



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en
pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por

Autora: Avila Caceres, Leidy Beatriz

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6566-9774>

Asesor: Dr. Lopez Bulnes, Jorge Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9583-1143>

Lima- Perú

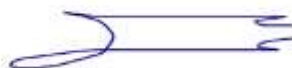
2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **LEIDY BEATRIZ AVILA CACERES** egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“DEPRESIÓN COMO DETERMINANTE EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL CENTRO VIDA RENAL”** Asesorado por el docente: **JORGE LUIS LOPEZ BULNES**, DNI **44318286** ORCID **0009-0000-6566-9774** tiene un índice de similitud de **11 (once) %** con código OID: **14912:602289677**, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
LEIDY BEATRIZ AVILA CACERES
DNI N° 44318286



.....
Dr. JORGE LUIS LOPEZ BULNES
DNI N° 08153969

Lima, 23 de junio del 2026

Tesis

“Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud
en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal”

Línea de investigación

Salud y bienestar

Asesor

Dr. LOPEZ BULNES, JORGE LUIS

<https://orcid.org/0000-0002-9583-1143>

DEDICATORIA

A mi Altísimo Creador, Jehová, quien guió mi camino, me brindó fortaleza y seguirá dándome sabiduría; a mi madre, Maruja Avila; y a mi sobrino, Cristhofer Carbajal, por su amor, apoyo incondicional y porque siempre están conmigo.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a quienes me acompañaron y guiaron a lo largo de esta hermosa investigación, brindándome su apoyo en cada etapa del camino.

Un agradecimiento muy especial a los pacientes del programa de hemodiálisis del Centro Vida Renal, quienes con su tiempo y apertura me permitieron acercarme a su realidad y dar sentido a este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

Portada	
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
Índice de tablas	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
1.5. Limitaciones de la investigación.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
A nivel internacional:.....	9
A nivel nacional:	11
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Formulación de hipótesis	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33

3.1.	Método de investigación	33
3.2.	Enfoque investigativo	33
3.3.	Tipo de investigación.....	33
3.4.	Diseño de la investigación	33
3.5.	Población, muestra y muestreo	34
3.6.	Variables y operacionalización	35
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.8.	Procesamiento y análisis de datos.....	45
3.9.	Aspectos éticos.....	46
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		47
4.1	Resultados	47
4.1.1.	Análisis descriptivo de resultados.....	47
4.1.2.	Análisis inferencial de resultados	57
4.1.3.	Discusión de resultados.....	64
4.1.4.	Limitaciones del estudio	70
4.1.5.	Líneas de investigación futuras.....	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		72
5.1	Conclusiones	72
5.2	Recomendaciones	73
REFERENCIAS.....		75
ANEXOS		92
Anexo 1: Matriz de consistencia.....		92
Anexo 2: Instrumentos.....		94
Anexo 3: Validación		100
Anexo 4: Confiabilidad.....		103
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética		104
Anexo 6: Formato de consentimiento informado		105

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin	108
Anexo 8: Fotos.....	109
Anexo 9: Autorización de recolección de datos	110
Anexo 10: Base de datos.....	111

Índice de tablas

Tabla 1. Las variables sociodemográficas de tipo cualitativas	47
Tabla 2. Las variables sociodemográficas cuantitativas	49
Tabla 3. Niveles de depresión.....	49
Tabla 4. Ítem 1. Poco interés o placer en hacer las cosas	50
Tabla 5. Ítem 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	50
Tabla 6. Ítem 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado.....	51
Tabla 7. Ítem 4. Sentirse cansado/a o con poca energía	51
Tabla 8. Ítem 5. Poco apetito o comer en exceso.....	52
Tabla 9. Ítem 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	52
Tabla 10. Ítem 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	53
Tabla 11. Ítem 8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo hayan podido notar? O lo contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	53
Tabla 12. Ítem 9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que querer lastimarse de alguna forma	54
Tabla 13. D 1. Movilidad.....	54
Tabla 14. D 2. Autocuidado.....	55
Tabla 15. D 3. Actividades cotidianas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16. D 4. Dolor / Malestar	56

Tabla 17. D 5. Ansiedad / Depresión	56
Tabla 18. Análisis descriptivo de Depresión y Calidad de vida relacionada con la salud.....	57
Tabla 19. Prueba de normalidad	58
Tabla 20. Correlaciones	60
Tabla 21. Correlaciones	61
Tabla 22. Correlaciones	62
Tabla 23. Correlaciones	63
Tabla 24. Correlaciones	64

RESUMEN

Actualmente, a nivel mundial, existe un incremento significativo de personas con enfermedad renal crónica (ERC), tanto su tratamiento, como prevenir síntomas depresivos, así como mejorar su calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) de los pacientes, se ha convertido en un desafío para muchos países. **Objetivos:** determinar la asociación entre depresión y la CVRS en pacientes con hemodiálisis del Centro Vida Renal. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional en el que participaron 52 pacientes adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis del Centro vida renal. Se aplicó el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) con la intención de evaluar síntomas depresivos y el cuestionario de EUROQOL - 5 dimensiones - 5 niveles (EQ-5D-5L) para medir la CVRS, a fin de conocer el grado de relación entre ambas. **Resultados:** se encontró la puntuación media de 6.15 (PHQ-9), lo que indicaría un nivel de depresión leve, una puntuación media de 0.66 (EQ-5D-5L) y 66.4 (EQ-VAS), lo que refleja una CVRS comprometida; la confiabilidad del instrumento utilizado fue de 0.844 (PHQ-9) y 0.724 (CVRS), siendo buena. **Conclusión:** existe asociación inversa entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal, con una significancia de $p < 0.05$ y un coeficiente de correlación de Spearman de -0.542.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica (ERC), hemodiálisis, depresión, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

ABSTRACT

Currently, there is a significant increase worldwide in the number of people with chronic kidney disease (CKD). Treating CKD, preventing depressive symptoms, and improving patients' health-related quality of life (HRQoL) have become challenges for many countries.

Objectives: To determine the association between depression and HRQoL in hemodialysis patients at the Renal Life Center. **Materials and methods:** A quantitative, cross-sectional and correlational study was conducted in which 52 adult patients with CKD undergoing hemodialysis treatment at the Renal Life Center participated. The Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) was used to assess depressive symptoms, and the EuroQol 5D-5L questionnaire was used to measure HRQoL, in order to determine the degree of relationship between the two. **Results:** The mean score was 6.15 (PHQ-9), indicating a mild level of depression. The mean scores were 0.66 (EQ-5D-5L) and 66.4 (EQ-VAS), reflecting compromised HRQoL. The reliability of the instruments used was 0.844 (PHQ-9) and 0.724 (HRQoL), which is considered good. **Conclusion:** There is an inverse association between depression and HRQoL in hemodialysis patients at Centro Vida Renal, with a significance of $p < 0.05$ and a Spearman compensation coefficient of -0.542.

Keywords: Chronic kidney disease (CKD), hemodialysis, depression, health-related quality of life (HRQoL)

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la enfermedad renal crónica (ERC) representa una de las principales problemáticas de salud pública; se trata de una entidad clínica que se caracteriza por el deterioro progresivo y permanente de la capacidad funcional del riñón, en cuyas etapas avanzadas los pacientes requieren terapias de reemplazo como la hemodiálisis para mantener su supervivencia, tratamiento que, si bien resulta vital, implica múltiples restricciones físicas, emocionales y sociales que afectan significativamente el bienestar general del paciente; en este contexto, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) adquiere especial relevancia, ya que engloba aspectos físicos, psicológicos y sociales que determinan la percepción del paciente sobre su estado de salud y su capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana.

Diversos estudios han evidenciado que los pacientes en hemodiálisis experimentan una marcada reducción de la CVRS, atribuida a factores tales como la fatiga crónica, las limitaciones físicas, los cambios en la dinámica familiar y laboral, y la dependencia de un tratamiento constante; a ello se suma la carga emocional que supone convivir con una enfermedad crónica, lo cual puede predisponer al desarrollo de trastornos afectivos, entre ellos la depresión, trastorno mental considerado una de las comorbilidades más frecuentes en personas con ERC, ya que afecta no solo su bienestar emocional, sino también la adherencia al tratamiento y su pronóstico clínico.

La depresión en pacientes con ERC en hemodiálisis se asocia con sentimientos de desesperanza, baja autoestima y pérdida de interés por las actividades cotidianas, lo que interfiere negativamente en su motivación para el autocuidado; asimismo, puede potenciar el aislamiento social y el deterioro de las relaciones interpersonales, lo que genera un círculo vicioso que agrava aún más su estado de salud y CVRS.

Bajo esta premisa, se planteó el presente estudio con la finalidad de establecer si existe una relación entre los síntomas depresivos y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal; así, comprender esta relación permitirá diseñar intervenciones más efectivas, dirigidas no solo a mejorar los parámetros clínicos, sino también a promover el bienestar psicológico de los pacientes, favoreciendo una atención integral y humanizada dentro de los servicios de salud.

En cuanto a su estructura, el documento se ha dividido en cinco capítulos:

El Capítulo I aborda la problemática del estudio, incluyendo su formulación, los objetivos planteados, la justificación correspondiente y las limitaciones identificadas.

El Capítulo II presenta el marco teórico que sustenta la investigación junto con las hipótesis formuladas.

El Capítulo III describe el abordaje metodológico empleado y los procedimientos estadísticos aplicados al análisis de los datos.

El Capítulo IV muestra los resultados obtenidos, así como su correspondiente discusión.

Por último, el Capítulo V recoge las conclusiones y recomendaciones derivadas de los objetivos del estudio, además de la bibliografía consultada y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema

Según el reporte emitido por la Sociedad Internacional de Nefrología en 2024, la ERC se ubicó entre las principales causas de muerte en el mundo, registrando entre 5 y 11 millones de muertes anuales; además, se estima que cerca de 850 millones de personas viven con esta condición en todo el mundo (1).

En este contexto, una investigación desarrollada en Arabia Saudita en el año 2024 evidenció el fuerte impacto que la ERC tiene sobre la CVRS, ya que se reportaron deterioros significativos en dimensiones fundamentales como las actividades diarias, la movilidad y el cuidado personal, junto con un incremento en la intensidad del dolor, la ansiedad y la sintomatología depresiva; en lo que concierne a la movilidad, el 61,2 % de los pacientes en estadio 3 reportó alguna afectación, cifra que ascendió levemente al 62,0 % en quienes se encontraban en estadio 5 (los estadios de la ERC van del 1 al 5, siendo el primero el que refleja una función renal preservada y el último el que indica un compromiso renal severo) (2).

Por su parte, un estudio efectuado en la India en el año 2024 reveló que aproximadamente nueve de cada diez pacientes con ERC sufrían una alta carga económica, ya que destinaban hasta el 26 % del ingreso familiar al tratamiento con hemodiálisis, esfuerzo económico que tuvo un impacto directo y negativo sobre la CVRS de los afectados (3).

Un estudio francés del año 2024 reveló que, entre los trastornos mentales asociados a la ERC, la depresión es el más prevalente, dado que la frecuencia de esta condición clínicamente significativa alcanzó aproximadamente a una cuarta parte de estos pacientes, tasa considerablemente mayor que la observada en la población general (4).

En el contexto latinoamericano, la región presenta una de las cargas más altas de esta enfermedad; por ejemplo, en Cuba, un estudio del año 2021 reportó que más de la mitad (55

%) de los pacientes con ERC presentaban síntomas depresivos de intensidad leve a moderada, con una puntuación media de 3 puntos en la Escala de Malestar Emocional para Pacientes en Diálisis y un rango equivalente para la depresión; estas alteraciones emocionales fueron interpretadas como reacciones a la crisis que generan la enfermedad y su tratamiento (5).

Un estudio realizado en México durante el año 2024 reportó que el 69,8 % de los pacientes evaluados llevaba entre uno y dos años recibiendo tratamiento de hemodiálisis; en cuanto a su estado emocional, el 63,5 % no presentó síntomas de depresión y el 58,7 % no presentó ansiedad; no obstante, el 23,8 % manifestó depresión leve y el 41,3 % presentó ansiedad somática o psíquica; estos datos indican una adaptación emocional positiva en la mayoría, pero también subrayan la necesidad de apoyo psicológico en los casos con síntomas emocionales (6).

Asimismo, un estudio paraguayo del año 2022 reveló que los pacientes en hemodiálisis percibían una CVRS comprometida, observándose deterioro en sus dos componentes (el mental y el físico), aunque la mayor afectación se concentraba en la percepción de carga generada por la enfermedad; esto pone de manifiesto cómo el tratamiento condiciona la rutina diaria del paciente, debido a las horas invertidas en cada sesión de diálisis, al sentimiento de frustración que ocasionan las restricciones impuestas por la enfermedad y a la carga emocional de sentirse una responsabilidad para sus familiares (7).

En el Perú, EsSalud informó que, en el año 2024, el 11 % de la población nacional padece ERC, aunque el 90 % de los afectados desconoce su diagnóstico, situación que conduce a que muchos pacientes sean diagnosticados recién en etapas avanzadas, lo cual deteriora significativamente su CVRS debido a la exigencia del tratamiento con hemodiálisis, que se realiza tres veces por semana (8).

Asimismo, un estudio realizado en Lima y en el interior del país en el año 2018 reveló que, con el aumento de los años en tratamiento de hemodiálisis, se evidencia un incremento

del nivel de síntomas depresivos, lo que empeora la evolución de la ERC (9); otro estudio señaló que los pacientes en diálisis crónica, aquellos rechazados como candidatos a trasplante renal o en lista de espera, evidencian con frecuencia un deterioro en la esfera psicológica (mayor depresión y menor CVRS), lo que repercute negativamente en su elegibilidad para el procedimiento (10).

Finalmente, a partir de los antecedentes expuestos, es importante señalar que reconocer y el abordaje de los problemas de salud mental en estos pacientes debe formar parte de una atención médica integral; bajo este enfoque, la presente investigación busca aportar información actualizada y evidencia científica, orientadas a favorecer el bienestar y la CVRS en pacientes en hemodiálisis.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la asociación entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la asociación entre depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?

¿Cuál es la asociación entre depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?

¿Cuál es la asociación entre depresión y la dimensión actividades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?

¿Cuál es la asociación entre depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?

1.3.Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre depresión y CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal
- Identificar la asociación entre depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal
- Identificar la asociación entre depresión y la dimensión actividades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal
- Identificar la asociación entre depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal

1.4.Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Desde una perspectiva teórica, las investigaciones realizadas en pacientes con terapia de reemplazo renal han evidenciado que, dada la naturaleza crónica de la enfermedad, los pacientes desarrollan una percepción desfavorable de su salud mental, situación que se refleja en una menor adherencia al tratamiento y en un deterioro de su calidad de vida; en consecuencia, el interés principal de este estudio surge del requerimiento de actualizar y consolidar la evidencia científica disponible sobre la vinculación entre la sintomatología depresiva y la CVRS en quienes reciben hemodiálisis.

Asimismo, la teoría de la autorregulación de Leventhal sostiene que el paciente interpreta su enfermedad a partir de sus emociones, experiencias, creencias y de la información proveniente de su entorno, aspectos que condicionan las estrategias de afrontamiento que

adopta frente a su condición; por su parte, la Teoría Cognitiva de Aaron Beck explica que los pensamientos negativos y las interpretaciones erróneas de la realidad condicionan el desarrollo y mantenimiento de los estados depresivos; por ello, ambas teorías ofrecen un marco valioso para interpretar los hallazgos del presente estudio, así como para fomentar el uso de estrategias efectivas que contribuyan a la intervención clínica del paciente.

1.4.2 Metodológica

Previamente al inicio de la sesión de hemodiálisis, se explicó a los pacientes la finalidad y los objetivos de la investigación, y aquellos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado correspondiente; posteriormente, se efectuó el llenado de una ficha de factores biopsicosociales para la recolección de los datos generales del paciente, y se aplicaron el Cuestionario de Salud del Paciente - 9 (PHQ-9), para la medición de síntomas depresivos, y el EuroQol - 5 dimensiones - 5 niveles (EQ-5D-5L), que incluye una escala visual analógica (EQ-VAS), para la valoración de la CVRS; dichos cuestionarios son de origen internacional y se encuentran validados en diversas poblaciones y contextos clínicos similares al estudiado, con adecuada confiabilidad, pertinencia y rigurosidad científica, por lo que su uso aseguró una adecuada medición de las variables propuestas y permitió obtener resultados comparables y precisos.

1.4.3 Práctica

Los resultados de esta investigación adquieren relevancia para el ámbito médico, dado que aportan evidencia científica capaz de respaldar la formulación de políticas sanitarias dirigidas al reconocimiento temprano de la sintomatología depresiva, con miras a ofrecer un acompañamiento psicológico oportuno y a mejorar la CVRS de los pacientes con ERC en hemodiálisis; a partir de los hallazgos, será posible diseñar acciones que refuercen el estado de salud de esta población, como la incorporación del EQ-5D-5L en las evaluaciones periódicas,

instrumento que incluye la dimensión "Ansiedad/Depresión" y que demostró ser una herramienta eficaz y confiable al aplicarse en el Centro Vida Renal.

1.5.Limitaciones de la investigación

El presente estudio cuenta con ciertas limitaciones que conviene tener en cuenta al momento de interpretar sus hallazgos: en primer lugar, el carácter transversal del diseño impide establecer vínculos causales entre la depresión y la CVRS; en segundo lugar, el tamaño muestral (52 pacientes) y el muestreo no probabilístico por conveniencia, restringido a un único centro, limitan la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de pacientes en hemodiálisis; asimismo, existieron variables de confusión no controladas que podrían mediar la asociación entre la salud mental y la percepción de calidad de vida; finalmente, los instrumentos fueron aplicados de manera autoadministrada antes del inicio de la sesión de hemodiálisis, pero en aquellos casos en los que los participantes presentaron dificultades de lectura o comprensión, los cuestionarios se aplicaron mediante entrevista, lo que pudo introducir un sesgo de respuesta, aunque se respetó el mismo orden y formato de las preguntas en todos los casos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional:

Marín et al. (11), durante el 2022, analizaron los componentes físico y mental de la CVRS en pacientes en hemodiálisis de tres unidades extrahospitalarias de Madrid, mediante un estudio transversal y correlacional, aplicando el cuestionario SF-12 y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) a 302 pacientes; en una escala de 0 a 100 (donde >50 indica mejor calidad de vida y <50, peor calidad de vida), los resultados mostraron una media de 45,03 para el componente físico, lo que indica una percepción ligeramente baja, y de 58,73 para el componente mental, lo que refleja una mejor percepción, evidenciándose un mayor deterioro en la dimensión física; sin embargo, estos resultados mejoraron en los pacientes que afirmaban hacer ejercicio físico con frecuencia, factor que se asoció positivamente con ambas dimensiones; la puntuación media de depresión en la muestra total fue de 1,54 (en una escala donde valores ≥ 2 indican algún grado de depresión, hasta un máximo de 9), pero un 35,8 % de los pacientes superó el rango mínimo, y a la vez, la depresión mostró ser la variable más significativa para predecir la CVRS.

Noto et al. (12), en el año 2021, evaluaron el impacto de la hemodiálisis en la CVRS en un hospital de Japón mediante un estudio transversal, en el que aplicaron el cuestionario EQ-5D-5L a 274 pacientes; los resultados evidenciaron una media de CVRS de 0,772 y un puntaje del EQ-VAS de 69,8, valores que reflejan una percepción de salud y bienestar por debajo de lo óptimo; en cuanto a la dimensión dolor/malestar, se registró la mayor puntuación en el nivel "algún tipo de problema", seguida de la dimensión movilidad; asimismo, el EQ-5D-5L se vio afectado significativamente por el tiempo en hemodiálisis, ya que los pacientes con menos de 10 años en tratamiento presentaban un valor promedio de CVRS considerable, mientras que este disminuía en los que llevaban más de 10 años, lo que demuestra que a mayor

tiempo de permanencia en el tratamiento existe un deterioro progresivo en la percepción de salud.

Jiménez et al. (13), durante el 2022, investigaron los determinantes coligados a la CVRS mediante un estudio observacional transversal en 81 pacientes en hemodiálisis de un hospital de República Dominicana, aplicando un cuestionario sociodemográfico, la escala CES-D para depresión y el cuestionario KDQOL-SF36 para CVRS; los resultados evidenciaron una correlación negativa entre las puntuaciones del KDQOL-SF36 y la escala CES-D, lo que indica que a mayor sintomatología depresiva, menor CVRS; asimismo, las mujeres mostraron mayor gravedad de síntomas en comparación con los varones, lo que indicaría que el sexo femenino percibe con mayor intensidad las consecuencias de su enfermedad en su vida diaria, así como el peso emocional y social; por otra parte, los pacientes con pareja presentaron mejor CVRS que los que no tenía pareja (53,66 vs. 42,68; $p = 0,0348$), lo que sugiere que el soporte de la pareja contribuye a mitigar el impacto de la enfermedad renal; adicionalmente, el presupuesto familiar mostró una correlación positiva leve con la CVRS ($r = 0,2608$; $p = 0,0229$), lo que evidencia que mayores recursos económicos se asocian con una mejor percepción de la calidad de vida; posteriormente, el movimiento corporal frecuente se correlacionó con mejores puntuaciones en la escala (41,63 vs. 35,74; $p = 0,0412$), lo que sugiere que el ejercicio contribuye a mejorar la capacidad funcional y la percepción de salud física en personas en hemodiálisis.

