

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE PSICOLOGÍA



Una Institución Adventista

Tesis

Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un

Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014

Para optar el título profesional en Psicología

Por:

Bach. Carlos Alberto Villanueva Peña

Bach. Jaime Casas Caruajulca

Asesor:

Mg. Sara Richard Pérez

Lima, febrero de 2015

Dedicatoria

A mi Dios que siempre está acompañándome cada momento de mi vida. Al apoyo incondicional de mi mamá Dorcas Peña Witton, mi papá Pedro Villanueva Valderrama, que durante el transcurso de mi vida siempre han ido aconsejándome para mi crecimiento como profesional, de igual manera a mi hija Rin Luciana Villanueva Ortiz que es mi inspiración para ir dando lo mejor de mí como padre y profesional.

Carlos Alberto Villanueva Peña

A Dios por darme la capacidad para poder investigar. Asimismo a mis padres: Catalina Caruajulca Leyva por el apoyo incondicional y los consejos que a diario me daba antes que el señor lo llame al descanso y a mi Papá y amigo Gilberto Casas Chávez por la lucha constatarte que ha tenido al trabajar y conseguir los medios económicos para verme profesional, y por los consejos que me da cada vez me comunico con él. Además, a mis hermanas Dalila Casas Caruajulca y Elitsa Casas Caruajulca por su apoyo y acompañamiento como parte de mi formación como profesional.

Jaime Casas Caruajulca

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a Dios por la vida que nos ha dado para poder realizar esta investigación, asimismo a nuestros familiares por su ferviente apoyo y dedicación hacia nosotros, de igual manera a la Mg. Sara Richard Pérez por el apoyo que nos ha brindado en las asesorías.

De la misma manera se agradece a los asesores el Mg. David Javier y a la Mg. Keyla Miranda por su apoyo continuo durante el curso conducente a la sustentación de tesis.

Tabla de contenido

Índice de tablas	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
Capítulo I: Introducción	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema	4
2.1. Problema general.....	4
2.2. Problemas específicos	4
3. Justificación.....	5
4. Objetivos de la investigación	6
4.1. Objetivo general	6
4.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II: Marco teórico	8
1. Antecedentes de la investigación	8
2. Marco bíblico filosófico.....	11
3. Marco conceptual.....	12
3.1. Depresión.....	13
3.1.1. Orígenes del concepto de depresión.....	14
3.1.2. Conceptos de la depresión.....	15
3.1.3. Clasificación de la depresión	16
3.1.4. Depresión en personas con IRCT en tratamiento de hemodiálisis.....	17
3.2. Calidad de vida relacionada a la salud	18
3.2.1. Orígenes del concepto de calidad de vida relacionada a la salud.....	18
3.2.2. Conceptos de calidad de vida relacionada a la salud.....	19
3.2.3. Clasificación de la CVRS.....	20

3.2.4. <i>Calidad de vida relacionada a la salud y las enfermedades crónicas</i>	21
3.2.5. <i>La calidad de vida relacionada a la salud en la enfermedad</i>	23
3.2.6. <i>Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud</i>	24
3.2.7. <i>Importancia de la calidad de vida relacionada a la salud</i>	25
3.3 Marco teórico referente a la población de estudio	26
3.3.1. <i>Insuficiencia renal crónica terminal</i>	26
3.3.2. <i>Deterioro que presenta la persona en el tratamiento de hemodiálisis</i>	27
4. Definición de términos	28
4.1 Calidad de vida relacionada a la salud:	28
4.2 Depresión:	28
Capítulo III: Materiales y métodos	29
1. Método de la investigación.	29
2. Hipótesis de la investigación	29
2.1. Hipótesis general	29
2.2. Hipótesis específicas	29
3. Variables de investigación	30
3.1. Identificación de las variables	30
3.1.1 <i>Depresión:</i>	31
3.1.2 <i>Calidad de Vida relacionada a la Salud:</i>	31
3.2. Operacionalización de variables	32
4. Delimitación espacial y temporal de la investigación	36
5. Participantes	36
5.1. Criterios de inclusión y exclusión	37
6. Técnica e instrumentos de recolección de datos	38
6.1. Instrumentos	38
6.1.1. <i>Depresión: Inventario de Depresión de Beck II edición</i>	38
6.1.2. <i>Calidad de vida: Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)</i>	39

7. Proceso de recolección de datos.....	40
8. Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos	40
Capítulo IV: Resultados y discusión.....	42
1. Resultados.....	42
1.1. Descripción de la variable depresión	42
1.2. Descripción de la variable calidad de vida.....	42
1.3. Asociación entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida	43
2. Discusión.....	48
Capítulo V: Conclusión y recomendación	52
1. Conclusiones	52
2. Recomendaciones	55
Referencias.....	56
Anexos	64

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución de la muestra según características sociodemográficas	37
Tabla 2: Niveles de depresión de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.....	42
Tabla 3: Nivel de calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis ...	42
Tabla 4: Asociación entre depresión y la dimensión función física (calidad de vida)..	43
Tabla 5: Asociación entre depresión y la dimensión función social (calidad de vida) .	44
Tabla 6: Asociación entre depresión y la dimensión rol físico (calidad de vida)	44
Tabla 7: Asociación entre depresión y la dimensión rol emocional (calidad de vida) .	45
Tabla 8: Asociación entre depresión y la dimensión dolor corporal (calidad de vida)	45
Tabla 9: Asociación entre depresión y la dimensión salud general (calidad de vida) ..	46
Tabla 10: Asociación entre depresión y la dimensión salud mental (calidad de vida) .	47
Tabla 11: Asociación entre depresión y la dimensión vitalidad (calidad de vida)	47

Índice de abreviaturas

CVRS: Calidad de vida relacionada a la salud.
IR: insuficiencia renal.
IRC: Insuficiencia renal crónica.
IRCT: insuficiencia renal crónica terminal.
HD: hemodiálisis.
AMN: actitud mental negativa.
AMP: actitud mental positiva.
CIE10: Código Internacional de Enfermedades.

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014. El estudio es de diseño no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional. Se utilizó el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II. Los participantes fueron 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Los resultados fueron que al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p=0.000$). Concluyendo que existe una relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida, es decir que a mayor depresión se mostrará un menor nivel de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Abstract.

The aim of the study was to determine the correlation between depression and quality of life in a group in patients with hemodialysis in EsSalud Hospital in Lima - Peru, 2014. The study is not experimental and cross-sectional design. The type of study is descriptive correlational. The SF-36 was used on Health Status (Short-Form, SF-36) to assess quality of life, and the Beck Depression Inventory II. The population consisted of 39 participants. The results were that the quality of life related to depression significantly ($p = .000$) were obtained. Concluding that there is a significant relationship between the variables depression and quality of life, found inverse relationships of the variables that are affecting these patients, we observed that major depression a lower quality of life in patients with display hemodialysis.

Introducción

Se puede decir que los trastornos depresivos van influenciando en la percepción del estado de salud y la progresión de la enfermedad, favoreciendo el deterioro de la calidad de vida del ser humano.

La depresión y las enfermedades renales en la actualidad se están incrementando en gran manera, ya que podrían estar afectando la calidad de vida de las personas. Es por ello que en el presente proyecto de tesis se tratará de llegar a descubrir si existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú

Asimismo en el capítulo I estará compuesta por el planteamiento, formulación, justificación y objetivos del problema, dando a conocer la finalidad de esta investigación.

El capítulo II formará parte de los antecedentes y marco conceptual, manifestando las definiciones de cada una de las variables juntamente con sus respectivos antecedentes realizados anteriormente hasta la actualidad.

Consecutivamente el capítulo III explicará a detalle el método que se usó para la investigación y los instrumentos que se utilizaron, juntamente con las delimitaciones, participantes y criterios de exclusión e inclusión para la muestra.

Después de la aplicación de las pruebas en el capítulo IV se mostrará los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos y su respectiva discusión de acuerdo a las dimensiones de las variables.

Se finalizará con el capítulo V mencionando las conclusiones que se llevó a cabo y sus respectivas recomendaciones de acuerdo al criterio de las investigaciones y los autores.

Por lo tanto, la investigación analizará el grado de asociación que existe entre la depresión y la calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis, considerando la naturaleza de su estado de salud que implica un deterioro de su estado físico y mental.

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del problema.

Las enfermedades renales afectan a más de 500 millones de personas en todo el mundo. Equivalente al 10% de la población. De esta manera, cada año millones de personas mueren prematuramente por enfermedades cardiovasculares vinculadas a la enfermedad renal crónica. Se considera que los pacientes en diálisis y trasplante no superan los 25 mil. Siendo que la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad que produce deterioro progresivo e irreversible, que consiste en la falla de la función renal, cuya actividad es reducida a un 90%. Esta enfermedad se conoce como una enfermedad silenciosa, pues los primeros síntomas no aparecen hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal (Magaz, 2003).

Conforme la enfermedad avanza la persona va presentando diversos síntomas y alteraciones a niveles fisiológicos y metabólicos, debiendo iniciar un tratamiento de diálisis de función renal, ya sea por hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (ESSALUD, 2006).

EsSalud atiende al 95% de pacientes con IRCT en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. La incidencia de estos pacientes ha crecido aproximadamente un 10% por año, cifra equivalente a 500 - 600 personas adicionales al año. Alrededor del 80% de pacientes con IRCT deben llevar tratamientos de hemodiálisis, debido las inadecuadas condiciones de hospitales del estado, por lo que la tercera parte el servicio se da en clínicas privadas, el tratamiento se realiza tres veces por semana, aproximadamente con una duración de cuatro horas.

Sin embargo en algunos casos se requiere más tiempo (National Kidney Foundation, 2007); (ESSALUD, 2006).

Vinokur y Bueno (2002) recalca que al inicio del tratamiento por diálisis los pacientes se exponen a diversas fuentes como: dependencia a la máquina, equipo médico, restricción dietética, tratamiento multifarmacológico, complicaciones derivadas del acceso vascular y dificultad para replantear y planificar su futuro, haciendo que esto genere al paciente una respuesta de estrés, irritabilidad, ansiedad y depresión, las cuales influyen directamente en la calidad de vida.

