

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES
HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. LUIS EDUARDO ZVIETCOVICH
HUANCACHOQUE

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

M.C. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

CUSCO-PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNAAC)

El que suscribe, el **Asesor** JORGE LUIS CABEZAS LIMA
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y
..... ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO, 2025

Presentado por: Luis EDUARDO ZVIETOVICH HUANCACUTOQUE DNI N° 73584772 ;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CRUJIANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6º del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 28 de Noviembre de 2025

Firma

Post firma..... Jorge Luis Cabezas Lima

Nro. de DNI..... 23903098

ORCID del Asesor..... 0000 - 0007 - 0823 - 3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid: 27259:533121255**

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:533121255

101 páginas

Fecha de entrega

25 nov 2025, 9:30 p.m. GMT-5

28.239 palabras

157.857 caracteres

Fecha de descarga

25 nov 2025, 9:34 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

_FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN HOSP...pdf

Tamaño del archivo

6.3 MB



JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P 29844 - R.N.E. 18144

3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para esta entrega.

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 2%  Fuentes de Internet
0%  Publicaciones
2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSQUIATRA
C.M.P 20844 - R.N.E. 10144

DEDICATORIA

A mis padres, por su paciencia y comprensión constantes, cuyo apoyo hizo posible la culminación de este trabajo.

A mi hermana y a su pareja, por el respaldo brindado a lo largo de todo el proceso, siempre dispuesto y oportuno.

A mi hermano, por su tolerancia y ayuda, que representaron un sostén importante a lo largo de este proceso.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	i
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	iii
1. CAPITULO I.....	1
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. ANTECEDENTES.....	3
1.2.1. Internacionales.....	3
1.2.2. Nacionales.....	7
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3.1. Problema general.....	9
1.3.2. Problemas específicos.....	10
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4.1. Objetivo general.....	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	12
2. CAPITULO II.....	13
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	13
2.1. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.1. Hemodiálisis.....	13
2.1.2. Depresión.....	14
2.1.3. Ansiedad.....	17
2.1.4. Factores asociados.....	20
2.1.5. Ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis.....	20
2.1.6. Instrumentos para la Evaluación.....	23
2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	25
2.3. HIPÓTESIS.....	25
2.3.1. Hipótesis general.....	25
2.3.2. Hipótesis específicas.....	25
2.4. VARIABLES.....	26
2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	27
3. CAPITULO III.....	31
METODOS DE INVESTIGACION.....	31
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.3.1. Descripción de la población.....	32

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.3.3. Muestra, tamaño de muestra y método de muestreo.....	32
3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.4.1. Técnicas de recolección de datos.....	34
3.4.2. Instrumentos de recolección de datos.....	34
3.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	34
3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	35
4. CAPÍTULO IV.....	36
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	36
4.1. RESULTADOS.....	36
4.1.1. Análisis univariado o descriptivo.....	36
4.1.2. Análisis bivariado.....	38
4.1.3. Análisis multivariado.....	42
4.2. DISCUSIÓN.....	47
4.3. CONCLUSIONES.....	52
4.4. SUGERENCIAS.....	54
4.4.1. Para los estudiantes e investigadores.....	54
4.4.2. Para los Directores de los hospitales y los Jefes de los Servicios de Nefrología.....	54
4.4.3. Para la Gerencia Regional de Salud del Cusco.....	55
5. BIBLIOGRAFIA.....	56
6. ANEXOS.....	65
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	65
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	68
Anexo 3: Cuadernillo de Validación.....	74
Anexo 4: Validación del instrumento de investigación.....	89

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es un trastorno progresivo e irreversible que disminuye la capacidad depuradora renal y que, en su etapa terminal, requiere de terapias sustitutivas como la hemodiálisis. A pesar de su capacidad para prolongar la vida, este tratamiento presenta importantes limitaciones que afectan tanto la salud física como la mental, especialmente en contextos donde el apoyo psicológico es limitado.

Los pacientes en hemodiálisis presentan con frecuencia trastornos de salud mental como la ansiedad y la depresión, los cuales se asocian con una menor calidad de vida, baja adherencia al tratamiento y un mayor riesgo de complicaciones. Si bien las cifras varían entre estudios y regiones, existe consenso sobre su impacto negativo en esta población vulnerable.

En el contexto de Cusco, factores como el acceso desigual a servicios de salud mental, la sobrecarga en centros especializados y barreras socioculturales podrían incrementar el riesgo de afectación emocional. Sin embargo, la escasez de estudios locales limita la comprensión del problema y la respuesta desde el sistema sanitario.

Diversas investigaciones señalan la influencia de factores sociodemográficos, clínicos y sociales en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis. Esto evidencia la necesidad de generar información contextualizada que permita diseñar intervenciones eficaces y ajustadas a las necesidades locales.

En este marco, el presente estudio buscó identificar los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco durante el año 2025, con el fin de aportar evidencia para mejorar su atención integral desde una perspectiva multidisciplinaria.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en 240 pacientes en hemodiálisis de tres hospitales del Cusco (16 de junio al 19 de julio de 2025). Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y los puntajes del BDI-II y BAI. El análisis se efectuó mediante regresión de Poisson con varianza robusta, obteniéndose razones de prevalencia ajustadas con $p < 0.05$.

Resultados: La prevalencia de depresión y ansiedad fue 73,8% y 75,4% respectivamente. La depresión se asoció con edad ≥ 50 años (RPa: 1.57; $p=0.003$), dolor severo en el acceso vascular (RPa: 1.56; $p=0.002$) y el uso de catéter (RPa: 1.29; $p=0.002$) o FAV (RPa: 1.34; $p=0.008$). La falta de apoyo familiar y de amigos incrementó el riesgo, mientras que residir en Cusco (RPa: 0.85; $p=0.002$), recibir apoyo familiar constante (RPa: 0.15; $p=0.001$), atenderse en EsSalud (RPa: 0.87; $p=0.012$) y la satisfacción con la atención (moderada: RPa: 0.78; $p=0.004$; alta: RPa: 0.69; $p=0.001$) fueron factores protectores.

La ansiedad se relacionó con baja adherencia al tratamiento (RPa: 1.21; $p=0.039$), hospitalizaciones previas (RPa: 1.26; $p=0.013$) e hipotensión intradialítica (RPa: 1.22; $p=0.003$). En contraste, el apoyo familiar y amistoso frecuente y el apoyo emocional hospitalario (RPa: 0.70; $p<0.001$) redujeron significativamente el riesgo.

Conclusión: La depresión y ansiedad son altamente prevalentes en pacientes hemodializados y están fuertemente influenciadas por factores clínicos y sociales.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Fallo renal crónico, Hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the presence of depression and anxiety in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Cusco, 2025.

Methods: An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted in 240 hemodialysis patients from three hospitals in Cusco (June 16 to July 19, 2025). Sociodemographic and clinical variables were collected, along with BDI-II and BAI scores. The analysis was performed using Poisson regression with robust variance, obtaining adjusted prevalence ratios with a significance level of $p < 0.05$.

Results: The prevalence of depression and anxiety was 73.8% and 75.4%, respectively. Depression was associated with age ≥ 50 years (aPR: 1.57; $p=0.003$), severe pain at the vascular access site (aPR: 1.56; $p=0.002$), and the use of a catheter (aPR: 1.29; $p=0.002$) or AVF (aPR: 1.34; $p=0.008$). Lack of family and friend support increased the risk, whereas living in Cusco (aPR: 0.85; $p=0.002$), receiving constant family support (aPR: 0.15; $p=0.001$), receiving care through EsSalud (aPR: 0.87; $p=0.012$), and satisfaction with care (moderate: aPR: 0.78; $p=0.004$; high: aPR: 0.69; $p=0.001$) were protective factors.

Anxiety was associated with low treatment adherence (aPR: 1.21; $p=0.039$), previous hospitalizations (aPR: 1.26; $p=0.013$), and intradialytic hypotension (aPR: 1.22; $p=0.003$). In contrast, frequent family and friend support and hospital emotional support (aPR: 0.70; $p<0.001$) significantly reduced the risk.

Conclusion: Depression and anxiety are highly prevalent in hemodialysis patients and are strongly influenced by clinical and social factors.

Keywords: Depression, Anxiety, Chronic kidney failure, Hemodialysis.

1. CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas y una duración prolongada de estos síntomas⁽¹⁾. La ansiedad, por su parte, se convierte en un trastorno cuando la preocupación excesiva interfiere significativamente en la vida diaria, acompañándose de síntomas cognitivos y conductuales⁽²⁾. Ambas afecciones representan un problema creciente a nivel mundial.

A nivel mundial, aproximadamente 280 millones de personas padecen depresión, lo que afecta al 5,7 % de los mayores de 60 años y al 5 % de los adultos en general⁽¹⁾. De manera similar, se calcula que hasta el 4% de la población a nivel global sufre un trastorno de ansiedad⁽²⁾. En los últimos años, la incidencia de las enfermedades mentales ha mostrado una tendencia creciente, registrándose en 2024 un incremento notable en comparación con 2023⁽³⁾.

En Europa, el 32% de la población presenta problemas de salud mental, con la depresión y la ansiedad afectando al 23% de la población⁽⁴⁾. En Estados Unidos, la prevalencia de trastornos de ansiedad alcanza el 19,1% y la de depresión mayor el 8,3%⁽⁵⁾. En América Latina y el Caribe, los trastornos depresivos mayores afectan al 35% de la población y los trastornos de ansiedad al 32%⁽⁶⁾. En México, según la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado del INEGI (2021), el 19.3% de adultos presenta síntomas de ansiedad severa, mientras que el 31.3% manifiesta ansiedad mínima o moderada⁽⁷⁾.

En Perú, las enfermedades mentales, particularmente la depresión y la ansiedad, se han incrementado en los últimos años⁽⁸⁾. El Ministerio de Salud (Minsa) reportó más de 1 millón 300 mil atenciones en salud mental durante el 2024, de las cuales 244 462 corresponden a ansiedad y 177 611 a depresión⁽⁹⁾. De igual forma, EsSalud diagnosticó 182,399 casos de ansiedad, la mitad de ellos con una combinación de ansiedad y depresión⁽¹⁰⁾. Según la Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental, los casos anuales de episodio depresivo moderado y grave en el Perú han aumentado: 1,985 en 2020, 3,717 en 2021, 5,319 en 2022, 6,565 en

2023 y 10,693 en 2024. Cusco pasó de ser la cuarta región con 778 casos a liderar (después de la capital) con 1,233 casos el último año⁽¹¹⁾.

Las personas con enfermedades crónicas presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, debido al impacto de la enfermedad en su calidad de vida^(12,13). En particular, los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en etapa terminal presentan niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión a comparación de la población sin esta afección. Se calcula que la prevalencia de ansiedad en pacientes con ERC oscila entre el 30% y el 39%, mientras que la de depresión alcanza entre el 40% y el 49%⁽¹⁴⁾. Otros estudios indican que hasta el 60-80% de los pacientes en hemodiálisis presentan depresión⁽¹⁵⁾, además que su prevalencia aumenta a medida que más avanzada la enfermedad⁽¹⁶⁾.

En Cusco, se ha reportado un incremento en la prevalencia de depresión en pacientes hemodializados del Hospital Adolfo Guevara Velasco, donde en 2010 el 33% de los pacientes en hemodiálisis presentaban ansiedad y depresión⁽¹⁷⁾. En 2024, se observó un alarmante incremento, con un 77.9% de pacientes con algún grado de depresión, de los cuales el 39.3% tenía depresión leve, el 32.5% moderada y el 6.1% severa⁽¹⁸⁾.

Se ha observado un incremento en el diagnóstico de insuficiencia renal crónica en estadio 4 y 5 en el Hospital Regional del Cusco^(19,20), además que también cobra relevancia el estudio de los pacientes en hemodiálisis en el Hospital Antonio Lorena, cuya unidad ha estado en funcionamiento por un tiempo relativamente corto y ha mostrado un crecimiento en su capacidad de atención⁽²¹⁾.

Considerando este contexto y la diversidad de la población, que incluye tanto a pacientes hospitalizados como a aquellos que reciben atención de manera ambulatoria, es esencial investigar las condiciones predisponentes asociadas a la depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en Cusco, es por ello que esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Internacionales

Bekara Amina, Mohammed El Amine Bekara, Lallia Amara y Nassima Amamra (Argelia, 2023), en su estudio “Factores de Riesgo de Ansiedad entre Pacientes en Hemodiálisis en Ténès, Argelia: Un Estudio Transversal”, evaluaron el nivel de ansiedad y sus factores de riesgo en pacientes sometidos a hemodiálisis en la unidad de diálisis del Hospital Ahmed Bourass, Ténès, provincia de Chlef, Argelia. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal en marzo de 2020, con 45 pacientes reclutados por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron edad mayor de 18 años, al menos tres meses en tratamiento de hemodiálisis y participación voluntaria. Los datos se recolectaron mediante entrevistas cara a cara, utilizando un cuestionario con variables sociodemográficas y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS). La ansiedad se clasificó en: ausencia de síntomas (<7 puntos), síntomas dudosos (8-10) y síntomas ciertos (>10). Los resultados mostraron que el 44.44% de los pacientes presentaron ansiedad. Se encontró una asociación significativa entre la ansiedad y el desempleo ($P = 0.007$) y el uso de antidepresivos ($P = 0.04$). No se halló relación con edad, sexo, nivel educativo ni comorbilidades, aunque la hipertensión arterial fue común en pacientes ansiosos (80%). Se concluyó que la ansiedad es frecuente en pacientes en hemodiálisis, con el desempleo y el uso de antidepresivos como principales factores de riesgo. Se recomienda un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de estos pacientes⁽²²⁾.

Peng Xiaoyan, Feng Sujuan, Zhang Poxuan, Sang Shengmei y Zhang Yi (China, 2023), en su estudio denominado “Prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con los niveles séricos de BDNF, NT-3 y 5-HT en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento”, e llevó a cabo en China entre mayo de 2020 y junio de 2022, con una muestra de 120 pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. Se evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión mediante las escalas SAS y SDS de Zung, así como sus asociaciones con los niveles séricos de BDNF, NT-3 y serotonina (5-HT). Los resultados indicaron una prevalencia del 34.17% de ansiedad y del 64.17% de depresión. La ansiedad se relacionó con niveles elevados de NT-3

y 5-HT, mientras que la depresión mostró una asociación positiva con NT-3 y 5-HT, y negativa con BDNF. Los principales factores de riesgo independientes para ansiedad fueron el sexo femenino (PR = 2.05; IC 95%: 1.25–3.37; p = 0.004), la residencia rural (PR = 2.06; IC 95%: 1.29–3.30; p = 0.004) y el síndrome de piernas inquietas (PR = 33.85; IC 95%: 4.81–238.27; p < 0.001). Para la depresión, se identificaron como factores la residencia rural (PR = 1.59; p = 0.001), el deterioro económico (PR = 1.73; p < 0.001), la fatiga (PR = 1.42; p = 0.010), el insomnio (PR = 1.79; p < 0.001) y el dolor vascular (PR = 1.37; p = 0.027). El estudio concluye que la ansiedad y la depresión son altamente prevalentes en esta población, y que existen factores de riesgo tanto biológicos como socioeconómicos, lo cual subraya la necesidad de intervenciones clínicas integrales que incluyan tanto la evaluación de biomarcadores como la atención a factores psicosociales⁽²³⁾.

Duaa Turki Ahmad Qawaqzeh, Rami Masa'deh, Shaher H. Hamaideh, Abdullah Alkhawaldeh y Mohammed ALBashtawy (Jordania, 2023), en su estudio denominado “Factores que afectan los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal que se someten a hemodiálisis”, evaluó los niveles de ansiedad y depresión en 1467 pacientes con enfermedad renal en etapa terminal en hemodiálisis en Jordania durante 2022, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, como edad, género, estado financiero, comorbilidades, fatiga, miedo a la muerte, duración y tipo de acceso vascular, entre otras. Los resultados mostraron que el 50% de los pacientes tenían ansiedad (media 10.59 ± 2.78) y el 55.2% depresión (media 10.86 ± 2.49). La ansiedad se asoció significativamente con comorbilidades (p = 0.03), uso de catéter venoso central (p = 0.03), fatiga severa (p < 0.001), miedo a la muerte o discapacidad (p < 0.001) y peor situación económica (p = 0.02). La depresión también se relacionó con comorbilidades (p = 0.01), tipo de acceso vascular (p = 0.05), fatiga (p = 0.004) y miedo a la muerte o discapacidad (p = 0.05). Los modelos de regresión explicaron el 25.7% de la variabilidad en ansiedad y el 30% en depresión, identificando como predictores clave la creatinina, fatiga, duración y frecuencia de hemodiálisis (p < 0.05). Para la depresión, también influyeron la edad y niveles de nitrógeno ureico (p < 0.05). Los autores concluyen que

fatiga, acceso vascular, comorbilidades y miedo a la muerte son factores determinantes en la salud mental de estos pacientes, recomendando detección temprana y apoyo psicológico para mejorar su calidad de vida⁽²⁴⁾.

Caleb Weihao Huang, Poh Hui Wee, Lian Leng Low, Ying Leng Agnes Koong, Htay Htay, Qiao Fan, Wai Yin Marjorie Foo y Jun Jie Benjamin Seng (2021), en su estudio “Prevalencia y factores de riesgo de síntomas elevados de ansiedad y trastornos de ansiedad en la enfermedad renal crónica: una revisión sistemática y metanálisis”, realizaron una revisión sistemática y metanálisis de 61 estudios observacionales para analizar la prevalencia y factores de riesgo de ansiedad en pacientes con ERC. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años evaluados con criterios DSM-IV/V o escalas validadas, tanto en predialisis como en diálisis. Los resultados indicaron una prevalencia combinada de trastornos de ansiedad del 19% (IC 95%: 11-27%; $I^2=93\%$, $p < 0.001$) en 1,071 pacientes, y una prevalencia de síntomas elevados de ansiedad del 43% (IC 95%: 36-50%; $I^2=98\%$, $p < 0.001$) en 10,739 pacientes. No hubo diferencias significativas entre pacientes en predialisis (31%; IC 95%: 15-47%) y en diálisis (42%; IC 95%: 35-49%). Geográficamente, la prevalencia de síntomas elevados de ansiedad fue mayor en Europa (49%; IC 95%: 32-66%), seguida de Asia (44%; IC 95%: 35-52%) y Norteamérica (43%; IC 95%: 29-57%). Entre los factores de riesgo asociados destacaron alteraciones clínicas como disminución de hormona paratiroides, síntomas depresivos, mayor índice de comorbilidad y tiempo prolongado de hospitalización. A nivel psicosocial, la percepción negativa de la calidad de vida y la reducción en la vitalidad se relacionaron con ansiedad elevada. Los autores concluyen que la ansiedad es altamente prevalente en pacientes con ERC, independientemente de la etapa, y subrayan la importancia de detección temprana y manejo adecuado para mitigar su impacto en la calidad de vida y evolución clínica⁽²⁵⁾.

Hanan Mosleh, Meaad Alenezi, Samah Al Johani, Arwa Alsani, Ghadeer Fairaq y Reenad Bedaiwi (Arabia Saudita, 2020), en su estudio "Prevalencia y factores de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis: un estudio transversal de un solo centro en Arabia Saudita", investigaron la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad

y la depresión en pacientes sauditas con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis. El estudio, de diseño observacional transversal, se llevó a cabo en la Unidad de Diálisis del Hospital King Fahad en Al-Madinah, Arabia Saudita, entre noviembre de 2017 y agosto de 2018. La muestra, seleccionada por conveniencia, incluyó pacientes saudíes mayores de 18 años en tratamiento con hemodiálisis. Se excluyeron pacientes no sauditas y aquellos sometidos a otras modalidades de tratamiento renal sustitutivo. Para la evaluación se utilizó la versión en árabe de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), junto con un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados indicaron que los síntomas de ansiedad fueron más frecuentes en mujeres que en hombres ($p = 0.04$), mientras que la depresión estuvo significativamente asociada con la edad avanzada (mayores de 60 años, $p = 0.003$). Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los síntomas de ansiedad y depresión con el nivel educativo, el estado laboral, la duración de la enfermedad o el tiempo en hemodiálisis. El estudio destaca la importancia de evaluar la salud mental en pacientes con ERC en hemodiálisis, especialmente en mujeres y adultos mayores, para implementar estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno que mejoren su calidad de vida y bienestar psicológico⁽²⁶⁾.

Annia Cristina Amador Cannals, Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez, Juan Miguel Murcia Torres, Nahala Fahed Aborashed Amador y Lina Berenice Sierra Gil (Colombia, 2021), en su estudio denominado “Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en Boyacá, Colombia”, cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados con la depresión en personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Se realizó un estudio cuantitativo y analítico en 2020, con 201 pacientes en tratamiento dialítico reclutados por conveniencia en dos unidades de diálisis de Boyacá. La depresión se evaluó con el Cuestionario de Depresión de Beck, y se clasificó en cuatro niveles: ausente, leve, moderada y grave. La prevalencia de depresión fue del 40.29%. Entre los factores protectores se encontraron: tener apoyo familiar (RP: 0.36; IC 95%: 0.29–0.45), pareja (RP: 0.31; IC 95%: 0.23–0.42), empleo (RP: 0.47; IC 95%: 0.16–0.59) y buena atención en salud (RP: 0.49; IC 95%: 0.36–0.66). Por el contrario, los factores de riesgo incluyeron: edad mayor a 50 años (RP: 4.25;

IC 95%: 2.91–6.22), más de 24 meses en diálisis (RP: 5.67; IC 95%: 1.89–16.96), diabetes mellitus (RP: 2.11; IC 95%: 1.48–3.01) y EPOC (RP: 2.85; IC 95%: 2.09–3.89). El estudio concluyó que la depresión es frecuente en pacientes con ERCA, y recomendó fortalecer el apoyo psicosocial y monitorear la salud mental como parte del manejo integral⁽²⁷⁾.

Annia Cristina Amador, Nahala Fahed Aborashed, Ledmar Jovanny Vargas, Darwin Jhoan Ariza y Lina Berenice Sierra (Colombia, 2020), en su estudio denominado “Prevalencia y factores asociados a la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en dos unidades de diálisis de Boyacá, Colombia”, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento dialítico. Se realizó un estudio cuantitativo y analítico con 225 pacientes reclutados por conveniencia. La ansiedad se evaluó mediante la escala de ansiedad de Hamilton (rango 0-56), encontrándose una prevalencia del 41.33%, con 64 pacientes con ansiedad leve y 29 con ansiedad severa. Entre los factores protectores destacan: tener pareja (RP 0.23; IC 95%: 0.17-0.31), contar con apoyo familiar (RP 0.42; IC 95%: 0.29-0.60), estar empleado (RP 0.56; IC 95%: 0.33-0.93) y satisfacción con la atención en salud (RP 0.69; IC 95%: 0.48-0.94). Los factores de riesgo más importantes fueron: tiempo en diálisis \geq 24 meses (RP 2.73; IC 95%: 1.42-5.22), hemodiálisis frente a diálisis peritoneal (RP 2.92; IC 95%: 1.71-4.99), presencia de EPOC (RP 3.19; IC 95%: 2.53-4.03), diabetes mellitus (RP 3.23; IC 95%: 2.30-4.52), antecedentes familiares de enfermedad renal (RP 3.58; IC 95%: 2.46-5.22), ser mujer (RP 4.46; IC 95%: 2.07-9.62) y edad mayor a 50 años (RP 4.73; IC 95%: 3.24-6.91). Los autores concluyeron que la ansiedad es muy frecuente en pacientes con ERC y está estrechamente vinculada a factores clínicos y sociodemográficos, subrayando la necesidad de implementar estrategias de apoyo psicológico dirigidas a los grupos más vulnerables⁽²⁸⁾.