Molina y Alarcón (14), en el año 2022, realizaron una investigación destinada a identificar los niveles de depresión en pacientes en hemodiálisis mediante un estudio no experimental de corte transversal, en el que participaron 65 pacientes de una clínica en Ecuador; se aplicó el Inventario de Beck, y los resultados mostraron que, del total de pacientes en hemodiálisis, el 30,76 % reportó síntomas mínimos de depresión, el 32,20 % reportó un grado leve, el 32,20 % un grado moderado y el 4,61 % un grado grave, siendo importante

resaltar que la suma de los grados moderado y grave alcanzó el 36,81 %, lo que corresponde a más de la tercera parte de la muestra; según los autores, la aparición de síntomas depresivos en el paciente tiene relación con el diagnóstico de la insuficiencia renal, debido a las creencias negativas sobre la enfermedad que se instauran en la esfera psicológica de los pacientes, vinculadas a la percepción de cercanía con la mortalidad.

Long et al. (15), en el año 2024, evaluaron la CVRS en 378 pacientes con enfermedad renal terminal en diálisis en ocho hospitales de China, con el objetivo de comparar los cuestionarios EQ-5D-5L y SF-6Dv2 (genéricos) con el KDQOL-36 (específico) para evaluar la CVRS en pacientes en hemodiálisis; los resultados mostraron un rango de utilidad amplio en el EQ-5D-5L (de -0,391 a 1), donde el 14,8 % de los pacientes reportó salud completa y el 0,5 % la peor salud; en comparación, el SF-6Dv2 (de -0,227 a 1) registró un 1,3 % de pacientes que reportó salud completa y un 0,3 % la peor salud; asimismo, el EQ-5D-5L presentó un mayor puntaje de utilidad al compararlo en pacientes que tenían puntajes más altos en las tres subescalas específicas del KDQOL-36 (síntomas, efectos y carga de la enfermedad); además, la dimensión más afectada (niveles de moderado a grave) fue la ansiedad/depresión, seguida de la movilidad (incapacidad para desplazarse solo), lo que refleja que los síntomas emocionales impactan incluso más que las limitaciones físicas; finalmente, obtuvieron un valor rho de Spearman igual a 0.767 (valores entre 0 y 1 indican relación positiva, y entre 0 y -1 relación negativa), lo que demostró una fuerte asociación positiva entre ambos cuestionarios genéricos, respaldando así la validez del EQ-5D-5L en la evaluación de CVRS en pacientes en hemodiálisis.

A nivel nacional:

Gadea y Campos (16), en el año 2020, evaluaron la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Hospital Regional de Ica mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando el cuestionario SF-36; los hallazgos revelaron que los pacientes con 1 a 2 años en tratamiento

percibían su CVRS como regular, mientras que el 58,9 % de quienes llevaban más de 2 años la calificaron de buena a muy buena; las dimensiones se mostraron afectadas con el paso del tiempo, aunque algunas presentaron una percepción favorable: en el caso del área de estado funcional, la mayoría (63,7 %) fue calificada de regular a mala, así como sus dimensiones de función física (54,5 %), rol físico (86,3 %) y función social (59,1 %), probablemente porque la enfermedad produce limitación en las actividades diarias, alteración en la salud física o emocional, poca interacción social, además del bajo rendimiento laboral y el tiempo que dedican a la terapia; en contraste, el rol emocional fue calificado de regular (54,5 %) a excelente (36,4 %), es decir, los problemas emocionales solo afectaban algunas veces el desempeño laboral y las actividades cotidianas, lo cual se atribuyó al apoyo familiar y social.

Rojas et al. (17), en el año 2022, evaluaron los determinantes coligados a la CVRS en pacientes en hemodiálisis de un hospital de Huancayo, para el cual consideraron realizar un estudio de tipo observacional transversal, aplicando el SF-36 a 88 pacientes; la CVRS fue baja a moderada en el 90,8 %, la causa principal de la ERC fue la hipertensión (46,6 %) y el 80,7 % llevaba por lo menos cinco años de tratamiento en hemodiálisis; la mayoría eran varones, quienes mostraron asociación negativa con la CVRS, al igual que los pacientes con baja nutrición, mal estado emocional, nivel educativo primario y poca vitalidad; los pacientes con diferentes grados educativos experimentaron distintos niveles de energía y vitalidad, donde quienes tenían mayor educación se mostraron más activos; aquellos que dormían menos de seis horas por noche y con deficiencia nutricional evidenciaron mayor afectación en su capacidad para afrontar problemas emocionales; solo el 9,1 % continuaba trabajando, atribuible a las limitaciones funcionales de la enfermedad; el puntaje global del SF-36 varió según la capacidad económica ($p = 0,048$), lo que indica que los recursos financieros influyen en la apreciación general de la CVRS, ya que quienes tienen más ingresos tienden a una mejor percepción de su estado.

Silva (18), en el año 2022, tuvo como objetivo determinar la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Hospital Regional de Ica mediante un estudio no experimental y transversal; se aplicó el cuestionario de CVRS de Orbegoso modificado por Ramírez y Torres (2017) en 108 pacientes, la escala de soledad social (escala Este II) y la escala de Beck; los datos revelaron que el 45,4 % de los encuestados presentaba una CVRS baja, el 31,5 % media y aproximadamente un cuarto (23,1 %) alta; el sexo masculino tenía en mayor proporción una CVRS baja, siendo aún más baja en los mayores de 60 años, debido a la dependencia de otras personas, así como a la mayor frecuencia de comorbilidades; las personas con educación primaria suelen ser pacientes menos informados sobre su enfermedad, por lo que presentan mayor sensación de incertidumbre sobre su futuro, además de tener menores ingresos económicos, lo que hace que disminuya su CVRS; la baja CVRS también estuvo asociada al desempleo y a niveles elevados en la escala de soledad, debido al poco apoyo social y familiar, ya que estos pacientes presentan dificultades para realizar actividades cotidianas como alimentarse o utilizar los servicios higiénicos; la ERC y sus limitaciones producen depresión, lo que disminuye aún más la CVRS, dado que un paciente deprimido reduce su colaboración con el tratamiento y compromete su respuesta inmunitaria.

Alarcón (19), en el periodo del 2022, publicó una exploración preexperimental con el diseño de comprobar el efecto de la terapia cognitivo-conductual (TCC) con una duración de 3 meses, en una paciente de 40 años que manifestó sentirse muy triste desde el inicio de su tratamiento de hemodiálisis; en la escala de Beck II (depresión) se determinó tristeza, soledad, desánimo, ansiedad e inactividad, y en la escala Multiaxial de Personalidad de Millon (MCMI-II) manifestó personalidad dependiente, baja iniciativa, temor y necesidad de compañía; sus resultados documentaron que pasó de una depresión moderada a mínima (de 26 a 8 puntos en la escala de Beck II); se empleó psicoeducación para que la paciente conociera los factores asociados a su problemática, aprendiera a diferenciar entre la situación, los pensamientos y las

conductas, y aplicara la reestructuración de pensamientos distorsionados mediante el cambio en la forma de percibir y una interpretación más realista, lo que favoreció un afrontamiento adecuado; además, se aplicaron técnicas de respiración profunda y visualización que redujeron la tensión y el miedo durante la hemodiálisis, fortaleciendo su salud mental y CVRS; finalmente, la paciente incrementó sus habilidades socioafectivas, reanudó actividades recreativas y productivas y fortaleció su integración social y emocional; en conclusión, se corroboró que la TCC, aplicada de forma estructurada, produce resultados positivos y efectivos en estos pacientes.

Machaca et al. (20), en el año 2024, evaluaron la CVRS y sus componentes relacionados en pacientes en hemodiálisis de un hospital y una clínica de Tacna mediante un estudio observacional transversal, aplicando el SF-36 a 207 pacientes; los resultados mostraron que la salud física obtuvo una puntuación promedio más baja que la salud mental, y que tanto los factores sociodemográficos como los clínicos influían en su variación; la edad media de los pacientes fue de 62 años, presentaban una o dos comorbilidades y, en su mayoría, eran hombres; el componente de salud física fue significativamente más alto en los hombres y en quienes eran económicamente autosuficientes, en comparación con los que dependían del apoyo familiar; en contraste, fue menor en pacientes con hipertensión o diabetes y en adultos mayores, lo que puede explicarse por la reducción de la fuerza, la energía y la capacidad de autocuidado; en cuanto a la salud mental, las puntuaciones más bajas se registraron en los pacientes atendidos en clínica, en comparación con los atendidos en hospital, posiblemente porque la mayoría de ellos vivía en situación de pobreza; asimismo, las puntuaciones más altas correspondieron a los económicamente autosuficientes y a quienes tenían mayor nivel educativo, frente a los que solo cursaron primaria, esto hace referencia que un alto nivel educativo se asocia con altos ingresos económicos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Enfermedad renal crónica (ERC)

La ERC se caracteriza por la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón, evidenciadas mediante sedimento urinario, imagen o histología, y/o una reducción del filtrado glomerular (FG) por debajo de 60 mL/min/1,73 m², que persisten por un período superior a tres meses; esta definición incluye tanto a individuos con compromiso de la función renal como a aquellos que, sin presentar dicho compromiso, muestran variaciones estructurales o funcionales con posibles implicancias para la salud (por ejemplo, un quiste renal simple, que no ocasiona afectación clínica significativa); en los países andinos como Perú, Chile, Ecuador, Colombia, Bolivia y Venezuela, las causas predominantes de la ERC son la hipertensión, la diabetes mellitus, las glomerulopatías y otras menos frecuentes; a estas causas directas se suman determinantes sociales como la pobreza, la educación deficiente, el bajo al saneamiento básico y acceso al agua potable, la falta de vivienda digna y de condiciones laborales seguras, los cuales favorecen la aparición y progresión de la enfermedad (21).

El riñón cumple una función esencial en el mantenimiento de la homeostasis corporal mediante diversos mecanismos, entre ellos el equilibrio ácido-base, manteniendo el pH sanguíneo alrededor de 7,4; las células del cuerpo producen constantemente iones hidrógeno (H⁺), cuyo aumento acidifica la sangre y genera un estado conocido como acidosis; para revertir esta condición, el riñón (principalmente en el túbulo proximal) incrementa la reabsorción de bicarbonato (HCO₃⁻) y la excreción de protones (H⁺), fundamentalmente en forma de amonio (NH₄⁺) y ácidos titulables, los cuales son eliminados por la orina; en la ERC, la pérdida de nefronas reduce la excreción total de NH₄⁺, mientras que las nefronas remanentes aumentan la producción de amonio para ayudar a excluir la demasía de protones (22).

Además, el riñón desempeña un papel fundamental en la eliminación activa de compuestos orgánicos como urea, creatinina, ácido úrico y otros metabolitos, y regula

electrolitos esenciales como sodio, cloruro y potasio; en pacientes con ERC avanzada que aún conservan diuresis, la función tubular remanente (residual) a nivel de los túbulos proximal y distal utiliza transportadores especializados para facilitar la secreción y el ajuste fino de estos solutos, lo que contribuye al control de la toxemia urémica y del balance hidroelectrolítico; no obstante, cuando la función tubular y glomerular se ha perdido por completo, la eliminación de toxinas y el mantenimiento de la homeostasis electrolítica dependen exclusivamente de la terapia dialítica y de las medidas dietéticas (23).

Los riñones también regulan la presión arterial y el equilibrio hídrico; cuando el cuerpo pierde demasiado líquido, los riñones ahorran agua al concentrar la orina, y cuando hay un exceso, eliminan el agua sobrante al diluirla; en caso de hipotensión arterial, esta es detectada por las células yuxtaglomerulares de la arteriola aferente del glomérulo renal, lo que activa la cascada del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), que induce vasoconstricción y reabsorción de sodio y agua, acrecentando el volumen sanguíneo circulante y los niveles de presión arterial; en el paciente con ERC existe una disminución del FG y un menor flujo sanguíneo en las arteriolas aferentes, lo que el riñón interpreta como una menor presión de perfusión y una menor concentración de sodio en la mácula densa, activando el SRAA de manera crónica y manteniendo un estado de hipertensión sostenida, lo que a su vez contribuye al daño cardiovascular y a la progresión de la lesión renal (24).

Otra función crucial del riñón es su rol endocrino: en las células epiteliales del túbulo proximal se produce la enzima 1α -hidroxilasa, la cual convierte la vitamina D en su forma hormonal activa, 1,25-dihidroxivitamina D (calcitriol), hormona esencial para la permeabilidad intestinal de calcio y fósforo; en la ERC, la pérdida de masa renal disminuye la disponibilidad de esta enzima, lo que causa hiperparatiroidismo secundario, alteraciones del metabolismo mineral óseo (osteodistrofia renal) y alteraciones cardiovasculares; por otra parte, los riñones sintetizan la eritropoyetina (EPO), hormona que estimula la producción de células sanguíneas

en la médula ósea y cuya secreción se incrementa en respuesta a la hipoxia o la anemia; esta es sintetizada principalmente por las células intersticiales fibroblásticas de la corteza renal, localizadas entre los túbulos y los capilares peritubulares; en la ERC, la disminución de la masa renal y el daño parenquimatoso reducen la producción de EPO, lo que deriva en una anemia secundaria, complicación común en pacientes con falla renal avanzada (25).

2.2.1.1. Clasificación de ERC

La iniciativa Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) clasifica la ERC con base en tres criterios: la causa (C), la tasa de filtración glomerular (G) y el cociente albúmina-creatinina (A), clasificación conocida como CGA, justificada por su relación con el riesgo de mortalidad y de progresión de la enfermedad renal (26). La tasa de filtración glomerular (TFG) representa la capacidad funcional del riñón para filtrar la sangre; KDIGO la divide en cinco estadios: G1, que indica función renal conservada (≥ 90 mL/min/1,73 m²) con presencia de algún marcador de daño renal; G2 (60-89), también con marcador de daño renal; G3a (45-59); G3b (30-44); G4 (15-29); y G5 (< 15), estadio en el que se indica el inicio de diálisis y no se requiere la presencia de otro marcador de daño renal para confirmar el diagnóstico; al caer la TFG por debajo de 30 mL/min/1,73 m², comienzan a manifestarse síntomas como anorexia, náuseas, astenia, prurito, insomnio, edemas (generalmente en los miembros inferiores), hipertensión, palidez terrosa, hiperpigmentación y aparición fácil de equimosis (27,28). La categoría de albuminuria, expresada mediante el cociente albúmina-creatinina (RAC), se divide en tres niveles: A1 (< 30 mg/g), considerada de normal a ligeramente aumentada; A2 (30-300 mg/g), moderadamente aumentada; y A3 (> 300 mg/g), severamente aumentada; este valor se cuantifica en miligramos de albúmina por gramo de creatinina, idealmente en una muestra de orina recolectada en la primera hora de la mañana, aunque cuando se expresa en mg/mmol los valores son diferentes; la albuminuria refleja el nivel de daño glomerular y constituye el predictor clínico modificable más relevante de

progresión de la ERC; KDIGO complementa esta clasificación con un mapa de riesgo por colores que indica la susceptibilidad de progresión de la ERC y la probabilidad de complicaciones como los eventos cardiovasculares: rojo para riesgo máximo, naranja para riesgo alto, amarillo para riesgo moderado, y verde para riesgo bajo (29).

2.2.1.2. Diagnóstico de la ERC

Una de las principales dificultades del diagnóstico de la ERC es que no presenta síntomas notorios hasta una fase avanzada de la enfermedad; para su reconocimiento temprano, se sugiere realizar pruebas de tamizaje en los individuos con factores de riesgo para padecer ERC, como sexo masculino, bajo peso al nacer, hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, antecedentes familiares, enfermedades autoinmunes, infecciones urinarias y uso de medicamentos nefrotóxicos, principalmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), entre otros (30).

Para confirmar una función glomerular inferior a $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ de superficie corporal (SC), es necesario realizar análisis de laboratorio de la concentración de creatinina en sangre; el análisis de orina permite detectar cantidades pequeñas pero anormales de albuminuria (30-300 mg/día) y otros marcadores de daño renal, como hematuria persistente, alteraciones tubulares (electrolíticas) y anormalidades en el sedimento urinario (células tubulares renales o cilindros granulares y céreos); la ecografía permite observar la presencia de ambos riñones, eventual obstrucción urinaria y el tamaño renal, por ejemplo, si miden menos de 9 cm en relación con la SC se consideran pequeños y ponen de manifiesto la cronicidad de la patología; la biopsia renal está indicada para esclarecer dudas diagnósticas respecto a la causa primaria de la enfermedad renal o determinar el grado de evolución del daño tisular, siendo útil en estadios tempranos, más en estadios avanzados generalmente se encuentra un riñón esclerosado, por lo que no es recomendable realizarla; por último, las pruebas genéticas constituyen una herramienta útil para los casos sin antecedentes familiares claros (31).

2.2.1.3. El tratamiento de la enfermedad terminal renal (ETR)

La hemodiálisis utiliza una máquina que contiene un circuito extracorpóreo de circulación sanguínea (un sistema de líneas arterial y venosa más un dializador); en el Perú, el Dr. Alfredo Piazza Roberts y el Dr. Guillermo Almenara fueron los impulsores del desarrollo e implementación de la hemodiálisis en el entonces Hospital Obrero, hoy Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI); la terapia de reemplazo renal se inició en el año 1957 en individuos con insuficiencia renal aguda y, diez años más tarde, en casos de enfermedad renal terminal, lo que permitió que los pacientes con ERC tuvieran acceso a un tratamiento que prolongaba la supervivencia y mejoraba su calidad de vida; en 1969, el Dr. Fernando Benavides realizó por primera vez la fístula arteriovenosa como acceso vascular, a través de la cual la sangre es extraída mediante cánulas endovenosas e impulsada por una bomba desde la línea arterial hacia el filtro para luego ser devuelta al paciente; en el dializador (cuyos diferentes tamaños y capacidades de filtración se adaptan a las características del paciente), la sangre anticoagulada circula en sentido opuesto a la solución dialítica a través de una membrana de filtración selectiva, que facilita el paso de agua, electrolitos y moléculas pequeñas, conservando las proteínas y evitando el paso de microorganismos (32).

Para acceder al sistema circulatorio del paciente e integrarlo al monitor de diálisis, se requiere un acceso vascular, preferentemente en una extremidad superior, como la fístula arteriovenosa (FAV) o el injerto arteriovenoso (IAV); si esto no es posible, se coloca un catéter venoso central (CVC) en una vena de gran calibre, como la vena yugular interna o la femoral; estos accesos son eficaces, pero requieren de mucho cuidado y un manejo adecuado, ya que pueden presentar complicaciones como infecciones o trombosis (33).

La eliminación de sustancias se produce por difusión, proceso en el cual los solutos se mueven de áreas de alta concentración (como la sangre) hacia áreas de baja concentración (como el líquido de diálisis), de tal forma que se iguala la concentración en ambos lados de la

membrana; y por convección o ultrafiltración, mecanismo que fuerza la salida de agua y solutos presentes en la sangre hacia el líquido de diálisis mediante un gradiente de presión, lo que ayuda a conservar el peso seco (sin sobrecarga de líquidos) del paciente; este tratamiento suele aplicarse tres veces por semana, con sesiones de tres a cuatro horas, ajustadas a las condiciones clínicas individuales y bajo supervisión médica especializada (34).

En pacientes en hemodiálisis, el tratamiento puede ocasionar la depleción de vitamina B12 y de ácido fólico (vitamina B9), por lo que el manejo integral abarca la administración de vitaminas (35), la corrección de los déficits de hierro mediante la aplicación de hierro sacarato intravenoso y de agentes estimulantes de la eritropoyesis como la EPO (36); asimismo, la suplementación con vitamina D es una práctica frecuente, ya que contribuye a la corrección de la anemia como a la regulación del metabolismo óseo-mineral en el paciente (37).

