



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad
renal crónica

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Perez Sanchez, Diego Emanuel (orcid.org/0000-0001-7938-0613)

ASESORA:

Dra. Goicochea Ríos, Evelyn del Socorro (orcid.org/0000-0001-9994-9184)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, GOICOCHEA RIOS EVELYN DEL SOCORRO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Relación entre ansiedad y depresión y el estado de la enfermedad renal crónica", cuyo autor es PEREZ SANCHEZ DIEGO EMANUEL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 22 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
GOICOCHEA RIOS EVELYN DEL SOCORRO DNI: 17810413 ORCID: 0000-0001-9994-9184	Firmado electrónicamente por: EGOICOCHEA el 22- 10-2024 19:12:58

Código documento Trilce: TRI - 0883304



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, PEREZ SANCHEZ DIEGO EMANUEL estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
DIEGO EMANUEL PEREZ SANCHEZ DNI: 72225198 ORCID: 0000-0001-7938-0613	Firmado electrónicamente por: DPEREZSA21 el 22-10- 2024 13:19:52

Código documento Trilce: TRI - 0883305

DEDICATORIA

A mis padres, familia y mis amistades por su apoyo incondicional, su dedicación, su tiempo y esfuerzo constante en garantizar una educación de calidad desde el inicio de carrera hasta la realización de este estudio, a mi novia, por su dedicación, paciencia y comprensión en todo este proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado fuerza y ser perseverante hasta el día de hoy, a la doctora E. Goicochea por la paciencia constante durante la elaboración de este estudio, a la universidad por darme las oportunidades en seguir adelante y haberme acogido en su familia y permitirme formarme como el profesional que anhelo ser.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	11
III. RESULTADOS.....	14
IV. DISCUSIÓN	21
V. CONCLUSIONES.....	23
VI. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ansiedad y Depresión en pacientes con ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.....	14
Tabla 2. Relación entre la depresión y el ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.	15
Tabla 3. Relación entre la ansiedad y el estadio de ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.....	16
Tabla 4. Ansiedad según edad, sexo y tiempo de la ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.....	17
Tabla 5. Depresión según edad, sexo y tiempo de la ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024.....	18
Tabla 6. Estadio de la ERC según edad, sexo y tiempo de la enfermedad. Hospital Belén de Trujillo,2024.....	20

RESUMEN

Objetivo: La investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica (ERC)

Metodología: Se realizó una investigación de tipo aplicada con un enfoque analítico cuantitativo y diseño descriptivo transversal donde participaron 118 pacientes atendidos en consulta externa de nefrología y hospitalización de Medicina. El instrumento fue una ficha de recolección de datos (ficha sociodemográfica y test HSCL-25) que una vez obtenidos fueron analizados en Excel y SPSS versión 25. Se utilizó V de Cramer y Chi cuadrado para analizar la relación entre las variables y los resultados se presentaron en tablas.

Resultados: La prevalencia de la ansiedad y depresión en la población estudio fue de 56% y 47% respectivamente. La mayor prevalencia de ERC se encontró en el estadio V con 36% seguido del estadio III con 34%. El sexo predominante fue el femenino y en relación al estadio de la ERC y la depresión se encontró asociación estadística ($p=0.02$ $X^2=12.2$), en cambio no se encontró asociación estadística entre ansiedad y el estadio de la ERC ($p=0.28$),

Conclusiones: Se presentó alta prevalencia de ansiedad y depresión con los estadios más avanzados de ERC y asociación estadística entre depresión y el estadio III de la ERC

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Enfermedad renal crónica, estadios de la ERC.

ABSTRACT

Objective: The research aimed to analyze the relationship between anxiety and depression and the stage of chronic kidney disease (CKD).

Methodology: An applied research was carried out with a quantitative analytical approach and cross-sectional descriptive design in which 118 patients attended in nephrology outpatient clinics and Medicine hospitalizations participated. The instrument was a data collection sheet (sociodemographic sheet and HSCL-25 test) that once obtained were analyzed in Excel and SPSS version 25. Cramer's V and Chi square were used to analyze the relationship between the variables and the results. presented in tables.

Results: The prevalence of anxiety and depression in the study population was 56% and 47% respectively. The highest prevalence of CKD was found in stage V with 36% followed by stage III with 34%. The predominant sex was female and in relation to CKD stage and depression, a statistical association was found ($p=0.02$ $X^2=12.2$), however, no statistical association was found between anxiety and CKD stage ($p=0.28$). ,

Conclusions: There was a high prevalence of anxiety and depression with the most advanced stages of CKD and a statistical association between depression and stage III of CKD.

Keywords: Anxiety, Depression, Chronic kidney disease, stages of CKD.

I. INTRODUCCIÓN

La ERC es cada vez más frecuente en el mundo, y al ser una enfermedad irreversible y de curso progresivo produce en el paciente un cambio en su estilo de vida que poco a poco va deteriorándose. Este cambio genera en el paciente un impacto emocional que lo pone en riesgo de padecer trastornos mentales como ansiedad y depresión, enfermedades que generalmente se presentan en estadios avanzados de la ERC.^{1,2,3}

La ERC se define como la alteración renal que continúa después de los tres meses, con característica de ser irreversible y tener un curso progresivo que se interpreta por medio de la lesión del parénquima renal y la pérdida funcional. Se clasifica en cinco estadios que van del estadio I (tasa de filtración es menor de 90 ml/min/173 metros cuadrados) al estadio V (tasa de filtración <15ml/min/173 metros cuadrados) en que se habla del estadio final de la enfermedad tratado con diálisis, reemplazo renal o trasplante como tratamientos alternativos.^{1,2,3,4}

En el mundo la ERC afecta a 850 millones de personas y esto presenta un promedio del 11-13 % de la población mundial. Datos actuales sobre la mortalidad indican que la ERC es la sexta causa de muerte en el mundo, y en las dos últimas décadas el incremento de casos va en aumento, lo que pone a esta enfermedad como un serio problema de salud ya que poco a poco va cambiando el estilo de vida del paciente en el aspecto social, porque limita las actividades que puede realizar y en el aspecto económico porque genera altos costos en fármacos, consultas médicas, dietas, suplementos y en estadios avanzados las terapias dialíticas que si bien se puede realizar en algunos hospitales, el Perú no tiene capacidad instalada para atender a toda la demanda.^{2,3,4}

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales que se consideran hoy en día problemas de salud a nivel mundial por su alta frecuencia. La depresión según datos epidemiológicos en la actualidad afecta entre el 3.8% de la población mundial, y dentro de este porcentaje gran parte son adultos mayores y el sexo predominante, mujeres.⁵ Se ha descrito que alrededor del 75% de las personas que viven en países subdesarrollados y presentan bajos ingresos no

reciben terapia o no van a ellas por diversos motivos,⁶ y en cuanto a la ansiedad a nivel mundial, afecta al 5-6% de la población con predominio del sexo femenino.

