca las situaciones que precipitan la ansiedad. A su vez, las intervenciones

de enfermería en adultos con episodios depresivos se dirigen a la reducción de los síntomas a través de la construcción de una relación terapéutica de enfermería-paciente efectiva, creandose un ambiente de confianza y empatía.

4.2 Conclusiones

- La investigación ha revelado que la ansiedad y depresión son fenómenos que se han relacionado a través de un proceso estadístico donde se obtuvo un coeficiente de correlación de rho= 0,585 lo que indica una relación moderada entre ansiedad y depresión. Por tanto, a mayor ansiedad, mayor depresión. Los trastornos emocionales tienen repercusión en el bienestar de los pacientes, por lo que es imprescindible su abordaje diagnóstico y terapéutico.
- En cuanto a los niveles de ansiedad, no se ha aprecian casos de ansiedad en el 46,7%. No obstante, el 36,5% tiene ansiedad leve, el 14,1% tiene ansiedad moderada y el 0,7% exhibe ansiedad severa. Por más que este segundo grupo de casos no sea predominante, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado de los pacientes renales supone retos como la compleja condición física y emocional y el afrontamiento del sufrimiento y muerte de los enfermos con quienes se haya establecido una relación más cercana. El costo personal y familiar que implica el tratamiento contrasta con la limitada calidad de vida de ciertos pacientes.
- En lo concerniente a la depresión, esta también exhibe nivel leve a moderado en los 135 pacientes. Empero, el 18,5% tiene depresión mínima o ninguna, el 8,1% tiene síntomas depresivos moderadamene severos y el 1,5% muestra síntomas depresivos severos. Debe tenerse en cuenta que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis sufren en un plazo corto una serie de cambios súbitos en su vida como consecuencia de la enfermedad y del propio tratamiento, lo que podría devenir en trastornos ansioso-depresivos. El estado emocional del paciente tendrá una influencia variable en el transcurso de la enfermedad, lo que condicionaría también el incremento de la mortalidad y de la morbilidad.

4.3 Recomendaciones

- A la IPRESS de Lima norte se le recomienda que realice capacitaciones al personal de enfermería para el trabajo con pacientes de hemodiálisis en función a la salud mental, acerca de cómo abordar episodios de ansiedad y depresión en estos pacientes.
- Al equipo de enfermería, evaluar la pertinencia de una propuesta de intervención, partiendo de los niveles actuales de la ansiedad y la depresión, de modo que se brinde una atención más personalizada, siendo una información deseable las fortalezas y carencias de los pacientes en cuestión.
- A ambos protagonistas, IPRESS y enfermeros, persistir en la aplicación del abordaje psicológico cognitivo conductual, con la finalidad de fomentar la salud mediante la aplicación de la autorregulación de la conducta y de las emociones gracias a la puesta en práctica de técnicas de respiración y relajación, al igual que otras estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarnak MJ. Cardiovascular complications in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis [Internet]. 2003 [citado 9 de octubre de 2024];41(6 SUPPL. 5). Disponible en: https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S0272-6386%2803%2900372-X
2. Ruiz MAM. Study of the emotional state of patients on hemodialysis. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado 9 de octubre de 2024];20(1):48–56. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/07_original6.pdf
3. Co. TZ. Insuficiencia renal crónica. Shakespear Q [Internet]. 2003 [citado 9 de octubre de 2024];23(3):367–82. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n1/v14n1e.pdf
4. Rodrigo B. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2010 [citado 9 de octubre de 2024];21(5):779–89. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010706003
5. Organización Panamericana de la Salud. Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Internet]. OPS; 2020 [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
6. Carlos ZS, Hans MO, Maritza FO. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Rev Med Chil [Internet]. 2011 [citado 9 de octubre de 2024];139(9):1176–84. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n9/art10.pdf
7. Ruiz A, Carrillo RM, Bernabé A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];38(4):521–9. Disponible

en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v38n4/en_1726-4642-rins-38-04-521.pdf