La diálisis peritoneal (DP) introduce una solución de diálisis a través de un catéter en la cavidad abdominal; esta técnica utiliza la membrana peritoneal del propio paciente como tamiz para absorber las sustancias tóxicas y el líquido excedente, los cuales se drenan posteriormente para eliminar los desechos; las modalidades principales son la DP continua ambulatoria (DPCA), donde el paciente administra manualmente en su cavidad peritoneal de 2 a 2,5 litros de líquido de diálisis durante las 24 horas del día, con 3 a 4 recambios habitualmente; la otra forma es la DP automatizada (DPA), la cual utiliza una cicladora que realiza intercambios repetidos de solución dializante de forma programada, controlando el drenaje, la infusión y los tiempos, de modo que el paciente solo deba conectarse y desconectarse; habitualmente se realiza durante la noche (38).

El injerto renal se define como una operación médica que comprende el reemplazo de un riñón no funcional por uno sano; generalmente, el riñón trasplantado se implanta en la región abdominal inferior, en su cara anterior; los factores clave que influyen en el éxito del trasplante son la elección del donante, una adecuada compatibilidad inmunológica, el soporte psicosocial

y los regímenes apropiados de terapia inmunosupresora; se reporta una viabilidad del trasplante al año superior al 90 % en trasplantes con donación cadavérica y superior al 95 % en aquellos con donante vivo; el trasplante es la mejor alternativa terapéutica para pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis o en estadio 5, ya que aumenta su supervivencia y resulta ser más económico que la diálisis (39).

2.2.2. Variable 1. Depresión (episodio depresivo)

El estado de ánimo o humor se define como una emoción sostenida, característica del individuo, vinculada a su nivel de energía y a una disposición que predispone a la acción; en contraste, la emoción es una expresión afectiva breve e intensa, con un inicio y un final definidos, de causa identificable, que aporta información relevante sobre el contexto (por ejemplo, si este es gratificante o amenazante); por su parte, el sentimiento constituye la experiencia subjetiva de la emoción, integrando aspectos afectivos y cognitivos (40).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que la depresión es una alteración del estado mental caracterizada por tristeza persistente, anhedonia, deterioro de la concentración, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo o sentimiento de inutilidad, culpa excesiva, desesperanza acerca del futuro e ideas de muerte o suicidio (41).

La depresión no solo se caracteriza por síntomas afectivos como la tristeza y la anhedonia, sino que también afecta cinco áreas principales en las que las personas experimentan síntomas cognitivos: memoria, atención, habilidades psicomotoras, velocidad de pensamiento y toma de decisiones (42).

Los síntomas somáticos en la depresión pueden dividirse en dolorosos, como cefalea, dolor abdominal, articular o musculoesquelético, y en no dolorosos o vegetativos, que comprenden alteraciones del sueño, desregulación del apetito y del peso corporal, fatiga o disminución de la energía vital y pérdida del deseo sexual (43).

Además, en los pacientes con depresión se presentan síntomas psicomotores que incluyen tanto el enlentecimiento (retardo) como la hiperactividad (agitación); el retardo psicomotor puede afectar la marcha, que se vuelve lenta y pesada, y también compromete la movilidad facial y la gestualidad espontánea (escasa expresividad, mímica empobrecida y evitación del contacto visual), así como la producción verbal, que se caracteriza por un habla lenta y empobrecida (44).

2.2.2.1. Diagnóstico de depresión

Según el CIE-10, la depresión se ubica dentro de los trastornos del estado de ánimo (afectivos), categoría que envuelve el episodio depresivo, el trastorno depresivo recurrente y los trastornos persistentes del humor.

El DSM-5 señala que el trastorno depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, presentarse la mayor parte del día y casi cada día, y afectar la vida personal, social o laboral; se requiere la ausencia de antecedentes de episodio maníaco o hipomaníaco (criterio que no aplica cuando estos son inducidos por sustancias o por una afección médica), y los síntomas no deben atribuirse a un trastorno mental orgánico ni al consumo de sustancias psicoactivas (45); la base diagnóstica para los episodios de depresión leve, moderado y grave es similar, y lo que los diferencia es el número de síntomas y el grado de disfuncionalidad, descritos en el siguiente cuadro (46)

Criterios diagnósticos del episodio depresivo (CIE-10)		
A. Criterios generales. El paciente debe cumplir con ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Presenta menor disposición para disfrutar, interesarse y concentrarse en actividades, así como reducción del nivel de energía y sensación persistente de fatiga ante una mínima exigencia física; también mostrará escasa confianza en sí mismo y baja autoestima, con sentimientos de culpa o autocrítica excesiva. El estado de ánimo deprimido se mantiene de forma relativamente constante de un día a otro, no responde a situaciones externas y se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos, como pérdida de interés o placer en actividades previamente gratificantes, disminución del apetito con su respectivo descenso ponderal, dificultad para conciliar el sueño o despertar precoz (varias horas antes de la hora habitual) y disminución de la actividad sexual. Los síntomas suelen empeorar por la mañana, y en los casos graves es más evidente un enlentecimiento psicomotor, aunque también pueden presentarse manifestaciones de agitación.		
B. Síntomas típicos: humor depresivo · menor placer en realizar actividades · disminución de la energía.		
C. Otros síntomas: escasa confianza en sí mismo y baja autoestima · sentir culpa o autorreproche de manera no razonable · ideas de muerte, autolesión con fin suicida o intento suicida consumado · dificultad cognitiva (indecisión) · agitación o enlentecimiento de movimientos corporales (tanto de manera subjetiva como objetiva) · cambios en el sueño · alteración en el apetito (ya sea aumento o disminución) con variación en el peso (al menos 5 % en el último mes).		
Tipo de episodio depresivo	Criterios	Funcionalidad
Leve	A + por lo menos 2 de los 3 síntomas de B + 1 o más síntomas de C = suma total de al menos 4 síntomas	Realiza actividades de manera casi normal.
Moderado	A + por lo menos 2 de los 3 síntomas de B + presencia de síntomas de C = suma total de al menos 6 síntomas	Presenta problemas para realizar actividades.

Grave	A + los 3 síntomas de B + presencia de síntomas de C = suma total de al menos 8 síntomas. Suele presentarse baja autoestima, culpa excesiva, autodesprecio, riesgo suicida y algunos síntomas somáticos, pero sin alucinaciones, ni delirios ni estupor depresivo.	La realización de actividades se encuentra afectada o prácticamente anulada.
Grave con psicosis	Igual que el episodio depresivo grave, pero acompañado de alucinaciones (voces acusatorias o de reproche), delirios (culpa excesiva) o estupor depresivo (inhibición psicomotora extrema), con riesgo suicida; sin criterios de esquizofrenia ni trastorno esquizoafectivo.	Severamente afectada.
Otros episodios depresivos	• Depresión atípica. • Episodio depresivo único "enmascarado" sin especificación. Estos presentan síntomas depresivos, pero con manifestaciones no típicas como tensión; también pueden presentar síntomas somáticos como dolor sin etiología orgánica demostrable.	Variable según el caso.
Sin especificación	• Depresión sin especificación. • Trastorno depresivo sin especificación. Se evidencia la presencia de depresión, pero no se precisa el tipo clínico (diagnóstico en observación o sin confirmar).	A determinar según evolución.

Otros trastornos del humor:

Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno se caracteriza por la presentación repetida de episodios depresivos a lo largo del tiempo, con una duración mínima de dos semanas cada uno (intensidades leves, moderadas o graves) e intervalos asintomáticos de al menos dos meses entre ellos; de allí proviene su denominación de "recurrente", dado que el paciente refiere antecedentes de uno o más episodios previos (47).

Trastornos del humor persistentes

Son alteraciones crónicas del ánimo, de intensidad baja, que pueden mantenerse durante años, y entre sus principales formas se encuentran la distimia y la ciclotimia.

La distimia se identifica por un estado de ánimo depresivo crónico, con síntomas de baja intensidad que persisten durante al menos dos años; el paciente no presenta síntomas maníacos ni antecedentes de depresión mayor en los primeros dos años de la enfermedad (48).

La ciclotimia se caracteriza por alteraciones crónicas del estado de ánimo, presentes durante al menos dos años, con momentos de hipomanía (ánimo eufórico) y otros de estado deprimido, sin que estos lleguen a cumplir los criterios completos de episodio hipomaniaco, trastorno bipolar o depresión mayor (49).

2.2.2.2 Tratamiento de la depresión

El Ministerio de Salud (MINSA) dispone el siguiente tratamiento según el tipo de episodio depresivo:

Para **la depresión leve**, se indica el uso de consejerías breves, psicoeducación y activación conductual (AC); la psicoeducación se aplica en dos modalidades complementarias: la activa, que se desarrolla mediante un intercambio dinámico con el paciente y una retroalimentación continua sobre sus avances; y la pasiva, que se realiza a través de materiales impresos, digitales y audiovisuales que refuerzan el contenido terapéutico; ambas modalidades

promueven el desempeño adecuado de las actividades diarias, el afrontamiento frente a la enfermedad, un rol activo en el tratamiento y el autocuidado (50); por su parte, la terapia de AC es una técnica basada en principios conductuales, que utiliza el reforzamiento positivo e identifica actividades gratificantes (como caminar, escuchar música o cocinar) con el propósito de que el paciente vuelva a realizarlas con mayor frecuencia; asimismo, busca disminuir la exposición a fuentes de castigo (conductas o contextos que generan más tristeza, culpa o ansiedad) y reemplazarlas por conductas más adaptativas; estas intervenciones se complementan con el apoyo familiar y el entorno social, y el abordaje debe adaptarse a las condiciones y características particulares de la persona, mediante modalidades de atención presenciales o virtuales, tales como el telemonitoreo o la teleorientación (51).

En **la depresión moderada o severa**, la intervención terapéutica es combinada y comprende consejería, psicoeducación, activación conductual, terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoterapia y el uso de fármacos; la TCC es una intervención psicológica estructurada que ayuda al paciente a entender cómo sus pensamientos influyen en sus emociones y conductas; por ejemplo, al encontrarse con un conocido que no lo saludó, el paciente puede interpretar que este no lo valoró como persona o lo ignoró, lo que genera pensamientos negativos como "no le caigo bien", sentimientos de tristeza y rechazo, conduciéndolo a evitar a la persona, reforzar la rumiación y aumentar el malestar; en cambio, si cuestiona ese juicio pensando "no me vio" o "estuvo distraído" y decide saludarlo, podría mejorar su percepción de la situación y su estado de ánimo; la TCC, en ese contexto, enseña a identificar y desestructurar creencias disfuncionales, favoreciendo conductas más adaptativas y un mejor afrontamiento (52); complementariamente, la psicoterapia es un proceso de intervención psicológica que se basa en técnicas como la terapia interpersonal (TIP) individual, la TIP en formato grupal y la terapia familiar; ante esto la TIP grupal, es una adaptación grupal de la TIP, más factible en diversos contextos, tiene un enfoque psicoeducativo cuya idea básica es que existe un vínculo

entre el estado de ánimo y las relaciones interpersonales; por ejemplo, los síntomas depresivos pueden desencadenarse por disputas con alguien importante para el paciente, originadas por expectativas distintas, lo que genera distancia y frialdad entre los involucrados; en estos casos, la terapia busca que la persona se dé cuenta de lo que ambas partes esperan, aprenda a desarrollar y practicar nuevas habilidades de comunicación, así como a gestionar la participación de terceros que faciliten la resolución del conflicto (53); de manera complementaria, la terapia familiar busca transformar la dinámica interna del entorno del paciente para favorecer su salud emocional, ya que considera que la pareja y la familia constituyen un soporte esencial; de este modo, el entorno familiar pasa de ser un contexto que mantenía el malestar (con carga psicológica, física y económica) a convertirse en un recurso terapéutico activo, que empodera a la familia, promueve una comunicación más abierta y la hace sentirse capaz de proteger al paciente y comprender la enfermedad (54).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son fundamentales en el manejo de los trastornos depresivos por su eficacia y seguridad; los fármacos de primera línea son principalmente la fluoxetina (20 a 60 mg/día) y la sertralina (50 a 200 mg/día), y ante una respuesta insuficiente o intolerancia al medicamento, se emplea otro ISRS, considerando que una mejoría temprana de los síntomas depresivos predice una buena respuesta al tratamiento (55); el tratamiento se inicia con dosis mínimas y se aumenta progresivamente para evaluar la tolerancia y reducir efectos adversos como náuseas, vómitos, aumento de peso, arritmias o disfunción sexual; en su evolución se distinguen tres fases: la fase aguda (6 a 12 semanas), cuyo objetivo es lograr la remisión sintomática y la recuperación del funcionamiento diario; la fase de continuación (4 a 9 meses), destinada a evitar recaídas; y la fase de mantenimiento (más de un año), orientada a prevenir recurrencias de episodios depresivos (56); finalmente, la suspensión de antidepresivos debe realizarse de forma progresiva para evitar problemas asociados a la interrupción repentina del

tratamiento, ya que el paciente podría experimentar síntomas intensos que aparecen entre las 24 y las 72 horas posteriores a la interrupción del fármaco y persisten durante una a tres semanas, lo que puede provocar el retorno o agravamiento de la enfermedad principal después de una fase de remisión (57, 58).

2.2.3. Variable 2. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS)

Este es un concepto multifactorial que integra la percepción subjetiva del individuo respecto a cómo su salud o enfermedad repercute en su funcionamiento físico, psicológico y social; la CVRS se ha consolidado como un parámetro primordial para ajustar el estado de salud del paciente, monitorizar los cambios a lo largo del tiempo y valorar el impacto de los tratamientos en su vida diaria; asimismo, constituye un material de gran valor discriminativo en la proyección de políticas de salud (59).

2.2.3.1. Impacto de la hemodialisis en la CVRS de los pacientes

Esta es una terapia de sustitución renal a la que se sujetan los pacientes con enfermedad renal crónica, y cuyo impacto en la vida diaria de quienes la reciben es profundo: no solo ocasiona dependencia de la máquina, sino que afecta la productividad personal, lo que se traduce en una menor participación familiar y social, así como en la pérdida de la continuidad laboral (60); la sintomatología propia de la enfermedad provoca un desperfecto de la función física e interfiere en las funciones esenciales de la vida cotidiana relativas al cuidado propio, como nutrirse, vestirse o mantener la higiene corporal, interferencia que en ocasiones se ve agravada por un agotamiento marcado vinculado al dolor físico; a esto se suma la incertidumbre respecto al estado en que saldrán tras cada sesión de hemodiálisis, junto con el tiempo que dedican al tratamiento y a la inactividad laboral con sus implicancias económicas, factores que obligan al paciente a modificar su estilo de vida; las limitaciones que produce la enfermedad originan un cambio notable en su perspectiva de vida y un declive en su bienestar general, lo que favorece la aparición de trastornos emocionales (61).

Por otra parte, la hemodiálisis genera cambios significativos que afectan la autogestión del paciente, quien en ocasiones debe depender de otra persona para su cuidado o traslado al centro de diálisis; por ello, casi siempre existe un cuidador primario informal que enfrenta una carga considerable de estrés, lo que afecta su capacidad para desenvolverse en el día a día; estas repercusiones deterioran tanto la calidad de vida del paciente como la del propio cuidador, lo que enfatiza la necesidad de un apoyo integral para ambos; el desafío que implica adaptarse a un evento estresante como vivir con una enfermedad crónica origina un estado de ansiedad, depresión y trastornos del sueño, lo que se traduce en un humor negativo e incrementa las manifestaciones sintomáticas que empeoran su evolución (62,63).

2.2.4. Definición del cuestionario de Depresión

El PHQ-9 es un instrumento unidimensional cuyos ítems se fundamentan en los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-IV (mantenidos en el DSM-5), y fueron validados mediante entrevistas clínicas psiquiátricas siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE-10 (64).

2.2.5. Definición del cuestionario calidad de vida

Movilidad: capacidad física para desplazarse de un lugar a otro, caminando con total libertad y facilidad y manteniendo la independencia en las acciones de la vida diaria; asimismo, refleja el nivel de independencia del individuo (65) (66).

Autocuidado: según la OMS, se refiere a las actividades que la persona realiza para mantener un estado de salud óptimo, así como para prevenir la aparición o progresión de enfermedades, con o sin soporte de un experto de la salud; por ejemplo, en el autocuidado físico se busca el bienestar del cuerpo, y para ello se debe cumplir con una dieta renal adecuada en nutrientes, tomar los medicamentos en los horarios indicados, realizar suficiente actividad física, atender apropiadamente cualquier malestar corporal y acudir a las sesiones de hemodiálisis(67).

Actividades cotidianas: se refieren a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que son habilidades vitales destinadas a gestionar las necesidades primarias de las personas, como trasladarse de la cama a una silla, ir solo al baño, vestirse y alimentarse; por otro lado, existen actividades más complejas, denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como desplazarse fuera de casa (en transporte público o propio), preparar sus alimentos, hacer compras, realizar las tareas domésticas y la autoadministración de medicamentos (68).

Dolor/malestar: constituye una percepción sensorial y afectivo de índole aversiva, vinculada o similar a la generada por un daño orgánico existente o latente (69); mientras que el malestar es una sensación general de debilidad o incomodidad física o psíquica con síntomas inespecíficos, de intensidad variable, que indica que algo no está bien en el organismo y puede percibirse como dolor, fatiga, tensión u hormigueo (70).

Ansiedad/Depresión: Constituye una reacción afectiva de carácter predictivo frente a un riesgo o daño eventual, manifestada por una preocupación o miedo excesivos, conductas de evitación, palpitaciones cardíacas, tensión muscular, agitación, entre otros síntomas (71); mientras que la depresión es una perturbación emocional que se reconoce por un estado de tristeza sostenida, desmotivación y pérdida del disfrute habitual, con cambios cognitivos y físicos significativos que comprometen la funcionalidad del individuo (72).

2.2.6. Teorías

Teoría de la autorregulación de Leventhal

La teoría de la autorregulación de Leventhal sostiene que, ante un síntoma o diagnóstico, el individuo construye representaciones de su enfermedad (qué es, qué la causa, cuánto durará, qué consecuencias tendrá y si puede controlarla o si tiene cura); a partir de estas representaciones, el modelo propone que el afrontamiento emplea estrategias (como buscar atención médica, modificar el estilo de vida o adherirse al tratamiento), las cuales son luego

evaluadas por el paciente; si el miedo domina, puede ocasionar negación o evitación, lo que se traduce en un afrontamiento inadecuado; en cambio, si se corrigen estas percepciones erróneas, la persona podrá interpretar la situación con mayor realismo y adoptar estrategias más eficaces, con mejores resultados (73); en el argumento de la presente investigación, esta teoría plantea que la ausencia de estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad crónica incrementa la vulnerabilidad emocional y disminuye la adherencia terapéutica, lo cual incide desfavorablemente en su evolución clínica y en su bienestar general.

Teoría Cognitiva de Aaron Beck

La Teoría Cognitiva de Aaron Beck sostiene que la depresión tiene su origen en patrones de pensamiento negativos y distorsionados que se activan frente a determinadas situaciones; Beck identificó la denominada tríada cognitiva, que incluye una percepción pesimista del yo (sentimientos de inutilidad o fracaso), del mundo (creencias de que todo es hostil o injusto) y del futuro (expectativas negativas y desesperanza), patrones que surgen de una cognición disfuncional formada a lo largo de la vida, especialmente durante experiencias tempranas adversas; según esta teoría, al modificar dichos pensamientos mediante intervenciones terapéuticas como la reestructuración cognitiva, es posible mejorar el estado emocional del individuo, su conducta y su CVRS; esta perspectiva ha sido fundamental para el desarrollo de la TCC, ampliamente utilizada en el tratamiento de la depresión y otros trastornos psicológicos (74); en el contexto de los pacientes renales, esta teoría explica que estos pueden desarrollar depresión debido a pensamientos negativos sobre sí mismos, su entorno y su futuro, dado que la dependencia del tratamiento, las limitaciones físicas y la pérdida de roles sociales refuerzan esta tríada cognitiva, lo que afecta su estado emocional, adherencia terapéutica y CVRS.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

- Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

- Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y la dimensión habilidades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

- Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y la dimensión salud dolor / malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

La presente pesquisa se enmarcó bajo la perspectiva del enfoque hipotético-deductivo, con la finalidad de confirmar o refutar la hipótesis propuesta a través de un proceso cíclico (reconocimiento del problema, formulación del problema, proposición de hipótesis, recopilación de información, análisis de datos y discusión de resultados), con el objetivo de generar conocimiento científico (75).

3.2. Enfoque investigativo

Este estudio se enmarca dentro del paradigma cuantitativo, puesto que se utilizó la medición numérica y el análisis estadístico inferencial, lo que permitió comprobar las hipótesis formuladas (76).

3.3. Tipo de investigación

La investigación se clasifica como de tipo aplicada, en virtud de que se sustenta en el acervo de conocimientos científicos previamente validados y busca generar evidencia científica actualizada, orientada a acciones preventivas y promocionales dirigidas a favorecer la CVRS de los pacientes en hemodiálisis (77).