En un estudio realizado por (Pérez, Dois, Díaz, y Villavicencio, 2009) refieren que estos pacientes suelen presentar diversos cambios a nivel emocional, que los principales cambios son la ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por el tratamiento. Estas reacciones emocionales varían dependiendo de la valoración cognitiva que realice el paciente sobre su condición de vida, también con las habilidades individuales para poder adaptarse a las condiciones de dependencia del programa de hemodiálisis.

Álvarez, Fernández, Vásquez, Mon, Sánchez, y Rebollo (2001) corroboran que el mismo tratamiento que prolonga la vida de los pacientes por un lado, deteriora su calidad de vida por el otro.

En los pacientes con IRCT, la depresión vendría a ser la anomalía psiquiátrica más común, ya que esta se desarrolla ante la respuesta de una pérdida. Viendo que el paciente durante el transcurso del tiempo ha sufrido múltiples pérdidas como son su rol familiar, laboral, función renal, sus habilidades físicas, cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras. La depresión tiende a tener efectos adversos sobre los resultados terapéuticos haciendo que se eleven las tasas de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónico terminal, dado que influye negativamente sobre los

factores somáticos y emocionales del paciente, que son definitivos para su recuperación (Peña, 2008).

Estos trastornos depresivos y ansiosos van influenciando en la percepción del estado de salud y la progresión de la enfermedad, favoreciendo el deterioro de la calidad de vida (Álvarez, 2001). Así mismo menciona que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como: “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar” (p. 65), refiriéndose en general al impacto en la percepción del bienestar del paciente, ocasionado por los cambios en su estado de salud.

Moreno, et al. (2004) y Rivera, López, y Sandoval (2012) señalan que la presencia de los trastornos emocionales tales como son la depresión, desesperanza, ansiedad, etc. Se presentan más en un alto nivel de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con IRCT asociándose a un descenso en la actividad física, disminución de actividades sociales y pérdida de energía para mantener sus actividades cotidianas y laborales. Que afectan en la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la intervención terapéutica, lo cual implica un agravamiento sintomatológico.

Dándose en manifiesto que los síntomas ansiosos y depresivos son predictores que influyen en la CVRS y que se debe tener en cuenta al momento de iniciar el tratamiento médico y las intervenciones psicológicas para la prevención de los síntomas (Varela, Vásquez, Bolaños, y Alonso, 2011).

La presente investigación analiza el grado de asociación que existe entre la depresión y la calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes con

tratamiento de hemodiálisis, considerando la naturaleza de su estado de salud que implica un deterioro de su estado físico y mental.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

¿Existe relación entre depresión y la calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

2.2. Problemas específicos

¿Existe relación entre depresión y función física en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y función social en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y rol físico en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y rol emocional en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y dolor corporal en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y salud general en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y salud mental en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

¿Existe relación entre depresión y vitalidad en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud Lima – Perú, 2014?

3. Justificación

La presente investigación servirá como aporte para los diferentes estudios científicos y al mismo tiempo ayudará en el desarrollo de futuras investigaciones.

Este estudio será un aporte teórico donde permitirá la definición de nuevos conceptos y servirá para que se aplique en diferentes poblaciones, permitiendo así ampliar su campo de aplicación.

Asimismo dicha investigación permitirá dar a conocer si existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Al mismo tiempo ayudará que la familia del paciente que está en tratamiento pueda tener las herramientas necesarias para apoyar en su recuperación y saber de qué manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.

Además, aportará para la implementación de programas de intervención en cuanto a la depresión y así mejorar su calidad de vida.

Es por ello que surge la necesidad de analizar desde el área psicológica e investigar en qué medida el estado emocional afecta la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

4.2. Objetivos específicos

Describir la depresión de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Describir la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y función física en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y función social en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y rol físico en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y rol emocional en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y dolor corporal en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y salud general en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y salud mental en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú.

Determinar si existe relación entre depresión y vitalidad en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima Perú.

Capítulo II

Marco teórico

En el presente capítulo se mostrará el marco teórico de las variables de estudio. Los antecedentes previos, marco bíblico filosófico y marco conceptual de las variables depresión y la CVRS.

1. Antecedentes de la investigación

Existe una diversidad de trabajos de investigación dedicados al estudio y determinación acerca de la depresión y la CVRS en personas con tratamiento de hemodiálisis a nivel descriptivo y/o correlacional, a continuación mencionaremos algunos de ellos.

Morales, Salazar, Flores, Bochicchio y López (2007) realizan una investigación cuya muestra estaba conformada por 123 pacientes mayores de 19 años de edad con tratamiento sustitutivo renal en la clínica de diálisis del Hospital Regional, Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Morelos. La calidad de vida y la depresión se evaluaron mediante los cuestionarios de calidad de vida en enfermedad renal versión 1.3 (KDQOL SF-36) y el inventario de depresión de Beck. Encontrando que la depresión es el principal predictor de calidad de vida en esta población.

Páez, Jofré, Azpiroz y Bartoli (2008) investigaron los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis localizado en la ciudad de San Luis, Argentina, utilizando como instrumentos una entrevista semi-estructurada para pacientes dializados, el inventario de depresión de Beck-II y

el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, encontrándose que la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son mayormente afectados por la depresión.

Millán, Gómez, Gil, Oviedo, y Villegas (2009) investigaron sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes de seis unidades renales compuesta por 163 pacientes en Bogotá. Se empleó una ficha de datos socio demográficos diseñada específicamente para este estudio, la HADS en su versión adaptada y validada por Colombia, así como la SF-36 en la versión previamente explorada a escala local; lográndose encontrar que conforme descende la calidad de vida relacionada a la salud mental general, es mayor la presencia de depresión y a medida que descende totalmente es más probable la existencia de un cuadro ansioso.

Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez y Velasco (2009) en su investigación formada por 54 pacientes de la unidad médica de alta especialidad número 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el departamento de Nefrología, Torreón, Coahuila, México. Utilizaron el inventario KDQOL-SF™ versión corta para calidad de vida del paciente nefrológico y el inventario de Beck para depresión, en versión corta. Se encontró que la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal es menor a 50% en sus rubros físico y mental, en esta serie la depresión coexistió en 53.7% de los pacientes.

Varela, Vázquez, Bolaños y Alonso (2011) en su investigación conformada por 53 pacientes ambulatorios con insuficiencia crónica sometidos en tratamiento en diálisis peritoneal en el hospital Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo y el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostelase, los instrumentos para evaluar fueron el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF15) que consta de

un núcleo genérico compuesto por los 36 ítems del Short Form Health Survey (SF-36), el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y la escala Health Locus of Control, encontrándose así que los síntomas ansiosos y depresivos son predictores significativos de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes en diálisis peritoneal.

García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado (2002) en su investigación sobre “Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos”, realizada en Lima-Perú conformada por un grupo de 88 pacientes entre 20 y 80 años de tres centros de hemodiálisis de la seguridad social. Evaluándose los síntomas depresivos con el Inventario de Beck y síntomas ansiosos con la Escala de Autovaloración de Zung, resultaron que los síntomas depresivos están asociados a una mala adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

Paredes (2005) en su tesis realizada en Lima compuesta por 40 personas diagnosticadas con IRCT mayores de 18 años que se atienden en un hospital del seguro social, se evaluaron con el cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA) dio como resultado que la percepción de los participantes se enfoca a las demandas concretas el tratamiento produce, prefiriendo de esa manera optar por demandas emocionales que de él derivan como la frustración, ansiedad, temor, depresión y desolación.

En Lima, Alfaro (2011) realizó una investigación conformada por un grupo de 100 pacientes con IRCT entre 20 y 70 años en tratamiento de hemodiálisis constituida de cuatro centros de la capital en Lima, para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 y el locus de control de la salud. Se midió a través de la Escala Multidimensional de Locus de Control, dando como resultado un relación significativa que son de una intensidad mediana, indicando que

las personas sienten que su salud depende del azar, tendiendo a ser más afectadas sus relaciones sociales y tienen más síntomas de depresión y ansiedad.

Montoya, Suárez, Chang y Taypicahuana (2012) en su investigación realizada en Lambayeque conformada por una población de 326 pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis asegurados por EsSalud. Se aplicó la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. Los resultados fueron que la depresión y la ansiedad son patologías muy frecuentes con este diagnóstico.

Montoya y Suárez (2013) en su investigación sobre “depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis” realizada en Lambayeque - Chiclayo conformada por un grupo de 319 pacientes del servicio de Nefrología en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de EsSalud y tres clínicas nefrológicas con servicio de hemodiálisis asociadas a esta institución. Se aplicó la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. Los resultados obtenidos fueron una relación significativa en la depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis en Lambayeque.

2. Marco bíblico filosófico

Se ha de tener en cuenta que White (1963) en sus escritos menciona de manera indirecta el impacto de las facultades mentales y cómo esta misma afecta los diferentes aspectos de la vida humana. Dado que “la condición de la mente influye en la salud física mucho más de lo que generalmente se cree” (p.185); aquí se habla de la influencia y el efecto de la mente sobre la salud física, donde las actitudes mentales positivas (AMP) puede verse impactadas por una actitud mental negativa (AMN), luego del impacto y por principio sistémico holístico dicha actitud se verá a la vez afectará a las otras facultades (espirituales y sociales).

Siendo que White (1976) da un ejemplo donde la AMP del individuo se ve afectada por la misma AMN de éste, se ve claramente cuando, menciona que la actitud mental del hombre se va a ver impactada por el acto de recordar constantemente las experiencias negativas. De esta manera se puede ver: actitudes mentales negativas que afectan a las correctas (o positivas) actitudes mentales del individuo. Dado que recalca que los recuerdos que van a ser una parte desagradable de su vida pasada en sus iniquidades y desengaños van a afectar al estado de ánimo, ya que una persona desanimada debilitará su facultad espiritual al llenarse de tinieblas y expulsar de su propia alma la luz divina. De la misma manera que en el ejemplo anterior, aquí, en primera instancia, se ve el impacto negativo que tienen los recuerdos desagradables sobre la misma actitud mental del hombre. Y más aún, se puede notar que una vez que la actitud mental positiva ha sido afectada, la mente en esta condición afectada impactará también de manera negativa sobre la facultad espiritual del mismo individuo.