1.2.2. Nacionales

Palomino Guerra, Guimel Xoicy (Perú – 2023, Universidad Privada de Tacna), en su estudio titulado “Factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en centros de

hemodiálisis del departamento de Tacna durante el año 2022-2023", tuvo como objetivo determinar los factores relacionados con la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. El estudio fue de tipo observacional, analítico y de corte transversal, realizado en la Clínica del Riñón y el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud. Se aplicó el cuestionario Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) para evaluar ansiedad y depresión, complementándose con datos clínicos obtenidos de historias médicas. Entre los principales resultados, el 43 % de los pacientes presentó ansiedad y el 65,2 % depresión. La mayoría fueron de sexo femenino (47,3 %), adultos mayores (45,4 %), con pareja (69,6 %), sin empleo (69,1 %) y residentes en zona urbana (94,7 %). El 62,8 % tenía fistula arteriovenosa como acceso vascular y una mediana de 3,5 años en hemodiálisis. Los factores asociados a una menor prevalencia de ansiedad fueron el sexo masculino, el diagnóstico de cáncer, la positividad a hepatitis C y el uso de hierro; mientras que padecer una enfermedad autoinmune incrementó su frecuencia. En cuanto a la depresión, se observó una reducción en pacientes con enfermedad ateroesclerótica o cáncer, positivos a hepatitis C, con niveles adecuados de albúmina o que recibían hierro. El estudio concluye resaltando la alta prevalencia de ansiedad y depresión en esta población, así como la influencia de factores clínicos específicos en su disminución o incremento, subrayando la necesidad de un enfoque integral en la atención de pacientes hemodializados⁽²⁹⁾.

Caso De La O A. (Perú – 2023, Universidad Peruana Cayetano Heredia) , estudio titulado "Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis" ; cuyo objetivo fue caracterizar la evidencia científica sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal sometidos a hemodiálisis. El estudio fue una revisión bibliográfica retrospectiva y cuantitativa, realizada en bases de datos de alto impacto como PubMed, Scielo y Scopus, seleccionándose 25 artículos científicos publicados principalmente entre los años 2021 y 2022. Los artículos incluidos abordaron la presencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos con tratamiento de hemodiálisis, identificándose que la prevalencia de ansiedad osciló entre el 30 % y el 39 %, mientras que la depresión se

presentó entre el 40 % y el 49 %. Los países con mayor número de publicaciones fueron España y China. Entre las estrategias más mencionadas para el manejo de estos trastornos destacó el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería especializado en hemodiálisis, considerado un elemento clave en la atención integral. Los autores concluyeron que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, enfatizando la importancia del rol del profesional en apoyo emocional tanto para los pacientes como para sus familias⁽¹⁴⁾.

Ramos Paucar, Leydy Shirley (Perú – 2024, Universidad Andina del Cusco), en su estudio titulado “Depresión y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica, EsSalud, Cusco – Perú, 2024”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, correlacional, transversal y prospectivo. Se aplicaron dos instrumentos: el Cuestionario de Depresión de Beck-II y el cuestionario de adherencia SMAN, en una muestra de 163 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento ($\rho = -0.513$; $p < 0.001$), indicando que a mayor depresión, menor adherencia, y viceversa. El 39,2 % de los pacientes presentó depresión leve, mientras que el 83,4 % mostró muy buena adherencia. Además, el 65 % fueron hombres, el 57,1 % mayores de 60 años y el 36,2 % tenía entre 1 y 5 años en tratamiento de hemodiálisis. El estudio concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, destacando que, pese a la presencia de síntomas depresivos, la mayoría de pacientes mantiene una adecuada adherencia terapéutica⁽¹⁸⁾.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en hospitales del Cusco, 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la principal característica sociodemográfica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la principal característica sociodemográfica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la principal característica clínica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la principal característica clínica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la principal característica sociodemográfica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.
- Detectar la principal característica sociodemográfica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.
- Distinguir la principal característica clínica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.
- Determinar la principal característica clínica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La enfermedad renal crónica terminal obliga a los pacientes a someterse a tratamientos extenuantes de hemodiálisis, que no solo deterioran su estado físico, sino también afectan significativamente su bienestar emocional, psicológico y social. Trastornos como la depresión y la ansiedad, aunque frecuentes, suelen estar relegados, lo que agrava el pronóstico clínico y reduce la calidad de vida de quienes viven con esta condición. Esta problemática en los pacientes

hemodializados ha sido poco investigada desde una perspectiva que contemple las particularidades socioeconómicas y las desigualdades en el acceso a la salud que caracterizan a la región del Cusco.

Este estudio adquiere especial relevancia al permitir una comparación entre pacientes atendidos en hospitales de EsSalud y del Ministerio de Salud (MINSA), cuyas diferencias estructurales, organizativas y de recursos generan niveles de atención dispares. Evaluar cómo estas diferencias influyen en la prevalencia y severidad de los síntomas depresivos y ansiosos resulta fundamental para identificar brechas en la atención y plantear estrategias de mejora específicas.

Se busca abordar un análisis diferenciado de variables clínicas y sociales relevantes entre hospitales. En el ámbito clínico-hospitalario, se evaluarán aspectos como la adherencia al tratamiento, el tipo de acceso vascular, la incidencia de hipotensión intradialítica, los niveles de hemoglobina, el número de hospitalizaciones previas y la disponibilidad de apoyo emocional institucional. Estos indicadores permitirán no solo explorar su asociación con los trastornos psicológicos, sino también medir la calidad de atención integral que reciben los pacientes. Del mismo modo, se analizarán factores sociales clave como el nivel educativo, la situación laboral, la sustentación económica y la presencia de redes de apoyo familiar o de amistades. Estos elementos influyen directamente en la adherencia al tratamiento y en el afrontamiento emocional de la enfermedad, por lo que su análisis es crucial para comprender la experiencia del paciente desde un enfoque integral.

Estos análisis permiten identificar cómo dichas variables influyen en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos, evidenciando desigualdades entre establecimientos de salud. Los hallazgos ofrecen una visión integral de las brechas en la atención y orientan estrategias para fortalecer la calidad del cuidado, promover la equidad y consolidar la integración de la salud mental en el manejo de la enfermedad renal crónica en el Cusco.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante tener en cuenta las múltiples limitaciones metodológicas del presente estudio. En primer lugar, dado que los datos se recopilan en un único momento, su diseño transversal impide evaluar la progresión de los síntomas a lo

largo del tiempo o establecer relaciones causales. Asimismo, el proceso de recolección de datos a cargo de colaboradores podría dar lugar a errores en el registro de la información, generando un sesgo del investigador. Para mitigar esta situación, se planificará una capacitación previa con el objetivo de estandarizar los procedimientos y asegurar la calidad de los datos obtenidos.

Otro aspecto relevante es la posible falta de representatividad de la muestra, derivada de los criterios de inclusión y exclusión aplicados, lo que podría introducir un sesgo de selección. Para reducir este riesgo, se reforzará la claridad y pertinencia de dichos criterios durante el proceso de selección de participantes. Además, la presencia de registros clínicos incompletos o inconsistentes puede afectar la precisión del análisis, constituyendo un sesgo de información. Por esta razón, se utilizarán únicamente datos completos y se establecerá un control riguroso de calidad en la información recopilada.

Finalmente, existe la posibilidad de que los participantes no proporcionen respuestas totalmente veraces debido a factores como el estigma asociado a los trastornos mentales o la influencia de la deseabilidad social. Para contrarrestar esta limitación, se garantizará el anonimato y la confidencialidad de los datos, promoviendo un ambiente de confianza que favorezca respuestas honestas y precisas.

1.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se fundamenta en los principios éticos y deontológicos establecidos en el Informe Belmont y en la Declaración de Helsinki, actualizada en la 64^a Asamblea General en Fortaleza, Brasil. Su objetivo principal es garantizar el cumplimiento de los estándares bioéticos en la investigación médica con seres humanos, asegurando la protección de los participantes y la preservación de sus derechos, dignidad y salud. La información recopilada será utilizada únicamente con fines académicos. Los datos serán obtenidos de encuestas y se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Su bienestar será siempre la prioridad, y se tomarán precauciones adicionales para minimizar cualquier posible riesgo^(30,31).

2. CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Hemodiálisis

La hemodiálisis constituye un procedimiento terapéutico destinado a sustituir parcialmente la función excretora y depuradora de los riñones en pacientes que presentan enfermedad renal crónica o insuficiencia renal aguda. Este proceso implica la extracción extracorpórea de la sangre, la cual es conducida hacia un dispositivo denominado dializador o “riñón artificial”, donde se lleva a cabo la remoción de productos nitrogenados, toxinas urémicas, exceso de agua y desequilibrios electrolíticos tales como la urea y la creatinina. Posteriormente, la sangre depurada retorna al sistema circulatorio del paciente a través de una vía venosa, contribuyendo así al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base del organismo⁽³²⁾.

En condiciones fisiológicas normales, los riñones mantienen la homeostasis a través de la filtración glomerular y la reabsorción de sustancias esenciales. No obstante, una función renal deteriorada, acumula metabolitos tóxicos en el torrente sanguíneo, lo que resalta el papel crítico de la hemodiálisis en la preservación del equilibrio sistémico^(32,33). Este método, basado en los principios de difusión y ultrafiltración, se aplica habitualmente tres veces por semana. Según las necesidades terapéuticas del paciente, con una duración de sesión de entre tres y cinco horas⁽³⁴⁾.

La hemodiálisis se indica principalmente en la enfermedad renal crónica en etapa terminal estadio 5 ($TFG < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$), donde la función renal se encuentra gravemente deteriorada⁽³⁵⁾; así mismo, cuando el trasplante no constituye una opción terapéutica viable⁽³⁴⁾. Además, está indicada en casos de insuficiencia renal aguda para corregir alteraciones electrolíticas graves, como la hipertotasemia, o en intoxicaciones por sustancias dializables que pueden eliminarse mediante este procedimiento⁽³⁶⁾.

Si bien es un tratamiento vital, puede asociarse a complicaciones como hipotensión por eliminación excesiva de líquidos, calambres musculares⁽³⁷⁾, infecciones del acceso vascular con riesgo de sepsis, anemia por disminución

de eritropoyetina y enfermedad ósea renal secundaria a alteraciones en el metabolismo del calcio y el fósforo^(34,38).

Los avances tecnológicos han mejorado la hemodiálisis con el desarrollo de riñones artificiales portátiles, que brindan mayor autonomía al paciente⁽³⁹⁾, o el monitoreo remoto en tiempo real para detectar complicaciones tempranas, sin embargo las complicaciones continúan siendo un reto médico⁽⁴⁰⁾.

Desde el ámbito psicosocial, la hemodiálisis puede generar estrés, ansiedad y depresión debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, constituyendo complicaciones de las cuales no se habla con frecuencia. Además, la prolongada duración de las sesiones interfiere con las actividades laborales, académicas y sociales, afectando las relaciones interpersonales. A ello se suma la carga económica del tratamiento, que puede comprometer la estabilidad financiera y el bienestar general del paciente⁽⁴¹⁾.

2.1.2. Depresión

2.1.2.1. Concepto

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una profunda angustia emocional que afecta de manera significativa diversos ámbitos de la vida. La clínica habitual incluye tristeza persistente, pérdida de interés en actividades habituales, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas. La variabilidad en su presentación según la edad, el sexo y las circunstancias personales resalta la importancia de un enfoque terapéutico individualizado^(42,43).

2.1.2.2. Fisiopatología

Biológicamente, la depresión se entiende actualmente como una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja que involucra alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino e inmunológico. Su origen responde a la interacción entre una predisposición genética y sucesos vitales adversos, como el trauma o abuso infantil, que generan cambios neurobiológicos persistentes. Estos generan una hiperactividad del sistema liberador de corticotropina, un aumento elevado y sostenido de cortisol en la sangre y una respuesta exagerada frente al estrés. Todo ello

incrementa la vulnerabilidad para desarrollar y recaer en trastornos depresivos y de ansiedad. La Figura 1 muestra el modelo integrado que explica la neurobiología de la depresión⁽⁴⁴⁾.

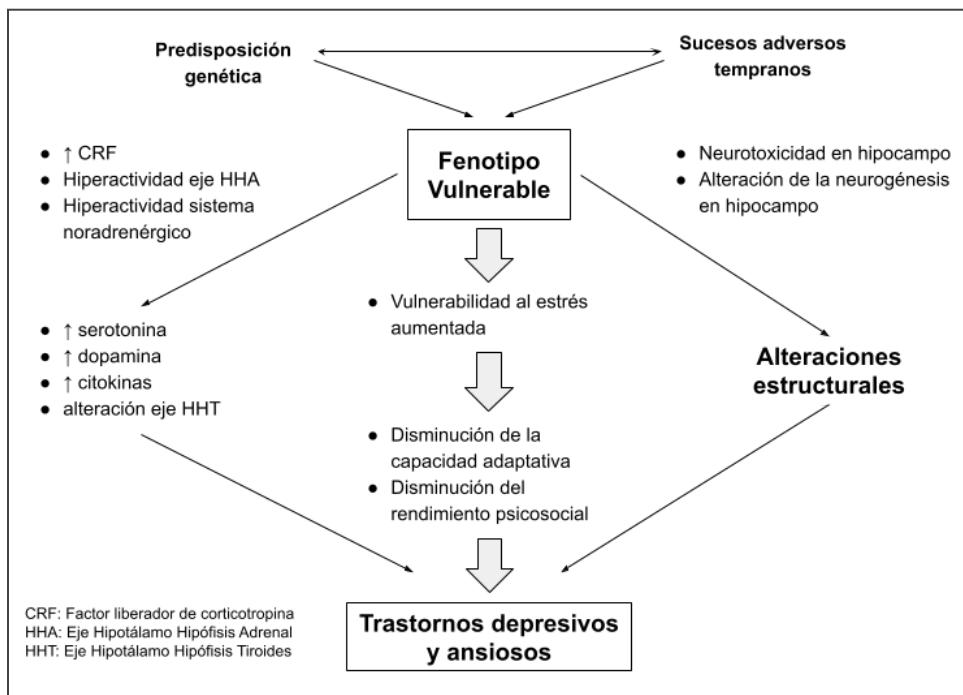


Figura 1. *Modelo integrado de la neurobiología de los trastornos depresivos y ansiosos, extraído de: Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2002;40(Supl 1):9-20.*

Genéticamente, ciertas variaciones pueden predisponer al trastorno. Así mismo, en el ámbito psicosocial, factores como el estrés prolongado, las dificultades económicas, el desempleo, la falta de apoyo social, los cambios en el estilo de vida y el envejecimiento en pacientes con enfermedades crónicas aumentan el riesgo de depresión, sin embargo su impacto individual no se comprende con total claridad^(43,45).

2.1.2.3. Clasificación

El DSM-5 clasifica los trastornos depresivos como condiciones caracterizadas por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la funcionalidad del individuo. Dentro de esta categoría, se incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA), el trastorno de depresión mayor (TDM), el trastorno depresivo persistente o distimia (TDP), el trastorno disfórico premenstrual (TDPm), el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos (TDISM), el trastorno

depresivo debido a otra afección médica (TDAAM), otro trastorno depresivo especificado (OTDE) y otro trastorno depresivo no especificado (OTDNE). Si bien todos comparten la presencia de síntomas depresivos, cada uno se distingue por su duración, presentación clínica y posibles factores desencadenantes⁽⁴⁶⁾.

2.1.2.4. Manifestaciones clínicas

El trastorno depresivo se manifiesta por un estado de ánimo persistentemente bajo, pérdida de interés o placer en actividades habituales y disminución significativa de la energía. Los pacientes suelen presentar fatiga intensa, dificultades cognitivas, sentimientos de culpa e incluso ideación suicida. Además, son comunes las alteraciones del sueño y del apetito, que pueden expresarse como insomnio o hipersomnia y cambios notables en el peso corporal⁽⁴⁵⁾.

2.1.2.5. Fases evolutivas

La depresión sigue una evolución en tres fases distintas:

- **Fase prodrómica:** caracterizada por síntomas tempranos como la ansiedad o alteraciones leves del estado de ánimo, que preceden al episodio depresivo completo. No son tan intensos
- **Fase sindrómica:** representa la fase activa del trastorno, con síntomas depresivos en su punto máximo, afectando de manera significativa la capacidad del individuo para funcionar en su vida diaria, interfiriendo gravemente con las actividades cotidianas.
- **Fase posdrómica:** caracterizada por síntomas residuales que permanecen incluso después de que el episodio depresivo haya remitido. Suelen ser leves, pero pueden predisponer a recaídas en el futuro^(43,47).

2.1.2.6. Diagnóstico

La evaluación de la depresión se basa en un examen clínico integral que considera los síntomas, antecedentes médicos y pruebas psicológicas. De acuerdo con el DSM-5, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere la presencia de al menos cinco síntomas característicos durante un mínimo de dos semanas, siendo esencial que uno de ellos sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en actividades habituales⁽⁴⁶⁾.

El diagnóstico de depresión exige descartar enfermedades médicas subyacentes como anemia o hipotiroidismo, y evaluar el consumo de sustancias que puedan producir síntomas similares. También es fundamental diferenciarla de otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, y valorar el riesgo suicida, elemento clave para definir la estrategia terapéutica^(48,49).

Aunque no existen pruebas de laboratorio específicas para este diagnóstico, se emplean instrumentos estandarizados como el Inventory de Depresión de Beck y el Patient Health Questionnaire-9 para evaluar la intensidad y evolución de los síntomas. No obstante, estas escalas deben complementarse con una entrevista clínica detallada y una valoración integral del contexto psicosocial del paciente⁽⁵⁰⁾.

2.1.2.7. Tratamiento

El tratamiento debe ajustarse a la gravedad del cuadro clínico. En casos leves, se prioriza intervenciones psicosociales como psicoeducación, resolución de problemas y ejercicio físico, evitando el uso rutinario de fármacos. En depresión moderada o severa, se recomienda un abordaje integral que combine terapia psicológica (especialmente cognitivo-conductual y de activación conductual) con tratamiento farmacológico, siendo los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) la primera elección. En casos resistentes, pueden emplearse terapia electroconvulsiva o potenciación farmacológica con antipsicóticos como olanzapina o quetiapina. Además, es esencial tratar las comorbilidades y mantener un enfoque terapéutico individualizado y monitoreo continuo^(51,52).

2.1.3. Ansiedad

2.1.3.1. Concepto

La ansiedad es una respuesta emocional natural y adaptativa ante situaciones nuevas, intensas o amenazantes^(42,51), cuya función principal es proteger al organismo activando un mecanismo de alerta que involucra el sistema nervioso central y periférico, generando respuestas de lucha, huida o inmovilización⁽⁵¹⁾. Sin embargo, cuando la respuesta es excesiva, desproporcionada o persistente, se convierte en ansiedad patológica, que

interfiere con la vida diaria y se manifiesta a nivel cognitivo (preocupación y temor), conductual (hiperactividad o evitación) y fisiológico (taquicardia e hiperventilación)^(53,54).

2.1.3.2. Fisiopatología

Los trastornos de ansiedad resultan de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, incluyendo predisposición genética, experiencias traumáticas y entorno. Rasgos como la inhibición conductual pueden ser hereditarios, mientras que la ansiedad social y la evitación suelen originarse por modelado parental o vivencias adversas, aunque en algunos casos surgen sin causa aparente⁽⁵⁵⁾.

A nivel fisiológico, los trastornos de ansiedad se relacionan con desequilibrios neuroquímicos, como la reducción de GABA y serotonina y el aumento de glutamato y noradrenalina, lo que genera síntomas físicos y emocionales. Las variaciones en la dopamina influyen en la motivación y el estrés. Estos mecanismos sustentan el uso de ISRS y moduladores del GABA en el tratamiento⁽⁵⁶⁾.

2.1.3.3. Clasificación

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) define los trastornos de ansiedad como condiciones caracterizadas por miedo o ansiedad excesivos y persistentes que afectan la funcionalidad diaria. Estos trastornos se clasifican en diversas categorías, entre las que destacan el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el mutismo selectivo (MS), la fobia específica (FE), la agorafobia (AG), el trastorno de ansiedad social (TASo), el trastorno de pánico (TP), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos (TAISM) y el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (TAAM). Aunque comparten síntomas en común, cada uno presenta manifestaciones particulares que los distinguen y pueden interferir de manera diferente en la vida cotidiana⁽⁴⁶⁾.

2.1.3.4. Manifestaciones clínicas

Los trastornos de ansiedad comprenden manifestaciones emocionales, fisiológicas y cognitivas que afectan significativamente el bienestar general,

afectando el ámbito laboral, las relaciones interpersonales y la vida social. Desde el punto de vista emocional, los más comunes son el miedo persistente, preocupación excesiva y una percepción constante de amenaza, lo que interfiere en la vida diaria⁽⁵³⁾. Dentro de las físicas, que suelen persistir aun en ausencia de amenazas reales tenemos la taquicardia, sudoración, temblores, tensión muscular, fatiga y alteraciones del sueño, como insomnio o cansancio persistente⁽⁵⁷⁾. En el ámbito cognitivo, los individuos pueden experimentar pensamientos intrusivos, dificultad para concentrarse y un estado constante de hipervigilancia^(53,57).

2.1.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico puede ser complejo, principalmente al recopilar la historia clínica⁽⁵⁴⁾. Se basa en los síntomas reportados por el paciente y los criterios del DSM-5 y CIE-10, que la definen como una preocupación excesiva e incontrolable por al menos seis meses, con impacto significativo en la vida diaria. Se considera además la duración y severidad de los síntomas, apoyándose en autoevaluaciones y herramientas clínicas⁽⁵³⁾.

2.1.3.6. Tratamiento

El tratamiento debe personalizarse según la gravedad de los síntomas, comorbilidades, duración y respuesta previa. A corto plazo, se busca controlar los síntomas y, a largo plazo, lograr la remisión completa⁽⁴²⁾.

Existen dos modalidades principales: la terapia psicológica y el tratamiento farmacológico. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es eficaz para modificar pensamientos y conductas ansiosas, y las terapias de exposición ayudan a enfrentar gradualmente las situaciones que causan miedo⁽⁵⁸⁾. Por otro lado, el tratamiento farmacológico incluye antidepresivos, como los ISRS y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), son la primera opción por su eficacia y tolerancia^(51,58). Las benzodiacepinas, son efectivas para el alivio rápido de síntomas, pero su uso debe ser corto debido a su riesgo de dependencia⁽⁵⁸⁾. En cuanto al manejo combinado, estudios sugieren que la combinación de TCC y tratamiento farmacológico puede ser beneficiosa en casos severos o cuando no se obtiene respuesta satisfactoria con una sola modalidad^(51,58). Asimismo, se han evaluado otras opciones farmacológicas, como la

pregabalina y la quetiapina, que muestran eficacia en casos específicos, aunque deben considerarse sus posibles efectos adversos⁽⁵¹⁾.