3.4. Diseño de la investigación

El trabajo investigativo empleó un diseño descriptivo-transversal, ya que registró la situación real de la población en estudio, recurriendo a la técnica de la encuesta, la cual se operacionalizó a través de dos cuestionarios específicos, aplicados de forma directa y en una sola ocasión, lo que facilitó medir simultáneamente las variables depresión y calidad de vida relacionada con la salud, sin requerir el seguimiento de los pacientes; el diseño también se caracterizó por ser de alcance correlacional, ya que su finalidad fue determinar si existía asociación entre las variables (78, 79).

3.5. Población, muestra y muestreo

Los sujetos de estudio correspondieron a 54 pacientes adultos en tratamiento de hemodiálisis por enfermedad renal crónica del Centro de Diálisis Vida Renal, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima (Perú), durante el período de recolección de datos, que tuvo una duración aproximada de cinco meses.

Finalmente, el estudio se llevó a cabo con una muestra de 52 pacientes, resultado de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, los cuales excluyeron a dos pacientes: una mujer con dificultades de lectura y problemas auditivos, y un varón que no asistía a sus sesiones de hemodiálisis con la frecuencia regular de tres veces por semana.

El diseño muestral correspondió a un modelo no probabilístico intencional, en vista de que se incorporó a la totalidad de los sujetos que satisficieron los criterios de elegibilidad y manifestaron su consentimiento voluntario durante la etapa de levantamiento de información; esta modalidad de selección se justifica por la accesibilidad operativa al Centro de Diálisis Vida Renal y por las características poblacionales del estudio, al tratarse de una población limitada y atendida en un único centro).

Criterios de inclusión

Se incluyó a pacientes adultos de ambos sexos, lúcidos, que hubieran recibido hemodiálisis durante un período de al menos tres meses (condición que garantizaba una experiencia suficiente con el tratamiento para evaluar su CVRS) y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

No se consideró a pacientes que recibían otras terapias de reemplazo renal distintas de la hemodiálisis, aquellos con antecedentes de alteraciones cognitivas severas, con incapacidad para comunicarse, ver u oír, ni a quienes no aceptaron firmar el consentimiento informado.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Factores biopsicosociales	Características biológicas, psicológicas y sociales del paciente que ejercen efecto sobre alguna condición como salud, bienestar o comportamiento (80,81)	Los datos relevantes del paciente se obtuvieron mediante una ficha adjunta a los cuestionarios	Factores sociodemográficos	Edad	Cuantitativa de razón	Numérica (años)
				Sexo	Cualitativa nominal	Femenino/ Masculino
				Estado civil	Cualitativa nominal	viudo/a divorciado/a, conviviente, Soltero/a, casado/a,
				Grado de instrucción	Cualitativa ordinal	Sin estudios, superior secundaria primaria
				Condición laboral	Cualitativa nominal	Sí, no, jubilado/a

				Residencia actual	Cualitativa nominal	Distrito de procedencia
			Factores clínicos o biológicos	Tiempo de hemodiálisis	Cuantitativa de razón	Meses / años
				Comorbilidad	Cualitativa nominal	Ninguna, diabetes, hipertensión, hipertensión y diabetes, otras
				Ejercicio	Cualitativa nominal	Sí / No
			Factores psicosociales	Apoyo social	Cualitativa nominal	Sí / No
V1: Depresión (variable independiente)	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente y pérdida del interés en actividades que antes causaban	Para medir la depresión se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), con un período de recordatorio	Unidimensional	1. Poco interés o placer en hacer las cosas 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas 3. Problemas para dormir, mantenerse dormido/a, o dormir demasiado 4. Sentirse cansado/a o	3 = Casi todos los días 2 = Más de la mitad de los días 1 = Varios días 0 = Nada	20–27 = Severa 15–19 = Moderadamente severa 10–14 = Moderada 5–9 = Leve 0–4 = Depresión mínima o nula

	placer (síntomas principales), además de otros síntomas adicionales como fatiga, alteración del sueño y retardo psicomotor (46)	correspondiente a las dos semanas previas al día de evaluación (82)		con poca energía 5. Poco apetito o comer en exceso 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a, o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión 8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo hayan podido notar? O lo contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal 9. Pensamientos de que		
--	--	--	--	--	--	--

				sería mejor estar muerto/a o de querer lastimarse de alguna forma		
V2: CVRS (variable dependiente)	Se entiende como la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su situación dentro del contexto de su enfermedad y tratamiento (59)	Para medir la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el Cuestionario EuroQol-5 dimensiones-5 niveles (EQ-5D-5L), versión en español, con un período de recordatorio correspondiente al día de la evaluación (83)	Movilidad	Problemas para caminar	NIVEL 5: Incapacidad o problemas extremos NIVEL 4: Problemas graves NIVEL 3: Problemas moderados NIVEL 2: Problemas leves NIVEL 1: Sin problemas	Índice de utilidad: 1 = salud perfecta 0 = muerte Valores negativos = estados peores que la muerte
			Autocuidado	Problemas para lavarse o vestirse	Igual que en Movilidad	

			Actividades cotidianas (tiempo libre, trabajar, tareas domésticas, estudiar, actividades familiares)	Problemas para realizar las actividades cotidianas	Igual que en Movilidad	Igual que en Movilidad
			Dolor / Malestar	Presencia de dolor o malestar	Igual que en Movilidad	Igual que en Movilidad
			Ansiedad / Depresión	Presencia de ansiedad o depresión	Igual que en Movilidad	Igual que en Movilidad
			EQ-VAS	Estado de salud global autopercebido	Escala numérica continua 0 – 100	0 = peor salud imaginable 100 = mejor salud imaginable

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se empleó fue la encuesta, mediante dos cuestionarios que permitieron obtener información relacionada con las variables de estudio.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Cuestionario 1: Depresión

Para medir la primera variable, depresión, se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés Patient Health Questionnaire-9), diseñado para la detección y medición de la severidad de los síntomas depresivos; fue creado en el año 1999 por los Dres. Kurt Kroenke, Robert Spitzer y Janet Williams (84); de acuerdo con Alkubati et al., el PHQ-9 ha demostrado ser una herramienta práctica, sensible y útil para el tamizaje de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis, ya que permite identificar subgrupos de riesgo, lo que resalta la necesidad de integrar la evaluación de salud mental en los programas de diálisis (85).

El cuestionario PHQ-9 es autoadministrado, con un período de recuerdo de las dos semanas previas; los ítems se organizan de acuerdo con la guía de práctica clínica de EsSalud (86), y su descripción se sustenta en los conceptos clínicos establecidos por el MINSA (87):

1. Anhedonia: evalúa si el paciente ha perdido el interés o el placer por actividades que antes le resultaban placenteras.
2. Tristeza: evalúa si el paciente presenta algún grado de tristeza asociado a sentimientos de desesperanza o irritabilidad, que puede ir acompañada de labilidad emocional.
3. Problemas para dormir: evalúa si existen variaciones en los hábitos de sueño, ya sea por prolongación anormal del sueño o por dificultad para conciliarlo, lo que afecta la cantidad y/o calidad del descanso.

4. Anergia: evalúa la disminución de la vitalidad; el paciente presenta una sensación de cansancio o fatiga no justificada que suele ser más intensa en horas de la mañana.
5. Cambios en el apetito: evalúa la conducta relacionada con la alimentación, como la disminución (hiporexia) o el aumento (hiperfagia) en la ingesta de alimentos, que pueden conllevar pérdida o ganancia de peso.
6. Baja autoestima: evalúa alteraciones del pensamiento caracterizadas por ideas pesimistas sobre sí mismo, sentimientos autocríticos, desesperanza y culpa excesiva, e incluso, en algunos casos, pensamientos de haber abandonado a la familia o ser una carga para ella.
7. Distraibilidad: evalúa la capacidad para conservar la atención o la tendencia a distraerse fácilmente durante una acción determinada.
8. Problemas psicomotores: evalúa cambios en la actividad psicomotora, así como en el ritmo o intensidad de los movimientos corporales, como el enlentecimiento o la agitación.
9. Ideación suicida: evalúa la presencia de pensamientos de muerte o de hacerse daño, los cuales, según su gravedad, pueden incrementarse hasta convertirse en planes suicidas concretos; a diferencia de la conducta suicida, en la que la persona se autolesiona con algún grado de intencionalidad.

Asimismo, se incluye una décima pregunta opcional que no se puntúa como las anteriores, pero que evalúa cuán difíciles son los síntomas depresivos en la vida diaria del paciente y valida la relevancia funcional del cuadro depresivo.

Cada uno de los ítems presenta cuatro respuestas según la frecuencia de los síntomas experimentados por la persona durante las dos semanas previas: 0 corresponde a nada, que representa ausencia del síntoma; 1 a varios días, que indica que el síntoma estuvo presente algunos días; 2 a más de la mitad de los días, que señala una presencia frecuente del síntoma;

y 3 a casi todos los días, que representa una presencia casi constante del síntoma. La suma total de los ítems oscila entre 0 y 27 puntos: los valores entre 0 y 4 indican depresión mínima o nula, entre 5 y 9 depresión leve, entre 10 y 14 depresión moderada, entre 15 y 19 depresión moderadamente grave y entre 20 y 27 depresión grave (82).

Cuestionario 2: CVRS

Para evaluar la segunda variable, CVRS, se utilizó el cuestionario EQ-5D-5L, diseñado para medir la CVRS en adultos; es una versión mejorada del EQ-5D-3L, creada por el EuroQol Group en el año 2009 (87); de acuerdo con Noto et al., este instrumento ha demostrado adecuada validez y utilidad clínica para evaluar la CVRS en pacientes en hemodiálisis, así como aportar información valiosa sobre los años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALY), que pueden integrarse en modelos de costo-utilidad y en la evaluación de rentabilidad de los programas de diálisis dentro de los sistemas de salud (12).

El cuestionario EQ-5D-5L es autoadministrado, consta de dos páginas, y se pidió a los pacientes que calificaran su salud considerando el "hoy" como período de recuerdo; el sistema descriptivo de 5 dimensiones y la escala visual analógica (EQ-VAS) se presentan en el siguiente orden (88):

1. Movilidad: evalúa la capacidad del paciente para desplazarse de manera autónoma.
2. Autocuidado: evalúa si el paciente realiza las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como bañarse o vestirse solo.
3. Actividades habituales: evalúa actividades más complejas como trabajar, realizar tareas domésticas, ocio y vida familiar.
4. Dolor/malestar: evalúa si el paciente siente dolor físico o malestar general en el cuerpo.
5. Ansiedad/depresión: evalúa el estado emocional de la persona, específicamente la presencia de ansiedad o depresión.

Cada dimensión cuenta con cinco niveles que permiten graduar la percepción del paciente: 1 corresponde a la ausencia de dificultades, 2 a una afectación leve, 3 a una afectación moderada, 4 a una afectación grave y 5 a una incapacidad total o extrema (89).

De esta manera, se forma un perfil de 5 dígitos; si algún nivel es mayor a 1, se realiza su transformación cuantitativa aplicando la fórmula de Augustovski:

$$1 - 0,104MO2 - 0,223MO3 - 0,312MO4 - 0,473MO5 - 0,117SC2 - 0,214SC3 - 0,264SC4 - 0,355SC5 - 0,143UA2 - 0,157UA3 - 0,231UA4 - 0,347UA5 - 0,072PD2 - 0,132PD3 - 0,287PD4 - 0,476PD5 - 0,123AD2 - 0,126AD3 - 0,188AD4 - 0,422AD5 \quad (90).$$

A modo de ejemplo, al aplicar la fórmula al perfil 55555, al valor 1 (salud perfecta) se le restan los coeficientes correspondientes a este perfil ($0,473 + 0,355 + 0,347 + 0,476 + 0,422$), obteniéndose un resultado de $-1,073$; este valor, denominado índice de utilidad, refleja una intensidad de sufrimiento tal que, según la población peruana, vivir en ese estado se considera peor que estar muerto. Por su parte, el EQ-VAS proporciona una autoevaluación numérica subjetiva del estado de salud global, valorada en una escala analógica visual vertical estándar de 20 cm, donde 100 indica la mejor salud imaginable y 0 la peor salud imaginable (83).

3.7.3. Validación

Instrumento 1: Depresión

El PHQ-9 cuenta con validación por juicio de expertos para la población peruana, razón por la cual la Dirección de Salud Mental del MINSA, junto con el Instituto Nacional de Salud (INS) y especialistas en salud mental, concluyeron que el PHQ-9 es un instrumento adecuado y de fácil aplicación en la atención primaria en el Perú (91); posteriormente, Cehua et al. (2022) estudiaron una muestra representativa de 343 internos de medicina humana de una universidad privada, con la finalidad de validar la estructura factorial del cuestionario PHQ-9, encontrando que los coeficientes de correlación ítem/test presentaron valores superiores a 0,5 para cada uno de los nueve ítems y un alfa de Cronbach (α) de 0,882, considerado bueno (92).

El coeficiente alfa de Cronbach es un indicador que evalúa la fiabilidad interna de los ítems, y presenta diferentes rangos de interpretación: un valor mayor a 0,9 indica una excelente confiabilidad interna del cuestionario; mayor a 0,8 se considera bueno; mayor a 0,7, aceptable; entre 0,7 y 0,6, cuestionable; entre 0,6 y 0,5, pobre o malo; y menor de 0,5, inaceptable (93).

En diferentes contextos internacionales se han reportado alfas de Cronbach de aceptable a excelente: en pacientes chinos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se reportó un alfa de Cronbach de 0,79 (94), y en personas inmigrantes hispanohablantes en Chile, un alfa de Cronbach de 0,90 (95).

Instrumento 2: CVRS

Se utilizó la versión en español del cuestionario EQ-5D-5L, creada por el EuroQol Group, lo que garantizó su aplicabilidad en la población peruana; la validez del instrumento se sustenta en el estudio de Młyńczak y Golicki (2021), realizado en pacientes con enfermedades crónicas, donde 5 jueces expertos alcanzaron un 95 % de acuerdo y concordancia de los ítems, lo que se interpreta como bueno; asimismo, el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue $> 0,5$ (valores cercanos a 1 indican que la muestra es adecuada para el análisis factorial), y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de $p < 0,001$ ($p < 0,05$ rechaza la hipótesis nula), lo que confirma que los datos son adecuados para el análisis factorial (97); adicionalmente, el estudio de Matta Solis (2022) aplicó el EQ-5D-5L en 72 pacientes con COVID-19 hospitalizados en un hospital del Callao, lo que respalda su uso previo en la población peruana con condiciones clínicas complejas (96).

El EQ-5D-5L fue valorado en Perú por Augustovski et al. (2020), con el apoyo y financiamiento del INS y del EuroQol Group, mediante entrevistas en las ciudades de Lima, Arequipa e Iquitos; se aplicó el DCE (discrete-choice experiments) en 1 000 participantes y el cTTO (time trade-off) en 300; en este último, se comparó la opción de vivir 10 años con problemas de salud frente a vivir el mismo período en salud perfecta; a partir de ello, se

establecieron los estados de salud o el conjunto de valores (value set) peruano; el resultado de esta valoración es un número que refleja la calidad de vida relacionada con la salud y que, combinado con la cantidad de años de vida (años de vida ajustados por calidad o AVAC), permite estimar las ganancias en salud alcanzadas (90).

A nivel internacional, diferentes estudios han reportado alfas de Cronbach de aceptable a bueno: en Singapur, un alfa de Cronbach de 0,79 en pacientes con espondiloartritis axial (98), y en España, un alfa de Cronbach $\geq 0,78$ en adultos con diabetes mellitus (99).

3.7.4. Confiabilidad

Corral (2022) describe la confiabilidad como la exactitud, precisión, consistencia y reproducibilidad de los datos aportados por los instrumentos, datos que resultan notables para el beneficio de los objetivos de investigación planteados; en cuanto al cálculo de esta propiedad, se aplicó la prueba de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que resulta adecuado cuando se utilizan variables categóricas bajo una escala como, por ejemplo, la Likert (100).

El alfa de Cronbach para el cuestionario sobre depresión fue de 0,844, lo que indica que el cuestionario es fiable para el propósito diseñado; asimismo, el alfa de Cronbach para el cuestionario sobre CVRS fue de 0,724, lo que indica una confiabilidad aceptable del instrumento.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Tras la conformidad del comité de ética de la UWIENER, se solicitó la autorización del Centro de Diálisis Vida Renal para la cogida de datos; el análisis se realizó desde un enfoque estadístico que incluyó el análisis descriptivo de los datos y el análisis inferencial, este último orientado a comprobar la asociación entre las variables de estudio; para ello, se utilizaron paquetes de software adecuados: Microsoft Excel para el ingreso y tabulación de los datos, y

el paquete estadístico SPSS para los análisis inferenciales; para medir la asociación entre las variables, se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, con un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$.

3.9. Aspectos éticos

La rigurosidad bioética de la intervención se sostuvo en el respeto irrestricto a la autonomía, confidencialidad, justicia, beneficencia y no maleficencia de los evaluados, quienes aceptaron participar voluntariamente tras conocer los alcances del estudio y cuyos datos fueron protegidos bajo el más estricto anonimato. Sumado a ello, el diseño basado únicamente en cuestionarios autoadministrados eximió a la muestra de cualquier riesgo perjudicial, cumpliendo así con las normativas internacionales que rigen estas prácticas, lo cual fue certificado mediante la revisión formal del Comité de Ética en Investigación de UWIENER.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Se describirán las variables sociodemográficas recogidas en la investigación, así como los ítems de cada variable.

Tabla 1. *Las variables sociodemográficas de tipo cualitativas*

Variable	Categorías	Fi	%
Sexo	Femenino	23	44.2
	Masculino	29	55.8
	Total	52	100.0
Estado civil	Viudo/a	3	5.8
	Divorciado/a	1	1.9
	Conviviente	13	25.0
	Soltero/a	10	19.2
	Casado/a	25	48.1
	Total	52	100.0
Nivel educativo	No tiene estudios	1	1.9
	Primaria	8	15.4
	Secundaria	24	46.2
	Superior	19	36.5
	Total	52	100.0
Situación laboral	No	25	48.0
	Sí	20	38.5
	Jubilado/a	7	13.5
	Total	52	100.0
Residencia	Chorrillos	1	1.9
	Lurín	2	3.9
	Pachacamac	1	1.9
	Pucusana	2	3.9
	SJM	24	46.2
	Surco	1	1.9
	VES	14	26.9
	VMT	3	5.8
	Pamplona	4	7.7
	Total	52	100.0
Comorbilidad	Ninguna	2	3.8
	Diabetes	3	5.8
	Hipertensión	31	59.6

	Hipertensión / Diabetes	13	25.0
	Otros	3	5.8
	Total	52	100.0
Apoyo social	No	9	17.3
	Sí	43	82.7
	Total	52	100.0
Realiza ejercicios	No	29	55.8
	Sí	23	44.2
	Total	52	100.0

Fuente: Elaboración propia

Respecto al sexo, el 55.8% de los pacientes son varones y el 44.2% mujeres. En cuanto al estado civil, el 48.1% son casados, el 25% convivientes, el 19.2% solteros, el 5.8% viudos y el 1.9% divorciados. Respecto al nivel educativo, el 46.2% tiene secundaria, el 36.5% nivel superior, el 15.4% solo primaria y el 1.9% no tiene estudios. Respecto a la situación laboral, el 48% no trabaja, mientras que el 38.5% sí lo hace; asimismo, el 13.5% es jubilado. En cuanto al lugar de residencia, el 46.2% proviene de San Juan de Miraflores (SJM), el 26.9% de Villa El Salvador (VES), el 7.7% de Pamplona, el 5.8% de Villa María del Triunfo (VMT), el 3.9% de Lurín, el 3.9% de Pucusana, el 1.9% de Pachacamac, el 1.9% de Chorrillos y el 1.9% de Surco. Respecto a la comorbilidad, el 59.6% de los pacientes presenta solo hipertensión; el 25% hipertensión y diabetes; el 5.8% solo diabetes; el 5.8% otro tipo de comorbilidad, y el 3.8% no presenta ninguna comorbilidad. En cuanto al apoyo social, el 82.7% de los pacientes sí cuenta con apoyo social, mientras que el 17.3% no lo tiene. Finalmente, respecto a la realización de ejercicios, el 55.8% de los pacientes no realiza ningún tipo de ejercicio, mientras que el 44.2% sí lo realiza.

Tabla 2. *Las variables sociodemográficas cuantitativas*

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Edad	52	26	102	57.83	14.069
Tiempo en hemodiálisis - meses	52	3	240	93.25	70.648

Fuente: Elaboración propia

Se observa que la edad media de los pacientes de hemodiálisis es de 57.83 años, con una desviación estándar de 14.069 años; la persona de menor edad tiene 26 años y la de mayor edad, 102 años; en cuanto al tiempo en hemodiálisis, el tiempo medio es de 93.25 meses, con una desviación estándar de 70.648 meses; asimismo, el menor tiempo registrado fue de 3 meses, mientras que el mayor tiempo fue de 240 meses.