Según datos epidemiológicos del ministerio de salud, el año 2022 se presentaron 433,816 casos de ansiedad ⁷ y el año 2023 se presentaron 343,897 casos reportados. Respecto a la depresión, fueron reportados 207,068 casos entre enero y septiembre y se les catalogó como las enfermedades más frecuentes en el Perú.⁸ Los síntomas son variables en cada paciente y pueden ser originadas por diversos factores, el paciente con diagnóstico de ERC, dependiendo del estadio que se encuentre puede tener riesgo de presentar trastornos depresivos o ansiedad y el grado de depresión y ansiedad puede ser mayor en las fases más avanzadas de ERC, 4 o 5 veces más altas a diferencia de la población que no tiene enfermedad renal crónica y en los pacientes que recién están comenzando o están en los primeros estadios de la enfermedad .⁹

La calidad de vida del paciente con diálisis es baja en relación a la población general, estos pacientes son susceptibles de padecer algún trastorno de estado de ánimo, se menciona que hay una relación proporcional entre la calidad de vida del paciente y la prevalencia de la depresión,¹⁰ lo que puede conllevar a presentar que la mortalidad y morbilidad aumente. Otro punto importante es que puede estar comprometido el cumplimiento del tratamiento además del estado nutricional del paciente y presentar inmunodepresión debido a las características clínicas de la y los síntomas que están englobados en la depresión.¹¹

En la actualidad además del incremento de la epidemia mundial que presenta la diabetes mellitus, hipertensión y obesidad y sus diferentes grados, la ERC en estos últimos años viene posicionándose un problema tanto de salud, económico y psicológico en el mundo.^{1,2,4} Además hay otros factores sociodemográficos que también afectan el desarrollo de episodios depresivos en la población con ERC, ya sea el acceso a los establecimientos de salud, la edad, el estilo de vida que lleva el paciente, el apoyo que brinda la familia tanto emocional como económico, las comorbilidades que ya presenta de base como diabetes e hipertensión arterial asociados a la ERC que son potenciadores de la aparición de trastornos mentales referidos

Por lo señalado, es importante detectar precozmente los factores que se asocian a la depresión y ansiedad en paciente con ERC, ya que estas patologías se pueden presentar desde las etapas iniciales de la ERC. El problema de investigación es ¿Cuál es la relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica? y el objetivo general de esta investigación es: analizar la relación entre la ansiedad y depresión y el estadio de la ERC; y los objetivos específicos a analizar son: analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con enfermedad renal crónica; evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al sexo, edad y tiempo de enfermedad renal crónica y establecer la relación entre las variables del estudio.

En un estudio peruano descriptivo y transversal peruano con 86 pacientes con ERC terminal que se realizan hemodiálisis en un hospital de Piura, se encontró una elevada prevalencia de depresión (87%) y el nivel de depresión con más frecuencia fue la depresión moderada con 47%. Los principales factores sociodemográficos que guardaron relación con la depresión fueron el sexo masculino (858.1%) y la edad entre 46-65 años.¹²

En otro estudio peruano se evaluó la asociación entre los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes con ERC en hemodiálisis en un centro de salud de Tacna y mediante el cuestionario de Hopkins Symptom Checklist-25 se encontró que había relación estadística significativa entre los factores sociodemográficos sexo, femenino, estado laboral, y grado de instrucción ($p < 0.05$) tanto en ansiedad como depresión. Los pacientes con comorbilidades hipertensión y diabetes se relacionaron con una alta prevalencia de depresión y ansiedad, concluyendo que son factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes con ERC en hemodiálisis.¹³

En un estudio se analizó la asociación entre los factores sociodemográficos, los hábitos y la capacidad funcional los hábitos y la capacidad funcional con la sintomatología depresiva en pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis en un centro de salud, encontró que hubo asociación significativa ($P < 0.05$) entre los síntomas depresivos y el sexo femenino. La ansiedad, la tristeza y el no poder dormir tuvo asociación significativa con los síntomas depresivos ($p < 0,001$) y hubo fuerte relación estadística entre la limitación de la actividad habitual que

presentaba el paciente con los síntomas depresivos ($p < 0.05$) concluyendo que la clínica de la depresión en pacientes con ERC en hemodiálisis estaba relacionada a la carga sintomática de la enfermedad, asociación con otras comorbilidades y la dependencia funcional que presentan los pacientes.¹⁴

En un estudio que evaluó el estado de ansiedad y depresión en una población de 36 pacientes con ERC que realizaban diálisis en un hospital, se encontró que el 46.4% de su población presentaba depresión con el cuestionario de Beck y con el cuestionario de HADS se encontró 10.7% con depresión y 14.3% con ansiedad. Concluyeron que hay asociación significativa entre las variables estudiadas y que la prevalencia de depresión en pacientes con ERC en diálisis es mayor.¹⁵

En un estudio que se realizó en México se analizó la relación entre la depresión y ansiedad severa y factores asociados a pacientes con ERC no terminal el cual participaron 50 pacientes atendidos en un hospital de la localidad, el cual analizó que de que el sexo masculino fue 56% y la edad estimada donde se encontró la población fue 61 años, se encontró en la prevalencia de ansiedad severa en 32% y la depresión fue 76% en la población estudiada, además se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tabaquismo ($p < 0,000$) y la hiperplasia prostática ($p < 0.003$) con la ansiedad y la depresión en este grupo de pacientes.¹⁶

En un estudio realizado en Jordania, su objetivo fue analizar la asociación de la prevalencia de la ansiedad y depresión con la calidad de vida, factores sociodemográficos y exámenes de laboratorio en pacientes con ERC en un hospital de la localidad, los resultados mostraron que la población presentó el 58.3% depresión y el 50.5% ansiedad, el sexo femenino presentó puntuaciones elevadas a diferencia del sexo masculino ($P = 0.27$) se encontró relación significativa estadística ($p < 0,001$) entre calidad de vida y depresión pero no con la ansiedad, entre los factores sociodemográficos, el estado presentó correlación significativa estadística con depresión ($p < 0,001$). El perfil lipídico fue el que presentó relación positiva con la ansiedad. Concluyendo que la ERC produce un impacto emocional que afecta el bienestar psicosocial en el paciente.¹⁷

En un estudio realizado en Marroquí, donde se analizó la prevalencia de la ansiedad y depresión y factores determinantes en pacientes con ERC que no están en tratamiento sustitutivo renal, donde se incluyó 83 participantes, y los estadios encontrados fue del III - V, los resultados fueron que en la población estudio el 22% presentó depresión y la ansiedad se presentó en el 22,2% donde el estadio V presentó la mayor prevalencia para los dos trastornos mentales; encontrando que hubo asociación significativa entre la ansiedad y la depresión con el estadio ($P < 0.001$, $P = 0,001$ respectivamente). Concluyendo que la prevalencia entre la ansiedad y la depresión se asocia con el estadio de la ERC.¹⁸

La ERC es la alteración estructural o funcional del riñón que están presentes >3 meses y o una filtración glomerular (FG): $< 60 \text{ ml /min/1,73 metro cuadrado}$ ^{1,2,3,4}, lo que da su carácter crónico, un criterio para demostrarlo es con ecografía renal midiendo el grosor del parénquima viendo diferencia entre un riñón y el otro; Un riñón sano puede produce aproximadamente 125 mililitros de orina por minuto, el proceso se denomina FG, diariamente se filtra 180 – 200 litros de orina y se depura la sangre, en la enfermedad se presenta afectación de la capacidad funcional del riñón.¹⁹ La alteración del FG, y a la pérdida total de producir orina se denomina insuficiencia renal crónica terminal.

