



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE
HEMODIÁLISIS EN SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA – VENEZUELA.**

www.bdigital.ula.ve

Autor: MASIEL ANGÉLICA CECILIA MOGOLLÓN GARCÍA

Tutor Académico y Metodológico: DRA. ADRIANNA BETTIOL

San Cristóbal, 2022

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE
HEMODIÁLISIS EN SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA – VENEZUELA.**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
MOGOLLÓN GARCÍA MASIEL ANGÉLICA CECILIA, C.I. 19.977.866, ANTE EL
CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE MÉDICO INTERNISTA**

III

c.c Reconocimiento

AUTOR

MASIEL ANGÉLICA CECILIA MOGOLLÓN GARCÍA:

Médico Cirujano Universidad de Los Andes.

Residente del postgrado de Medicina Interna. Universidad de Los Andes

TUTOR:

DRA. ADRIANNA ANTONIETTA BETTIOL

Médico Especialista en Medicina Interna

Profesora asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Táchira, en

la Cátedra de Medicina Interna

Profesora del postgrado de Medicina Interna.

Hospital Central de San Cristóbal, Universidad de Los Andes.

Ex -Jefe del Servicio de Medicina Interna Hospital Central de San Cristóbal

Ex-Coordinadora del postgrado de Medicina Interna.

Hospital Central de San Cristóbal, Universidad de Los Andes.

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. ADRIANNA ANTONIETTA BETTIOL

Médico Especialista en Medicina Interna

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía y permitir cumplir uno más de mis sueños. A mi familia por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron, especialmente a mi madre por acompañarme todas las noches de desvelo, de preocupaciones y darme los mejores consejos, enseñanzas y amor; a mi mumu por ser mi segundo padre y por darme el mejor café durante los momentos de cansancio, a mi gemela por ser mi compañera de vida y confidente; a mis dos ángeles por ser mi luz y fuerza, por enseñarme ante su pérdida a ser lo más objetiva posible sin olvidar la empatía con el paciente y familiar. Y al resto de familiares, gracias por su apoyo emocional y económico.

A mis compañeros por enseñarme que el trabajar en equipo, el camino se hace más corto; a mis especialistas del postgrado de Medicina Interna de Hospital Central de San Cristóbal Dr. Boanerge Ramírez, Dra. Luz Maldonado y Dra. Edith Quintero, por ser parte fundamental en mi formación; así mismo a la Dra. Emily Montilla y Dra. Paola Durán por ser no solo mis especialistas sino mis amigas y darme los tips y sugerencia para elegir mi tesis y tutor, a la Dra. M. Rosales por el apoyo y consejos durante estos tres años, al Dr Rómulo Ramírez por ser el apoyo incondicional en el área de Emergencia. Y no menos importante a la Dra. Adrianna Bettioli por tenerme paciencia durante todo este proceso, por enseñarme que en la vida o es blanco o negro, gracias por su dirección, conocimiento, enseñanza para el desarrollo de este trabajo y forjarme como internista.

A todos los licenciados, médicos y pacientes de las diferentes Unidades de Hemodiálisis, por abrirme las puertas para la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	X
Abstract.....	XI
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	2
Justificación.	14
Objetivos.....	15
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Variables.....	17
Materiales y métodos.....	24
Resultados.....	30
Discusión y limitaciones.....	39
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	50
Referencia Bibliográfica.....	51
Anexos.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.....	32
Tabla N°2	Características clínicas y tiempo dialítico de los pacientes con ERC en hemodiálisis incluidos en el estudio.....	33
Tabla N°3	Características demográficas de los pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión.....	36
Tabla N°4	Características clínicas y tiempo en terapia dialítica de los pacientes con ERC en hemodiálisis con trastornos de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión.....	38

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE FIGURA Y GRÁFICAS

Figura N° 1	Distribución de los pacientes evaluados para el ingreso.....	30
Gráfica N° 1	Prevalencia de ansiedad y depresión por el test HADS en pacientes incluidos en el estudio.....	34
Gráfica N° 2	Prevalencia de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión por el test HADS en pacientes incluidos en el estudio.....	34

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión.....	58
Anexo N° 2	Escala de Graffar.....	60
Anexo N° 3	Índice de comorbilidad de Charlson	61
Anexo N° 4	Ficha de consentimiento informado.....	63
Anexo N° 5	Carta de autorización del servicio de Medicina Interna del HCSC.....	64
Anexo N° 6	Carta de autorización de las unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal.....	65
Anexo N° 7	Cronograma de visita a las unidades de hemodiálisis.....	66
Anexo N° 8	Ficha de preseleccionado.....	67
Anexo N° 9	Ficha de Recolección de datos.....	68

RESUMEN

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en las unidades de hemodiálisis en San Cristóbal- estado Táchira – Venezuela.

Autor: Masiel Angélica Cecilia Mogollón García

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la Escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del municipio San Cristóbal- estado Táchira.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio con diseño prospectivo, observacional, descriptivo y transversal en las Unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal, estado Táchira (01/02/22 al 31/05/22). La población de 243 pacientes, la muestra de 204 pacientes que cumplieron los criterios.

Resultados: la prevalencia de ansiedad y depresión fue de 63,23% (ansiedad 27,94%; depresión 23,52%; ambas 11,76%). Prevalenciando en el sexo masculino, grupo etario 49 a 58 años (ansiedad 9,31%) y 59 a 68 años (depresión 7,84%; ambos 3,92%); casados (ansiedad 12,25%; depresión 9,3%, ambos 5,39%); educación primaria y secundaria completa; no profesionales desempleados asistidos (ansiedad 13,24%; depresión 10,29%) e independientes (ambos 4,41%); estrato IV según Graffar; etiología HTA (ansiedad 13,24%; depresión 14,58%, ambos 5,39%); índice de comorbilidad bajo (ansiedad 14,71%) y alta (depresión 17,67%; ambas 8,82%) según Charlson; el IMC normal y tiempo en hemodiálisis menor de 3 años.

Conclusión: Se identificó que la prevalencia es similar a lo reportado en la literatura médica, predominando en el sexo masculino

Palabras claves: ansiedad, depresión, hemodiálisis, HADS

ABSTRAC

Prevalence of anxiety and depression in patients with chronic kidney disease on hemodialysis in hemodialysis units in San Cristóbal, Táchira state - Venezuela.

Author: Masiel Angélica Cecilia Mogollón García

Objective: Determine the prevalence of anxiety and depression through the application of the HADS Scale in hemodialysis patients in the dialysis units of San Cristóbal-Táchira state.

Materials and methods: A study with a prospective, observational, descriptive and cross-sectional design was made in the Hemodialysis Units of the San Cristóbal municipality, Táchira state (02/01/22 to 05/31/22). The population of 243 patients, the sample of 204 patients who met the criteria.

Results: the prevalence of anxiety and depression was 63.23% (anxiety 27.94%; depression 23.52%; both 11.76%). Prevailing in the male sex, age group 49 to 58 years (anxiety 9.31%) and 59 to 68 years (depression 7.84%; both 3.92%); married (anxiety 12.25%; depression 9.3%, both 5.39%); complete primary and secondary education; assisted unemployed non-professionals (anxiety 13.24%; depression 10.29%) and independent (both 4.41%); stratum IV according to Graffar; HT aetiology (anxiety 13.24%; depression 14.58%, both 5.39%); low comorbidity index (anxiety 14.71%) and high (depression 17.67%; both 8.82%) according to Charlson; normal BMI and time on hemodialysis less than 3 years.

Conclusion: It was identified that the prevalence is similar to that reported in the medical literature, predominantly in the male sex.

Keywords: anxiety, depression, hemodialysis, HADS

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), no solo implica para el paciente alteraciones significativas a nivel físico que afectan su vida diaria, sino también a nivel biológico, psicológico, familiar y social. Entre estas alteraciones se destacan la ansiedad y la depresión que puede ser una reacción, un episodio o un verdadero trastorno, afectando tanto la vida cotidiana y por ende la calidad de vida de estos pacientes, como consecuencia a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas y al tratamiento de hemodiálisis, siendo esta diferente en cada uno de ellos. A pesar de este impacto se ha demostrado el compromiso fisiopatológico de alteraciones mentales dado por el acúmulo de toxinas urémicas y estimulación adrenérgicas que permiten de una u otra manera manifestarse en estos pacientes.

A nivel mundial la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con ERC es aproximadamente de 20,7% para ansiedad y 17,2% para depresión, y en los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis es de 38% con un rango de 12 al 52% para ansiedad y 22,8 al 39,3% para depresión, prevalencias que pueden diferir de un país a otro, utilizando escalas como el inventario de Beck, Hamilton y la Encuesta de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) que permiten diagnosticar los trastornos mentales, siendo estos instrumentos aplicados en diferentes poblaciones incluyendo los pacientes renales crónicos en hemodiálisis. En Venezuela y específicamente en el estado Táchira no se encontró registro de ello, por lo que se planteó determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica en las distintas unidades de hemodiálisis del municipio San Cristóbal, estado Táchira.

MARCO TEÓRICO

Los trastornos mentales hoy en día son considerados patologías incapacitantes, que se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida.¹ A pesar de tener una amplia gama de afecciones psiquiátricas, la depresión y la ansiedad, tienen una alta prevalencia en la población general con 3,8% para depresión y 12% para ansiedad de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud,² y con mayor frecuencia en los pacientes que sufren enfermedades crónicas con el 27,7% para ansiedad y el 25,6% para depresión.³ La ansiedad es el estado afectivo displacentero que se acompaña por cambios físicos y mentales que se presentan debido a una reacción para adaptarse ante un evento que causa estrés,⁴ en cambio, la depresión ocasiona alteración en el humor acompañada de pérdida de interés o placer en realizar diferentes actividades (anhedonia).⁵

El desarrollo en el individuo de una enfermedad crónica que genera una serie de discapacidades y que se asocia a la edad adulta comúnmente con deterioro, habilidades reducidas, dolor físico y emocional como resultado de la pérdida de independencia y una mayor necesidad de ayuda y asistencia. La ERC no es la excepción, ya que no solo ocasiona cambios físicos en el individuo que la experimenta, sino también trae daño psicológico, modificando el estado mental y emocional, conllevando a cambios en la vida cotidiana, tanto en el ámbito personal, familiar y social.⁶

La ERC se conceptualiza como un síndrome irreversible y progresivo de las funciones glomerulares, tubulares que persisten por más de 3 meses, acompañada con filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1,73 m² con o sin signos de enfermedad renal; definición esta que también abarca a los pacientes con trasplante renal, según Kidney

Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).⁷ La evolución de la ERC depende tanto de los factores de riesgos como de las modificaciones del estilo de vida, de esta manera la progresión de la enfermedad ocasionará la fase final, el síndrome urémico, con afectación plurisistémica debido a retención de toxinas urémicas que ocasiona la alteración en la homeostasis de líquidos, electrolitos y regulación hormonal que trae como consecuencia la inflamación sistémica progresiva con alteración vasculares y nutricionales, cambios estos, que llegan a ser irreversibles, y que solo cuenta con el trasplante renal o la restitución renal como tratamiento final.⁸

Los pacientes con ERC en Hemodiálisis pueden presentar además una o varias causas responsables del deterioro de la nefrona, entre las que se destaca la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA), siendo estas enfermedades crónicas que afectan no solo el organismo sino también el psiquis del paciente. La ERC ocasiona cambios fisiopatológicos que llevan a la depresión y ansiedad, donde se destaca en caso de la depresión la acumulación de numerosas sustancias endógenas y exógenas en la sangre (toxinas urémicas), trastornos metabólicos que conduce a un aumento del nivel de homocisteína en sangre ($> 15 \text{ umol / L}$) y su conversión en ácido homocisteico, que a través de la activación de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) causa neurotoxicidad y el deterioro de la barrera hematoencefálica, lo que explicaría la presencia de depresión en múltiples pacientes con ERC con o sin Hemodiálisis⁹; en el caso de la ansiedad el sistema límbico, se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus, donde la hiperactividad adrenérgica, hiposensibilidad de los receptores Ácido-gamma-aminobutírico (GABA) y la disfunción serotoninérgica ó dopaminérgica, son los responsables de las alteraciones en el

funcionamiento.⁴ Cambios estos, que impactan en la salud mental del paciente, ante la incertidumbre de lo desconocido y la efectividad en su sobrevida.

La ansiedad y depresión en pacientes con ERC ocasiona efectos de gran magnitud que abarca tanto a pacientes renales crónicos en hemodiálisis o no; como resultado de estos comportamientos, se produce una baja inmunidad, además de la dificultad en el cuidado personal, una menor adherencia al tratamiento y a la dieta, conllevando a un deterioro de la calidad de vida. Existen múltiples cuestionarios, escalas e inventarios a nivel mundial que tienen como objetivo específico evaluar la ansiedad y depresión en diferentes poblaciones y en diferentes patologías, no siendo la ERC la excepción. Entre los cuestionarios más aplicados en pacientes con esta patología han sido el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), el Inventario de Depresión de Beck (IBD), Escala de Hamilton y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).¹⁰

El HADS (Anexo N° 1) es un instrumento creado por Zigmond y Snaith (1983) constituido por 14 ítems y dividido en dos subescalas, 7 ítems para ansiedad (preguntas impares) y 7 ítems para depresión (preguntas pares), cada una de las preguntas constituidas por una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos dependiendo de la intensidad de los síntomas; las puntuaciones de la escala va de 0 a 21 para ambos tipos de síntomas, configurado como puntos de corte los siguientes: de 0 a 7 sin síntomas, de 8 a 10 casos posibles y mayor a 11 casos probables.¹⁰⁻¹¹ Ha sido traducido a la mayoría de las lenguas europeas, al árabe, al israelí, al urdu, al japonés y al chino. En su denominación de origen figura la palabra “hospital”, que puede también ser utilizado en el trabajo comunitario, por ser bien aceptada y fácil de aplicar, establece una clara distinción entre el concepto de ansiedad y depresión con un nivel de confiabilidad adecuada (alfa de Cronbach de 0,84-0,90).¹⁰

El impacto mental que ocasiona la enfermedad renal crónica, trae como consecuencia la necesidad de estudiar la prevalencia de ansiedad y depresión, tras ser una patología crónica consecuencias de otras, que pueden modificar el psiquis del paciente, donde se destaca el estudio descriptivo de Díaz-Loving R, *et al.* (2018)¹⁰ realizado en el Centro de Hemodiálisis de la Ciudad de México, con una población de 253 pacientes en ERC en hemodiálisis, aplicando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) obteniendo que el 34% de los pacientes presentaron ansiedad y el 30% presentaron depresión. Posteriormente realizaron prueba de confiabilidad interna por medio del estadístico alfa de Cronbach que fue de 0,823 para la escala de ansiedad y 0,779 para la depresión.