8. Cueto A. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. Nefrol Latinoam [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];16(1):1–7. Disponible en: https://netmd.org/nefrologia/nefrologia-articulos/la-sociedad-latinoamericana-de-nefrología-e-hipertensión-y-los-retos-de-la-enfermedad-renal-crónica-en-nuestra-región
9. Gonzales M, Rosa G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Nefr Lat. [Internet]. 2017 [citado 9 de octubre de 2024];4(1):12–21. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.nefrol.2016.12.002
10. Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, et al. Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. Kidney Int [Internet]. 2018 [citado 9 de octubre de 2024];94(3):567–81. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011
11. Chilcot J, Wellsted D, Da Silva-Gane M, Farrington K. Depression on dialysis. Nephron - Clin Pract [Internet]. 2008 [citado 9 de octubre de 2024];108(4). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18401193/
12. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis * Anxiety and Depression in Patients with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Dialysis Treatment. Univ Psychol [Internet]. 2009 [citado 9 de octubre de 2024];1657–9267. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/647/64712168010.pdf
13. Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. International Journal of Social Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2024]; 66(8):756-762. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0020764020934508

14. Coffey Y, Bhullar N, Durkin J, Islam S, Usher K. Understanding eco-anxiety: A systematic scoping review of current literature and identified knowledge gaps. The Journal of Climate Change and Health [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];3:100047. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100047
15. Merino R, Morillo N, Sanchez A, Gómez V, Crespo R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];22(3):274–83. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300006
16. Gadia P, Awasthi A, Jain S, Koolwal D. Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from wetern Rajasthan. J Family Med Prime Care [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2024];9:4282-4286. Disponible en: https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2020/09080/depression_and_anxiety_in_patients_of_chronic.78.aspx
17. Amador AC, Vargas LJ, Murcia JM, Aborashed NF, Sierra LB. Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en Boyacá, Colombia. Rev Colomb Nefrol [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];8(3):e528. Disponible en: https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/528/868
18. De Almeida Silva J, dos Santos V, Dázio R, Soares M, Nogueira A, de Souza Terra F. Ansiedade e autoestima em pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Research, Society and Development [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];10(10), e46101018406-e46101018406.
19. Alves M, Irias L, Moraes S, Pereira L, Gracioli T, Abreu T. Ocorrência de Sintomas Depressivos, Ansiedade e Estresse em Pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica em Hemodiálise de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];7(6):61975-61987.

20. Pillajo J. Ansiedad y depresión en pacientes con hemodiálisis del Hospital General Ambato [Tesis de licenciatura]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2021 [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32608
21. Marthoenis M, Syukri M, Abdullah A, Reza-Tandi T, Putra N, Laura H, Setiawan A, Sofyan H, Schouler-Ocak M. Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illnes. The International Journal of Psychiatry in Medicine [Internet];2021 [citado 9 de octubre de 2024];56(1):40-50. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0091217420913382
22. Martínez-López Y, Broche Y, González J, Gayol E, Chinea Y. Prevalencia y correlación de la resiliencia psicológica, el estrés, la ansiedad y la depresión en pacientes de hemodiálisis. Cuba Salud [Internet]. 2022 [citado 9 de octubre de 2024]:1-8. Disponible en: https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewFile/1560/644
23. De Souza M. Sintomas de Ansiedade, Depressão e Estresse durante o tratamento de Doença Renal Crônica [Tesis de licenciatura]. Brasil: Universidade Do Vale Do Taquari; 2023. [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/741a5078-bafd-491b-99c7-934f93a08514/content
24. Matta Arcos M. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica y estado de ánimo de los familiares unidad de hemodiálisis hospital Augusto Hernández Mendoza [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3201
25. Sangay G. Depresión y ansiedad en pacientes SIS-FISSAL con tratamiento de Hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis Laurent-Cajamarca-2022 [Tesis de licenciatura]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca;