Según su epidemiología el 10% de la población mundial presenta ERC, no es una enfermedad curable, es silenciosa y progresiva y la aparición de la sintomatología, en los estadios iniciales es leve o asintomática o solo síntomas de la enfermedad de base, al avanzar los estadios la sintomatología progresa a moderada o grave.²⁰

Las causas de ERC son diversas lo que presenta una gran variabilidad de factores que se asocian a ella y los dividen en potencialmente modificables que se encuentra el sobrepeso, la obesidad, tabaquismo, el alcoholismo, hiperuricemia, proteinuria, hiperlipidemia entre otras, y las no modificables la edad, el sexo, raza, bajo peso al nacer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades tiroideas, etc.²¹

Entre los factores de riesgo que se ha encontrado mayor prevalencia y ayudan a la progresión en la aparición del ERC son la diabetes mellitus tipo 2 y la

hipertensión arterial y otras causas menos comunes son las glomerulonefritis o nefropatías son menos frecuentes.²²

En la fisiopatología de la ERC se presenta inicialmente una disminución en la tasa de filtración glomerular (TFG), se involucra la incorporación de procesos celulares que surgen en compartimentos específicos del riñón por una parte y vías bioquímicas que producen daño celular que aportan a dichos procesos, por otra. Numerosos de estos procesos poseen la habilidad de expandirse extensamente más allá del compartimiento en el que se originaron, esta consideración crucial es la que aporta de forma tan esencial a la pérdida creciente de nefrona funcionales y al avance de la ERC. Diversas rutas bioquímicas favorecen el avance de la ERC: la angiotensina II también genera estrés oxidativo que por sí mismo, tiene la capacidad de regular positivamente TFG-B1 en células adyacentes y, en consecuencia, promover una respuesta fibrosante en el tejido renal produciendo la acumulación de células senescentes y nefronas no funcionales. Esta inflexibilidad de los procesos compartimentales y la flexibilidad de las rutas bioquímicas perjudiciales no solo están a la base de la patogénesis de la ERC, sino que también poseen una considerable relevancia terapéutica e incrementa la posibilidad de reducir o evitar el avance de la ERC en un enfoque terapéutico combinado y multifacético que interrumpa estos procesos.²³

La ERC se clasifica en función de la tasa de filtración glomerular en 5 estadios y respecto a la albúmina en 3 categorías de albuminuria que sirve como factor pronóstico para evaluar la progresión de la enfermedad. En los primeros estadios 1 y 2 la TFG esta normal o levemente disminuido y a medida que avanza entre los grados 3-5 el deterioro de la TFG es más evidente y no solo con la sintomatología que presenta.²⁴

La clínica en los primeros estadios generalmente no presenta signos o síntomas urémicos, si la TFG cae por debajo de 30 ml/min suelen aparecer signos y síntomas como déficit de concentración, astenia, anorexia, náuseas, parestesias, edemas en miembros inferiores, lo cual es inespecífico y puede ver síntomas no por la ERC sino por la enfermedad base que presenta anteriormente.²⁵

El diagnóstico se aborda por medio de una historia clínica detallada al presentar la sintomatología, los antecedentes de importancia, como diagnósticos previos de enfermedades, los antecedentes familiares o hábitos del paciente.²⁶ En la exploración física medimos el fondo de ojo y por todos los sistemas, para valorar la función de la enfermedad asociada, factores de riesgo se realiza por medio de parámetro bioquímicos, afectación del sedimento urinario.²⁷ Los estudios de imagen solo refuerzan el diagnóstico y el que es el de elección es una tomografía renal, pero el de manejo inicial en nuestro medio es el estudio ecográfico.²⁸

El manejo general que conforma cambios de estilos de vida, y el tratamiento farmacológico para el control de la enfermedad de base o la reno protección con IECAS /ARA 2 y es en los primeros estadios donde se debe controlar la presión arterial, control de la glucemia, reducción de peso, control de los niveles de triglicéridos en sangre, y ya en estadios más avanzados como el 4 y 5 se debe iniciar el manejo de terapia dialítica o plantear al paciente el trasplante renal.²⁹

La depresión es un trastorno mental común presentando un cuadro de estado de ánimo deprimido, disminución del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.³⁰

Puede comenzar a cualquier edad, pero donde se ha hallado mayor prevalencia es entre los 15 a 45 años.³¹

La depresión es multifactorial, con factores individuales y ambientales. En el primer grupo se encuentran los factores biológicos como el sexo, la edad, enfermedades genéticas, factores psicológicos como antecedente de haber presentado ya cuadros depresivos, estrés crónico, estilos de vida no saludables, otras enfermedades mentales de base, en el segundo grupo se encuentran los factores sociodemográficos, como malas relaciones familiares, violencia familiar, abusos, no tener apoyo familiar, desempleo o bajos recursos económicos.³²

Según su epidemiología el porcentaje que experimenta depresión la población mundial es 3.8% y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años padecen esta enfermedad, es más frecuente en el sexo femenino que masculino, en casos

graves de depresión llegan al suicidio reportando cada año alrededor de 700,000 suicidios.³³

El cuadro clínico de la depresión es variable e incluye síntomas del estado de ánimo, cognitivos, conductuales y neurovegetativos que duren al menos 2 semanas.³⁴ Algunos síntomas comunes son el afecto depresivo que se caracteriza por tristeza en diferentes grados acompañado de sentimiento de baja autoestima, minusvalía; otro síntoma es la anhedonia que es la disminución del placer al hacer actividades que hacemos usualmente durante el día; alteraciones de los pensamientos que incluyen sentimiento de culpa, ideas suicidas o pesimista; pérdida de concentración en el día; enlentecimiento; alteraciones somáticas como molestias, diarreas, estreñimientos, dolores, fatiga, disfunción sexual; alteraciones del sueño o el apetito.³⁵

La depresión presenta tipos. El primer grupo es el que dura poco <2 semanas y es que presenta poca sintomatología, el siguiente grupo B se caracteriza por pérdida del interés, disminución de la vitalidad y fatiga, presenta cambios de humor que no son habituales en el paciente, que puede persistir durante todo el día y en forma constante y persiste > o = a dos semanas, en el tercer grupo la sintomatología psicológica es marcada se presenta pérdida de confianza y autoestima, sentimiento de culpabilidad, pensamientos suicidas más frecuentemente, falta de concentración, indecisión, alteraciones del sueño, descontrol alimentario, y el último grupo aparecen los síndromes somáticos, con alteración del estado cognitivo.³⁶

La severidad de la depresión se basa en la clínica y de la evaluación con las pruebas PHQ-9 y GDS-15, y según la CIE-10 se dividen en tres: Episodio depresivo leve: presentan 2 - 3 síntomas, la persona puede afectarse pero no limita a sus actividades diarias generalmente; episodio depresivo moderado: presentan ≥ 4 síntomas, hay limitación al hacer sus actividades diarias y episodio depresivo grave: presentan varios síntomas que afectan a las personas, además hay pérdida de autoestima, de culpa o ideas suicidas, y puede presentar síntomas somáticos.³⁷

El diagnóstico es clínico y una buena anamnesis, en su proceso de detección se debe considerar la presencia de la sintomatología que se mencionó anteriormente, antecedentes traumáticos, antecedentes familiares de trastornos depresivos, episodios depresivos anterior, problemas psicosociales como divorcios, desempleos, violencia y entre otros; estilo de vida no saludables, si consume alcohol, fumador, o ingiere drogas; enfermedades crónicas que presenten compromiso funcional. Para su detección se utilizan el Cuestionario de PHQ-9, adultos y la Escala de Depresión geriátrica para adultos mayores (GDS-15).³⁸

La ansiedad es un trastorno que conlleva cambios en el organismo.³⁹ Se habla de una ansiedad patológica cuando se presenta de manera desproporcionada, persiste durante el tiempo o aparece en situaciones que no son de peligro, correspondiendo a un cuadro de trastorno de ansiedad generalizada.⁴⁰

Dentro de los factores de riesgo del trastorno de ansiedad están los predisponentes que conforman los antecedentes familiares, los medicamentos o sustancias tóxicas que provocan vulnerabilidad, el estilo de crianza que hay en la familia tanto el estilo de crianza sobreprotector o excesivamente autoritario lo que se relaciona con mayor riesgo de tener este trastorno.⁴¹ Los factores desencadenantes son el estrés y ciertos tipos de personalidad.

