



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by Arizona State University

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

“Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica Privada de Lima, 2023”

Para optar el Título de

Especialista en Enfermería en Nefrología

Presentado por:

Autor: José Alejandro Guillen Márquez


Código Orcid: 0009-0004-4071-5155

Asesor: Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641>

Línea de Investigación
Salud Mental y Bienestar

**Lima – Perú
2023**

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

Yo,... **GUILLEN MARQUEZ JOSE ALEJANDRO** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE - LIMA, 2023”**

Asesorado por el docente: Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo

DNI ... 05618139 ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641> tiene un índice de similitud de (17) (diecisiete) % con código __oid:__ oid:14912:303343994_____ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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

Jose Alejandro

Firma de autor 1

GUILLEN MARQUEZ JOSE ALEJANDRO

DNI:003715700

Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado

DNI:

[Handwritten signature]

Firma

Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo

DNI: 05618139

Lima, 11 de enero de 2024

Agradecimiento.

Al ser supremo que nos dota de sabiduría y fortaleza
y a mi familia que siempre me incentiva a superarme.

Dedicatoria.

A mi Abuela Carmelina por ser pilar en la familia, por los consejos que nos dio y nos hizo hombres y mujeres de bien. A mi Madre que siempre a sido ejemplo en lo personal, espiritual y académico y por su lucha y crianza.

ÍNDICE.

	Pág.
Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice	IV, V
Resumen	VI
Abstract	VII
1. EL PROBLEMA	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	7
1.4.3. Práctica	8
1.5. Delimitación de la investigación	8
1.5.1. Temporal	8
1.5.2. Espacial	9
1.5.3. Población o unidad de análisis	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Formulación de hipótesis	33
2.3.1. Hipótesis general	33
2.3.2. Hipótesis específicas	33
3. METODOLOGÍA	34
3.1. Método de la investigación	34

3.2. Enfoque de la investigación	34
3.3. Tipo de investigación	34
3.4. Diseño de la investigación	35
3.5. Población, muestra y muestreo	35
3.6. Variables y operacionalización	37
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.7.1. Técnica	38
3.7.2. Descripción de instrumentos	38
3.7.3. Validación	40
3.7.4. Confiabilidad	41
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	41
3.9. Aspectos éticos	42
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	43
4.1. Cronograma de actividades	43
4.2. Presupuesto	44
5. REFERENCIAS	45
ANEXOS	53
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos	
Anexo 3: Consentimiento informado	

Resumen.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”. En esta investigación se aplicó como método de estudio el tipo hipotético-deductiva, este método parte de inferencias lógicas deductivos para arribar a conclusiones particulares a partir de hipótesis y que después se puedan comprobar experimentalmente; tuvo un enfoque de orientación cuantitativa, se caracterizó por ser de tipo aplicada porque confronto lo teórico con lo concreto real. El diseño de la investigación fue no experimental ya que las variables no fueron manipuladas, de corte transversal debido a que la recolección de información se realizó en único tiempo y fue de nivel correlacional ya que se buscó la relación que hay entre las variables depresión y calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, la población utilizada en la investigación abarco la totalidad de 90 pacientes y la técnica utilizada fue la encuesta ya que se recopiló datos de manera directa a la población. Se utilizó dos instrumentos, el inventario de depresión de Beck y la escala WHOQOL-BREF para medir calidad de vida.

Palabras claves: Depresión, hemodiálisis, calidad de vida.

Abstract.

The objective of this research work was "To determine the relationship between depression and quality of life in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis treatment". In this research, the hypothetical-deductive method of study was applied, this method is based on logical deductive inferences to arrive at particular conclusions from hypotheses that can later be experimentally proven; it had a quantitative orientation approach, it was characterized for being applied because it confronts the theoretical with the real concrete. The research design was non-experimental because the variables were not manipulated, cross-sectional because the data collection was carried out in a single time and it was correlational because it sought the relationship between the variable's depression and quality of life in patients receiving hemodialysis treatment, the population used in the research covered all 90 patients and the technique used was the survey because data was collected directly from the population. Two instruments were used, the Beck Depression Inventory and the WHOQOL-BREF scale to measure quality of life.

Key words: depression, hemodialysis, quality of life.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, en concordancia con cifras provenientes de United States Renal Data System (USRDS), se considera un problema de salud pública significativo a la enfermedad renal crónica (ERC). Según estas cifras, en los países desarrollados existe en promedio una prevalencia del 7,2% de la población con más de 30 años que padece esta afección.

Por otro lado, según datos recientes, se ha calculado que en el mundo existen 850 millones de personas que padece alguna enfermedad renal. Con relación a la cantidad de fallecidos, las cifras alcanzan los 2,4 millones de personas al año. Asimismo, se estima que, en términos generales, el 10% de la población adulta padece una ERC, y a diferencia de los datos señalados en el párrafo anterior, la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores de 60 años supera el 20 %; mientras que existe un 35 % y 40 % de probabilidades de que esta enfermedad afecte a pacientes con hipertensión (HTA) y diabetes mellitus (DM).

Como se ha podido evidenciar, durante los últimos años, existe una mayor prevalencia de la ERC, y según algunas proyecciones, es probable que esta se convierta en la quinta causal de muerte prematura para el año 2040 (Pillajo, Guacho, & Moya, 2021). El impacto de la enfermedad resulta ser mayor considerando el aumento del nivel de morbilidad asociada a problemas cardiovasculares, a su vez vinculados con el deterioro renal. Al respecto, la diabetes, hipertensión y el envejecimiento del ser humano, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC). Se puede evitar, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no

presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones son la diálisis y el trasplante de riñón siendo altamente invasivas y costosas.

Es preciso mencionar que esta enfermedad afecta a múltiples personas cuya evolución es progresiva e irreversible, situación que genera complicaciones perjudicando a los pacientes, debido a que su principal tratamiento como la diálisis, diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HM), resultan perjudicial para quienes se someten a estos procedimientos. Se debe agregar que estos tratamientos sustitutivos únicamente corrigen la enfermedad de manera parcial, lo cual implica algunos cambios significativos en el estilo de vida del paciente.

Debido a las características y procedimientos para el tratamiento de la ERC se genera un impacto en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo afectar su estado de salud a nivel físico, emocional e incluso en el aspecto económico y social; pues, las terapias de reemplazo renal someten al paciente a múltiples canulaciones, dietas, restricciones alimenticias, desesperanza, inclusive pueden ser abandonados por sus familiares, afectando significativamente al paciente lo cual repercute en su adherencia al tratamiento, lo que conduce a conductas negativas frente a los procedimientos de dialización (Vázquez-Jiménez, y otros, 2022).

Como se ha mencionado, los procedimientos para tratar a los pacientes con ERC se consideran sustitutivos parciales de la función renal; sin embargo, los pacientes suelen generar algunas manifestaciones que limitan sus actividades, incrementan sus temores y otras afecciones a nivel psicológicos. Este tipo de contextos impiden la asimilación de una adecuada conciencia de enfermedad, conllevando al paciente a presentar reacciones como ansiedad y depresión, afectando sus condiciones de salud y calidad de vida (Badilla, Rodríguez, & Cruz, 2019)

No obstante, la calidad de vida del paciente no es la única que es afectada debido al tratamiento, ya que las condiciones de vida de su entorno sociofamiliar también se ven afectada, situación que está relacionada con el tiempo de duración del procedimiento de diálisis; pues, son necesarias entre 02 a 03 veces semanales, cuya duración es de 3 a 4 horas aproximadamente (Vallejos & Ortega, 2018).

Este tipo de tratamientos ralentiza las actividades sociales del paciente, pudiéndole generar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y problemas con sus relaciones interpersonales e intrafamiliares; factores que inciden negativamente en la calidad de vida de aquella población sometida al proceso de dialización, quienes pueden afrontar múltiples situaciones de estrés. Consecuentemente, existe una cantidad significativa de pacientes que presentan trastornos de ansiedad y depresión, influyendo en la percepción de su propio estado de salud, los cuales pueden ser inadvertidos por los profesionales sanitarios (Ayala, 2021)

Actualmente, existe una alta prevalencia de estos trastornos en pacientes con ERC, y de manera concreta en aquellos que son sometidos a tratamiento sustitutivo, predisponiéndolos a padecer tales trastornos, reactivos a la nueva situación (Villalobos & De León, 2017). De acuerdo con algunas cifras, en el Perú, el 71% de los pacientes diagnosticados con ERC se atienden en Lima; mientras que el 29% son atendidos en las diferentes provincias, siendo EsSalud la entidad que ha prestado atenciones a la mayoría de los pacientes renales a través de las terapias de reemplazo renal-hemodiálisis, las cuales se han incrementado en los últimos quince años (De la Cruz & Delgado, 2019).

Esta demanda de atenciones involucra a las instituciones sanitarias tanto del sector público como en el privado, como es el caso de la Clínica Privada donde se realizara dicha investigación, cuyos pacientes diagnosticados con ERC hemodializados vienen presentando algunos trastornos a nivel psicológico y otras afecciones asociadas

a la salud mental o cuadros clínicos como la depresión y la ansiedad por el presente y futuro, a veces como episodio o reacción, lo cual afecta su vida diaria, así como su calidad de vida. En ese sentido, se plantea el desarrollo de la siguiente investigación con la finalidad de analizar a estas poblaciones con la finalidad de una mejor atención en forma adecuada y humanamente posible; de esta manera, se espera determinar el nivel correlacional entre aquellos factores estresantes que afectan la calidad de vida de los pacientes con ERC hemodializados, cuyos resultados podrán ser utilizados como insumo para desarrollar mecanismos de intervención temprana para mantener la calidad de vida de este grupo poblacional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis?

¿Cuál es la relación entre la depresión en su dimensión somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

“Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Identificar la relación entre la depresión en su dimensión somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

1.4. Justificación de la investigación

Frente al aumento de nuevos casos de pacientes con ERC cada vez más jóvenes, lo cual significa todo un desafío para la labor del personal de enfermería, resulta imperioso desarrollar este tipo de investigaciones que puedan significar una solución para las atenciones dirigidas a estos pacientes diagnosticados con esta enfermedad y que padecen de cuadros depresivos, con implicancias en su calidad de vida.