Asimismo en la Biblia Valera (1960) podemos encontrar a muchos personajes que en algún momento de su vida han sufrido depresión como es el caso de Job, que menciona “¿por qué no morí yo o expiré al salir del vientre?” (p. 520), siendo él, que deseaba la muerte debido a las diversas crisis que estaba presente en distintas áreas de su vida al mismo tiempo, se sentía sobrepasado en sus fuerzas, no teniendo los métodos adecuados para poder sobrellevar o enfrentar la situación, pues estaba deprimido y lo afectó a nivel biopsicosocioespiritual.

3. Marco conceptual

Se ha de mencionar diversas características en lo cual han de formar nuestras variables, principalmente empezando con nuestra variable de la depresión, pasando

consecutivamente con la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedades crónicas y en tratamiento con hemodiálisis.

3.1. Depresión

Beck, Rush, Shaw, y Emery (2005) definen a la depresión como “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general” (p. 43).

Beck y Col.,(citado por Townsend, 2011) mencionan que en la teoría cognitiva se propone que la depresión es más cognitiva que afectiva, siendo la causa subyacente de la depresión son las distorsiones que resultan en actitudes negativas y de frustración, dado que la depresión va a ser el resultado de un producto del pensamiento negativo.

Beck, Rush, Show y Emery (1979) indican que el modelo cognitivo va a postular tres tipos de conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

En la tríada cognitiva se va a dar tres tipos de patrones principales que se va a inducir al paciente a considerar en sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrático, siendo que en el primer componente de la tríada se compone de una visión negativa del paciente sobre sí mismo sintiéndose de una manera un ser torpe, enfermo y con poca valía, tendiendo a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, físico o moral. El segundo componente va a formar en su interpretación de sus experiencias de manera negativa, pareciéndole que el mundo provoca una demanda exagerada y/o obstaculizadora para alcanzar sus objetivos. En su tercer componente va a forma parte de una visión negativa acerca del futuro y la persona va hacer proyectos de gran alcance. Estará anticipado que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente esperando penas, frustraciones y privaciones interminables.

En los últimos años el término depresión, se utiliza para hacer mención a una amplia variedad de condiciones emocionales del ser humano, ya que es un padecimiento que se inicia en sensaciones de tristeza hasta llegar a un nivel bajo del estado ánimo y que puede ir acompañando de síntomas psicológicos y fisiológicos, perturbando de esa manera el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos de su vida, es por ello que se conoce como uno de los problema más frecuente en el campo de la salud mental (Romero, 2010).

3.1.1. Orígenes del concepto de depresión

En el siglo IV a.C. Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamados psicológicos estaban relacionados por una reacción de conjuntos humorales viniendo a ser la bilis negra, amarilla y flema. Formuló así la primera descripción médica de la depresión a la que llamo melancolía, la cual era producida por la bilis negra que se consideraba como una degeneración nociva de la bilis amarilla. Pensándose así la bilis negra era el factor fundamental de la melancolía dando que se asociaba con aversión a la comida, desesperación, insomnio e irritabilidad. Dado que a finales del siglo XVI la melancolía empieza a dar un tipo de enajenación mental, en la que la imaginación y el juicio se pervierten de tal manera que sin causa alguna quienes la padecen se ponen tristes y lleno de miedo. Más adelante Freud en el año 1917 menciona en sus escritos el término de depresión como un sinónimo de melancolía para describir el aspecto afectivo del estado mental de una persona. Subraya que en la depresión hay una acentuación perdida de auto estimulación y una pérdida de la vida instintiva, y sugiere que la famosa anorexia nerviosa de las jóvenes es una melancolía donde su sexualidad aún no está desarrollada. A partir de esto apunta que la melancolía consiste en el duelo por la pérdida de la libido (Vargas, 2008).

3.1.2. Conceptos de la depresión

Hall (2003) afirma que “La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados” (p. 5).

Asimismo el autor menciona que “La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión” (p. 5).

Por otro lado Keck (2010) menciona que “La depresión es una enfermedad grave, que en determinados casos puede amenazar la vida del paciente y que necesita un tratamiento especializado” (p. 3).

Sabiendo que la depresión puede tener diversos significados, a menudo se utiliza para referirse a períodos pasajeros de tristeza tras experimentar la pérdida de un ser querido, salud, pertenencias personales, frustración de expectativas deseadas, o ante dificultades cotidianas. En psiquiatría, la depresión es categorizado como un trastorno mental con síntomas y signos clínicamente significativo dado que a una suficiente intensidad y duración puede interferir y deteriorar el funcionamiento diario de su vida y la calidad de vida de la persona afectada (Mingote et al. 2009).

Díaz; et al. (2006) afirma que “la depresión es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia” (p. 1). Además la depresión es una enfermedad donde no solo es influida

por factores internos, como pueden ser la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, sino que también influyen factores externos, ya que según la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), son criterios que se utiliza para diagnosticar este estado afectivo en el paciente.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas mayormente tienden a la interpretación de sus experiencias y sucesos como decepciones y generalizan globalmente esos sucesos negativos como irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, conducente a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa).

3.1.3. Clasificación de la depresión

Se ha identificado que los individuos con depresión reportan una alta ocurrencia en atributos de pensamientos seguidos de una experiencia de omisión hipotética. Existen tres tipos de depresión:

Depresión leve: cuando la persona va a presentar algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades va a tomar un esfuerzo extraordinario.

Depresión moderada: es en cuando la persona va a presentar diversas sintomatologías de la depresión haciendo que impida a realizar sus actividades diarias.

Depresión severa: va ser cuando casi todos los síntomas de la depresión va a impedir que realice sus actividades diarias.

Depresión mayor: en la depresión mayor o aguda ha de presentarse al menos cinco de los síntomas como son el ánimo depresivo la mayoría del día; pérdida del placer; aumento o disminución del apetito, peso; trastornos del sueño; pérdida de energía; sentimiento de culpabilidad; pensamientos recurrentes de muerte, etc. Durante un

periodo mínimo de 2 semanas, y deben representar un cambio de conducta o estado de ánimo respecto al estado previo (Kammer citado por Molina, 2006).

3.1.4. Depresión en personas con IRCT en tratamiento de hemodiálisis

Sabiendo que la depresión es una de las enfermedades más relevante por la frecuencia y gravedad en los paciente en hemodiálisis va a ser que esto se convierta en un trastorno mental que va afectar la vida y vulnerabilidad, ya que van a estar presentes en situaciones estresantes, llevando a un deterioro de la propia imagen, relaciones personales y alteración de la calidad de vida (Aguilera, 2007).

Asimismo la depresión, es de alta incidencia en pacientes con tratamiento de diálisis, debido a que influye en el deterioro de la calidad de vida y que puede afectar la función inmunológica y nutrimental. Además puede interferir en el cumplimiento del tratamiento, influyendo negativamente en los resultados, llegando a ser un factor independiente en la supervivencia de los pacientes (Morales, Salazar, Flores, Bochicchio y López, 2007).

En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como una fuente generadora de estrés. Caracterizándose por presentar el mayor sub-registro y sub-tratamiento dentro de las comorbilidades psiquiátricas, que implica también un proceso de deterioro continuo. Dañan el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona durante varios años. La IRCT se deriva de una falla renal crónica que ocurre cuando la función de los riñones disminuye, ya que van perdiendo la capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener un balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensable para el organismo. Esto deteriora la calidad de vida del enfermo afectando a nivel personal, familiar, social y laboral (Paredes, 2005).

Hasta hace poco, la depresión se ha visto como un desorden prevalente pero relativamente “benigno”; incluso en ausencia de tratamiento. Dicho desorden se asoció a un buen pronóstico. Además la depresión ha sido llamada como un “frio común” de la psicopatología. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, esta visión de la depresión ha cambiado de forma dramática considerando a la depresión como una enfermedad psiquiátrica significativa en la enfermedad (Luyten, Lowyck, y Corveleyn, 2003).

Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) afirman que según la teoría cognitiva de Beck. “La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales”(p. 427). Mientras que el “Contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente”(p. 427). Es por ello que los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto de su contenido cognitivo, tendrá una gran influencia en lo que siente y “los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios y directrices que sirven para procesar la información procedente del medio”(p. 427). Es por ello que la teoría cognitiva considera que existe cuatro elementos cognitivos que son claves para poder explicar la depresión estos son: la triada cognitiva, que consiste en la visión negativa de uno mismo, el mundo y los demás; los pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y en el procesamiento de la información y la disfunción de los esquemas.

3.2 Calidad de vida relacionada a la salud

3.2.1. Orígenes del concepto de calidad de vida relacionada a la salud

Schwartzmann, Shukamer y Naughton (citado por Margarita y Vinaccia 2011) señalan que el término de calidad de vida fue utilizado por el ex presidente

norteamericano Lyndon B. Johnson en 1964, para dar a conocer que dicho concepto consiste en el cuidado personal. Convirtiéndose a la preocupación por la salud, higiene públicas, laborales, ciudadanos y tenía como finalidad llegar a terminar la preocupación por la experiencia que tiene el sujeto ante la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud, dentro de un enfoque biopsicosocial. Este término se hizo popular a partir de los años 1980, por ello al finalizar, se encuentra que en esta década es cuando surge la expresión CVRS, refiriéndose a la evaluación intrínsecas de las influencias del estado actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre sus capacidades del individuo, llegando a lograr y mantener un nivel global al funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes y que afectan su estado de bienestar general.

Siendo que el concepto CVRS, fue aplicado en el mundo de las enfermedades, con una visión nueva, diferente y cambiante sobre las personas con discapacidad; durante los años 90 la preocupación en base a la definición y su evaluación del concepto tuvo un mayor carácter metodológico. En el siglo XXI se presenta que el término calidad de vida no solo cambiará las intenciones y acciones que goza el individuo, cada vez más con mayores posibilidades de elección y decisión, optando por una vida de mayor calidad, siendo que también de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas que mejoren el procedimiento en medida que exista un grupo de evaluadores que analicen los resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de vida (Croog y Levine, Schwartzmann citado por Rodríguez, Castro y Merino, 2005).