Tabla 3. *Niveles de depresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mínima o nula (0-4)	26	50.0	50.0
Leve (5-9)	15	28.9	78.9
Moderada (10-14)	6	11.5	90.4
Moderadamente severa (15-19)	2	3.8	94.2
Severa (20-27)	3	5.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la severidad de los cuadros depresivos, se advierte que un 50% de los pacientes se ubica en el rango de afectación mínima o inexistente; siguiendo en orden de prevalencia, el 28.9% manifiesta un nivel leve, mientras que el 11.5% evidencia síntomas moderados; además las manifestaciones clínicas más críticas conforman la proporción restante, dividiéndose en un 3.8% para la condición moderadamente severa y un 5.8% para el estado severo.

A continuación, se describen los 9 Ítems del cuestionario PHQ -9 (Depresión)

Tabla 4. *Ítem 1. Poco interés o placer en hacer las cosas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	33	63.5	63.5
Varios días	10	19.2	82.7
Más de la mitad de los días	3	5.8	88.5
Casi todos los días	6	11.5	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al poco interés o placer en hacer las cosas, el 63.5% de los pacientes refiere no haber experimentado este síntoma; el 19.2% lo presentó varios días; el 5.8% más de la mitad de los días; y el 11.5% casi todos los días.

Tabla 5. *Ítem 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	26	50.0	50.0
Varios días	18	34.7	84.7
Más de la mitad de los días	2	3.8	88.5
Casi todos los días	6	11.5	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto a sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas, el 50% de los pacientes refiere no haber experimentado este síntoma; el 34.7% lo presentó varios días; el 3.8% más de la mitad de los días; y el 11.5% casi todos los días.

Tabla 6. *Ítem 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	19	36.5	36.5
Varios días	17	32.7	69.2
Más de la mitad de los días	5	9.6	78.8
Casi todos los días	11	21.2	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 3, el 36.5% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 32.7% lo presentó varios días; el 9.6% más de la mitad de los días; y el 21.2% casi todos los días.

Tabla 7. *Ítem 4. Sentirse cansado/a o con poca energía*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	13	25.0	25.0
Varios días	27	52.0	77.0
Más de la mitad de los días	6	11.5	88.5
Casi todos los días	6	11.5	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 4, el 25% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 52% lo presentó varios días; el 11.5% más de la mitad de los días; y el 11.5% casi todos los días.

Tabla 8. *Ítem 5. Poco apetito o comer en exceso*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	30	57.7	57.7
Varios días	12	23.1	80.8
Más de la mitad de los días	3	5.7	86.5
Casi todos los días	7	13.5	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto ítem 5, el 57.7% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 23.1% lo presentó varios días; el 5.7% más de la mitad de los días; y el 13.5% casi todos los días.

Tabla 9. *Ítem 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	38	73.1	73.1
Varios días	7	13.5	86.6
Más de la mitad de los días	2	3.8	90.4
Casi todos los días	5	9.6	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 6, el 73.1% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 13.5% lo presentó varios días; el 3.8% más de la mitad de los días; y el 9.6% casi todos los días.

Tabla 10. *Ítem 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	39	75.0	75.0
Varios días	7	13.5	88.5
Más de la mitad de los días	1	1.9	90.4
Casi todos los días	5	9.6	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 7, el 75% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 13.5% lo presentó varios días; el 1.9% más de la mitad de los días; y el 9.6% casi todos los días.

Tabla 11. *Ítem 8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo hayan podido notar? O lo contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Para nada	36	69.2	69.2
Varios días	11	21.2	90.4
Más de la mitad de los días	3	5.8	96.2
Casi todos los días	2	3.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 8, el 69.2% de los pacientes refiere no haber presentado este síntoma; el 21.2% lo presentó varios días; el 5.8% más de la mitad de los días; y el 3.8% casi todos los días.

Tabla 12. Ítem 9. *Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que querer lastimarse de alguna forma*

Frecuencia de los pensamientos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casi todos los días	2	3.8	3.8
Más de la mitad de los días	4	7.7	11.5
Varios días	6	11.5	23.0
Para nada	40	77.0	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al ítem 9; el 11.5% lo presentó varios días; el 7.7% más de la mitad de los días; y el 3.8% casi todos los días.

En cuanto a las dimensiones del cuestionario EQ - 5D - 5L (Calidad de vida relacionada con la salud) se presentan las siguientes tablas descriptivas.

Tabla 13. D 1. *Movilidad*

Nivel de dificultad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tengo problemas graves para caminar	2	3.8	3.8
Tengo problemas moderados para caminar	9	17.3	21.1
Tengo problemas leves para caminar	17	32.7	53.8
No tengo problemas para caminar	24	46.2	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la movilidad, el 46.2% de los pacientes manifiesta no tener problemas para caminar; el 32.7% presenta problemas leves; el 17.3%, problemas moderados; y el 3.8%, problemas graves.

Tabla 14. D 2. Autocuidado

Nivel de dificultad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No puedo lavarme o vestirme	2	3.8	3.8
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	4	7.7	11.5
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	5	9.7	21.2
No tengo problemas para lavarme o vestirme	41	78.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al autocuidado, el 78.8% de los pacientes manifiesta no tener problemas para lavarse o vestirse; el 9.7% presenta problemas leves; el 7.7%, problemas moderados; y el 3.8% manifiesta no poder lavarse o vestirse.

Tabla 15. D 3. Actividades cotidianas

Nivel de dificultad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No puedo realizar mis actividades cotidianas	3	5.8	5.8
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	13	25.0	30.8
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	9	17.3	48.1
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	27	51.9	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las actividades cotidianas, el 51.9% de los pacientes indica no presentar problemas; el 17.3% manifiesta tener problemas leves; el 25%, problemas moderados; y el 5.8% indica no poder realizar sus actividades cotidianas.

Tabla 16. D 4. Dolor / Malestar

Nivel de dolor o malestar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tengo dolor o malestar fuerte	3	5.8	5.8
Tengo dolor o malestar moderado	13	25.0	30.8
Tengo dolor o malestar leve	19	36.5	67.3
No tengo dolor ni malestar	17	32.7	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al dolor/malestar, el 32.7% de los pacientes manifiesta no tener dolor ni malestar; el 36.5% indica tener dolor o malestar leve; el 25%, dolor o malestar moderado; y el 5.8% manifiesta tener dolor o malestar fuerte.

Tabla 17. D 5. Ansiedad / Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estoy extremadamente ansioso o deprimido	1	1.9	1.9
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	9	17.3	19.2
Estoy levemente ansioso o deprimido	14	27.0	46.2
No estoy ansioso ni deprimido	28	53.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la ansiedad/depresión, el 53.8% de los pacientes manifiesta no encontrarse ansioso ni deprimido; el 27% indica encontrarse levemente ansioso o deprimido; el 17.3%, moderadamente ansioso o deprimido; y el 1.9%, extremadamente ansioso o deprimido.

En el mismo sentido, se presentan los descriptivos del Índice de utilidad, y del indicador de calidad (EQ-VAS):

Tabla 18. *Análisis descriptivo de Depresión y Calidad de vida relacionada con la salud*

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Depresión	52	0	25	6.15	5.812
Índice de utilidad	52	-0.234	1	0.66	0.291
EQ-VAS	52	20	100	66.54	18.406

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la depresión, la puntuación media fue de 6.15 puntos (DE = 5.812), con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 25. El valor medio del índice de utilidad fue de 0.66 (DE = 0.291), con una puntuación mínima de -0.234 y máxima de 1. Respecto al indicador EQ-VAS, la media fue de 66.54 puntos (DE = 18.406), con un valor mínimo de 20 y un valor máximo de 100.

4.1.2. Análisis inferencial de resultados

Seguidamente, se exponen las evidencias estadísticas obtenidas tras la verificación empírica de las hipótesis de trabajo:

Hipótesis general

A continuación, se plantea la hipótesis en su forma estadística:

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Debido a que el volumen de la muestra estuvo conformado por más de 50 casos, se seleccionó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para examinar el comportamiento de los datos; este paso previo resultó indispensable para comprobar el criterio de normalidad antes de ejecutar las pruebas de asociación.

Tabla 19. *Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	0.184	52	0.000
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	0.147	52	0.007

a. Es significativa al 0.05

Como se observa en la prueba de normalidad, los datos no se ajustan a una distribución normal ($p = 0,000 < 0,05$; $p = 0,007 < 0,05$).

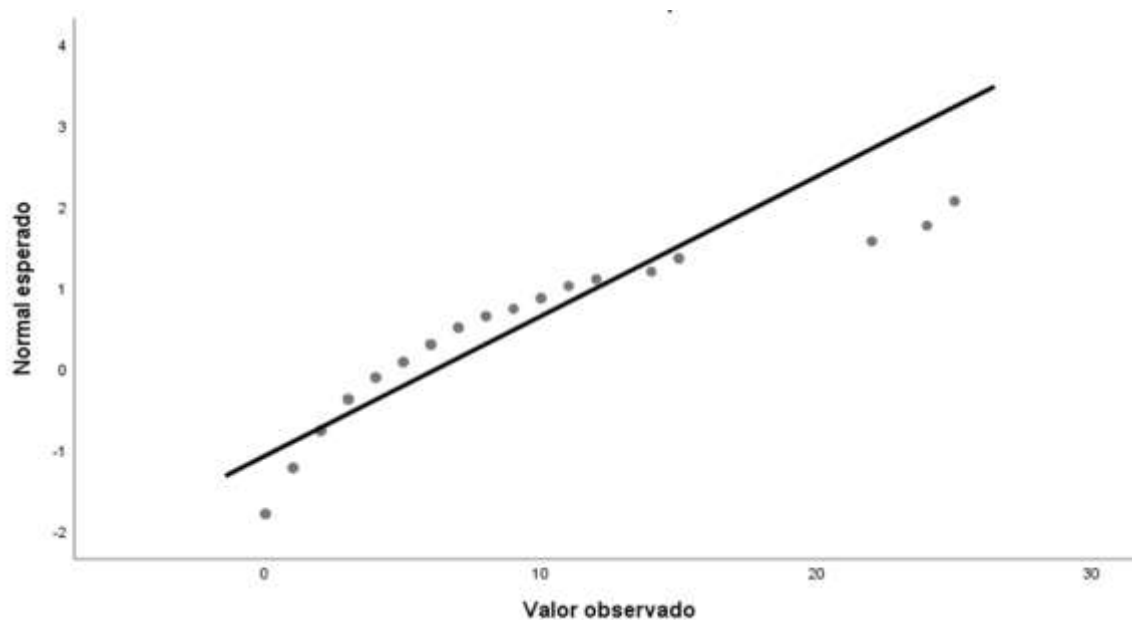
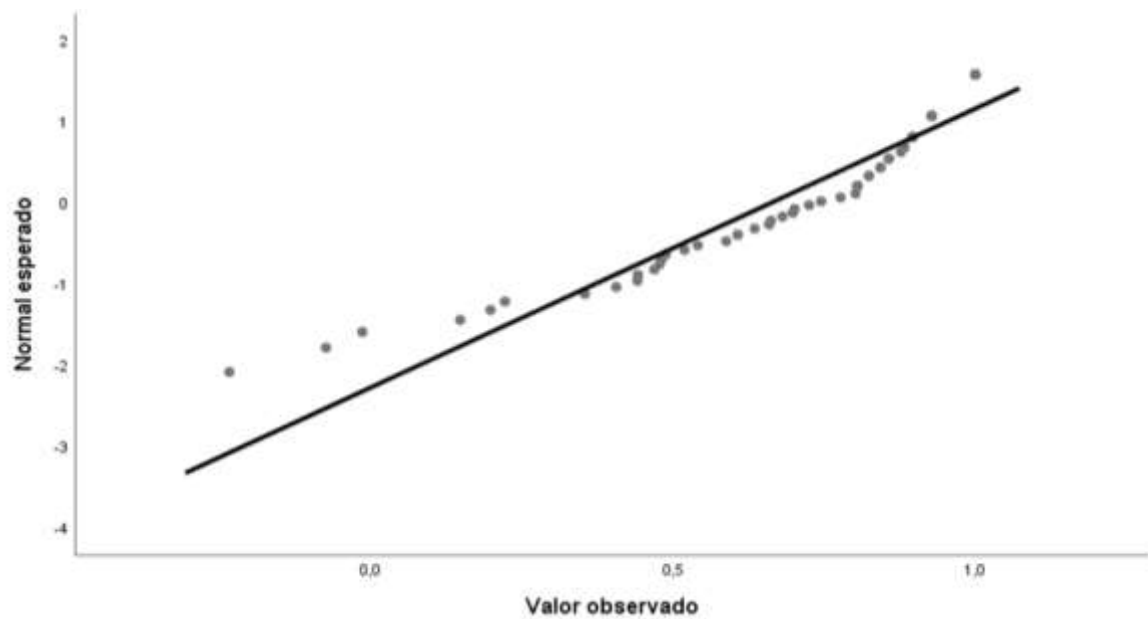
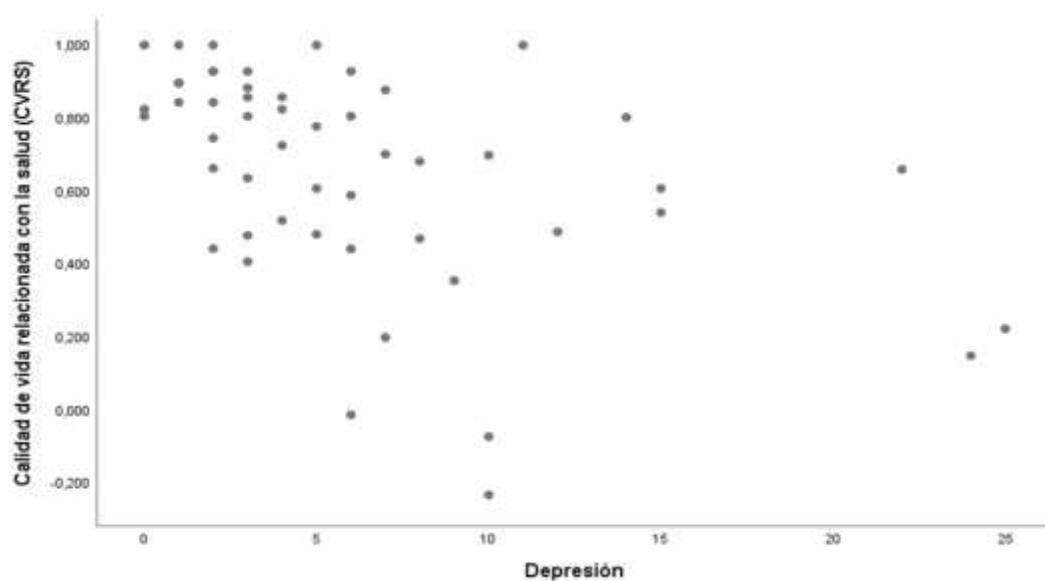
Figura 1. *Gráfico Q-Q normal del cuestionario PHQ-9 (Depresión)*

Figura 2. Gráfico Q-Q normal del cuestionario EQ-5D-5L (CVRS)



Para la evaluación de las variables se optó por emplear el estadístico de Spearman, decisión justificada por la ausencia de una distribución normal; esta falta de normalidad fue comprobada mediante inspección gráfica, donde se advierte que la trayectoria de los valores observados difiere de forma notoria de la diagonal esperada.

Figura 3. Gráfico de dispersión entre depresión y CVRS



El gráfico de dispersión permite visualizar una posible relación inversa entre la calidad de vida de los pacientes y la depresión.

Tabla 20. *Correlaciones*

			Depresión	CVRS
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-0,542 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	52	52
	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Coefficiente de correlación	-0,542 ^{**}	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	52	52

^{**}. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En base a la prueba correlacional de Spearman, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0) debido a que el valor p es estrictamente menor al nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05$). Esta decisión confirma la presencia de una vinculación inversa y significativa ($p = -0,542$; $p < 0,001$) al evaluar el comportamiento conjunto de la depresión frente a la CVRS en los pacientes tratados con hemodiálisis.

Hipótesis específica 1

A continuación, se plantea la hipótesis en su forma estadística:

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre las variables.

Tabla 21. Correlaciones

			Depresión	Movilidad
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	0,338*
		Sig. (bilateral)	.	0,014
		N	52	52
	Movilidad	Coeficiente de correlación	0,338*	1,000
		Sig. (bilateral)	0,014	.
		N	52	52

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

De acuerdo con los estadísticos obtenidos, se determina el rechazo definitivo de la hipótesis nula (H_0). Esta decisión se justifica metodológicamente al observar que el valor $p = 0,014$ se encuentra por debajo del límite de tolerancia del 5% ($\alpha = 0,05$), lo cual corrobora que la depresión y la movilidad mantienen una relación directa y estadísticamente significativa ($\rho = 0,338$).

Hipótesis específica 2

A continuación, se plantea la hipótesis en su forma estadística:

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre las variables.

Tabla 22. Correlaciones

			Depresión	Auto-cuidado
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	0,416**
		Sig. (bilateral)	.	0,002
		N	52	52
	Autocuidado	Coeficiente de correlación	0,416**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,002	.
		N	52	52

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados expuestos en la matriz de correlaciones demuestran una relación positiva y con validez estadística entre la depresión y la dimensión de autocuidado ($\rho = 0,416$; $p = 0,002$), puesto que el valor p registrado resulta inferior al margen de error preestablecido ($\alpha = 0,05$); se reúnen los criterios metodológicos necesarios para descartar la hipótesis nula (H_0).

Hipótesis específica 3

A continuación, se plantea la hipótesis en su forma estadística:

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión actividades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión actividades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre las variables.

Tabla 23. Correlaciones

		Depresión	Actividades cotidianas
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,467**
		N	0,000
	Actividades cotidianas	Coefficiente de correlación	52
		Sig. (bilateral)	0,467**
		N	1,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

De acuerdo con los datos extraídos de la tabla de correlación, se procede a descartar la hipótesis nula (H_0) puesto que el valor ρ obtenido es menor al nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05$); en consecuencia, se confirma la existencia de una vinculación directa y estadísticamente significativa ($\rho = 0,467$; $p < 0,001$), entre las variables de depresión y la dimensión de actividades cotidianas.

Hipótesis específica 4

A continuación, se plantea la hipótesis en su forma estadística:

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

H1: Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre las variables.

Tabla 24. Correlaciones

			Depresión	Dolor / Malestar
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	0,346*
		Sig. (bilateral)	.	0,012
		N	52	52
	Dolor / Malestar	Coeficiente de correlación	0,346*	1,000
		Sig. (bilateral)	0,012	.
		N	52	52

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Conforme se aprecia en la tabla de correlación, se identifica un vínculo de carácter directo y con significancia estadística entre la depresión y la dimensión dolor/malestar ($\rho = 0,346$; $p = 0,012$), en tanto el valor de p resulta inferior al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$); por lo tanto, se procede al rechazo de la hipótesis nula (H_0).

4.1.3. Discusión de resultados.

Según el objetivo general

La depresión se correlaciona de forma significativa y en sentido inverso con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), lo que indica que, a mayores niveles de depresión, menor es la percepción de CVRS en los pacientes del Centro Vida Renal; resultados comparables han sido reportados en estudios recientes realizados en poblaciones similares, donde la depresión ha sido la variable más concerniente con el deterioro de la CVRS.

En este sentido, Marín et al. (11) evidenciaron que la depresión mostró una correspondencia negativa más fuerte con el componente mental ($r = -0,466$; $p \leq 0,001$) que con el componente físico ($r = -0,313$; $p \leq 0,01$) de la CVRS; asimismo, manifiestan que la depresión no solo es un síntoma acompañante, sino el principal predictor negativo de la CVRS; mediante regresión lineal, identificaron que la depresión tiene mayor peso explicativo en las bajas puntuaciones de CVRS, incluso superando a otras variables como la actividad física; esto podría interpretarse en el sentido de que, en los pacientes del Centro Vida Renal, la correlación de Spearman hallada no es una coincidencia estadística, sino un reflejo de cómo la depresión

distorsiona la percepción que el paciente tiene de sus limitaciones físicas, lo que explica por qué, ante niveles similares de daño renal, aquellos con mayor depresión reportan una calidad de vida significativamente inferior.

De manera consistente, Jiménez et al. (13) reportaron una correspondencia negativa entre la CVRS y la depresión, siendo esta más fuerte con el componente mental ($r = -0,63$; $p < 0,00001$) que con el físico ($r = -0,3$; $p = 0,0069$), lo que confirma que mayores niveles de depresión se asocian con un mayor grado de deterioro del bienestar psicológico, a su vez, destacan que en los pacientes en hemodiálisis existe una vulnerabilidad acumulada al identificar que las dimensiones más afectadas son las relacionadas con el desempeño físico y la carga generada por la enfermedad, por lo que manifiestan que el paciente en hemodiálisis presenta una restricción persistente de su libertad individual, lo que actúa como un factor de riesgo para desarrollar algún trastorno del estado de ánimo.