2.1.4. Factores asociados

La ansiedad y la depresión en pacientes en hemodiálisis están vinculadas a una serie de condiciones que podrían afectar su salud mental de manera directa o indirecta. Estos abarcan aspectos tanto sociodemográficos como clínicos, permitiendo una visión integral del paciente en tratamiento dialítico⁽⁵⁹⁾.

2.1.4.1. Factores sociodemográficos

Se refiere a las características personales y contextuales del paciente que pueden influir en su estado emocional. Son importantes porque determinan aspectos estructurales de la vida del individuo que condicionan su respuesta frente a la enfermedad y el tratamiento como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, y otros; los cuales juegan un papel clave en su estado emocional y en cómo enfrenta la enfermedad⁽⁶⁰⁾.

2.1.4.2. Factores clínicos

Se relacionan con las características propias del tratamiento dialítico y antecedentes de salud mental. Son relevantes porque pueden generar desgaste emocional o revivir condiciones psiquiátricas previas. En el marco de la investigación se incluyeron: el tipo de acceso vascular, el dolor habitual en el acceso vascular, hipotensión intradialítica, etc. Estos elementos son esenciales para la salud emocional del paciente y su capacidad para manejar su condición⁽⁵⁹⁾.

2.1.5. Ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis

Diversas investigaciones han documentado una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes hemodializados, con tasas de depresión que alcanzan hasta el 68% y ansiedad en un rango del 25% al 41.79%^(61,62). Estos valores superan significativamente los registrados en la población general, lo que resalta la considerable carga emocional asociada a la ERC y su manejo terapéutico⁽⁶³⁾.

En relación con los factores sociodemográficos, la edad menor de 50 años se asoció significativamente con una menor probabilidad de presentar depresión (OR = 0.276; IC 95 %: 0.097–0.784) y la ansiedad (OR = 0.24; IC 95 %:

0.082–0.703), lo que implica que los pacientes de 50 años o más tienen un mayor riesgo de desarrollar estos trastornos⁽⁶⁴⁾. Al igual que el sexo femenino se asocio de manera consistente con un mayor riesgo de desarrollar ansiedad (RP = 4.46; IC 95%: 2.07–9.62)⁽²⁸⁾ y depresión (RP = 2.10; p = 0.01)⁽⁶⁵⁾. Asimismo, el estado civil sin pareja (soltero, divorciado o viudo) se identificó como un determinante relevante, ya que los pacientes sin pareja mostraron un riesgo significativamente mayor de ansiedad (OR: 94.08; IC: IC 95 %: 21.9–403.6)⁽²⁸⁾ y de depresión (OR: 12.45; IC: IC 95 %: 5.7–27.2)⁽²⁷⁾. Por otro lado, un nivel educativo de secundaria o menor fue un factor de riesgo a comparación de licenciatura o superior (OR = 0.534, IC 95%: 0.330 -- 0.864, p < 0.05)⁽⁶⁶⁾. De igual manera, la residencia en zonas rurales se vinculó con un mayor riesgo de ansiedad (PR: 2.06, IC 95%: 1.29–3.30) y depresión (PR: 1.59, IC 95%: 1.27–2.00)⁽²³⁾. El desempleo o la desocupación se ha asociado tanto a la ansiedad (OR: 3.19; IC 95%: 1.67 -- 6.07)⁽²⁷⁾, como a depresión (p=0.007)⁽²²⁾. En cuanto a la situación económica, un ingreso mensual bajo representó un factor de riesgo importante, con un OR de 4.223 (IC 95%: 2.045–8.720) para ansiedad y 3.562 (IC 95%: 1.625–7.809) para depresión⁽²⁸⁾. Respecto al lugar de residencia, aquellos que viven fuera de la ciudad donde se realiza la hemodiálisis enfrentan problemas como restricciones de transporte, las cuales se han asociado significativamente con un mayor riesgo de depresión. Por ejemplo, quienes no usan coche y carecen de transporte cercano presentan un mayor riesgo (OR: 1.983; IC 95 %: 1.348–2.919)⁽⁶⁶⁾. Del mismo modo, se vio que un factor de riesgo es la falta de una red de apoyo. Se vio que los pacientes con apoyo familiar reducía el riesgo de depresión (RP: 0.36, IC 95%: 0.29-0.45)⁽²⁷⁾ y ansiedad (RP 0.42, IC 95%: 0.29 - 0.60, p < 0.05)⁽²⁸⁾.

Respecto a los factores clínicos, el dolor en el acceso vascular se ha asociado a la depresión, como lo demuestra un estudio previo que reportó OR: 2.34 (IC 95 %: 1.09–5.01)⁽²³⁾. Además, el uso de accesos vasculares distintos a la fistula arteriovenosa, como catéteres, se relacionó con un mayor riesgo de ansiedad (OR: 2.989; IC 95 %: 1.118–7.989) y depresión (OR: 3.014; IC 95 %: 1.132–8.020)⁽⁶⁴⁾. En cuanto a la discapacidad, se ha encontrado una alta prevalencia de depresión entre pacientes con lesión medular espinal⁽⁶⁷⁾. Asimismo, personas con otros tipos de discapacidad, como pérdida auditiva,

también presentaron mayores probabilidades de sufrir depresión (OR: 2.16; IC 95 %: 1.05–4.44) y ansiedad (OR: 2.62; IC 95 %: 1.21–5.67)⁽⁶⁸⁾. En relación con la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, se pudo observar en un estudio parecido que los síntomas depresivos están asociados en este caso a un bajo cumplimiento de las restricciones dietéticas y de líquidos. En particular, se observó una asociación con la restricción de líquidos (OR: 2.7; $p = 0.002$) y la selección dietética (OR: 2.5; $p = 0.0067$); además, la severidad de los síntomas depresivos mostró una correlación positiva con la mala adherencia⁽⁶⁹⁾. También se identificó que una mayor frecuencia de síntomas intradialíticos, como la hipotensión, se asocia a mayores alteraciones de salud mental en el análisis multivariado (OR: 1.30; IC 95 %: 1.3–1.39; $p < 0.001$)⁽⁷⁰⁾. En relación con las hospitalizaciones previas, se observó que en pacientes con enfermedades crónicas como la EPOC, la frecuencia de hospitalizaciones se correlaciona positivamente con niveles más elevados de ansiedad y depresión ($r = 0.654$; $p < 0.001$)⁽⁷¹⁾. Asimismo, los pacientes que reciben apoyo emocional intrahospitalario mostraron una menor prevalencia de depresión y ansiedad, destacando la eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir estos síntomas⁽⁷²⁾. Finalmente, la satisfacción con la atención recibida también influye en la salud mental. Se ha encontrado que una mayor satisfacción con el servicio brindado se asocia con una menor probabilidad de presentar ansiedad (OR: 0,69; IC 95 %: 0,48–0,94)⁽²⁸⁾, lo que resalta la importancia de la calidad de la atención en el bienestar emocional del paciente.

Los trastornos emocionales afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, ya que la ansiedad y la depresión reducen la adherencia al tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones y mortalidad^(34,73). Estos trastornos también se asocian con mayores tasas de hospitalización y un deterioro clínico general⁽⁷³⁾. La hemodiálisis genera sentimientos de desesperanza e impotencia debido a su carácter crónico y los efectos secundarios de la terapia⁽⁶³⁾, lo que puede afectar la autoeficacia del paciente y su capacidad de afrontamiento.

2.1.6. Instrumentos para la Evaluación

2.1.6.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), creado por Aaron T. Beck en 1961, es una herramienta confiable y válida para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en las dos semanas previas. Cuenta con versiones adaptadas como el BDI-FS, útil en pacientes con enfermedades físicas, y el BDI-II, alineado con el DSM-IV. Su puntuación total (0–63) se clasifica en leve (14–19), moderada (20–28) y grave (29–63), aunque puede presentar limitaciones en personas con deterioro cognitivo y variaciones según el sexo⁽⁷⁴⁾. El BDI-II presenta alta consistencia interna (α de Cronbach: 0.83 - 0.96) y buena estabilidad temporal (test-retest: 0.73 -- 0.96), lo que respalda su confiabilidad y precisión en evaluaciones repetidas⁽⁷⁵⁾. Es ampliamente utilizado por su practicidad, confiabilidad y capacidad para cuantificar la severidad de los síntomas depresivos, siendo útil en estudios sobre factores asociados a la depresión sin requerir diagnóstico clínico. Además, en poblaciones clínicas como pacientes oncológicos, ha mostrado alta sensibilidad (87%) y especificidad (73%) con un punto de corte ≥ 14 , validando su utilidad diagnóstica⁽⁷⁶⁾.

En pacientes con enfermedad renal terminal, mostró alta validez diagnóstica frente a la SCID, con una sensibilidad del 88.9%, especificidad del 87.1%, VPP del 88.8% y VPN del 87.0%, estableciéndose un punto de corte óptimo de ≥ 16 para detectar depresión mayor⁽⁷⁷⁾.

2.1.6.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un cuestionario de 21 ítems desarrollado por Aaron T. Beck para evaluar la ansiedad en adultos y niños. Utiliza una escala de 0 a 3 que mide síntomas como temblores, sudoración y preocupación, clasificando la ansiedad en mínima (0–7), leve (8–15), moderada (16–25) y grave (26–63)⁽⁷⁸⁾. El BAI es más útil en trastornos con predominio fisiológico, como el trastorno de pánico, pero menos preciso en casos con alto componente cognitivo o conductual, como el TOC o la fobia social, ya que prioriza los síntomas físicos. Además, permite distinguir la ansiedad de la depresión⁽⁷⁹⁾. Desde el punto de vista psicométrico, presenta alta consistencia interna (alfa de Cronbach: 0.90–0.94) y buena estabilidad

temporal (test-retest: 0.75–0.93), lo que confirma su fiabilidad y validez para evaluaciones repetidas⁽⁷⁷⁾. Al igual que el BDI-II, el BAI ha mostrado alta eficacia diagnóstica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con un punto de corte ≥ 13 , una sensibilidad del 100%, especificidad del 85% y un área bajo la curva de 0.95, según su validación con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini⁽⁸⁰⁾.

2.1.6.3. Escala de Apoyo Familiar y de Amigos (AFA-R15)

González y Landero desarrollaron la Escala de Apoyo Familiar y de Amigos, una versión reducida de 15 ítems que evalúa la percepción del apoyo social según su origen (familiar o de amigos) y su calidad (satisfacción percibida). Validada por expertos, ha demostrado validez y fiabilidad en contextos clínicos y educativos⁽⁸¹⁾. Se compone de dos dimensiones: apoyo de amigos (7 ítems) y apoyo familiar (8 ítems). Su aplicación es rápida de cinco a seis minutos y permite clasificar el nivel de apoyo social percibido desde “sin apoyo” hasta “siempre apoyado”, donde mayores puntuaciones reflejan mayor respaldo social⁽⁸²⁾.

La AFA-R15 ha mostrado alta validez y confiabilidad, con un alfa de Cronbach entre 0.911 y 0.918 y un análisis factorial que explica el 74.19% de la varianza. Además, su correlación negativa con el estrés respalda su validez concurrente, confirmando su utilidad para medir el apoyo social en contextos clínicos y educativos^(81,82).

2.1.6.4. Cuestionario de Satisfacción del Paciente en su forma corta (PSQ-18)

El PSQ-18 es una versión abreviada del cuestionario original de 50 ítems, diseñada para evaluar la satisfacción del paciente en siete dimensiones: satisfacción general, calidad técnica, comunicación, trato interpersonal, aspectos financieros, tiempo del médico y accesibilidad. Presenta alta consistencia interna y una fuerte correlación con la versión completa, lo que respalda su validez y fiabilidad^(83–85). Es un cuestionario de 18 ítems con escala Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), adaptable a distintos contextos médicos. Algunos ítems negativos se invierten para una evaluación más precisa. La puntuación total (18–90) refleja el nivel de satisfacción, clasificándose en baja (18–42), moderada

(43–66) y alta (67–90), lo que permite identificar áreas de mejora en la atención y evaluar claramente la satisfacción del paciente^(86,87).

2.1.6.5. Escala de Morisky de 4 ítems (MMAS-4)

La MMAS-4 es una herramienta rápida y práctica para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Desarrollada por Donald Morisky, consta de 4 preguntas de respuesta sí/no, aplicables en menos de cinco minutos. Cada respuesta afirmativa suma 1 punto, clasificando la adherencia en alta (0), moderada (1–2) y baja (3–4). Presenta una fiabilidad moderada (α de Cronbach = 0.61) y es útil para identificar pacientes con baja adherencia y facilitar intervenciones clínicas oportunas⁽⁸⁸⁾.

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Ansiedad: Es un estado emocional de temor o malestar que puede volverse incapacitante si se convierte en un trastorno⁽⁸⁹⁾.
- Depresión: Síndrome de profunda tristeza y deterioro de funciones mentales, a veces con alteraciones autonómicas⁽⁹⁰⁾.
- Fallo renal crónico: Daño renal irreversible con filtración glomerular <15 ml/min y proteinuria elevada, requiere hemodiálisis o trasplante⁽⁹¹⁾.
- Hemodiálisis: Terapia de reemplazo, utilizada cuando los riñones no filtran adecuadamente la sangre⁽⁹²⁾.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis general

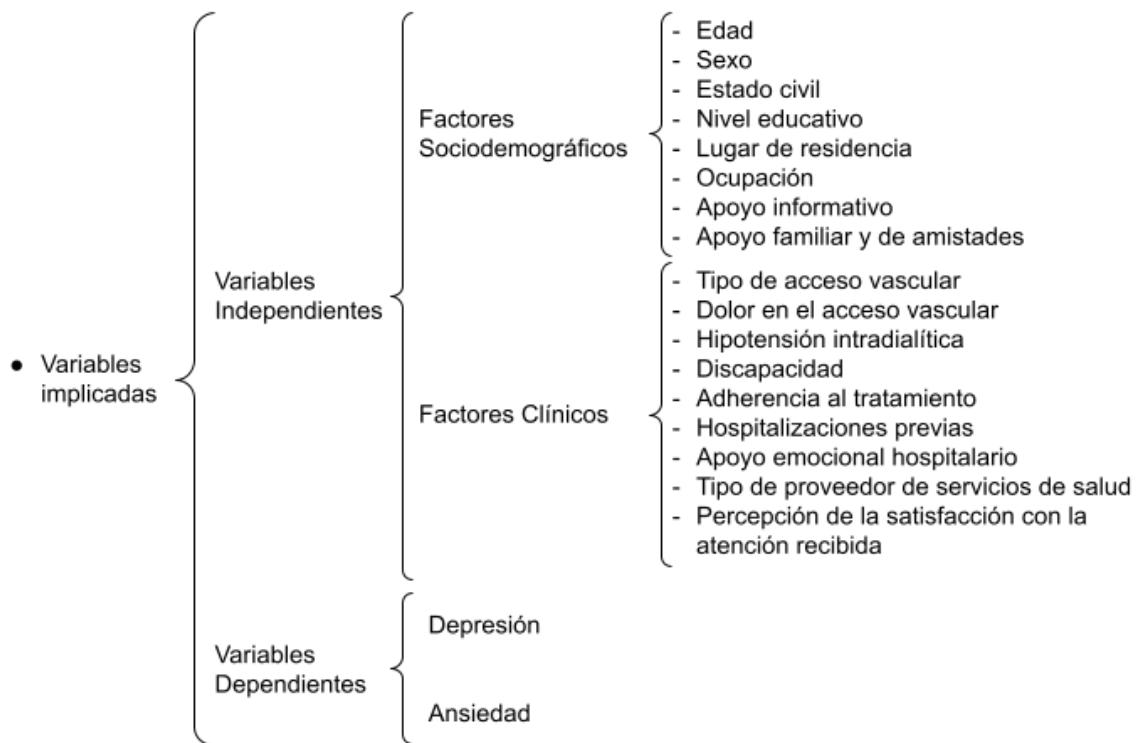
Los factores asociados a la depresión y ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025 son la ausencia de pareja, el dolor en el acceso vascular y la discapacidad.

2.3.2. Hipótesis específicas

- La principal característica sociodemográfica de depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la ausencia de pareja.
- La principal característica sociodemográfica de ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la ausencia de pareja.

- La principal característica clínica de depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es el dolor en el acceso vascular.
- La principal característica clínica de ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la discapacidad.

2.4. VARIABLES



2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	DEFINICIÓN (DECS/MESH)	DIMENSIONES O DOMINIOS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO/PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VARIABLES DEPENDIENTES									
Ansiedad	Condición emocional, que puede volverse incapacitante cuando se convierte en un trastorno, se caracteriza por sensaciones de temor, aprensión o malestar ⁽⁸⁹⁾ .	NA	Síntomas psíquicos y somáticos.	Categórica	Ordinal	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Se estructura en un cuadro compuesto por 21 ítems. La puntuación total permite categorizar en dos niveles: ansiedad ausente o mínima (0-5) y presencia de algún grado de ansiedad (6-63).	18	Nivel de ansiedad medido mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), categorizado según puntaje total en: ausente o mínima (0-5) y ansiedad (6-63), según respuesta del paciente.
Depresión	Síndrome caracterizado por tristeza extrema y un deterioro en las funciones mentales, ocasionalmente acompañado de alteraciones autonómicas ⁽⁹⁰⁾ .	NA	Estado afectivo, cambios en conducta.	Categórica	Ordinal	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	Se organiza en un cuadro formado por 21 ítems. La puntuación total permite clasificar la depresión en dos niveles: ausente (0-13) o con algún grado presente (14-63).	19	Nivel de depresión medido mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), categorizado según puntaje total en: ausente (0-13) o depresión (14-63).
VARIABLES INDEPENDIENTES									
Edad	La duración de la vida de un ser humano, algunos animales o plantas ⁽⁹³⁾ .	Factores Socio-demográficos	Años cumplidos.	Numérica	Discreta	Ficha de recolección de datos	Edad: _____ años	1	Tiempo de vida en años consignado en el DNI.
Sexo	Estado orgánico de las plantas y los animales, ya sean masculinos o femeninos ⁽⁹⁴⁾ .		Sexo biológico al cual pertenece.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	2	Sexo expresado como femenino o masculino consignado en el DNI.
Estado civil	El estatus legal de una persona, que define sus derechos y obligaciones, está documentado en el registro civil y está relacionado con su filiación o matrimonio ⁽⁹⁵⁾ .		Situación legal actual.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	3	Estado civil agrupado en dos categorías: "Con pareja" y "Sin pareja" de acuerdo a la respuesta registrada en la ficha de recolección de datos.
Nivel educativo	El nivel más alto de educación, ya sea completado o no ⁽⁹⁶⁾ .		Formación académica alcanzada.	Categórica	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Analfabeto (Sin estudios) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior (universitario o técnico)	4	El nivel educativo categorizado como analfabeto (sin estudios), primaria, secundaria y superior (universitario o técnico), registrado en la ficha de recolección de datos.

Lugar de residencia	Ubicación del hogar o residencia ⁽⁹⁷⁾ .		Ubicación del domicilio habitual.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Actualmente reside usted dentro de la ciudad del Cusco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5	Ubicación del hogar en zona urbana (dentro de la ciudad del Cusco) o rural (fuera de la ciudad del Cusco), registrado en la ficha de recolección de datos.
Ocupación	Actividad o trabajo que una persona realiza, ya sea un empleo remunerado o un quehacer no necesariamente remunerado ⁽⁹⁸⁾ .		Estado ocupacional del paciente.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su ocupación actual? (Puede ser una actividad remunerada o no remunerada) <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado (tiempo completo o medio tiempo) <input type="checkbox"/> Realizo actividades no remuneradas (como labores domésticas, voluntariado, etc.) <input type="checkbox"/> No me es posible realizar ninguna actividad actualmente	6	Estado ocupacional del paciente categorizado en: Con ocupación (trabajo remunerado o actividad no remunerada) y Sin ocupación, registrado en la ficha de recolección de datos.
Apoyo informativo	Información proporcionada sobre una enfermedad, tratamiento y cuidados requeridos ⁽⁹⁹⁾ .		Recepción de información clara sobre la enfermedad y el proceso de hemodiálisis.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Recibiste información clara de tu enfermedad y el proceso de la hemodiálisis, de forma que la comprendes bien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7	Percepción del paciente sobre haber recibido o no información clara y comprensible respecto a su enfermedad y la hemodiálisis, registradas en la ficha de recolección de datos.
Apoyo familiar y de amistades	Percepción del respaldo emocional, afectivo y práctico recibido por parte de la familia y los amigos ⁽¹⁰⁰⁾ .		Evaluación del apoyo familiar y de amistades mediante la escala AFA-R15	Categórica	Ordinal	AFA-R15	El instrumento consiste en un cuestionario de 15 ítems que miden la percepción del paciente con respecto al apoyo social recibido por parte de la familia y los amigos.	8	Apoyo familiar y amical evaluado mediante la escala AFA-R15, categorizado según puntaje total en: sin apoyo (0-15), casi nunca existe apoyo (16-30), algunas veces existe apoyo (31-45), muchas veces existe apoyo (46-60) y siempre existe apoyo (61-75), según respuesta del paciente.
Tipo de acceso vascular	Estructura creada o utilizada para permitir la conexión del paciente a la máquina de hemodiálisis y facilitar la filtración de la sangre ⁽¹⁰¹⁾ .	Factores Clínicos	Tipo de acceso para realizar hemodiálisis.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Qué tipo de acceso vascular tiene para el tratamiento de hemodiálisis? <input type="checkbox"/> Catéter temporal <input type="checkbox"/> Catéter permanente <input type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	9	Tipo de acceso utilizado para conectar al paciente a la máquina de hemodiálisis, registrado en la ficha de recolección de datos.
Dolor habitual en el acceso vascular	Incomodidad o sensibilidad aumentada en el área donde se conecta el acceso vascular ⁽¹⁰²⁾ .		Sensación de dolor en la zona del acceso vascular de forma habitual.	Categórica	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Te molesta o duele la zona donde tienes el acceso vascular cuando descansas o realizas tus actividades del día a día? Si es así, ¿qué tan intenso es ese dolor? <input type="checkbox"/> No duele <input type="checkbox"/> Bastante (moderado) <input type="checkbox"/> Un poco (leve) <input type="checkbox"/> Mucho (severo)	10	Dolor percibido por el paciente en el área del acceso vascular en reposo o durante las actividades diarias, clasificado en cuatro categorías: ausente, leve, moderado o severo; registrada en el instrumento de recolección de datos.

