



Universidad
Norbert Wiener

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería**

Depresión y calidad de vida en pacientes
hemodializados que acuden a una clínica privada de
Lima Metropolitana, 2022

**Tesis para optar el título profesional de Licenciada en
Enfermería**

Presentado por:


Javier Galarza, Ana Beatriz

Código ORCID: 0000-0002-1691-4312

Asesora: Dra. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

Código Orcid: 0000-0002-8482-1281

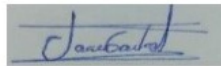
**Lima, Perú
2022**

 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,... **JAVIER GALARZA, ANA BEATRIZ** 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 HEMODIALIZADOS QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA, 2022**” por el docente: Dra. Milagros Lizbeth Utrunco VeraDNI ... 44551282ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8482-1281> tiene un índice de similitud de 18...(dieciocho) % con código ____oid:14912:218887197 ____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.

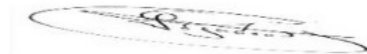


.....
 Firma de autor 1

JAVIER GALARZA, ANA BEATRIZ
 DNI: ...46238113...

.....
 Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma

Dra. Milagros Lizbeth Utrunco Vera
 DNI: 44551282

Tesis

“Depresión y calidad de vida en pacientes
hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022”

Línea de Investigación

Salud y Bienestar

Asesora:

Dra. Milagros Lizbeth Utrunco Vera
Código Orcid: 0000-0002-8482-1281

Dedicatoria

Dedico esta tesis a dios por brindarme una salud estable, por darme la oportunidad de desarrollar esta tesis y lograr uno de mis más grandes anhelos personales y profesionales que como persona me permitirá ejercer el servicio de enfermería.

Agradecimiento

Agradezco a mi abuela que es como mi madre por su paciencia en todo y apoyo en todo el desarrollo de esta tesis.

También, quiero agradecer a mi madre por haber sido mi mejor amiga, consejera y ejemplo a seguir y todo lo que logre en mi vida será gracias a los valores y virtudes que inculcó en mí. Hoy que no está presente, mi madre sigue siendo un motivo para seguir adelante, ...con amor hasta el cielo de tu hija Ana Javier Galarza

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice General	v
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	7
1.4.1. Teórica	7
1.4.2. Metodológica	8
1.4.3. Práctica	8
1.5 Limitaciones de la investigación	9

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Formulación de hipótesis	24
2.3.1 Hipótesis general	24
2.3.2 Hipótesis específicas	25
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	27
3.1. Método de investigación	27
3.2. Enfoque investigativo	27
3.3. Tipo de investigación	28
3.4. Diseño de la investigación	28
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.6. Variables y Operacionalización	30
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1. Técnica	31
3.7.2. Descripción	31
3.7.3. Validación	32
3.7.4. Confiabilidad	33
3.8. Procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	36
4.1 Resultados	36
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	36
4.1.2. Prueba de hipótesis	46
4.1.3. Discusión de resultados	53

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Conclusiones	56
5.2 Recomendaciones	58
REFERENCIAS	59
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionlización.....	30
Tabla 2. Confiabilidad de las variables.....	36
Tabla 3. Interpretación de los valores del coeficiente de correlación.....	36
Tabla 4. Edad.....	38
Tabla 5. Sexo	39
Tabla 6. Estado Civil	39
Tabla 7. La depresión y calidad de vida	40
Tabla 8. Relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida	41
Tabla 9. Relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida	42
Tabla 10. Relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida	44
Tabla 11. Relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida	45
Tabla 12. Relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida	46
Tabla 13. Prueba Normalidad.....	48
Tabla 19. Correlación entre la depresión y calidad de vida.....	49
Tabla 14. Correlación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida.....	50
Tabla 15. Correlación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida.....	51
Tabla 16. Correlación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida	52
Tabla 17. Correlación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida.....	53
Tabla 18. Correlación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida.....	54

Resumen

El presente estudio de tesis buscó establecer la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados. La Metodología fue cuantitativo, hipotético - deductivo, tipo aplicada, no experimental, correlacional y transversal; con una población de 85 pacientes que acuden a una clínica privada de Lima. Los instrumentos fueron dos (02) cuestionarios, el instrumento Beck versión 2 de 21 ítems para evaluar la depresión y el instrumento SF-36 versión 2 de 36 ítems para evaluar la calidad de vida de los pacientes. Para procesar los datos, se empleó el SPSS v-25. La presente tesis revela en sus resultados que, la relación grave de variable depresión se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 15.3% en 13 pacientes, también hay una relación leve de la variable depresión con el nivel bueno de la variable calidad de vida en un 15.3%. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 14.1%. El estudio llegó a la conclusión que, existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados. Los valores estadísticos muestran un grado de relación **Rho = 0,225** y **valor de la significancia p=0,038**

Palabras Clave: Pacientes, depresión, calidad de vida, hemodiálisis, relación.