Según el objetivo específico 1

La depresión se correlaciona de forma significativa y en sentido directo, con magnitud leve, con la dimensión movilidad de la CVRS.

En el presente estudio, los pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal registraron una puntuación considerable en el nivel "tengo problemas leves para caminar", esto podría explicarse por la intervención de otros factores, como una edad mayor, más años recibiendo hemodiálisis y otros síntomas (anemia, deterioro de la visión, entre otros), evaluados en la investigación de Shimizu et al. (2018), en la cual los autores constataron que la presencia de manifestaciones depresivas, junto con la disminución de la capacidad para deambular, se asocian con una menor puntuación del EQ-5D-5L de CVRS ($r = -0,577$; $p < 0,001$ y $r = -0,447$; $p < 0,001$), superando a otros factores en su capacidad explicativa; por tanto, es clave tratar de manera precoz los síntomas psicológicos y mantener una actividad física regular (101).

De manera concordante, Araya et al. (2023) observaron una tendencia a la mejoría de la capacidad funcional al evaluar el incremento de más de 30 metros en el test de marcha de 6 minutos y la percepción del esfuerzo reflejada en el uso de bandas elásticas de mayor resistencia al culminar las 20 semanas de rutina de ejercicios intradiálisis; además la magnitud de los resultados alcanzados fue limitada debido a comorbilidades y a la edad avanzada de los pacientes, lo que también se atribuye a barreras como la poca adherencia a la realización de los ejercicios o la depresión; a la vez, subrayan la enorme importancia del rol de la movilidad en la CVRS, así como de la realización de ejercicios de resistencia para potenciar la capacidad de la marcha y la función física, y mejorar otros aspectos como la sarcopenia (102).

Según el objetivo específico 2

La depresión se correlaciona de forma significativa y en sentido directo, con magnitud moderada, con la dimensión autocuidado de la CVRS. El autocuidado se refiere a qué tan capaz se siente el paciente de cuidarse a sí mismo; es decir, el paciente en tratamiento de hemodiálisis del Centro Vida Renal podría tener la capacidad de cuidarse, pero la sintomatología depresiva anularía su creencia de que puede y debe hacerlo.

En el presente estudio, la mayoría de los pacientes (78,8 %) manifestó tener un buen nivel de autocuidado, lo que se interpreta como una mejor CVRS; mientras que el 21,2 % presentó mayores limitaciones para llevar a cabo su autocuidado, como lavarse o vestirse, lo cual podría explicar la correlación entre la depresión y una menor CVRS.

Al contrastar los resultados con el estudio de Nguyen et al. (2022), los autores señalan que los pacientes en hemodiálisis experimentan de forma constante problemas físicos, emocionales y sociales, lo que podría ser una carga para ellos y contribuir a la depresión, la cual actúa como un inhibidor del autocuidado; en su estudio se evidenció que los pacientes que tienen mayor autoeficacia en su autocuidado tienden a presentar una mejor CVRS; asimismo, hallaron una fuerte correlación positiva entre el autocuidado y el componente físico (PCS: $r =$

0,533; $p < 0,001$), así como con el componente mental de la CVRS (MCS: $r = 0,47$; $p < 0,001$), y una correlación negativa entre los componentes mental y la depresión (MCS: $r = -0,605$; $p < 0,001$) y físico (PCS: $r = -0,446$; $p < 0,001$); además, la depresión presentó un mayor peso explicativo para las bajas puntuaciones de CVRS ($\beta = -0,51$; $p < 0,001$), y a la vez, el autocuidado se mostró como un elemento clave para el mantenimiento de la salud y la CVRS de los pacientes (103).

De manera complementaria, Machaca et al. (20) encontraron que la calidad de vida se vio afectada en los dominios físico y emocional, con peores puntuaciones en mujeres, personas con baja autonomía económica, menor nivel educativo y presencia de comorbilidades, de igual manera, en adultos mayores la salud física (SF-36) fue la más baja (30,0), lo cual los autores atribuyen a una menor fuerza física, disminución de la energía y poca capacidad de autocuidado; por otra parte, destacan puntuaciones altas en salud mental y funcionamiento social, lo que sugiere que los pacientes con mayores recursos psicológicos poseen mejores estrategias para afrontar su enfermedad y, en consecuencia, tendrían menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, lo que refuerza la importancia de fortalecer el componente psicológico en el cuidado integral del paciente renal.

Según el objetivo específico 3

La depresión se correlaciona de forma significativa y en sentido directo, con magnitud moderada, con la dimensión actividades cotidianas de la CVRS, lo que podría indicar que, al aumentar los síntomas depresivos, también aumentan las dificultades para ejecutar las acciones cotidianas.

La presente investigación, casi la mitad de los pacientes (48,1 %) presentó algún grado de dificultad para realizar actividades cotidianas, siendo el nivel "tengo problemas moderados" el más frecuente en comparación con otras dimensiones de la CVRS; esto podría sugerir que este grupo de pacientes del Centro Vida Renal tendría mayor riesgo de desarrollar

sintomatología depresiva, mediada por la frustración ante la pérdida de independencia para cumplir con tareas cotidianas (correlación moderada, $r = 0,467$). Asimismo, estas dificultades podrían explicar la situación laboral de los pacientes desempleados (48 %).

Este descubrimiento es concordante con lo obtenido por Ramasamy et al. (2025), quienes observaron una correspondencia positiva entre la CVRS y el estado funcional en las actividades de la vida diaria (Katz); asimismo, encontraron que la participación social tuvo una correspondencia negativa con el componente físico de la CVRS y con el índice de Katz; en su estudio, evidenciaron que gran parte de los pacientes (64,8 %) son completamente independientes en sus actividades diarias, especialmente en las funciones de alimentación y continencia, pero que la mayoría (67 %) necesita apoyo para sus transferencias, y casi la mitad (46 %) requiere apoyo para bañarse, además, mencionan que las limitaciones físicas generan cambios en el rol familiar, limitaciones laborales, modificaciones en la imagen corporal, incertidumbre sobre el futuro, menos participación social y desarrollo de depresión (104).

Asimismo, Arenas et al. (2019), en su estudio de prevalencia de déficit funcional en AIVD en pacientes en hemodiálisis, determinaron que el compromiso de la autonomía funcional es un eje determinante en la baja CVRS; la mayoría de los participantes (80,3 %) presentó algún grado de dependencia para la realización de sus AIVD, como lavar ropa, hacer compras, preparar la comida y cumplir con las tareas domésticas, entre otras. Asimismo, ser adulto mayor y estar desempleado podría generar una percepción de invalidez social que precedería y alimentaría un cuadro depresivo (105).

Lo expuesto previamente guarda concordancia con la investigación desarrollada por Gadea y Campos (16), en la cual se observó un compromiso en dimensiones esenciales de la función física; en lo concerniente al rol físico, una proporción mayoritaria de los pacientes (86,3 %) lo califica de regular a malo, es decir, la mayoría de las veces la salud física influye en el trabajo y en otras actividades diarias, evidenciándose un rendimiento menor del deseado,

lo que contribuye a la pérdida de su autonomía, una menor participación social y cambios en su estilo de vida.

La significancia hallada en las dimensiones autocuidado ($r = 0,416$) y actividades cotidianas ($r = 0,467$) sugiere que la depresión impacta más en la autonomía funcional que en el dolor físico percibido; esto refuerza la necesidad de un enfoque biopsicosocial, donde el soporte emocional no sea un complemento, sino un eje central del tratamiento nefrológico.

Según el objetivo específico 4

Se identificó una asociación estadísticamente significativa, de tipo directo y de magnitud leve, entre la depresión y la dimensión dolor/malestar de la CVRS; y en esta investigación se constató que más de dos tercios de los pacientes sometidos a hemodiálisis (67,3 %) refirieron algún grado de dolor, posicionando a esta dimensión como la más comprometida dentro de la CVRS; resultados similares fueron reportados por Noto et al. (12) y Anandraj et al. (2025), quienes igualmente encontraron que el dolor/malestar constituyó la dimensión con mayor afectación dentro del instrumento EQ-5D-5L, con cifras de 59,1 % y 86,4 %, respectivamente; de acuerdo con lo señalado por estos autores, el dolor representa la principal inquietud entre quienes reciben hemodiálisis, pues la coexistencia de manifestaciones como cefalea, lumbalgia, elevación de la presión arterial y la punción reiterada en el acceso vascular tres veces por semana se presenta de manera habitual en este grupo de pacientes, configurando una carga física que se sostiene a lo largo de los años de tratamiento y que se expresa con claridad en esta dimensión; este hallazgo permite inferir que el efecto del dolor no depende únicamente de su intensidad, sino también de su naturaleza crónica y permanente, lo cual contribuye de manera relevante al deterioro de la CVRS; sin embargo, tanto el respaldo del entorno familiar como un adecuado manejo del dolor por parte del personal médico podrían favorecer una mejor percepción de la calidad de vida (106).

4.1.4. Limitaciones del estudio

Pese a la relevancia de los resultados obtenidos, conviene reconocer ciertas limitaciones que deben ponderarse al momento de interpretar los hallazgos. Una de ellas se vincula con el diseño transversal adoptado, el cual no permite establecer vínculos de causalidad; en consecuencia, aunque se evidenció una correlación inversa entre la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud ($r = -0,542$), no resulta factible afirmar que la sintomatología depresiva sea la causa directa del deterioro en dicha calidad de vida; a esta restricción se suma el reducido tamaño muestral (52 pacientes) y la naturaleza no probabilística del muestreo por conveniencia, dado que la inclusión de los participantes estuvo condicionada por su disponibilidad y asistencia al Centro de Diálisis Vida Renal durante el periodo de recolección de información, situación que introduce un sesgo de selección y restringe la posibilidad de extrapolar los hallazgos hacia otros centros de hemodiálisis, puesto que estos reflejan únicamente la realidad de la institución estudiada; a lo anterior se añade la presencia de variables de confusión que no fueron controladas, entre ellas el nivel socioeconómico, condición que podría actuar como mediadora en la relación entre la salud mental y la apreciación de la calidad de vida.

4.1.5. Líneas de investigación futuras

De acuerdo con los resultados del estudio y su diseño transversal, se sugiere realizar investigaciones de seguimiento temporal (estudios longitudinales) para observar cómo fluctúan los cuadros depresivos conforme se extiende la permanencia dentro del programa de hemodiálisis, lo cual contribuiría a reconocer momentos clave en los que resulta pertinente implementar acciones oportunas.

De igual manera, se sugiere indagar, a través de entrevistas en profundidad, la valoración subjetiva que los pacientes otorgan a su calidad de vida vinculada con la salud (investigaciones cualitativas), ya que, aunque el 82,7 % reportó tener apoyo social y el 44,2 %

realiza ejercicios, persiste algún grado de depresión, lo que sugiere que la calidad del apoyo podría ser más relevante que la cantidad.

Se sugiere, asimismo, diseñar y evaluar el impacto de programas de ejercicio físico intradiálisis adaptados a la realidad local (intervenciones experimentales), midiendo no solo la movilidad física, sino también su efecto directo en la reducción de los síntomas depresivos y en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, mediante cuestionarios como el EQ-5D-5L.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Primera Se comprobó una relación lineal inversa y moderada entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los usuarios en hemodiálisis del Centro Vida Renal ($p < 0.05$); ($r = -0.542$).
- Segunda Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el componente de movilidad de la CVRS en la población en hemodiálisis analizada ($p < 0.05$); ($r = 0.338$).
- Tercera Existe un vínculo significativo entre el estado depresivo y la dimensión de autocuidado de la CVRS dentro del grupo de pacientes bajo terapia dialítica ($p < 0.05$); ($r = 0.416$).
- Cuarta Se constató una correspondencia significativa entre los niveles de depresión y la dimensión de actividades cotidianas de la CVRS en los pacientes estudiados ($p < 0.05$); ($r = 0.467$).
- Quinta Se comprobó una relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y el dominio de dolor/malestar de la CVRS en la población en hemodiálisis evaluada ($p < 0,05$); ($r = 0,346$).
- Sexta Se registró una media de 6,15 puntos en el test PHQ-9, catalogándose como depresión leve; resultado que guarda simetría con el componente de Ansiedad/Depresión del EQ-5D-5L, donde el 80,8 % manifestó niveles leves o nulos, demostrando una sólida correspondencia métrica que aporta evidencia sobre la fiabilidad de las escalas utilizadas.
- Séptima La puntuación media de la CVRS según el EQ-5D-5L (medición objetiva) fue de 0,66; mientras que el estado de salud global autopercebido del EQ-VAS (medición subjetiva) fue de 66,4. Ambos resultados reflejan una CVRS comprometida.

5.2 Recomendaciones

- Primera Existe suficiente evidencia de la asociación entre la depresión y la CVRS, por lo que se recomienda mejorar la atención de los pacientes con ERC mediante un enfoque integral, objetivo y estandarizado; este debe orientarse a promover el bienestar físico y emocional a través de evaluaciones periódicas de salud mental, acompañadas de programas de intervención oportuna.
- Segunda Se recomienda desarrollar estrategias dirigidas a preservar y mejorar la movilidad del paciente en hemodiálisis, mediante el empleo de ejercicios físicos que fortalezcan sobre todo los músculos de las extremidades inferiores, factores claves para evitar el deterioro de la salud en las personas mayores en tratamiento de hemodiálisis.
- Tercera Se recomienda la implementación de intervenciones dirigidas a reforzar la confianza de los pacientes en su capacidad de autocuidarse (sobre todo en aquellos con CVRS baja), lo que contribuiría a disminuir las limitaciones funcionales, promover un estilo de vida saludable y mejorar su bienestar psicológico, ya que el autocuidado influye de manera positiva en los aspectos tanto físicos como mentales de la CVRS.
- Cuarta Se recomienda la implementación de programas de intervención con herramientas que ayuden al paciente a desarrollar un cambio de actitud que favorezca la prevención y el retraso de la progresión del déficit funcional, así como garantizar espacios seguros, cómodos y accesibles; y, de ser posible, facilitar los servicios complementarios de orientación social y transporte con la finalidad de reducir el ausentismo en las sesiones de hemodiálisis y mejorar el estado funcional en las actividades de la vida diaria y la participación social.
- Quinta Se recomienda reforzar las estrategias de prevención y manejo del dolor, mediante una evaluación periódica y un abordaje integral, con la finalidad de disminuir el dolor y el malestar de los pacientes en hemodiálisis.
- Sexta Se recomienda capacitar al personal de salud y a los familiares sobre la identificación temprana de síntomas depresivos, con la finalidad de facilitar su derivación para una evaluación con el especialista; asimismo, se sugiere gestionar un espacio de contención emocional donde se realicen consejerías individuales y grupales, con el objetivo de fomentar estrategias de afrontamiento positivas.

Séptima Se recomienda incorporar programas de atención integral que ayuden a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes de hemodiálisis del Centro Vida Renal, a través de acciones orientadas a la promoción del bienestar físico, psicológico y social.

REFERENCIAS

1. International Society of Nephrology. Make kidney disease a global priority [Internet]. ISN; 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en: <https://www.theisn.org/in-action/advocacy/petition/>
2. Kandasamy G, Subramani T, Almanasef M, Orayj K, Shorog E, Alshahrani AM, et al. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare13101167>
3. Ramesh S, Tomy C, Nair R, Olickal J, Joseph J, Thankappan K. Correlation of self-management and social support with quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A cross-sectional study from Kerala, India. *Clin Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101731>
4. Lefrère A, Burtey S, Bobot S, Belzeaux R, Bobot M. Depression in chronic kidney disease: Particularities, specific mechanisms and therapeutic considerations, a narrative review. *Behav Brain Res* [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2025.115467>
5. Díaz E, Trujillo R, Santos Y, Fariñas R, Martínez Y, Mederos I. Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro (Villa Cl)* [Internet]. 2021 [citado 01 Set 2025]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000300399
6. Pliego I, Ceballos J, Pèrez E, Osorio A. Evaluación del estado mental en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. *Rev médica Risaralda*

- [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012206672024000200037&script=sci_arttext
7. Moreno F, Martinez J, Morales D, Rojas L. Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento hemodialítico en el Hospital Nacional en el Departamento de Nefrología periodo 2022 - 2023. DEL NAC [Internet]. 2024 [citado 01.09.2025]. Disponible en <https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v16n2/2072-8174-hn-16-02-84.pdf>
 8. Seguro Social de Salud. EsSalud advierte que 11% de los peruanos sufren de enfermedad renal crónica [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/998406-essalud-advierde-que-11-de-los-peruanos-sufren-de-enfermedad-renal-cronica>
 9. Vallejos JF. Ortega E. Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. Cienc Psicol [Internet]. 2018 [citado 01 Set 2025]. Disponible en https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=f0-VDNMAAAAJ&citation_for_view=f0-VDNMAAAAJ:eQOLeE2rZwMC
 10. Chen X. Chu NM. Sharma Basyal P. Vihokrut W. Crews D. Brennan DC. Andrews SR. Vannorsdall TD. Segev DL. McAdams-DeMarco MA. Depressive symptoms at kidney transplant evaluation and access to the kidney transplant waitlist. Kidney Int Rep [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9174041/>
 11. Marín T. Rodríguez R. Montesinos F. Rodríguez S. Ágreda MR. Hidalgo E. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. Nefrología [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en

https://www.revistanefrologia.com/es-factores-asociados-calidad-vida-su-articulo-S0211699521001363?utm_source=chatgpt.com

12. Noto S. Miyazaki M. Takeuchi H. Saito S. Relationship between hemodialysis and health-related quality of life: a cross-sectional study of diagnosis and duration of hemodialysis. *Ren Replace Ther* [Internet]. 2021 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://rrtjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41100-021-00382-4>
13. Jimenez R. Lopez F. Rivera A. Rodríguez C. Lara J. Acosta Y. Quality of life and associated risk factors in hemodialysis: Perspective from a Center in the Dominican Republic. *Cienc Salud* [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.22265/acnef.9.2.581>
14. Molina M. Alarcón B. Niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal. *DC* [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2987>
15. Long X. Zheng C. Tang J. Liu X. Gao C. Zhou H. et al. Comparison of the measurement properties of EQ-5D-5L and SF-6Dv2 in Chinese patients on dialysis. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025] Disponible en <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-025-02403-w>
16. Gadea M. Campos C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, Agosto – diciembre 2019. *Revista Médica Panacea* [Internet]. 2020 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>
17. Rojas A. Rojas Y. Arellan L. Chávez S. Benito B. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis de un hospital peruano: estudio transversal. *Medwave* [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/2915.html>

18. Silva L. Calidad de vida relacionada a la salud del paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal tratado en el Hospital Regional de Ica - 2022 [Tesis para optar el grado de: doctor en salud pública]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://repositorio.unica.edu.pe/items/e63cb067-e9e3-43c9-84c4-65f43bc0d5c6>
19. Alarcón M. Caso psicológico: intervención cognitivo conductual en depresión en una paciente en hemodiálisis [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6001>
20. Machaca D. Palomino G. Flores J. Huanqui F. Pari K. Huayhua J. Calidad de vida y factores asociadas en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de una ciudad peruana: Un estudio transversal. PLoS One [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300280>
21. Depine S. Hinojosa M. Calle M. Mallqui M. Grupo de Trabajo Andino de Salud Renal. Enfermedad renal crónica en los países andinos. 1.^a ed. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.orasconhu.org> › node
22. Jimenez P. Mohebbi N. Kidney metabolism and acid-base control: back to the basics. Pflugers Arch [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en doi: [10.1007/s00424-022-02696-6](https://doi.org/10.1007/s00424-022-02696-6)
23. Alamilla M. Alcalá M. Ulloa V. Yanez V. Yamá M. Morales E. Ramos A. Carbajal M. Salazar D. Delgado A. et al. Understanding Renal Tubular Function: Key Mechanisms, Clinical Relevance, and Comprehensive Urine Assessment. Pathophysiology [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.3390/pathophysiology32030033>