Hipotensión intradialítica	Disminución significativa de la presión arterial que ocurre durante o inmediatamente después de una sesión de hemodiálisis, frecuentemente acompañada de síntomas como mareo, confusión o palpitaciones ⁽¹⁰³⁾ .		Episodios de hipotensión arterial sintomática durante la hemodiálisis.	Categórica	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Cuántas veces en el último mes, durante o después de la hemodiálisis, ha sentido confusión o desorientación acompañada de debilidad y palpitaciones que incluso estuvieron relacionadas con una baja de presión arterial? <input type="checkbox"/> Nunca lo experimenté durante o después de la diálisis <input type="checkbox"/> Lo experimenté una vez <input type="checkbox"/> Lo experimenté 2 o más veces	11	Episodios de hipotensión intradialítica autoinformados por el paciente durante o después de las sesiones de hemodiálisis, acompañados de síntomas como confusión, debilidad y palpitaciones, registrados en el instrumento de recolección de datos. Categorizados en: No frecuente (nunca o 1 vez) y Frecuente (2 o más veces).
Discapacidad	La discapacidad es una condición permanente que afecta las capacidades físicas, sensoriales o intelectuales de una persona, limitando su participación plena en la sociedad ⁽¹⁰⁴⁾ .		Presencia de alguna limitación física o sensorial que interfiera en sus actividades diarias.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos / Historia clínica	¿Tiene usted alguna limitación física o sensorial (discapacidad) que afecte sus actividades diarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", indique el tipo: <input type="checkbox"/> Motora / movilidad <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____	12	Presencia de una o más limitaciones físicas o sensoriales que afectan las actividades diarias del paciente, declaradas por éste y consignadas como parte de sus condiciones personales en la historia clínica.
Adherencia al tratamiento hemodialítico	Cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas como la asistencia a sesiones ⁽¹⁰⁵⁾ .		Cumplimiento de indicaciones médicas	Categórica	Ordinal	MMAS-4	En cuanto a tu tratamiento de hemodiálisis indica si: ¿Alguna vez olvidas o no asistes a tus sesiones de hemodiálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Asistes a tus sesiones de hemodiálisis en los horarios indicados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuando te sientes mejor, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuando te sientes mal, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13	Adherencia al tratamiento evaluada mediante la escala MMAS-4, categorizada según puntaje total en: alta adherencia (sin puntos), adherencia intermedia (1 o 2 puntos) y baja adherencia (3 o 4 puntos), basada en las respuestas afirmativas del paciente a las cuatro preguntas del cuestionario.
Hospitalizaciones previas	Registro de las veces que el paciente ha sido ingresado en una institución de salud antes del momento de la evaluación ⁽¹⁰⁶⁾ .		Cantidad de hospitalizaciones	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	En lo que va del año (desde enero hasta la actualidad), ¿cuántas hospitalizaciones ha tenido?: _____	14	Presencia de hospitalizaciones previas durante el año, categorizada en "Sí" (1 o más hospitalizaciones) y "No" (ninguna hospitalización), registrado en la ficha de recolección de datos.

Apoyo emocional hospitalario	Percepción del paciente sobre el apoyo emocional recibido por parte del personal de salud del hospital ⁽¹⁰⁷⁾ .		Percepción de recibir apoyo emocional del personal de salud cuando es requerido.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Recibes apoyo emocional cuando lo necesitas por parte del personal de salud del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15	Percepción del paciente acerca de si recibe o no apoyo emocional por parte del personal de salud del hospital, consignadas en la ficha de recolección de datos.
Tipo de proveedor de servicios de salud	Sector del sistema de salud público al que pertenece el hospital donde se brinda atención médica ⁽¹⁰⁸⁾ .		Institución o red a cargo del establecimiento de salud.	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Dónde recibe su tratamiento de hemodiálisis actualmente?: <input type="checkbox"/> Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco o clínica asociada <input type="checkbox"/> Hospital Antonio Lorena <input type="checkbox"/> Hospital Regional del Cusco	16	Sector de salud registrado según el hospital donde recibe hemodiálisis el paciente: MINSA o EsSalud según la respuesta registrada.
Percepción de la satisfacción con la atención recibida	Percepción subjetiva sobre la calidad de la atención recibida, basada en su experiencia y expectativas ⁽¹⁰⁹⁾ .		Grado de satisfacción percibida por el paciente con la calidad de la atención médica recibida durante su tratamiento de hemodiálisis.	Categórica	Ordinal	PSQ-18	Se estructura en un cuestionario de 18 ítems que mide la satisfacción del paciente acerca de la accesibilidad, calidad técnica, trato interpersonal y aspectos financieros.	17	Nivel de satisfacción del paciente evaluado mediante el cuestionario PSQ-18, categorizado según punaje total en: baja satisfacción (18–42), satisfacción moderada (43–66) y alta satisfacción (67–90), según respuesta del paciente.

3. CAPITULO III

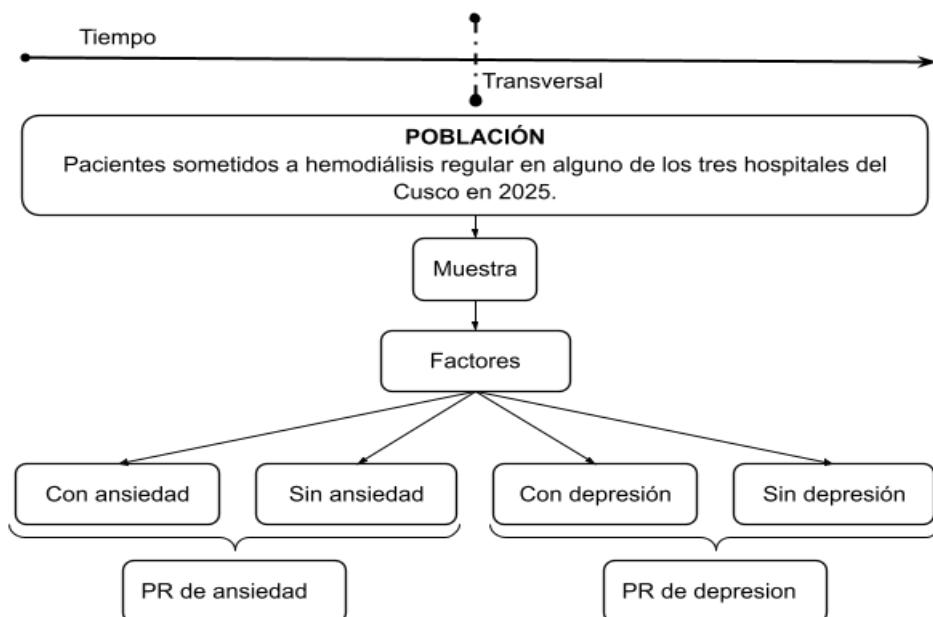
METODOS DE INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En general, hay dos corrientes principales: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo⁽¹¹⁰⁾. El estudio empleó un enfoque cuantitativo, caracterizado por la medición y análisis estadístico de variables numéricas y categóricas como edad, nivel educativo y antecedentes clínicos. El tipo de investigación o alcance del estudio se determina por los objetivos del investigador y la manera en que se combinan los distintos elementos del estudio⁽¹¹¹⁾. Este estudio tuvo un alcance correlacional, con el cual fue posible establecer correlaciones entre las variables de investigación y presentar evidencia sobre su influencia en la salud mental de los pacientes.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es la estrategia utilizada para recopilar información y responder a la pregunta de estudio⁽¹¹⁰⁾. Este estudio siguió un diseño observacional, dado que no se manipularon las condiciones de los participantes. Se centró en la observación y documentación del estado de salud mental de los pacientes sometidos a hemodiálisis sin influir en su situación clínica. Así mismo, con el propósito de establecer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis, así como examinar las variables relacionadas con dichos trastornos, esta investigación aplicó un diseño transversal analítico, recolectando la información en un único punto temporal⁽¹¹¹⁾.



3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Descripción de la población

Todos los pacientes con falla renal que reciben hemodiálisis de manera regular en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco y asociadas, Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco en el período del 16 de junio al 19 de julio del 2025 fueron incluidos en la población de estudio.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica y sometidos a hemodiálisis de manera regular.
- Pacientes que superen la edad de 18 años.
- Pacientes que brinden su consentimiento para ser parte de la investigación.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo severo o patologías neurodegenerativas diagnosticadas.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento psiquiátrico farmacológico activo por trastornos del estado de ánimo o ansiedad al momento de la evaluación.
- Pacientes que presentan limitaciones para establecer una comunicación efectiva (Afasia severa, trastornos neurodegenerativos avanzados, etc.).
- Pacientes que no completen adecuadamente la ficha de recolección de datos.

3.3.3. Muestra, tamaño de muestra y método de muestreo

Se solicitó a los servicios o unidades de hemodiálisis de los hospitales participantes una lista de pacientes que asisten con frecuencia a las sesiones de hemodiálisis con el fin de realizar la selección de la muestra. A partir de esta lista, y utilizando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, se eligió la población de investigación.

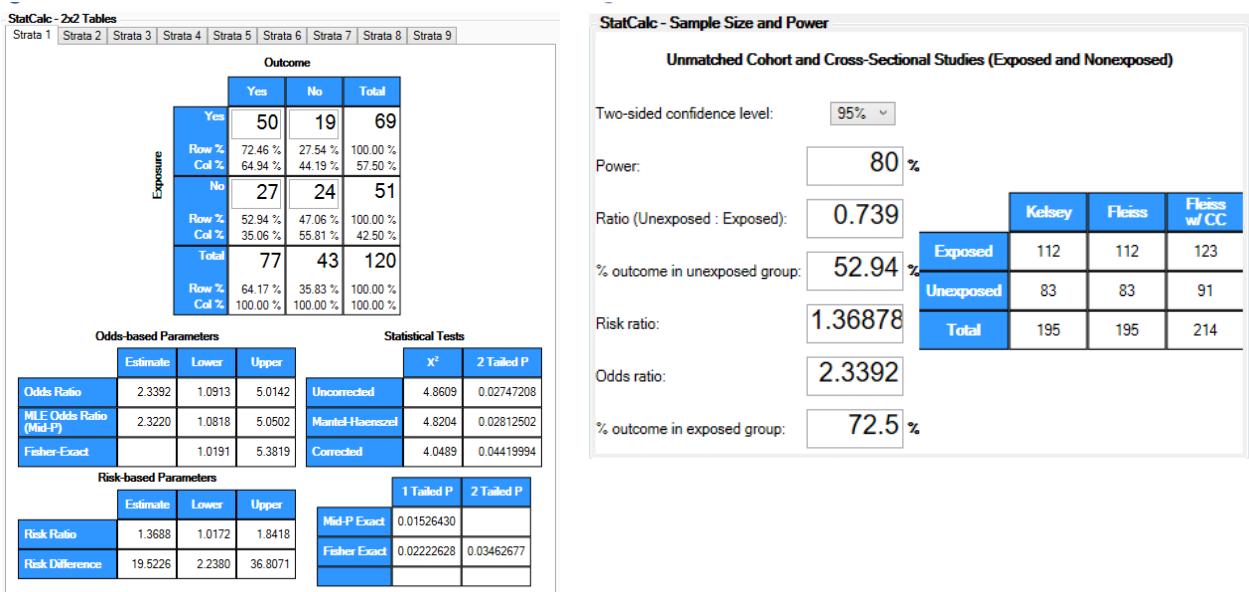
El programa estadístico Epi Info™ versión 7.2.5.0, creado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), se utilizó para determinar el tamaño de la muestra, tomando como referencia el estudio realizado por Xue-Fen Lan, Xiao-Fang Liu, y Xiao-Ping Li, de tipo transversal, titulado **"Análisis de los factores que influyen en la ansiedad y la depresión en pacientes en**

hemodiálisis de mantenimiento y su correlación con los niveles de BDNF, NT-3 y 5-HT".

	CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
Con dolor vascular	50	19	69
Sin dolor vascular	27	24	51
	77	43	120

Con la información procesada en el programa, se colocaron los indicadores que se detallan a continuación

- Nivel de confianza: 95%
- Poder de estudio: 80%
- Ratio (No expuestos : Expuestos): $51/69 = 0.739$
- Porcentaje de resultado en el grupo no expuesto: $(100 * 27/51) = 52.94\%$
- RR: 1.36878
- OR: 2.3392



- Factor perdida 10% de la muestra: $214 * 10/100 = 21.4$
- Muestra total: $214 + 21 = 235$

El tipo de muestreo del estudio fue por muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, de acuerdo con los criterios de selección.

3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado de autoadministración aplicado a los pacientes durante sus sesiones de hemodiálisis en el período del 16 de junio al 19 de julio del 2025. En caso de ser necesario, se recurrió a la revisión de historias clínicas para complementar o verificar ciertos datos puntuales.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

La herramienta destinada a la recolección de datos estuvo conformada por dos bloques principales:

- Ficha de recolección de variables independientes, que incluyó datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, apoyo familiar y de amistades, etc.) y datos clínicos (tipo de acceso vascular, percepción de la satisfacción con la atención recibida, etc.). Para la obtención del apoyo familiar y de amigos se utilizó la escala AFA-R15, mientras que la percepción de la satisfacción con la atención recibida se evaluó mediante la escala PSQ-18.
- Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI y BAI):
 - Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Este instrumento de aplicación individual consta de 21 preguntas y está diseñado para valorar la intensidad de los síntomas de depresión en el período de las dos semanas previas. Cada pregunta dispone de cuatro opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3, lo que da un rango global de 0 a 63⁽¹¹²⁾.
 - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): La herramienta consta de 21 preguntas diseñadas para medir la intensidad de los síntomas ansiosos, empleando una escala Likert con puntuaciones de 0 a 3⁽⁷⁸⁾.

3.4.3. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización de la dirección del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco

para acceder a los registros clínicos y aplicar el cuestionario a los pacientes en hemodiálisis.

- Se coordinó con el personal de la unidad de hemodiálisis de cada hospital para programar la aplicación del cuestionario.
- Se entregó a los participantes un paquete con una carta de presentación, el consentimiento informado y el cuestionario estructurado.
- Se asignó un código único a cada participante para garantizar la confidencialidad de los datos.
- Se procedió al análisis estadístico de los datos recolectados.

3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos utilizados para el procesamiento estadístico provinieron de fichas de recolección elaboradas a partir de los cuestionarios aplicados a pacientes en hemodiálisis. La información fue sometida a un proceso de codificación e ingresada en Microsoft Excel 2017. Posteriormente, se implementó un control de calidad para verificar que no existan errores, datos faltantes ni registros duplicados.

- Análisis univariado: En el análisis univariado, todas las variables cualitativas se presentaron en forma de frecuencias absolutas y porcentajes (%).
- Análisis bivariado: Para evaluar la asociación entre las variables cualitativas independientes y los niveles de ansiedad y depresión, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson. En los casos en que más del 20% de las frecuencias esperadas sean menores a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.
- Análisis multivariado: Se realizó mediante regresión de Poisson con varianza robusta, las variables dependientes (ansiedad y depresión) fueron categorizadas de forma dicotómica. Este análisis permitió estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa) e identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

4. CAPÍTULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Análisis univariado o descriptivo

El estudio incluyó a 240 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, atendidos en los hospitales Adolfo Guevara Velasco, Antonio Lorena y Regional del Cusco durante el año 2025. Se evidenció una alta prevalencia de alteraciones emocionales: el 73.8% presentó síntomas de depresión y el 75.4% de ansiedad.

Tabla 1. Análisis univariado de los factores sociodemográficos en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	<49 años	47	19.58%
	≥50 años	193	80.42%
Sexo	Masculino	117	48.75%
	Femenino	123	51.25%
Estado civil	Sin pareja	145	60.42%
	Con pareja	95	39.58%
Nivel educativo	Analfabeto	10	4.17%
	Primaria	56	23.33%
	Secundaria	109	45.42%
	Superior	65	27.08%
Lugar de residencia	Fuera de Cusco	99	41.25%
	Ciudad de Cusco	141	58.75%
Ocupación	Sin ocupación	120	50.00%
	Con ocupación	120	50.00%
Apoyo informativo	No	132	55.00%
	Sí	108	45.00%
Apoyo familiar y de amigos	Sin apoyo	7	2.92%
	Casi nunca	96	40.00%
	Algunas veces	39	16.25%
	Muchas veces	63	26.25%
	Siempre	35	14.58%

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos

En cuanto a los factores sociodemográficos (Tabla 1), la mayoría de los pacientes tenía 50 años o más (193 pacientes; 80.42%), mientras que 47

pacientes (19.58%) eran menores de 50 años. Predominó el sexo femenino con 123 pacientes (51.25%), frente a 117 varones (48.75%). En relación con el estado civil, 145 pacientes (60.42%) no tenían pareja (solteros, viudos o divorciados), mientras que 95 (39.58%) sí tenían pareja (casados o convivientes). Respecto al nivel educativo, la mayoría tenía estudios secundarios (109 pacientes; 45.42%), seguidos de educación superior (65; 27.08%), primaria (56; 23.33%) y un pequeño grupo de analfabetos (10; 4.17%). Sobre el lugar de residencia, 141 pacientes (58.75%) vivían en la ciudad del Cusco, y 99 (41.25%) provenían de otras localidades. En cuanto a la ocupación, esta se distribuyó de manera equitativa: 120 pacientes (50.00%) contaban con ocupación (remunerada o no) y 120 (50.00%) no. El apoyo informativo fue reportado por 108 pacientes (45.00%), mientras que 132 (55.00%) señalaron no recibirla. Finalmente, respecto al apoyo familiar o de amigos, 96 pacientes (40.00%) indicaron recibirla “casi nunca”, 63 (26.25%) “muchas veces”, 39 (16.25%) “algunas veces”, 35 (14.58%) “siempre” y 7 (2.92%) afirmaron no contar con ningún tipo de apoyo.

En cuanto a los factores clínicos (Tabla 2), el acceso vascular más frecuente fue el catéter permanente, utilizado por 142 pacientes (59.17%), seguido del catéter temporal con 53 pacientes (22.08%) y la fistula arteriovenosa (FAV) con 45 pacientes (18.75%). En relación con el dolor habitual en el acceso vascular, 104 pacientes (43.33%) no reportaron dolor, 99 (41.25%) refirieron dolor leve, 34 (14.17%) moderado y 3 (1.25%) severo. La hipotensión intradialítica estuvo presente en 113 pacientes (47.08%), mientras que 127 (52.92%) no la presentaron. Un total de 65 pacientes (27.08%) tenía alguna discapacidad, y 175 (72.92%) no. Respecto a la adherencia al tratamiento hemodialítico, esta fue alta en 157 pacientes (65.42%), intermedia en 67 (27.92%) y baja en 16 (6.67%). En cuanto a hospitalizaciones previas, 151 pacientes (62.92%) reportaron que sí, mientras que 89 (37.08%) no habían sido hospitalizados. Sobre el apoyo emocional en el hospital, 95 pacientes (39.58%) afirmaron recibirla, mientras que 145 (60.42%) no. En relación con el proveedor de salud, 120 pacientes (50.00%) fueron atendidos por EsSalud y 120 (50.00%) por MINSA. Finalmente, respecto a la satisfacción con la atención médica, 117 pacientes (48.75%) reportaron una satisfacción moderada, 96 (40.00%) alta y 27 (11.25%) baja.

Tabla 2. Análisis univariado de los factores clínicos en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de acceso vascular	Catéter temporal	53	22.08%
	Catéter permanente	142	59.17%
	FAV	45	18.75%
Dolor habitual en acceso vascular	No	104	43.33%
	Leve	99	41.25%
	Moderado	34	14.17%
	Severo	3	1.25%
Hipotensión intradialítica	No	127	52.92%
	Sí	113	47.08%
Discapacidad	No	175	72.92%
	Sí	65	27.08%
Adherencia al tratamiento hemodialítico	Alta	157	65.42%
	Intermedia	67	27.92%
	Baja	16	6.67%
Hospitalizaciones previas	No	89	37.08%
	Sí	151	62.92%
Apoyo emocional hospitalario	No	145	60.42%
	Sí	95	39.58%
Proveedor de salud	EsSalud	120	50.00%
	MINSA	120	50.00%
Satisfacción con la atención	Baja	27	11.25%
	Moderada	117	48.75%
	Alta	96	40.00%

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos

4.1.2. Análisis bivariado

El análisis bivariado evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre diversas variables sociodemográficas y los trastornos de depresión y ansiedad en pacientes hemodializados (Tabla 3).

En cuanto a la edad, los pacientes de 50 años a más (193; 80.4 %) presentaron depresión en 159 casos (82.4 %) y ansiedad en 157 (81.35 %), mientras que entre los menores de 50 años (47; 19.6 %) solo 18 (38.3 %) presentaron depresión y 24 (51.06 %) ansiedad. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$ para ambas variables). Respecto al estado civil, los pacientes sin pareja (145; 60.4 %) presentaron depresión en 118 (81.4 %), frente a los que tenían pareja (95; 39.6 %) con 59 casos (62.1 %)

($p = 0.001$). Para la ansiedad, 115 pacientes sin pareja (79.3 %) la presentaban frente a 66 con pareja (69.47 %), sin diferencia significativa ($p = 0.083$).

Tabla 3. Distribución porcentual de los factores sociodemográficos por depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Total N=240 (%)	Depresión No N=63 (%)	Depresión Sí N=177 (%)	p	Ansiedad No N=59 (%)	Ansiedad Sí N=181 (%)	p
Edad							
<49 años	47 (19.6%)	29 (61.7%)	18 (38.3%)	<0.001*	23 (48.94%)	24 (51.06%)	<0.001*
≥50 años	193 (80.4%)	34 (17.6%)	159 (82.4%)		36 (18.65%)	157 (81.35%)	
Sexo							
Masculino	117 (48.8%)	28 (23.9%)	89 (76.1%)	0.426*	34 (29.06%)	83 (70.94%)	0.116*
Femenino	123 (51.2%)	35 (28.5%)	88 (71.5%)		25 (20.33%)	98 (79.67%)	
Estado civil							
Sin pareja	145 (60.4%)	27 (18.6%)	118 (81.4%)	0.001*	30 (20.69%)	115 (79.31%)	0.083*
Con pareja	95 (39.6%)	36 (37.9%)	59 (62.1%)		29 (30.53%)	66 (69.47%)	
Nivel educativo							
Analfabeto	10 (4.2%)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	0.016†	3 (30.0%)	7 (70.0%)	0.890†
Primaria	56 (23.3%)	11 (19.6%)	45 (80.4%)		15 (26.8%)	41 (73.2%)	
Secundaria	109 (45.4%)	23 (21.1%)	86 (78.9%)		25 (22.9%)	84 (77.1%)	
Superior	65 (27.1%)	27 (41.5%)	38 (58.5%)		16 (24.62%)	49 (75.38%)	
Lugar de residencia							
Fuera de Cusco	99 (41.3%)	8 (8.1%)	91 (91.9%)	<0.001†	11 (11.11%)	88 (88.89%)	<0.001*
Ciudad de Cusco	141 (58.8%)	55 (39.0%)	86 (61.0%)		48 (34.04%)	93 (65.96%)	
Ocupación							
Sin ocupación	120 (50.0%)	21 (17.5%)	99 (82.5%)	0.003*	29 (24.17%)	91 (75.83%)	0.881*
Con ocupación	120 (50.0%)	42 (35.0%)	78 (65.0%)		30 (25.00%)	90 (75.00%)	
Apoyo informativo							
No	132 (55.0%)	26 (19.7%)	106 (80.3%)	0.012*	29 (21.97%)	103 (78.03%)	0.299*
Sí	108 (45.0%)	37 (34.3%)	71 (65.7%)		30 (27.78%)	78 (72.22%)	
Apoyo familiar / amigos							
Sin apoyo	7 (2.9%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	<0.001†	0 (0.0%)	7 (100.0%)	<0.001†
Casi nunca	96 (40.0%)	1 (1.0%)	95 (99.0%)		3 (3.13%)	93 (96.88%)	
Algunas veces	39 (16.3%)	3 (7.7%)	36 (92.3%)		10 (25.64%)	29 (74.36%)	
Muchas veces	63 (26.3%)	26 (41.3%)	37 (58.7%)		29 (46.03%)	34 (53.97%)	
Siempre	35 (14.6%)	32 (91.4%)	3 (8.6%)		17 (48.57%)	18 (51.43%)	

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

†Prueba de Fisher; * χ^2 de Pearson.