En su fisiopatología están involucrados los mecanismos del eje hipotalámico – hipofisis- adrenal, la corteza prefrontal y el sistema límbico, que cuando se produce la reacción frente a la situación de estrés, se regula todo el sistema por medio de la hormona liberadora de corticotropina y las neuronas hipocámpicas son sensibles al exceso o deficiencia de glucocorticoides, lo que puede producir una variación de reactividad frente al estrés.⁴²

Los trastornos de ansiedad se categorizan en diversas clases, cada una con atributos particulares. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se distingue por una inquietud excesiva y constante sobre diferentes circunstancias, que puede obstaculizar el desempeño cotidiano. El trastorno de pánico se expresa mediante episodios recurrentes e imprevistos de pánico, que pueden conllevar síntomas físicos graves, tales como palpitaciones, sudoración y

problemas respiratorios. Los trastornos de ansiedad social, que se reflejan en un temor profundo a situaciones sociales o a ser valorado de manera negativa por otros, lo que puede conducir a eludir dichas circunstancias. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): Si bien frecuentemente se percibe como un trastorno distinto, muestra signos de ansiedad. Incorpora pensamientos intrusivos (obsesiones) y conductas repetitivas (compulsiones) orientadas a disminuir la ansiedad. El trastorno de estrés postraumático (TEPT), se presenta tras vivir o observar un suceso traumático. Incorpora signos de re experimentación, evasión y exceso de alerta. El desorden de ansiedad causado por otra condición médica, que puede ser provocado por una afección médica, como trastornos del corazón o alteraciones hormonales. El trastorno de ansiedad provocada por sustancias, que sucede cuando la ansiedad surge debido al consumo de sustancias, fármacos o abstinencia.⁴³

Dentro del cuadro clínico del trastorno de ansiedad se presentan 3 áreas que se relacionan entre sí. La primera son las sensaciones físicas por medio del sistema nervioso autónomo que activa las sensaciones de alerta como la disnea, taquipnea, taquicardia, sequedad de la boca, sudoración profusa, hipotensión, temblores, tensión muscular, etc.^{43,44} La siguiente son los pensamientos que presentan características exageradamente negativas o catastróficas al punto de siempre pensar que algo malo nos sucederá, o tener ideas de rechazo interpersonal o intrapersonal y por último, los comportamientos asociados a los síntomas como: agarrarse las manos, ocultarse, sostener un amuleto, o ir acompañado de alguien, etc.⁴⁵

Los trastornos de ansiedad y depresión, vienen siendo afecciones que comúnmente pueden presentarse de forma conjunta. Los pacientes diagnosticados con ERC suelen manifestar el padecimiento de dichos trastornos una vez que son diagnosticados, debido al cambio que genera dentro de su estilo de vida por la pérdida de independencia que se traduce en un declive en su rendimiento físico y el sentimiento de alteración en su rol dentro de su familia y el ámbito laboral. No obstante, de darse la persistencia de uno o ambos trastornos y la imposibilidad de enfrentarlos, se transforman en una condición patológica, presentando altos niveles de deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y resultados menos favorables del tratamiento en comparación

con aquellos que solo padecen un trastorno. Por consiguiente, existen ciertos estudios que reflejan que tener trastorno ansioso, depresivo o ambos durante las primeras fases sugiere un alto riesgo de mortalidad por su limitación en la adhesión al tratamiento, siendo de vital importancia realizar más estudios acerca del tema.^{46,47}

II. METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo aplicada con un enfoque analítico cuantitativo y diseño descriptivo transversal.

La variable dependiente del estudio es la enfermedad crónica y las variables independientes son la depresión y la ansiedad (ver anexo 1)

La población de estudio estimada es de 168 los pacientes mayores de 18 años que tengan diagnóstico de ERC y la muestra fue de 118 pacientes (anexo 2) definida con la fórmula de proporciones poblacionales para población finita.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edad mayor de 18 años, con diagnóstico de ERC en cualquier estadio, que no presenten problemas neurológicos que limiten el responder al test y pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado para participar.

Los Criterios de exclusión fueron: pacientes que no se encontraban al momento de la visita en consultorio externo o en hospitalización del departamento de medicina, pacientes referidos a otro centro de salud o que no esté asistiendo a sus controles.

La muestra se seleccionó del marco de muestreo consistente en el listado de todos los pacientes con ERC atendidos en un hospital de tercer nivel, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se creó una ficha de recolección de datos donde están incluidos datos sociodemográficos y el cuestionario de HSCL-25 (Anexo 3), y mediante el acceso de las historias clínicas se identificó a los pacientes estudiados. El test Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) en la versión abreviada de la HSCL-58 ,

presenta 25 ítems y se divide en dos partes, la primera parte consta del ítem 1 hasta el ítem 10 y evalúa la ansiedad, y la segunda parte consta del ítem 11 hasta el ítem 25 y evalúa la depresión, cada ítem es respondido a una escala llamada tipo Likert de 1 a 4: 1) en absoluto, 2) un poco, 3) bastante, 4) mucho, la puntuación total se calcula teniendo la sumatoria de la puntuación de cada ítem y lo divide entre el número de ítems obteniendo una puntuación entre el 1 y 4, se sospecha de depresión si la puntuación es ≥ 1.75 . Este instrumento se validó con el apoyo de médicos especialistas que evaluaron el formulario con cada uno de los ítems propuesto para determinar la claridad, consistencia y coherencia del instrumento.⁴⁸

En cuanto al procedimiento, se solicitó permiso al director de la institución de salud para obtener acceso a las historias clínicas. Asimismo, se solicitó permiso al médico de turno en consultorio externo de nefrología que atiende los días martes en cada semana y permiso al departamento de Medicina Interna para aplicar en hospitalización, para revisar las historias clínicas e identificar a los pacientes con ERC y solicitar el consentimiento informado provisto por el mismo hospital Belén de Trujillo (Anexo 3) al paciente en la misma sala de espera o en su cama si fue en hospitalización, Se explicó al paciente sobre la investigación y su objetivo y se invitó a participar, para lo cual se entregó una ficha de información al participante sobre los objetivos de la investigación, explicación de procedimiento del cuestionario y los riesgos y beneficios (Anexo 4).

Los datos obtenidos se analizaron por Excel 2016 y SPSS versión 25.0. de acceso libre.

Se utilizó la estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas, relativas y porcentuales, para establecer la prevalencia entre la ansiedad y depresión en pacientes con ERC se utilizó la V de Cramer para relación de las variables dicotómicas ansiedad y depresión con el estadio y el chi cuadrado para establecer la relación entre la ansiedad, depresión con el estadio de la enfermedad, sexo, edad y tiempo de enfermedad.

En esta investigación se tuvo en cuenta las pautas de ética internacional consideradas en la declaración de Helsinki.⁴⁹ Como se propone en su principio

general número 9 que recalca que, en toda investigación médica, tiene la responsabilidad de respetar la confidencialidad, dignidad e integridad de la información personal de los pacientes que conforman parte de la investigación. Estos principios se encuentran también en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del año 2005.⁵⁰ en los artículos 3,6,7,8 y 9, además se establece en la ley de datos personales 279333⁵¹ ,que refuerza que el paciente puede conocer, actualizar o borrar la información que esté almacenando se de manera manual o virtual y que está avalado por el proceso constitucional y reconocido por el artículo 200.3 de la Constitución Política del Perú, por ende se mantendrá en anonimato la información obtenida de las historias clínicas, y el test de HCSL-25. Además, el presente cuenta con la aceptación del Comité de ética de la Escuela de Medicina – UCV y del hospital donde se realizó la investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Ansiedad y Depresión en pacientes con ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024

Ansiedad	Depresión				Total		V	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Si	42	36	14	12	56	47		
No	24	20	38	32	62	53	0.37	0.000
Total	66	56	52	44	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

Nota: V: Cramer

P: significancia

La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica es del 56% ; mientras que la prevalencia de ansiedad fue de 47%.