2023. [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14074/5405

26. Fernández-Chávez S. Nivel de ansiedad y autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica con hemodiálisis del Instituto Nefrológico Peruano-Americano 2022 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.13084/6522
27. Guillen, J, Ordoñez R. depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía Nacional del Perú [Internet, tesis para titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017. [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1199/TESIS-Guillen-Ordonez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividade [Internet]. 2003 [citado 9 de octubre de 2024];3(1):10-59. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf
29. Coto R, Fernández C, González S. Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. Terapia psicológica [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2024];38(1):63-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063
30. Martínez F, Gallardo J, Toro L, Fernández R, Sobarzo D. Efectos de un programa de entrenamiento interválico de alta intensidad sobre los factores de riesgo cardiometabólicos en adolescentes: Una revisión sistemática. Revista Horizonte [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];1(22):17-33. Disponible en: https://doi.org/10.32735/S0718-8188202122162
31. da Luz J, dos Santos S, Anversa E, Flores G. A relação da depressão no idoso com a doença de alzheimer: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];4(2):9416-9429. Disponible en: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-437

32. Martín A, Cabré R, Neri E. Ciberacoso y ansiedad social en adolescentes: una revisión sistemática. Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];6(1):9-15. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749051
33. Cedeño N, Cuenca M, Mojica Á, Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. Enfermería investiga [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2024];5(3):63-70. Disponible en: https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020
34. Castrillon S, Marín L, Villegas H, Escobar C. Machine learning aplicado en la clasificación y predicción de la depresión: Una revisión sistemática. Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação [Internet]. 2022 [citado 9 de octubre de 2024];363-375. Disponible en: https://search.proquest.com/openview/bc45532d2257aa18a80f2c08c3a46a82/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1006393
35. Camuñas N, Mavrou I, Miguel J. Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];24(1):19-28. Disponible en: https://doi.org/10.5944/rppc.23003
36. González R, Aguilera M. Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];29(4):175-195. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/2745/274571372011/274571372011.pdf
37. Sánchez J, Attorresi H, Abal F. Escala de Desesperanza de Beck analizada con teoría de respuesta al ítem. Revista de Psicología-Tercera época [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2024];19. Disponible en: https://doi.org/10.24215/2422572Xe054
38. Jerez A, Ramírez N, Ardila J, Rivero P, Rodríguez A. Sucesos vitales estresantes, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. Informes Psicológicos [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre

de 2024];21(2):61-74. Disponible en: https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a04

39. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica [Internet]. 2017 [citado 9 de octubre de 2024];28(2):73-98. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073
40. Bermúdez V. Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia. Relación, implicaciones y consecuencias en la educación privada. Cuestiones pedagógicas [Internet]. 2018 [citado 9 de octubre de 2024];26, 37-52. Disponible en: https://idus.us.es/handle/11441/83493
41. Al Naamani Z, Gormley K, Noble H, Santin O, Al Maqbali M. Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing haemodialysis. BMC Nephrol [Internet]. 2021 [citado 9 de octubre de 2024];22(1):1–8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8080199/pdf/12882_2021_Article_2349.pdf
42. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612
43. Medina M, Rojas C, Bustamante W, Loayza R, Martel P, Castillo R. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inadi Perú S.A.C.; 2023. [Consultado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/90
44. Dean E. Anxiety. Nurs Stand [Internet]. 2016 [citado 9 de octubre de 2024]; 30(46):15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27406490/
45. Drayer R, Piraino B, Reynolds F, Houck R, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2006 [citado 9 de octubre de 2024];28(4):306–12. Disponible en:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016383430600048X?via%3Dihub