En cuanto al nivel educativo, la depresión fue más frecuente en los niveles más bajos: analfabetos 8 (80.0 %), primaria 45 (80.4 %) y secundaria 86 (78.9 %), mientras que en el grupo con educación superior se registró una menor frecuencia (38; 58.5 %), con diferencia significativa ($p = 0.016$). Para ansiedad, no se evidenció asociación estadística ($p = 0.890$). En relación al lugar de residencia, los pacientes que vivían fuera del Cusco (99; 41.3 %) presentaron mayor prevalencia tanto de depresión (91; 91.9 %) como de ansiedad (88; 88.89 %) en comparación con quienes residían en la ciudad (141; 58.8 %), de los cuales 86 (61.0 %) tenían depresión y 93 (65.96 %) ansiedad ($p < 0.001$ para ambas variables).

La ocupación también se asoció significativamente con la depresión ($p = 0.003$). Entre quienes no tenían empleo (120; es decir el 50.0 %), 99 (82.5 %) presentaron depresión, mientras que en el grupo con empleo (120; 50.0 %) se registraron 78 casos (65.0 %). No se observó asociación significativa con ansiedad ($p = 0.881$). En relación con el apoyo informativo, quienes no lo recibían (132; 55.0 %) presentaron depresión en 106 casos (80.3 %), mientras que entre quienes sí lo recibían (108; 45.0 %), solo 71 (65.7 %) tenían este trastorno ($p = 0.012$). Para ansiedad, no se halló asociación significativa ($p = 0.299$).

Finalmente, el apoyo familiar o de amigos mostró una relación altamente significativa con ambos trastornos. Entre quienes reportaron recibir apoyo “casi nunca” (96; 40.0 %), 95 presentaron depresión (99.0 %) y 93 ansiedad (96.88 %). En contraste, entre quienes indicaron recibir apoyo “siempre” (35; 14.6 %), solo 3 (8.6 %) presentaban depresión y 18 (51.43 %) ansiedad ($p < 0.001$ en ambos casos).

En cuanto a los factores clínicos (Tabla 4), se encontró una asociación significativa entre el tipo de acceso vascular y la ansiedad ($p = 0.008$). De los 53 pacientes con catéter temporal mostraron mayor frecuencia de ansiedad con 48 pacientes; es decir el 90.6 %, comparado con el 71.8% de quienes tenían un catéter permanente y el 68.9% con fistula arteriovenosa. No se halló asociación significativa con la depresión ($p = 0.420$), aunque la mayor proporción se registró en pacientes con catéter permanente (109; 76.8 %).

Tabla 4. Distribución porcentual de los factores clínicos por depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Total N=240 (%)	Depresión No N=63 (%)	Depresión Sí N=177 (%)	p	Ansiedad No N=59 (%)	Ansiedad Sí N=181 (%)	p
Tipo de acceso vascular							
<i>Catéter temporal</i>	53 (22.1%)	17 (32.1%)	36 (67.9%)	0.420 [†]	5 (9.4%)	48 (90.6%)	0.008[†]
<i>Catéter permanente</i>	142 (59.2%)	33 (23.2%)	109 (76.8%)		40 (28.2%)	102 (71.8%)	
<i>FAV</i>	45 (18.7%)	13 (28.9%)	32 (71.1%)		14 (31.1%)	31 (68.9%)	
Dolor en acceso vascular							
<i>No</i>	104 (43.3%)	31 (29.8%)	73 (70.2%)	0.619 [†]	29 (27.9%)	75 (72.1%)	0.584 [†]
<i>Leve</i>	99 (41.2%)	25 (25.3%)	74 (74.7%)		24 (24.2%)	75 (75.8%)	
<i>Moderado</i>	34 (14.2%)	7 (20.6%)	27 (79.4%)		6 (17.6%)	28 (82.4%)	
<i>Severo</i>	3 (1.3%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)		0 (0.0%)	3 (100.0%)	
Hipotensión intradialítica							
<i>No</i>	127 (52.9%)	40 (31.5%)	87 (68.5%)	0.050*	43 (33.9%)	84 (66.1%)	<0.001*
<i>Sí</i>	113 (47.1%)	23 (20.4%)	90 (79.6%)		16 (14.2%)	97 (85.8%)	
Discapacidad							
<i>No</i>	175 (72.9%)	56 (32.0%)	119 (68.0%)	<0.001*	49 (28.0%)	126 (72.0%)	0.044*
<i>Sí</i>	65 (27.1%)	7 (10.8%)	58 (89.2%)		10 (15.4%)	55 (84.6%)	
Adherencia al tratamiento hemodialítico							
<i>Alta</i>	157 (65.4%)	54 (34.4%)	103 (65.6%)	<0.001[†]	45 (28.7%)	112 (71.3%)	0.018[†]
<i>Intermedia</i>	67 (27.9%)	8 (11.9%)	59 (88.1%)		14 (20.9%)	53 (79.1%)	
<i>Baja</i>	16 (6.7%)	1 (6.3%)	15 (93.7%)		0 (0.0%)	16 (100.0%)	
Hospitalizaciones previas							
<i>Si</i>	89 (37.1%)	32 (36.0%)	57 (64.0%)	0.009*	37 (41.6%)	52 (58.4%)	<0.001*
<i>No</i>	151 (62.9%)	31 (20.5%)	120 (79.5%)		22 (14.6%)	129 (85.4%)	
Apoyo emocional hospitalario							
<i>No</i>	145 (60.4%)	26 (17.9%)	119 (82.1%)	<0.001*	14 (9.7%)	131 (90.3%)	<0.001*
<i>Sí</i>	95 (39.6%)	37 (38.9%)	58 (61.1%)		45 (47.4%)	50 (52.6%)	
Proveedor de salud							
<i>EsSalud</i>	120 (50.0%)	26 (21.7%)	94 (78.3%)	0.107*	31 (25.8%)	89 (74.2%)	0.653*
<i>MINSA</i>	120 (50.0%)	37 (30.8%)	83 (69.2%)		28 (23.3%)	92 (76.7%)	
Satisfacción con atención							
<i>Baja</i>	27 (11.3%)	2 (7.4%)	25 (92.6%)	0.001†	7 (25.9%)	20 (74.1%)	0.022†
<i>Moderada</i>	117 (48.7%)	24 (20.5%)	93 (79.5%)		20 (17.1%)	97 (82.9%)	
<i>Alta</i>	96 (40.0%)	37 (38.5%)	59 (61.5%)		32 (33.3%)	64 (66.7%)	

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

†Prueba de Fisher; * χ^2 de Pearson.

La hipotensión intradialítica se asoció tanto con depresión (90 de 113; 79.6 %, $p = 0.050$) como con ansiedad (97 de 113; 85.8 %, $p < 0.001$), mientras que en pacientes sin hipotensión las proporciones fueron menores (68.5 % y 66.1 %, respectivamente). La discapacidad mostró una fuerte asociación con ambos

trastornos: 58 de 65 (89.2 %) con depresión y 55 de 65 (84.6 %) con ansiedad ($p < 0.001$ y $p = 0.044$). Asimismo, la adherencia al tratamiento hemodialítico bajo se vinculó significativamente con mayores prevalencias de depresión (15 de 16; 93.7 %) y ansiedad (16 de 16; 100 %) ($p < 0.001$ y $p = 0.018$, respectivamente). Los pacientes con hospitalizaciones previas (151) presentaron más síntomas de depresión (120; 79.5 %, $p = 0.009$) y ansiedad (129; 85.4 %, $p < 0.001$) en comparación con quienes no se hospitalizaron.

El apoyo emocional hospitalario fue otro factor significativamente asociado. De los que no recibieron apoyo (145; 60.4 %), 119 (82.1 %) tenían depresión y 131 (90.3 %) ansiedad; mientras que entre quienes sí lo recibieron (95; 39.6 %), 58 (61.1 %) y 50 (52.6 %) presentaban respectivamente estos trastornos ($p < 0.001$ para ambos casos). Respecto a la satisfacción con la atención, la depresión fue más prevalente en quienes reportaron satisfacción baja (25 de 27; 92.6 %) o moderada (93 de 117; 79.5 %) frente a los que refirieron satisfacción alta (59 de 96; 61.5 %) ($p = 0.001$). Para ansiedad, también se halló significancia ($p = 0.022$), con mayor frecuencia en los grupos de menor satisfacción.

Finalmente en cuanto al proveedor de salud, no se encontraron diferencias significativas: en EsSalud (120; 50.0 %), 94 (78.3 %) presentaron depresión y 89 (74.2 %) ansiedad; en MINSA (120; 50.0 %), fueron 83 (69.2 %) y 92 (76.7 %), respectivamente ($p = 0.107$ y $p = 0.653$). Respecto al dolor habitual en el acceso vascular, a pesar de que todos los pacientes con dolor severo (3; 1.3 %) presentaron tanto depresión como ansiedad, no se encontró asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables.

4.1.3. Análisis multivariado

Se realizó un análisis multivariado con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y clínicos que se asocian de manera independiente con la presencia de depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis. Para ello, se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) y valores de p . En todos los modelos se verificaron los supuestos de multicolinealidad, confirmando la validez de los resultados.

Tabla 5. Análisis de regresión cruda y ajustada con IC 95% de los factores sociodemográficos asociados a depresión en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	RPc (IC 95 %)	p	RPa (IC 95 %)	p
Edad	<49 años (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	≥50 años	2.15 (1.49–3.11)	<0.001	1.57 (1.17–2.10)	0.003
Sexo	Masculino (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Femenino	0.94 (0.81–1.09)	0.427	1.02 (0.91–1.15)	0.696
Estado civil	Sin pareja (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Con pareja	0.76 (0.64–0.91)	0.003	0.96 (0.84–1.09)	0.515
Nivel educativo	Analfabeto (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Primaria	1.00 (0.72–1.41)	0.979	1.08 (0.80–1.46)	0.609
	Secundaria	0.99 (0.71–1.37)	0.933	1.10 (0.81–1.50)	0.532
	Superior	0.73 (0.50–1.06)	0.099	1.03 (0.74–1.44)	0.842
Lugar de residencia	Fuera de Cusco (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Ciudad de Cusco	0.66 (0.57–0.77)	<0.001	0.85 (0.77–0.94)	0.002
Ocupación	Sin ocupación (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Con ocupación	0.79 (0.67–0.92)	0.003	0.96 (0.86–1.09)	0.546
Apoyo informativo	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	0.82 (0.70–0.96)	0.015	0.90 (0.81–1.01)	0.076
Apoyo familiar o de amigos	Sin apoyo (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Casi nunca	1.15 (0.85–1.56)	0.354	1.41 (1.01–1.96)	0.044
	Algunas veces	1.08 (0.78–1.48)	0.646	1.41 (1.01–1.97)	0.043
	Muchas veces	0.69 (0.47–0.99)	0.044	0.97 (0.68–1.40)	0.884
	Siempre	0.10 (0.03–0.31)	<0.001	0.15 (0.05–0.48)	0.001

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

Para el modelo ajustado se cumplieron los criterios de multicolinealidad y se verificaron los factores de inflación de la varianza (VIF).

Entre los factores sociodemográficos, la edad mayor o igual a 50 años se asoció significativamente con una mayor prevalencia de depresión, incluso luego del ajuste por otras variables (RPa: 1.57; IC 95 %: 1.17–2.10; p=0.003), como se observa en la Tabla 5. Del mismo modo, residir en la ciudad de Cusco se asoció con menor prevalencia de depresión (RPa: 0.85; IC 95 %: 0.77–0.94; p=0.002), al igual que recibir apoyo familiar "siempre", lo cual se identificó como un factor protector independiente (RPa: 0.15; IC 95 %: 0.05–0.48; p=0.001). También se observaron asociaciones significativas para el apoyo familiar brindado "casi nunca" y "algunas veces" (RPa: 1.41 para ambos), mostrando mayor prevalencia de depresión.

Tabla 6. Análisis de regresión cruda y ajustada con IC 95% de los factores clínicos asociados a depresión en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	RPc (IC 95 %)	p	RPa (IC 95 %)	p
Tipo de acceso vascular	Catéter temporal (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Catéter permanente	1.13 (0.92–1.39)	0.245	1.29 (1.10–1.52)	0.002
	FAV	0.74 (0.80–1.36)	0.668	1.34 (1.08–1.66)	0.008
Dolor habitual en acceso vascular	Ninguno (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Leve	1.06 (0.90–1.26)	0.469	1.05 (0.93–1.19)	0.428
	Moderado	1.13 (0.92–1.40)	0.255	1.14 (0.96–1.36)	0.129
	Severo	1.42 (1.26–1.62)	<0.001	1.56 (1.18–2.07)	0.002
Hipotensión intradialítica	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.16 (1.00–1.35)	0.050	0.96 (0.86–1.07)	0.453
Discapacidad	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.31 (1.15–1.50)	<0.001	0.98 (0.89–1.09)	0.757
Adherencia al tratamiento hemodialítico	Alta (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Intermedia	1.34 (1.16–1.55)	<0.001	1.00 (0.90–1.12)	0.969
	Baja	1.43 (1.21–1.69)	<0.001	1.11 (0.96–1.30)	0.167
Hospitalizaciones previas	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.24 (1.04–1.48)	0.016	0.96 (0.85–1.09)	0.555
Apoyo emocional hospitalario	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	0.74 (0.62–0.89)	0.001	1.00 (0.87–1.14)	0.959
Proveedor de salud	MINSA (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	EsSalud	0.88 (0.76–1.03)	0.109	0.87 (0.78–0.97)	0.012
Satisfacción con atención	Baja (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Moderada	0.86 (0.75–0.99)	0.034	0.78 (0.66–0.92)	0.004
	Alta	0.66 (0.55–0.80)	<0.001	0.69 (0.55–0.87)	0.001

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

Para el modelo ajustado se cumplieron los criterios de multicolinealidad y se verificaron los VIF.

Respecto a los factores clínicos, como nos muestra la Tabla 6, el uso de un catéter permanente (RPa: 1.29; IC 95 %: 1.10–1.52; p=0.002) y una FAV (RPa: 1.34; IC 95 %: 1.08–1.66; p=0.008) se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de depresión en comparación con el uso de catéter temporal. Asimismo, el dolor severo en el acceso vascular incrementó significativamente la probabilidad de depresión (RPa: 1.56; IC 95 %: 1.18–2.07; p=0.002). Respecto al proveedor del servicio de salud, se encontró que recibir atención en EsSalud se asoció con una menor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con MINSA (RPa: 0.87; IC 95 %: 0.78–0.97; p = 0.012). Otro factor asociado fue la satisfacción con la atención recibida: los

pacientes con satisfacción alta presentaron menor probabilidad de depresión (RPa: 0.69; IC 95 %: 0.55–0.87; p=0.001). Por otro lado, factores como la adherencia al tratamiento hemodialítico, la discapacidad, la hipotensión intradialítica y el apoyo emocional no mostraron asociación estadísticamente significativa en el modelo ajustado.

Tabla 7. Análisis de regresión cruda y ajustada con IC 95% de los factores sociodemográficos asociados a ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	RPc (IC 95 %)	p	RPa (IC 95 %)	p
Edad	<49 años (ref)	Referencia	–	Referencia..	–
	≥50 años	1.59 (1.19–2.13)	0.002	1.25 (0.97–1.61)	0.086
Sexo	Masculino (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Femenino	1.12 (0.97–1.30)	0.121	1.13 (0.99–1.29)	0.066
Estado civil	Sin pareja (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Con pareja	0.88 (0.75–1.03)	0.099	0.95 (0.83–1.09)	0.481
Nivel educativo	Analfabeto (ref)	Referencia	–	Referencia.	–
	Primaria	1.05 (0.68–1.62)	0.840	0.98 (0.65–1.46)	0.914
	Secundaria	1.10 (0.72–1.67)	0.653	1.09 (0.74–1.60)	0.666
	Superior	1.08 (0.70–1.66)	0.735	1.14 (0.77–1.70)	0.505
Lugar de residencia	Fuera de Cusco (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Ciudad de Cusco	0.74 (0.65–0.85)	<0.001	0.95 (0.83–1.09)	0.484
Ocupación	Sin ocupación (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Con ocupación	0.99 (0.86–1.14)	0.881	1.11 (0.96–1.27)	0.157
Apoyo informativo	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	0.93 (0.80–1.07)	0.306	0.96 (0.83–1.12)	0.622
Apoyo familiar o amigos	Sin apoyo (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Casi nunca	0.97 (0.93–1.00)	0.084	0.97 (0.77–1.22)	0.798
	Algunas veces	0.74 (0.62–0.89)	0.002	0.83 (0.63–1.09)	0.172
	Muchas veces	0.54 (0.43–0.68)	<0.001	0.69 (0.51–0.94)	0.017
	Siempre	0.51 (0.37–0.71)	<0.001	0.67 (0.46–0.99)	0.046

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

Para el modelo ajustado se cumplieron los criterios de multicolinealidad y se verificaron los VIF.

En cuanto a ansiedad, el análisis multivariado reveló que recibir apoyo familiar frecuente fue un factor protector: tanto la categoría “muchas veces” (RPa: 0.69; IC 95 %: 0.51–0.94; p=0.017) como “siempre” (RPa: 0.67; IC 95 %: 0.46–0.99; p=0.046) mostraron asociaciones significativas con menor prevalencia de ansiedad, como se detalla en la Tabla 7.

Tabla 8. Análisis de regresión cruda y ajustada con IC 95% de los factores clínicos asociados a ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025

Variable	Categoría	RPc (IC 95 %)	p	RPa (IC 95 %)	p
Tipo de acceso vascular	Catéter temporal (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Catéter permanente	0.79 (0.69–0.91)	0.001	0.88 (0.75–1.05)	0.155
	FAV	0.76 (0.61–0.94)	0.013	0.79 (0.62–1.01)	0.059
Dolor habitual en acceso vascular	Ninguno (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Leve	1.05 (0.89–1.24)	0.555	0.94 (0.82–1.09)	0.442
	Moderado	1.14 (0.94–1.39)	0.186	0.86 (0.69–1.07)	0.174
	Severo	1.39 (1.23–1.56)	<0.001	1.23 (0.91–1.67)	0.182
Hipotensión intradialítica	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.30 (1.12–1.50)	<0.001	1.22 (1.07–1.38)	0.003
Discapacidad	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.18 (1.02–1.35)	0.023	0.99 (0.88–1.13)	0.924
Adherencia al tratamiento hemodialítico	Alta (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Intermedia	1.11 (0.95–1.30)	0.201	0.98 (0.85–1.13)	0.786
	Baja	1.40 (1.27–1.55)	<0.001	1.21 (1.01–1.44)	0.039
Hospitalizaciones previas	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	1.46 (1.21–1.76)	<0.001	1.26 (1.05–1.50)	0.013
Apoyo emocional hospitalario	No (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Sí	0.58 (0.48–0.71)	<0.001	0.70 (0.58–0.83)	<0.001
Proveedor de salud	MINSA (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	EsSalud	1.03 (0.89–1.19)	0.654	1.03 (0.89–1.19)	0.708
Satisfacción con atención	Baja (ref)	Referencia	–	Referencia	–
	Moderada	1.12 (0.88–1.42)	0.354	1.17 (0.97–1.42)	0.107
	Alta	0.90 (0.69–1.17)	0.435	1.09 (0.87–1.36)	0.455

Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

Para el modelo ajustado se cumplieron los criterios de multicolinealidad y se verificaron los VIF.

Asimismo, se identificó que los pacientes con baja adherencia al tratamiento hemodialítico presentaron una mayor prevalencia de ansiedad (RPa: 1.21; IC 95 %: 1.01–1.44; p=0.039), así como aquellos con hospitalizaciones previas en el último año (RPa: 1.26; IC 95 %: 1.05–1.50; p=0.013), como se muestra en la Tabla 8. La hipotensión intradialítica también se mantuvo como un factor asociado (RPa: 1.22; IC 95 %: 1.07–1.38; p=0.003). Por otro lado recibir apoyo emocional hospitalario actuó como un factor protector frente a la ansiedad (RPa: 0.70; IC 95 %: 0.58–0.83; p<0.001), como se observa también en la Tabla 8. Otros factores como el sexo, la edad, el nivel educativo, el tipo de acceso vascular, el dolor leve o moderado, la discapacidad y el proveedor de

salud no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con ansiedad tras el ajuste.

4.2. DISCUSIÓN

La hemodiálisis representa una condición debilitante que impacta profundamente la calidad de vida de los pacientes los cuales presentan una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo lo que se ha asociado con un mayor riesgo de morbimortalidad. Los pacientes en hemodiálisis de los hospitales del Cusco mostraron una prevalencia elevada de ansiedad (75.4%) y depresión (73.8%), según este estudio, cifras que se alinean con reportes internacionales que muestran tasas de depresión de hasta el 68 % y ansiedad entre 25 % y 41.79 % en esta población^(61,62). Estos resultados respaldan la noción de que los pacientes con falla renal en terapia sustitutiva tienen un importante peso emocional, más del que tiene la población en general^(34,63), lo cual repercute directamente en su calidad de vida y en el cumplimiento del tratamiento⁽⁷⁵⁾.

En relación con los factores sociodemográficos, se observó que contar con 50 años o más estaba asociado de manera significativa con una prevalencia más alta de depresión (RPa: 1.57; IC 95 %: 1.17–2.10). Este resultado coincide con el reportado por Jiang et al., quienes indicaron en su estudio que los pacientes menores de 50 años tenían menos posibilidades de sufrir depresión (OR = 0.276; IC 95 %: 0.097–0.784)⁽⁶⁴⁾. Esta relación podría explicarse por la acumulación de comorbilidades, el incremento de la dependencia funcional, la percepción de un pronóstico limitado y el aislamiento social propios del envejecimiento, factores que en conjunto repercuten de manera directa en la salud mental.

Asimismo, residir en la ciudad del Cusco se vinculó con una menor prevalencia de síntomas depresivos (RPa: 0.85; IC 95 %: 0.77–0.94), este hallazgo es consistente con lo descrito por Peng et al., quienes reportaron que la residencia en zonas rurales incrementa significativamente el riesgo de depresión (PR: 1.59; IC 95 %: 1.27–2.00) a comparación de aquellos que vivían en la ciudad^(23,64). No obstante, considerando el contexto particular de nuestro departamento, muchos pacientes que provienen de otras localidades como Quillabamba o Sicuani (aun siendo zonas urbanas) enfrentan mayores barreras para acceder al tratamiento de hemodiálisis, debido a dificultades logísticas relacionadas con el transporte, así como a los costos económicos vinculados al traslado y la estadía. Además, la

resolución de emergencias médicas suele verse comprometida por la distancia geográfica, lo que podría incrementar la carga emocional y el malestar psicológico en estos pacientes.