Millán-González R, *et al.* (2009)¹² realizaron un estudio de prevalencia en las Unidades de Diálisis del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y de Fresenius Medical Care (Cruz Roja, El Dorado, Horizonte, Occidente y San José), en Bogotá, Colombia, con una población de 174 pacientes y una muestra de 163 pacientes (debido a los criterios de inclusión y exclusión). Aplicaron el HADS y evaluaron la calidad de vida por medio del cuestionario de salud SF-36. Encontraron que un 57,06% (n=93) eran pacientes del sexo masculino y un 42,94% (n=70) del sexo femenino; el promedio de edad fue de 53,96 años con un rango entre los 43 a 65 años; el estrato socioeconómico más frecuente fue el estrato I-II (54,94%; n=89) seguido del estrato III-V (45%; n= 73). La prevalencia de depresión en esta población fue del 15,95% de los pacientes y la prevalencia de ansiedad fue de 16,46%. Al contrastar tanto los resultados del HADS como de la SF-36 con los datos sociodemográficos no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, cuando se comparó la dimensión general de salud mental con depresión se observaron

diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,003$), al igual que entre las dimensiones generales de salud mental ($p < 0,001$) y física ($p < 0,0259$) con ansiedad.¹²

Gómez-Vileseca L, *et al.* (2015)¹³ realizaron un estudio en el servicio de diálisis del Hospital de Palamós–España, con una población total de 56 pacientes, y una muestra de 49 pacientes para conocer la prevalencia de ansiedad y depresión. Aplicaron la encuesta HADS durante la sesión de diálisis y evaluaron tanto depresión como ansiedad y la relación de estas con las diferentes variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), Índice de Charlson y tiempo en hemodiálisis. La prevalencia de ansiedad fue de 32,6 % (21,2-46,6% IC 95%) dividido en: caso posible en un 20,4% y caso probable o definido en un 12,2%. La interacción estadísticamente significativa se encontró en dos variables estudiadas, dada una por el sexo, en un 57,1% ($n=8/14$) para el sexo femenino y un 22,8% ($n=8/35$) para el sexo masculino ($p= 0,02$), y la otra fue el IMC, donde se evidenció que fue menor en los pacientes que presentaron ansiedad (IMC 25 kg/m²) comparado con los que no presentaron ansiedad (IMC 27,8 kg/m²) ($p= 0,01$). Sin embargo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad (65,3-71,1 años $p=0,33$), índice de Charlson (4,4-5,2 puntos $p = 0,29$) y tiempo en hemodiálisis ($p = 0,87$).

La prevalencia de depresión fue mayor con un 46,9% (33,7-60,6% IC 95%) dividido en caso posible: 20,4% y caso probable o definido: 26,5%. Los resultados estadísticamente significativos se observaron en relación a la edad promedio donde fue más alta en los pacientes con depresión en comparación con los que no la presentaron (77,5 vs 58,1 años $p= 0,01$), el IMC fue inferior en relación a los que no presentaron depresión (IMC 25 kg/m² vs 28,6 Kg/m² $p= 0,008$). No se evidenció relación con el índice de Charlson ($p= 0,49$) y tiempo en Hemodiálisis ($p= 0,56$) y el sexo ($p= 0,1$).

Najafi A, *et al.* (2016)¹⁴ realizaron un estudio de tipo transversal, en los hospitales Taleghani, Imam Hussein y Labbafinejad–Irak, donde incluyeron 127 pacientes en hemodiálisis como población y 107 pacientes como muestra, para evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión utilizando la escala HADS. En donde el 41,7% (n = 53) presentaron ansiedad y el 31,5% (n= 40) depresión, con resultados estadísticamente significativos; el sexo femenino con un 54% para la ansiedad y 31,5% para la depresión, predominó ante el sexo masculino con 32,4% y 24,3% para ansiedad y depresión respectivamente (p= <0,05); en relación a la edad fue significativo en la población con ansiedad siendo esta menor que los pacientes sin ella (50,3 ± 15,2 versus 59,6 ± 18,0 p = 0,003). En pacientes casados fue mayor para depresión con un 34,8% frente a un 31,2% en pacientes solteros, en cambio para la ansiedad fue mayor en los pacientes solteros con un 46,9% frente a un 40,9% en pacientes casados. Según el grado de instrucción el 45,5% de los pacientes con depresión y el 54,5% con ansiedad eran analfabetas. La presencia de comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades pulmonares crónicas, neoplasias y trastornos autoinmunes) en pacientes con depresión representó el 33% frente a un 27% sin comorbilidades, mientras que para la ansiedad el 39,9% presentaron comorbilidades frente al 44,4% sin comorbilidades. Resultados que estadísticamente no fueron significativos ni para la depresión ni para la ansiedad.¹⁴

Palmieri GA, *et al.* (2017)¹⁵ realizaron un estudio prospectivo, transversal en el Centro de Nefrología del interior del estado de São Paulo- Brasil, con una población de 274 pacientes y una muestra de 170 pacientes con criterios de inclusión y exclusión, aplicando la Escala de HADS. Obtuvieron una prevalencia de 59,41% para síntomas de depresión y 32,94% para síntomas de ansiedad. En cuanto a los aspectos socio-demográficos, el sexo no

mostró diferencia significativa, ya que para la depresión fue de 59,41% en el sexo masculino y 59,42% para el sexo femenino ($p=0,999$), mientras que para la ansiedad el sexo masculino representó el 28,71% ante un 39,14% el sexo femenino ($p=0,157$). Entre las comorbilidades evaluadas, la hipertensión arterial representó el 56,47% seguido de diabetes mellitus en un 33,53%, estos porcentajes tanto para ansiedad como para la depresión. La edad ($p= 0,657- 0,797$) y el tiempo en hemodiálisis ($p= 0,577- 0,436$) no fueron significativos.

Vasco Gómez A, *et al.* (2018)¹⁶ en el Servicio de Nefrología del Hospital de Barcelona – España, evaluaron la calidad de sueño a través del test de Pittsburg, ansiedad y depresión con la escala HADS y trastorno cognitivo con score de mini mental en pacientes con ERC en hemodiálisis, incluyeron 28 pacientes, siendo 64,28% ($n=18$) del sexo masculino y el 35,72% ($n=10$) del sexo femenino. En cuanto a la etiología de la ERC, en el 50% ($n=14$) era desconocida, el 17,86% ($n=5$) por diabetes mellitus y el 10,71% ($n= 3$) por hipertensión arterial y glomerulopatías. La prevalencia para ansiedad fue del 21,43% ($n=6$) y el 35,71% ($n=10$) para depresión. Los resultados del cuestionario Pittsburg se correlacionaron positivamente con los niveles de ansiedad ($p= 0,04$) y depresión ($p= 0,049$). El grado de depresión se correlacionó negativamente con ausencia de deterioro cognitivo ($p= 0,010$).

Semaana V, *et al* (2018)¹⁷, realizaron un estudio en el Centro terciario de Líbano con una población de 90 pacientes y una muestra de 88 pacientes, donde se les aplicó el test HADS, reportando que el 40,8% ($n=34$) presentó ansiedad, 39,6% ($n=33$) depresión y 24,1% ($n=20$) ambas patologías, resultados estadísticamente significativos ($p= 0,001$). El 60,2% fueron del sexo masculino, con edad promedio de 66,7 años; el 63,9% ($n=53$) eran casados seguido de viudos con el 24,1% ($n=20$); el grado de instrucción fue secundaria completa con el 48,2% ($n=40$) evidenciando puntuaciones significativamente menores en

los grupos con mayor nivel educativo para depresión ($p= 0,021$). La comorbilidades asociadas en esta población fue la hipertensión arterial con el 74,7% ($n=62$), dislipidemia con el 41% ($n=34$) y diabetes mellitus con el 36,6% ($n=30$). El 44,6% ($n= 37$) de los pacientes tuvieron un tiempo en hemodiálisis mayor a 3 años. No se evidenciaron resultados significativos en relación a la edad, sexo, estado civil y el número de comorbilidades en el caso de depresión, en el caso de ansiedad se evidenció diferencias estadísticas con edades menores ($p= 0,09$) pero no mostrando valor estadísticamente significativo en relación al nivel de educación y situación laboral u otras variantes demográficas.

Gadia P, *et al.* (2020)¹⁸ realizaron un estudio en el Departamento de Nefrología de la Institución de tercer nivel de atención en el Hospital del Distrito de Paota oeste de Rajasthan- India, con una población de 150 pacientes y una muestra de 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Utilizaron la Escala de HADS, reportando que el 66% ($n= 66$) de los pacientes presentaron trastorno depresivo y el 61% ($n=61$) trastorno de ansiedad. En la depresión, el sexo femenino representó el 86,6% frente al 57,14% en el sexo masculino ($p <0,005$) y en la ansiedad fue del 85% para el sexo femenino frente a 51,4% en el sexo masculino ($p= 0,003$). En cuanto a la ocupación, en la depresión fue mayor en pacientes agricultores y amas de casa con un 77% y 84% respectivamente ($p <0,003$) mientras que para ansiedad fue de 77,7% y 80,7% ($p = 0,001$). El tiempo en hemodiálisis de 1 a 3 años con un 81,57% para depresión ($p = 0,002$) y 78,9% para el trastorno de ansiedad ($p = 0,001$).

Al-Shammari N, *et al.* (2020)¹⁹ en seis unidades de diálisis en Gubernamentales, Kuwait, realizaron un estudio transversal, descriptivo, con una población de 491 pacientes y una muestra de 457 pacientes en hemodiálisis, a quienes aplicaron la Escala de HADS. La

prevalencia para síntomas de depresión fue de 21,7%, para síntomas de ansiedad de 21,4% y de 12,7% para pacientes con ambos síntomas, de esta manera mostraron una correlación significativa entre las puntuaciones de depresión y ansiedad ($p < 0,001$). Entre otros análisis de variables evidenciaron que los hombres eran significativamente menos propensos a tener ansiedad en comparación con las mujeres (OR = 0,30; IC 95% 0,17- 0,54), valores similares se evidenciaron en los casos de depresión (OR = 0,47; IC 95% 0,26- 0,86). Los pacientes con glomerulonefritis tenían significativamente más probabilidades de tener ansiedad (OR = 4,19; IC 95% 1,43-12,29) y depresión (OR = 4,19; IC 95% 1,43- 12,29).

Delgado C, *et al.* (2021)²⁰ realizaron un estudio prospectivo, multicéntrico en pacientes ambulatorios de Clínicas (San Rafael, Pintor, Cabra, Paima del Río) de la provincia Córdoba – España; utilizando la Escala HADS. Con una población de 186 pacientes en hemodiálisis que cumplían criterios de inclusión. En cuanto a la depresión se evidenció una prevalencia de 27,9% (n= 52), su relación con el sexo representó el 63,5% para el sexo femenino ($p < 0,001$), según el índice de comorbilidad de Charlson representó 4 puntos de 3-6 ($p = 0,003$); en cuanto a la ansiedad, la prevalencia fue de 27,9% (n= 52), su relación con el sexo fue del 59,6% para el sexo femenino ($p < 0,001$) y el índice de comorbilidad de Charlson representó 4 puntos de 3-6 ($p = 0,003$). Los investigadores realizaron análisis logísticos univariados donde demostraron que los estados de depresión y ansiedad en la población estudiada fueron significativos en relación al sexo masculino (depresión: OR 0,2; ansiedad: OR 0,3 $p < 0,001$) y al índice de Charlson (OR 1,3; IC 95% 1,1-1,6; $p = 0,04$).

Kamel R, *et al* (2022)²¹ realizaron un estudio en la provincia de Sharkia – Egipto con una muestra de 524 pacientes en hemodiálisis, aplicando el test HADS, donde determinaron que la prevalencia de ansiedad fue del 84,7% y de depresión del 84,2%, el sexo masculino fue el predominante con el 46,18% para ansiedad y 45,99% para depresión. El 50,57% de

los pacientes con ansiedad y el 50,19% con depresión presentaban un bajo nivel educativo. El 68,51% y el 67,56% de los pacientes estaban casados tanto para ansiedad como depresión respectivamente. La principal causa de ERC fue la hipertensión arterial con el 33,78% para ansiedad, y el 33,59% para depresión ($p= 0,005$).

En Venezuela, Mora R, *et al.* (2004)²² realizaron un estudio transversal, descriptivo en la Unidad Médica Nefrotoxicológica (NEFROTOX), Valencia-estado Carabobo, quienes evaluaron la prevalencia de la depresión en pacientes en hemodiálisis, donde aplicaron el Inventario de Beck. Contaron con una población de estudio de 72 pacientes, reportando que el 47.2% de los pacientes presentaba algún nivel de depresión, siendo significativamente más frecuente en la población menor de 40 años ($p <0,01$). No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y la asistencia irregular a las sesiones de diálisis, así mismo la depresión y ganancia de peso no fueron significativos ($p <1,99$).

Rosales N. (2004)²³ en el trabajo de grado titulado “Depresión en pacientes en hemodiálisis en el Hospital de Maracaibo Venezuela” realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional en la Unidad de Diálisis del Hospital Militar de Maracaibo con una población de 26 pacientes y una muestra de 25. Utilizó la escala de depresión de Hamilton, donde reportó una prevalencia del 76% ($n= 19$) con un grado variable de depresión, así mismo en relación al sexo evidenció que el 86,64% ($n=13$) eran del sexo masculino frente al 60% ($n=6$) del sexo femenino. Se encontró que el tiempo en hemodiálisis no influyó en el diagnóstico clínico debido a que se observaron pacientes que tenían el mismo tiempo de diálisis y el diagnóstico clínico fue diferente.

Torres M, *et al.* (2018)²⁴ realizaron un estudio descriptivo en la unidad de hemodiálisis del Instituto Docente de Urología de Valencia- Carabobo, con una población de 36

pacientes en hemodiálisis, aplicando el inventario de Beck II, donde obtuvieron que el 50% de los pacientes presentaron depresión, con un 27,78% (n=10) para síntomas leves y 22,22% (n=8) para síntomas moderados, con mayor prevalencia en mayores de 50 años con un 30,56% (n=11). La prevalencia fue del 25% (n=9) en el sexo masculino donde presentaron síntomas leves de depresión pero sin distinción de sexo para los pacientes que padecían síntomas moderados. En cuanto al tiempo en hemodiálisis demostraron que el 16,6% de los pacientes con mayor prevalencia contaban con el intervalo de 1 a 5 años. Sin embargo ninguno de los resultados fueron estadísticamente significativos ($p = >0,05$). En este estudio el resultado estadísticamente significativo fue el nivel educativo con síntomas leves, con una prevalencia de 16,67% (n=6) para el nivel secundario y un 19,44% (n=7) con síntomas moderados para el nivel primario ($p = <0,05$).