1.4.1. Teórica

Para el desarrollo del siguiente trabajo investigativo se ha considerado las suficientes bases bibliográficas actualizadas que constituyen el sustento conceptual y teórico de este estudio en materia de ERC y pacientes hemodializados que atraviesan cuadros depresivos con repercusiones en su calidad de vida, cuyos contenidos estarán debidamente referenciados; de esta

manera, se espera ampliar los conocimientos y prácticas de las enfermeras respecto de las variables estudiadas. Por otro lado, se espera que, mediante los resultados se podrá optimizar la labor de enfermería a fin de mejorar las atenciones dirigidas a los pacientes renales que permitan su adherencia al tratamiento sustitutorio. Asimismo, se espera que el contenido de esta investigación sirva como fuente referencial para los siguientes estudios en los que se aborde la mencionada problemática a nivel nacional.

La teoría más aceptada de la depresión y la calidad de vida en el paciente con enfermedad renal es la teoría cognitiva de Beck. Esta teoría sostiene que la depresión es el resultado de pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos, conocidos como distorsiones cognitivas, pueden llevar a sentimientos de tristeza, desesperanza y baja autoestima.

Además de la teoría cognitiva, existen otras teorías que pueden explicar la relación entre la depresión y la calidad de vida en el paciente con enfermedad renal. Por ejemplo, la teoría de la vulnerabilidad de John P. Zipprich, sostiene que los pacientes con enfermedad renal son más vulnerables a la depresión debido a factores biológicos, psicológicos y sociales. La teoría del estrés sostiene que la enfermedad renal es una fuente de estrés que puede conducir a la depresión.

1.4.2. Metodológica

Mediante el desarrollo del siguiente trabajo investigativo, el cual tendrá un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, se aplicarán los métodos más conocidos en el ámbito del conocimiento científico, con la finalidad de abordar el problema presentado y hallar respuestas que conlleve a determinar el nivel correlacional entre la depresión y la calidad de vida de los pacientes con ERC

hemodializados mediante la aplicación de instrumentos que medirán estas variables. En ese sentido, la siguiente investigación se enfocará en evidenciar científicamente cuáles serán estas estrategias para una adecuada atención asistencial que permitan aminorar los niveles de depresión y mejorar la calidad de vida del paciente renal que recibe tratamiento de hemodiálisis.

1.4.3. Práctica

En concordancia con los objetivos planteados en esta investigación, los resultados permitirán medir los niveles de depresión que repercuten en la calidad de vida de los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de hemodiálisis; de esta manera, se podrá establecer distintos mecanismos de cuidados asistenciales y promoción de la salud mental de este grupo de pacientes desde la labor de enfermería. Es importante mencionar que la ERC se llega a complicar con los cuadros depresivos y que, generalmente repercuten en la evolución y calidad de vida del paciente quienes presentan ansiedad, depresión e incluso a presentar mayor riesgo a desarrollar algún trastorno mental a consecuencia de los síntomas de la enfermedad, a las restricciones que ella implica y al tratamiento de HD, lo cual dificulta el manejo y empeora su condición crónica. De esta manera, se espera favorecer al sistema de salud, fortaleciendo su capacidad de respuesta desde los primeros niveles de atención.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El desarrollo del siguiente trabajo investigativo se desarrollará durante el periodo de octubre a diciembre.

1.5.2. Espacial

El estudio estará ubicado en el contexto de la Clínica privada, ubicada en Jr. Palma de Mallorca 151 del distrito de San Luis, en la Municipalidad Metropolitana de Lima, departamento de Lima, Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

El siguiente estudio para lograr su ejecución estará conformado por una población de 90 pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima; teniendo como unidad de análisis a un paciente diagnosticado de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Asimismo, los gastos que se generen en la ejecución del trabajo investigativo serán autofinanciados en su totalidad por el investigador.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales

Antonio et al. en el año 2021 desarrollaron su investigación con el objetivo de “relacionar la depresión y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis”. La investigación fue de tipo descriptiva y correlacional, incluyendo a pacientes hemodializados atendidos en un centro médico de Puebla, México, cuyas edades fluctuaban los 18 y 65 años. Se aplicó dos instrumentos: el cuestionario WHOKOL-BREF y el Inventario de Depresión de Beck . Los datos obtenidos fueron analizados mediante el nivel de correlación de Spearman y la U de Mann Whitney. Los hallazgos evidenciaron que el 61% de pacientes eran varones de edades entre los 34 a 49 años. Asimismo, se conoció que más del 50% de los pacientes se dializaba desde hace 6 a 10 años. Por otro lado, se conoció que el 41.7% de los pacientes presentaba leves niveles de depresión. La media de calidad de vida fue 56.3 (DE = 6.3); en consecuencia, se determinó una correlación negativa y significativa entre las variables con un valor equivalente a $r_s = -.530$, $p = .001$. De esta manera se pudo concluir que los cuadros depresivos en pacientes con ERC hemodializados presentan cambios en sus vínculos sociofamiliares y en la salud física, quedando demostrado que a mayor niveles de depresión, menor es la calidad de vida.

Cruz para el año 2021 presentó su investigación con el objetivo de “analizar la correlación entre la ansiedad, depresión y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis Nefrology”. Metodológicamente, este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional, utilizando los siguientes instrumentos: Inventarios de Depresión (BDI-II), Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Salud SF-36, los cuales fueron aplicados a una totalidad

muestral conformada por 49 pacientes dializados. Los resultados evidenciaron los pacientes con ERC con depresión severa, presentaban pésimos niveles de calidad de vida; no obstante, los dolores corporales, salud general, función social, vitalidad y salud mental tenían una correlación inversa con la calidad de vida. En otras palabras, a mayor ansiedad, menor la calidad de vida; sin embargo, respecto de la función física, rol físico y rol emocional tenían correlación negativa no significativa. El estudio concluyó que los pacientes presentaban altos niveles de depresión y niveles leves-moderados de ansiedad, recomendando abordar el problema de forma oportuna, para proponer mejoras en la calidad de vida de estas personas y generar alternativas de afrontamiento para una recuperación integral.

Merino et al. en el año 2019 presentaron su investigación con el objetivo de “analizar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hemodiálisis y su relación con la ansiedad y la depresión”; para ello, se desarrolló una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, considerando la participación de 122 pacientes hemodializados y atendidos en Servicio de Nefrología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, cuyas edades oscilaban en $66,47 \pm 14,2$ años, correspondientes al 34,4% de las pacientes mujeres, a quienes se les se aplicó los siguientes instrumentos: Ansiedad y Depresión (cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg) y la comorbilidad asociada; además, Calidad de Vida Relacionada con la Salud (cuestionario KDQOL-SF). Los hallazgos determinaron que, los pacientes eran afectados a nivel de función sexual; situación laboral; carga de la enfermedad renal y sueño; así como en las áreas como función física. rol físico, salud general. Por otro lado, se conoció que el 42,6% de los pacientes eran proclives a padecer ansiedad, el 52,5% depresión, y el 32,8% podía presentar ambas alteraciones. Se concluyó que los pacientes con ERC hemodializados (mayormente mujeres) presentaban un pésimo nivel de calidad de vida

a diferencia de las personas sanas; lo cual los hacía candidatos a ser diagnosticados con depresión y ansiedad.

Mendoza et al. en el año 2019 presentaron su investigación con el objetivo de “determinar la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con HD y DP; e identificar sintomatología de ansiedad y depresión en el HEODRA, León, en el período comprendido entre julio- septiembre de 2018”. Para ello, se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de corte transversal, de tipo descriptivo, considerando a una totalidad poblacional conformada por 76 pacientes, 45 de HD y 31 de DP, aplicando los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión del GOLDBERG y el KDQOL SF36 versión 1.3. En resultados, se evidenció que el género predominante fueron los hombres con 59.4%, cuyas edades fluctuaban entre 41 y 50 años. Además, se conoció que el 69.7% no se encontraban trabajando. Por otro lado, el 33% de los pacientes presentaban una mala calidad de vida; de los cuales, el 37.8% de los pacientes hemodializados tenían una buena calidad de vida, a diferencia del 54.8% de los pacientes que solo recibía dialización ya que tenían una mala calidad de vida. El 37.8% de pacientes hemodializados presentaban altos niveles de depresión; mientras que el 48.9% tenían cuadros de ansiedad el 48.9%. Se concluyó que las personas con ERC que recibían tratamiento sustitutivo renal presentaban una regular calidad de vida; mientras que los pacientes en DP perciben peor calidad de vida. Los tipos de pacientes tenían síntomas de ansiedad y depresión.

Vasco et al. para el año 2018 presentaron su estudio con el objetivo de “evaluar la calidad del sueño en pacientes en hemodiálisis y su relación con los niveles de depresión y ansiedad”. Se desarrolló una investigación de tipo descriptiva-observacional, considerando a 28 pacientes hemodializados, a quienes se les aplicó los

siguientes instrumentos: test Pittsburg de Calidad del Sueño, examen Minimental test de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se pudo determinar que el 82,14% de los pacientes presentaban insomnio, 21% presentaban altos niveles de ansiedad y el 35% presentaban cuadros depresivos. Asimismo, se halló que de acuerdo con los hallazgos obtenidos mediante el test Pittsburg, estos correlacionaban de manera positiva con los niveles de ansiedad ($p=0,004$) y depresión ($p=0,049$). Por otro lado, los niveles de depresión se correlacionaron de manera negativa con ausencia de deterioro cognitivo ($p=0,010$).

Nacionales

Rosas et al. en año 2021 presentaron su investigación con el objetivo de “determinar la relación que existe entre el nivel de calidad de vida y nivel de depresión de pacientes que reciben hemodiálisis”. Para ello, se desarrolló un estudio de nivel correlacional, de tipo descriptivo, de corte transversal, de enfoque cuantitativo, considerando a una totalidad poblacional conformada por 70 pacientes hemodializados a quienes se les aplicó dos instrumentos: Inventario de Beck-II y Nivel de calidad de vida SF-36. La información recabada fue procesada mediante el SPSS v.25, además se utilizó la prueba estadística Tau C de Kendall. De esta manera se halló que el 82.9% de los pacientes presentaban un nivel regular de calidad de vida. Además, se conoció que el 45.7% presentaba depresión leve. De esta manera, se pudo concluir que no existe relación estadística significativa entre el nivel de calidad de vida con el nivel de depresión al haber obtenido un valor equivalente a $p=0.961$.