46. Hadi-Mohamed M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias, J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inadi Perú S.A.C.; 2023. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.35622/inudi.b.073
47. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres J, Bazo-Alvarez C. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS ONE [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];14(9):e0221717. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717
48. Villarreal-Zegarra D, Cavero V. Validación del PHQ-9 en población peruana: Recomendaciones para utilizar el PHQ-9 en servicios públicos de salud e investigaciones a nivel nacional. Resumen de evidencia. Lima: IPOPS; 2019. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://psycoperu.org/wp-content/uploads/2020/12/Resumen-de-evidenica-PHQ-9.pdf
49. Baños-Chaparro J, Lamas-Delgado F, Ynquillay-Lima P, Jacobi-Romero D, Fuster-Guillén G. Evaluación de síntomas de ansiedad: evidencias psicométricas del Generalized Anxiety Disorder-7 en adultos peruanos. Duazary [Internet]. 2022 [citado 9 de octubre de 2024];19(4):258-270. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.21676/2389783X.4986
50. Acevedo-Pérez I. Aspectos éticos en la investigación científica. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2002 [citado 9 de octubre de 2024];8(1):15–18. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v8n1/art03.pdf
51. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010 [citado 9 de octubre de 2024];22:121–57. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf

52. Mora-Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Am J [Internet]. 2019 [citado 9 de octubre de 2024];2(6):458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf
53. López M. Una reflexión ética, desde la práctica clínica, sobre los exámenes clínicos y los procedimientos de apoyo diagnóstico. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2010 [citado 9 de octubre de 2024];21(5):851–854. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010706076
54. Hutagaol R, Novieastari E, Sari W. La importancia de los valores profesionales desde la perspectiva de las enfermeras clínicas. Enfermería Global [Internet]. 2024 [citado 9 de octubre de 2024];23(73):256-282. [Consultado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-228895
55. Rojas-Villegas Y, Ruiz A, González R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapeútica en pacientes con enfermedad renal. Revista de Psicología [Internet]. 2017 [citado 9 de octubre de 2024];26(1):1-13. [Consultado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859

ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia interna

<table>
<tr><th>Problema</th><th>Objetivos</th><th>Hipótesis</th><th>Variables</th><th>Metodología</th></tr>
<tr><td>Problema general:

¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad y depresión en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte, 2024?</td><td>El objetivo general:

Determinar la correlación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte, 2024.</td><td rowspan="3">HIPOTESIS GENERAL:

Existe relación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte - 2024</td><td>Ansiedad</td><td rowspan="3">- Tipo de variable según su naturaleza: Cuantitativo
- Diseño: Descriptivo-Correlacional
- Escala de medición: Ordinal y Continuo
- Población: Estará conformada por pacientes que recibe tratamiento de hemodiálisis
- Muestra: Esta compuesta por 135 pacientes de ambos sexos.
- Técnica: Encuesta
- Instrumento: Cuestionario denominado GAD-7 y PHQ-9.</td></tr>
<tr><td>¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte, 2024?</td><td>Identificar los niveles de ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.</td><td rowspan="2">Depresión</td></tr>
<tr><td>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte, 2024?</td><td>Identificar los niveles de depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.</td></tr>
</table>

Anexo B. Operacionalización de la variable o variables

TITULO: Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS privada de Lima Norte - 2024							
Variable	**Tipo de variable y escala de medición**	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Dimensiones**	**Número de Ítems e ítems**	**Niveles**	**Criterios para asignar valores**
Ansiedad	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es una reacción inesperada ante distintas experiencias que se presenta, donde el individuo reacciona frente a una situación de presión con una respuesta negativa, provocando síntomas de tensión y desagrado, miedo excesivo y limitaciones de las propias	Son respuestas subjetivas ante una percepción de rechazo sobre un evento vivido, medidas a través del instrumento conocido como GAD-7.	Unidimensional	7 items (1,2,3,4,5,6,7) En absoluto = 0 Varios días= 1 Más de la mitad de los días = 2 Casi todos los días = 3	No se aprecia ansiedad 0-4 Se aprecian síntomas de ansiedad leve 5-9 Se aprecian síntomas de ansiedad moderados 10-14 Se aprecian	No hay ansiedad (0-4) Ansiedad leve (5-9) Ansiedad moderada (10-14) Ansiedad severa (15-21)