Chacón J, (2015)²⁵ realizó un trabajo de grado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal-estado Táchira, titulado “Prevalencia de depresión y trastorno de sueño en pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis en el Hospital Central de San Cristóbal”, estudio de tipo descriptivo, con una población total de 82 pacientes y una muestra de 60 pacientes, en el estudio aplicó el Inventario de depresión de Beck II. Demostrando que el 63,3% de los pacientes presentaron depresión, la mayor prevalencia fue en pacientes mayores de 65 años de edad con un 26,7% (n=13) seguido del grupo etario de 46-55 años de edad con una prevalencia del 20% (n=12), encontrándose diferencia estadísticamente significativas ($p = 0,011$). En relación al sexo ($p = 1$), estado civil ($p = 0,178$) y tiempo en hemodiálisis ($p = 0,857$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

De acuerdo a la literatura revisada la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes que se encuentran en hemodiálisis es variable de un centro a otro y de un país a

otro. Actualmente no se conoce cuál es la prevalencia de ansiedad y de depresión en los pacientes con ERC en hemodiálisis que acuden a las diferentes Unidades de Hemodiálisis (6 en total) que funcionan en la ciudad de San Cristóbal- estado Táchira, dando atención para la fecha de noviembre del 2021 (de acuerdo a los datos reportados en los cuadernos de registro de las diferentes Unidades)²⁶ a una población de 299 pacientes, distribuidos en: Hospital Central de San Cristóbal: 5 pacientes (solo pacientes hospitalizados, destacando que desde enero hasta noviembre del 2021 se han registrado 117 pacientes, según el Cuaderno de Ingreso del Servicio de Nefrología de la institución²⁷), Unidad Nefrológica Táchira (UNETACA): 69 pacientes, DIASSANCA: 49 pacientes, Centro de Diálisis de los Andes C.A (CEDIANCA): 68 pacientes, Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz (IVSS) 35 pacientes y Centro Clínico San Cristóbal (CCSC) 73 pacientes.²⁷ razón por el cuál se planteó la realización de esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACIÓN

Los casos de trastornos de ansiedad y de depresión en pacientes renales en hemodiálisis han ido aumentando considerablemente en los últimos años, siendo relacionada por el aumento de patologías de bases responsables del daño renal, que trae como consecuencia un impacto en la calidad de vida de los pacientes y una probable asociación con una mayor morbimortalidad. Este hecho puede ser subestimado por la población médica y resto de personal de la salud al enfocarse solo en diagnosticar la enfermedad renal, así como su tratamiento sin tomar en cuenta el impacto emocional que conlleva dicha patología.

Esta investigación, permitirá contribuir a enriquecer el conocimiento con respecto a la relación que pueda existir entre la ansiedad y depresión con la ERC en paciente sometidos a hemodiálisis, lo cual significará una fuente de referencia para otros estudios relacionados sobre el tema. Ante la falta de soportes bibliográficos locales y nacionales, que pongan en evidencia la magnitud de este problema de salud pública, se hizo necesario realizar este estudio para determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión, mediante la aplicación de la Escala HADS en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis que asisten a las diferentes Unidades de Diálisis del municipio San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela.

OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la Escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira.

2. Objetivos específicos:

- 2.1. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el sexo.
- 2.2. Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el grupo etario.
- 2.3. Identificar la prevalencia ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, de acuerdo al nivel educativo.
- 2.4. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en a las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según la situación laboral.
- 2.5. Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el estado civil.
- 2.6. Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el estrato socioeconómico.

- 2.7. Determinar la prevalencia ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, de acuerdo a la etiología causante de la enfermedad renal.
- 2.8. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, de acuerdo a la comorbilidad por el test de Charlson.
- 2.9. Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el índice de masa corporal.
- 2.10. Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, según el tiempo en terapia dialítica.

VARIABLES

1. **Ansiedad y Depresión:** definidos como los trastornos mentales que puede sufrir el paciente, ante un estado de estrés o adaptación; la ansiedad se acompaña de cambios físicos y mentales y la depresión ocasiona un sentimiento de tristeza constante, con pérdida de interés o placer en realizar actividades (anhedonia)⁴⁻⁵. Ambos identificados a través de la aplicación de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Anexo N°1) con una puntuación \geq a 8 puntos.¹¹

Categorizado como:

1. Paciente sin ansiedad / depresión: \leq 7 puntos.
2. Paciente con ansiedad: \geq 8 puntos, obtenidas de las respuestas de las preguntas impares del HADS.
3. Paciente con depresión: \geq 8 puntos, obtenidas de las respuestas de las preguntas pares del HADS.

En caso de presentar ansiedad, se categorizó como:

1. Caso posible: 8 – 10 puntos (preguntas impares).
2. Caso probable: \geq 11 puntos (preguntas impares).

En caso de presentar depresión, se categorizó como:

1. Caso posible: 8 – 10 puntos (preguntas pares).
2. Caso probable: \geq 11 puntos (preguntas pares).

2. Sexo: definido como el conjunto de características en base a la condición orgánica y tomando en cuenta el genotipo y fenotipo que permiten diferenciar al hombre y la mujer.²⁸

Categorizado como:

1. Masculino.
2. Femenino.

3. Edad: definido como el tiempo que ha vivido un individuo, es decir el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el presente estudio.²⁹

Categorizado por grupo etario como:

1. Grupo etario de 18 años a 28 años.
2. Grupo etario de 29 años a 38 años.
3. Grupo etario de 39 años a 48 años.
4. Grupo etario de 49 años a 58 años.
5. Grupo etario de 59 años a 68 años.
6. Grupo etario de 69 años a 78 años.
7. Grupo etario de 79 años a 88 años.
8. Grupo etario >88 años.

4. Nivel Educativo: definido como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.³⁰

Categorizado como:

1. Alfabeto sin nivel educativo.

2. Primaria incompleta.
3. Primaria completa.
4. Secundaria incompleta.
5. Secundaria completa.
6. Técnico incompleto.
7. Técnico completo.
8. Universitario incompleto.
9. Universitario completo.

5. Ocupación Laboral: definido como el estado de una persona en relación con su trabajo.³¹

Categorizado como:

1. Profesional asalariado – activo.
2. Profesional asalariado – jubilado.
3. Profesional independiente o autónomo.
4. Profesional desempleado asistido por tercero.
5. No profesional asalariado.
6. No Profesional independiente o autónomo.
7. No profesional desempleado asistido por terceros.

6. Estado Civil: definida como la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con otra.³²

Categorizado como:

1. Soltero.

2. Casado.
3. Divorciado.
4. Concubinato.
5. Viudo.

7. Estrato Socioeconómico: definido como un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Evaluado por la escala de Graffar Méndez Castellanos (Anexo N°2) ³³⁻³⁴.

Categorizado como:

1. Estrato I: 4 a 6 puntos.
2. Estrato II: 7 a 9 puntos.
3. Estrato III: 10 a 12 puntos.
4. Estrato IV: 13 a 16 puntos.
5. Estrato V: 17 a 20 puntos.

8. Etiología de la enfermedad renal crónica: definido como la causa o el origen de la enfermedad renal. ³⁵

Categorizado como:

1. Conocido.
2. Desconocido.

De ser conocido, se categorizó en:

8.1 Diabetes Mellitus: definido como la alteración endocrina caracterizado como la ausencia total o parcial en la producción de insulina por el páncreas, de acuerdo a la American Diabetes Association del 2022 y/o este recibiendo tratamiento.³⁶

Categorizado como:

1. Presente.
2. Ausente.

8.2 Hipertensión Arterial Sistémica: definido como el diagnóstico previo establecido de una afección en la fuerza ejercida contra la pared de las arterias y/o este recibiendo tratamiento antihipertensivo, según criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión.³⁷

Categorizado como:

1. Presente.
2. Ausente.

8.3 Glomerulopatías: definido como el daño estructural y funcional del glomérulo renal que puede conllevar a la pérdida parcial o total de la función renal.³⁸

Categorizado como:

1. Presente.
2. Ausente.

De estar presente:

1. Primaria (glomerulonefritis extracapilar, membranoproliferativa, mesangioproliferativa, focal segmentaria, membranosa).³⁸

2. Secundaria (nefritis lúpica, granulomatosis Wegener, Henoch Schonlein, amiloidosis, VIH, síndrome de alport, medicamentosa).³⁸

8.4 Otros: se incluyó restos de patologías pocos frecuentes responsables de la enfermedad renal crónica como uropatías obstructivas.³⁵

9. Comorbilidad: definido como la presencia de uno o más trastornos o enfermedades además del trastorno primario. Categorizado de acuerdo al Índice de Charlson (Anexo N° 3).³⁸

Categorizado como:

1. Ausencia de comorbilidad: 0 – 1 punto.
2. Comorbilidad baja: 2 puntos.
3. Comorbilidad alta: ≥ 3 puntos.

10. Índice de masa corporal (IMC): definido como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) según la Organización Mundial de la Salud 2020.⁴⁰

Categorizado como:

1. Delgadez severa IMC $< 16 \text{ kg}/\text{m}^2$.
2. Delgadez moderada IMC $16-16,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
3. Delgadez leve IMC $17-18,49 \text{ kg}/\text{m}^2$
4. Normal IMC $18,5 - 24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$.

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 5. Sobrepeso | IMC 25 -29, 9 kg/m ² . |
| 6. Obesidad clase I | IMC 30 – 34, 9 kg/m ² . |
| 7. Obesidad clase II | IMC 35- 39, 9 kg/m ² . |
| 8. Obesidad clase III | IMC>40 kg/m ² . |

11. Tiempo en Terapia Dialítica: definido como el periodo en que el paciente inicia el tratamiento de hemodiálisis hasta incluirse en el estudio.³⁹

Categorizado como:

1. 1 mes a 6 meses.
2. 6 meses a 1 año.
3. 1 año a 2 años.
4. 2 años a 3 años.
5. 3 años a 4 años.
6. 4 años a 5 años.
7. 5 años a 10 años.
8. > 10 años.

www.bdigital.ula.ve

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, y transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Anexo N° 1) en pacientes con diagnóstico de ERC en hemodiálisis. Para la realización de este estudio se tomaron a todos los pacientes que se encontraron en terapia dialítica en las Unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal que cumplieron con los criterios de inclusión, durante el tiempo comprendido entre 01 de febrero al 31 de mayo de 2022.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Paciente con diagnóstico de ERC en Hemodiálisis, con al menos 1 mes de tratamiento de hemodiálisis, de ambos sexos, mayores de 18 años.
2. Paciente a quien se le explicó la finalidad del estudio, y previa autorización y firma del Consentimiento Informado (Anexo N° 4), accedió a participar en el estudio.

Se consideraron criterios de exclusión:

1. Paciente que no cumplió con los criterios de inclusión.
2. Paciente menor de 18 años de edad.
3. Paciente con patología psiquiátrica de base diagnosticada y tratada (depresión-ansiedad, esquizofrenia, entre otros).
4. Paciente en urgencia dialítica.
5. Paciente embarazada.
6. Paciente con retardo mental, parálisis cerebral infantil ó con compromiso de funciones cognitivas.
7. Paciente con déficit motor, del lenguaje, comprensión o visuales.

8. Paciente en insuficiencia renal aguda.
9. Paciente con patología actual de infección de vías respiratoria bajas de etiología viral por SARS CoV-2.
10. Paciente en duelo en los últimos seis meses.
11. Paciente en diálisis peritoneal.
12. Paciente analfabeta.
13. Paciente que se negó a participar en el estudio.

Para el desarrollo del estudio, el investigador principal solicitó permiso al Jefe del Servicio y a la Coordinación del Postgrado de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal (Anexo N°5) para retirarse en horas laborables del Servicio con el fin de la recolección de los datos. El investigador principal solicitó permiso a los Coordinadores de las diferentes Unidades de Hemodiálisis (Unidad de Diálisis del Hospital Central de San Cristóbal (HCSC), UNETACA, DIASSANCA, CEDIANCA, IVSS y CCSC. (Anexo N°6) donde realizó el estudio de investigación de acuerdo al cronograma semanal que se anexa (Anexo N°7).

El investigador principal se dirigió a cada uno de los centros para la preselección de los sujetos, registrándolo en un listado de preselección, anotando el motivo en caso de ser excluido (Anexo N°8). En cada una de las Unidades el investigador principal procedió a explicar a cada uno de los pacientes el propósito de la investigación, el objetivo principal y específico y la importancia de la realización del mismo. Si el paciente aceptaba ingresar al estudio, se le presentaba el documento de Consentimiento Informado (Anexo N° 4) y posterior a su lectura y firma, quedaba formalizado el ingreso del paciente al estudio.

Seguidamente se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos (Anexo 9) , 30 minutos antes de iniciar el tratamiento de hemodiálisis, de forma individual. Los datos se obtuvieron mediante el interrogatorio del paciente:

I. Datos de Identificación:

1. **Nombre y Apellidos:** en este apartado se preguntó al participante sus nombres y apellidos, los cuales correspondió a los escritos en su documento de identidad.
2. **Número de asignación de casos:** a cada participante se le asignó un código de identificación, este es un número que fue consecutivo asignado por el investigador.
3. **Fecha de realización de la entrevista:** correspondió a la fecha en la cual se realizó la entrevista del paciente.
4. **Dirección actual:** correspondió al lugar donde se encuentra su residencia habitual actual.
5. **Fecha de ingreso a tratamiento de hemodiálisis:** correspondió a la fecha de ingreso como paciente a la Unidad de hemodiálisis.

II. Datos demográficos:

1. **Edad:** se preguntó al paciente la fecha de nacimiento, y se cuantificó el número de años al momento de la entrevista y se categorizó por grupo etarios.
2. **Sexo:** se seleccionó dependiendo de las características genotípicas y fenotípicas que permite diferenciar en hombre y mujer.
3. **Educación:** se preguntó el grado de instrucción y en caso de no poseer grado de instrucción se procedió a preguntar si sabe leer o escribir.
4. **Ocupación laboral:** correspondió al estado actual en relación a su trabajo, identificado como profesional asalariado, independiente, desempleado ó

dependientes de terceros, y no profesional asalariado, independiente, desempleado ó dependientes de terceros.