Hinostroza durante el año 2021 presentó su investigación con el propósito de “comprobar la existencia de discrepancias significativas al comparar la calidad de vida

según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Para ello, se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo comparativo, de diseño no experimental, considerando a una totalidad muestral compuesta por 100 pacientes hemodializados cuyas edades fluctuaban entre los 25 a 65 años, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. Los hallazgos determinaron la existencia de discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de calidad de vida ($X^2 = 8.696$; $p = .047$), observándose que los pacientes hemodializados por más de un año, obtuvieron un mayor rango promedio (RP = 59.93). Además, se conoció que el 68% de pacientes presentaban buenos niveles de calidad de vida. Asimismo, se halló discrepancias estadísticas significativas para la dimensión vida familiar y familia extensa ($X^2 = 9.383$; $p = .049$), religión ($X^2 = 9.214$; $p = .046$) y salud ($X^2 = 9.442$; $p = .037$), siendo los pacientes casados los de mayor rango promedio.

Mallma et al. en el año 2019 presentaron su investigación con el objetivo de “determinar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”. Esta investigación fue de corte transversal, de tipo descriptiva, con enfoque cuantitativo, considerando a una totalidad poblacional conformada por 35 pacientes hemodializados atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, con la finalidad de evaluar su calidad de vida a través del test de KDQOL-sf. Con relación a los hallazgos, se obtuvo los siguientes resultados: Función Emocional 46.39 ± 23.02 . Función física 25.63 ± 34.47 , Función Social 50.95 ± 23.3 ; correspondiendo a la primera muestra un nivel de afectación severo. Mientras que la segunda y tercera afectación respecto de la calidad de vida en general se encontró 41.43 ± 19.77 puntos

correspondiente a una afectación moderada. De esta manera, se concluyó que los pacientes presentaban niveles moderados de calidad de vida, siendo el aspecto físico el rol más afectado, seguida de la función emocional y función social, respectivamente.

Belling en el año 2019 presentó su estudio con el objetivo de “determinar si la ansiedad y depresión tienen relación con la calidad de vida en pacientes hemodializados en el Hospital Jorge Reátegui Delgado”; para ello, se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, de tipo descriptivo, de corte transversal, de tipo analítico, prospectivo, considerando a una totalidad poblacional conformada por 51 pacientes hemodializados a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: Escala de Beck para depresión-ansiedad y Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Los resultados determinaron que los pacientes presentaban ansiedad severa ($p < 0.001$) y depresión severa ($p < 0.003$) los cuales se correlacionan con una mala calidad de vida. Asimismo, se evidenció que el 37.25% de los pacientes con HD presentaban un severo nivel de ansiedad, lo cual repercutía en una mala calidad de vida. Por otro lado, se conoció que el 43.14% de los pacientes presentaba un nivel de depresión moderado. También, se halló que el 68.63% de los pacientes estudiados presentó una mala calidad de vida una puntuación predominante del SF36 de 39.59 puntos en la percepción general de salud de manera negativa. Se concluyó que los niveles severos de ansiedad y depresión tenían una correlación con una mala calidad de vida, siendo la ansiedad severa la que potencia en 2 veces la razón de proclividad hacia esta condición.

Cjuero et al. durante el año 2018 presentaron su investigación con el objetivo de “determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo en pacientes con insuficiencia renal crónica en proceso de hemodiálisis en una Clínica de ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C.-Cendial Juliaca”. Esta investigación fue de tipo

descriptivo, de diseño no experimental, de nivel correlacional, de corte transversal, considerando a una totalidad poblacional conformada por 100 pacientes hemodializados en dos centros hospitalarios, a quienes se les aplicó dos instrumentos: Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario SF-36. Los hallazgos determinaron una correlación estadísticamente significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida con un valor equivalente a $p=.000$. De esta manera, se pudo evidenciar una relación significativa, pues en cuanto más niveles de depresión se tendrá menores niveles de calidad de vida en pacientes con ERC hemodializados

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica avanzada en estadio 5 consiste en un fallo renal que se presenta en forma gradual y permanente que dura más de 3 meses, la cual se caracteriza por la disfunción progresiva de la estructura renal al presentar un descenso del filtrado glomerular de $15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Actualmente, la ERC constituye un problema de salud pública a nivel mundial, presentando una prevalencia que se está incrementando e incidiendo en la población cada vez más joven en los últimos años. Esta enfermedad guarda relación con algunas complicaciones que incrementan la mortalidad, tales como fallos cardiovasculares, anemia, deterioro en la calidad de vida, disfunción ósea y minerales.

Esta situación constituye un problema grave para los pacientes y sus familiares, afectándoles no solo a nivel físico, psicológico, sino también en el plano social y económico; pues, el sometimiento a este tipo de procedimientos no curativos, altamente invasivos, implica elevados costos. Cabe precisar que, esta enfermedad al tener relación

con otras afecciones como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, existen mayores probabilidades de muerte. En consecuencia, incentivar acciones preventivas mediante diagnósticos y tratamientos oportunos, es posible reducir la gradualidad de la disfunción renal conducentes a fallecimiento.

Hemodiálisis (HD)

Es sabido que el tratamiento de hemodiálisis es un procedimiento de limpieza renal recibida por los pacientes diagnosticados con Fallo Renal Agudo o afectados por ERC en un grado avanzado (nivel 5). Este tipo de procedimientos es realizado en los centros médicos u hospitalarios especializados en hemodialización, el cual requiere que sea en forma individualizada, según la prescripción clínica, dependiendo del paciente.

Es preciso señalar que este procedimiento requiere de muchas horas a la semana, situación que puede alterar las condiciones de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de remplazo de la función renal. El principal objetivo de este procedimiento consiste en la eliminación de agua y toxinas de la sangre, algo que debería realizar los riñones normalmente; sin embargo, al presentar disfuncionalidad es necesario reemplazar de manera artificial.

Por otro lado, el tratamiento de HD permite equilibrar los niveles de minerales (potasio, sodio y calcio) contenidos en la sangre. No obstante, es preciso indicar que este tipo de procedimientos no reemplaza en su totalidad las funciones del riñón; por consiguiente, resulta imprescindible mantener una alimentación adecuada, restricciones hídricas y, ocasionalmente, algunos medicamentos.

Además de la sintomatología a nivel físico de la ERC, las cuales pueden ser atenuadas mediante el procedimiento de hemodialización, ya que existen múltiples factores de tipo psicológico y sociales que alteran a los pacientes en forma agravada. Algunos estudios han demostrado que luego de iniciar con este tratamiento, las vidas de

los pacientes cambian en su totalidad al tener que adecuarse a coexistir con una enfermedad que demanda de mucho tiempo para su tratamiento.

Asimismo, el tratamiento de HD genera en el paciente un significativo impacto emocional; pues los pacientes que se someten a este procedimiento deben adecuarse a un nuevo estilo de vida en todos los aspectos. Por lo tanto, surge la necesidad de adaptarse a esta enfermedad; sin embargo, existen altas probabilidades de que los pacientes desarrollen cuadros depresivos, ansiedad y la pérdida de calidad vida.

Es preciso agregar que la terapia de HD consiste en un procedimiento de sustitución de la función renal basado en el principio físicoquímico para la difusión pasiva de la sangre y liquido de diálisis a través de un proceso pausado y permanente que somete al paciente a una máquina de hemodialización por un período de 3- 4 horas, 3 veces semanales, con el objetivo de corregir cierta sintomatología que genera alteraciones en su modo de vida.

Adicionalmente, se recomienda que los pacientes con HD deban mantener un régimen alimenticio adecuado, mantener cuidados y limpieza del acceso vascular (fistulas arteriovenosa, injertos, catéter), controlar la aparición de posibles enfermedades asociadas (hipertensión, diabetes miellitus); controlar de ingesta de medicamentos, entre otros cuidados con la finalidad de minimizar los riesgo entorno a los cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con este tratamiento y permitir una adecuada adherencia para mantener una buena calidad de vida durante el proceso de la ERC.

2.2.2. Depresión

Etimológicamente, esta palabra deriva del vocablo latín depressio que significa hundimiento, que consiste en un estado en el que el sujeto se autopercibe vencido, con una incomodidad sobre su existencia. Esta afección es considerada uno de los trastornos

afectivos que perturba o altera la estabilidad emocional del individuo, conllevándolo a una imposibilidad transitoria de su estado anímico que repercute en la calidad vida. Cuando esta afección llega a ser cuadro clínico, los síntomas se agravan a diferencia de una condición de normalidad.

Además, puede agregarse que esta afección consiste en un trastorno muy recurrente en las personas e implica un estado anímico lúgubre y/o desinterés por completo por los placeres que generan aquellas actividades que antes podía disfrutar.

Acorde con algunos datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión será la segunda causal de ausentismo en el trabajo y una de las principales causas de muerte en el mundo; esto debido a que las cifras actuales superan la mitad de quienes la padecen a nivel mundial y más del 90% de los países no lleva un tratamiento adecuado para combatirla; situación que está relacionada con la falta de recursos y de profesionales de la salud debidamente capacitado.

Cuando se refiere a los trastornos depresivos, estos conforman un conjunto extenso y heterogéneo de distintos cuadros clínicos, por lo que se convierte en un grave problema de salud pública y demanda mayor y mejores atenciones que las ofrecidas en la actualidad. Puede decirse, además, que la depresión suele ser una afección recurrente, por lo general crónica, cuyo tratamiento se efectúa por un tiempo prolongado. Actualmente, a nivel mundial es considerada la cuarta causal de discapacidad en materia de pérdida de años de vida saludables, y está asociada a otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades crónicas que afectan la mente.

Clasificación de la depresión

La depresión puede clasificarse de la siguiente manera:

Depresión leve: Está referida al sujeto que tiene pocos síntomas depresivos, los cuales le impiden concentrarse para realizar ciertas actividades.

Depresión moderada: Se presenta al cuando la persona tiene algunos síntomas que le impiden efectuar sus actividades diarias.