		actividades (44).				síntomas de ansiedad severos 15-21	
Depresión		Es una enfermedad que provoca alteraciones en el estado emocional la persona y se evidencia mediante una serie de síntomas que limitan la capacidad del ser humano para poder desarrollarse en su vida cotidiana con normalidad (45).	Consiste en la pérdida de interés, disfrute, vitalidad, cansancio exagerado que dificulta el desarrollo de las labores, evaluado mediante la escala PHQ-9.	Unidimensional	9 items (1,2,3,4,5,6,7,8, 9) Nada = 0 Varios días =1 Mas de la mitad de los días =2 Casi todos los días = 3	Mínimo o ninguno 0 - 4 Síntomas depresivos leves 5 - 9 Síntomas depresivos moderados 10 - 14 Síntomas depresivos moderadamente severos 15 - 19 Síntomas depresivos severos 20 - 27	Depresión mínima (0-4) Depresión leve (5-9) Depresión moderada (10-14) Depresión moderadamente severa (15-19) Depresión severa (20-27)

Anexo C. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE SALUD

I. PRESENTACION

Ante todo, un cordial saludo, somos egresadas de la carrera de Enfermería de la Universidad Ciencias y Humanidades, actualmente nos encontramos realizando un proyecto de investigación, y solicitamos a que participe y colabore en facilitar ciertos datos que permita determinar la ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS Privada de Lima Norte - 2024. Estos cuestionarios tienen preguntas que se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, todo dato mencionado será de forma confidencial y anónima.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Los ítems indica como se percibe su salud mental y en que disposición le va a permite llevar a cabo su estado emocional. Lea con mucha atención cada pregunta y escoge la opción mejor que se adapte a tu respuesta.

DATOS GENERALES

Edad: ☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Estado civil: Soltero ☐ Conviviente ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Divorciado ☐

Grado de instrucción: Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior Técnico ☐ Superior Universitario ☐

Ocupación: Estable ☐ Eventual ☐ Jubilada(o) ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐

CUESTIONARIO

Lea y marque con un aspa (X) en las siguientes alternativas, según como se haya sentido en las últimas dos semanas, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le solicita que sea lo más sincero posible.

INSTRUMENTO 1:

ESCALA DEL TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3

INSTRUMENTO 2:

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?	Nada	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. . Sentirse mal acerca de sí mismo/a o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

Gracias por su colaboración

Anexo D. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS Privada de Lima Norte - 2024

Nombre de los investigadores principales: Beteta Villanueva Margaret **y** Martinez Castro Debora

Propósito del estudio: Determinar la correlación entre ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en una IPRESS Privada de Lima Norte.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a ……., coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al ……**,** Presidente del Comité de Ética de la ubicada en la ……, correo electrónico: ……..

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, febrero de 2024

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo E: Acta o dictamen de comité de ética

UCH UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Licenciada el 21 de noviembre de 2017
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ACTA CEI N.° 006	28 de marzo de 2023

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 28 del mes de marzo del año dos mil veintitres, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UNA IPRESS PRIVADA DE LIMA NORTE - 2023"** con Código-007-23, presentado por el(los) autor(es): BETETA VILLANUEVA MARGARET ISABEL y MARTINEZ CASTRO DEBORA.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UNA IPRESS PRIVADA DE LIMA NORTE - 2023"**
Código-007-23