3.2.2. Conceptos de calidad de vida relacionada a la salud

Durante décadas se ha mostrado interés por el estudio de la calidad de vida en las personas que padecen alguna enfermedad, es por ello que se ha utilizado en dichos

casos el concepto de calidad de vida relacionada a la salud, siendo que Patrick y Erickson (1993) lo definen como un valor que se asigna a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que va a ser influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos.

Es por ello que Lugones (2002) define que el concepto de CVRS como “cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica, y a su vez, del desarrollo técnico relacionado con su atención”(p. 1).

3.2.3. Clasificación de la CVRS

García y Soriano (2004) mencionando que son 8 dimensiones de evaluación en el estado de salud percibida en lo que va constar de:

- **Función física:** es el grado en el que la falta de salud va a limitar las actividades físicas que se realizan en la vida diaria, dado a que se va a generar esfuerzos moderados e intensos los cuales se pueden tornar dificultosos y afectarán la calidad de vida del individuo.
- **Función social:** consta en que el grado de los problemas de la salud física o emocional van a interferir significativamente en la vida social habitual.
- **Rol físico:** es el estado en el cual la falta de salud va a interferir en la vida familiar, el trabajo y sus diversas actividades diarias, lo cual va a generar un rendimiento limitando en las actividades y por ende se mostrará un desequilibrio en su calidad de vida.

- Rol emocional: viene a ser el grado en que los problemas emocionales van a intervenir de manera significativa en la salud y el trabajo, dado también que va a interferir en el tiempo dedicado a las actividades, es por ello que la adecuada calidad de vida, se verá reflejada en el rendimiento ya sea menor o mayor dentro de un grupo de trabajo.
- Dolor corporal: viene hacer la intensidad del dolor y el efecto que la persona va a presentar en su desenvolvimiento tanto en el trabajo como en el hogar.
- Salud general: es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social del individuo, ya que al tener una buena calidad de vida va a valorar su estado actual de su salud y así mejorará su calidad de vida y la de su familia.
- Salud mental: en la salud mental va a comprender lo que es la depresión, ansiedad, control de conducta o bienestar general que va a presentar la persona sobre su estado de salud.
- Vitalidad: va a ser el sentimiento de energía y vitalidad que la persona va a presentar frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

3.2.4. Calidad de vida relacionada a la salud y las enfermedades crónicas

Dado que las enfermedades crónicas y terminales son un padecimiento que generalmente van a afectar la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias que conllevan y los tratamientos de ellas van a requerir de un cambio sustancial de su estilo de vida de cada uno de los pacientes que van a comprometer todas sus habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para que así pueda afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2006).

En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas fuentes generadoras de estrés, implicando un proceso que va deteriorando continua y constantemente dañando

no solo el funcionamiento biológico, sino también a las funciones psicológicas y social de una persona por varios años. Afecta su calidad de vida y origina nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Es por ello, las incidencias de las enfermedades crónicas no sólo son percibidas como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal como son : autoimagen, auto concepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional; sino también como un desafío dada a las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo. Las mismas van implicando las introducciones de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, las modificaciones de sus actividades laborales y sociales y la alteraciones de sus relaciones interpersonales con sus seres significativos (Paredes, 2005).

Los avances que se van produciendo en la tecnología para la medicina en las últimas décadas se han llevado considerablemente un aumento de herramientas biotecnológicas en la salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas que están estrechamente vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados (Velarde y Ávila, 2002).

Esto llevaría a que se vaya produciendo un desequilibrio en la atención de la salud, con un acentuado énfasis para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y una insuficiencia en la consideración de las consecuencias psicosociales de sus problemas (Rebollo, Bobes, González, Saiz y Ortega, 2000).

Sabiendo que en las enfermedades crónicas en particular van manifestando en cada individuo estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo como limitaciones o cambios que se le van imponiendo y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe

someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronósticos y el impacto que la enfermedad va a traer para su vida actual y futura (García y Rodríguez, 2007).

3.2.5. La calidad de vida relacionada a la salud en la enfermedad

Alfaro (2011) señala que hay investigaciones en la cual reportan que aquellas personas que creen que pueden hacer algo al respecto a su enfermedad tienen una mejor adaptación positiva que aquellos que no. Sin embargo, son más propensos a practicar buenos hábitos saludables pudiendo aumentar su adherencia al tratamiento, ya que usan más estrategias de afrontar de manera activa y van reportando menores niveles de depresión.

La depresión en enfermos renales se ha asociado a las disfunciones inmunológicas y nutricionales siendo que han ido dando una peor percepción de la enfermedad y menor CVRS, haciendo que la ansiedad también se asocie a una menor CVRS, principalmente en los primeros meses de hemodiálisis y en los pacientes de mayor edad, sabiendo que aquellos pacientes en diálisis que tienen una mejor percepción de salud mental se van adaptando mejor al curso de la enfermedad y al tratamiento. Siendo que el apoyo social a partir de su interacción con las demás personas van ayudando a que se reduzca la percepción de amenaza y permite un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes, ya que se ha encontrado que en los enfermos renales con apoyo social influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y la intensidad de los síntomas depresivos (Perales, García y Reyes, 2012).

En las investigaciones hechas esto confirmaría que en las familias los pacientes se sienten protegidos y acompañados pues sus miedos se disiparían y la angustia disminuiría en función a la respuesta positiva que da el apoyo social de su familia. Si esto no fuese así, el paciente además de sufrir la enfermedad que físicamente le va disminuyendo podría ir espiritualmente perdiendo sus facultades esenciales

(pertenencia, apoyo, energía, vitalidad, etc.) y alejándose cada vez más de su personalidad anterior (Rodríguez, Castro y Merino, 2005).

Mapes (citado por Alfaro, 2011) menciona que al conocer el impacto que genera los cambios de la CVRS resulta ser significativo para los pacientes, ya que se encontró que la hemodiálisis con menores niveles de CVRS tuvieron mayor riesgo de muerte y hospitalización.

Dado que el paciente con IRCT en diálisis, suele sufrir diversos cambios desde la perspectiva psicológica, social, en su estilo de vida y también en su vida espiritual. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitan tratamiento para el resto de su vida, otros en cambio pueden tener problemas al momento de ajustarse a esos cambios y desafíos que la enfermedad implica durante el curso de la enfermedad. Habitualmente van aflorando sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares, siendo que es de importancia el saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que vayan a permitir lograr una mejor calidad de vida, así como también obtener la posibilidad de ayuda para asumir la enfermedad y su tratamientos (Mera, 2007).

3.2.6. Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud

La CVRS es un concepto en que van convergiendo múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas, Sanabria (citado por Contreras et al. 2006) recomienda en abordar diversos dominios tanto lo físico, psicológico y social, ya que en el primero se evalúan atributos como los síntomas, funcionamiento y la discapacidad física; en el dominio psicológico se consideran los niveles de satisfacción, bienestar percibido, ansiedad, depresión y autoestima, y en el tercer

dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, su actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

Los aspectos sociales y familiares van decisivamente influyendo constantemente en la evolución de cualquier tipo de patología crónica, sea a través de las descompensaciones, la utilización de recursos sanitarios, la adherencia al tratamiento o la comorbilidad de los trastornos afectivos, también en la misma medida determinan la calidad auto percibida (Bernstein, 2010).

Los estilos de afrontamiento desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos estresantes como son en las enfermedades crónicas, se han ido orientando a que se promueva estas estrategias ya que los recursos del paciente en tales condiciones pueden llegar a favorecer su calidad de vida. Los estilos de afrontamiento son considerados en las variables cognitivas susceptibles de la evaluación y modificación, para restablecer y mantener un bienestar psicológico de los pacientes. Además puede incidir en la adaptación de comportamientos que sean más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos el poder tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implique (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2006).

3.2.7. Importancia de la calidad de vida relacionada a la salud

La demanda de una buena CVRS está íntimamente ligada de forma práctica a un estado que las capacita físico, psicológico y socialmente para sus necesidades en la vida real en sus diferentes entornos. Se dan desde una perspectiva biológica como social, siendo que esta capacidad – independencia está influida directamente por posibles patologías que sufre una persona y por factores externos modificables. La actividad física parece mitigar y reducir los síntomas depresivos y la ansiedad,

también algunos precisan de atención de una persona cuidadora. Se es necesaria la actividad física regular en el domicilio o fuera de él, pudiendo reducir el riesgo de padecer síntomas depresivos, pues la actividad física no necesita ser extenuante para poder alcanzar los beneficios saludables. Se recomienda a personas mayores el realizar una moderada cantidad de actividad física como: caminar moderadamente entre 5 a 10 minutos. Al igual que en otras edades la persona mayor debe consultar a un profesional sanitario antes de comenzar un programa de actividad física (Gusi, Prieto y Madruga, 2006).

Ante ello los objetivos nutricionales sería lograr equilibrio en el peso normal del paciente. Un estado nutricional adecuado, ayuda a controlar el nivel de azoemia y sus efectos para mejorar la calidad de vida y retrasar la progresión de la IR y para poder llevar a cabo estas recomendaciones se deben calibrar dietas con menús fijos. Habitualmente se utilizan tablas para que limiten la ingesta, técnicas de cocción de verduras y legumbres con eliminación del agua de cocción y de aclarado. Pueden disminuir hasta un 40% el contenido de potasio de estas. Con respecto al aporte líquido se debe reponer el gasto diario más de 500 ml. Sin embargo, mucho de los pacientes por su situación clínica son incapaces de alcanzar los requerimientos nutricionales siendo necesario la utilización de soporte nutricional avanzado (Roman y Bustamante, 2008).

3.3 Marco teórico referente a la población de estudio

3.3.1. Insuficiencia renal crónica terminal

La IRCT es una situación clínica en lo cual va a derivar de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por diversas

etiologías, tanto congénito, hereditario o adquirido. Cuyas causas principales son la hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares. En la etapa terminal se va a demostrar un daño parenquimatoso, que va a requerir tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante, en el cual durante el avance de la enfermedad se va a presentar síntomas como la orina espumosa, sed intensa, hipertensión arterial, amanecer con los párpados o la cara hinchada y en las tardes con los pies hinchados (por la retención de líquidos), anemia, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas, agitación al caminar (Magaz, 2003; EsSALUD, 2006).