Depresión severa: Se refiero cuando la persona tiene la mayoría de síntomas que le impiden efectuar sus actividades diarias.

Depresión mayor: A este tipo de cuadro se le conoce como depresión aguda, cuyos síntomas se presentan con mayor énfasis y durante la mayor parte del día, los cuales pueden estar relacionados con: ánimo depresivo; supresión del placer; aumento o disminución del apetito que conlleva al incremento o disminución del peso corporal, trastorno del sueño, disminución de su resistencia y fuerza, culpabilidad, ideas suicidad, etc. Para ser diagnosticado con esta afección, el paciente debe presentar alteraciones conductuales o disminución del estado anímico durante 2 semanas.

Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica

Una de las consecuencias de ser diagnosticado con ERC y recibir tratamiento de hemodiálisis está relacionada con la depresión. Estos pacientes reciben un gran impacto desde su diagnóstico, generándoles un proceso para aceptar la enfermedad y su respectivo tratamiento. Dicho proceso consta de 5 fases: la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.

Cabe señalar que los cuadros depresivos en pacientes con ERC hemodializados se encuentra en aumento, pudiendo alcanzar el 40% de prevalencia, por lo cual es

considerada como la segunda condición de comorbilidad. Si bien el uso de equipos tecnológicos puede aminorar los índices de mortalidad de los pacientes con ERC, los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión constituyen factores de riesgo de suicidio debido a una inadecuada adherencia al tratamiento de hemodialización. Tales trastornos suelen ser agravantes para el paciente si a su situación se le suman preocupaciones de gastos económicos, dependencia, manifestaciones psicósomáticas, restricciones alimenticias, estricto régimen terapéutico, cuidados físicos, limitación de actividades, miedo (Alvarado-Cruz, Cortaza-Ramírez, & Vinalay-Carrillo, 2017).

Como parte de las evaluaciones periódicas realizadas a algunos pacientes con ERC hemodializados, se halló que tenían cuadros de depresivos, niveles de frustración y síntomas de ansiedad, los cuales guardaban relación con sus condiciones físicas lo cual afectaba su calidad de vida. Ello significa que los pacientes hemodializados son considerados como la parte visible de una enfermedad encubierta, que va calando progresivamente, cuyo impacto se asocia a afecciones más complejas como consecuencia del mencionado tratamiento, entre las que se puede mencionar: hipoxemia, hipotensión arterial, náuseas y vómitos, así como arritmias, síndrome de desequilibrio, las reacciones de hipersensibilidad, hemorragias, hemolisis y embolismo gaseoso. Estos efectos repercuten en la calidad de vida del paciente y de su entorno sociofamiliar (González-Coca, y otros, 2020).

Los daños colaterales que causa el proceso de hemodialización guardan relación con aspectos neuropsiquiátricos asociados a la ERC y con situaciones conflictivas a las que está sometido el paciente; situación que conlleva a los enfermos renales a presentar cuadros de depresión, teniendo la siguiente sintomatología: fatiga, insomnio, anorexia, debido a las fallas orgánicas, lo cual repercute en el deterioro físico y cognitivo debido

a la uremia. Lo lamentable es que, en la mayoría de los casos los profesionales no cuentan con la debida capacitación para identificar estos síntomas oportunamente.

Es importante señalar que los cuadros de depresión surgen en las distintas fases de la ERC, teniendo una mayor prevalencia en aquellos pacientes sometidos a hemodialización; sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, los síntomas psicossomáticos y emocionales repercuten en el proceso y manejo de la enfermedad y su tratamiento. Este hecho tiene efectos negativos en la adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente, incrementando las posibilidades de fallecimiento.

Dimensiones de depresión en pacientes

Dimensión Cognitivo-afectivo

La depresión afectiva consiste en una alteración del estado anímico muy parecido a un cuadro depresivo mayor; también está asociada a trastornos psiquiátricos derivados de una disfunción a nivel cerebral secundario a afecciones sistémicas o extracerebrales tales como el mixedema. Este trastorno está relacionado con algunas enfermedades neurológicas (ACV, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, Parkinson, etc.) En principio, el paciente se muestra desinteresado por disfrutar de aquellas actividades que por lo general le resultaban eran placenteras.

Además, se caracteriza por mantener un bajo estado anímico y otra sintomatología a nivel emocional, físico, conductual y cognitivos asociados. Se puede manifestar a partir de algunas señales como cambios de humor en forma abrupta, irritabilidad, desánimos y una sensación de angustia o intranquilidad, llegando a normalizar esta situación. Este trastorno puede instalarse de manera progresiva en el paciente, prolongándose en el tiempo, teniendo implicancias o cambios cognitivos, como pensar de manera ineficiente y elevada autocrítica y en la manera como el

individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. También, el paciente presenta dificultades para concentrarse, olvidos frecuentes, falta de atención, indecisión o la dificultad para tomar decisiones o funciones ejecutivas, repercutiendo en el funcionamiento de la persona afectada.

Dimensión Somático-motivacional

La depresión conlleva a que el paciente presente una condición psicológica conocida como trastorno de síntomas somáticos, quienes se quejan de forma crónica y persistente sintomatología física que carecen de un origen identificable. Los pacientes con estos síntomas perciben dolor durante los procesos orgánicos como la digestión o ciertos movimientos musculares; sin embargo, estos signos somáticos son reales. El paciente con este trastorno puede tener la sensación de una extrema ansiedad relacionadas con los síntomas que percibe, así como una permanente preocupación ante la posibilidad de padecer otras enfermedades. Además, suele tener miedos frente a la gravedad de aquella sintomatología, aun cuando no exista una prescripción clínica.

Por otro lado, los pacientes con estos signos suelen acudir en múltiples veces a consultar con sus médicos para ser evaluados y sentirse intranquilos aún si los resultados son positivos. Eso los lleva a pensar que los especialistas no toman con seriedad sus síntomas o que no hacen lo necesario para hallar una solución. Además, suelen estar pensando en otras enfermedades frecuentemente, llevándolos a buscar más detalles de manera compulsiva; situación que explica su irritabilidad, pérdida de su capacidad para desempeñarse adecuadamente, alteraciones del sueño, agotamiento o fatiga, trastornos alimenticios, constante preocupación por su estado de salud, y desinterés sexual.

Teorías de depresión en enfermería

Teoría cognitiva de la depresión

Este planteamiento fue propuesto por el psiquiatra Aaron Beck y en la actualidad es el modelo más influyente dentro de las teorías cognitivas de la depresión, logrando efectos eficientes frente a los tratamientos con psicofármacos. Según Beck, los trastornos de tipo psicológico que afectan a las personas se relacionan con sus propios pensamientos erróneos y la interpretación inexacta y recurrente que da sobre su entorno, conllevando a convertirse en pensamientos estereotipados y rígidos relacionados con su propia percepción de aquello que lo rodea y de su conducta.

La teoría propone que la conducta y las emociones de las personas se basan en la manera que perciben del mundo mediante sus pensamientos. Asimismo, este modelo propone una cadena de elementos causales a los cuales se les conoce como la triada cognitiva de Beck, mediante la cual se explica de manera gráfica a través de una figura triangular que representa a los pensamientos y su repercusión sobre las emociones, las emociones en la conducta y viceversa. En otras palabras, la teoría demuestra el nivel de incidencia recíproca entre las 3 partes; por ejemplo, un paciente con ansiedad con pensamientos negativos frecuentes sobre sí mismo que duda de sus capacidades de superación y de poder sentirse bien, genera en el paciente una reacción o una emoción como la tristeza o angustia, conllevándolo a presentar una conducta acorde con el hecho y empezar a experimentar físicamente una crisis de pánico (Barragán, 2021).

Teoría desesperanza de la depresión

También es conocida como la teoría de la depresión por desesperanza y fue planteada por Abramson, Metalsky y Alloy, la cual propone que las personas que

presentan estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) tienen mayor propensión a tener síntomas depresivos del subtipo como la depresión por desesperanza, la cual surge cuando se atraviesan acontecimientos negativos impropios de las personas que la padece; en otras palabras, desarrollan estrés.

Dicha condición de vulnerabilidad cognitiva se encuentra conformada por tres componentes inferenciales desadaptativos: predisposición a desprender que los patrones estables (posibilidad de perdurar en el tiempo) y globales (posibilidad de alterar diferentes aspectos de la vida) generen acontecimientos negativos. Predisposición a desprender que los acontecimientos negativos vigentes conlleven a futuros eventos negativos. Predisposición a desprender rasgos negativos sobre sí mismo/a durante el desarrollo de acontecimientos negativos. Por consiguiente, la vulnerabilidad cognitiva está asociada a la depresión, lo cual potencia las posibilidades de desarrollar sintomatología depresiva en presencia, más no en ausencia, de acontecimientos negativos.

2.2.3. Calidad de vida de pacientes

De acuerdo con la OMS la calidad de vida consiste en todo aquello que el sujeto percibe con relación a su posición dentro de distintos contextos a nivel cultural, social, de su entorno, así como de los sistemas de valores en el cual se desarrolla vinculados con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses personales.

Debe precisarse que la calidad de vida consiste en un estado de satisfacción general de las personas el cual está vinculado con niveles de realización de capacidades. También, está asociada a una percepción subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, pudiendo incluirse otros aspectos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud.

Del mismo modo, guarda relación con elementos objetivos tales como el bienestar material, vínculos con el entorno físico, interpersonal, intrafamiliar, con la sociedad y la salud objetivamente percibida. A nivel de las actividades, la calidad de vida está asociada al valor de las capacidades personales para llevarlas a cabo mediante diversas acciones. Es por ello que la calidad de vida puede percibirse como el conjunto de haceres, cuya realización es valorada por cada sujeto en forma personal, permitiéndole ejecutar tales acciones y la capacidad para funcionar.

También, puede determinarse que la calidad de vida es aquella apreciación que cada persona hace frente a su postura en la vida, entorno cultural y valores en los cuales está inmerso, propósitos, perspectivas, esquemas y preocupaciones. Del mismo modo, guarda relación con la salud física, las condiciones psíquicas, la autonomía, los vínculos sociales, la idiosincrasia y características del entorno. Asimismo, se encuentra vinculada con las consecuencias de las enfermedades y/o tratamientos en las distintas dimensiones de la vida.