En cuanto al apoyo familiar y de amigos nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por Amador Cannals y colaboradores, quienes evidenciaron que los pacientes con una red de apoyo familiar mantenida presentaron menor riesgo de depresión (RP: 0.36; IC 95 %: 0.29–0.45) y ansiedad (RP: 0.42; IC 95 %: 0.29–0.60)^(27,28). Nuestros estudio indica que recibir apoyo "siempre" se asoció con menor prevalencia de depresión (RPa: 0.15; IC 95 %: 0.05–0.48) y ansiedad (RPa: 0.67; IC 95 %: 0.46–0.99) lo cual destaca la importancia del soporte familiar y social en la mitigación de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes crónicos. Del mismo modo recibir apoyo "casi nunca" (RPa: 1.41; IC 95 %: 1.01–1.96) o "algunas veces" (RPa: 1.41; IC 95 %: 1.01–1.97) se asoció significativamente con mayor prevalencia de depresión. Este hallazgo podría explicarse porque el apoyo inconsistente o esporádico resulta emocionalmente más perjudicial que la ausencia total de apoyo, al generar incertidumbre, frustración y sensación de abandono parcial cuando las expectativas de ayuda no se cumplen. En cambio, la falta absoluta de apoyo evita la formación de expectativas, lo que paradójicamente podría atenuar parte del impacto emocional negativo. Finalmente se observó que recibir apoyo "muchas veces" redujo significativamente el riesgo de ansiedad (RPa: 0.69; IC 95 %: 0.51–0.94), confirmando la función protectora de apoyo para amortiguar el impacto psicológico de la hemodiálisis^(27,76).

En relación con los factores clínicos, el dolor severo en el acceso vascular de forma habitual mostró una asociación significativa con la depresión (RPa: 1.56; IC 95 %: 1.18–2.07), hallazgo consistente con el estudio de Peng et al., que reportó que el dolor en el acceso vascular se relaciona con síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis, evidenciado previamente con un OR: 2.34 (IC 95 %: 1.09–5.01)⁽²³⁾. Esta asociación podría explicarse porque el dolor crónico actúa como un factor estresante constante, generando frustración y limitaciones funcionales lo que incrementa la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos.

Asimismo, se observó que el uso de catéteres permanentes (RPa: 1.29; IC 95 %: 1.10–1.52) y de FAV (RPa: 1.34; IC 95 %: 1.08–1.66) se asoció en el análisis multivariado con mayor prevalencia de depresión en comparación con catéteres

temporales. Este hallazgo difiere de estudios previos, como el de Jiang et al., donde los accesos distintos a la fístula arteriovenosa, como los catéteres, se vincularon con mayor riesgo de ansiedad (OR: 2.989; IC 95 %: 1.118–7.989) y depresión (OR: 3.014; IC 95 %: 1.132–8.020)⁽⁶⁴⁾. Este resultado podría deberse que a pesar de la relación con la depresión no muestra ser significativa en el análisis bivariado, sí se hace tras el ajuste multivariado, al considerar a factores determinantes que incrementan la carga psicológica, como mayor tiempo en hemodiálisis y evolución prolongada de la enfermedad, los cuales son más frecuentes en pacientes con FAV o catéteres permanentes. En contraste, respecto a la ansiedad, en el análisis bivariado se observó asociación significativa con el uso de catéteres temporales, pero esta relación pierde significancia en el modelo ajustado, lo que sugiere que la depresión se vincula principalmente con las complicaciones derivadas de la cronicidad del tratamiento, mientras que la ansiedad está más influida por factores inmediatos, como el dolor o problemas en el acceso vascular.

Otro hallazgo importante fue la relación entre la hipotensión intradialítica y una mayor prevalencia de síntomas ansiosos (RPa: 1.22; IC 95 %: 1.07–1.38), en línea con investigaciones que relacionan las complicaciones intradialíticas con el deterioro de la salud mental, como lo reportan Min Zhi et al., quienes evidenciaron que una mayor frecuencia de eventos intradialíticos, incluyendo hipotensión, se asocia con alteraciones psicológicas significativas en el análisis multivariado (OR: 1.30; IC 95 %: 1.3–1.39)⁽⁷⁰⁾. Estos episodios, caracterizados por mareos, visión borrosa, síncope, náuseas o debilidad extrema, no solo generan malestar físico inmediato, sino también una sensación de falta de control y vulnerabilidad frente al tratamiento. Esta experiencia repetitiva puede inducir miedo anticipatorio hacia las sesiones de hemodiálisis, preocupación constante por sufrir nuevas descompensaciones e incluso pensamientos de inseguridad respecto a la propia supervivencia, lo cual se traduce en un incremento de síntomas ansiosos.

La baja adherencia al tratamiento hemodialítico también se asoció con mayor prevalencia de ansiedad (RPa: 1.21; IC 95 %: 1.01–1.44), hallazgo en concordancia con el estudio de García Valderrama et al. sobre la adherencia dietética en pacientes en hemodiálisis, se evidenció que los síntomas ansiosos y depresivos influyen directamente en el seguimiento de las restricciones

nutricionales, lo que a su vez repercute en el estado de salud del paciente⁽⁶⁹⁾. Aunque referido al aspecto dietético, este hallazgo guarda relación estrecha con la adherencia global al tratamiento hemodialítico, ya que ambas dimensiones demandan disciplina y constancia. La presencia de ansiedad podría generar sentimientos de culpa, temor a complicaciones o presión familiar, factores que deterioran la estabilidad emocional y limitan la adherencia, reforzando así el círculo negativo entre síntomas psicológicos y complicaciones clínicas..

Además, se encontró que las hospitalizaciones previas se asociaron con una mayor prevalencia de ansiedad (RPa: 1.26; IC 95 %: 1.05–1.50), lo cual coincide con estudios que vinculan la frecuencia de hospitalizaciones con un mayor malestar psicológico en pacientes con enfermedades crónicas, tal es el caso de la ERC. Wen-tao et al. reportaron que en pacientes con enfermedades crónicas como EPOC, un mayor número de hospitalizaciones se relaciona con niveles elevados de ansiedad y depresión ($r = 0.654$; $p < 0.001$). La asociación entre ansiedad y las hospitalizaciones previas en los pacientes hemodializados podría deberse a varios factores interrelacionados como el temor a complicaciones futuras que incrementa la preocupación constante, la sensación de pérdida de control sobre la propia salud al depender de cuidados hospitalarios frecuentes, la interrupción de rutinas y actividades habituales, y la percepción de fragilidad física que refuerza la vulnerabilidad emocional.

El apoyo emocional intrahospitalario se identificó como un factor protector frente a la ansiedad (RPa: 0.70; IC 95 %: 0.58–0.83), hallazgo que coincide con estudios que destacan la eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir síntomas emocionales en pacientes crónicos, como el metaanálisis de Yan et al. sobre intervención psicológica en pacientes en hemodiálisis⁽⁷²⁾. El acompañamiento brindado por el personal de salud puede favorecer un mejor afrontamiento de la enfermedad, disminuir el estrés vinculado al procedimiento y mitigar la sensación de aislamiento.

Respecto al proveedor del servicio de salud, los pacientes atendidos en EsSalud presentaron menor prevalencia de síntomas depresivos (RPa: 0.87; IC 95 %: 0.78–0.97) en comparación con los atendidos en MINSA. Este hallazgo podría explicarse por las mejores condiciones estructurales y de continuidad en la atención que ofrece EsSalud, junto con un mayor acceso a servicios

complementarios. Además, los asegurados suelen presentar un perfil sociodemográfico con mayor nivel educativo, estabilidad laboral y familiar, lo que favorece un mejor afrontamiento de la enfermedad. A ello se suma la facilidad de optar por centros de hemodiálisis asociados más cercanos a los hogares o lugares de trabajo, lo que facilita su acceso, reduce el estrés por desplazamiento y contribuye tanto a la adherencia al tratamiento hemodialítico como a un menor impacto en la salud mental.

Por último, una mayor satisfacción con la atención médica se asoció significativamente con una menor prevalencia de síntomas depresivos en pacientes hemodializados. Aquellos que reportaron una satisfacción moderada presentaron un menor riesgo de depresión (RPa: 0.78; IC 95 %: 0.66–0.92), mientras que quienes manifestaron una satisfacción alta mostraron una protección aún mayor (RPa: 0.69; IC 95 %: 0.55–0.87), en concordancia con investigaciones que destacan la relación entre la calidad percibida del servicio y el bienestar emocional, como el de Amador Cannals et al., quienes reportaron que una mayor satisfacción con el servicio se asocia con menor probabilidad de presentar ansiedad (OR: 0.69; IC 95 %: 0.48–0.94)⁽²⁸⁾. Este dato resalta cómo la calidad percibida del servicio influye directamente en el bienestar emocional de los pacientes crónicos. La satisfacción con la atención no solo depende de la resolución clínica, sino también del trato humano, la empatía, la claridad en la información y la confianza en el equipo de salud. Estos factores contribuyen a disminuir la vulnerabilidad, brindar seguridad en el tratamiento y favorecer la adherencia, lo que reduce el riesgo de depresión. En el caso de la hemodiálisis, donde el procedimiento es frecuente y demandante, recibir un cuidado digno y respetuoso resulta clave para mantener la estabilidad emocional.

Es pertinente señalar que varios factores que presentaron asociaciones significativas con la presencia de depresión o ansiedad en el análisis bivariado, no mantuvieron dicha significancia tras el ajuste multivariado. En cuanto a los factores sociodemográficos, contar con pareja ($\chi^2 = 10.53$; $p = 0.001$), tener una ocupación ($\chi^2 = 8.68$; $p = 0.003$) y recibir apoyo informativo ($\chi^2 = 6.31$; $p = 0.012$) se relacionaron con una menor prevalencia de síntomas depresivos; sin embargo, estas asociaciones no se conservaron en el modelo ajustado. De manera similar, residir en la ciudad de Cusco ($\chi^2 = 14.73$; $p < 0.001$), tener 50 años o más ($\chi^2 =$

14.20; $p < 0.001$) y recibir apoyo familiar ocasionalmente (prueba de Fisher; $p < 0.001$) se asociaron con una mayor prevalencia de ansiedad, pero perdieron significancia con el análisis multivariado.

En cuanto a los factores clínicos, la presencia de discapacidad se asoció con mayor prevalencia tanto de depresión (RPc: 1.31; IC 95 %: 1.15–1.50; $p < 0.001$) como de ansiedad (RPc: 1.18; IC 95 %: 1.02–1.35; $p = 0.023$), pero en ambos casos el efecto se diluyó tras el ajuste. Lo mismo ocurrió con las hospitalizaciones previas (RPc: 1.24; IC 95 %: 1.04–1.48; $p = 0.016$), la hipotensión intradialítica (RPc: 1.16; IC 95 %: 1.00–1.35; $p = 0.050$) y el apoyo emocional hospitalario (RPc: 0.74; IC 95 %: 0.62–0.89; $p = 0.001$), cuyas asociaciones con la depresión dejaron de ser significativas en el análisis multivariado. Esta pérdida de significancia puede atribuirse a la presencia de variables confusoras o a la colinealidad entre predictores, que atenúan el efecto independiente de cada factor al ser considerados simultáneamente en el modelo ajustado.

En síntesis, los resultados obtenidos reafirman que la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional, incorporando una perspectiva biopsicosocial que considere los determinantes emocionales, familiares y contextuales del bienestar. La elevada prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos identificada en este estudio pone de manifiesto la urgencia de establecer intervenciones estructuradas para el tamizaje y abordaje psicológico en esta población vulnerable. Asimismo, el fortalecimiento del apoyo familiar, la reducción de barreras geográficas y sociales, y la mejora en la experiencia del cuidado hospitalario emergen como componentes clave para favorecer un entorno terapéutico más humano y efectivo. Solo mediante un abordaje integral, que combine atención emocional, acompañamiento continuo y condiciones dignas de tratamiento, será posible mejorar no solo los indicadores de salud mental, sino también la calidad de vida y la adherencia al tratamiento hemodialítico.

4.3. CONCLUSIONES

El estudio dividió las variables asociadas a la depresión y la ansiedad en pacientes hemodializados en categorías clínicas y sociodemográficas

PRIMERO, entre los factores sociodemográficos, se identificó que tener 50 años o más aumentó significativamente el riesgo de presentar síntomas depresivos (RPa: 1.57). Residir en la ciudad del Cusco se asoció con una menor prevalencia de depresión (RPa: 0.85), posiblemente debido a un mejor acceso a servicios de salud o redes de apoyo. El apoyo familiar constante (“siempre”) se consolidó como un potente factor protector frente a la depresión (RPa: 0.15), mientras que recibir apoyo solo de forma ocasional, ya sea “casi nunca” o “algunas veces”, se asoció con una mayor prevalencia de síntomas depresivos (RPa: 1.41), lo que destaca la importancia de la frecuencia y continuidad del soporte emocional en esta población.

SEGUNDO, respecto a los factores clínicos, el dolor severo en el acceso vascular de forma habitual fue el predictor más relevante (RPa: 1.56), subrayando el impacto del sufrimiento físico sobre el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. El uso de catéteres permanentes (RPa: 1.29) y de FAV (RPa: 1.34) se asoció con una mayor prevalencia de depresión en comparación con el uso de catéteres temporales, lo que podría deberse a la carga psicológica por la cronicidad de la falla renal. Se observó que recibir atención en EsSalud se asoció con una menor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con pacientes atendidos en hospitales del MINSA (RPa: 0.87), lo que podría estar relacionado con diferencias en los recursos disponibles o en la calidad percibida de los servicios. Una mayor satisfacción con la atención recibida también se vinculó con una menor prevalencia de depresión (RPa: 0.69), resaltando el valor de una atención médica centrada en el paciente, empática y de calidad como componente fundamental del bienestar emocional.

TERCERO, en cuanto a los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad, se identificó que el apoyo familiar y de amigos frecuente fue un factor protector significativo. Tanto recibir apoyo “muchas veces” (RPa: 0.69) como “siempre” (RPa: 0.67) se asociaron con una menor prevalencia de ansiedad, lo que refuerza el rol clave del entorno afectivo en la contención emocional de los pacientes con enfermedad renal crónica.

CUARTO, relacionado a los factores clínicos asociados con la ansiedad. Se evidenció una mayor prevalencia de ansiedad en pacientes con baja adherencia al tratamiento hemodialítico (RPa: 1.21), con hospitalizaciones previas en el último

año (RPa: 1.26) y con presencia de hipotensión intradialítica (RPa: 1.22), lo que sugiere que los eventos clínicos desestabilizadores afectan directamente el bienestar emocional. Recibir apoyo emocional hospitalario actuó como un factor protector frente a la ansiedad (RPa: 0.70), destacando la relevancia del acompañamiento institucional y la intervención psicoemocional como parte integral del cuidado del paciente hemodializado.

4.4. SUGERENCIAS

4.4.1. Para los estudiantes e investigadores

Se recomienda que futuras investigaciones aborden:

- Diseños longitudinales que evalúen la relación entre el uso de la FAV, los trastornos emocionales y las complicaciones tardías en pacientes con más de tres meses en hemodiálisis.
- Factores asociados al fracaso de la FAV y a la hipotensión intradialítica en pacientes hemodializados.
- El impacto de la ruralidad y las dificultades de transporte o acceso a los servicios de hemodiálisis sobre la adherencia al tratamiento, la aparición de trastornos emocionales y complicaciones de la hemodiálisis.
- Las barreras culturales y lingüísticas que influyen en la experiencia emocional y comunicativa de los pacientes quechuahablantes.
- Otros factores no estudiados como la calidad del sueño o la presencia de prurito en el acceso venoso.

4.4.2. Para los Directores de los hospitales y los Jefes de los Servicios de Nefrología

- Se sugiere la inclusión de tamizajes periódicos de depresión y ansiedad en los protocolos de atención de pacientes en hemodiálisis, mediante herramientas o escalas estandarizadas, ya que contribuirá a mejorar la calidad asistencial al garantizar diagnósticos oportunos y derivaciones adecuadas hacia servicios de salud mental.
- Se recomienda reforzar la cooperación entre los servicios de nefrología y salud mental, mediante interconsultas oportunas y respuestas rápidas, para garantizar un abordaje temprano, integral y efectivo del paciente.
- Fortalecer la comunicación clínica mediante un enfoque intercultural y empático, así como la promoción del aprendizaje básico del quechua. Esto

contribuirá a una atención más centrada en la persona, mejor comprensión de sus necesidades y mayor adherencia al tratamiento.

4.4.3. Para la Gerencia Regional de Salud del Cusco

- Se recomienda implementar programas de diálisis peritoneal en las zonas periféricas y capacitar al personal de salud en la detección y manejo oportuno de complicaciones, favoreciendo así una mayor independencia del paciente en comparación con la hemodiálisis.
- Se recomienda reforzar las políticas intersectoriales dirigidas a pacientes crónicos, promoviendo el fortalecimiento del apoyo familiar y comunitario mediante la articulación de programas sociales, de salud mental y de rehabilitación, ejecutados por profesionales capacitados

5. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 13 de marzo de 2025]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 13 de marzo de 2025]. Trastornos de ansiedad. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
3. Vergin J. Alemania: Deutsche Welle. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. 2024: cada vez más personas con enfermedades mentales – DW – 06/03/2024. Disponible en: <https://www.dw.com/es/salud-mental-2024-cada-vez-m%C3%A1s-personas-con-enfermedades-mentales/a-68449040>
4. AXA. París: AXA. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Mind Your Health in the Workplace. Disponible en: <https://www.axa.com/en/press/publications/mind-health-report-2024>
5. Mozafaripour S. Mental Health Statistics [2024] | USAHS [Internet]. University of St. Augustine for Health Sciences. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.usa.edu/blog/mental-health-statistics/>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. 2022 [citado 15 de mayo de 2025]. OPS lanza nueva campaña para frenar el estigma hacia personas con problemas de salud mental. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-ops-lanza-nueva-campana-para-frenar-estigma-hacia-personas-con-problemas-salud>
7. ENBIARE. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021 ENBIARE. En Mexico: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
8. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plataforma Digital Única del Estado. 2022 [citado 15 de mayo de 2025]. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
9. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plataforma Digital Única del Estado. 2024 [citado 15 de mayo de 2025]. Más de 1 300 000 casos atendidos por trastornos de salud mental y problemas psicosociales. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1037025-mas-de-1-300-000-casos-atendidos-por-trastornos-de-salud-mental-y-problemas-psicosociales>
10. Seguro Social de Salud (EsSalud). Plataforma digital única del Estado Peruano. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. EsSalud: más de 182 mil personas fueron diagnosticadas por trastornos de ansiedad este año a nivel nacional. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/992249-essalud-mas-de-182-mil-personas-fueron-diagnosticadas-por-trastornos-de-ansiedad-este-ano-a-nivel-nacional>

11. SALA SITUACIONAL DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PRIORIZADOS [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA; 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/
12. Cleveland Clinic [Internet]. 2021 [citado 13 de marzo de 2025]. Chronic Illness: Sources of Stress, How to Cope. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/4062-chronic-illness>
13. National Institute of Mental Health (NIH) [Internet]. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Cómo comprender la relación entre las enfermedades crónicas y la depresión. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion>
14. Caso AJ, Huamán LH. Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13563>
15. Bossola M, Mariani I, Antocicco M, Pepe G, Petrosino A, Di Stasio E. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Symptoms of Depression in Patients on Chronic Hemodialysis: A Systematic Review. *J Clin Med.* 5 de junio de 2024;13(11):3334.
16. Alaoui AC, Omari M, Quarmich N, Kouiri O, Chouhani BA, Berraho M, et al. Prevalence and determinant factors of depression and anxiety in people with chronic kidney disease: a Moroccan cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2024;48:15.
17. Farfán La Torre LM, Gudiel Huillca V. Factores de riesgo asociados a la depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en el hospital Adolfo Guevara Velasco ESSalud, Cusco 2010 [Internet]. Universidad Nacional De San Antonio Abad del Cusco; 2011 [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/1078>
18. Ramos LS. Depresión y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica, ESSalud, Cusco –Perú, 2024 [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/item/034cd60a-2232-4f30-8f08-5f1472c366c5>
19. Galdos J, Ochoa MA. ANALISIS SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (ASISHO) - 2020 [Internet]. HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO; 2020. Disponible en: https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/HRC_ASISHO_2020_OIS.pdf
20. Gamarra CE, Ochoa MA. ANALISIS SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS (ASISHO) 2023 [Internet]. HOSPITAL REGIONAL CUSCO; 2023. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2024/05/ASISHO2023.pdf>
21. Agencia Peruana de Noticias Andina [Internet]. 2024 [citado 13 de marzo de 2025]. Cusco: Hospital Antonio Lorena contará con equipos de alta gama para combatir el cáncer. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-cusco-hospital-antonio-lorena-contara-equipos-alta-gam>

a-para-combatir-cancer-979923.aspx

22. Bekara A, Bekara MEA, Amara L, Amamra N. Risk Factors of Anxiety among Hemodialyzed Patients in Ténès, Algeria: A Cross-Sectional Study. *Saudi J Kidney Dis Transplant.* octubre de 2023;34(5):437.
23. Peng X, Feng S, Zhang P, Sang S, Zhang Y. Analysis of influencing factors of anxiety and depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with BDNF, NT-3 and 5-HT levels. *PeerJ.* 21 de septiembre de 2023;11:e16068.
24. Qawaqzeh DTA, Masa'deh R, Hamaideh SH, Alkhawaldeh A, ALBashtawy M. Factors affecting the levels of anxiety and depression among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Int Urol Nephrol.* 30 de marzo de 2023;1-10.
25. Huang CW, Wee PH, Low LL, Koong YLA, Htay H, Fan Q, et al. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 de marzo de 2021;69:27-40.
26. Mosleh H, Alenezi M, Al johani S, Alsani A, Fairaq G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Cross-sectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus.* 12(1):e6668.
27. Cannals ACA, Rodríguez LJV, Torres JMM, Amador NFA, Gil LBS. Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en Boyacá, Colombia: Factors associated with depression in patients with chronic kidney disease in Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Nefrol.* 18 de agosto de 2021;8(3):e528-e528.
28. Cannals ACA, Amador NFA, Rodríguez LJV, Rodríguez DJA, Gil LBS. Prevalencia y factores asociados a la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en dos unidades de diálisis de Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Nefrol [Internet].* 29 de julio de 2020 [citado 28 de febrero de 2025];7(2). Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/386>
29. Palomino Guerra GX. Factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en centros de hemodiálisis del departamento de Tacna durante el año 2022-2023. *Repos Inst - UPT [Internet].* 8 de septiembre de 2023 [citado 12 de noviembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3037>
30. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
31. Morales OB. Sitio Web del Comité de ética en investigación. [citado 1 de agosto de 2023]. Comité de ética en investigación. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
32. Arias M, Aljama P, Egido J, Lamas S, Praga M, Serón D. Nefrología clínica. Cuarta

Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2013.

33. Abramyan S, Hanlon M. Kidney Transplantation. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567755/>
34. Murdeshwar HN, Anjum F. Hemodialysis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
35. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 1 de abril de 2024;105(4):S117-314.
36. Goyal A, Daneshpajouhnejad P, Hashmi MF, Bashir K. Acute Kidney Injury. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441896/>
37. Bhandari B, Komanduri S. Dialysis Disequilibrium Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559018/>
38. Hashmi MF, Aeddula NR, Shaikh H, Rout P. Anemia of Chronic Kidney Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539871/>
39. Topfer LA. Wearable Artificial Kidneys for End-Stage Kidney Disease. En: CADTH Issues in Emerging Health Technologies [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 [citado 25 de enero de 2025]. (CADTH Horizon Scans). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425162/>
40. Dialysis Modalities for the Treatment of End-Stage Kidney Disease: Recommendations [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 [citado 25 de enero de 2025]. (CADTH Optimal Use Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525812/>
41. Burn K. Overview of palliative care. En: Kelly M, editor. Supporting patients who opt not to have dialysis or stop dialysis: Guidelines for Nurses [Internet]. Hergiswil (CH): European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA); 2021 [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599374/>
42. Ortuño F. Lecciones de Psiquiatría. Primera Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2010.
43. Zarragoitía I. Depresión generalidades y particularidades. Primera Edición. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Medicas; 2011.
44. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* octubre de 2002;40:9-20.
45. McIntyre RS, Rong C, Subramaniapillai M, Lee Y. Trastorno depresivo mayor. Primera

Edición. España: Elsevier Health Sciences; 2020.

46. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5ta edición. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing; 2013. 947 p. (DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales); vol. 1).
47. Chand SP, Arif H. Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 24 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
48. Li KX, Loshak H. Pharmacogenomic Testing in Depression: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 [citado 24 de enero de 2025]. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562923/>
49. Diagnóstico de la depresión [Internet]. [citado 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-sem emergen-40-pdf-X113835930690814X>
50. Sánchez-Villena AR, Cedrón EF, de-La-Fuente-Figuerola V, Chávez-Ravines D. Estructura factorial y datos normativos del Inventory de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colomb Psicol.* 28 de junio de 2022;25(2):158-70.
51. Palacios CA, Toro AC. Psiquiatría. Sexta edición. Medellín, Colombia: Ecoe Ediciones; 2018. 524 p. (Fundamentos De Medicina).
52. Chocrón Bentata L. La terapia electroconvulsiva es un tratamiento efectivo a corto plazo en la depresión. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria.* 1 de enero de 2003;10(10):751.
53. Gask L, Chew-Graham C. ABC of Anxiety and Depression. Primera edición. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2014. 90 p.
54. Agüera L, Francés I, Gayoso MJ, Gil P, Martín M, Sánchez M. Depresión y Ansiedad. Primera Edición. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2004. 106 p. (Guía de buena práctica clínica en Geriatría).
55. Juruena MF, Eror F, Cleare AJ, Young AH. The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:141-53.
56. Vega-Neira M, Soto-González M. Efecto del ejercicio físico sobre el sistema serotoninérgico y la conducta en roedores. Una revisión sistemática. *Ansiedad Estrés.* 1 de enero de 2018;24(1):40-6.
57. Baldwin D, Stein MB, Friedman M. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate.* enero de 2025;
58. Craske M, Bystritsky A, Stein MB, Friedman M. Generalized anxiety disorder in adults: Management. *UpToDate.* marzo de 2024;

59. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiología Clínica. Lippincott Williams & Wilkins; 2016. 272 p.
60. Balarezo-López G. Sociología médica: origen y campo de acción. Rev Salud Pública. 20(2):265-70.
61. Lacomba-Trejo L, Mateu-Mollà J, Álvarez EC, Benavent AMO, Serrano AG. Enfermedad renal crónica avanzada: ansiedad, depresión y percepción de amenaza. Rev Psicol SALUD [Internet]. 31 de enero de 2021 [citado 26 de enero de 2025];9(1). Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/959>
62. Gómez Vilaseca L, Pac Gracia N, Manresa Traguany M, Lozano Ramírez S, Chevarria Montesinos JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Enferm Nefrológica. junio de 2015;18(2):112-7.
63. Levey AS, Inker LA, Coresh J. Chronic Kidney Disease in Older People. JAMA. 11 de agosto de 2015;314(6):557-8.
64. Jiang D, Yu X, Zhong T, Xiao Y, Wang L. The Situation and Influencing Factors of Depression and Anxiety in Patients of Hemodialysis during the COVID-19 Pandemic in China. Healthcare. 24 de marzo de 2023;11(7):941.
65. Othayq A, Aqeeli A. Prevalence of depression and associated factors among hemodialyzed patients in Jazan area, Saudi Arabia: a cross-sectional study. Ment Illn. 20 de mayo de 2020;12(1):1-5.
66. Shi Y, Liao Y, Zhou Y, Liu H, Lei Y, Luo L. Anxiety, depression, and related factors in hemodialysis patients during the lockdown period of COVID- 19 in China: a multicenter study. Psychol Health Med. 3 de julio de 2023;28(6):1513-9.
67. Kraft R, Dorstyn D. Psychosocial correlates of depression following spinal injury: A systematic review. J Spinal Cord Med. septiembre de 2015;38(5):571-83.
68. Hamrah MH, Hamrah AT, Hamrah MH, Ozturk L, Ghafary ES, Dahi T, et al. Association between hearing loss, depression, anxiety, and social isolation in middle-aged and older outpatients in Afghanistan. Qatar Med J. 15 de octubre de 2024;2024(4):57.
69. F. W. García Valderrama CF. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología. 1 de junio de 2002;22(3):244-52.
70. Zhi M, Zeng Y, Chen C, Deng S, Liu Y, Huang Y, et al. The relationship between intradialytic hypotension and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. Sci Rep. 4 de abril de 2025;15:11532.
71. Wen-Tao D, Xue-Xiu C, Zun-Jiang C, Wei C, Cheng-Feng P, Xing-Ken F. The Relationship Between Hospitalization Frequency of Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Anxiety and Depression. Front Genet. 2022;13:817727.
72. Yan S, Zhu X, Huo Z, Wang Z, Cui H. Psychological Intervention for Depression and Anxiety in Hemodialysis Patients: A Meta-Analysis. Actas Esp Psiquiatr. 2025;53(1):154-64.

73. Dalrymple LS, Katz R, Kestenbaum B, de Boer IH, Fried L, Sarnak MJ, et al. The risk of infection-related hospitalization with decreased kidney function. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found.* marzo de 2012;59(3):356-63.
74. Maldonado-Avendaño N, Castro-Osorio R, Cardona-Gómez P. Propiedades psicométricas del inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de diciembre de 2023;52:S51-9.
75. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* diciembre de 2013;35:416-31.
76. Almeida S, Camacho M, Barahona-Corrêa JB, Oliveira J, Lemos R, da Silva DR, et al. Criterion and construct validity of the Beck Depression Inventory (BDI-II) to measure depression in patients with cancer: The contribution of somatic items. *Int J Clin Health Psychol.* 1 de abril de 2023;23(2):100350.
77. Kondo K, Ayers C, Chopra P, Antick J, Kansagara D. RESULTS. En: End-stage Renal Disease and Depression: A Systematic Review [Internet] [Internet]. Department of Veterans Affairs (US); 2020 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565787/>
78. Padrós Blázquez F, Montoya Pérez KS, Bravo Calderón MA, Martínez Medina MP. Propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad Estrés.* 1 de julio de 2020;26(2):181-7.
79. Byrne DG, Rosenman RH. *Anxiety and the Heart.* Taylor & Francis; 1990. 522 p.
80. Nadort E, van Geenen NJK, Schouten RW, Boeschoten RE, Chandie Shaw P, Vleming LJ, et al. Validation of Two Screening Tools for Anxiety in Hemodialysis Patients. *J Pers Med.* julio de 2022;12(7):1077.
81. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una Muestra de Estudiantes. *Acta Investig Psicológica.* 2014;4(2):1464-80.
82. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Arenas-Montaño G, Rodríguez-Alonzo E, Torres-Lagunas MA, et al. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enferm Univ.* septiembre de 2015;12(3):122-33.
83. Thayaparan AJ, Mahdi E. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Med Educ Online.* 23 de julio de 2013;18:10.3402/meo.v18i0.21747.
84. Iglesias-Puzas Á, de Miguel-Abildúa E, Conde-Taboada A, Iglesias-Bayo L, López-Bran E. Validación y adaptación transcultural del cuestionario de satisfacción en Dermatología (PSQ-18). *J Healthc Qual Res.* 1 de septiembre de 2021;36(5):269-74.
85. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) [Internet]. Santa Mónica, California: RAND Corporation; 1994 p. 36. (RAND Paper Series). Report No.: P-7865. Disponible en:

<https://www.rand.org/pubs/papers/P7865.html>

86. Mat Din H, Raja Adnan RNE, Kadir Shahar H, Mawardi M, Awang Dzulkarnain DH, Hassan NH, et al. Associated Factors in Patient Satisfaction among Older Persons Attending Primary Health Facilities in Sepang, Malaysia. *Malays J Med Sci MJMS*. febrero de 2024;31(1):172-80.
87. Hsieh FC, Lin LP, Wu TP, Hsu SW, Lai CY, Lin JD. Factors Associated with patient satisfaction towards a prison detention Clinic Care among male drug-using inmates. *BMC Health Serv Res*. 17 de octubre de 2022;22:1255.
88. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. enero de 1986;24(1):67-74.
89. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. [citado 1 de marzo de 2025]. Ansiedad. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1012&filter=ths_exact_term&q=ANSIEDAD
90. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 1 de febrero de 2025]. Depresión. Disponible en: <https://dle.rae.es/depresión>
91. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. 2024 [citado 1 de marzo de 2025]. Fallo Renal Crónico. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=7851>
92. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. 2024 [citado 14 de febrero de 2025]. Diálisis renal. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=29407>
93. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 5 de febrero de 2025]. Edad. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
94. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 5 de febrero de 2025]. Sexo. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
95. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 5 de febrero de 2025]. Estado. Disponible en: <https://dle.rae.es/estado>
96. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/elem_2376/definicion.html
97. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 5 de febrero de 2025]. Residencia. Disponible en: <https://dle.rae.es/residencia>
98. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 3 de junio de 2025]. Ocupación. Disponible en: <https://dle.rae.es/ocupación>
99. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. [citado 25 de mayo de 2025]. Información. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=36354&filter=ths_termall&q=informacion
100. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. 2023 [citado 14 de

febrero de 2025]. Apoyo Familiar. Disponible en:
<https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=60149>

101. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. 2024 [citado 14 de febrero de 2025]. Dispositivos de acceso vascular. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=55071&filter=ths_termall&q=acceso%20vascular
102. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. 2024 [citado 14 de febrero de 2025]. Dolor. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10333&filter=ths_treenumber&q=C23.888.592.612
103. Assimon MM, Flythe JE. Intradialytic hypotension Definitions of Intradialytic Hypotension. *Semin Dial.* noviembre de 2017;30(6):464-72.
104. ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española. [citado 3 de junio de 2025]. Discapacidad. Disponible en: <https://dle.rae.es/diccionario>
105. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. [citado 6 de junio de 2025]. Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento. Disponible en:
<https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57215>
106. BIREME/OPS/OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS. [citado 6 de junio de 2025]. Hospitalización. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6916>
107. Elsevier. ScienceDirect Topics. [citado 25 de mayo de 2025]. Emotional Support. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/emotional-support>
108. RAE. «Diccionario del estudiante». 2024 [citado 30 de marzo de 2025]. hospital | Diccionario del estudiante. Disponible en:
<https://www.rae.es/diccionario-estudiante/hospital>
109. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 30 de marzo de 2025]. satisfacción | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/satisfacción>
110. Hernández D, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la investigación. 5^a ed. México: MacGraw-Hill Interamericana; 2010.
111. Romero ARV, Torre GSG de la, Altamirano LM. Epidemiología y estadística en salud pública. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011. 334 p.
112. Edelstein BA, Drozdick LW, Ciliberti CM. Chapter 1 - Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. En: Lichtenberg PA, editor. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology (Second Edition)* [Internet]. San Diego: Academic Press; 2010 [citado 3 de marzo de 2025]. p. 3-43. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012374961100016>

6. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA								
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	RECOLECCIÓN DE DATOS	
Problema General	Objetivo General	Hipotesis General	Variable dependiente			Tipo de estudio	Instrumento de recolección de datos	
¿Cuáles son los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en hospitales del Cusco, 2025?	Determinar los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en hospitales del Cusco, 2025.	Los factores asociados a la depresión y ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025 son la ausencia de pareja, el dolor en el acceso vascular y la discapacidad.	Ansiedad	NA	Síntomas psíquicos y somáticos	Cuantitativo correlacional	<p>El instrumento de recolección de datos estará compuesto por dos secciones principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha de recolección de variables independientes, que incluirá datos socio-demográficos, clínicos, sociales y hospitalarios . 2. Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck: <p>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</p>	
			Depresión	NA	Estado afectivo, cambios en conducta	Alcance / Diseño Observacional transversal analítico		
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable Independiente			Unidad de análisis	Procedimiento	
¿Cuál es la principal característica sociodemográfica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?	Identificar la principal característica sociodemográfica asociada a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.	La principal característica sociodemográfica de depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la ausencia de pareja.	Edad	Factores Socio-demográficos	Años cumplidos.	Pacientes con falla renal crónica sometidos a terapia de hemodiálisis.	<p>Para la recolección de datos se seguirán los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Se solicitó la autorización de las direcciones de los Hospitales en estudio para acceder a los registros clínicos y aplicar el cuestionario a los pacientes en hemodiálisis. 2.Se coordinó con el personal de la unidad de hemodiálisis de cada hospital para programar la aplicación del cuestionario. 3.Se entregó a los participantes un paquete con una carta de presentación, el consentimiento informado y el cuestionario estructurado. 	
¿Cuál es la principal característica sociodemográfica asociada a la ansiedad?	Detectar la principal característica sociodemográfica asociada a la ansiedad.	La principal característica sociodemográfica de ansiedad en los	Sexo		Sexo biológico al cual pertenece.			
			Estado civil		Situación legal actual.			
			Nivel educativo		Formación académica alcanzada.			
			Lugar de residencia		Ubicación del domicilio actual.			
			Ocupación		Estado ocupacional del paciente.	Población y muestra		

<p>ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?</p>	<p>ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.</p>	<p>pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la ausencia de pareja.</p>	<p>Apoyo informativo</p> <p>Apoyo familiar y de amistades</p> <p>Tipo de acceso vascular</p> <p>Dolor habitual en el acceso vascular</p> <p>Hipotensión intradialítica</p> <p>Discapacidad</p>	<p>Factores clínico</p>	<p>Recepción de información clara sobre la enfermedad y el proceso de hemodiálisis.</p> <p>Evaluación del apoyo familiar y de amistades mediante la escala AFA-R15</p> <p>Estructura creada o utilizada para permitir la conexión del paciente a la máquina de hemodiálisis y facilitar la filtración de la sangre.</p> <p>Sensación de dolor en la zona del acceso vascular de forma habitual.</p> <p>Episodios de hipotensión arterial sintomática durante la hemodiálisis.</p> <p>Presencia de alguna limitación o sensorial que interfiera en sus actividades diarias.</p>	<p>Pacientes con falla renal que reciben hemodiálisis de manera regular en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco y asociadas, Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco en el año 2025.</p>	<p>4.Se asignó un código único a cada participante para garantizar la confidencialidad de los datos.</p> <p>5.Se procedió al análisis estadístico de los datos recolectados.</p>
<p>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS</p>						<p>Los datos utilizados para el procesamiento estadístico provinieron de fichas de recolección elaboradas a partir de los cuestionarios aplicados a pacientes en hemodiálisis. La información fue sometida a un proceso de codificación e ingresada en Microsoft Excel 2017. Posteriormente, se implementó un control de calidad para verificar que no existan errores, datos faltantes ni registros duplicados.</p> <p>Análisis univariado: En el análisis univariado, todas las variables cualitativas se presentaron en forma de frecuencias absolutas y porcentajes (%).</p> <p>Análisis bivariado: Para evaluar la asociación entre las variables cualitativas independientes y los niveles de ansiedad y depresión, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson. En los casos en que más del 20% de las frecuencias esperadas sean menores a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher.</p> <p>Análisis multivariado: Se realizó mediante regresión de Poisson con varianza robusta, las variables dependientes (ansiedad y depresión) fueron categorizadas de forma dicotómica. Este análisis permitió estimar razones de prevalencia ajustadas (RPa) e identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis.</p> <p>Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.</p>	
<p>¿Cuál es la principal característica clínica asociada a la depresión en pacientes en</p>	<p>Distinguir la principal característica clínica asociada a la depresión en</p>	<p>La principal característica clínica de depresión en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los</p>				<p>Criterios de exclusión</p>	<p>MUESTRA</p>

<p>tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?</p>	<p>pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.</p>	<p>hospitales del Cusco - 2025, es el dolor en el acceso vascular.</p>	<p>Adherencia al tratamiento hemodialítico</p> <p>hospitalizaciones previas</p> <p>Apoyo emocional hospitalario</p> <p>Tipo de proveeduría de servicios de salud</p> <p>Percepción de la satisfacción con la atención recibida</p>	<p>Cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas como la asistencia a sesiones.</p> <p>Registro de las veces que el paciente ha sido ingresado en una institución de salud antes del momento de la evaluación</p> <p>Percepción de recibir apoyo emocional del personal de salud cuando es requerido.</p> <p>Institución o red a cargo del establecimiento de salud.</p> <p>Grado de satisfacción percibida por el paciente con la calidad de la atención médica recibida durante su tratamiento de hemodiálisis.</p>	<p>1. Pacientes con deterioro cognitivo severo o patologías neurodegenerativas diagnosticadas.</p> <p>2. Pacientes que se encuentren en tratamiento psiquiátrico farmacológico activo por trastornos del estado de ánimo o ansiedad al momento de la evaluación.</p> <p>3. Pacientes sin capacidad de comunicación efectiva.</p> <p>4. Pacientes que no completen adecuadamente la ficha de recolección de datos.</p>	<p>Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el programa estadístico Epi Info™ versión 7.2.5.0, creado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Asimismo, se tomó como referencia el estudio transversal realizado por Xue-Fen Lan, Xiao-Fang Liu y Xiao-Ping Li, titulado "Análisis de los factores que influyen en la ansiedad y la depresión en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento y su correlación con los niveles de BDNF, NT-3 y 5-HT"</p> <p><i>En dicho estudio se presentaron los siguientes datos de la tabla tetracórica:</i></p> <p><i>Pacientes con dolor vascular: 50 con depresión y 19 sin depresión, para un total de 69 pacientes.</i></p> <p><i>Pacientes sin dolor vascular: 27 con depresión y 24 sin depresión, para un total de 51 pacientes.</i></p> <p><i>El estudio Presentaba un valor OR de 2.34</i></p> <p>Obteniéndose así una muestra representativa de 214, a la que se adicionó un 10% de factor de pérdida, resultando en una muestra total de 235 pacientes.</p> <p>El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos.</p>
<p>¿Cuál es la principal característica clínica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025?</p>	<p>Determinar la principal característica clínica asociada a la ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.</p>	<p>La principal característica clínica de ansiedad en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de los hospitales del Cusco - 2025, es la discapacidad.</p>	<p>JUSTIFICACIÓN</p> <p>Los pacientes con enfermedad renal crónica requieren terapias prolongadas que afectan su calidad de vida, generando problemas psicológicos como depresión y ansiedad. En Cusco, estos trastornos han sido poco estudiados, pese a su impacto físico, emocional y social. Analizar los factores sociodemográficos, clínicos y sociales asociados permitirá diseñar estrategias de intervención más eficaces. Este estudio busca mejorar la detección y manejo de los trastornos psicológicos en pacientes hemodializados, contribuyendo a optimizar su bienestar y fortalecer la atención integral en salud mental.</p>			

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio titulado "**Factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025**" tiene como objetivo examinar los determinantes asociados a dichos trastornos en pacientes sometidos a hemodiálisis. Este estudio forma parte de una tesis de grado para la obtención del título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

La recopilación de datos se realizará mediante encuestas aplicadas a los participantes, siguiendo principios éticos y garantizando la confidencialidad de la información obtenida. Los datos recolectados serán transcritos y almacenados en una base de datos segura, cuyo acceso estará restringido al equipo de investigación. No se divulgarán datos personales, ya que cada ficha será codificada con un número identificador.

Solicitamos vuestro apoyo, respondiendo con sinceridad cada una de las preguntas de la encuesta. No hay respuestas buenas ni malas, todas son valiosas para la investigación. En caso de dudas, se recomienda solicitar aclaraciones al encuestador.

La participación en este estudio consiste en responder una encuesta estructurada, cuyo tiempo estimado de realización es de aproximadamente 10 minutos. **La totalidad de la información proporcionada será confidencial y anónima, y se empleará únicamente para investigación. Participar en este estudio es opcional, y puede interrumpir su colaboración cuando lo deseé sin ningún tipo de repercusión.**

Agradecemos su colaboración, ya que este estudio proporcionará información valiosa para mejorar la atención en salud mental de los pacientes hemodializados.

Firma de aceptación

SECCIÓN I	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°
----------------------------	--	---

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- | | |
|--|---|
| <p>1. Edad: ____ años</p> <p>2. Sexo:
 <input type="checkbox"/> Masculino
 <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>3. Estado civil:
 <input type="checkbox"/> Soltero
 <input type="checkbox"/> Casado
 <input type="checkbox"/> Divorciado
 <input type="checkbox"/> Viudo</p> <p>4. Nivel educativo:
 <input type="checkbox"/> Analfabeto (Sin estudios)
 <input type="checkbox"/> Primaria
 <input type="checkbox"/> Secundaria
 <input type="checkbox"/> Superior (universitario o técnico)</p> | <p>5. ¿Actualmente reside usted dentro de la ciudad del Cusco?:
 <input type="checkbox"/> Sí
 <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Cuál es su ocupación actual? (Puede ser una actividad remunerada o no remunerada)
 <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado (tiempo completo o medio tiempo)
 <input type="checkbox"/> Realizó actividades no remuneradas (como labores domésticas, voluntariado, etc.)
 <input type="checkbox"/> No me es posible realizarlo actualmente</p> <p>7. ¿Recibiste información clara de tu enfermedad y el proceso de la hemodiálisis, de forma que la comprendes bien?
 <input type="checkbox"/> Sí
 <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|---|

8. A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre la relación con tu familia y amigos. Por favor, marca con una "X" la opción que mejor refleje tu percepción en cada aspecto.

Escala de Apoyo Familiar y de Amigos (AFA-R15)	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
¿Cuentas con alguien de tu familia con quien puedas platicar cuando lo necesitas?					
¿Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas?					
¿Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema?					
¿Cuentas con algún amigo(a) que te ayude a resolver algún problema?					
¿Tus familiares te demuestran cariño o afecto?					
¿Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre cariño o afecto?					
¿Confías en algún miembro de tu familia para hablar de las cosas que te preocupan?					
¿Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan?					
¿Algún familiar te ayuda con las tareas del hogar o responsabilidades diarias?					
¿Algún amigo(a) te ayuda con las tareas del hogar o responsabilidades diarias?					
¿Algún familiar te apoya cuando tienes problemas o al sentirte triste/desanimado(a)?					
¿Algún amigo(a) te apoya cuando tienes problemas o al sentirte triste/desanimado(a)?					
¿En mi familia se habla de los problemas de todos y se apoyan entre todos?					
¿Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia?					
¿Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos?					