La V de Cramer =0.37 indica relación baja y directa entre la depresión y ansiedad. Existe significancia estadística (p=0.000).

Tabla 2. Relación entre la depresión y el ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.

Estadio	Depresión				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
I	0	0	1	1	1	1		
II	9	8	11	9	20	17		
III	16	14	24	20	40	34	12.2	0.02
IV	11	9	4	3	15	13		
V	30	25	12	10	42	36		
Total	66	56	52	44	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

La mayor frecuencia de pacientes con ERC se encuentra el estadio V con 36% seguido del estadio III con 34%

Al analizar la relación entre la depresión y estadio de la ERC se encontró significancia estadística ($p=0.02$ $X^2=12.2$)

Tabla 3. Relación entre la ansiedad y el estadio de ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024.

Estadio	Ansiedad				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
I	0	0	1	1	1	1		
II	7	6	13	11	20	17		
III	18	15	22	19	40	34		
IV	6	5	9	8	15	13	5.03	0.28
V	25	21	17	14	42	36		
Total	56	47	62	53	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

El 47% de los pacientes con ERC presentó ansiedad y el 21% se encuentra en el estadio V, sin embargo, no se encontró significancia estadística al relacionar la ansiedad con los estadios de ERC, (p=0.28)

Tabla 4. Ansiedad según edad, sexo y tiempo de la ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024.

	Ansiedad				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Sexo								
Femenino	40	34	46	39	86	73	0.114	0.736
Masculino	16	14	16	14	32	27		
Total	56	47	62	53	118	100		
Edad								
44 a 65	22	19	28	24	50	42	0.42	0.519
65 a 86	34	29	34	29	68	58		
Total	56	47	62	53	118	100		
Tiempo de la enfermedad								
1 a 7	53	45	57	48	110	93		
8 a 14	1	1	4	3	5	4	1.9	0.37
15 a 20	2	2	1	1	3	3		

Total	56	47	62	53	118	100
-------	----	----	----	----	-----	-----

Fuente: test aplicado a pacientes

El 73% de los pacientes son de sexo femenino, el 58% tenían una edad de 65 a 86 años de edad y el 93% tenían como tiempo de enfermedad 1 a 7 años.

En cuanto a la relación entre la edad, sexo y tiempo de la enfermedad y la ansiedad, no se encontró significancia estadística($p>0.05$)

Tabla 5. Depresión según edad, sexo y tiempo de la ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024

	Depresión				Total		X2	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Sexo								
Femenino	49	42	37	31	86	73	0.140	0.708
Masculino	17	14	15	13	32	27		
Total	66	56	52	44	118	100		
Edad								
44 a 65	23	19	27	23	50	42	3.74	0.062
65 a 86	43	36	25	21	68	58		

Total	66	56	52	44	118	100		
Tiempo de la enfermedad								
1 a 7	58	23	52	44.1	110	93		
8 a 14	5	23	0	0	5	4	8.7	0.034.
15 a 20	3	23	0	0	3	3		
Total	66	23	52	44.1	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

No se encontró relación estadística entre la edad y sexo con la depresión $p > 0.05$, pero si existe relación entre depresión y tiempo de la enfermedad ($p = 0.034 / p < 0.05$).

Tabla 6. Estadio de la ERC según edad, sexo y tiempo de la enfermedad. Hospital Belén de Trujillo, 2024

	Estadio												X ²	P
	I		II		III		IV		V		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%		
Sexo														
Femenino	0	0	15	13	29	25	11	9	31	26	86	73	2.8	0.599
Masculino	1	1	5	4	11	9	4	3	11	9	32	27		
Total	1	1	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100		
Edad														
44 a 65	0	0	15	13	27	23	7	6	1	1	50	42		
65 a 86	1	1	5	4	13	11	8	7	41	35	68	58	47.4	0.000
Total	1	1	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100		
Tiempo de la enfermedad														
1 a 7	1	0.8	20	17	38	32	12	10	39	33	110	93		
8 a 14	0	0.0	0	0	2	2	3	3	0	0	5	4	17.3	0.023
15 a 20	0	0.0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3		

Total	1	0.8	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100
-------	---	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----

Fuente: test aplicado a pacientes

No existe relación estadística entre el sexo con el estadio de la ERC ($p > 0.05$), pero se encontró relación significativa entre la edad, tiempo de la enfermedad y el estadio ERC ($p = 0.034 / p < 0.05$ y $p = 0.023 / p < 0.05$), respectivamente.

IV. DISCUSIÓN

Se ha descrito en gran parte de los estudios que la prevalencia que los trastornos mentales como la depresión y ansiedad es frecuente encontrarlos en pacientes con ERC. En este estudio se encontró que más del 50% de pacientes tenía depresión y 47% ansiedad. El paciente renal al inicio experimenta un impacto negativo al presentar una enfermedad que va a limitar el estilo de vida que estaba acostumbrado a vivir, produciendo emociones negativas que gran parte sabe vivir con esta enfermedad a través del tiempo, pero otra parte no lo puede conllevar, los estudios refieren que los pacientes con ERC presentan síntomas depresivos y ansiosos y el riesgo aumenta si además el paciente ya presenta comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial que influyen en su aparición.^{17,18,52}

La alta prevalencia de estos trastornos mentales es más notoria en estadios avanzados de la ERC y no siempre son diagnosticados a tiempo. Como se refiere en los estudios, la depresión y trastornos de ansiedad guardan relación con el estadio de la ERC, porque el paciente se encuentra en un estado de fragilidad.^{53,54} En este estudio se encontró que los pacientes en estadios III tiene relación estadísticamente significativa con la depresión y los pacientes en estadio V de ERC presentan la mayor prevalencia de depresión.

La carga sintomática del paciente está presente generalmente en los estadios más avanzados de la enfermedad, a excepción de los pacientes que tienen enfermedad de base, la prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos es mayor en estos estadios.⁵⁵ Esto se debería a que la capacidad funcional de excretar las toxinas producto del catabolismo proteico está disminuida. Así, se

ha descrito que la acumulación de urea se relaciona con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades articulares, acidosis e inmunodepresión y que el paciente en terapia de sustitución renal presenta mayor carga de los síntomas tanto en pre diálisis como en pos diálisis, produciendo en el paciente enfrentarse a un estilo de vida bajo y sufriendo deterioro emocional.^{12,13,14}

En este estudio no se analizaron los síntomas de ansiedad y depresión pues el instrumento utilizado solo permite identificar la ansiedad en forma global y se observó que, a mayor estadio de ERC, mayor prevalencia de ansiedad pero sin asociación estadística. Los pacientes que están en estadios más avanzados de la ERC presentan prevalencia alta de ansiedad, el paciente presenta trastornos de ansiedad por niveles de estrés altos que presenta por sobrellevar la carga sintomática que está presente en estos estadios y la realización de procedimientos de terapia de sustitución renal, el riesgo mayor tiempo de estancia hospitalaria, y disminución de la calidad de vida del paciente.⁵⁶

En estudios se habla que además de las comorbilidades o el estadio del a ERC que están asociados al riesgo de padecer ansiedad o depresión, están asociados las características sociodemográficas del paciente como la edad, el sexo, el apoyo familiar, etc.⁵⁷ En este estudio se encontró que la ansiedad no está asociada a la edad, sexo y tiempo de ERC en cambio no se presentó asociación estadística significativa entre la edad y el sexo con la depresión pero hubo relación significativa estadística con el tiempo de la ERC, Los trastornos de ansiedad y depresión, vienen siendo afecciones que comúnmente pueden presentarse de forma conjunta, los pacientes diagnosticados con ERC suelen manifestar el padecimiento de dichos trastornos una vez que son diagnosticados, debido al cambio que genera dentro de su estilo de vida por la pérdida de independencia que se traduce en un declive en su rendimiento físico y el sentimiento de alteración en su rol dentro de su familia y el ámbito laboral..⁵⁸