Finalmente, la calidad de vida puede evaluarse en función a factores psicológicos, físicos, sociales, percepción general de salud, movilidad y bienestar emocional. Asimismo, está sujeta a elementos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de educación, situación económica).

Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica

Según se ha mencionado anteriormente, la calidad de vida es subjetiva y presentan distintos componentes que incluye tres elementos importantes: físico, psicológico y social, los cuales son de gran significancia cuando se padece una enfermedad crónica avanzada. Es por ello que la calidad de vida merece una especial

atención en aquellos pacientes con ERC hemodializados, ya que existen indicadores que evidencian una relación entre la propia enfermedad, la morbilidad y mortalidad.

Las personas diagnosticadas con ERC presentan un impacto directo en su condición de salud, lo cual repercute en su estado emocional y en otros aspectos como la parte socioeconómica; pues, al estar sometidos a los procedimientos y terapias de reemplazo renal, que son técnicas bastante dolorosas, están obligados a cambiar sus hábitos y estilos de vida. Por otra parte, los pacientes con ERC están propensos a sufrir el abandono de sus familiares debido a la disciplina que exige el tratamiento de hemodialización, lo cual repercute en su estabilidad emocional, impidiendo su adherencia al tratamiento. Es importante señalar que la ERC, el procedimiento de hemodialización, la incertidumbre de los pacientes sobre su futuro, la dependencia de los cuidados, las restricciones alimenticias, la alteración de los vínculos interpersonales, la apariencia física, las condiciones económicas, entre factores, son las principales razones por las que surgen trastornos emocionales y alteraciones en la calidad de vida de estos pacientes.

Por lo general, los pacientes con ERC hemodializados presentan un nivel de calidad de vida deteriorado, ya que esta condición afecta severamente su salud y entorno social, siendo las más agravadas la parte física del paciente debido a las limitaciones que le impone la enfermedad. Entre los principales cambios que afronta el paciente hemodializado esta dependencia funcional de una máquina y atenciones de los especialistas, cambios en hábitos alimenticios, ingesta de diversos medicamentos, riesgo de complicaciones, sensación de frustración de sus planes y proyectos futuros, llevándolo a presentar trastornos de tipo psicológico como la depresión, afectando su calidad de vida. Es por estas razones que los pacientes con ERC hemodializados, generalmente presentan un nivel de calidad de vida media y baja.

Dimensiones de Calidad de vida

Salud general

La calidad de vida asociada a la salud está referida al valor subjetivo que el paciente otorga a los efectos de su condición de salud actual, a los cuidados asistenciales, y la promoción de la salud sobre sus capacidades, las cuales le permiten conseguir y sostener un nivel general de funcionamiento que le brindan la posibilidad de ejecutar actividades que le resultan importantes y que repercuten en su bienestar. Cabe mencionar que los elementos más significativos de este concepto es el hecho de que se enfoca en la evaluación subjetiva que el paciente realiza sobre su propia calidad de vida; en otras palabras, es la manifestación de la opinión que hace el sujeto sobre los distintos aspectos de su CV. Entre los componentes necesarios que permiten al paciente tener una visión subjetiva de su salud general se encuentran: el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social; la movilidad y cuidado personal; el bienestar emocional.

Física

La calidad de vida se encuentra relacionada con el bienestar físico, elementos materiales, sociales, emocionales y el desarrollo logrado por las personas. Por consiguiente, esta condición permite a los individuos llevar una vida de una manera plena, satisfactoria, digna, con libertad, bienestar y felicidad; sin embargo, las enfermedades y las limitaciones físicas repercuten en la calidad de vida. El factor físico permite al individuo desarrollar conductas saludables que favorecen su calidad de vida. Para ello, debe realizar actividades con regularidad y de manera sistemática para obtener beneficios que aporten a su salud, y que le permitan afrontar dificultades teniendo una actitud positiva. En efecto, la actividad física debería ser considerada como un elemento cultural que debe estar incorporado en la cotidianidad de las personas.

Actualmente, existe distintas evidencias científicas que relacionan la actividad física a tener un nivel de calidad de vida óptimo, con efectos positivos para el organismo, siendo la actividad aeróbica (correr, nadar, andar en bicicleta, bailar, etc.) la que más beneficia al corazón y los pulmones, ya que pone en movimiento los músculos más grandes del cuerpo como los de los brazos y las piernas.

Psicológica

A partir de la perspectiva de la psicología, la calidad de vida es definida como un proceso de juicio que permite a las personas emitir una valoración de su condición de vida basándose en una serie de criterios. En otras palabras, consiste en una definición subjetiva que cada sujeto hace sobre su manera de vida. Este proceso también es conocido como bienestar subjetivo, y tiene un componente emocional y afectivo. De esta manera, las personas pueden expresar sus emociones y afectos respecto a sus propias vidas. Es importante señalar que una adecuada salud mental permite al individuo tener un estado de bienestar. Haciéndolo consciente de sus capacidades frente a las adversidades que se le puedan presentar durante su existencia, y a asumirlas de manera productiva y fructífera. Al respecto, la psicología positiva conlleva a lograr una satisfacción vital, mantener bienestar psicológico, subjetivo y otras variables mediante emociones positivas. Estas, permiten desarrollar la creatividad, promover acción, ampliar el autoconocimiento y conocimiento situacional, desarrollar resiliencia y capacidad de interpersonalidad; aspectos asociados a estilos de vida saludable, que permiten potenciar el bienestar de las personas.

Social

Desde un enfoque social, la calidad de vida se relaciona con la satisfacción de las necesidades que un conjunto de individuos tiene en común. Por consiguiente, la satisfacción del grupo determina la percepción de sentir bienestar de manera conjunta. Asimismo, está relacionado con el acceso a determinados bienes y servicios, a la atribución de ciertas facultades definidas y al respeto de unos valores que se comparten en conjunto. Es por ello que, la calidad de vida social presenta una definición relativa que alcanza a una sociedad en forma integral, cuyas capacidades cubren sus propias necesidades utilizando los recursos disponibles en determinado entorno y plazos establecidos. Abarca los elementos necesarios para lograr una calidad de vida individual decente, determinada por un estándar colectivo válido en ese espacio y tiempo específicos.

Ambiental

La calidad ambiental se entiende como las condiciones óptimas para el desarrollo de la vida en las que el ser humano se involucra en un sinnúmero de interacciones con el medio ambiente, esforzándose por conciliar estas interacciones con los espacios físicos que habita, así como con elementos ecológicos, biológicos, económicos, socioculturales, tecnológicos y estéticos. En el mismo contexto, la calidad de vida es un conjunto de elementos que deben existir en el desarrollo de la vida humana misma, que contribuyen a la satisfacción de las necesidades humanas básicas. La relación entre la calidad del medio ambiente y la calidad de vida es evidente, ya que, si los elementos que componen la calidad del medio ambiente no se encuentran en las condiciones óptimas para el desarrollo de la vida, esto repercutirá directamente en la calidad de vida de las personas, porque todas sus interacciones se verán agravadas. El medio ambiente afecta la vida individual y colectiva de las sociedades.

Teorías de Calidad de vida de pacientes en enfermería

Teoría del autocuidado

Son las acciones que realiza el enfermero para regular el desarrollo de actividades de autocuidado del paciente en respuesta a las necesidades de algún tratamiento. El autocuidado puede verse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para sobrevivir felizmente. Dorothea Orem cree que el concepto de "yo" es la suma de los individuos, incluyendo no solo las necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales. El autocuidado es entonces una actividad iniciada y realizada por los individuos en su propio beneficio con el fin de mantener la salud, la vida y el bienestar.

Las habilidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que se encuentra un individuo, el conocimiento de las habilidades de autocuidado y las habilidades para mantenerlas y la capacidad para hacer frente a las dificultades. Aquí, el sistema de atención apoya a las personas con ERC y las atiende cuando pierden temporalmente la capacidad física, mental y espiritual para cuidar de sí mismas. Esta teoría del cuidado brinda enseñanza sobre el manejo de signos y síntomas para pacientes que buscan conductas de independencia y bienestar. Las enfermeras tienen en cuenta las culturas y habilidades de los pacientes cuando enseñan y brindan atención. La independencia del paciente conduce a una mejor calidad de vida.

Teoría de afrontamiento

El afrontamiento, como lo define Lipowsky, son las estrategias que emplea un individuo para mantener la salud física y mental frente a un problema. El afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y creencias. El afrontamiento es un proceso en constante cambio en el que el individuo en algún momento debe confiar principalmente en estrategias, ya sean defensivas o de otro tipo,

de los cuales cambian a medida que cambia su relación con el medio ambiente. El afrontamiento, Lazarus, lo define como los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que desarrollan los individuos para hacer frente a las demandas externas y/o internas.

Hay dos tipos. Por un lado, al tratar con problemas, estas estrategias apuntan a definir el problema, encontrar alternativas de solución y considerar estas alternativas en términos de costos, beneficios, opciones y aplicaciones. El afrontamiento de las emociones, por otro lado, consiste en los procesos cognitivos responsables de reducir el nivel de perturbación emocional, incluyendo estrategias como la evitación, la atención selectiva, la comparación positiva y la extracción de valor positivo de los eventos negativos; otras estrategias apuntan a aumentar el nivel de perturbación emocional. Esta teoría habla de la importancia de los procesos cognitivos, que tienen que ver con conocer el estado de salud, lo que permite reducir la tensión, el miedo y así afrontarlo de manera efectiva. Las enfermeras respaldan no solo las respuestas biológicas sino también las respuestas humanas. Reducir la depresión, el estrés y el miedo puede mejorar el estado inmunitario de los pacientes, lo que repercutirá positivamente en la calidad de vida.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica privada de Lima, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación significativa entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.