5. **Estado Civil:** se preguntó la situación actual del paciente en relación a su pareja.
6. **Nivel Socioeconómico:** se aplicó la escala de Graffar y se preguntó al paciente el trabajo actual del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, entrada económica, y condición de la vivienda y se categorizó por estratos (Anexo N° 2).
7. **Etiología de la ERC:** se preguntó al paciente, si conoce la causa responsable de su enfermedad renal, en caso de no conocerla o es de etiología mixta se seleccionó las opciones correspondientes.
8. **Comorbilidad:** conociendo las patologías de base se aplicó el test de Charlson (Anexo N° 3) que consiste en 19 condiciones médicas catalogadas en cuatro grupos de acuerdo con el peso asignado a cada enfermedad; la puntuación total es la sumatoria de todas las entidades clínicas presentadas por el paciente evaluado que da como resultado el riesgo relativo de mortalidad. Se categorizó como ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos.
9. **Índice de Masa Corporal:** se preguntó la talla y peso del paciente, en caso de desconocerlo, se procedió a tallar y pesar al paciente por medio de báscula de la Unidad de Hemodiálisis. Si existía limitación del paciente para la bipedestación, se estimó el peso mediante la fórmula de predicción de Viteri y la talla mediante la técnica de media brazada.⁴² Posterior a esto, se cálculo el IMC y se categorizó en: delgadez severa (IMC <16 Kg/m² SC), delgadez moderada (IMC 16 a 16,99 Kg/m² SC), delgadez leve (IMC 17 a 18,4 Kg/m² SC), normal (IMC 18,5 a 24,9 Kg/m²) sobrepeso (IMC 25,0 a 29,9 Kg/m² SC); obesidad grado I (IMC 30,0 a 34,9 Kg/m²

SC); obesidad grado II (IMC 35,0 a 39,9 Kg/m² SC) obesidad grado III (IMC \geq 40 Kg/m² SC) según la OMS ⁴⁰

Una vez recolectado los datos de la ficha de recolección de datos, el investigador principal procedió a explicar y aplicar la escala HADS (Anexo N° 1). Esta escala consiste en un cuestionario de autoaplicación estructurada y semiestructurada en dos subescalas de siete ítems intercalados, los ítems para ansiedad son las preguntas impares y las preguntas pares son para depresión; se cálculo un tiempo total de respuesta de aproximadamente cinco a diez minutos. En las instrucciones se pidió al paciente que describiera cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de la aplicación del instrumento desde el punto de vista afectivo y emocional. Se le indicó que diera lectura a cada pregunta y marcara la que coincidía con su propio estado emocional.

Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescalas. Originalmente, los puntos de corte de cero a siete puntos implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez puntos caso posible y de 11 a 21 puntos caso probable con sintomatología relevante de ansiedad y/o depresión. Una vez obtenido el puntaje de la escala HADS se procedió por parte del investigador principal a anotar su valor y categorizar en la Ficha de Recolección de Datos.

Análisis estadístico:

Al tener toda la información necesaria, el investigador principal, procedió a transcribir los datos obtenidos y registrados en el instrumento de recolección de datos a una base de datos computarizada creada para tal fin, en el programa EPI INFO versión 7.2.4.0, el cual

se utilizó para la realización de los cálculos estadísticos descriptivos (porcentaje, medias, desviación estándar) y el cálculo de prevalencia.

Materiales y equipos:

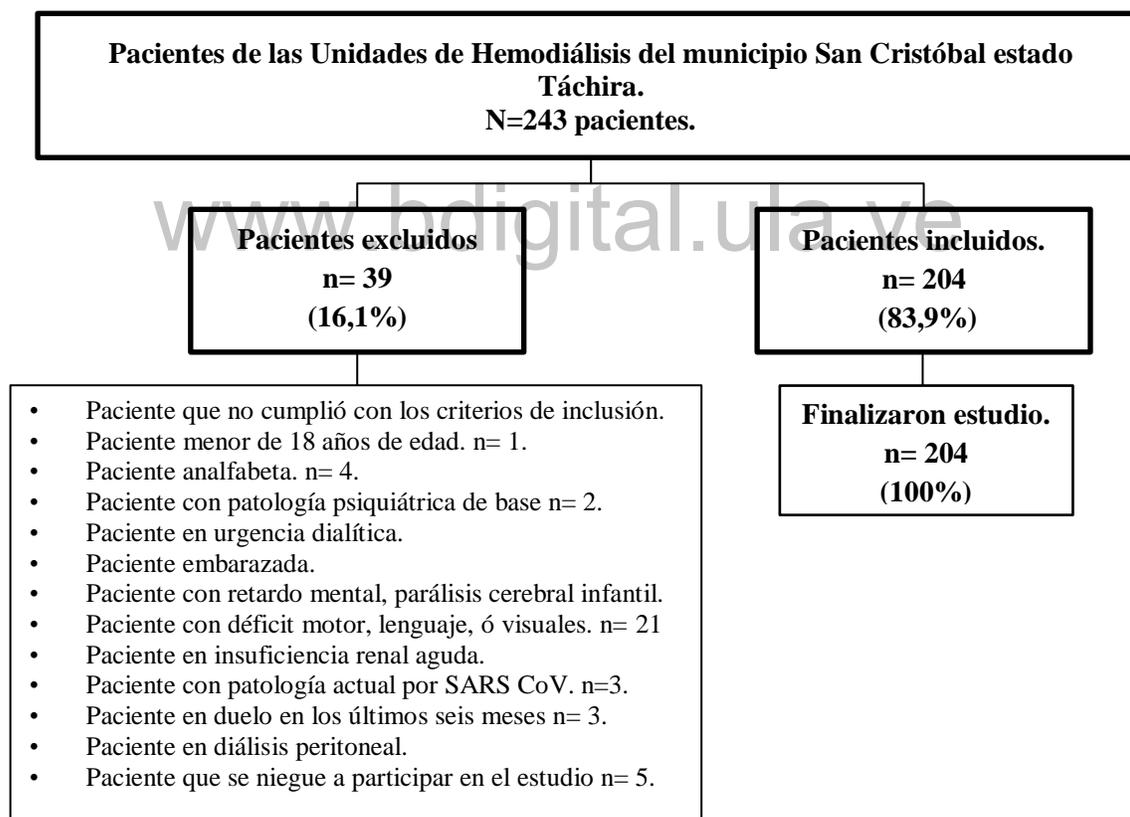
- Computador
- Impresora
- Tinta para impresora
- Resmas de hojas blancas tipo carta
- Consentimiento informado
- Ficha de recolección de datos
- Test de HADS
- Test de Charlson
- Escala de Graffar
- Lapiceros

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo comprendido entre 01 de febrero de 2022 al 31 de mayo de 2022, fueron evaluados en las diferentes Unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal 243 pacientes, 39 pacientes (16,1%) fueron excluidos por diferentes causas y 204 pacientes (83,9%) cumplieron con los criterios de inclusión, como se muestra en la Figura N°1.

Figura N° 1. Selección de pacientes evaluados en las Unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal para el ingreso al estudio.



Fuente: Libros de ingreso de pacientes en las diferentes Unidades de hemodiálisis del municipio San Cristóbal- estado Táchira.

De los pacientes incluidos en el estudio, el 25% (n=51) correspondió a pacientes dializados en la Unidad de Hemodiálisis de UNETACA, seguido por el 24,03% (n= 49)

CEDIANCA, en tercer lugar con el 23,3% (n= 48) en el CCSC y el 27,45% en el resto de las Unidades. El promedio de edad fue de $52,29 \pm 13,87$ (1DE) años, con una edad mínima de 21 años y edad máxima de 83 años, siendo el grupo etario más frecuente el comprendido entre los 49 a 58 años de edad, que representó el 27,45% (n= 56). El 72,06% (n= 147) correspondió al sexo masculino; el 22,55% (n=46) de los pacientes en el estudio tenían la secundaria completa; el 37,75% (n=77) eran no profesionales asistidos por terceros, el 52,45% (n= 107) se encontraban en el estrato IV según la escala de Graffar y el 44,66% (n=91) estaban casados seguido de los solteros (25%; n=51), como se muestra en la tabla N° 1.

El 94,12% (n= 192) de los pacientes conocían la etiología de la enfermedad renal crónica, resaltando que un paciente podría presentar más de una patología responsable; siendo la causa más frecuente la hipertensión arterial (55,73%; n=107) seguida de la diabetes mellitus (23,96%; n=46) y otras causas (17,71%; n= 34). El 62,25% (n=127) de los pacientes presentaba un índice de comorbilidad según Charlson alto; el 55,39% (n= 113) de los pacientes presentaba un índice de masa corporal normal según la OMS con un promedio de $24,29 \pm 4,45$ (1DE) kg/m^2 , con un peso mínimo en $16,4 \text{ kg/m}^2$ y un peso máximo de 61 kg/m^2 . El 52,94% (n=135) de los pacientes iniciaron terapia dialítica hacia menos de 3 años y el 41,05% (n=69) de los pacientes iniciaron terapia después de los 3 años, como se muestra en la tabla N° 2.

Tabla N°1. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.
(n=204)

Característica demográficas	n°	%
Unidad de diálisis	204	100
HCSC *	2	0,98
IVSS ⁺	17	8,33
CCSC [‡]	48	23,53
CEDIANCA **	49	24,02
UNETACA ++	51	25,00
DIASSANCA	37	18,14
Sexo		
Masculino.	147	72,06
Femenino.	57	27,94
Grupo etario		
18-28 años.	13	6,37
29-38 años.	29	14,22
39-48 años.	30	14,71
49-58 años.	56	27,45
59-68 años.	53	25,98
69-78 años.	21	10,29
>78 años.	2	0,98
Instrucción Educativa		
Alfabeto sin educación.	0	0
Primaria incompleta.	34	16,67
Primaria completa.	38	18,63
Secundaria incompleta.	35	17,16
Secundaria completa.	46	22,55
Técnico incompleto.	4	1,96
Técnico completo.	13	6,37
Universidad incompleta.	9	4,41
Universidad completa.	25	12,25
Ocupación laboral		
Profesional asalariado activos.	21	10,29
Profesional asalariado jubilados.	7	3,43
Profesional independiente.	7	3,43
Profesional desempleado asistido por terceros.	3	1,47
No Profesional asalariado.	23	11,27
No Profesional independiente.	66	32,35
No Profesional desempleado asistido por terceros.	77	37,75
Estado civil		
Soltero.	51	25
Casado.	91	44,61
Divorciado.	19	9,31
Concubinato.	35	17,16
Viudo.	8	3,92
Estado Socioeconómico		
Estrato I.	0	0
Estrato II.	11	5,39
Estrato III.	43	21,08
Estrato IV.	107	52,45
Estrato V.	43	21,08

* HCSC: Hospital Central de San Cristóbal, ⁺IVSS: Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz. [‡]CCSC: Centro Clínico de San Cristóbal. ** Centro de Diálisis de los Andes Compañía Anónima. ++ Unidad Nefrológica Táchira

Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0.

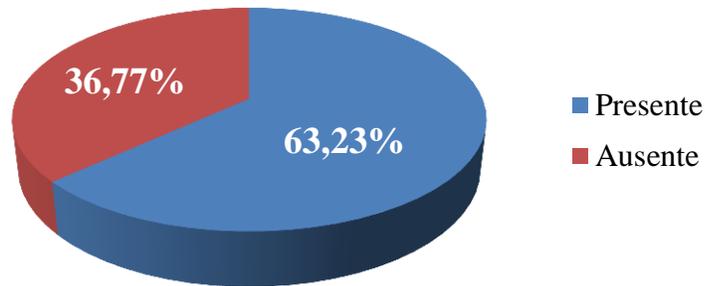
Tabla N° 2. Características clínicas y tiempo dialítico de los pacientes con ERC en hemodiálisis incluidos en el estudio (n=204).

Características clínicas	n°	%
Etiología	204	100
Conocida	192	94,12
Desconocida	12	5,88
Etiología conocida	192	
Diabetes Mellitus	46	23,96
Hipertensión arterial	107	55,73
Glomerulopatía	20	10,42
Primarias	12	60
Extracapilar	0	0
Membranoproliferativa	0	0
Mesangioproliferativa	0	0
Focal segmentaria	2	15,67
Membranosa	0	0
Desconoce	10	83,33
Secundaria	8	40
Nefritis lupica	6	75
G. de Wegener *	0	0
Henoch Schonlein	0	0
Amiloidosis	0	0
VIH	0	0
Síndrome de Alport	2	25
Medicamentosa	0	0
Otros	34	17,71
Índice de comorbilidad	204	100
Ausencia de comorbilidad	1	0,49
Comorbilidad baja	76	37,25
Comorbilidad alta	127	62,25
Índice de masa corporal		
Delgadez severa	1	0,49
Delgadez moderada	2	0,98
Delgadez leve	13	6,37
Normal	113	55,39
Sobrepeso	62	30,39
Obesidad clase I	10	4,90
Obesidad clase II	3	1,42
Obesidad clase III	0	0
Tiempo en terapia dialítica		
1 mes- 6 meses	31	15,20
6 meses a 1 año	18	8,82
1 año a 2 años	32	15,69
2 años a 3 años	27	13,24
3 años a 4 años	13	6,37
4 años a 5 años	14	6,86
5 años a 10 años	50	24,51
> 10 años	19	9,31

Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0

En el total de pacientes incluidos en el estudio (n=204) la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión fue del 63,23% (n=129), como se muestra en la gráfica N°1.

Gráfica N° 1. Prevalencia de ansiedad y depresión por el test HADS en pacientes incluidos en el estudio (n=204)

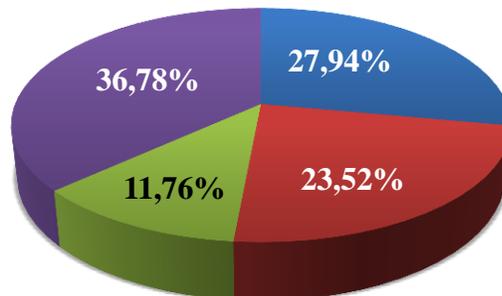


Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0.

La prevalencia de ansiedad fue del 27,94 % (n=57), de la depresión del 23,52% (n= 48) y de ansiedad más depresión fue del 11,76% (n= 24), como se muestra en la gráfica N° 2.