3.3.2. Deterioro que presenta la persona en el tratamiento de hemodiálisis

Las características que da la IRCT y su tratamiento con hemodiálisis, viene a ser una incertidumbre con respecto al futuro, ya que los estadios precoces que van a acompañar a los síntomas se ven reflejado en la vida diaria y en el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Estos corrigen parcialmente, introduciendo cambios importantes en el estilo de vida, también infiriendo a la dependencia en el uso de las máquinas y del personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral entre otras, son razones que van a justificar a que los pacientes en hemodiálisis presenten con frecuencia trastornos emocionales, sabiendo que los pacientes con IRCT en programas de hemodiálisis periódica presentan una amplia variedad de síntomas no específicos, en general de carácter fluctuante, ya que han de condicionan de forma significativa su bienestar general, pero muchas veces no es posible determinar una causa orgánica y a menudo no responde adecuadamente a los tratamientos prescritos. Por otra parte, estos pacientes presentan con trastornos emocionales como ansiedad y depresión, que podrían estar asociados a la mencionada sintomatología. Que en algunos estudios han demostrado predecir de forma

independiente su supervivencia, siendo los ancianos un grupo especialmente sensible a padecer de estos trastornos (Capote, Casamayor y Castañer, 2012).

Las condiciones en las que son sometidos los pacientes en diálisis es un caso representativo de lo difícil que resulta hacer frente a la enfermedades crónica, ya que se ve obligado a adaptarse a una serie de cambios y estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan su CVRS: dietas estrictas, una dependencia a máquinas y hacia la atención médica, perder o incapacitarse permanentemente en su trabajo, problemas económicos, limitaciones en el tiempo, disfunciones sexuales, así como el malestar físico y emocional producto de la baja energía y las distorsiones de la imagen corporal que surgen de los múltiples cambios anatómicos (Millán, 2009).

4. Definición de términos

4.1 Calidad de vida relacionada a la salud:

Lugones (2002) menciona que son “cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica, y a su vez, del desarrollo técnico relacionado con su atención”(p. 1).

4.2 Depresión:

Beck, Rush, Shaw y Emery (2005), señalan que la depresión es “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”(p. 43).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de la investigación.

La presente investigación es de diseño no experimental de corte transversal, porque no se manipularon las variables, y porque los datos se tomaron en un momento determinado. El tipo de estudio es descriptivo correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Hipótesis de la investigación

2.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

2.2. Hipótesis específicas

H₁ Existe relación significativa entre depresión y función física en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₂ Existe relación significativa entre depresión y función social en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₃ Existe relación significativa entre depresión y rol físico en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₄ Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₅ Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₆ Existe relación significativa entre depresión y salud general en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₇ Existe relación significativa entre depresión y salud mental en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

H₈ Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú.

3. Variables de investigación

3.1. Identificación de las variables

3.1.1 Depresión: es “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general” (Beck, Rush, Shaw y Emery 2005, p.43).

3.1.2. Calidad de Vida relacionada a la Salud: se define como las “Cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. De ahí que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes sea uno de los objetivos principales de la atención médica, y a su vez, del desarrollo técnico relacionado con su atención”. (Lugones, 2002, p.1).

3.2. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores o Ítems
Depresión			El Inventario de Depresión de Beck. Consta de un cuestionario de 21 preguntas. Los 21 ítems del inventario generan un puntaje total.	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Sentimiento de fracaso 4. Insatisfacción 5. Culpabilidad 6. Sentimiento de castigo 7. Auto decepción 8. Auto culpación 9. Ideas de suicidio 10. Llanto 11. Irritación 12. Desinterés social 13. Indecisión 14. Pobre imagen corporal 15. Dificultad laboral 16. Insomnio 17. Fatiga 18. Pérdida del apetito 19. Pérdida de peso 20. Hipocondría 21. Desinterés por el sexo
Calidad de vida	Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir las escaleras, coger o trasportar cargas, y realizar esfuerzos	El cuestionario de Salud SF-36. Consta de un cuestionario de 36 preguntas, generando un puntaje total así como puntajes separados en sus ocho dimensiones	10 ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j

		moderados.	
Calidad de vida	Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	2 ítems: 6 y 10
	Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	4 ítems: 4a, 4b, 4c y 4d
	Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan en el trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del	3 ítems: 5a, 5b y 5c

		esmero en el trabajo.	
Calidad de vida	Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	2 ítems: 7 y 8
	Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	5 ítems: 1, 11a, 11b, 11c y 11d
	Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.	5 ítems: 9b, 9cc, 9d, 9f y 9h
	Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	4 ítems: 9a, 9e, 9g y 9i

4. Delimitación espacial y temporal de la investigación

La investigación se llevó a cabo en un Hospital de EsSalud en Lima –Perú, 2014, en las fechas del 11 y 15 de diciembre del presente año.

El hospital donde se realizó la investigación está situado en el distrito de La Victoria- Lima, posee una infraestructura sofisticada y cuenta con las siguientes departamentos; Dpto. de Emergencia, Dpto. de Medicina Interna, Dpto. Medicina Especializada I, Dpto. de Psiquiatría, Dpto. Medicina Especializada II, Departamento de Cirugía General, Dpto. de Ortopedia y Traumatología, Departamento de Neurocirugía, Departamento Quirúrgico Especializado, Departamento de Oftalmología, Departamento de Gineco Obstetricia, Departamento de Trasplantes, Dpto. Patología Clínica, Dpto. de Anatomía Patológica, Dpto. Medicina de Rehabilitación, Dpto. Asistencia a la Salud y Dpto. Radiodiagnóstico por Imágenes.

5. Participantes

Los participantes para dicho estudio fue compuesto por 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EssSalud de Lima – Perú, 2014. La aplicación se llevó a cabo mientras los pacientes esperaban su turno para ser dializados.

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo de sujetos voluntarios, siendo que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de los investigadores. Dado que el procedimiento no es mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas y de la participación voluntaria de aquellos que deciden participar (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Tabla 1

Distribución de la muestra según características sociodemográficas

Variable		n	%
Género	Masculino	21	53.8
	Femenino	18	46.2
Edad	Menor de 42 años	10	25.6
	Entre 43 y 57 años	19	48.7
	Mayor de 58 años	10	25.6
Grado de instrucción	Primaria incompleta	1	2.6
	Secundaria completa	15	38.5
	Secundaria incompleta	13	33.3
	Superior completa	10	25.6

Nota: n=39

En la tabla 1 se observa que el 53.8% son varones y el 46.2% son mujeres. En cuanto a la variable edad, el 48.7% oscilan entre 43 y 57 años. Respecto al grado de instrucción el 38.5% de pacientes tienen secundaria completa y un 2.6% tienen primaria incompleta.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con tratamiento en Hemodiálisis.
- Pacientes en estado crónico terminal.
- Pacientes que se encuentren llevando tratamiento en un Hospital Nacional de Lima – Perú.
- Pacientes que estén dispuestos a colaborar con la evaluación.
- Mayores de edad.
- Pacientes en consulta externa.

Criterios de exclusión:

- No estar en tratamiento de Hemodiálisis.

- Pacientes en estado agudo de la insuficiencia renal.
- Pacientes que no estén dispuestos a colaborar con la evaluación.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes en hospitalización.

6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

6.1. Instrumentos

6.1.1. Depresión: Inventario de Depresión de Beck II edición

La evaluación de la depresión se realizó mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck, utilizado frecuentemente para medir depresión en los pacientes con terapia sustitutiva renal. Está compuesto por 21 preguntas tipo Likert, cada una con cuatro respuestas que toman los valores de 0 a 3, con una única opción de respuesta por pregunta.

Mediante la suma de todas las preguntas, el estado de depresión se categorizó como: no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos y depresión grave: ≥ 30 puntos.

Este instrumento fue validado en nuestro contexto por Vega, Coronado y Mazzoti en 1999 en una muestra de 136 pacientes internos en los pabellones de medicina general del Centro Médico Naval, hallando un alfa de Cronbach de .889, estando dentro de los rangos obtenidos en estudios realizados con el Beck Depression Inventory (BDI) en población psiquiátrica (.76-.90), estudiantes (.82-.92) y población no estudiantil psiquiátrica (.73-.90).

6.1.2. Calidad de vida: Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

El SF 36 es una encuesta de salud diseñado por el Health institute new england medical center de Boston, Massachusett, que a partir de 36 preguntas pretende medir 9 conceptos genéricos sobre la salud de los cuales no son específicos de una patología, grupo de tratamiento, edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado mental. Además se describe a cada dimensión con sus respectivos ítems: Función física: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j; función social: 6 y 10; rol físico: 4a, 4b, 4c y 4d; rol emocional: 5a, 5b y 5c; dolor corporal: 7 y 8; salud general: 1, 11a, 11b, 11c y 11d; salud mental: 9b, 9c, 9d, 9f y 9h; vitalidad: 9a, 9e, 9g y 9i
Ítems.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud: cuanto mayor sean, mejor será el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscilan 0 – 100.

Para la evaluación de los datos del presente estudio se consideró el proceso de las escalas del cuestionario SF – 36 teniendo las siguientes consideraciones:

Para la evaluación de los datos se considerará el enfoque RAND de manera simple para poder obtener los resultados, esto significa que hay que transformar los resultados en escalas de 0 peor estado de salud hasta 100 mejor estado de salud, estos resultados variaran de acuerdo a las cantidades de respuestas que tengan los ítems. Los resultados mediante los casos se considera son: 0-20: deficiente; 21-40: malo; 41-60: regular; 61-80: bueno; 81-100: excelente.

Este instrumento fue validado por Alfaro en 2011 (Lima – Perú) en una muestra de 100 pacientes con IRCT en cuatro centros de diálisis de la capital, hallando un alfa de

Cronbach de .70 para todas las dimensiones, sin embargo la dimensión de función social fue el único una alfa de Cronbrach de .58, asimismo las dimensiones más favorecidas fueron: Rol Físico, Función Física y Rol Emocional, llegando a alcanzar valores hasta de .90, La consistencia interna de los ítems también fue una forma de evaluar la confiabilidad del instrumento, todas las correlaciones ítem-test fueron superiores a .40.