H1: Existe relación significativa entre la depresión en su dimensión somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Esta investigación aplicará como método de estudio el tipo hipotético-deductiva. Como indican Sánchez y Reyes, se basa en que en los objetos, procesos y fenómenos existe determinado ordenamiento que permite descubrir regularidades, tendencias y leyes, las cuales se adelantan en forma de hipótesis para extraer de ellas conclusiones particulares; por consiguiente, una hipótesis se plantea y se logra comprobar con los hechos con la finalidad de llegar a las conclusiones de la investigación. Este método parte de inferencias lógicas deductivos para arribar a conclusiones particulares a partir de hipótesis y que después se puedan comprobar experimentalmente.

3.2. Enfoque investigativo

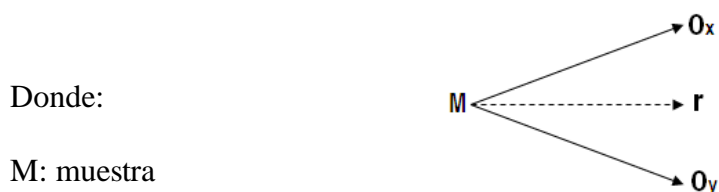
El presente plan de investigación, en su enfoque tiene una orientación cuantitativa; para Gómez este enfoque hace usos de la recopilación y análisis de la información para lograr responder al problema que se esté planteando en la investigación, así también, comprueba hipótesis planteadas previamente, cuantifica los datos mediante el conteo y los métodos estadísticos con la finalidad de establecer de forma exacta las características de la población en estudio.

3.3. Tipo de investigación

El estudio es de tipo aplicada o también llamada utilitaria, porque de acuerdo a Quezada es caracterizada porque confronta lo teórico con lo concreto real; es la aplicación de los estudios investigativos a algún problema concreto, con particularidades y situaciones concretas; este tipo de investigación busca aplicar inmediatamente lo investigado sin desarrollar alguna teoría. Asimismo, dicha investigación busca conocer para hacer, para actuar, para modificar y construir una realidad circunstancial.

3.4. Diseño de la investigación

En este estudio se consideró el diseño no experimental, de nivel correlacional y con corte transversal. Es no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas. Asimismo, la investigación posee corte transversal debido a que el procedimiento de recabar la información fue efectuado en un único tiempo. Finalmente, este trabajo investigativo es de nivel correlacional debido a su naturaleza mediante la cual se detallan las principales particularidades de cada una de las variables buscando el nivel de asociación o vinculación entre sí o entre sus dimensiones. Para tal efecto, se propuso la siguiente estructura:



O_x : Observancia medible del grado de depresión

O_y : Observancia medible de la calidad de vida

r: Nivel de asociación entre ambas variables

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Para el desarrollo del proceso investigativo se abarcará una población conformada por una totalidad de 90 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, año 2023. De acuerdo a Pérez la población viene a ser el total de un fenómeno estudiado, es decir que abarca el total de elementos similares que forman parte de una investigación y que tienen referencia sobre la problemática de estudio.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

Paciente diagnosticado de insuficiencia renal crónica atendido con terapia de hemodiálisis en la Clínica Privada.

Paciente atendido de forma continua, que reciba como mínimo tres veces semanales su tratamiento hemodialítico

Pacientes adultos de ambos sexos.

Paciente con edad mayor a 18 años, que tengan lucidez, con orientación temporal, espacial y persona.

Criterios de exclusión:

Pacientes que posean alguna limitación, impidiéndoles la participación en el estudio.

Pacientes menores de 18 años de edad.

Pacientes que no realicen hemodiálisis tres veces semanales

Pacientes que no accedan voluntariamente a la participación en el estudio.

Muestra y muestreo

Una muestra se considera una parte representativa de la población, donde los elementos son extraídos individualmente de la población, con igual posibilidad de ser elegidos y es lograda mediante selección al azar. Para la presente investigación no será necesario elegir muestra representativa ni se aplicará alguna técnica muestral, por lo cual, se utilizará el total de 90 pacientes asistentes a la clínica Privada por tratamiento de hemodiálisis que cumplan los criterios de inclusión.

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

De acuerdo a la finalidad de la investigación, en el actual proyecto la técnica que se utilizará será la encuesta, con la cual se obtendrán indicios del grado de depresión y calidad de vida del usuario con terapia de hemodiálisis. Al respecto, Espinoza, indica que es una técnica que usa una serie de procedimientos metodológicos por medio del cual se recopila los datos mediante la interrogación a los elementos de una muestra o población, es decir, la información es obtenida por observación indirecta de los hechos, según lo manifestado por los encuestados.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Para evaluar la depresión del usuario con terapia de hemodiálisis se utilizará el inventario de depresión de Beck, usado comúnmente para identificar la depresión en usuarios con terapia sustitutiva renal. Asimismo, cuando se evalúen la calidad de vida en adultos mayores se utilizará el test de WHOQOL-BREF con escalas de cinco posibilidades de respuesta. Un cuestionario es una serie de preguntas organizadas y enfocadas a un tema investigativo, estas preguntas son contestadas por un individuo sin que intervenga directamente el investigador.

Ficha técnica del instrumento sobre depresión

Para medir esta variable se utilizará el cuestionario o inventario de depresión de Beck creado por Beck et al. dirigido a usuarios con sintomatología depresiva en proceso de terapia de salud.

Descripción del instrumento

La primera parte del cuestionario consta de datos generales contenidos en 5 ítems referidas a edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y tiempo con la enfermedad.

La segunda parte del cuestionario consta de 21 ítems referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, dichos ítems se agrupan en dos dimensiones, donde 11 preguntas están referidas al componente cognitivo-afectivo y 10 preguntas relacionadas al componente somático-motivacional.

Criterios de evaluación

El instrumento será evaluado tomando en cuenta una escala numérica con cuatro opciones de respuesta que varía entre 0 a 3 puntos para cada ítem, con una única opción de respuesta por pregunta; los puntajes de depresión de síntomas van de 0 a 63, donde el mayor puntaje representa severidad máxima. Asimismo, los baremos o intervalos para medir la variable principal son:

Niveles	Rangos de depresión
Depresión mínima	0 - 13
Depresión leve	14 - 19
Depresión moderada	20 - 28
Depresión severa	29 - 63

Ficha técnica de instrumento de Calidad de vida

En la medición de esta variable se aplicará el cuestionario WHOQOL_BREF, elaborado por la OMS dirigido a evaluar la calidad de vida de personas sanas y enfermas.

Descripción del instrumento

El cuestionario fue estructurado en 26 ítems, los que se distribuyeron en cinco dimensiones: 2 preguntas para la dimensión salud general, 7 preguntas dentro de la dimensión física, 6 preguntas del ámbito de psicología, 3 preguntas del componente social y 8 preguntas para la dimensión ambiental.

Criterios de evaluación

Cada ítem del cuestionario fue evaluado usando una escala numérica de puntajes 1 (Muy mal), 2 (Poco), 3 (Normal), 4 (Bastante) y 5 (Muy bien), donde a mayor puntaje, mayor nivel de la variable. Asimismo, los baremos o intervalos para medir la variable principal son:

Niveles	Rangos de calidad de vida
Mala	26 - 60
Regular	61 - 95
Buena	96 - 130

3.7.3. Validación

El inventario de depresión de Beck fue validado en la investigación publicada de Vega et al. (Vega, Coronado, & Mazzotti, 2014), dicha validez se obtuvo sobre una muestra de 136 pacientes internados en los pabellones de medicina general del Centro Médico Naval (Lima-Perú) a quienes se aplicó el instrumento, realizándose validez discriminante mediante un análisis de sensibilidad y especificidad, tomando 18.5 o 19.5 como punto de corte del para el diagnóstico de depresión mayor, la sensibilidad fue 87,5% y la especificidad 98,21%; indicando elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión mayor, por lo tanto, el instrumento es considerado válido para su aplicación.

El cuestionario para medir la calidad de vida será WHOQOL-BREF en su versión española, es un test genérico que fue validado en el estudio de Espinoza et al. aplicando el análisis factorial confirmatorio; la bondad de ajuste especificada fue determinada con la función de ajuste mínimo de $c_2 = 1407,47$ ($p < 0.01$), lo cual confirma que el instrumento es válido. Según Pino la validez de un instrumento

se puede definir como el grado en que la calificación o resultado que arroje el instrumento realmente refleja la variable que se está midiendo.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del inventario de depresión de Beck fue calculada en el estudio de Vega et al. en la cual se determinó la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, donde la confiabilidad global alfa fue de 0.889 y por dimensiones fue mayor a 0.800 indicando una confiabilidad elevada.

La confiabilidad del cuestionario WHOQOL-BREF fue determinado en el estudio de Espinoza et al. mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor resultante de 0.88 que indica que el instrumento posee elevada confiabilidad; asimismo en sus dimensiones la confiabilidad variaba entre 0.75 a 0.83. Para Hernández et al, la confiabilidad es el grado en que al aplicarse un instrumento repetidamente al mismo individuo, este debe producir resultados cercanos o consistentes con alguna medición previa.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Posteriormente a la realización de la recolección de la data, se ordenará convenientemente la información construyendo la base de datos con ayuda del Software Microsoft Excel e IBM SPSS 26, en el cual se efectuará el análisis y proceso de la estadística en la data, utilizando para ello la estadística descriptiva, presentando los resultados procesados principalmente mediante tablas y figuras. Posterior a ello se analizará objetivamente las tablas y gráficas presentadas para, determinar los resultados descriptivamente, y de esta forma responder a los objetivos planteados en este trabajo investigativo. También se realizará el análisis inferencial para comprobar la correlación estadística entre las variables propuestas, aplicando la prueba de correlación Rho de

Spearman que es una prueba no paramétrica para poder asociar dos variables cualitativas ordinales y de esta forma responder lograr responder al estudio. (Celis, 2016)