Gráfica N° 2. Prevalencia de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión por el test HADS en pacientes incluidos en el estudio (n=204)

■ Ansiedad ■ Depresión ■ Ansiedad mas depresión ■ Ausente



Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0.

En los pacientes que presentaron trastorno de ansiedad (n=57) se encontró que el 91,22% (n=52) eran casos posibles y el 8,78% (n=5) casos probables. El promedio de edad fue $49,11 \pm 15,00$ (1DE) años, con edad mínima de 21 años y edad máxima de 73 años, siendo el 33,33% (n=19) perteneciente al grupo etario comprendido entre 49 a 58 años. El 66,6% (n=38) eran del sexo masculino; el 24,56% (n=14) de los paciente habían cursado la secundaria completa. El 47,37% (n=27) eran no profesionales asistidos por terceros; el 52,63% (n=30) se encontraban en estrado IV según Graffar, y según su estado civil, el 43,86% (n=25) eran casados, como se muestra en la tabla N° 3.

En cuanto a los pacientes con trastorno de depresión (n=48) de acuerdo al score HADS los casos posibles representaron el 93,75% (n=45) y los casos probables el 6,25% (n=3). El promedio de edad fue $56,60 \pm 12,92$ (1DE) años, con edad mínima de 25 años y edad máxima de 83 años, siendo el 27,08% (n=13) perteneciente al grupo etario comprendido entre 49 a 58 años. El 75% (n=36) eran del sexo masculino; la secundaria completa fue el grado de instrucción más frecuente (29,17%; n=14). El 43,7% (n=21) eran no profesionales asistidos por terceros y el 52,63% (n=30) se encontraban en estrado IV según Graffar. El 43,86% (n=25) de la población eran casados. (Tabla N° 3).

En la población estudiada, 24 pacientes presentaron trastorno de ansiedad más depresión según el Score de HADS, el promedio de edad fue de $53,54 \pm 12,71$ (1DE) años, con edad mínima de 29 años y edad máxima de 75 años, el grupo etario con mayor frecuencia fue el comprendido entre las edades de 59 a 68 años (33,33%; n=8). El 75% (n=18) fueron del sexo masculino, el grado de instrucción más frecuente fue la primaria completa (25%; n=6). La ocupación laboral más frecuente fue el no profesional independiente (37,4% n=9), el estrato IV según Graffar (54,17%; n= 13) y el 45,83% (n=11) eran casados, como se muestra en la tabla N°3.

Tabla N° 3. Características demográficas de los pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión (n=129).

Características Demográficas	Trastorno de Ansiedad (n=57)		Trastorno de Depresión (n=48)		Trastorno de Ansiedad más Depresión (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	38	66,6 (18,63%*)	36	75 (17,65*)	18	75 (8,82*)
Femenino	19	33,49 (9,31%*)	12	25 (5,88*)	6	25 (2,94*)
Grupo etario						
18-28 años	8	14,04 (3,92*)	2	4,17 (0,98*)	0	0
29-38 años	8	14,04 (3,92*)	5	10,41 (2,45*)	3	12,5 (1,47*)
39-48 años	7	12,28 (3,43*)	4	8,33 (1,96*)	7	29,17 (3,43*)
49-58 años	19	33,33 (9,31*)	13	27,08 (6,37*)	3	12,5 (1,47*)
59-68 años	8	14,04 (3,92*)	16	33,33 (7,84*)	8	33,33 (3,92*)
69-78 años	7	12,28 (3,43*)	7	14,58 (3,43*)	3	12,5 (1,47*)
>78 años	0	0	1	2,08 (0,49*)	0	0
Instrucción educativa						
Alfabeta sin educación	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	10	17,54 (4,90*)	12	25 (5,88*)	4	16,67 (1,96*)
Primaria completa	11	19,30 (5,39*)	7	14,58 (3,43*)	6	25 (2,94*)
Secundaria incompleta	6	10,52 (2,94*)	10	20,83 (4,90*)	4	16,67 (1,96*)
Secundaria completa	14	24,56 (6,86*)	14	29,17 (6,86*)	5	20,83 (2,45*)
Técnico incompleto	0	0	0	0	0	0
Técnico completo	0	0	3	6,25 (1,47*)	1	4,17 (0,49*)
Universidad incompleta	4	7,02 (1,96*)	0	0	0	0
Universidad completa	12	21,05 (5,88*)	2	4,17 (0,98*)	4	16,67 (1,96*)
Ocupación laboral						
Profesional asalariado (activo)	5	8,77 (2,45*)	3	6,25 (1,47*)	5	20,83 (2,45*)
Profesional asalariado (jubilado)	3	5,26 (1,47*)	1	2,08 (0,49*)	0	0
Profesional independiente	3	5,26 (1,47*)	0	0	0	0
Profesional desempleado asistido por terceros	0	0	1	2,08 (0,49*)	0	0
No Profesional asalariado	5	8,77 (2,45*)	7	14,58 (3,43*)	2	9,33 (0,98*)
No Profesional independiente	14	24,56 (6,86*)	15	31,25 (7,35*)	9	37,5 (4,41*)
No Profesional desempleado asistido por terceros	27	47,37 (13,24*)	21	43,7 (10,29*)	8	33,33 (3,92*)
Estado Civil						
Soltero	18	31,58 (8,82*)	7	14,58 (3,43*)	7	28,17 (3,43*)
Casado	25	43,86 (12,25*)	19	39,58 (9,31*)	11	45,83 (5,39*)
Divorciado	5	8,77 (2,45*)	5	10,42 (2,45*)	1	4,17 (0,49*)
Concubinato	9	15,78 (4,41*)	12	25 (5,88*)	3	12,5 (1,47*)
Viudo	0	0	5	10,42 (2,45*)	2	8,33 (0,98*)
Estado Socioeconómico						
Estrato I	0	0	0	0	0	0
Estrato II	5	8,77 (2,45*)	2	4,17 (0,98*)	0	0
Estrato III	11	19,30 (5,39*)	11	22,92 (5,39*)	6	14,4 (2,94*)
Estrato IV	30	52,63 (14,71*)	22	45,8 (10,78*)	13	54,17 (6,37*)
Estrato V	11	19,30 (5,39*)	13	27,08 (6,37*)	5	20,83 (2,45*)

* % del total de pacientes incluidos en el estudio

Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0.

En la tabla N°4 se muestran las diferentes características clínicas y tiempo en terapia dialítica de los pacientes con ansiedad y depresión, siendo la hipertensión arterial la etiología más frecuente en los pacientes con trastorno de ansiedad (n=57) seguida de la Diabetes Mellitus (19,59%; n=11). El 52,53% (n=30) contaban con un índice de comorbilidad bajo según la escala de Charlson, un promedio de índice de masa corporal de $23,95 \pm 4,55$ (1DE) kg/m^2 , con un peso mínimo de $17,63\text{kg/m}^2$ y un peso máximo de $35,88\text{kg/m}^2$. El 24,56% (n= 14) de la población tenía un tiempo de terapia de restitución renal de 5 a 10 años.

En el caso de la población con depresión la etiología más frecuente fue la hipertensión arterial (58,33%; n= 28) seguida de la diabetes mellitus (29,17%; n= 14). El 75% (n=36) contaba con un índice de comorbilidad alto según Charlson y un índice de masa corporal promedio de $25,03 \pm 6,59$ (1DE) kg/m^2 , con un peso mínimo de $16,56 \text{kg/m}^2$ y un peso máximo de 61kg/m^2 . El 25% (n=12) de la población inicio terapia de hemodiálisis en el tiempo comprendido de 5 a 10 años.

Los pacientes con trastorno de ansiedad más depresión la etiología más frecuente fue la hipertensión arterial (45,83 %; n=11) seguida de la diabetes mellitus (37,5%; n= 9), el 75% (n=12) presentó un índice de Charlson alto y un promedio de índice de masa corporal de $24,58 \pm 4,31$ (1DE) kg/m^2 , con un peso mínimo de $16,40 \text{kg/m}^2$ y un peso máximo de 36kg/m^2 . El tiempo de terapia en esta población comprendió entre 2 a 3 años y de 5 a 10 años (25% n=6) cada uno.

Tabla N° 4. Características clínicas y tiempo en terapia dialítica de los pacientes con ERC en hemodiálisis con trastornos de ansiedad, depresión y ansiedad más depresión (n=129).

Características Clínicas	Trastorno de Ansiedad		Trastorno de Depresión		Trastorno de Ansiedad más Depresión	
	n=57		n=48		n= 24	
Etiología	n	%	n	%	n	%
Diabetes Mellitus	11	19,30 (5,39*)	14	29,17 (6,86*)	9	37,5 (4,41*)
Hipertensión arterial	27	47,37 (13,24*)	28	58,33 (14,58*)	11	45,83 (5,39*)
Glomerulopatía	10	17,54 (4,90*)	2	4,16 (0,98*)	1	4,17 (0,49*)
Glomerulopatía primaria	6	10,53 (2,94*)	1	2,08 (0,49*)	0	0
Extracapilar	0	0	0	0	0	0
Membranoproliferativa	0	0	0	0	0	0
Mesangioproliferativa	0	0	0	0	0	0
Focal segmentaria	2	3,51 (0,98*)	0	0	0	0
Membranosa	0	0	0	0	0	0
Desconoce	4	7,02 (1,96*)	1	2,08 (0,49*)	0	0
Glomerulopatía secundaria	4	7,02 (1,96*)	1	2,08 (0,49*)	1	4,17 (0,49*)
Nefritis lupica	3	5,23 (1,47*)	1	2,08 (0,49*)	0	0
G. de Wegener *	0	0	0	0	0	0
Henoch Schonlein	0	0	0	0	0	0
Amiloidosis	0	0	0	0	0	0
VIH	0	0	0	0	0	0
Síndrome de Alport	1	1,75 (0,49*)	0	0	1	4,17 (0,49*)
Medicamentosa	0	0	0	0	0	0
Otros	10	17,54 (4,90*)	5	10,42 (2,45*)	5	20,83 (2,45*)
Índice de comorbilidad						
Ausencia	0	0	0	0	1	4,17 (0,49*)
Comorbilidad baja	30	52,53 (14,71*)	12	25 (5,88*)	5	20,83 (2,45*)
Comorbilidad alta	27	47,37 (13,23*)	36	75 (17,65*)	18	75 (8,82*)
Índice de masa corporal						
Delgadez severa	0	0	1	2,08 (0,49*)	0	0
Delgadez moderada	0	0	1	2,08 (0,49*)	1	(4,17 (0,49*))
Delgadez leve	6	10,53 (2,94*)	4	8,33 (1,96*)	0	0
Normal	33	57,89 (16,18*)	24	50 (11,76*)	11	45,83 (5,39*)
Sobrepeso	15	26,13 (7,35*)	15	31,25 (7,35*)	10	41,67 (4,90*)
Obesidad clase I	2	3,51 (0,98*)	2	04,17 (,98*)	1	4,17 (0,49*)
Obesidad clase II	1	1,76 (0,49*)	1	2,08 (0,49*)	1	4,17 (0,49*)
Obesidad clase III	0	0	0	0	0	0
Tiempo en terapia dialítica						
01mes- 6 meses	10	17,54 (4,90*)	7	14,58 (3,43*)	4	16,67 (1,96*)
6meses a 1 año	5	8,77 (2,45*)	2	4,17 (0,98*)	2	9,33 (0,98*)
1año a 2 años	9	15,79 (4,41*)	11	22,92 (5,39*)	5	20,83 (2,45*)
2años a 3 años	8	14,04 (3,92*)	4	8,33 (1,96*)	6	25 (2,94*)
3 años a 4 años	1	1,75 (0,49*)	4	8,33 (1,96*)	0	0
4 años a 5 años	3	5,26 (1,47*)	4	8,33 (1,96*)	1	4,17 (0,49*)
5 años a 10 años	14	24,56 (6,86*)	12	25 (5,88*)	6	25 (2,94*)
> 10 años	7	12,28 (3,43*)	4	8,33 (1,96*)	0	0

* % del total de pacientes incluidos en el estudio

Fuente: Base de datos prevalencia de ansiedad y depresión para ERC en Hemodiálisis. EpiInfo Versión 7.2.4.0

DISCUSIÓN

La ansiedad y la depresión son consideradas patologías incapacitantes con alta prevalencia a nivel mundial con el 3,8% para ansiedad y el 12% para la depresión ², presentándose en la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas, donde la prevalencia aumenta hasta el 25,6% y 27,7% respectivamente ³. La ERC, no es la excepción debido a cambios no solo emocionales sino también a cambios fisiopatológicos, como es la acumulación de numerosas sustancias tanto endógenas como exógenas en el cuerpo y se ha estimado una prevalencia para ansiedad del 20,7% y de depresión del 17,2%; y en los casos donde los pacientes se encuentran recibiendo terapia de restitución renal la prevalencia aumenta tanto para la ansiedad (12 al 52% con un promedio del 38%) como para la depresión (desde el 22,8% al 39,3%).⁴⁻⁹⁻⁴⁹.