24. The Role of the Kidneys in the Regulation of Blood Pressure. American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciencesy [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://grnjournal.us/index.php/AJPMHS/article/view/6771>
25. Santoro D. Caccamo D. Lucisano S. Buemi M. Sebekova K. Teta D. De Nicola L. Interplay of vitamina D, eritropoyesis, and the renin-angiotensin system. Biomed Res Int [Internet]. [citado 01 Set 2025]. Disponible en doi: 10.1155/2015/145828
26. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Guía de práctica clínica KDIGO 2024 para la evaluación y manejo de la enfermedad renal crónica. [Resúmenes ejecutivos]. Nefrología al Día, Elsevier [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-guias-kdigo-2024-en-espanol-para-enfermedad-renal-cronica-erc-644-pdf>
27. Martín A, Sellarés V. Enfermedad renal crónica. Nefrología al Día [Internet]. 2025 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-654-pdf>
28. Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna. Resolución Directoral N.º 264-2023, Guía para la evaluación, detección, diagnóstico y manejo inicial del paciente con enfermedad renal crónica en el HHUT. Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna [Internet]. 2023 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://www.hospitaltacna.gob.pe/web/files/img/transparencia/RD264-2023.pdf>
29. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International [Internet]. 2024 [citado 01 Set 2025]. Disponible en <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
30. Iraizoz A. Brito G. Santos J. León G. Pérez J. Jaramillo R. Falconí S. Detección de factores de riesgo de enfermedad renal crónica en adultos. Rev Cubana Med Gen Integr

- [Internet]. 2022 [citado 01 Set 2025]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200007
31. de Francisco L. Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V. López Gómez JM (Eds). Nefrología al día [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org/654>
 32. Piazza Roberts A. La hemodiálisis en el Perú. Anales de la Academia Nacional de Medicina [Internet]. 2002 [citado 02 Set 2025]. Disponible en https://anmperu.org.pe/anales/2002/XII_LAHEMODIALISISENELPERU.pdf
 33. Lok CE, Yuo T, Lee T. Vascular access for hemodialysis: Core curriculum. American Journal of Kidney Diseases [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.ajkd.org/article/S0272-6386%2824%2900976-4/fulltext>
 34. Sellarés L. López J. Principios Físicos en Hemodiálisis. En: Lorenzo V. López Gómez JM (Eds). Nefrología al día [Internet]. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org/188>
 35. Mushtaq M. Usmani MR. Hameed N. Anwar A. Hashmi AA. Serum Vitamin B12 Deficiency in Chronic Hemodialysis Patients. Cureus [Internet]. 2024 [citado 02 Set 2025]. Disponible en doi: 10.7759/cureus.58751
 36. Anumas S. Chatkralert A. & Tantiavarong P. Maintenance intravenous iron in hemodialysis patients to minimize erythropoietin doses: a double-blinded, randomized controlled trial (the MAINTAIN IRON trial). Scientific Reports [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28440-3>
 37. Ahmad S. Ullah H. Khan MI. Gul M. Ahmed MS. Khalil M. Ahmad M. Khan AB. Effect of Vitamin D Supplementation on the Hemoglobin Level in Chronic Kidney Disease Patients on Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus

- [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.7759/cureus.40843>
38. Bajo Rubio Auxiliadora, del Peso Gilsanz Gloria, Fernández-Reyes María José, Modalidades de diálisis peritoneal. Prescripción y adecuación. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/695>
39. Ruiz D, De La Pared M, Delgado K, Bohórquez J. Trasplante renal. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [citado 02 Set 2025]. Disponible en [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.172-180](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.172-180)
40. Santos J. Hernangómez L. Taravillo B. Psicopatología de la afectividad. Madrid: obra completa CEDE-PIR [Internet]. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/615103079/01-psicopatologia>
41. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Geneva (CH): World Health Organization [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
42. Pujol S. Depresión y cognición [e-book]. Revista Vértice [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en https://revistavertex.com.ar/ebooks/2025-Lepetit_Ebook_Pujol.pdf
43. Kapfhammer H-P. Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2020 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.31887/dcns.2006.8.2/hpkapfhammer>
44. Paquet A. Lacroix A. Calvet B. et al. Semiología psicomotora en la depresión: un enfoque psicomotor clínico estandarizado. BMC Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04086-9>

45. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association [Internet]. 2013 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.federaciocatalanadad.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
46. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO [Internet]. 1993 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/42326>
47. Kasyanov, E., Yakovleva, Y., Khobeysh, M., Gerasimchuk, E., & Mazo, G. Lifetime Prevalence of Recurrent and Persistent Depression: A Scoping Review of Epidemiological Studies. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.2174/0117450179372815250516102324>
48. Collier S. Persistent depressive disorder (dysthymia). Harvard Health Publishing [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en https://www.health.harvard.edu/a_to_z/dysthymia-a-to-z.
49. Bielecki JE, Gupta V. Cyclothymic Disorder. StatPearls [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557877/>
50. Ministerio de Salud (Perú). Resolución Ministerial N.º 136-2023-MINSA de 10 feb 2023: Aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. Lima: MINSA [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa>
es.wikipedia.org+15gob.pe+15gob.pe

51. Nieto D, Herrera V, Mesa M, Schambach D. Protocolo virtual autodirigido de Activación Conductual para la Depresión “ACTÍVATE”. Psychol. av. Discip [Internet]. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19002386202200020002
52. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) [Internet]. Madrid: SEPSM. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en https://sepsm.org/wpcontent/uploads/2022/06/TERAPIA_COGNITIVO_CONDUCTUAL.pdf
53. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Terapia interpersonal grupal para la depresión. OPS [Internet]. 2022 [citado 02 Set 2025]. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55786/OPSNMHHMH220004_spa.pdf
54. Vázquez A, Vázquez E. Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión. Psicología y Salud [Internet]. 2024 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2854>
55. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en el adulto. Lima: Ministerio de Salud [Internet]. 2024 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6380872/5595801-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-del-trastorno-depresivo-mayor-en-el-adulto.p>
56. Kovich H, Kim W, Quaste AM. Pharmacologic Treatment of Depression. Am Fam Physician [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36791444/>

57. Médecins Sans Frontières (MSF). Depresión. Guía médica de MSF. Paris (FR): Médecins Sans Frontières [Internet]. [sin fecha] [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://medicalguidelines.msf.org/es/viewport/CG/spanish/depresion23443952.html#section-target-1>
58. Marino F. Síndrome de Descontinuación en los Antidepresivos: Cómo Prevenirlo y Manejarlo [Internet]. Psiquiatría para médicos generales [Internet]. 2025 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://psiquiatriagenerales.com/2025/02/28/sindrome-de-descontinuacion-en-los-antidepresivos-como-prevenirlo-y-manejarlo/>
59. Vázquez M. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds.). Nefrología al día [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-276.pdf>
60. Medina F. Impacto del tratamiento de hemodiálisis en las AVD de pacientes con insuficiencia renal crónica, en servicio público del interior. Paraguay. Academic disclosure [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3690>
61. Isorna N, Miranda B. Discapacidad, Dependencia y Marginación social en la Enfermedad Renal Crónica. Aportaciones del trabajador social. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds.). Nefrología al día [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org/344>
62. Choco K, Lozano J, Mayorga N, Bermeo P. Impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y psiquiatría. Anal comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarrollo las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2024 [citado 02 Set 2025]. Disponible en [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.577-588](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.577-588)

63. Li Y, Zhu B, Shen J, Miao L. Depression in maintenance hemodialysis patients: What do we need to know? *Heliyon* [Internet]. 2023 [citado 02 Set 2025]. Disponible en Doi: 10.1016/j.heliyon. 2023.e19383
64. Villarreal D, Barrera J, Osaze S, Mayo N, Bazo J, Huarcaya J. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-8, PHQ-2) and General Anxiety Disorder scale (GAD-7, GAD-2) for depression and anxiety diagnosis: A cross-sectional study in a Peruvian hospital population. *BMJ Open* [Internet], 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076193>
65. Persson P, Persson A. Mobility, motion, and exercise. *Acta Physiol* [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1111/apha.14210>
66. Loh Medical. Atención médica y bienestar: cómo la movilidad afecta la calidad de vida. Loh Medical [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.lohmedical.com/es/blog/atencion-medica-y-bienestar-como-la-movilidad-afecta-la-calidad-de-vida>
67. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, DC: OPS [Internet]. 2022 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275326275>
68. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. Actividades de la vida diaria. StatPearls. 2025 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
69. Abejón González D, Monzón Rubio EM, Fuentes Ramírez ML. ¿Sentir dolor es lo mismo que padecer sufrimiento? ¿Qué papel desempeña o ha de desempeñar el médico? *Multidisciplinary Pain Journal* [Internet]. 2025 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.mpainjournal.com/sentir-dolor-es-lo-mismo-que-padecer-sufrimiento-que-papel-desempena-o-ha-de-desempenar-el-medico5220>

70. Ergonomía, Investigación y Desarrollo. Manifestaciones de los malestares corporales de acuerdo con la antigüedad y segmento corporal, conforme a la técnica Body Part Discomfort Scale. Ergonomía, Investigación y Desarrollo [Internet]. 2024[citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.29393/EID6-13ETGK30013>
71. World Health Organization (WHO). Trastornos de ansiedad. Ginebra: WHO [Internet]. 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
72. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. Washington (DC): OPS [Internet]. [Sin fecha] [citado 03 Set 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
73. National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences. Illness Representations. Bethesda (MD): National Cancer Institute [Internet]. [Sin fecha] [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/illness-representations>
74. García J. La Terapia Cognitiva de Aaron Beck [Internet]. Pym Organization. 2018 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://psicologaiymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
75. Arbulú JEJ. Definición de método hipotético-deductivo [Internet]. 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/374898591_Definicion_de_metodo_hipotetico-deductivo
76. Universidad de Colima. Recursos para tesis e investigación. Colima (Méx): Universidad de Colima [Internet]. [Sin fecha] [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion.php>

77. Duoc UC. Definición y propósito de la Investigación Aplicada [Internet]. Bibliotecas Duoc UC [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://bibliotecas.duoc.cl/investigacion-aplicada>
78. Office of Human Research Protections (OHRP). Diseño de investigación: estudios descriptivos. Research Integrity Education [Internet]. Módulo 2: Sección 1 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://ori.hhs.gov/education/products/sdsu/espanol/res_des1.htm
79. Hess DR. Observational Studies. Respir Care. Foundation [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
80. Rivas Riveros E, López Espinoza M. Relationship between sociodemographic factors and quality of life in hemodialysis patients. Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024744>
81. Organización Mundial de la Salud. Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2022 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
82. Quispilcaya K., Salazar G, Araujo E. Evidencias psicométricas de la versión peruana del Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Revista Psicológica Herediana [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.20453/rph.v16i2.6252>
83. Documento informativo sobre el instrumento EQ-5D-5L y su uso en la evaluación de resultados en salud. Madrid: Asociación de Economía de la Salud [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://www.aes.es/Publicaciones/DocumentoEQ-5D_01022024.pdf

84. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001 [citado 03 Set 2025]. Disponible en doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
85. Alkubati S, Al-Sayaghi K, Salameh B, Halboup AM, Ahmed WAM, J. Alkuwaisi M, Zoromba MA. Prevalence of Depression and Its Associated Factors Among Hemodialysis Patients in Hodeida City, Yemen. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2024 [citado 03 Set 2025]. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S452935>
86. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para el manejo del episodio depresivo moderado y episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos: Guía en versión corta. Lima: EsSalud [Internet]. 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Episodio-depresivo-moderado-a-severo_V.-Corta.pdf
87. Ministerio de Salud (Perú). Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. Guía técnica. Lima: Ministerio de Salud [Internet]. 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>
88. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L: information and support. Rotterdam: EuroQol [Internet]. [sin fecha] [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
89. Roudijk B, Ludwig K, Devlin N, eds. EQ-5D-5L Value Set Summaries. In: Devlin N, et al., editors. Value Sets for EQ-5D-5L. Cham: Springer [Internet]. 2022 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589305/pdf/Bookshelf_NBK589305.pdf
90. Augustovski F, Belizán M, Gibbons L, Reyes N, Stolk E, Craig BM, Tejada RA. Peruvian Valuation of the EQ-5D-5L: A Direct Comparison of Time Trade-Off and

- Discrete Choice Experiments. Value Health [Internet]. 2020 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.05.004>
91. Calderón J, Chung C, Carhuapoma M, León F, Mejía C, Miranda JJ. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [citado 03 Set 2025]. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342012000400027
 92. Cehua E, Virú H, Alburqueque J, Roque J, Guerra J, Gonzales G, Gonzales M, Laván D. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en internos de medicina humana de una universidad de referenci a del Perú durante la pandemia a COVID-19. Rev Fac Med Hum Internet]. 2022;22(3):540-546 [citado 03 Set 2025]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/365300289_Validacion_del_cuestionario_sobre_la_salud_del_paciente-9_PHQ-9_en_internos_de_medicina_humana_de_una_universidad_de_referencia_del_Peru_durante_la_pandemia_COVID-19
 93. Wong CH, Swanto S. Validating ESL Speaking Instrument for Vocational College Students: An Exploratory Factor Analysis. I-ROLE 2023:242-9. Table 5: Rules of Thumb of Cronbach's Alpha (George & Mallery, 2003). European Proceedings of Educational Sciences (EpES)[Internet]. 2023 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.15405/epes.23097.22>
 94. Liu, M., Chang, Y., Wang, D, et al. Validation of the patient health questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in patients with COPD in China. BMC Psychiatry [Internet]. 2025 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07052-3>
 95. Errazuriz A, Crisostomo CR, Martinez L, Letelier LM, Miranda R, Torres A, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in Spanish

- among immigrants in Chile. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/13975>
96. Matta D. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao. *Rev Cient Cuidado y Salud Pública*. 2022;2(1):56–63[citado 03 Set 2025]. Disponible en doi:10.53684/csp. v2i1.42
97. Analysis INN. KMO and Bartlett's test of sphericity. *Analysis INN* [Internet]. 2020 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://analysisinn.com/post/kmo-and-bartlett-s-test-of-sphericity/>
98. Seng JJB, Kwan YH, Fong W, Phang JK, Lui NL, Thumboo J, et al. Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. *Eur J Rheumatol* [Internet]. 2020 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7343224/>
99. Bilbao A, González M, Ferrer M, et al. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in diabetes mellitus patients in Spain. *J Patient Rep Outcomes* [Internet]. 2025 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s41687-025-00874-5>
100. Corral Y. Validez y confiabilidad en instrumentos de investigación: una mirada teórica. *Rev Cienc Educ* [Internet]. 2022 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/60/art06.pdf>
101. Shimizu J, Yamada S, Suzuki M, Koyama H, Hara M, Murakami M, et al. La capacidad para caminar, la ansiedad y la depresión disminuyen significativamente las puntuaciones de 5 niveles del EuroQol 5-Dimension en pacientes mayores en hemodiálisis en Japón. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 [citado 03 Set 2025]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.006>
102. Araya A, Bezanilla C, Figueroa M, Pino J, Cancino J, Mackenney B. Efectos de una rutina de ejercicios de resistencia aplicada a pacientes con enfermedad renal crónica

- durante la hemodiálisis. Rev Méd Clin Las Condes [Internet]. 2023 [citado 04 Ene 2026]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.12.002>
103. Nguyen T, Liang S, Liu C, Chien C. Autoeficacia en el autocuidado y depresión asociadas con la calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en Vietnam PubMed [Internet]. 2022 [citado 04 Ene 2026]. Disponible en DOI: DOI: 10.1371/journal.pone.0270100
 104. Ramasamy R, Sahu M, Tiwari S, Patel A, Singh P. Vivir con diálisis: actividades de la vida diaria, participación social y calidad de vida entre pacientes de hemodiálisis en Chhattisgarh Med Prim Care [Internet]. 2025 [citado 04 Ene 2026]. Disponible en: https://journals.lww.com/jfmmpc/fulltext/2025/10000/living_with_dialysis__activities_of_daily_life,_social_participation,_and_quality_of_life_among_hemodialysis_patients.38.aspx
 105. Arenas M, Navarro M, Serrano E, Álvarez F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Nefrología [Internet]. 2019 [citado 04 Ene 2026]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699519300827>
 106. Anandraj, Sivanantham, Sekhar, Parameswaran, Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes sometidos a diálisis en un hospital universitario de atención terciaria del sur de la India. Indian J Med Res [Internet]. 2025 [citado 04 Ene 2026]. Disponible en <https://ijmr.org.in/health-related-quality-of-life-among-the-patients-undergoing-dialysis-in-a-tertiary-care-teaching-hospital-in-southern-india/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Depresión y Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hemodiálisis

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
GENERAL ¿Cuál es la Asociación entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal? ESPECÍFICOS ¿Cuál es la Asociación entre la depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal? ¿Cuál es la Asociación entre la depresión y la dimensión salud autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?	Determinar la Asociación entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. ESPECÍFICOS Identificar la Asociación entre la depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. Identificar la Asociación entre la depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	HIPÓTESIS GENERAL Existe Asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. HIPÓTESIS NULA No existe Asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. HIPÓTESIS ESPECIFICAS Existe Asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	V1: Depresión. Unidimensional 1. Poco interés o placer en hacer las cosas 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado 4. Sentirse cansado/a o con poca energía 5. Poco apetito o comer en exceso 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	Tipo: Aplicada Enfoque: Cuantitativo Método: Hipotético deductivo Diseño: Descriptivo transversal - correlacional Población: 54 pacientes con hemodiálisis, excepto dos pacientes, una paciente mujer con alteración auditiva y otro paciente varón por inasistencia.

¿Cuál es la Asociación entre la depresión y la dimensión habilidades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?	Identificar la Asociación entre la depresión y la dimensión habilidades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	Existe Asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión 8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo puede haber notar? O lo contrario – estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal 9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	Técnica: Encuestas Instrumentos: 1. Cuestionario de salud de paciente PHQ-9 2. Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud EQ-5D-5L
¿Cuál es la Asociación entre la depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal?	Identificar la Asociación entre la depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	Existe Asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión habilidades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. Existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal.	V2: CVRS Dimensiones: D1: Movilidad D2: Auto - cuidado D3: Actividades cotidianas D4: Dolor / malestar D5: Ansiedad / depresión	

Anexo 2: Instrumentos

“DEPRESIÓN COMO DETERMINANTE EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL CENTRO VIDA RENAL”

Estimado/a participante:

El cuestionario facilita recolectar datos que buscan conocer el estado de salud de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, donde se aplicará dos instrumentos: El cuestionario de Salud del paciente (PHQ 9) para evaluar síntomas de depresivos y la European Quality of Life-5 Dimensiones (EQ-5D-5L), para evaluar su Calidad de vida relacionado con la Salud.

Le pedimos responder con mucha sinceridad. **¡Gracias por su colaboración!**

Autora: Avila Caceres, Leidy Beatriz

Edad: _____ años

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Conviviente

Nivel educativo: Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

¿Usted labora? Sí ☐ No ☐ Ocupación: _____

Distrito de residencia: _____

Tiempo en hemodiálisis: _____ meses _____ años

Comorbilidades: Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Otros _____

Apoyo social y/o familiar: Sí ☐ No ☐

¿Realiza ejercicios? Sí ☐ No ☐ ¿Hace cuánto tiempo y frecuencia? _____

Fecha: / / 2025

1. INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE DEPRESIÓN

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ – 9)				
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una “✓”)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo puede haber notar? O lo contrario – estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3

9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3								
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____												
Si marcó algún problema, ¿cuánto le han dificultado estos problemas realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">No ha sido difícil</td> <td style="text-align: center;">Algo difícil</td> <td style="text-align: center;">Muy difícil</td> <td style="text-align: center;">Extremadamente difícil</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>					No ha sido difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	☐	☐	☐	☐
No ha sido difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil									
☐	☐	☐	☐									

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. Disponible en: <https://www.phqscreeners.com/select-screener>

2. INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

CUESTIONARIO EQ-5D-5L

Marque con una x la opción que mejor describa su estado de salud en **ESTE DÍA**:

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo problemas leves para caminar ☐
- Tengo problemas moderados para caminar ☐
- Tengo problemas graves para caminar ☐
- No puedo caminar ☐

AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme ☐
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme ☐
- No puedo lavarme o vestirme ☐

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ☐
- No puedo realizar mis actividades cotidianas ☐

DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo dolor o malestar leve ☐
- Tengo dolor o malestar moderado ☐

Tengo dolor o malestar fuerte ☐

Tengo dolor o malestar extremo ☐

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido ☐

Estoy levemente ansioso o deprimido ☐

Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐

Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Estoy extremadamente ansioso o deprimido ☐

☐

EQ-VAS

• Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud **HOY**.

• La escala está numerada del 0 al 100.