DATOS CLÍNICOS

<p>9. ¿Qué tipo de acceso vascular tiene para el tratamiento de hemodiálisis?</p> <p>() Catéter temporal () Catéter permanente () Fístula arteriovenosa</p> <p>10. ¿Te molesta o duele la zona donde tienes el acceso vascular cuando descansas o realizas tus actividades del día a día? Si es así, ¿qué tan intenso es ese dolor?</p> <p>() No duele () Un poco (leve) () Bastante (moderado) () Mucho (severo)</p> <p>11. ¿Cuántas veces en el último mes, durante o después de la hemodiálisis, ha sentido confusión o desorientación acompañada de debilidad y palpitaciones que incluso estuvieron relacionadas con una baja de presión arterial?</p> <p>() Nunca lo experimenté durante o después de la diálisis () Lo experimenté una vez () Lo experimenté 2 o más veces</p>	<p>12. ¿Tiene usted alguna limitación física o sensorial (discapacidad) que afecte sus actividades diarias?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Si marcó "Sí", indique el tipo:</p> <p>() Motora / movilidad () Visual () Auditiva () Otra (especificar): _____</p> <p>13. En cuanto a tu tratamiento de hemodiálisis indica si: ¿Alguna vez olvidas o no asistes a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>¿Asistes a tus sesiones de hemodiálisis en los horarios indicados?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Cuando te sientes mejor, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Cuando te sientes mal, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>14. En lo que va del año (desde enero hasta la actualidad), ¿cuántas hospitalizaciones ha tenido?: _____</p> <p>15. ¿Recibes apoyo emocional cuando lo necesitas por parte del personal de salud del hospital?</p> <p>() Sí () No</p>
---	--

16. ¿Dónde recibe su tratamiento de hemodiálisis actualmente?

- () Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco o en clínica asociada derivada por EsSalud
() Hospital Antonio Lorena
() Hospital Regional del Cusco

17. Por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su experiencia con la atención en hemodiálisis.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE-18					
	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
Los médicos explican bien la razón de los exámenes médicos.					
Considero que la unidad de hemodiálisis tiene todo lo necesario para brindarme una atención completa.					
La atención médica y el tratamiento de hemodiálisis que recibo son adecuados.					
Confío en que el diagnóstico y las indicaciones médicas que recibo son correctas.					
Me siento seguro de que puedo recibir mi tratamiento de hemodiálisis sin dificultades económicas.					

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE-18	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
Cuando asisto a mi sesión de hemodiálisis, los profesionales revisan cuidadosamente mi estado de salud.					
Los costos de mi tratamiento de hemodiálisis son accesibles y puedo cubrirlos sin dificultades.					
Tengo fácil acceso a los especialistas médicos que necesito durante mi tratamiento.					
En caso de emergencia, el personal de la unidad de hemodiálisis responde con rapidez.					
Los médicos y el personal de salud me atienden de manera cercana y personalizada.					
El personal de salud me trata de manera amable y respetuosa.					
Siento que el personal de salud me dedica el tiempo necesario durante la atención.					
Percibo que los médicos toman en cuenta lo que les comunico sobre mi estado de salud.					
Confío en la capacidad y preparación de los médicos y el personal que me atienden en la unidad de hemodiálisis.					
Los médicos y enfermeras dedican el tiempo suficiente para atender mis necesidades de salud.					
Puedo conseguir una cita médica de manera oportuna cuando la necesito.					
Estoy satisfecho con la atención que recibo en la unidad de hemodiálisis.					
Puedo recibir mi tratamiento y atención médica cuando lo necesito.					

SECCIÓN II	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	INVENTARIO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE BECK
-----------------------	--	---

INDICACIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas semanas incluyendo hoy.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	No en absoluto	Leve- mente	Moderada- mente	Severa- mente
Con sensación de adormecimiento o torpeza al realizar movimiento en manos o piernas				
Con sensación repentina de aumento de la temperatura corporal o acaloramiento				
Con temblor en las piernas				
Con temblores en las manos				
Con mareos, o que “se le va la cabeza”				
Con sensación de pérdida del equilibrio				
Con sensación de pérdida de conciencia o desvanecimientos				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Con sensación de ahogo o dificultad al respirar				
Con malestar estomacal o náuseas				
Con rubor facial es decir con una sensación de calor en el rostro y enrojecimiento				
Con sudoración (fría o caliente)				
Con sensación de no poder estar tranquilo				
Con dificultad para relajarse				
Tenso o nervioso				
Con dificultad para pensar con claridad y actuar				
Asustado o atemorizado				
Con miedo a perder el control como actuar de forma impulsiva				
Con miedo sin razón aparente				
Con temor a que ocurran cosas peores				
Con temor a morir				

INDICACIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas 2 semanas incluyendo hoy.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)	No en absoluto	Leve- mente	Moderada- mente	Severa- mente
Tristeza				
Pesimismo				
Sentimientos de fracaso				
Pérdida de placer				
Sentimientos de culpa				
Sentimientos de castigo				
Insatisfacción con uno mismo				
Tendencia persistente a juzgarse a sí mismo de forma negativa o autocritica excesiva				
Pensamientos suicidas				
Llanto frecuente				
Irritabilidad				
Pérdida de interés en actividades				
Indecisión				
Pérdida de energía				
Alteraciones del sueño				
Cambios en el apetito				
Dificultad para concentrarse				
Sensación de cansancio o fatiga				
Pérdida de interés en la sexualidad				
Sentimientos de inutilidad				
Pérdida de motivación				

Anexo 3: Cuadernillo de Validación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO, 2025”

Objetivo: “Determinar los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en los hospitales del Cusco, 2025.”

Autor: EMH Luis Eduardo Zvietcovich Huancachoque

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a):

Por medio de este documento, solicito con cortesía su valiosa ayuda para revisar el instrumento de investigación que se incluye. El objetivo es validar el cuestionario que se utilizará para desarrollar el tema titulado:

“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO, 2025.”

Me dirijo a usted considerando su trayectoria y pericia en el tema, qlo que proporcionaría información relevante y suficiente para el cierre exitoso de esta investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS



**“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES
HEMODIALIZADOS EN HOSPITALES DEL CUSCO, 2025.”**

Datos del especialista:

- **Apellidos y nombres:**

- **Profesión, título académico y centro laboral:**

- **Fecha de revisión:**

- **Firma y sello:**

Con el fin de validar el cuestionario, se diseñaron 10 ítems con una escala Likert de siete niveles. Se debe señalar mediante una “X” la opción que mejor refleje la respuesta:

1. **Muy en desacuerdo:** No responde a la pregunta.
2. **En desacuerdo:** Respuesta insuficiente.
3. **Parcialmente en desacuerdo:** Respuesta parcial.
4. **Indeciso/Neutral:** Respuesta intermedia.
5. **Parcialmente de acuerdo:** Respuesta parcialmente satisfactoria.
6. **De acuerdo:** Respuesta mayormente satisfactoria.
7. **Muy de acuerdo:** Respuesta completamente satisfactoria.

Instrumento de recolección de datos

PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio titulado "**Factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes hemodializados en hospitales del Cusco, 2025**" tiene como objetivo examinar los determinantes asociados a dichos trastornos en pacientes sometidos a hemodiálisis. Este estudio forma parte de una tesis de grado para la obtención del título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

La recopilación de datos se realizará mediante encuestas aplicadas a los participantes, siguiendo principios éticos y garantizando la confidencialidad de la información obtenida. Los datos recolectados serán transcritos y almacenados en una base de datos segura, cuyo acceso estará restringido al equipo de investigación. No se divulgarán datos personales, ya que cada ficha será codificada con un número identificador.

Solicitamos vuestro apoyo, respondiendo con sinceridad cada una de las preguntas de la encuesta. No hay respuestas buenas ni malas, todas son valiosas para la investigación. En caso de dudas, se recomienda solicitar aclaraciones al encuestador.

La participación en este estudio consiste en responder una encuesta estructurada, cuyo tiempo estimado de realización es de aproximadamente 10 minutos. **La totalidad de la información proporcionada será confidencial y anónima, y se empleará únicamente para investigación. Participar en este estudio es opcional, y puede interrumpir su colaboración cuando lo deseé sin ningún tipo de repercusión.**

Agradecemos su colaboración, ya que este estudio proporcionará información valiosa para mejorar la atención en salud mental de los pacientes hemodializados.

Firma de aceptación

SECCIÓN I	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°
----------------------------	--	---

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: ____ años	5. ¿Actualmente reside usted dentro de la ciudad del Cusco?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. ¿Cuál es su ocupación actual? (Puede ser una actividad remunerada o no remunerada) <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado (tiempo completo o medio tiempo) <input type="checkbox"/> Realizo actividades no remuneradas (como labores domésticas, voluntariado, etc.) <input type="checkbox"/> No me es posible realizarlo actualmente
3. Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	7. ¿Recibiste información clara de tu enfermedad y el proceso de la hemodiálisis, de forma que la comprendes bien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Analfabeto (Sin estudios) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior (universitario o técnico)	

8. A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre la relación con tu familia y amigos. Por favor, marca con una "X" la opción que mejor refleje tu percepción en cada aspecto.

Escala de Apoyo Familiar y de Amigos (AFA-R15)	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
¿Cuentas con alguien de tu familia con quien puedas platicar cuando lo necesitas?					
¿Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas?					
¿Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema?					
¿Cuentas con algún amigo(a) que te ayude a resolver algún problema?					
¿Tus familiares te demuestran cariño o afecto?					
¿Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre cariño o afecto?					
¿Confías en algún miembro de tu familia para hablar de las cosas que te preocupan?					
¿Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan?					
¿Algún familiar te ayuda con las tareas del hogar o responsabilidades diarias?					
¿Algún amigo(a) te ayuda con las tareas del hogar o responsabilidades diarias?					
¿Algún familiar te apoya cuando tienes problemas o al sentirte triste/desanimado(a)?					
¿Algún amigo(a) te apoya cuando tienes problemas o al sentirte triste/desanimado(a)?					
¿En mi familia se habla de los problemas de todos y se apoyan entre todos?					
¿Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia?					
¿Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos?					

DATOS CLÍNICOS

<p>9. ¿Qué tipo de acceso vascular tiene para el tratamiento de hemodiálisis?</p> <p>() Catéter temporal () Catéter permanente () Fístula arteriovenosa</p> <p>10. ¿Te molesta o duele la zona donde tienes el acceso vascular cuando descansas o realizas tus actividades del día a día? Si es así, ¿qué tan intenso es ese dolor?</p> <p>() No duele () Un poco (leve) () Bastante (moderado) () Mucho (severo)</p> <p>11. ¿Cuántas veces en el último mes, durante o después de la hemodiálisis, ha sentido confusión o desorientación acompañada de debilidad y palpitaciones que incluso estuvieron relacionadas con una baja de presión arterial?</p> <p>() Nunca lo experimenté durante o después de la diálisis () Lo experimenté una vez () Lo experimenté 2 o más veces</p>	<p>12. ¿Tiene usted alguna limitación física o sensorial (discapacidad) que afecte sus actividades diarias?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Si marcó "Sí", indique el tipo:</p> <p>() Motora / movilidad () Visual () Auditiva () Otra (especificar): _____</p> <p>13. En cuanto a tu tratamiento de hemodiálisis indica si: ¿Alguna vez olvidas o no asistes a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>¿Asistes a tus sesiones de hemodiálisis en los horarios indicados?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Cuando te sientes mejor, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>Cuando te sientes mal, ¿faltas a tus sesiones de hemodiálisis?</p> <p>() Sí () No</p> <p>14. En lo que va del año (desde enero hasta la actualidad), ¿cuántas hospitalizaciones ha tenido?: _____</p> <p>15. ¿Recibes apoyo emocional cuando lo necesitas por parte del personal de salud del hospital?</p> <p>() Sí () No</p>
---	--

16. ¿Dónde recibe su tratamiento de hemodiálisis actualmente?

- () Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco o en clínica asociada derivada por EsSalud
() Hospital Antonio Lorena
() Hospital Regional del Cusco

17. Por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su experiencia con la atención en hemodiálisis.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE-18	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
Los médicos explican bien la razón de los exámenes médicos.					
Considero que la unidad de hemodiálisis tiene todo lo necesario para brindarme una atención completa.					
La atención médica y el tratamiento de hemodiálisis que recibo son adecuados.					
Confío en que el diagnóstico y las indicaciones médicas que recibo son correctas.					
Me siento seguro de que puedo recibir mi tratamiento de hemodiálisis sin dificultades económicas.					

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE-18	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente	Siempre
Cuando asisto a mi sesión de hemodiálisis, los profesionales revisan cuidadosamente mi estado de salud.					
Los costos de mi tratamiento de hemodiálisis son accesibles y puedo cubrirlos sin dificultades.					
Tengo fácil acceso a los especialistas médicos que necesito durante mi tratamiento.					
En caso de emergencia, el personal de la unidad de hemodiálisis responde con rapidez.					
Los médicos y el personal de salud me atienden de manera cercana y personalizada.					
El personal de salud me trata de manera amable y respetuosa.					
Siento que el personal de salud me dedica el tiempo necesario durante la atención.					
Percibo que los médicos toman en cuenta lo que les comunico sobre mi estado de salud.					
Confío en la capacidad y preparación de los médicos y el personal que me atienden en la unidad de hemodiálisis.					
Los médicos y enfermeras dedican el tiempo suficiente para atender mis necesidades de salud.					
Puedo conseguir una cita médica de manera oportuna cuando la necesito.					
Estoy satisfecho con la atención que recibo en la unidad de hemodiálisis.					
Puedo recibir mi tratamiento y atención médica cuando lo necesito.					

SECCIÓN II	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	INVENTARIO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE BECK
-----------------------	--	---

INDICACIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas semanas incluyendo hoy.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	No en absoluto	Leve- mente	Moderada- mente	Severa- mente
Con sensación de adormecimiento o torpeza al realizar movimiento en manos o piernas				
Con sensación repentina de aumento de la temperatura corporal o acaloramiento				
Con temblor en las piernas				
Con temblores en las manos				
Con mareos, o que “se le va la cabeza”				
Con sensación de pérdida del equilibrio				
Con sensación de pérdida de conciencia o desvanecimientos				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Con sensación de ahogo o dificultad al respirar				
Con malestar estomacal o náuseas				
Con rubor facial es decir con una sensación de calor en el rostro y enrojecimiento				
Con sudoración (fría o caliente)				
Con sensación de no poder estar tranquilo				
Con dificultad para relajarse				
Tenso o nervioso				
Con dificultad para pensar con claridad y actuar				
Asustado o atemorizado				
Con miedo a perder el control como actuar de forma impulsiva				
Con miedo sin razón aparente				
Con temor a que ocurran cosas peores				
Con temor a morir				

INDICACIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas 2 semanas incluyendo hoy.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)	No en absoluto	Leve- mente	Moderada- mente	Severa- mente
Tristeza				
Pesimismo				
Sentimientos de fracaso				
Pérdida de placer				
Sentimientos de culpa				
Sentimientos de castigo				
Insatisfacción con uno mismo				
Tendencia persistente a juzgarse a sí mismo de forma negativa o autocritica excesiva				
Pensamientos suicidas				
Llanto frecuente				
Irritabilidad				
Pérdida de interés en actividades				
Indecisión				
Pérdida de energía				
Alteraciones del sueño				
Cambios en el apetito				
Dificultad para concentrarse				
Sensación de cansancio o fatiga				
Pérdida de interés en la sexualidad				
Sentimientos de inutilidad				
Pérdida de motivación				

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse? (Completar)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sello y Firma

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1 2 3 4 5 6 7

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5 6 7

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5 6 7

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o qué aspectos tendrían que incrementarse o

course? (Compl)

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse? (Completar)

Vigilante

.....
.....
.....
.....
.....



Sello y Firma

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

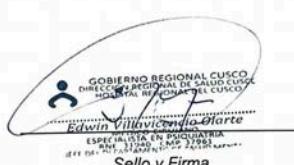
1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse? (Completar)

.....
.....
.....
.....



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse? (Completar)

No se quiso.....


Cheryl Katherine Villalba de Escalante
 MÉDICO FARMACÉUTICA
 CMP-45978 43652

Sello y Firma

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener compresión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse? (Completar)

Algunas

.....
.....
.....
.....
.....



Sello y Firma

Anexo 4: Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el método de “Distancia del punto del punto medio”

PROCESO: Se construyó un registro tabular de los puntajes individuales de cada pregunta y sus promedios correspondientes, proporcionados por 5 expertos en el asunto.

RESULTADOS:

NÚMERO DE ÍTEM	CALIFICACIÓN DE EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	7	7	7	7	7	7
2	7	7	7	7	7	7
3	6	7	7	7	7	6.8
4	7	7	7	7	7	7
5	7	7	7	7	7	7
6	7	7	7	7	7	7
7	6	7	7	7	7	6.8
8	7	7	7	7	7	7
9	7	7	7	7	7	7

La distancia del punto múltiple (DPP) se calculó con los promedios obtenidos a través de la siguiente fórmula:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde:

X = valor más alto en la escala otorgado para cada elemento

Y = media aritmética de cada elemento

$$DPP = \sqrt{(7-7)^2 + (7-7)^2 + (7-6.8)^2 + (7-7)^2 + (7-7)^2 + (7-7)^2 + (7-6.8)^2 + (7-7)^2 + (7-7)^2}$$

Un DPP igual a cero señala que el instrumento tiene una correspondencia completa con lo que busca evaluar, lo que permite su uso para recopilar información.

Resultado → DPP = 0.28

Para establecer la distancia máxima (D máx.) entre el valor obtenido y el punto de referencia cero (0) se aplicó la siguiente fórmula:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

X = valor más alto en la escala otorgado para cada elemento. Y= 1

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2 + (7-1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = 18$$

Para su análisis, la distancia máxima (D máx.) se dividió por el valor máximo de la escala, resultando en: $D (\text{máx.}) / 5$

Resultado: 3.6

Con el valor final obtenido, se generó una escala de medición desde cero hasta D máx., segmentada en rangos uniformes, definidos de la siguiente forma:

- Zona A: 0 – 3.6 → Adecuación total
- Zona B: 3.6 – 7.2 → Adecuación en gran medida
- Zona C: 7.2 – 10.8 → Adecuación promedio
- Zona D: 10.8 – 14.4 → Escasa adecuación
- Zona E: 14.4 – 18 → Inadecuación

Para que el instrumento sea considerado apropiado, el DPP debe encontrarse en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta precisaría ajustes o cambios, para luego ser revisada nuevamente por especialistas.

Conclusión:

El DPP obtenido fue de **0.28**, situado en la **zona A**, lo que evidencia la completa adecuación del instrumento y confirma su validez para ser utilizado en este estudio.



GOBIERNO
REGIONAL DEL
CUSCO

GERENCIA
REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL
ANTONIO
LORENA

OFICINA DE INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA Y CAPACITACIÓN



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

AUTORIZACIÓN

La que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZMAN Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZA:

Al estudiante **LUIS EDUARDO ZVIETCOVICH HUANCACHOQUE** de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, realizar su Proyecto de Tesis Titulado:

"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN TRES HOSPITALES DEL CUSCO 2025"

Presentado a nuestra institución y previamente revisado por el Comité de Ética en Investigación autorizando la ejecución del proyecto de tesis mencionado.

Se expide la presente a petición del interesado para los fines respectivos. Carece de valor en asuntos judiciales.

Cusco, 16 de Junio del 2025.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

.....
M. Yannet Huacac Guzman
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Cusco, 01 de Julio del 2025

PROVEIDO N°237 - 2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N°9096 seguido por el Br.: **LUIS EDUARDO ZVIETCOVICH HUANCACHOQUE**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, quien solicita: Autorización para aplicación de instrumento de Investigación, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

El presente Proyecto de Investigación: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN TRES HOSPITALES DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025" conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la petición formulada por la citada tesista se encuentra apta para realizar lo solicitado ya que las características de investigación es de estudio cuantitativo-correlacional, diseño observacional, transversal, analítico; se aplicara encuesta en pacientes en la unidad de hemodiálisis, mayores o iguales a 18 años del año 2025 en el Servicio de Nefrología del departamento de Medicina y Especialidades del Hospital Regional Cusco..

En tal sentido, esta dirección **AUTORIZA** la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a los investigadores que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital.

RECOMENDACIÓN:

Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente.
Se adjunta Recibo N°90098.

Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco.

Atentamente,

Med. César Alvarado Valdivia
Director Ejecutivo
CAMP 48301 RNE 31900

N.º 1. Mirtha Sarmiento Salas Chumundo
Oficina de Capacitación Docencia e Investigación

c.c Archivo
MESG/llchs
01/07/2025

Av. La Cultura S/N Cusco – Perú
Teléfonos (084) 227661 / Emergencia (084) 223691
www.hrcusco.gob.pe / hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe



*"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

RESOLUCIÓN N° 000659-GRACU-RACU-ESSALUD-2025

Wanchaq, 25 de Junio del 2025

VISTO:

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N° 000265-OCID-RACU-ESSALUD-2025 de fecha 12 de junio 2025, sobre la solicitud de emisión de la Resolución de autorización de ejecución de Proyecto de Investigación presentado por el Bachiller Luis Eduardo Zvietcovich Huancachoque para optar el título profesional de médico cirujano de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N° 003-IETSI –ESSALUD-2019 v.01. "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"; cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud;

Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplen la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en el numeral 2.1.1. de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, los estudios observacionales se desarrollan mediante las siguientes modalidades: INSTITUCIONAL, EXTRA INSTITUCIONAL, COLABORATIVA Y TESIS DE PREGRADO;

Que, en el numeral 2.2.1 de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 v.01; se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del investigador principal (IP) o el coinvestigador responsable ante la Instancia Encargada del área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no excede de tres días útiles;

Que, en el numeral 2.2.5 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019- V.01; se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del Comité y de la Gerencia. El Gerente del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente, por ejemplo, al IEAI o al director del establecimiento;



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento digitalizado archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la clave: PDPLPVX.

Que, mediante resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N° 268-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 26 de abril del 2024, se resuelve conformar a partir de la fecha y por el periodo de dos (02) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Adolfo Guevara Velasco de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco del Seguro Social de Salud - ESSALUD;

Que, mediante documento del visto, la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN TRES HOSPITALES DEL CUSCO, 2025.", presentado por el Br. LUIS EDUARDO ZVIETCOVICH HUANCACHOQUE para optar el título profesional de médico cirujano de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco;

Que, proyecto de investigación, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con Nota N° 00015-COE-GRACU-ESSALUD-2025 de fecha 11 de junio 2025; asimismo, cuenta con la opinión favorable de la sede donde se realizará, Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD según Anexo 6 suscrito por el Dr. Javier Salazar Grajeda;

Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco;

En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y resolución de Presidencia Ejecutiva N°000071PE-ESSALUD-2025; y de las facultades conferidas en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N°000071-PE-ESSALUD-2025,

SE RESUELVE:

PRIMERO. - **AUTORIZAR** la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN TRES HOSPITALES DEL CUSCO, 2025.", presentado por el Br. LUIS EDUARDO ZVIETCOVICH HUANCACHOQUE para optar el título profesional de médico cirujano de la Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco; a realizarse en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco.

SEGUNDO. - **DISPONER** que el investigador principal Br. Luis Eduardo Zvietchovich Huancachoque, prosegua con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

TERCERO. - **DISPONER** que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.

Firmado digitalmente por
CARLOS BENITO MEZA VILCA
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL CUSCO
ESSALUD

cc: C.C OCID, HNAGV, COE, SMII INVESTIGADOR PRINCIPAL, ARCHIVO
Exp. 0167420250007124
CBMV/mapr

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el sistema de Salud (aplicación) suscrito por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final de D.S. 070-2013-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredd.esalud.gob.pe/validadorDocumento> y ingresando la siguiente clave: PDPLPVX

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000