3.9. Aspectos éticos

Durante la ejecución de este estudio de investigación metodológica, se tomará en cuenta el consentimiento informado aceptado por cada participante elegido; antes de ello, se explicará a los participantes sobre los propósitos de la investigación y se procederá a absolver sus consultas y responder a sus preguntas, indicándoles que es una participación de forma voluntaria y de esta manera respetar las respuestas brindadas por usuarios participantes que serán tratados a nivel personal y de forma anónima. Asimismo, los datos proporcionados sobre los pormenores y objetivos de esta investigación se proporcionaron en el marco de la transparencia y autenticidad investigativa. Según Salazar et al. (Salazar, Icaza, & Alejo, 2018) la ética puede considerarse como una serie de normativas para que los investigadores realicen decisiones correctas; para que un estudio o trabajo científico se considere ético, los objetivos planteados deben ser racionales, aptas para una comprobación honesta, y al recolectar información en seres humanos deben tener un mínimo riesgo, evitando procedimientos o daños graves.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2023												
	Octubre				Noviembre				Diciembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Determinación de problemática	■	■											
Búsquedas de bibliografía		■	■										
Redacción de la parte introductoria: Situación del problema planteado justificación e importancia del estudio		■	■										
Redacción de la parte introductoria: Objetivo general y específicos			■	■									
Redacción de capítulo Marco teórico: Antecedentes, bases teóricas, hipótesis					■	■	■						
Redacción del capítulo material y métodos: Tipo, diseño y enfoque del estudio							■	■					
Redacción del capítulo material y métodos: Población, muestra y muestreo							■	■					
Redacción del apartado: Técnicas e instrumentos de recolección de datos							■	■					
Redacción de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos							■	■					
Redacción de la sección: Métodos de análisis de información							■	■					
Redacción de aspectos administrativos de la investigación									■	■			
Redacción de los anexos									■	■			
Aprobación del proyecto											■	■	
Presentación al comité de ética											■	■	
Ejecución del estudio											■	■	

4.2. Presupuesto

Categoría de Presupuestos	N°	Unidad	Costo Unitario	Costo Total (S/.)
Personal				
Asesoría metodológica	12	Horas	70	840.0
Asesoría estadística	5	Horas	80	400.0
Asistente técnico	8	Horas	20	160.0
Especialistas	4		120	480.0
Sub Total				1880.0
Suministros				
Papel Bond	1200	Hojas	0.04	48.0
Fólderes	10		1	10.0
Lápices	15		0.7	10.5
Faster	10		0.5	5.0
Sub Total				73.5
Servicios				
Transporte		Pasajes		400.0
Fotocopias	2200	Hojas	0.1	220.0
Impresiones	1200	Hojas	0.2	240.0
Sub Total				860.0
Resumen			Costo total	
Personal			1880.0	
Suministros			73.5	
Servicios			860.0	
Total			2813.5	
Imprevistos 15% del Total			422.025	
Total			3235.5	

REFERENCIAS

Rodríguez-Domínguez Y, Lima-Gutiérrez H, Morejón-Milera A, Hernández-Falcón N, Martínez-González B. Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en ancianos de la Atención Primaria. Policlínico “Contreras”. 2017. Dominio de las Ciencias. 2021; 7(1): p. 364-382.

Alvis-Peña D, Calderón-Franco C. Descripción de factores de riesgo para mortalidad en adultos con enfermedad renal crónica en estadio 3 - 5. Acta Médica Peruana. 2020; 37(2): p. 163-168.

Pillajo B, Guacho J, Moya I. La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. Revista Colombiana de Nefrología. 2021; 8(3): p. e396.

Yuguro A, Vera M, López M, Mayordomo Á, Romano B, Quintela M, et al. Portal Clinic. [Online].; 2018. Available from: <https://acortar.link/foJvo6>.

Martínez G, Guerra E, Pérez D. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. Multimed. 2020; 24(2): p. 464-469.

Vázquez-Jiménez L, Almirón-Santacruz J, Barrios I, Castaldelli-Maia J, Ventriglio A, Torales J. Relación entre la ansiedad y la depresión con los parámetros de adecuación de la diálisis: un estudio exploratorio en Paraguay. Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud. 2022; 20(1): p. 98–109.

Badilla E, Rodríguez M, Cruz M. Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2019; 8(1): p. 139–164.

Vallejos J, Ortega E. Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. Ciencias Psicológicas. 2018; 12(2): p. 205-214.

Ayala J. Evaluación del estado de ansiedad y depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Clínicas. Revista Científica UPAP. 2021; 1(1): p. 27–36.

Villalobos W, De León P. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal. *Revista médica*. 2017; 156(1): p. 43-46.

De la Cruz C, Delgado L. Manifestaciones de depresión en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.

Antonio G, De Avila M, Tenahua I, Morales F, López C. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Journal Health NPEPS*. 2021; 6(2): p. 151-163.

Cruz J. Ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis “Nefrology” (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador; 2021.

Merino-Martínez R, Morillo-Gallego N, Sánchez-Cabezas A, Gómez-López V, Crespo-Montero R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*. 2019; 22(3): p. 274-283.

Mendoza D, Mendoza G. Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. HEODRA, León. Julio – septiembre 2018 (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019.

Vasco A, Herrera C, Martínez Y, Junyent E, Pedreira G. Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2018; 21(4): p. 369-376.

Guzmán F, Ortiz J. Asociación entre el nivel de depresión y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento hemodialítico en la unidad de diálisis del hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá Cumana Estado Sucre (Tesis de pregrado). Universidad de Oriente; 2018.

Rosas E, Valencia Y. Nivel de calidad de vida y depresión en pacientes que reciben hemodiálisis en tiempo de Covid-19 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo; 2021.

Hinostroza B. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis de un hospital de Lima (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú; 2021.

Mallma A, Vargas K, Viera K. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodialisis - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2015 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020.

Belling D. Ansiedad, depresión y su relación con calidad de vida en pacientes hemodializados Hospital Jorge Reategui Delgado 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.

Cjuro A, Flores M. Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que acuden a Hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión; 2018.

Villarreal E, López P, Galicia L, Vargas E, Martínez L, Lugo A. Asociación entre preeclampsia y enfermedad renal crónica. Revista de nefrología, diálisis y trasplante. 2019; 39(3): p. 184-191.

Yépez L, Álvarez M, Betancourt C, Macías L, Padilla A, Morales J. Evaluación de la función renal en pacientes diabéticos: relación albúmina/creatinina, riesgo litogénico e infección urinaria. Jóvenes en la ciencia. (2): p. 376-380.

Inserra F, Torres M, Alles A, Bonelli C, Ceci R, Corradino C, et al. Evaluación de la función renal para la detección y seguimiento de la enfermedad renal crónica. Documento multidisciplinario de consenso 2021. Especial atención sobre situaciones clínicas específicas. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana. 2022; 56(1): p. 43-74.

Robles P, Vasco A, Herrera C, Martínez Y, Junyent E. Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. 2018; 21(1): p. 44-51.

Ramírez-Girón N, Landeros-Olvera E, Cortés-Barragán B. Narrativa en Enfermería: una experiencia de cuidado en hemodiálisis. Enfermería universitaria. 2020; 17(3): p. 354-362.

Sánchez M, Merlo C, Aguad Z, Torino J. Valoración e intervenciones nutricionales en pacientes en hemodiálisis. *Revista de nefrología, diálisis y transplante*. 2018; 38(4): p. 244-257.

Almaza A, Giusiano P, Marticorena N, Brites P, Gómez J, Peláez A. Efectos del entrenamiento físico con restricción del flujo vascular durante la hemodiálisis. *Revista de nefrología, diálisis y transplante*. 2022; 42(1): p. 11-21.

Martínez S. Cuidados de enfermería en la gestión emocional del paciente en hemodiálisis. *Revista de nefrología, diálisis y transplante*. 2020; 40(3): p. 237-241.

Berrouet M, Zuluaga M, Estrada A, Díaz J, Gonzales S. Utilidad de la hemodiálisis en intoxicación por antionvulsivantes: reporte de dos casos. *Revista de Toxicología*. 2019; 36(2): p. 138-146.

Capote E, Ortiz M, Argudín R, Viada C, Capote L, Rupalé I. Calidad de vida relacionada con la salud en la morbilidad del paciente en hemodiálisis periódica. *MediSur*. 2019; 17(1): p. 62-73.

Palacios-Rodríguez O, Galarza-Tejada D, Vázquez-Muñiz C. Dominios culturales relacionados con la depresión en adultos. *Enfermería universitaria*. 2020; 17(2): p. 173-186.

Motoa-Solarte M, Velásquez-Lasprilla M. Depresión y suicidio. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2020; 35(3): p. 341-343.

Aguayo F. La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colectiva*. 2022; 18: p. e3942.

Kohn R, Ali A, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K. LópezSoto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;; p. e165.

Martínez-Ávila M, Castillo-Porras L, Velandia-Plata M, Ramírez-Guerrero M. Médicos y depresión: una responsabilidad de todos en la sociedad MedUNAB. 2019; 22(1): p. 9-11.

Rota D, Rota É. Depresión, cómo tratarla y superarla e625; 2021.

Sánchez M, Valverde M, García-Montes J. Influencia de los estilos de afrontamiento sobre la satisfacción vital de pacientes en tratamiento de hemodiálisis y con trasplante renal. *Revista de nefrología, diálisis y transplante*. 2020; 40(3): p. 221-231.

Loaiza-Huallpa J, Quispe-Rodríguez G, PinaresValderrama M, Cruz-Huanca A, Atamari-Anahui N, Herrera-Añazco P, et al. Mortalidad y factores asociados en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en un hospital peruano. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019; 18(1): p. 164-175.

Alvarado-Cruz L, Cortaza-Ramírez L, Vinalay-Carrillo I. Nivel de depresión en los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal en un hospital de Minatitlán, Veracruz, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 25(4): p. 293-298.

Romero-Urréa H, Echeverría K, Suárez G, Guamán-Chávez R. El estado emocional en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Revista Inclusiones*. 2018; 5(4): p. 99-117.

González-Coca D, Bonachea-Peña R, Cardoso-García D, Gómez-Pacheco R, Reyes-Roque A, Benítez-Pérez M. Morbilidad en pacientes hemodializados. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2020; 24(4): p. e7447.

Cabello J. *Lectura Crítica de la Evidencia Clínica Elsevier Health Sciences*; 2021.

Hernández E, Maldonado M. Calidad de vida en pacientes nefrópatas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León. *Enfermería Global*. 2019; 18(1): p. 255–280.

Ticona L, Revollo D, Fernández A. Trastorno afectivo cognitivo orgánico (presentación de un caso). *Cuadernos Hospital de Clínicas*. 2020; 6(1): p. 95-106.