7. Proceso de recolección de datos.

En primera instancia se pidió permiso a la psicóloga jefa del área de nefrología, para la aplicación de los instrumentos a los pacientes de consulta externa, recibiendo la aprobación inmediata para la continuación de esta investigación.

La información se recolectó de manera grupal, durante las fechas del 11 y 15 de diciembre del presente año, realizando las entrevistas durante la mañana y tarde, yendo de manera ordenada a cada uno de los pacientes que esperaban su turno para ser dializados. Se les informaba al principio el motivo de la entrevista para estar seguros de su participación voluntaria.

8. Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS
20.

El análisis estadístico se llevó a cabo en tres etapas. En la primera etapa se utilizó las tablas de frecuencia para describir los niveles de depresión y la calidad de vida. En la segunda etapa se determinó la asociación entre la depresión y las dimensiones de la calidad de vida por medio de la prueba estadística Tau-c de Kendall, dado que ambas variables son de tipo ordinales pero de distintos niveles. En la tercera etapa se describió la relación entre las dos variables de estudio por medio de las tablas de contingencia.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Descripción de la variable depresión

Los resultados de la variable depresión de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de acuerdo a la escala de depresión de Beck.

Tabla 2

Niveles de depresión de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Niveles de depresión	n	%
No depresión	16	41
Depresión leve	8	20.5
Depresión moderada	7	17.9
Depresión grave	8	20.5
TOTAL	39	100

Se observa que un 41% de pacientes no presentan depresión, mientras que un 20.5% presentan una depresión grave y un 17.9% manifiestan una depresión moderada.

1.2 Descripción de la variable calidad de vida

En la tabla 3 se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de acuerdo a cada dimensión del SF-36.

Tabla 3

Nivel de calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Dimensiones	Calidad de vida											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Función Física	8	20.5	6	15.4	10	25.6	6	15.4	9	23.1	39	100
Función Social	5	12.8	3	7.7	4	10.3	14	35.9	13	33.3	39	100
Rol Físico	16	41	5	12.8	5	12.8	4	10.3	9	23.1	39	100
Rol emocional	4	35.9	4	10.3			4	10.3	17	43.6	39	100
Dolor Corporal	4	10.3	10	25.6	12	30.8	7	17.9	6	15.4	39	100
Salud General	7	17.9	7	17.9	8	20.5	9	23.1	8	20.5	39	100
Salud Mental	3	7.7	5	12.8	10	25.6	8	20.5	13	33.3	39	100
Vitalidad	6	15.4	7	17.9	10	25.6	10	25.6	6	15.4	39	100

En la tabla 3, teniendo en cuenta las dimensiones de la variable calidad de vida se puede observar lo siguiente: respecto a la dimensión función física, el 25.6% de los evaluados presentan una funcionalidad regular; respecto a la dimensión función social, el 35.9% de los pacientes presenta una funcionalidad buena; respecto a la dimensión rol emocional, el 43.6% de los participantes presenta una funcionalidad excelente; respecto a la dimensión dolor corporal, el 30.8% de los pacientes presentan una funcionalidad regular.

1.3 Asociación entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la depresión y la dimensión función física de la variable calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 4

Asociación entre depresión y la dimensión función física (calidad de vida)

Depresión	Dimensión función física (calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

No depresión			2	12.5	4	25	2	12.5	8	50	16	100
Depresión leve	1	12.5			4	50	2	25	1	12.5	8	100
Depresión moderada	2	28.6	3	42.9			2	28.6			7	100
Depresión grave	5	62.5	1	12.5	2	25					8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor= -.561, p=.000

Se aprecia que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión función física ($t = -.561$, $p < .05$). Asimismo se observa que el 62.5% de los pacientes que presentan depresión grave, tienen una deficiente calidad de vida con relación a la dimensión función física. A diferencia del 50% los pacientes que no presentan depresión poseen una excelente calidad de vida respecto a la dimensión función física.

Tabla 5

Asociación entre depresión y la dimensión función social (calidad de vida)

Depresión	Dimensión función social (calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión					1	6.2	4	25	11	68.8	16	100
Depresión leve					1	12.5	6	75	1	12.5	8	100
Depresión moderada	1	14.3	1	14.3	1	14.3	3	42.9	1	14.3	7	100
Depresión grave	4	50	2	25	1	12.5	1	12.5			8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor= -.642, p=.000

Se observa que existe una buena asociación significativa inversa entre la depresión y la dimensión función social ($t = -.642$, $p < .05$). Además se aprecia que el 68.8% de los pacientes que no presentan depresión, tiene una excelente calidad de vida con relación a la dimensión función social. A diferencia del 50% de los pacientes que presentan depresión grave, poseen una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión función social.

Tabla 6

Asociación entre depresión y la dimensión rol físico (calidad de vida)

Dimensión rol físico (calidad de vida)	
--	--

Depresión	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión			3	18.8	3	18.8	2	12.5	8	50	16	100
Depresión leve	2	25	1	12.5	2	25	2	25	1	12.5	8	100
Depresión moderada			1	14.3							7	100
Depresión grave	6	85.7										
	8	100									8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: $-.679$, $p=.000$

Se percibe que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión rol físico ($t= -.679$, $p<.05$). Asimismo se aprecia que el 85.7% de pacientes que presenta depresión moderada, tienen una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión rol físico. A diferencia del 50% de los pacientes que no presentan depresión, tienen una excelente calidad de vida con relación a la dimensión rol físico.

Tabla 7

Asociación entre depresión y la dimensión rol emocional (calidad de vida)

Depresión	Dimensión rol emocional (calidad de vida)									
	Deficiente		Malo		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión					1	6.2	15	93.8	16	100
Depresión leve	3	37.5	1	12.5	2	25	2	25	8	100
Depresión moderada	3	42.9	3	42.9	1	14.3			7	100
Depresión grave	8	100							8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: $-.735$, $p=.000$

Se aprecia que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión rol emocional ($t= -.735$, $p<.05$). Además se percibe que el 93.8% de pacientes que no presenta depresión, tiene una excelente calidad de vida respecto a la dimensión rol emocional. A diferencia del 42.9% de pacientes que presentan depresión moderada, posee una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión rol emocional.

Tabla 8

Asociación entre depresión y la dimensión dolor corporal (calidad de vida)

Depresión	Dimensión dolor corporal (Calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión			1	6.2	4	25	5	31.2	6	37.5	16	100
Depresión leve			4	50	4	50					8	100
Depresión moderada	1	14.3	3	42.9	2	28.6	1	14.3			7	100
Depresión grave	3	37.5	2	25	2	25	1	12.5			8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: -.545, p= .000

Se evidencia que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión dolor corporal ($t = -.545$, $p < .05$). Asimismo se observa que el 50% de los pacientes que poseen una depresión leve, tiene una regular calidad de vida respecto a la dimensión dolor corporal. A diferencia del 42.9% de pacientes que presentan depresión moderada, posee una mala calidad de vida respecto a la dimensión dolor corporal.

Tabla 9

Asociación entre depresión y la dimensión salud general (calidad de vida)

Depresión	Dimensión salud general (calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión			1	6.2	2	12.5	5	31.2	8	50	16	100
Depresión leve			1	12.5	4	50	3	37.5			8	100
Depresión moderada	1	14.3	3	42.9	2	28.6	1	14.3			7	100
Depresión grave	6	75	2	25							8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: -.743, p=.000

Se observa que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión salud general ($t = -.743$, $p < .05$). Además se muestra que el 75% de pacientes que presentan depresión grave, poseen una deficiente calidad de vida con respecto a la dimensión salud general. Mientras que el 50% de los pacientes que no presentan depresión poseen una excelente calidad de vida respecto a la dimensión salud general.

Tabla 10

Asociación entre depresión y la dimensión salud mental (calidad de vida)

Depresión	Dimensión salud mental (calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión							4	25	12	75	16	100
Depresión leve					4	50	3	37.5	1	12.5	8	100
Depresión moderada	1	14.3	3	42.9	2	28.6	1	14.3			7	100
Depresión grave	2	25	2	25	4	50					8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: $-.738$, $p = .000$

Se evidencia que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión salud mental ($t = -.738$, $p < .05$). Asimismo se aprecia que el 75% de pacientes que no poseen depresión, presentan una excelente calidad de vida respecto a la dimensión salud mental. A diferencia del 50% de pacientes que tienen una depresión grave, evidencian una calidad de vida regular respecto a la dimensión salud mental.

Tabla 11

Asociación entre depresión y la dimensión vitalidad (calidad de vida)

Depresión	Dimensión Vitalidad (Calidad de vida)											
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No depresión					3	18.8	7	43.8	6	37.5	16	100
Depresión leve			1	12.5	4	50	3	37.5			8	100
Depresión moderada	2	28.6	3	42.9	2	28.6					7	100
Depresión grave	4	50	3	37.5	1	12.5					8	100

Nota: Tau-c de Kendall, valor: $-.735$, $p = .000$

Se observa que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión vitalidad ($t = -.735$, $p < .05$). Además se aprecia que el 50% de pacientes que presentan depresión grave, posee una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión vitalidad. Mientras que el 50% de pacientes que presenta una depresión leve tiene una calidad de vida regular respecto a la dimensión vitalidad.

2. Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian que existe una relación significativa entre las variables depresión y la calidad de vida. Donde se observa que a mayor depresión se mostrará un menor nivel de calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, debido a que llevan una vida difícil, presentando una dependencia indefectible a un dializador, un personal especializado, un curso dificultoso de tratamiento y de afronte hacia la enfermedad (Álvarez, et al, 2001).

Resultados similares encontraron Capote, Casamayor y Castañer (2012) en el estudio realizado en Cuba sobre calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, donde un 60% de los participantes, presentaban una buena calidad de vida y el 76,6% presentó elementos clínicos compatibles con la depresión. Por lo tanto al relacionar la calidad de vida con la depresión se encontró que existe una relación significativa.