Abstract

This thesis study sought to establish the relationship between depression and quality of life in hemodialysis patients. The Methodology was quantitative, hypothetical - deductive, applied type, non-experimental, correlational and transversal; with a population of 85 patients who attend a private clinic in Lima. The instruments were two (02) questionnaires, the Beck version 2 instrument of 21 items to assess depression and the SF-36 version 2 instrument of 36 items to assess the QoL of the patients. To process the data, SPSS v-25 was used. The present thesis reveals in its results that the serious relationship of the depression variable is associated with the bad level of the quality of life variable in 15.3% in 13 patients, there is also a slight relationship of the depression variable with the good level of the variable. quality of life by 15.3%. The other ratios are less than and equal to the percentage of 14.1%. The study concluded that there is a statistically significant relationship between depression and quality of life in hemodialysis patients. The statistical values show a degree of relationship $Rho = 0.225$ and significance value $p=0.038$

Keywords: Patients, depression, quality of life, hemodialysis, relationship.

Introducción

El presente trabajo de investigación sobre “Depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022” pretende ser de utilidad para futuras investigaciones y generar evidencia relevante en cuanto al aporte de nuevos conocimientos para tratar esta problemática que afecta a los pacientes hemodializados.

Por tal motivo, este trabajo consta de 5 partes:

En la primera parte, se planteó los problemas (general y específicos), los objetivos (general y específicos), se justificó y se describió las limitaciones. La segunda parte, está la teoría que sustenta el presente trabajo de tesis, la hipótesis general y los específicos; En la tercera parte, comprende metodologías empleadas: método, enfoque, tipo, diseño, población y muestra, entre otros. En la cuarta parte, se exponen los resultados en tablas con su respectiva interpretación, los resultados de la prueba de hipótesis con sus respectivas interpretaciones y al final de este capítulo se expone la discusión de los resultados con respecto al planteamiento del problema y los antecedentes; Quinto capítulo, están las conclusiones y recomendaciones, que respondió a los objetivos planteados en el presente trabajo de tesis y las recomendaciones que van dirigidas a la comunidad científica y a futuras investigaciones. En último lugar, está la referencia y los anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En el mundo, cada vez son más los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que requieren ser hemodializados para continuar viviendo. Este problema se da cuando el riñón pierde su función principal y la persona afectada empieza a necesitar diálisis o trasplante renal en el peor de los casos (1). En el mundo, uno de cada 10 personas la padecen y las cifras van en aumento, se prevé para el 2040 este problema se convertirá en la quinta causa de muerte (2).

Al respecto, una exploración metódica apoyada en estudios poblacionales de países desarrollados describió una prevalencia media de 7,2% en personas de 30 años a más y en personas de 64 años a más la prevalencia fue de 35,8% (3).

A nivel de Latinoamérica, el problema es mayor debido a que la tasa de ERC y ha sido la segunda causa más importante de años de vida perdidos por discapacidad. Según el SLANH, la terapia renal sustitutiva (TRR) es de 709 pacientes pmp (que van desde 199 en Paraguay hasta 1881 en Puerto Rico). La incidencia de TRR es de 158 pmp (23 Paraguay-

420 México) y la tasa de trasplante renal es de 20 pmp (0,6 Honduras-58 México) y adicionalmente, el número de nefrólogos es de 14 pmp (2 Colombia-53 Uruguay) (4).

En el Perú, el problema se agudiza, según datos de la sociedad Peruana de Nefrología en el 2022, la prevalencia de paciente con ERC alcanzó a 19,135 y una brecha de -4,283 pacientes que no han sido tratados. En 2022, las regiones de Amazonas, Apurímac, Cerro de Pasco y Huancavelica, la brecha fue de 1,496 que representa un 34% de las brechas de pacientes que no han sido tratados. Adicionalmente, una 70% de diálisis se realizan en pacientes con hipertensión y diabetes (5).

En ese contexto del problema, la ERC se presenta como una patología que no ha encontrado cura y se trata de una enfermedad cuyo principal tratamiento es la diálisis (6). Este tratamiento (la hemodiálisis), es de tipo terapéutico que se maneja por el principio físico-químico de la trasmisión de sangre con el líquido de la diálisis, por medio de una maquina en un proceso lento y continuo de 3 a 4 horas y con tratamientos que van de 3 veces por semana para corregir problemas del paciente (7). Adicional a ello, las incidencias y prevalecias en el proceso de hemodiálisis han producido cambios que han impactado en el estado de salud del paciente (8).