En el presente estudio la prevalencia de ansiedad y depresión fue de 63,23% (n=129), donde el 27,94% presentaron ansiedad, el 23,53% depresión y el 11,76% ansiedad más depresión, datos estos, que pueden ser comparados con el estudio publicado en el 2009 por Millán González, *et al* ¹² en Bogotá – Colombia con una muestra de 163 pacientes y una prevalencia para el trastorno de ansiedad y depresión del 51,22%, el 29,75% de la muestra presentó trastorno de ansiedad y el 21,47% trastorno de depresión. Así mismo con el estudio publicado en el 2015 por Gómez L, *et al* ¹³, realizado en Palamos- España con una muestra de 49 pacientes, en el cual se evidenció una prevalencia del 79,5%, dividido en 32,6% para ansiedad y 46,9% para depresión; así como el estudio del año 2016, realizado por Najafi A, *et al*.¹⁴ en Teheran- Iran con una muestra de 127 pacientes y una prevalencia del 73,2%, en donde el 31,5% presentaron ansiedad y el 41,7% depresión. En el año 2018 por Kamel R, *et al* ²¹, en Egipto con una muestra de 524 pacientes evidenciaron que el 85,7% presentaron ansiedad y el 85,2% depresión y con el estudio del año 2020 Al

Shammari N, *et al*¹⁹ en Kuwait con una muestra de 457 pacientes, donde la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 55,8%, el 21,4% de los paciente tenían ansiedad, el 21,7% depresión y el 12,7% ambas patologías. Estas diferencias probablemente pueden deberse a las variaciones en los tamaños de muestra, ubicaciones geográficas del estudio, nivel socioeconómico de los pacientes y diferencias étnicas tal y como lo señala Najafi A.¹⁴ et al, así mismo, Vallejo J, et al⁵⁵ señaló en su estudio publicado en el año 2018 “niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónicas en tratamiento de hemodiálisis en Perú” la diferencia de prevalencia en zonas de sierra, selva y otras ciudades, puede ser consecuencia a la migración y los limitados recursos en zonas para tratamiento, y transferencia a la seguridad social, a lo que se suma otras comorbilidades y otros problemas de apoyo social y económicas

Al evaluar el aspecto del sexo, el sexo masculino fue el que presentó mayor prevalencia con el 18,63% de los pacientes con ansiedad, el 17,65% con depresión y 8,82% con ambas patologías, resultados estos que son comparables con el estudio publicado en el año 2015 por Palmieri GA *et al*¹⁵ en Brasil y en el año 2018 por Kamel R, *et al*²¹ en Egipto, donde la prevalencia fue mayor en el sexo masculino para ansiedad con el 17,06% y 46,18% respectivamente y para depresión con el 35,3% y 45,99% respectivamente. Así mismo se compara con el estudio publicado en el año 2020 en Kuwait por Al Shammari N, et al¹⁹ donde el sexo masculino fue el de mayor prevalencia en depresión con el 21%, sin embargo, en la ansiedad el sexo femenino presentó mayor prevalencia con el 18,81%; probablemente estos resultados pueden ser dados como consecuencias de la respuesta ante la enfermedad renal, lo que dificulta al paciente la completa realización de las actividades ya sea en el ámbito laboral, social, familiar y personal, exacerbándose esta dificultad con los efectos secundarios de los medicamentos así como la restricción de alimentos y

dependencia de un tercero. Prevalencias que no pueden ser comparadas con los estudios publicados en el año 2016 por Najafi A, et al.¹⁴ y en el año 2021 por Delgado C, *et al*¹⁰ donde el sexo femenino fue el de mayor prevalencia tanto para ansiedad (16,6% y 23,6% respectivamente) como para depresión (17,32% y 17,74% respectivamente). Estas diferencias podrían explicarse a causas multifactoriales como es el desarrollo cognitivo y social, la susceptibilidad al rechazo y la crítica, la influencia ambiental dada por los diferentes estereotipos culturales de género que contribuyen a las diferencias sexuales en el comportamiento humano, a pesar de esto, es difícil desentrañar hasta que punto los estereotipos culturales específicos del sexo puedan influir en la prevalencia de la ansiedad y depresión en esta población, fundamento este, basado en lo descrito en el artículo “Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives” publicado por Margaret A, et al⁴² en el año 2014.

En relación a la edad, el grupo etario con mayor prevalencia fue el comprendido entre los 49 a 58 años para los pacientes con ansiedad (9,31%) y los 59 a 68 años para los pacientes con depresión (7,84%) como para pacientes con ansiedad más depresión (3,92%). Prevalencias que difieren de los estudios publicados en el año 2020 en Kuwait por Al Shammari N, et al¹⁹ donde el grupo etario con mayor prevalencia para ansiedad fue el de menor de 43 años (10,07%) y para depresión fue el grupo comprendido entre los 43 y 55 años (10,50%). Así mismo Gadia P, *et al*,¹⁸ en el año 2020 en la India realizaron un estudio de prevalencia con una muestra de 100 pacientes, en donde el grupo etario con mayor prevalencia en los pacientes con ansiedad (23%) fue el de los 31 y 40 años, mientras que para los pacientes con depresión (40%) fue el de 51 y 60 años, sin embargo, es de destacar que entre los criterios de inclusión del estudio de Gadia P, comprendía un grupo limitado de edad poblacional, por lo que no refleja la presencia de estas patologías en pacientes

mayores de 60 años. A pesar de que existen diferencias en los grupos etarios, se puede observar que los trastornos de ansiedad como de depresión se relacionan con la edad, debido a que la mayor prevalencia para ansiedad es representada por pacientes más jóvenes en comparación a la depresión, lo cual varía posiblemente por el promedio de edad de cada muestra, lo que se puede sustentar por lo señalado por Laudanski K, et al⁴³ en el 2013 en su estudio titulado “Diferencias relacionadas con la edad en la calidad de vida en la ERC en hemodiálisis” en el que refiere que el paciente joven tiene menor capacidad en enfrentar enfermedades crónicas y por Páez A et al⁴⁴ del área psicobiológica de la Universidad de San Luis de Argentina, donde explican que los pacientes mayores no solo deben afrontar la patología de base sino las consecuencias de la misma, lo que los lleva a que las actividades cotidianas, sociales y laborales se puedan ver comprometidas, conllevándolos a una visión negativa de sí mismos.

La mayor prevalencia de ansiedad (20,09%), depresión (21,07%) y ansiedad más depresión (9,31%) se encontró en los pacientes con grado de instrucción básica y media, prevalencias comparadas por los estudios publicados por Al-Shammari N, et al.¹⁹, Gadia P, et al¹⁸ en el año 2020 y Delgado C, et al²⁰ en el año 2021 donde evidenciaron que la mayor prevalencia de ansiedad (25,60%, 27%, 26,35% respectivamente) y depresión (28,88%, 28%, 22,04% respectivamente) fue la educación básica y media. A pesar de que en este estudio el analfabetismo fue un criterio de exclusión, se evidenció que en el estudio de Gadia P et al¹⁸ el analfabetismo representó un número importante para ambos trastornos (ansiedad 24% y depresión 26%). Se podría plantear que el grado de instrucción puede influir en el desempeño cotidiano y laboral de los pacientes, lo cual los haría más vulnerables frente a la enfermedad y al tratamiento de hemodiálisis ya que estarán

expuestos a elementos estresores que generarían trastornos emocionales y mayores niveles de depresión y ansiedad, tal como lo expone García K *et al* ⁴⁵ en su estudio.

Con respecto a la ocupación laboral, la mayor prevalencia de ansiedad y depresión fue en los pacientes no profesionales desempleados dependientes de terceros (13,24%; 10,29% respectivamente) y en el caso de la ansiedad más depresión (4,41%) fue en los pacientes no profesionales independientes, datos estos, que difieren con los resultados del estudio publicado en el año 2020 por Al-Shammari *et al* ¹⁹, quienes reportaron que los pacientes jubilados presentaron ansiedad en el 52,41% y depresión en el 21,44% y en el estudio publicado en el año 2021 por Delgado *et al*,²⁰ donde el 27,96% de los pacientes con ansiedad y 27,46% de los pacientes con depresión eran jubilados. En este estudio, la población desempleada dependiente de terceros fue la de mayor prevalencia, probablemente por la falta de trabajo, el deterioro físico y el tiempo ocupado en la terapia de restitución renal (aproximadamente 10 a 12 horas semanales, de acuerdo a los datos obtenidos por las diferentes Unidades de diálisis del municipio San Cristóbal), lo que predispone a esta población a un estado depresivo ó ansioso, pudiendo esta aseveración basarse en lo señalado en el artículo publicado en el periódico de Trabajo social y Ciencias sociales MARGEN titulado “Hemodiálisis: situación económica y laboral en Balcarce” quien concluyeron que en los pacientes con enfermedad renal en hemodialisis, la ocupación puede ser un factor de riesgo para presentar algún trastornos debido a sentimientos de culpa cambios de roles, entre los que se destaca el jefe de familia y el componenete economico que esto acarrea ⁴⁶

La mayor prevalencia en los pacientes con ansiedad (12,25%) depresión (9,31%) y ambas patologías (5,39%) fue el casado, datos comparados con el estudio publicado en el año 2020 por Al-Shammari *et al* ¹⁹ donde la mayor prevalencia en ansiedad (24,7%) y

depresión (26,7%) fue el casado con o sin hijos, así mismo con los estudios publicados por Palmieri GA, *et al*¹⁵(2017) y por Delgado C, *et al*²⁰ (2021) donde para ansiedad (18,24%, y 16,17% respectivamente) como para depresión (37,05%, y 13,98% respectivamente) fue el estado civil en pareja. En este estudio se evidenció que la población con pareja es la que presentó mayor compromiso de la salud mental, esto, probablemente puede deberse a que estas relaciones suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro de las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales, tal como los citan Contreras F, *et al*⁴⁸ (2006) en su estudio “Calidad de Vida y adhesión a tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”.

La mayor prevalencia de ansiedad (14,71%), para depresión (10,78%) y con ambos trastornos (6,37%), se encontró en el estrato social IV según Graffar, resultados no comparados debido a escasos estudios que toman en cuenta el estado socioeconómico según Graffar, sin embargo, en el año 2009 Millán-González R, *et al*¹² en Bogotá Colombia, publicaron un estudio sobre prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis utilizando el test de HADS, siendo el 54,94% se encontraban en el estrato I y II en la muestra estudiada. En este estudio es posible que a más bajo sea el estrato socioeconómico al cual pertenece el paciente, más deficientes son las condiciones sanitarias y la estabilidad familiar en el hogar, además que el paciente tiene mayores preocupaciones, por lo tanto puede esperarse mayor prevalencia de ansiedad y depresión, según lo publicado por Rubio R, *et al*⁴⁹ .

Con respecto a la etiología, la de mayor prevalencia en los pacientes con trastorno de ansiedad (13,24), depresión (14,58) y ansiedad más depresión (5,39%) fue la hipertensión arterial seguida de la Diabetes Mellitus, resultados comparados con el estudio publicado en

el año 2018 por Kamel R, *et al*²¹ donde la hipertensión arterial fue el de mayor prevalencia para los pacientes con trastorno de ansiedad (33,78%) y depresión (33,59%). No siendo comparado con los resultados del estudio publicado en el año 2020 por Al-Shammari N, *et al*¹⁹, donde la Diabetes Mellitus fue la de mayor prevalencia con el 17,72% para ambas. Se podría plantear que la prevalencia en los pacientes con ansiedad y depresión en cuanto a la etiología, es consecuencia al proceso fisiopatológico que tanto la hipertensión arterial como la Diabetes Mellitus ocasionan en el cuerpo, esto sustentado por el hecho, de ser enfermedades crónicas que pueden coexistir en un mismo paciente lo que ocasiona no solo al daño estructural sino cambios en la psiquis, según lo señalado por Barrutia I, *et al*⁵⁰ en el año 2022.

En cuanto al índice de comorbilidad conforme a la escala de Charlson, en los pacientes con ansiedad el de mayor prevalencia fue el índice bajo (14,17%) mientras que para depresión (17,65%) y ansiedad más depresión (8,82%) fue el índice alto, datos comparados con el artículo publicado en el año 2015 por Gomez-Vileseca L, *et al*.¹³ donde el 53,06% de los pacientes con ansiedad y el 46,94% con depresión presentaron comorbilidades según Charlson, sin especificar si era bajo ó alto índice, así mismo en el año 2021 Delgado C, *et al*²⁰ publicaron un estudio donde la mayor prevalencia de pacientes con ansiedad y depresión tenían un alto índice de comorbilidad, sin especificar valores porcentuales. Es de mencionar que los resultados obtenidos en este estudio demuestran que la mayoría de los pacientes cursaban con más de una comorbilidad asociada⁵¹, lo que probablemente demuestra la complejidad de los procesos crónicos que se interrelacionan e incapacitan al paciente a tal punto de comprometer la salud mental y de esta manera la calidad y sobrevivencia del paciente, como lo expresa Osorio N *et al*⁵² en el año 2017, en el estudio titulado “Comorbilidades y sobrevivencia de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de

hemodiálisis del Centro del cuidado renal Davita- Barranquilla” quien expresa que “a mayor número de comorbilidades disminuirá la sobrevida del paciente”.

En relación al IMC los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión presentaron un peso normal según la OMS, con un promedio de 23,95kg/m² (16,18%) para ansiedad, 25,03 kg/m² (11,76%) para depresión y 24,58 kg/m² (5,39%) para ansiedad más depresión; esos resultados difieren con lo señalado en el estudio del año 2015 por Gómez-Vileseca L, *et al.*¹³ quienes evidenciaron que el 38,77% de los pacientes con ansiedad, el 44,89% con depresión presentaban sobrepeso según OMS, con un promedio de 25 kg/m², concluyendo que el IMC ligeramente elevado puede ser sinónimo de mejor calidad de vida, sin embargo, en el estudio de Zhao G et al ⁵³, titulado “Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index” señala que el IMC (bajo peso, sobrepeso y obesidad) es un elemento predictor del estado de salud mental, independiente de las morbilidades físicas.

Con respecto al tiempo en terapia dialítica, se evidenció que la mayor prevalencia en ansiedad (15,69%) depresión (11,76%) y ansiedad más depresión (8,33%) fue el de menor a 3 años, prevalencia esta, que se compara con los estudios del año 2020 de Gadia P, *et al*¹⁸ y el de Al-Shammari N, *et al*¹⁹ donde el tiempo en terapia de restitución renal fue el de menor a 3 años para los pacientes con trastorno de ansiedad (60% y 20,56% respectivamente) como para depresión (57% y 22,54% respectivamente). No comparándose con el estudio publicado en el año 2015 por Gómez-Vileseca L, *et al.*¹³ donde evidenciaron que el 30,6% de la población con trastorno de ansiedad presentaba un tiempo de terapia mayor de 3 años a diferencia del 46,94% de los pacientes con depresión que fue menor de 3 años. A pesar de que existe similitudes como diferencias entre este estudio y los demás¹⁸⁻¹⁹⁻¹³, es de mencionar que el tiempo en terapia de restitución renal es proporcional a la presencia de trastorno psiquiátricos, esto debido, a la aparición de nuevas complicaciones

de la patología y la presencia de fatiga en paciente como lo señala Villagómez L, *et al*⁵⁴ en el estudio “Depresión en paciente en programa de hemodiálisis”, sin embargo, estos resultados podría estar relacionado al aumento de casos en los últimos tres años en el municipio San Cristóbal.

En este trabajo no se obtuvo grandes limitaciones, sin embargo se decidió el uso de aplicación del test de HADS por su alta especificidad y sensibilidad del 80 al 88%, pero que a pesar de ser un instrumento con un índice de Cronbach de 0,840 y 0,900, no permite realizar diagnóstico definitivo de estos trastornos, por lo que el paciente debería ser evaluado por médicos especializados en el área, para decidir conducta médica y terapéutica.