Cabe mencionar, que la depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes en pacientes con tratamiento de hemodiálisis (Aguilera, 2007), cuya relevancia se da por la frecuencia y gravedad en dichos pacientes, por lo tanto el deterioro de la calidad de vida se verá influenciado por fuentes generadora de estrés y depresión , donde va a afectar el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona (Paredes, 2005), debido a que los mismos efectos de la depresión y la enfermedad generarán una influencia negativa sobre los factores somáticos y emocionales de los pacientes, ya que son muy importantes para su recuperación (Peña, 2008).

Álvarez, et al. (2001) mencionan que dichos pacientes en tratamiento de hemodiálisis van a presentar con frecuencia trastornos emocionales como la ansiedad

y/o depresión que van aparecer asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, y que repercuten de forma significativa en su bienestar.

Según los resultados existe una relación inversa entre depresión y calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Es decir conforme aumenta depresión descende la calidad de vida; y a medida que descienda la depresión aumenta calidad de vida. Los autores Millán, Gómez, Gil, Oviedo, Villegas (2009) llegaron a obtener los mismos resultados que a un aumento en una de las variables ocasionaría una disminución en la variable opuesta. Estas correlaciones confirman nuevamente el impacto de los aspectos emocionales sobre la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis y confirman su importante correlación con la depresión.

De la misma manera los resultados de los participantes, muestra una relación significativa entre la depresión y las dimensiones de calidad de vida. Asimismo Contreras, Esguerra, Espinosa, Guitierrez y Fajardo (2006) dan a conocer que la calidad de vida en estos pacientes no solo se relaciona únicamente con las molestias físicas que involucran la enfermedad y su tratamiento, sino también con los niveles de depresión que van a presentar los pacientes.

Moreno, et al. (2004) y Mera (2007) Mencionan que la dimensión función física se verá afectado por el grado de ausencia de la salud, debido a que presentará limitaciones para realizar las actividades físicas diarias, incrementando de esa manera el esfuerzo para realizar dichas actividades. Dichos resultados, hacen inferir que la alta prevalencia de síntomas depresivos de los pacientes no tiene que ver con factores específicos de riesgo, sino con síntomas físicos como el dolor o por otros factores inespecíficos como la forma que el paciente percibe su salud.

Respecto a la dimensión función social, la hemodiálisis va a imponer modificaciones en el estilo de vida familiar, siendo el tiempo que debe dedicarse a ella

va a reducir las actividades sociales, ocasionando de esta manera conflictos, depresión a nivel personal y familiar, dado que esto va a variar de acuerdo al nivel de depresión que posea el paciente (Mera, 2007).

La dimensión rol físico se verá afectado por los problemas físicos y psicológicos que influirán de manera negativa en el trabajo u ocio que forma parte de sus actividades diarias, siendo así una dificultad en su desenvolvimiento diario. De otro lado esta dimensión se ve más deteriorada de todas, debido que los pacientes perciben que su salud física ha de intervenir en su trabajo y actividades diarias, llevando esto a un rendimiento menor a lo esperado, ya que los pacientes se sienten limitados y presentan dificultades para realizar ciertas actividades, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo que conlleva la hemodiálisis, esto va a inferir de manera significativa en su percepción acerca de su bienestar (Contreras et al. ,2006).

La dimensión rol emocional se verá afectado en diversos grados de alteración emocional tales como la depresión, que son asociadas a las mismas limitaciones de la enfermedad, puesto que la intensidad de reacciones emocionales va a variar dependiendo la valoración cognitiva que posee cada paciente hacia el impacto de la enfermedad (Álvarez, et al, 2001).

En la dimensión dolor corporal se verá afectado por la intensidad del dolor y sus efectos en las actividades se va expresar de manera significativa. Siendo que el dolor que se produce es un aspecto importante a considerar, ya que dichos pacientes se encuentran en diferentes niveles de intensidad de la propia enfermedad que presentan, conllevando a limitaciones para realizar su trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (Lugones, 2002). Dado que la estabilización de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, con cierta frecuencia, tiene como efecto una regresión de los indicadores del sistema músculo esquelético y por ende, una disminución del dolor (Mera, 2007). Asimismo el dolor corporal se asocia a los síntomas depresivos,

siendo que los síntomas depresivos duplican el riesgo de desarrollar dolor corporal de aquellos que no presentaron síntomas, existiendo de esta manera una relación significativa entre el puntaje de la escala de calidad de vida y la depresión con una alta probabilidad para desarrollar un dolor corporal severo, colocando esto a la depresión como un factor precipitante del dolor corporal (Cabildo, 2014).

En la dimensión salud general, el paciente evalúa su salud como deficiente y da la posibilidad que empeore en el futuro, estructurando de ese modo una autopercepción negativa en su tratamiento y recuperación. Dado que la depresión puede afectar de la misma manera las funciones inmunológicas y nutricionales, influyendo de esta manera en los resultados del tratamiento. Es por ello que la depresión es uno de los factores independiente en la supervivencia de los pacientes (Morales, Salazar, Flores, Bochicchio y López, 2007).

Además se puede decir que su salud mental de los pacientes está enfocada en aspectos negativos, lo que puede ir deteriorando progresivamente tanto el cuerpo como la mente, influyendo de manera significativa en su rol emocional provocando dificultades en su desenvolvimiento de sus actividades diarias, por ende sus relaciones sociales se verán afectadas (Alfaro, 2011).

Finalmente la dimensión vitalidad, se puede decir que es la energía que posee el paciente para realizar sus actividades, pudiéndose apreciar diferentes niveles de intensidad debido que la terapia le devuelve la fuerza a cada paciente y salen renovados luego de cada sesión de hemodiálisis (Mera, 2007). Cabe mencionar que algunas veces el paciente, se ha sentido con energía para realizar sus actividades.

Capítulo V

Conclusión y recomendación

1. Conclusiones

De acuerdo a los datos y resultados presentados en esta investigación sobre la depresión y la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se arriba a las siguientes conclusiones.

Se encontró que existe relación significativa inversa entre la depresión y calidad de vida en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, siendo que mientras a mayor depresión se muestra una menor calidad de vida.

Se encontró que el 41% de pacientes no presentan depresión, mientras que un 20.5% presentan una depresión grave y un 17.9% manifiestan una depresión moderada.

Respecto a las dimensiones de la variable calidad de vida, se halló que el 25.6% de los evaluados presentan una funcionalidad regular, respecto a la dimensión función física; el 35.9% de los pacientes presenta una funcionalidad buena, respecto a la dimensión función social; el 43.6% de los participantes presenta una funcionalidad excelente, respecto a la dimensión rol emocional y el 30.8% de los pacientes presentan una funcionalidad regular, respecto a la dimensión dolor corporal.

Asimismo se encontró que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión función física ($t = -.561$, $p < .05$). Asimismo se observó que el 62.5% de los pacientes que presentan depresión grave, tienen una deficiente calidad de vida con relación a la dimensión función física. A diferencia del 50% los pacientes que no presentan depresión poseen una excelente calidad de vida

respecto a la dimensión función física. Dicha dimensión se verá afectada por el nivel de depresión que exista y por la misma enfermedad.

También se encontró que existe una buena asociación significativa inversa entre la depresión y la dimensión función social ($t = -.642, p < .05$). Además se obtuvo que el 68.8% de los pacientes que no presentan depresión, tiene una excelente calidad de vida con relación a la dimensión función social. A diferencia del 50% de los pacientes que presentan depresión grave, poseen una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión función social. El grado de los problemas emocionales producidos por la depresión interfiere en la vida social de los pacientes.

Además se encontró que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión rol físico ($t = -.679, p < .05$). Asimismo se apreció que el 85.7% de pacientes que presenta depresión moderada, tienen una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión rol físico. A diferencia del 50% de los pacientes que no presentan depresión, tienen una excelente calidad de vida con relación a la dimensión rol físico. La depresión va a interferir en el desarrollo de sus actividades diarias, produciendo así un rendimiento menor de lo estimado.

Asimismo se encontró que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión rol emocional ($t = -.735, p < .05$). Además se observó que el 93.8% de pacientes que no presenta depresión, tiene una excelente calidad de vida respecto a la dimensión rol emocional. A diferencia del 42.9% de pacientes que presentan depresión moderada, posee una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión rol emocional. El rol emocional se ve afectado con los problemas emocionales, afectando sus actividades diarias, produciendo así una reducción del tiempo dedicado y disminuyendo el rendimiento normalmente esperado.

También se encontró que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión dolor corporal ($t = -.545, p < .05$). Asimismo se

observó que el 50% de los pacientes que poseen una depresión leve, tiene una regular calidad de vida respecto a la dimensión dolor corporal. A diferencia del 42.9% de pacientes que presentan depresión moderada, posee una mala calidad de vida respecto a la dimensión dolor corporal. De igual modo en la dimensión de dolor corporal se verá afectado por la depresión, debido a la existencia de un aumento de intensidad de dolor padecido, siendo que tanto la depresión como la misma enfermedad van a influenciar de manera negativa, causando así un dolor progresivo afectando en el trabajo y las actividades del hogar.

También se encontró que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión salud general ($t = -.743$, $p < .05$). Además se mostró que el 75% de pacientes que presentan depresión grave, poseen una deficiente calidad de vida con respecto a la dimensión salud general. Mientras que el 50% de los pacientes que no presentan depresión poseen una excelente calidad de vida respecto a la dimensión salud general. El efecto de la depresión en la dimensión de salud general, tiene relación con una autopercepción negativa hacia sí mismo, su estado actual y su salud en el futuro.

Además se encontró que existe una asociación significativa inversa buena entre la depresión y la dimensión salud mental ($t = -.738$, $p < .05$). Asimismo se obtuvo que el 75% de pacientes que no poseen depresión, presentan una excelente calidad de vida respecto a la dimensión salud mental. A diferencia del 50% de pacientes que tienen una depresión grave, evidencian una calidad de vida regular respecto a la dimensión salud mental. La valoración de la dimensión salud mental se ha de medir de acuerdo al nivel de depresión que afecta en el paciente, siendo que al afectar en la salud mental se puede originar otras psicopatologías que van de la mano con la depresión, ansiedad, pérdida de autocontrol y alteración en el bienestar general.