En este estudio se analizó el estadio de la enfermedad renal crónica con la edad, sexo y tiempo enfermedad, encontrándose relación estadísticamente significativa entre el estadio de la ERC con la edad y tiempo de la enfermedad, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el estadio con el

sexo. Se entiende donde hay mayor prevalencia en encontrar estadios ERC más avanzados es en edades mayores de 60 años, esto se debe a que en el envejecimiento ya comenzaron cambios fisiológicos, estructurales y funcionales del organismo, y el sistema renal no es la excepción, en ella se produce la atrofia renal, disminución de las nefronas funcionales, procesos ateroscleróticos de los vasos renales, todo esto ayuda en la progresión de la ERC y avance entre los estadios y sumándole los factores de progresión que empeoran la función renal llevando al paciente a estadios más avanzados de la ERC.^{59,60,61}

V. CONCLUSIONES

- La ansiedad y la depresión a menudo coexisten en los pacientes con enfermedad renal crónica, la presencia de uno puede aumentar el riesgo del otro, la prevalencia de la ansiedad y depresión es alta en pacientes que se encuentren en estadios avanzados de la ERC.
- El sexo femenino presenta mayor prevalencia de depresión y ansiedad respecto al sexo masculino.
- La edad es un factor de riesgo para ansiedad y depresión a tener en cuenta en pacientes mayores de 70 años que cursan con ERC.
- La depresión y los estadios de la ERC presentan relación entre ellas.

VI. RECOMENDACIONES

- La duración de la enfermedad también se correlacionó con la aparición de estos trastornos mentales, sugiriendo que a medida que la enfermedad progresa, el riesgo de desarrollar problemas de salud mental aumenta estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de detección y tratamiento para abordar la salud mental en pacientes con ERC, mejorando así su calidad de vida.

Se encontró mayor prevalencia de ansiedad y depresión en la población femenina, por lo que se recomienda la necesidad de tener prioridad en esta población de riesgo que tiende a presentar estado emocional negativo al enfrentarse a una enfermedad crónica.

- Incorporar la evaluación y tratamiento de problemas mentales comunes dentro de la atención habitual a personas con ERC, y poniéndonos como meta mejorar la calidad de vida del paciente.
- Hacer hincapié en la importancia del apoyo social, porque contar con una red de salud solida ayuda a contribuir a mantener las emociones estables y aumentar la confianza del paciente.
- Se recomienda hacer monitoreo de forma constante del estado de salud mental de los pacientes con ERC, garantizando que tanto los pacientes como sus familiares tengan conciencia de la enfermedad y el tratamiento que se llevara a cabo con ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité editorial. Kidney Int [Internet]. 2024;105(4):A1. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf> (1)
2. Obrador GT, Álvarez-Estévez G, Bellorín E, Bonanno-Hidalgo C, Clavero R, Correa-Rotter R, et al. Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los iSGLT-2: implicaciones para Latinoamérica. Nefrol Latinoam [Internet]. 2024;21(92). Disponible en: https://www.nefrologialatinoamericana.com/portadas/nefro_24_21_supl-2.pdf (2)
3. Vista de Impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y psiquiatría [Internet]. Recimundo.com. [citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/2251/2889> (3)
4. Ammirati AL. Enfermedad renal crónica. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2024];66(suppl 1):s03–9. Disponible en: [https://www.scielo.br/j/ramb/a/MSYFJQpZVgQdc69PGyqN3TS/?lang=\(4\)](https://www.scielo.br/j/ramb/a/MSYFJQpZVgQdc69PGyqN3TS/?lang=(4))
5. Depresión [Internet]. Quien.int. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2024;6(2):100194. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S260507302400004X>
7. Antai-Otong D. Trastornos de ansiedad. 2007 [citado el 3 de octubre de 2024];25:26–7. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
8. Día Mundial de la Salud Mental: más de 1 333 000 casos atendidos por trastornos y problemas psicosociales [Internet]. Gob.pe. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>

9. Vista de Impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y psiquiatría [Internet]. Recimundo.com. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2251/2889>
10. Mederos ED, Alemán RT, Treto YS, Peláez RAF, López YM, Luis IIM. Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2021/cmc213c.pdf>
11. Vista de Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica [Internet]. Revistasaludybienestarcolectivo.com. [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/73/50>
12. De Crisanto FY, Lourdes N. Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, 2019. Universidad César Vallejo; 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41482>
13. Palomino Guerra G. FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ATENDIDOS EN CENTRO DE HEMODIALISIS DEL DEPARTAMENTO DE TACNA DURANTE EL AÑO 2022-2023. [Online].; 2023 [cited 2024 MARZO 1. Available from: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3037/Palomino-Guerra-Guimel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Pretto CR, Rosa MBC da, Dezordi CM, Benetti SAW, Colet C de F, Stumm EMF. Depression and chronic renal patients on hemodialysis: associated factors. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado el 6 de octubre de

- 2024];73(suppl 1):e20190167. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/q4nVJQS64LCX6FbJpv45ZBs/?lang=en>
15. Ayala Servin JN. Evaluación del estado de ansiedad y depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Clínicas. RCUPAP [Internet]. 12 de octubre de 2021 ;1(1):27-36. Disponible en: <https://doi.org/10.54360/rcupap.v1i1.6>
16. Repositorio de Tesis DGBSDI: Prevalencia de depresión y ansiedad severa y factores asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica no terminal. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000816942>
17. Alshelleh S, Alhourri A, Taifour A, Abu-Hussein B, Alwreikat F, Abdelghani M, et al. Prevalence of depression and anxiety with their effect on quality of life in chronic kidney disease patients. Sci Rep [Internet]. 2022;12(1):17627. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-21873-2>
18. 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 [Internet]. 2024;48:15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2024.48.15.42881>
19. Fisiología Renal [Internet]. Nefrologiaaldia.org. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fisiologia-renal-335>
20. Minsal.cl. [citado el 04 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/tratamiento-conservador-no-dialitico-de-la-enfermedad-renal-cronica/descripcion-y-epidemiologia/>
21. Rodríguez Ramos JF, Herrera Miranda GL. Factores de riesgo relacionados con enfermedad renal crónica. Policlínico Luis A. Turcios Lima, Pinar del Río, 2019. Medisur [Internet]. 2022 [citado el 11 de octubre de 2024];20(1):59–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000100059
22. Rivera Medina JÁ, Quezada Jiménez KD, Somarriba Munguía JJ, Narváez Flores ML. Factores de riesgo asociados a enfermedad renal