La prevalencia de ansiedad y depresión, evidenciado en esta población tan susceptible como es el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es alta, la cual puede ser comparada con la prevalencia a nivel mundial; y es que, un paciente renal desde el momento de su diagnóstico y su evolución puede presentar múltiples cambios tanto físicos y mentales donde se incluye cambios en su rol familiar, en su aspecto, su nutrición y la gran lista de medicamento y tiempo al día que compromete su vida, por lo que el impacto en su psiquis es esperado, ya que no es fácil ser independiente y luego depender de su familiar y aun peor, de una máquina. Es por ello que el paciente renal debe ser evaluado por múltiples especialidades desde el médico internista, nefrólogo y sin olvidar el psiquiatría, para permitirles darles herramientas necesarias para enfrentar esta dura batalla.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de ansiedad y depresión medida con la Escala de HADS en los pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal estado Táchira fue de 66,23%
2. La prevalencia de trastorno de ansiedad mediante la aplicación de la escala de HADS en pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira, fue de 27,94%. Siendo mas prevalente en el sexo masculino (18,63%), en el grupo etario de 49-58 años (9,31%), en pacientes con educación secundaria completa (6,86%), en no profesional desempleado asistido por terceros (13,24%), en casados (12,25%), en nivel socioeconómico Estrato IV (14,71%), en pacientes cuya etiología de la ERC fue la HTA (13,24%), con un índice de comorbilidad bajo (14,71%), con un IMC normal (16,18%) y con un tiempo en terapia dialítica menor a 3 años (15,68%).
3. La prevalencia de trastorno de depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en los pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira fue del 23,52%. Siendo mas prevalente en el sexo masculino (17,65%), en el grupo etario de 59-68 años (7,84%), en pacientes con educación secundaria completa (6,86%), en no profesional desempleado asistidos por tercero (10,29%), en casados (9,31 %), en nivel socioeconómico Estrato IV (10,78%), en pacientes cuya etiología de la ERC fue la HTA (14,58%), con un índice de comorbilidad alta (17,65%), con un IMC normal (11,76%) y con un tiempo menor de 3 años (11,76%).

4. La prevalencia de trastorno de ansiedad mas depresión mediante la aplicación de la escala de HADS en los pacientes en hemodiálisis en las Unidades de diálisis del Municipio San Cristóbal- estado Táchira fue del 11,76%. Siendo mas prevalente en el sexo masculino (8,82%), en el grupo etario de 59-68 años (3,92%), en pacientes con educación primaria completa (2,94%), en no profesional independiente (4,41%), en casados (5,39 %), en nivel socioeconómico Estrato IV (6,37%), en pacientes cuya etiología de la ERC fue la HTA (5,39%), con un índice de comorbilidad alta (8,82%), con un IMC normal (5,39%) y con un tiempo en terapia dialítica menor de 3 años (8,33%).

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

1. Realizar un manejo multidisciplinario del paciente con ERC en hemodiálisis, incluyendo médico internista, nefrólogo y psiquiatra, desde el momento de su diagnóstico con la finalidad de conocer su estado basal y brindarles la ayuda psicológica necesaria para enfrentar y soportar las limitaciones que supone la hemodiálisis.
2. Se recomienda el seguimiento de los pacientes por un médico psiquiatra con el fin de determinar la presencia de algún trastorno de carácter emocional.
3. Realizar programas dirigidos a los familiares para que su rol en la enfermedad, dando su aporte emocional para aliviar el sufrimiento de sus seres queridos, y así disminuyendo los problemas psicológicos y sociales derivados.
4. Mantener un vínculo de comunicación abierta del personal de salud con los paciente para facilitar la expresión plena de sus problemas psicosociales, y reciba orientación que sea necesaria.
5. Capacitación del personal de salud para que conozca las herramientas necesarias de abordar esta problemática y evitar el deterioro de salud en hemodiálisis

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros Trastornos Mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. 2017; 7-9.
2. World Health Organization. Depression; 2021. Update: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Anguiano A, Mora M, Reynoso L, Vega C. Prevalence of Anxiety and Depression in Hospitalized Patients. Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica. 2017; 14 (1): 1-15.
4. Reyes J. Trastornos de Ansiedad: Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento. Honduras. 2002; 10-11.
5. World Health Organization. Mental Health; 2021. Update: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.
6. Jaramillo M. Estado Emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Revista Salud y Bienestar Colectivo. 2020; 4 (1): 59-68.
7. Cheung A, Johannes FE. Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO. Kidney Int. 2021; 99 (3S): 1–87.
8. Skorecki K, Brenner J. Nefropatía crónica. En: Harrison T, Fauci J, Hauser S, Longo D, Jamenson J et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Ed. 19. McGraw-Hill Interamericana; 2015. 1811-1815.
9. Jabbari B, Vaziri N. The Nature, Consequences, and Management of Neurological Disorders in Chronic Kidney Disease. Revista Hemodialysis International. 2017; 22 (2): 150-160.

10. Lugo V, Pérez Y, Sánchez C. Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en Pacientes con ERC en Hemodiálisis. México: Aportaciones Actuales a la Psicología Social. 2018; 4 (1): 1209-1020.
11. De las Cuevas C, García A, Gonzalez J. Anxiety and Depression Scale y Psicopatología Afectiva. Madrid: Anales de Psiquiatría. 1995; 11 (4): 126-130.
12. Milán-González R, Gómez C, Gil F, Oviedo G, Villegas F. Calidad de vida relacionada con la Salud y Prevalencia de Síntomas Depresivos y Ansiosos en pacientes en Hemodiálisis en Seis Unidades Renales de Bogotá. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009; 38 (4): 1-15.
13. Gómez L, Pac G, Manresa M, Lozano S, Chevarria J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes de Hemodiálisis. Revista Scielo. Enferm Nefrol. 2015; 18 (2): 1-6.
14. Najafi A, Keihani S, Bagheri N, Ghanbarii A, Mazaheri A. Association Between Anxiety and Depression With Dialysis Adequacy in Patients on Maintenance Hemodialysis. Resist Psychiatry and Behavioral Sciences. 2015; 10 (2): 1-7.
15. Palmieri G, Serra G, Eid L, Alcalá D, Erdosi L, Balderrama L, et al. Anxious and Depressive Symptoms in Hemodialytic Treatment Patients. Revisit Journal of Nursing UFPE. Brasil. 2017; 11 (11): 4360-4366.
16. Vasco A, Herrera C, Martínez Y, Junyent E, Pedreira G. Relación entre Calidad del Sueño, Ansiedad y Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. Revista oficial de la Sociedad de Española de Enfermería Nefrológica. 2018; 21 (4): 369-76.

17. Semaana V, Nouredine S, Farhood L. Prevalence of Depression and Anxiety in end-stage renal disease: a survey of patients undergoing hemodialys. *Revist Elsevier. Libano.* 2018; 43: 80-85.
18. Gadia P, Awasthi A, Jain S, Koolwa G. Depression and Anxiety in Patients of Chronic Kidney Disease Undergoing Haemodialysis: A Study from Western Rajasthan. *Revist J Family Med Prim Care.* 2020; 9 (8): 4282–4286.
19. Al-Shammari N, Al-Modahka A, Al-Ansari E, Al-Kandari M, Ibrahim K, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and their Associations Among end-stage Renal Disease Patients on Maintenance Hemodialysis: a Multi-Center Population-Based Study. *Revist Psychology Health & Medicine.* 2020; 26 (9): 1134-1142.
20. Delgado C, Sanz S, López A, Díaz B, Lamas O, et al. Influence of Depression and Anxiety on Hemodialysis Patients: The Value of Multidisciplinary Care. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (7): 3540-3544.
21. Kamel R, Foaud M, Goda T, Anxiety and Depression Among Hemodialysis Patients in Egypt. *Manuscrit. Egypt.* 2022; 28(3): 524-604
22. Mora R, Gudiño A, Riestra A, Mouthar S, Salazar A, et al. Síntomas Depresivos en Pacientes con Enfermedad Renal Terminal en Tratamiento con Hemodiálisis en Valencia- Venezuela [tesis de grado]: Universidad de Carabobo; 2009.
23. Rosales N. Depresión en Pacientes Sometidos a Hemodiálisis en el Hospital Militar de Maracaibo Zulia- Venezuela. [tesis de grado]: Universidad del Zulia; 2004.
24. Torres MJ, Ramos G, Suárez V, Urdaneta D. Presencia de Depresión y su relación con las complicaciones en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera – Carabobo – Venezuela [tesis de grado]: Universidad de Carabobo; 2018.

25. Chacón J, Medina O. Prevalencia de Depresión y Trastornos del Sueño en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que Acuden a Terapia de Hemodiálisis en el Hospital Central de San Cristóbal estado Táchira Venezuela [tesis de grado]: Universidad de los Andes estado Táchira; 2015.
26. Registro de pacientes en Hemodiálisis de las diferentes Unidades de Diálisis del municipio San Cristóbal - estado Táchira- Venezuela; Cuaderno de Registro de las Unidades de Dialisis del municipio San Cristóbal; 2021.
27. Registro de pacientes en Hemodialisis del Hospital Central de San Cristóbal- estado Táchira- Venezuela. Cuaderno de Registro de la Unidad de Dialisis del Hospital Central de San Cristóbal; 2021.
28. Diccionario de la Lengua Española. Sexo. Real Academia Española. Ed. 2. 2001; II: 2058.
29. Diccionario de la Lengua Española. Edad. Real Academia Española. Ed. 2. 2001; II: 863.
30. Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística. Nivel de instrucción Update:https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Nivel%20de%20instrucci%C3%B3n&text=El%20nivel%20de%20instrucci%C3%B3n%20de,Primarios%20y%20menos
31. Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo. Ginebra; 2013. Update: http://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_OCU_SP.pdf.
32. Domínguez M. El Estado Civil. Universidad Central de Venezuela. 2001; 1 (5): 365-366.

33. Suarez R. Pobreza y Nivel Socioeconómico el desencuentro de las mediciones civiles. Instituto de Investigación Económica y Sociales UCAB: Banco Central de Venezuela. 2005; 7-42.
34. Bauce G, Córdova M. Cuestionario Socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para Investigaciones relacionadas con la Salud Pública - Venezuela. Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. 2010; 41 (1): 14-24.
35. Lorenzo V, Rodrigos D. Enfermedad Renal Crónica. Sociedad Española de Nefrología. 2021. Update: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.
36. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2022; 45 (1): 17-38.
37. Pineda M. Diagnosis of Systemic Arterial Hypertension. Capítulo IV. 2018; 89 (9): 1104-1109.
38. Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. 2021; Update: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.
39. National Institute on Drug Abuse NIH. Comorbilidad. Update: <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20cronicida,ocurren%20en%20la%20misma%20persona>.
40. World Health Organization. Obesidad y sobrepeso. 2021. Update https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.
41. Reyes F. Hemodialysis, Continuous Therapy and Hemodiafiltration. Gaceta Medica Mexicana. 2008; 144 (6): 1-3.

42. Altemus M, Sarvaiya N, Epperson N. Sex differences in anxiety and depression clinical perspective. New York. 2014. 36(3): 320-330
43. Laudanski K, Nowak Z, Niemczyk S. Diferencias relacionadas con la edad en la calidad de vida en la enfermedad renal en etapa terminal en pacientes inscritos en hemodiálisis o diálisis peritoneal continua. Med Sci Monit. 2013; 19: 378–385.
44. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli M. Anxiety and Depression in Patients with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Dialysis Treatment. Argentina. 2009; 8 (1): 117-124.
45. García H, Calvanese. Calidad de Vida, Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. México. 2008; 18(1): 5-15.
46. Camejo L, Trevisan S, Carballeda A, Allende D. Hemodiálisis: situación económica y laboral en pacientes de Balcarce. Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición electrónica. 2002. Edición 27.
47. Vásquez M. Aspectos psicosociales de paciente en diálisis. Universidad de Santiago de Compostela. Nefrología al día. España. 2020: 1-19
48. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de Vida y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. Universidad Santo Tomás, Bogotá. 2006; 5 (3): 487-499.
49. Rubio R, Sánchez N, Jiménez M, Kanahn D, Oria C. Comparación de los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés en pacientes nefropatas sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis y su relación con el nivel socio-económico. Valencia. Estado Carabobo. 2012; 1(2): 1-8.

50. Barrutia I, Danielli J, Solano Y. Estados Depresivos con pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Cuba. 2022; 38(1): 1714.
51. Charlson M, Compomi P, Alex K, Mackenzie C. A New Method off Classifying Prognostic Comorbidity in Londitudinal studies. 1987; 40(5): 373-383.
52. Osorio N. Comorbilidades y sobrevida de pacientes con enfermedad renal crónica en terapia hemodiálisis del Centro de Cuidado Renal Davita Barranquilla durante los periodos comprendidos entre el 2012 al 2015. Barranquilla. 2017; 1: 10-63.
53. Zhao G, Ford E, Dhingra S, Li C, Strine T, Mokdad A. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. Int J Obes 2005. 2009; 33(2): 257–66.
54. Villagómez L, Gómez S, Rosales L. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. México; 2014. 35(3): 98-102.
55. Vallejoz S Ortega E. niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónicas en tratamiento de hemodiálisis en Perú. Ciencia Psicológica 2018; 12(2): 205-204

ANEXOS

Anexo N° 1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS¹⁰

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA

AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ CI: _____ N° de Caso: _____

UNIDAD DE DIÁLISIS HCSC IVSS CCSC CEDIANCA UNETACA DIASSANCA

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata saber, como se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho la respuesta. Lo más seguro que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso:

- 3) Casi todo el día.
- 2) Gran parte del día.
- 1) De vez en cuando.
- 0) Nunca.

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3) Si y muy intenso.
- 2) Sí, pero no muy intenso.
- 1) Sí, pero no me preocupa.
- 0) No siento nada de eso.

5. Tengo mi mente llena de muchas preocupaciones:

- 3) La mayoría de las veces.
- 2) Con bastante frecuencia.
- 1) A veces, aunque no muy a menudo.
- 0) Sólo en ocasiones

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0) Ciertamente igual que antes.
- 1) No tanto como antes.
- 2) Solamente un poco.
- 3) Ya no disfruto con nada.

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- 0) Al igual que siempre lo hice.
- 1) No tanto ahora.
- 2) Casi nunca.
- 3) Nunca.

6. Me siento alegre:

- 3) Nunca.
- 2) No muy a menudo.
- 1) A veces.
- 0) Casi siempre.

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado:

- 0) Siempre.
- 1) Por lo general.
- 2) No muy a menudo.
- 3) Nunca.