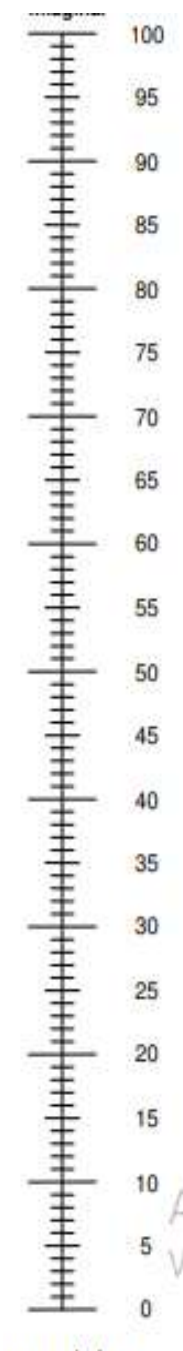
• 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

• Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

• Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que
usted se pueda
imaginar



La peor salud que
usted se pueda
imaginar

Anexo 3: Validación

1. ESCALA DE DEPRESION PHQ-9

Índice de ajuste	Valor obtenido	Criterio de aceptación	Interpretación
p (Chi²)	p-valor superior a 0,05	$p > 0,05$ indica ajuste perfecto, pero en muestras grandes se espera $p < 0,05$	Aunque el valor es significativo, no invalida el modelo; el tamaño muestral influye en este resultado
Chi² / gl	valor inferior a 5	< 5 = Ajuste aceptable; < 3 = Bueno	El valor muestra un ajuste aceptable del modelo unidimensional
Índice RMSEA	(0,078) inferior a 0,05 y un P-valor $> 0,05$	$< 0,08$ Ajuste óptimo para el modelo	Indica un ajuste razonable, ligeramente por encima del ideal
Índice SRMR	0,042	$\leq 0,05$ = Ajuste adecuado	Presenta un ajuste excelente
Coeficientes de Bondad de ajuste GFI	$> 0,9$	$\geq 0,90$ = Buen ajuste	Cumple el criterio; el modelo tiene buena bondad de ajuste
TLI -Tuker Lewis	$> 0,9$	$\geq 0,90$ = Adecuado	Refleja un ajuste satisfactorio

CFI - Ajuste comparativo	> 0,9	≥ 0.90 = Buen ajuste	Muestra un ajuste adecuado al modelo teórico. Indica que al menos el 90% de la covarianza en los datos puede ser reproducida por el modelo
Coefficientes de bondad de ajuste AIC	6289,617	Menor AIC = mejor ajuste	Sirve para comparar modelos; este valor fue mayor que el del bidimensional
Alfa de Cronbach (α)	0.882	> 0.80 = Bueno	Alta consistencia interna
Buen ajuste para el modelo unidimensional			

Ramírez H, et al. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. ResearchGate; 2022. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/365300289>

2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EQ-5D-5L

Alfa de Cronbach (α) Matta Solis, 2022	0.563	> 0.5 Fiable	Consistencia interna de cuestionario fiable
Juicio de expertos Młyńczak y colaborador, 2021	5	95% concordancia	Claridad, relevancia, pertinencia, coherencia de los ítems
Prueba de esfericidad Bartlett Młyńczak y colaborador, 2021	$p < 0.001$	$p < 0.05$, se rechaza hipótesis nula	Alta significancia estadística, sí existen correlaciones suficientes entre los ítems, adecuado para análisis factorial
Kaiser Meyer Olkin G-KMO Młyńczak y colaborador, 2021	> 0.5	> 0.5 idónea	Muestra adecuada para la aplicación del análisis factorial
Confirma validez estadística y pertinencia del análisis factorial del instrumento EQ-5D-5L.			

Matta Solis DK. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con COVID-19, internados en un establecimiento hospitalario en el Callao. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/42>

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Instrumento 1:

Estadísticas de fiabilidad de Depresión

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.844	9

Instrumento 2:

Estadísticas de fiabilidad de Calidad de vida

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.724	5

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 02 de diciembre del 2025

Autor Responsable:
LEIDY BEATRIZ ÁVILA CÁCERES

Exp. N°: 3036-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal". Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 28/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
LEIDY BEATRIZ ÁVILA CÁCERES

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- * La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- * La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **Instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- * En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA	CÓDIGO: UPNW-EES-MAN-001
		VERSIÓN: 05

Anexo 4

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuya objeto de estudio involucren personas)</i>	
Título del Proyecto de Investigación: "Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal"	
Autor Responsable: <i>Leidy Beatriz Avila Caceres</i>	
Autor 2 (Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados):	
Universidad /Institución: Norbert Wiener	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: "Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal" , desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
	Propósito del estudio: Objetivo general - Determinar la relación entre depresión y CVRS en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. Objetivos específicos - Identificar la relación entre depresión y la dimensión movilidad en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. - Identificar la relación entre depresión y la dimensión autocuidado en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. - Identificar la relación entre depresión y la dimensión actividades cotidianas en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. - Identificar la relación entre depresión y la dimensión dolor/malestar en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal. <i>Los hallazgos de esta investigación resultaran relevantes en el campo de la medicina, ya que brindaran evidencia científica que puedan respaldar la formulación de políticas y estrategias orientadas a reducir los síntomas depresivos en pacientes con ERC en hemodiálisis. Al mismo tiempo, permitirá fortalecer el enfoque clínico integral y biopsicosocial, con la finalidad de mejorar la CVRS de esta población.</i>
2.1	
2.2	Duración del estudio: 6 meses
2.3	Número esperado de participantes: <i>El tiempo de la investigación durará aproximadamente 6 meses y se considerará a todos los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana, (número esperado es de 54 pacientes) de manera crónica, ambulatoria estructuralmente asignados al Centro de Diálisis Vida Renal ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores en Lima (Perú)</i>
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión: Criterios de inclusión Se incluirán a pacientes de ambos sexos pertenecientes a la categoría etaria adulta (mayores de 18 años) lucidos en tiempo espacio y persona; que hayan recibido hemodiálisis en un periodo de al menos tres meses en el último año, asegurando que tengan experiencia suficiente con el tratamiento para evaluar su CVRS y los que decidieron participar de manera voluntaria y firmar el consentimiento informado.

 Universidad Norbert Wiener	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA	CÓDIGO: UPNW-EES-MAN-001 VERSIÓN: 05
--	---	--

	Criterios de exclusión No se considerarán a pacientes con otro tipo de terapia de reemplazo renal distintas de la hemodiálisis, con antecedentes de alteraciones cognitivas severas; con incapacidad para comunicarse, ver y oír eficazmente, hospitalizados o en estado crítico y los que decidieron manifestar su negativa en brindar su consentimiento informado.
2.5	Procedimientos del estudio En la presente investigación se aplicará dos cuestionarios, con un tiempo de aproximadamente 15 minutos para su llenado, usted podrá visualizar una ficha anexada de datos sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, comorbilidades, etc.); el cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9) para obtener información psicológica como la depresión; <i>de igual modo, para la CVRS se aplicará el cuestionario del grupo Euro QoL de 5 dimensiones y 5 niveles (EQ - 5D - 5L), el cual incorpora una escala visual analógica (EQ VAS) como medida global subjetiva, en donde los participantes registrarán su estado de salud del día, útil para comparar.</i>
2.6	Riesgos: ningún tipo de riesgo
2.7	Beneficios: En base a los resultados obtenidos, se pueden desarrollar diversas acciones de mejora, tales como: la implementación de evaluaciones periódicas del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis, la incorporación de atención psicológica y especializada como parte del tratamiento rutinario, el desarrollo de programas de apoyo grupal que promuevan el afrontamiento positivo, el refuerzo de la comunicación entre pacientes, familias y el personal de salud con el fin de fomentar entornos de cuidado más empáticos y humanizados, que contribuyan a disminuir el impacto de la depresión y mejorar significativamente la CV en general.
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.
2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.
2.11	Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable Leidy Beatriz Ávila Cáceres, cel. 932564729 o al correo a2017101373@uwiener.edu.pe. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW Dra. Angélica Minaya Galarreta, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe
2.12	Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, Dra. Angélica Minaya Galarreta, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA	CÓDIGO: UPNW-EES-MAN-001
		VERSIÓN: 05

		____/____/202____ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	

		24/ 11/ 2025. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	

		____/____/202____ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (en caso corresponda) Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	

		____/____/202____ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	

NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir. - Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento. - Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

Leidy Avila

Tesis-Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis del Cent...

 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::14912:602289677

Fecha de entrega

23 jun 2026, 8:54 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 jun 2026, 8:56 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Tesis-Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes....docx

Tamaño del archivo

480.2 KB

78 páginas

18.837 palabras

102.115 caracteres



Página 1 de 85 - Portada

Identificador de la entrega: trn:oid::14912:602289677



Página 2 de 85 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega: trn:oid::14912:602289677

11% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Anexo 8: Fotos**"CENTRO DE HEMODIÁLISIS VIDA RENAL**

Anexo 9: Autorización de recolección de datos



CENTRO DE DIÁLISIS

Vida Renal

E.I.R.L.

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR MEDICO DEL CENTRO DE HEMODIALISIS VIDA RENAL E.I.R.L con R.U.C. N° 20537613051, ubicado en Av. José María Seguin N° 894, San Juan de Miraflores, Lima.

Otorgo la AUTORIZACIÓN a la Srta. Leidy Beatriz Avila Caceres, identificada con D.N.I. N° 44318286, egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A., para que ejecute su investigación titulada “Depresión como determinante en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis del Centro Vida Renal”, con la recolección de datos mediante cuestionarios los días 20 y 21 de diciembre dentro de las instalaciones o utilizando la información de nuestra institución.

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Finalmente, respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la institución Centro de Diálisis Vida Renal E.I.R.L., se determina:

() Mantener en RESERVA el nombre y/o información sensible y/o cualquier distintivo de la institución

(X) Autorizar mencionar el nombre y/o información y/o cualquier distintivo de la institución

Lima, 19 de diciembre de 2025



Roberto Ruiz Avila Victoria María
 DIRECTOR MEDICO
 MP 004766 RNE 032914
 Centro de Hemodialis Vida Renal

Av. Jose Maria Seguin N° 894 Zona D - S.J.M. - T.: 276-5045

E-MAIL: vidarenal@dialisis.pe
centrovidarenal@hotmail.com

Anexo 10: Base de datos

FACTORES DEMOGRAFICOS										
N°	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	¿USTED LABORA?	LUGAR DE PROCEDENCIA	TIEMPO DE HEMODIALSIS (años y meses)	COMORBILIDAD	APOYO SOCIAL	¿REALIZA EJERCICIOS? Frecuencia
1	55	F	Conviviente	Secundaria	SI	SJM	13	Hipertensión/ Diabetes	SI	2 v/s 1h
2	55	M	Soltero	Secundaria	NO	SJM	20	Hipertensión	NO	3 v/s 10 min
3	67	M	Casado	Secundaria	SI	SJM	4	Hipertensión/ Diabetes	SI	3 v/s 1h
4	50	F	Casado	NO	NO	SJM	16	Otros	SI	NO
5	50	F	Conviviente	Secundaria	NO	Lurín	15	Hipertensión/ Diabetes	SI	3 v/s 1h
6	64	M	Conviviente	Secundaria	NO	Villa el Salvador	1	Hipertensión/ Diabetes	NO	2 v/s 10 min
7	61	M	Casado	Superior	SI	Chorrillos	10	Hipertensión/ Diabetes	SI	NO

8	62	M	Casado	Secundaria	SI	SJM	4	Hipertensión/ Diabetes	SI	NO
9	64	F	Casado	Secundaria	NO	Pamplona	15	Hipertensión/ Diabetes	SI	NO
10	71	M	Conviviente	Primaria	SI	Pamplona	11	Hipertensión	SI	1 v/s 30min
11	69	F	Conviviente	Secundaria	NO	Villa el Salvador	2	Hipertensión/ Diabetes	SI	2 v/s 1h
12	68	F	Casado	Primaria	NO	SJM	20	Hipertensión	SI	NO
13	53	F	Casado	Superior	NO	SJM	16	Hipertensión	SI	NO
14	73	M	Casado	Superior	SI	SJM	1	Hipertensión/ Diabetes	SI	Diario 20 min
15	54	M	Casado	Primaria	Jubilado	Pamplona	12	Hipertensión	NO	2 v/s 1h
16	74	M	Casado	Superior	Jubilado	SJM	10	Hipertensión	SI	NO
17	52	M	Casado	Secundaria	NO	Pucusana	8	Hipertensión	NO	1 v/s 1h
18	66	M	Casado	Primaria	NO	Pamplona	6	Diabetes	SI	2 v/s 1h
19	45	F	Soltero	Superior	SI	Surco	6	Hipertensión	SI	NO
20	46	F	Soltero	Superior	SI	SJM	18	Hipertensión	SI	NO
21	58	M	Conviviente	Superior	SI	SJM	1	Hipertensión	SI	Diario 30 min

22	66	F	Conviviente	Secundaria	NO	Villa el Salvador	1	Hipertensión/ Diabetes	SI	NO
23	43	F	Conviviente	Secundaria	NO	SJM	13	Hipertensión	NO	NO
24	26	F	Soltero	Superior	SI	Villa el Salvador	4	Hipertensión	SI	3 v/s 20 min
25	49	M	Conviviente	Secundaria	NO	Villa el Salvador	1	Hipertensión/ Diabetes	SI	2 v/s 1h
26	27	M	Soltero	Secundaria	SI	SJM	13	Hipertensión	SI	2 v/s 1h
27	58	M	Casado	Primaria	NO	SJM	15	Hipertensión	SI	NO
28	65	F	Casado	Secundaria	NO	Lurín	4	Hipertensión	SI	NO
29	75	M	Casado	Superior	Jubilado	Villa el Salvador	3	Hipertensión/ Diabetes	SI	Diario 1h
30	60	M	Soltero	Secundaria	NO	SJM	10	Hipertensión/ Diabetes	NO	NO
31	56	M	Casado	Secundaria	NO	Villa el Salvador	16	Diabetes	SI	NO
32	46	F	Casado	Secundaria	NO	Villa el Salvador	2	Hipertensión	SI	NO

33	55	M	Casado	Superior	SI	Villa el Salvador	3	NO	SI	3 v/s 3h
34	44	M	Conviviente	Superior	NO	SJM	3	Hipertensión	SI	NO
35	59	F	Soltero	Secundaria	SI	SJM	7	Hipertensión	SI	NO
36	47	M	Conviviente	Superior	SI	SJM	6	Hipertensión	SI	NO
37	40	F	Casado	Secundaria	SI	Pucusana	6	Hipertensión	SI	3 v/s 1h
38	58	M	Casado	Superior	Jubilado	Villa el Salvador	8	Hipertensión	SI	3 v/s 2h
39	59	F	Conviviente	Secundaria	NO	Villa el Salvador	3 meses y 2 s	Hipertensión	SI	NO
40	55	M	Soltero	Superior	NO	Pachacamac	3	Hipertensión	NO	NO
41	44	F	Casado	Superior	NO	VMT	14	Hipertensión	SI	NO
42	67	M	Casado	Superior	NO	SJM	3	Hipertensión	NO	NO
43	80	M	Viudo	Primaria	NO	Villa el Salvador	9	Hipertensión	SI	2 v/s 1h
44	84	M	Viudo	Primaria	NO	Villa el Salvador	1	Diabetes	SI	1 v/s 30 min
45	51	M	Casado	Secundaria	SI	SJM	15	Hipertensión	NO	NO
46	66	M	Casado	Secundaria	Jubilado	SJM	3	Otros	SI	3 v/s 1h

47	59	F	Soltero	Superior	SI	Villa el Salvador	14	Otros	SI	NO
48	69	F	Casado	Superior	SI	SJM	2	NO	SI	NO
49	71	F	Divorciado	Superior	Jubilada	SJM	3	Hipertensión	SI	NO
50	102	F	Viudo	Primaria	Jubilada	SJM	2	Hipertensión	SI	NO
51	40	F	Conviviente	Secundaria	SI	VMT	4	Hipertensión	SI	NO
52	29	M	Soltero	Secundaria	SI	VMT	10	Hipertensión	SI	4 v/s 3h

DEPRESIÓN											
N°	PHQ -9										
	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	V1	Adicional
1	0	0	3	0	1	1	0	0	1	6	B
2	3	0	0	1	2	0	0	0	0	6	A
3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	A
4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	A
5	0	2	3	0	0	2	0	1	1	9	B
6	3	3	3	3	3	3	3	2	2	25	B
7	3	2	3	3	3	3	2	1	2	22	C

8	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	B
9	2	1	1	2	0	0	0	1	0	7	B
10	1	1	3	1	1	1	1	1	0	10	B
11	3	3	1	1	2	3	0	1	1	15	B
12	0	1	1	1	3	0	3	0	3	12	B
13	2	1	0	1	0	1	0	0	0	5	A
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A
16	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4	B
17	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	A
18	0	1	0	1	1	0	0	2	0	5	C
19	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	B
20	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	B
21	3	3	3	3	3	3	3	3	0	24	D
22	0	0	3	1	1	0	0	0	0	6	B
23	0	1	1	1	3	0	0	1	0	7	A
24	2	3	2	2	3	1	1	0	0	14	B
25	0	3	1	3	0	0	0	0	0	7	A
26	1	1	2	1	1	0	1	1	2	10	C

27	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	B
28	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	A
29	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	A
30	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	A
31	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	B
32	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	A
33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	A
34	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	A
35	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	B
36	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	A
37	0	0	3	1	0	2	0	0	2	8	D
38	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	A
39	0	3	0	2	1	3	0	0	1	10	C
40	1	1	3	3	1	0	3	3	1	15	C
41	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	B
42	3	1	2	2	0	0	0	0	0	8	A
43	1	0	1	2	0	0	0	1	0	5	A
44	1	0	0	0	0	0	3	2	0	6	B
45	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4	A

46	0	0	1	1	1	0	1	1	0	5	A
47	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	A
48	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	A
49	0	1	3	1	0	0	0	1	0	6	A
50	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	A
51	1	1	3	2	1	1	1	0	0	11	B
52	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	A

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD								
N°	MOVILIDAD	AUTOCUIDADO	ACTIVIDADES COTIDIANAS	DOLOR / MALESTAR	ANSIEDAD / DEPRESION	PERFIL V2	INDICE DE UTILIDAD	EQ - VAS
	D1	D2	D3	D4	D5			
1	1	1	1	2	1	11121	0.928	50
2	2	2	2	2	2	22222	0.441	50
3	2	1	1	1	1	21111	0.896	100
4	1	1	1	2	1	11121	0.928	80
5	2	2	3	3	3	22333	0.354	80
6	2	2	3	4	3	22343	0.222	50

7	2	3	2	2	3	23223	0.659	45
8	3	3	3	1	1	33311	0.406	50
9	2	1	1	2	2	21122	0.701	40
10	4	5	3	4	2	45342	-0.234	70
11	2	1	3	3	1	21331	0.607	40
12	3	1	3	3	1	31331	0.488	50
13	2	1	3	3	1	21331	0.607	40
14	1	1	1	1	1	11111	1	80
15	1	1	1	2	2	11122	0.805	100
16	3	1	1	3	3	31133	0.519	60
17	1	1	1	2	2	11122	0.805	90
18	2	1	3	3	3	21333	0.481	50
19	1	1	1	3	2	11132	0.745	60
20	3	1	3	3	2	31332	0.635	50
21	3	3	3	3	3	33333	0.148	20
22	1	1	3	3	2	11332	0.588	70
23	1	1	1	1	2	11112	0.877	80
24	1	1	1	2	3	11123	0.802	40
25	3	1	5	4	3	31543	0.198	40

26	2	1	1	2	3	21123	0.698	60
27	2	1	2	2	2	21222	0.442	80
28	2	1	1	1	1	21111	0.896	70
29	2	1	1	1	1	21111	0.896	80
30	1	2	1	1	1	12111	0.883	80
31	1	1	2	1	1	11211	0.857	80
32	1	1	2	1	1	11211	0.857	95
33	1	1	1	1	1	11111	1	85
34	1	1	1	1	1	11111	1	80
35	1	1	2	3	1	11231	0.725	50
36	1	1	1	3	1	11131	0.843	80
37	1	2	3	2	2	12322	0.469	70
38	1	1	2	2	2	11222	0.662	80
39	3	3	2	2	5	33225	-0.074	50
40	2	1	5	1	1	21511	0.541	60
41	1	1	3	1	1	11221	0.843	80
42	2	1	2	2	1	21221	0.681	70
43	3	1	1	1	1	31111	0.777	70
44	4	5	5	1	1	45511	-0.014	90

45	2	1	1	2	1	21121	0.824	60
46	1	1	1	1	1	11111	1	80
47	2	1	1	2	1	21121	0.824	75
48	1	1	1	2	1	11121	0.928	70
49	1	1	1	2	2	11122	0.805	60
50	3	1	1	3	2	31132	0.478	100
51	1	1	1	1	1	11111	1	50
52	1	1	1	2	1	11121	0.928	70

11% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
3	Internet	repositorio.unprg.edu.pe:8080	<1%
4	Internet	repositorio.ujcm.edu.pe	<1%
5	Internet	www.researchgate.net	<1%
6	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
7	Internet	hdl.handle.net	<1%
8	Internet	qa1.scielo.br	<1%
9	Internet	ichgcp.net	<1%
10	Internet	repositorio.uct.edu.pe	<1%
11	Internet	tesis.unap.edu.pe	<1%