- crónica en adultos: Estudio observacional de un centro de salud único en Nicaragua. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante* [Internet]. 2022 [citado el 11 de octubre de 2024];10(2):74–81. Disponible en: <https://rev-sen.ec/index.php/revista/article/view/18>
- 23.** Agarwal Anupam, N. K. A. (2020). Chapter 18 - Pathophysiology of Chronic Kidney Disease Progression: Organ and Cellular Considerations. *ScienceDirect*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815876-0.00018-8>
- 24.** El Sns GDEPCEN. Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica [Internet]. *Guiasalud.es*. [citado el 11 de octubre de 2024]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_559_ERC_IACS_compl.pdf
- 25.** Bravo-Zúñiga J, Garcia-Gomero D, Dolores-Maldonado G, Hinostroza-Sayas J, Chávez-Gómez J, Medina-Sal y Rosas C, Meneses-Liendo V, Pereda-Vejarano C, Gonzales-Haro F, Pérez-Arteaga L, Loza-Munarris C, Medina-Santander B, Chaud-Covarrubias R, Hanco-Saavedra J, Taype-Rondan A, Salvador-Salvador S, Carrera Acosta L. Guía de práctica clínica para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica estadios 3b, 4 y 5 en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet]. 10 de junio de 2023 ;16(1):102-11. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1709>
- 26.** MARTINEZ GINARTE., Guillermo; GUERRA DOMINGUEZ., Electra y PEREZ MARIN., Daiana. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Multimed* [online]. 2020, vol.24, n.2, pp. 464-469. Epub 23-Abr-2020. ISSN 1028-4818.
- 27.** Int R n. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA [Internet]. *Segg.es*. [citado el 14 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2062_iii.pdf
- 28.** Giraldo YG, Fernández EMB, Muñoz RG, Fuente AA. Protocolo diagnóstico de la enfermedad renal crónica. *Medicina* [Internet]. 2023;13(80):4751–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.05.015>

29. Egocheaga, M. I., Drak, Y., & Otero, V. (2023). Nefroprotección clásica: inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona. *Semergen*, 49(102018), 102018. <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2023.102018>
30. Ayala Rodríguez, D. Depresión en enfermedad renal crónica. 2017. [citation.cited Oct. 14, 2024]; citation.available.from: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/8976>
31. Mpblasd P. 4. Definición, factores de riesgo y diagnóstico [Internet]. *GuíaSalud*. 2019. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
32. Arbeloa JMM. Factores de riesgo de la depresión y cómo prevenirla. *SOM Salud Mental* 360 [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.som360.org/es/articulo/factores-riesgo-depresion-como-prevenirla>
33. Mundiales ES. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. *Paho.org.* Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
34. Baños-Chaparro J. Explorando los factores de riesgo de la depresión: un análisis de red. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2024;53(3):347–54. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745023000057>
35. Benasi G, Fava GA, Guidi J. Prodromal symptoms in depression: A systematic review. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2021 [citado el 13 de octubre de 2024];90(6):365–72. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000517953>
36. Minsal.cl. Guía clínica AUGÉ de depresión en pacientes de 15 años a más. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf
37. Resolución MN, /minsa 136-2023. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN [Internet]. *Gob.pe*. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>

38. Consaludmental.org. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
39. Alexander, C. M. P. (2024, March 28). *Generalized anxiety disorder in adults: Management*. Uptodate.com. https://sso.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
40. Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). *GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD*. 35, 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
41. Alonso Verdugo, A., Díaz Amorín, A., & Atienza Martín, F. (2024). 3. Manejo de la ansiedad. In E. Semergen (Ed.), *Documentos de Consulta*. <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/docConsultaRapida/2024/manejodelaAnsiedad.pdf>
42. FRCPsych, D. B. M. (2024, September 26). *Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis*. Uptodate.com. https://sso.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
43. Raj K.S., & Williams N.R., & DeBattista C (2024). Trastornos de ansiedad. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), *Diagnóstico clínico y tratamiento 2024*. McGraw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3463§ionid=286732979>
44. Soriano, R. M. de V., Zappino, J. P., Quiroga, A. R., & Álvarez-Mon, M. Á. (2023). Actualización clínica de los trastornos de ansiedad, hipocondría y trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine*, 13(84), 4929–4936. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.001>
45. Muhammad, A., Ashjan, B., Ghufuran, M., Taghreed, S., Nada, A., Nada, A., & Maryam, A. (2020). Classification of anxiety disorders using machine learning methods: A literature review. *Insights of Biomedical Research*, 4(1). <https://doi.org/10.36959/584/455>

46. Van Ameringen, M. (2024, October). *Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis*. Uptodate https://sso.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults?search=estadios%20de%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
47. Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollà, J., Cabajo Álvarez, E., Oltra Benavent, A. M., & Galán Serrano, A. (2021). Enfermedad renal crónica avanzada: ansiedad, depresión y percepción de amenaza. *Revista de Psicología de La Salud*, 9(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.710>
48. Ana Clavería MRB. Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria. [Online].; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.017>
49. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
50. Unesco: Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del año 2005 Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
51. Reglamento de la Ley No 29733, Ley de Protección de Datos Personales [Internet]. Gob.pe. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.smv.gob.pe/Uploads/Reglamento_LPDP.pdf
52. Najafi K, Khoshab H, Rahimi N, Jahanara A. Relación entre la salud espiritual y el estrés, la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedades crónicas. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2022;17(100463):100463. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214139122000701>
53. Pu L, Zou Y, Wu S-K, Wang F, Zhang Y, Li G-S, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among chronic kidney disease patients in China: Results from the Chinese Cohort Study of Chronic

- Kidney Disease (C-STRIDE). *J Psychosom Res* [Internet]. 2020;128(109869):109869. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109869>
54. Vista de Enfermedad renal crónica avanzada: ansiedad, depresión y percepción de amenaza [Internet]. *Innovacionumh.es*. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11000/27831>
 55. Lu Y, Zhai S, Liu Q, Dai C, Liu S, Shang Y, et al. Correlates of symptom burden in renal dialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail* [Internet]. 2024;46(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0886022x.2024.2382314>
 56. 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* [Internet]. 2021;69:27–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>
 57. Amador Cannals AC, Aborashed Amador NF, Vargas Rodríguez LJ, Ariza Rodríguez DJ, Sierra Gil LB. 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]. 2020;7(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.7.2.386>
 58. Kose S, Mohamed NA. The interplay of anxiety, depression, sleep quality, and socioeconomic factors in Somali hemodialysis patients. *Brain Sci* [Internet]. 2024;14(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci14020144>
 59. Masià-Plana A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Sitjar-Suñer M, Casals-Alonso C, Mantas-Jiménez S. Dolor, ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis crónica: un estudio de cohorte multicéntrico. *Enfermeras gestoras del dolor* [Internet]. 2022;23(5):632–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904222000947>
 60. Simões e Silva AC, Miranda AS, Rocha NP, Teixeira AL. Neuropsychiatric disorders in chronic kidney disease. *Front Pharmacol* [Internet]. 2019;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2019.00932>
 61. hoco Vélez KE, Lozano Cottallat JJ, Mayorga Naranjo NM, Bermeo Ochoa PF. Impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y psiquiatría. Anál comport las líneas de crédito a través de corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2024 [citado el 9 de octubre de 2024];8(1):577–88. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.577-588](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.577-588)
 62. Gela YY, Limenh LW, Simegn W, Ayenew W, Chanie GS, Seid AM, et al. Poor sleep quality and associated factors among adult chronic kidney