Viñuales B. La depresión y los estilos de vida saludable. *NPunto*. 2022; 5(54): p. 54-79.

Barragán A. *Investigación e intervención en Salud: Revisiones sobre los nuevos retos ESIC*; 2021.

Belloch A, Ramos F, Sandín B. *Manual de psicopatología II McGraw-Hill Interamericana*; 2020.

Rodríguez P, Ortiz L, Solesio M. Mejora de la salud pública y la calidad de vida como mecanismo de incremento de la ética, la equidad y la transparencia. *Investigaciones y estudio*. 2022; 13(1): p. 47–56.

Lopera-Vásquez J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(2): p. 693-702.

García-Barrera A, Horta-Roa L, Bautista-Roa M, Ibáñez-Pinilla E, Cobo-Mejía E. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*. 2022; 12(1): p. 1-13.

De Juanas Á, Ortega M. Calidad de vida en personas adultas y mayores: Intervención educativa en contextos sociales Editorial UNED; 2021.

Pretto C, Winkelmann E, Hildebrandt L, Barbosa D, Colet C, Stumm E. Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020; 28: p. e3327.

Cáceres-Manrique F, Parra-Prada L, Pico-Espinosa O. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2018; 20(2): p. 147-154.

Marín M, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, Rodríguez S, Ágreda M, Hidalgo E. Factores asociados a la calidad de vida y supredicción en pacientes renales en hemodiálisis. *Nefrología*. 2022; 42(3): p. 318-326.

Cevallos A, Anchundía A, Vélez M, Cedeño C, Santana A, Aguilar M. Calidad de vida en pacientes con tratamiento terapéutico de hemodiálisis. *Dominio de las Ciencias*. 2019;; p. 443-458.

León Y, Ávila M, Enríquez C. Calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*. 2020; 24(2): p. 422-429.

Arenas M, Navarro M, Serrano E, Álvarez F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Nefrología*. 2019; 39(5): p. 531-538.

Flores L, Torres B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Una revisión sistemática. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*. 2020; 40(2): p. 128-138.

Pinillos-Patiño Y, Herazo-Beltrán Y, Ramos J. Actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica. *Revista médica de Chile*. 2019; 147(2): p. 153-160.

Rodríguez Á, García J, Luján D. Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *EmásF: Revista digital de educación física*. 2020;(63): p. 22-35.

Benavente-Cuesta M, Quevedo-Aguado M. Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista española de comunicación en salud*. 2019; 10(1): p. 21-29.

Chaud V, Quiñones P. Calidad de vida de personas con discapacidad múltiple en la ciudad de Los Ángeles, Chile Universidad de Concepción; 2019.

Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2019; 23(6): p. 814-825.

Meléndez J, Delhom I, Satorres E. Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*. 2020; 26: p. 14–19.

Sánchez H, Reyes C. *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Quinta ed. Lima: Busines Support Aneth SRL.

Gómez M. *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Primera ed. Córdoba-Argentina: Brujas.

Quezada N. *Metodología de la investigación* Lima: Macro.

Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Sexta ed. México: McGraw Hill.

Pérez Lopez C. *Muestreo Estadístico*. Primera ed. España: Pearson Educacion.

Espinoza N. La investigación científica a la luz de la epistemología. Primera ed. Lima: San Marcos; 2020.

Beck A, Steer R, Ball R, Ranieri W. Comparación del Inventario de Depresión de Beck-IA y -II en pacientes ambulatorios psiquiátricos. *Journal of Personality Assessment*. 67(1): p. 588-597.

OMS. WHOQOL-BREF Introducción, administración, puntuación Ginebra: OMS.

Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*; 72(2).

Espinoza I, Osorio P, Torrejon M, Carrasco R. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. 1(139).

Pino Gotuzo R. Metodología de la investigación. Tercera ed. Lima: San Marcos.

Celis A. Bioestadística. Primera ed. México: Manual Moderno.

Salazar M, Icaza M, Alejo O. La importancia de la ética en la investigación. *Revista Universidad y Sociedad*. 2018 Marzo; 10(1).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023? • ¿Cuál es la relación entre la depresión en su dimensión 	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023. 	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.</p>	<p>X: Depresión</p> <p>X₁: Cognitivo-afectivo</p> <p>X₂: Somático-motivacional</p> <p>Y: Calidad de vida</p> <p>Y₁: Salud general</p> <p>Y₂: Física</p> <p>Y₃: Psicológica</p> <p>Y₄: Social</p> <p>Y₅: Ambiental</p>	<p>Método de investigación</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque de investigación</p> <p>Enfoque cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>El estudio es de tipo aplicada</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>No experimental, correlacional, de corte transversal.</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Población y muestra</p> <p>Totalidad de 90 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, año 2023. No se obtuvo muestra, se usó el total poblacional.</p>

somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023?

- Identificar la relación entre la depresión en su dimensión somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.

H₁: Existe relación significativa entre la depresión en su dimensión somático-motivacional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Privada de Lima, 2023.

Técnica
Encuesta

Instrumentos

02 cuestionarios: inventario de depresión de Beck y la escala WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida.

Análisis de Datos

Se elaborarán tabulaciones, figuras y estimaciones para la descripción de las variables consideradas. En la contrastación de la hipótesis propuesta se aplicará el Test de correlación Rho de Spearman.

Anexo 2: Instrumentos de investigación

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Presentación:

Buenos días estimado(a) participante mi nombre es José Alejandro Guillen Márquez, estoy realizando una investigación con la finalidad de obtener información sobre la depresión en pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis, para lo cual le agradeceré su colaboración, teniendo en cuenta que el presente documento es confidencial y los datos serán mantenidos en el anonimato.

Instrucciones

El siguiente cuestionario contiene un conjunto de preguntas acerca la depresión en su vida diaria. Se pide por favor que respondan a cada pregunta con total sinceridad con la finalidad que se obtengan información valida. Trata de recordar lo que estas experimentado en tu situación actual e indica las alternativas que describetu reacción. Deberá responder marcando con un aspa en la casilla que mejor describe su reacción usando las siguientes alternativas:

I. Datos generales

A. Edad actual: _____

B. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

C. Grado de instrucción

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

E. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Viudo
- e) Separado

F. Tiempo de enfermedad:

- a) 1 a 3 años
- b) 4 a 6 años
- c) 7 a 9 años
- e) Más de 9 años

II. Depresión de Beck

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

¡Muchas gracias por su participación!

Cuestionario sobre calidad de vida (WHOQOL-BREF)

en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Presentación:

Buenos días estimado(a) participante mi nombre es José Alejandro Guillen Márquez, estoy realizando una investigación con la finalidad de obtener información sobre calidad de vida en pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis, para lo cual le agradeceré su colaboración, teniendo en cuenta que el presente documento es confidencial y los datos serán mantenidos en el anonimato.

Instrucciones

El siguiente cuestionario contiene un conjunto de preguntas acerca de calidad de vida que puede manifestar en su situación actual. Se pide por favor que respondan a cada pregunta con total sinceridad con la finalidad que se obtengan información valida. Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

Marque una sola respuesta con X						
		Muy mal (1)	Poco (2)	Normal (3)	Bastante Bien (4)	Muy bien (5)
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada (1)	Un poco (2)	Normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas

		Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada (1)	Poco (2)	Lo Normal (3)	Bastante Satisfecho (4)	Muy Satisfecho (5)
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					

20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas						
		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 3: Consentimiento informado

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: José Alejandro Guillen Márquez

Título: Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Endoscopy Center EIRL - Lima, 2023

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio denominado: “Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Endoscopy Center EIRL - Lima, 2023”. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, José Alejandro Guillen Márquez. El propósito de este estudio es determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Su ejecución permitirá a través del análisis de la depresión, incrementar los niveles de calidad de vida del usuario, de forma se espera que los procesos de aceptación y readaptación de los pacientes sean óptimos.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

La encuesta puede demorar unos 45 minutos, donde se le entregará dos cuestionarios estandarizados, en el cual marcará según las alternativas que crean conveniente de acuerdo a su percepción. Los resultados de la investigación se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no conllevará riesgo alguno, porque que no se realizará ninguna modificación o intervención intencionada sobre variables sociales, psicológicas, biológicas o de usted como participante, solo se obtendrá información acerca de su percepción sin efectuar alguna terapia. Pertenecen a esta clasificación: estudios con utilización de algún cuestionario o entrevista anónima, en el cual no se permite la identificación de las personas que participan, data sensible, tampoco deben tratarse estados sensibles de conductas; estudios que hacen uso de información de libre acceso al público, estudios realizados con registros o muestras biológicas que se almacenan en laboratorios de salud sin identificación concreta de los usuarios.

Beneficios

Usted se beneficiará al tener un panorama y conocimiento previo de su historial como paciente, ya que al identificar el grado de depresión durante un tratamiento hemodialítico, se pueden supervisar y manejar mejor la eficacia terapéutica y calidad de vida. Su participación apoyará a incrementar el conocimiento sobre la depresión y la calidad de vida que presentan los usuarios con terapia de hemodiálisis; valorándose de esta forma un aspecto primordial para su salud, su estado mental y no solo limitarse a su estado físico. Asimismo, se identificarán las dimensiones de depresión que más afecta a los usuarios y si hay asociación alguna con la calidad de vida, determinándose de esta manera que estrategias están asociadas con un nivel de depresión bajo e implementarlas en los usuarios que no las utilizan. Además de lo anterior, la investigación será referencial para estudios futuros que traten acerca de depresión en usuarios con tratamiento hemodialítico y como afecta su calidad de vida.

Costos e incentivos

Usted no pagará nada por participar. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la ejecución de la investigación, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con José Alejandro Guillen Márquez (número de teléfono: 969148590) o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. *E-mail:* comite.etica@ uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:

Reporte de similitud TURNITIN

● 17% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

FUENTES PRINCIPALES

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

1	uwiener on 2023-10-08 Submitted works	1%
2	uwiener on 2023-10-13 Submitted works	1%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	repositorio.upch.edu.pe Internet	1%
5	Universidad Wiener on 2023-11-22 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2023-01-23 Submitted works	<1%
7	dspace.uce.edu.ec Internet	<1%
8	uwiener on 2023-10-24 Submitted works	<1%