Finalmente, se encontró que existe una asociación significativa inversa moderada entre la depresión y la dimensión vitalidad ($t = -.735, p < .05$). Además se obtuvo que el 50% de pacientes que presentan depresión grave, posee una deficiente calidad de vida respecto a la dimensión vitalidad. Mientras que el 50% de pacientes que presenta una depresión leve tiene una calidad de vida regular respecto a la dimensión vitalidad. En la dimensión de vitalidad, la depresión afecta al bienestar físico, ocasionando cansancio y desánimo.

2. Recomendaciones

Se recomienda a futuros investigadores agregar la variable religión, siendo que esta variable puede influir de manera significativa en la calidad de vida y afronte la enfermedad para su mejoría y soporte psicológico.

Además se recomienda a futuros investigadores realizar un tipo de muestreo probabilístico en una población más amplia.

También se recomienda al personal del área de psicología realizar actividades, teniendo en cuenta los siguientes temas: autoestima, resiliencia, técnicas de relajación, etc.

Asimismo se recomienda a que dichos pacientes con tratamiento de hemodiálisis realicen una moderada cantidad de actividad física como: caminar moderadamente entre 5 a 10 minutos diarios, formar parte de talleres y programas psico-educativos acerca de la enfermedad, para que se concienticen sobre cómo se produce los cambios a nivel fisiológicos y psicológicos a raíz de la enfermedad, de la misma manera se le debería brindar estrategias para afrontar la enfermedad en el ámbito psicológico ya que de esa manera se puede prevenir que caiga en depresión.

Referencias

- Aguilera, P. (2007). *Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis (tesis inédita de Licenciatura) Universidad Australiana de Chile*. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fma283p/sources/fma283p.pdf>
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis (tesis inédita de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima*. Obtenido de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1287/ALFARO_CARDENAS_PEDRO_CALIDAD.pdf?sequence=1
- Álvarez, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada a la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4(2), 64-68. Recuperado de http://revistaseden.org/files/art134_1.pdf
- Álvarez, F., Fernández, M., Vásquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E181/P1-E181-S132-A1354.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión* (8 ed.). Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de Psicología de Desclee de Brouwer.
- Bernstein, C. (2010). *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/sida (tesis inédita de Doctorado) Universidad*

- Nacional del Plata, Argentina.* Obtenido de <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisDoctorales/16.pdf>
- Capote, E., Casamayor, Z., & Castañer, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n3/mil03312.pdf>
- Cabildo, S. (2014). El enfoque paliativo en la insuficiencia renal crónica terminal: una medida para prevenir la depresión y el suicidio (Tesina para obtener el diplomado en Tanatología) Asociación Mexicana de Tanatología: 35-36. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/181%20El%20enfoco.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ.Psychol*, 5(3), 487-499. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf>
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, E., Front, I., & Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev. Cubana Medicina Militar*, 35(3), 2-3. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
- Esquivel, C., Prieto, J., López, J., Ortega, R., Martínez, J., & Velasco, V. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina interna de México*, 25(6), 443-449. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre2009/MI%206-6%20CALIDAD.pdf>
- ESSALUD. (2006). *Tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal*. Lima: Boletín Tecnológico: Evaluación de tecnología en Salud.

- García, A., Santibáñez, M., & Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor.*, 7(3), 88-98.
http://www.scsmt.cat/pdf/11_20cuestionariosaludpercibida.pdf
- García, C., y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos cónicos. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, 6(4), 2-7. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000400002&script=sci_arttext
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V., y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22(3), 2-6. Recuperado de <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>
- Gusi, N., Prieto, J., y Madruga, M. (2006). *Actividad física y deportiva para la salud*. Mérida: Junta de Extremadura, consejería de sanidad y consumo. Recuperado de <http://www.doredin.mec.es/documentos/00920062000037.pdf>
- Hall, V. (2003). Depresión: Fisiopatología y tratamiento. *CIMED*, 5-10.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A.
 Recuperado de http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Chile: Mc Graw Hill.
- Keck, M. (2010). La depresión. *Competence in CNS*, 3.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones de la calidad de vida. *Rev. Cubana Medicina General Integral*, 18(4), 1-2. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=14019&id_seccion=801&id_ejemplar=1435&id_revista=69

- Luyten, P., Lowyck, B., y Corveleyn, J. (2003). Teroría y tartamiento de la depresión: ¿hacia si investigación? *Red de revistas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 81-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118110005>
- Magaz, A. (2003). *Efectos psicologicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en su función de los tratamientos medicos (tesis inédita de doctorado) Universidad de Deusto, España*. Recuperado de <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>
- Mera, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis (tesis inédita de Licenciatura) Universidad Austral de Chile*. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- Millán, R., Gómez, C., Gil, F., Oviedo, G., & Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada a la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38(4), 2-20. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a04.pdf>
- Mingote, J., Gálvez, M., Del Pino, P., & Gutiérrez, D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Rev. Med Segur Trab*, 55(214), 41-63. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original2.pdf>
- Molina, L. (2006). *Autoestima y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónico en tratamiento de diálisis (tesis inédita de Licenciatura) Universidad de las Américas Puebla, Mexico*. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_1/
- Montoya, J., Suárez, J., Chang, D., & Taypicahuana, J. (2012). Depresión, ansiedad y características clínicas y epidemiológicas de pacientes en hemodiálisis. *Rev.*

- Cuerpo Médico*, 6(1), 2-3. Recuperado de http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag69-72.pdf
- Morales, R., Salazar, E., Flores, F., Bochicchio, T., & López, A. (2007). Calidad de vida relacionada a las salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Rev. Gac Méd Méx*, 144(2), 1-7. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm082c.pdf>
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, J., Castell, G., y otros. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansioso y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 225-236. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>
- National Kidney Foundation. (2007). *Hemodiálisis: lo que se necesita saber*. Recuperado de http://www.kidney.org/sites/default/files/docs/hemodialysis_sp.pdf
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (segunda ed.). Mexico: International Thomson editores.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., y Bartoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(11), 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (tesis inédita de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima*. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/420/paredes_carrion_rosario_afrontamiento_soporte_social.pdf?sequence=1

- Patrick, D., y Erickson, P. (2003). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University press.
- Peña, R. (2008). *Factores asociados a psicopatología, depresión y disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento de sustitución (tesis inédita de Posgrado) Universidad de Veracruzana, México*. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30771/1/PenaChamorroRoc.pdf>
- Perales, C., García, A., y Reyes, G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de Nefrología*, 32(5), 622-630. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E543/P1-E543-S3677-A11447.pdf>
- Pérez, C., Dois, A., Díaz, L., & Villavicencio, P. (2009). Efectos de la hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios. *Horizon enferm*, 20(1), 57-65. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=62997&id_seccion=3436&id_ejemplar=6331&id_revista=204
- Rebollo, P., González, M., Bobes, J., Saiz, P., & Ortega, F. (2000). Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología*, 20(5), 431-439. Recuperado de <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E171/P1-E171-S132-A1942.pdf>
- Rivera, A., López, M., & Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35(4), 329-337. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3504/sm3504329.pdf>

- Rodríguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 47-57. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art07.pdf>
- Roman , D., y Bustamante, J. (2008). Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. *Nefrología*, 28(3), 339-348. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P-E/P-E-S-A5465.pdf>
- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor (tesis inédita de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima*. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/676/ROMERO_NU%C3%91EZ_ERIK_REPRESENTACIONES_MENTALES.pdf?sequence=1
- Townsend, M. (2011). *Fundamentos de enfermería en psiquiatría*. Mexico: Cuarta Edición.
- Valera, R. (1960). *Santa Biblia*. Buenos Aires: Asociacion Casa Editora Sudamericana.
- Varela, L., Vásquez, M., Bolaños, L., y Alonso, R. (2011). Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología*, 31(1), 97-106. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E515/P1-E515-S2779-A10279.pdf>
- Vargas, A. (2008). *Síntomas depresivos en personas mayores (tesis inédita de Maestría)* . Recuperado de http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesis_avargas.pdf
- Vásquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Rev. Psicología Conductual*, 8,

417-449.

Recuperado

de:

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Vega, J., Coronado, O. y Mazzoti, G. (2014) Validez de una versión en español
Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina
general. *Rev. Neuropsiquiatr*, 77 (2),101. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>

Velarde, E., & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de
México*, 44(4), 349-361. Recuperado de
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023>

Vinaccia , S., & Margarita, J. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada a la
salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Revista Argentina
de Clínica Psicológica*, 10(3), 201- 211. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826002>

Vinokur, E., & Bueno, D. (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal.
Nefrología, Diálisis y transplante, 42-50.

White, E. (1963). *El Ministerio de Curación* (2 ed.). Buenos Aires: Asociación Casa
Editora Sudamericana.

White, E. (1976). *El camino a Cristo* (20 ed.). Buenos Aires: Asociación Casa Editora
Sudamericana.

Anexos

Anexo A

Escala de depresión de Beck.

Escala de depresión de Beck.

Género: **a.- Masculino b.- Femenino** Edad:
Grado de instrucción: Primaria: **a.- Completa b.-Incompleta**
Secundaria: **a.- Completa b.-Incompleta**
Superior: **a.- Completa b.-Incompleta**

"A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta más identificado actualmente".

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.

7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
 - a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.
 - a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15.
 - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16.
 - a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.

- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo B

Cuestionario de calidad de vida

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4
Mala 5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año 1 Algo mejor ahora que hace un año 2
Más o menos igual que hace un año 3 Algo peor ahora que hace un año 4
Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4
Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno 1 Sí, muy poco 2 Sí, un poco 3 Sí, moderado 4
Sí, mucho 5 Sí, muchísimo 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4
Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...

	Siempre	casi siempre	muchas veces	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
a...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre 1
Sólo algunas veces 4

Casi siempre 2
Nunca 5

Algunas veces 3

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

	Totalmente cierta	Bastante cierta	no lo sé	bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5