- disease patients. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2024;11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2024.1366010>
63. Ruano-Quintero V, Chil-Sánchez M, Ordóñez-Pérez V, Hay-de-la-Puente-Soto MF, Siret-Martínez R, Gámez-Jiménez AM. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en una consulta de Nefrología comunitaria. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2023 [citado 14 Oct 2024];45(2). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4930>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	Tipo de variable
<i>Depresión</i>	Es un trastorno mental que conlleva a la pérdida de interés, tristeza y sentimiento de vacío	Se define como cuando dura más de dos semanas, no es atribuible a sustancias psicoactivas o episodios hipomaniacos y presenta síntomas somáticos (pérdida de interés, anhedonia, alteración el sueño, alteración de la conducta, pérdida del apetito, etc.) Y se clasifica de acuerdo a su severidad en depresión Leve, moderada y severa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión leve 2. Depresión moderada 3. Depresión severa 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
<i>Ansiedad</i>	Es un trastorno mental que mediante sistema de alarma en respuesta a una situación de peligro es desproporcionada, muy intensa, perdura en el tiempo o frente a una amenaza vaga o que no sea situación de peligro aparece	Estado de presión y miedo constante que pueden ser por causas específicas o inespecíficas, dentro de los trastornos neuróticos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad leve 2. Ansiedad moderada 3. Ansiedad severa 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
<i>Enfermedad renal crónica</i>	Pérdida gradual de la capacidad funcional del riñón de no poder eliminar las sustancias tóxicas y el exceso de líquido de la sangre	Es la pérdida funcional o estructural del riñón >3 meses y la TFG <90 ml /min/1,73 metro cuadrado, Se dividen en 5 estadios (E) (TFG: ml/min/1.73m ²) <ol style="list-style-type: none"> 1) E I 2) E II 3) E III 4) E IV 5) E V Albuminuria (MG/G) A1: <30 A2: 30 . 300 A3: >300	Tasa de filtración glomerular (ml/min/1.73m ²) I: >90 II: 60-89 iii : 30-50 iv: 15-29 v: <15	<p>Cuantitativa discreta</p>

[Escriba aquí]

<i>Tiempo enfermedad renal crónica</i>	Es el tiempo que pasa desde que se diagnostica hasta la actualidad	<p>Tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta el día de hoy separándolos en intervalos de 5 años</p> <p>-<5</p> <p>->=5 -10</p> <p>->10-15</p> <p>->15-20</p> <p>- >20</p>	<p>I) <5</p> <p>II) >=5 -10</p> <p>III) >10-15</p> <p>IV) >15-20</p> <p>V) >20</p>	Cuantitativa continua
--	--	---	---	-----------------------

Anexo 2: Formula para tamaño de Muestra (Estudio descriptivo, cálculo para poblaciones finitas)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Error de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

N= 168

Z= 1.96 (95% IC)

P= 0.05

q= 0.05

e: 3%

Resultando el valor de la muestra en n= 118

[Escriba aquí]

Anexo 3 Ficha sociodemográfica y test de HSL

Instrucciones: En este cuestionario se solicita al participante que marque con la mayor sinceridad posible a los siguientes ítems que se da en esta ficha,

- 1) Fecha de aplicación: (/ /)
- 2) Número de ficha:
- 3) Edad:
- 4) Sexo: a) masculino b) Femenino
- 5) Estadio:
- 8) Tiempo de enfermedad (desde el diagnostico):

Test de ansiedad y depresión

[Escriba aquí]

CUESTIONARIO DE SINTOMAS DE ANSIEDAD (Hopkins)

SINTOMA	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
SE ASUSTA SUBITAMENTE SIN MOTIVO				
SIENTE QUE TIENE MIEDO				
SE DESMAYA, SE MAERA O SE SIENTE DEBIL				
SIENTE NERVIOSISMO O INQUIETUD EN SU INTERIOR				
SU CORAZON LATE ACCELERADAMENTE				
EXPERIMENTA TEMBLORES				
SE SIENTE TENSO/A				
TIENE DOLORES DE CABEZA				
PRESENTA PERIODOS DE TERROR O PANICO				
SIENTE INQUIETUD O QUE NO PUEDE ESTAR TRANQUILO/A				

CUESTIONARIO DE SINTOMAS DE DEPRESION (Hopkins)

SINTOMA	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
SIENTE FALTA DE FUERZAS, LENTITUD				
TIENE SENTIMIENTO DE CULPA PERSISTENTE, REMORDIMIENTOS				
LLORA FACILMENTE				
HA PERDIDO EL INTERES SEXUAL O EL PLACER				
FALTA DE APETITO				
DIFICULTAD PARA DORMIR O CONTINUAR DURMIENDO				
SE SIENTE DESESPERANZADO/A SOBRE EL FUTURO				
SE SIENTE TRISTE				
SE SIENTE SOLO				
HA PENSADO EN ACABAR CON SU VIDA				
SE SIENTE ATRAPADO O APRISIONADO				
SE PREOCUPA EXCESIVAMENTE POR LAS COSAS				
SIENTE FALTA DE INTERES POR LAS COSAS				
SIENTE QUE TODO REQUIERE DEMASIADO ESFUERZO				

Sumatoria:

Puntuación obtenida:

Presenta ansiedad:

a) Si B) No

Presenta depresión:

a) Si B) No

[Escriba aquí]

Anexo 4: consentimiento informado

RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCRIPCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la presencia de la ansiedad y depresión con respecto a la ERC y su estadio, esta investigación es realizada por el interno Diego Emanuel Pérez Sánchez de la escuela de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo-Sede Trujillo.

El propósito de esta investigación es definir si hay relación entre la ansiedad y depresión con el estadio de la ERC, usted fue seleccionado para participar en la investigación, que se hizo por medio del diagnóstico previo ya que cuenta con una historia clínica y por medio de la fórmula para calcular el estadio de la enfermedad renal crónica en el que se encuentra, incluyendo que se encuentra en su capacidad de responder al instrumento, por lo que lo incluimos en esta investigación, se espera con este estudio participen aproximadamente 100 personas como voluntarias

Si acepta participar en esta investigación, se le entregará y se solicitará llenar una ficha de datos, y resolverá un cuestionario de 25 ítems que se divide en dos partes, la primera parte consta de 10 ítems sociales que preguntan sobre síntomas relacionados con la ansiedad y la segunda parte consta de 15 ítems sociales que preguntan sobre síntomas relacionados con la depresión, el investigador estará con usted en todo el proceso de resolución del cuestionario, y el lugar se realizará en cualquier lugar del hospital o donde se sienta cómodo realizarlo, y el realizar este estudio solo le tomará 20 minutos como máximo de su tiempo, si presenta alguna duda al respecto a alguna parte del cuestionario, el investigador estará a su disposición en contestar todas sus dudas

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Los riesgos asociados con este estudio son que su identidad puede ser expuesta al momento del proceso de la recopilación de datos y la medida que se tomará por medio legal que se adhiere está investigación . (Explique las medidas que se tomaran para prevenir o minimizar los riesgos o incomodidades).

El beneficio de su participación es que se puede tener la probabilidad de que esté presentando ansiedad o depresión o los dos juntos, y es una investigación sin fines de lucro, solo es meramente académico.

[Escriba aquí]

CONFIDENCIALIDAD:

Sus datos están protegidos según el Reglamento General de Protección de datos que supone derogación de Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos personales de los participantes por lo que usted tiene el derecho al acceso, modificación, oposición, y cancelación de sus datos en cualquier momento del proceso de la investigación, por ello debe informar al investigador para así poder dejar constancia con respecto a su decisión.

Los datos que se obtendrán de usted irán a un documento digital que será guardada en la nube con contraseña para que no se filtre sus datos y estos datos permanecerán en dicho documento solo hasta que el periodo de investigación termine que será a 3 meses donde se concluirá el estudio, y una vez finalizado se borrará todos los datos del).

INCENTIVOS:

Esta investigación no presenta incentivos al ser una investigación que no afecta directamente a usted y es solo su participación voluntaria y apoyo a la investigación de un problema

DERECHOS:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin alguna penalidad, también tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, además esta investigación es sin fines de lucro por lo que es solo académico por lo que no recibirá algún servicio de manera particular o de la institución de salud y su participación no afectará a su persona.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comunicarse con el investigador Diego Emanuel Pérez Sánchez y puede contactarse al número telefónico 952614250. El supervisor de esta investigación es el Doctor Vergara Celis personal de salud del Hospital Belén de Trujillo.

Su firma en este documento significa que decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.
Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio

Nombre del investigador

Firma

Fecha

[Escriba aquí]