8. Me siento como si cada día estuviera más lento:

- 3) Por lo general en todo momento.
- 2) Muy a menudo.
- 1) A veces.
- 0) Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago:

- 0) Nunca.
- 1) Solo en algunas ocasiones.
- 2) A menudo.
- 3) Muy a menudo

10. He perdido interes en mi aspecto personal:

- 3) Totalmente.
- 2) No me cuido como debería
- 1) Es posible que no me cuide
- 0) Me preocupa al igual que siempre.

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme:

- 3) Mucho.
- 2) Bastante.
- 1) No mucho.
- 0) Nada.

12. Me siento optimista respecto al futuro:

- 0) Igual que siempre.
- 1) Menos de lo que acostumbraba.
- 2) Mucho menos que antes.
- 3) Nada

13. me asaltan sentimientos repentinos de pánico:

- 3) Muy frecuente.
- 2) Bastante a menudo.
- 1) No muy a menudo.
- 0) Rara vez.

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión:

- 0) A menudo.
- 1) A veces.
- 2) No muy a menudo.
- 3) Rara vez.

Puntuación HADS total _____ puntos

1) ≤ 7 pts 2) HAD-A (impares) ≥ 8 pts. 3) HAD-D (pares) ≥ 8 pts

Ansiedad: 1) Caso posible 8-10 pts. 2) Caso probable > 11 pts

Depresión: 1) Caso posible 8-10 pts. 2) Caso probable > 11 pts

Anexo N° 2. Escala de Graffar ³¹⁻³²

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA

AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ **CI :** _____ **N° de Caso:** _____

UNIDAD DE DIÁLISIS HCSC IVSS CCSC CEDIANCA UNETACA DIASSANCA

Profesión del Jefe del Hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria. 2. Profesión técnica superior o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria, bachilleres técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía.
Nivel de instrucción de la madre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria). 5. Analfabetas.
Principal fuente de ingreso del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. 3. Sueldo mensual 4. Salario semanal, por día. Entrada a destajo. 5. Donaciones de origen público o privado.
Condiciones de alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientales de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que la vivienda 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Ranchos o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Total	Estrato social
4-6 puntos	I
7-9 puntos	II
10-12 puntos	III
13-16 puntos	IV
17-20 puntos	V

Paciente:	Puntos
Profesional del jefe	
Instrucción de la madre	
Ingresos económico	
Alojamiento	
TOTAL	

Anexo N° 3 Índice de comorbilidad de Charlson ⁴¹:

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA
AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ CI: _____ N° de Caso: _____

UNIDAD DE DIÁLISIS HCSC IVSS CCSC CEDIANCA UNETACA DIASSANCA

Instrucciones: se evaluará la historia o interrogará al paciente, sobre los antecedentes patológicos presentes, posteriormente se seleccionara según los grupos de comorbilidad y se sumara cada uno de ellos. Después de los 50 años se realiza el Índice de Charlson modificado, sumando el valor correspondiente a cada década.

Comorbilidad	Puntos	Presentes
Infarto del miocardio: con evidencia en historia clínica, enzimático o ECG.	1	
Insuficiencia cardíaca congestiva: historia de disnea de esfuerzo, signos en la exploración física que respondieron a tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podemos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas no se incluyen.	1	
Enfermedad vascular periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de bypass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro.	1	
Enfermedad vascular cerebral (excepto hemiplejia): con mínimas secuelas o transitorio.	1	
Enfermedad pulmonar crónica: con evidencia en historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica incluyendo EPOC y asma.	1	
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enfermedad Mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. Gigantes y artritis reumatoides.	1	

Úlceras gastrointestinales incluye aquellas que han recibido tratamiento por un úlcus y sangrado por úlceras.	1	
Enfermedad hepática leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye hepatitis crónicas.	1	
Diabetes (sin complicaciones): incluyen tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluye los tratados solo con dieta.	1	
Diabetes con daño a órgano blanco: evidencia de retinopatía, neuropatía, o nefropatía, antecedentes de cetoacidosis o estado hiperosmolar.	2	
Hemiplejía: consecuencia de ACV u otras condiciones.	2	
Enfermedad renal moderada o severa: incluye pacientes en diálisis o bien con creatinina >3mg/dl.	2	
Tumor sólido secundario (no MT).	2	
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas.	2	
Linfoma, mieloma múltiple: Waldstrom.	2	
Enfermedad hepática moderada o severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas, o encefalopatía).	3	
Tumor sólido secundario MT	6	
SIDA	6	
	Puntuación total	

Extensión opcional

Edad (años)		
50-59 años	1	
60-69 años	2	
70-79 años	3	
80-89 años	4	
90-99 años	5	
	Puntuación total	

PUNTUACIÓN:

1. Ausencia De Comorbilidad: 0-1 Punto.
2. Comorbilidad Baja: 2 Puntos
3. Comorbilidad Alta > 3 puntos.

PACIENTE:	PUNTOS
Total	

Anexo N° 4. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA
AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ CI: _____ N° de Caso: _____

UNIDAD DE DIÁLISIS HCSC IVSS CCSC CEDIANCA UNETACA DIASSANCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación de prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes en Hemodiálisis en las Unidades de Diálisis en el Municipio San Cristóbal-, que llevará a cabo la **DRA: MASIEL ANGÉLICA MOGOLLÓN**, residente del Posgrado de Medicina Interna de la Universidad de Los Andes, extensión San Cristóbal, en el Hospital Central de San Cristóbal, con el propósito de detectar la “Prevalencia De Ansiedad Y Depresión en pacientes En Hemodiálisis en las Unidades De Diálisis del Municipio San Cristóbal- Estado Táchira - Venezuela”

Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación, por acudir a la Unidad de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal y cumplir con los criterios de inclusión.

Si acepta participar en esta investigación, se le realizará una Entrevista, con el fin de llenar la información que se incluyen en la ficha de recolección de datos, posteriormente de no encontrarse ninguna contraindicación, se procederá a explicarse y realizarse el test de HADS.

Riesgos y beneficios El riesgo asociado a este estudio se estima en ninguno, pues sólo debe aportar datos relevantes al momento de la entrevista. Los beneficios esperados de esta investigación están relacionados con la detección de ansiedad y/o depresión que pueda estar presentando por ser una persona con enfermedad renal crónica, ya que su detección permitirá al equipo de salud implementar las medidas necesarias para evitar un daño a su salud.

Confidencialidad La identidad del participante será protegida, ya que se utilizarán siglas para identificar los datos del mismo, con un listado aparte, que sólo conocerá el investigador, con la correlación correspondiente al nombre y ubicación del paciente participante en el estudio, por cualquier eventualidad. Los datos obtenidos serán tabulados y analizados por el investigador a cargo del proyecto, en conjunto con el especialista tutor y asesor metodológico, se almacenarán en una base de datos con acceso tanto al investigador como al tutor del estudio, en caso de que éste lo requiera.

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 ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el **DRA: MASIEL ANGÉLICA MOGOLLÓN** a la oficina de la secretaria del Departamento de Medicina Interna, ubicada en el 4to piso Ala Este del Hospital Central de San Cristóbal. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que ha recibido copia del mismo.

San Cristóbal, _____ días del mes de _____ del 202__.

Firma Paciente

Firma Investigador

Firma Testigo

Anexo N° 5: Carta de autorización del Servicio de Medicina Interna.

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES
DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA**
AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

San Cristóbal, 7 de enero del 2022

Dr. Jesús B. Ramírez
Jefe del Departamento del Postgrado de Medicina Interna
Hospital Central de San Cristóbal

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente, me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar la autorización de ausentarme de las actividades diarias en el servicio para asistir a las diferentes Unidades de Hemodiálisis del municipio San Cristóbal, desde el mes de enero del 2022, según cronograma de actividades (Anexo n°7), con el fin de obtener la recolección de datos necesarias para el cumplimiento del trabajo de grado titulado como “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en el municipio San Cristóbal”.

Sin más nada que agregar, se agradece pronta respuesta

Dra. Masiel Mogollón
Residente de tercer año del Postgrado de Medicina Interna
Hospital de San Cristóbal

CC: Dra. Mileidy Rosales – Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal

CC: Dra. Luz Maldonado – Coordinadora del postgrado de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal

Anexo N° 6: Cartas de autorizaciones dirigidas a las Unidades de Hemodiálisis.

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS UNIDADES
DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA - VENEZUELA
AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA
TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL**

San Cristóbal, 7 de enero del 2022

**UNIDAD DE HEMODIÁLISIS _____
DR/LIC _____**

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente, me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar la autorización para la recolección de datos necesarias para el cumplimiento del trabajo de grado titulado como “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en el municipio San Cristóbal”, a partir del mes de enero del 2022. Esto se realizará según cronograma de actividades (Anexo n°7)

Sin más nada que agregar, se agradece pronta respuesta.

**Dra. Masiel Mogollón
Residente de tercer año del Postgrado de Medicina Interna
Hospital de San Cristóbal**

Anexo N° 7 Cronograma de visita a las Unidades de Hemodiálisis

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN LAS
UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO TÁCHIRA -
VENEZUELA**

AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

HORA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:30am	IVSS	CEDIANCA	UNETACA	DIASSANCA	CCSC	HCSC	HCSC
9:30AM	CEDIANCA	UNETACA	DIASSANCA	CCSC	HCSC	IVSS	
1:30PM	UNETACA	DIASSANCA	CCSC	HCSC	IVSS		

HCSC: Hospital Central de San Cristóbal; IVSS: Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz; CCSC: Centro Clínico San Cristóbal.

Anexo N° 9. Ficha de Recolección de Datos

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
CURSO DE POST-GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL 2022**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS EN EL MUNICIPIO SAN CRISTÓBAL- ESTADO
TÁCHIRA - VENEZUELA**

AUTOR: MASIEL ANGÉLICA C. MOGOLLÓN GARCÍA

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL

PARTE I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

REGISTRO: FECHA: ____/____/202__

N° CASO _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ CI: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: ____/____/____. _____.

PROCEDENCIA: _____.

FECHA DE INGRESO A HEMODIÁLISIS ____/____/____.

UNIDAD DE DIÁLISIS HCSC IVSS CCSC CEDIANCA UNETACA DIASSANCA

PARTE II. DATOS DEMOGRÁFICOS:

1. SEXO: ____ 1. Masculino. 2. Femenino

2. EDAD: ____ años. GRUPO ETARIO (GE): _____

1= GE 18 a 28.	2= GE 29 a 38.	3= GE 39 a 48.	4= GE 49 a 58.	5= GE 59 a 68.	6= GE 69 a 78.	7= GE 79 a 88.	8= GE > De 88.
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA: Categoría _____

1= Analfabeta.	2= alfabeta sin nivel educativo.	3= Primaria Incompleta.	4= Primaria Completa.	5= Secundaria Incompleta.
6= Secundaria Completa.	7= Técnica Incompleta.	8= Técnica Completa.	9= Universitaria incompleta.	10= Universitaria Completa.

4. OCUPACIÓN LABORAL Categoría _____

1= Profesional asalariado – activo.	2= Profesional asalariado – jubilado.	3= Profesional independiente.	4= Profesional desempleado asistido por tercero.	5= No profesional asalariado.	6= No Profesional independiente.	7= No profesional desempleado asistido por tercero.
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------------	---

5. ESTADO CIVIL Categoría _____

1. Soltero.	2. Casado.	3. Divorciado.	4. Concubinato.	5. Viudo.
-------------	------------	----------------	-----------------	-----------

6. ESTRATO SOCIOECONÓMICO: según escala de Graffar Estrato _____

1. Estrato I: 4 a 6 puntos.	2. Estrato II: 7 a 9 puntos.	3. Estrato III: 10 a 12 puntos.	4. Estrato IV: 13 a 16 puntos.	5. Estrato V: 17 a 20 puntos.
-----------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

7. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL Categorizada _____

1. Conocido 2. Desconocido.

En caso de conocer, se categorizara en 1. Presente 2. Ausentes

1. Diabetes Mellitus _____.
2. Hipertensión Arterial sistémica _____.
3. Glomerulopatía _____.
 - 3.1 Glomerulopatía primaria (GP) _____ GP _____.
(GP 1=glomerulonefritis extracapilar, 2= membranoproliferativa, 3= mesangioproliferativa, 4= focal segmentaria, 5= membranosa, 6= desconoce).
 - 3.2 Glomerulopatía secundaria (GS) _____ GS _____.
(GS 1= nefritis lupica, 2= granulomatosis Wegener, 3=Henoch Schonlein, 4= amiloidosis, 5= VIH, 6= Síndrome de Alport, 7= medicamentosa).
4. Otros _____.

8. ÍNDICE DE COMORBILIDAD IC según escala de Charlson _____ptos. Categoría _____

1. Ausencia de comorbilidad 0 - 1 punto.
2. Comorbilidad baja 2-3 puntos.
3. Comorbilidad alta >3 puntos.

9. ÍNDICE DE MASA CORPORAL: Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC** _____ kg/m²

Categoría _____

1. Delgadez severa: IMC <16 Kg/m² SC
2. Delgadez moderada: IMC 16 a 16,99 Kg/m² SC
3. Delgadez leve: IMC 17 a 18,4 Kg/m² SC
4. Normal: IMC 18.5 – 24.9 kg/m² SC
5. Sobrepeso: IMC 25 -29.9 kg/m² SC
6. Obesidad clase I: IMC 30 – 34.9 kg/m² SC
7. Obesidad clase II: IMC 35- 39.9 kg/m² SC
8. Obesidad clase III: IMC >40 kg/m² SC

10. TIEMPO EN TERAPIA DIALÍTICA: Categorizada _____

1. 01 mes a 06 meses	2. 06 meses a 01 año	3. 01 año a 02 años	4. 02 años a 03 años
5. 03 años a 04 años	6. 04 años a 05 años	7. 05 años a 10 años	8. > 10 años

11. TEST DE HADS _____pts. totales. Puntaje de preguntas impares _____

Puntaje de preguntas pares _____

Categorizada en: _____

1. Sin trastorno: ≤ 7 puntos.
2. Ansiedad ≥ 8 puntos (preguntas impares) Categorizada _____.
 1. Sí.
 2. No.En caso de Sí. Categorizada en: _____
 1. Caso posible 8-10puntos
 2. Caso probable ≥11 puntos.
3. Depresión ≥8 puntos (preguntas pares). Categorizada: _____
 1. Sí.
 2. NoEn caso de Sí. Categorizada en: _____
 1. Caso posible 8-10puntos
 2. Caso probable ≥11 puntos.