Mg. Rodolfo Germán Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

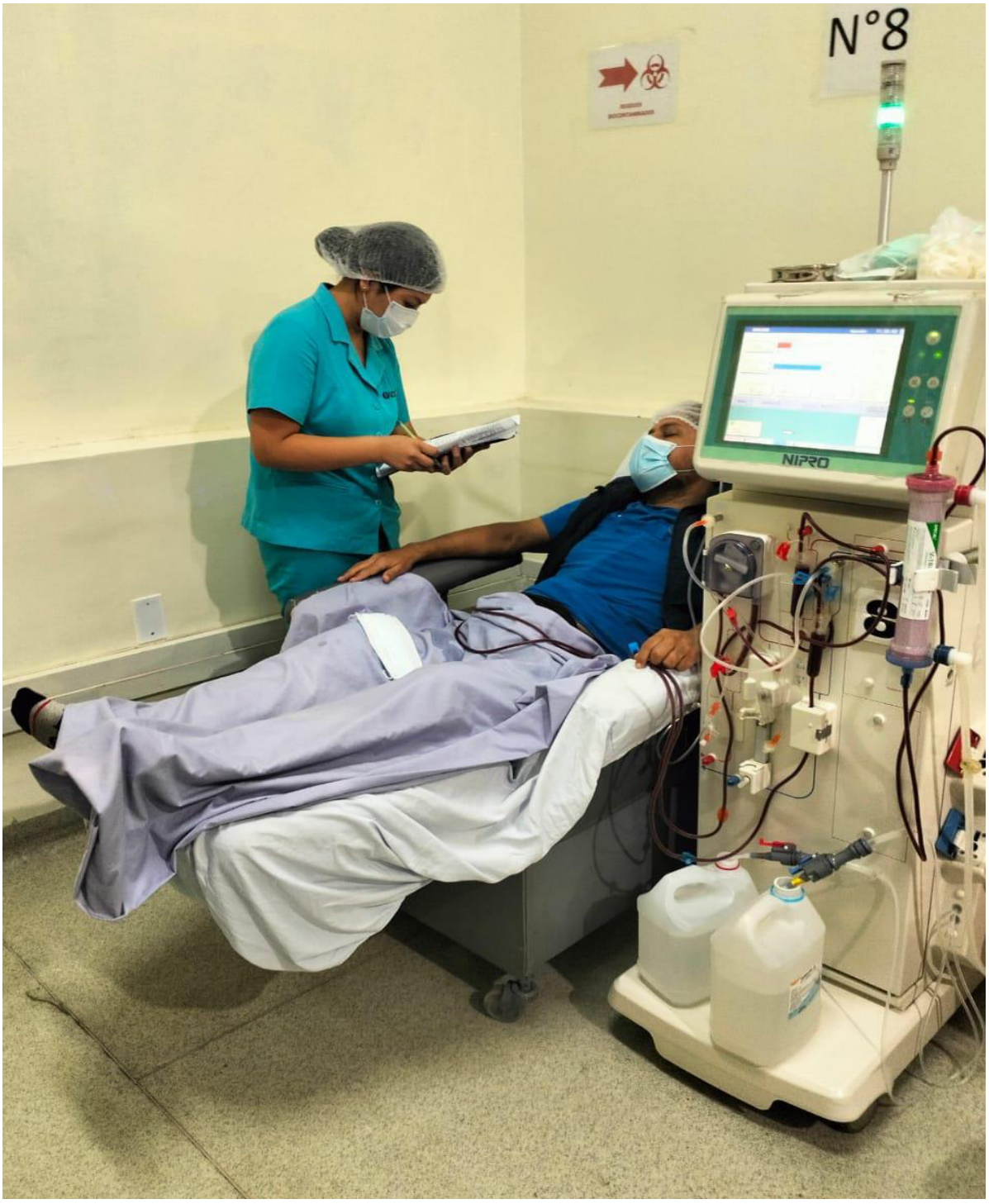
SGMG /rac

Anexo F: Evidencias de trabajo de campo

SSHH

PROHIBIDO
SSHH
PARA CABALLEROS

NIPRO


N°8
NIPRO

RIESGO BIOLOGICO

PUESTO
N°9
NIPRO

Anexo G. Informe de originalidad (Turnitin)

Anexo H. Informe de corrección de estilo

Anexo I. Informe de diagnóstico ortográgico

Anexo J. Informe de conformidad para sustentación