Los pacientes con ERC, que son tratados con hemodiálisis experimentan cambios físicos, psicológicos, sociales, entre otros, que disminuye drásticamente su calidad de vida (9). Estos cambios han provocado entre los pacientes con ERC, la depresión, ya que los

pacientes son susceptibles de padecer esta alteración por causa del tratamiento a la que es sometido (10). La depresión es un trastorno mental común, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de cansancio y falta de concentración (11). Entre los pacientes con ERC, la depresión se presenta como uno de los trastornos psiquiátricos muy común y se sabe que la prevalencia de la depresión es mucho mayor en pacientes con hemodiálisis en comparación con otros individuos de la población normal (12).

También, los pacientes con ERC experimentan desde el inicio de la enfermedad un largo proceso de aceptación que los expertos lo han dividido en cinco: la negativa a la enfermedad, sentimientos de rabia, negociación, depresión y aceptación (13). Entre los pacientes con ERC, la depresión se ha incrementado hasta en un 40% en los últimos años convirtiéndose en la segunda condición de comorbilidad (14) y a pesar de que los avances tecnológicos ha reducido la mortalidad, los factores como: una incorrecta adherencia en el tratamiento, alto costo de los tratamientos, el nivel de dependencia, las manifestaciones psicósomáticas, estrictos regímenes alimenticios, cuidados físicos, limitación en ciertas actividades, el miedo, entre otros, han contribuido con el incremento de las tasas de mortalidad por depresión (15).

En ese contexto y ante el déficit de investigaciones que contribuyan a solucionar problemas que experimentan los pacientes hemodializados, la presente investigación

apoyará con evidencias objetivas a cerrar esa brecha de conocimiento, además, esta tesis puede ser considerada como un referente en posteriores investigaciones.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022”

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Determinar la relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Determinar la relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Determinar la relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Determinar la relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Los fundamentos teóricos de Aaron Beck justifican la presente tesis, al referir que un paciente con depresión muestra un esquema con visión negativa de su propia persona, de su entorno y de lo que pueda pasar. A este problema el mismo autor Beck lo llamó triada cognitiva (16).

También, ante la situación que viven los pacientes hemodializados y considerando la teoría de Dorotea Orem, quien sostiene que toda persona tiene aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales de salud que le son inseparables (17) y relacionado a la presente tesis, los pacientes que son sometidos a hemodiálisis requieren de atención especial por parte de los profesionales de enfermería, quienes deben valorar continuamente los parámetros de capacidad funcional, brindar orientación sobre la enfermedad, escucharlos y observarlos para poder darle el cuidado de acuerdo a la situación de vida del paciente.

En ese contexto, estudiar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados, se justifica teóricamente porque la información producida aportará al conocimiento existente sobre el tema y puede servir como antecedentes para futuros trabajos de investigación.

1.4.2 Metodológica

La presente tesis se justifica metodológicamente porque los resultados del estudio fueron válidos y confiables, para ello en el proceso de su diseño y ejecución aplicó método científico y un fundamento basado en bibliografía científica actualizada y pertinente. Además, la información producida contribuirá a mejorar la práctica del cuidado de enfermería a pacientes con leucemia mieloide crónica.

1.4.3 Práctica

En el contexto actual, donde se conoce que los pacientes sometidos a hemodiálisis han experimentado la presencia de toxinas en su organismo y esto ha provocado en algunos casos la aparición de síntomas depresivos (18). Por tal razón, estudiar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados resulta necesario para así generar evidencia relevante que permita adoptar medidas que contribuyan con la mitigación del problema. la depresión se presenta como uno de los trastornos psiquiátricos.

1.5 Limitaciones de la investigación

Durante el periodo de investigación, año 2022, la limitación fue con la población estudiada. La Clínica privada autorizó encuestar a 85 pacientes que estaban dispuestos a participar en el estudio de esta tesis. Estos pacientes ya estaban acostumbrados al tratamiento, el tratamiento de la hemodiálisis era parte de su vida y tenían más de 5 años dializándose.

La Clínica no autorizó encuestar a los pacientes nuevos (menor de 5 años con el tratamiento de hemodiálisis), argumentado que esta población era muy sensible al proceso de hemodiálisis pues los mareos y vómitos eran frecuentes en ellos, esta población se encontraba en un proceso de adaptación y no estaba en condiciones de salud para ser encuestados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A. Antecedentes a nivel Internacional:

Al-Nashri y Almutary (19), realizaron un estudio para evaluar el impacto de la ansiedad y la depresión sobre la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en Arabia Saudita”. Metodología de investigación fue no experimental y participaron en este estudio 114 pacientes que habían estado sometidos a hemodiálisis. Los datos fueron recolectados usando la Prueba de Enfermedad Renal y Calidad de Vida (encuesta-36 ítems) y la Escala Ansiedad y Depresión. Se utilizaron estadísticas para la asociación entre el KDQOL, la ansiedad y la depresión; basado en las características de los participantes. Resultados. puntuación media de ansiedad de $7,7 \pm 5,3$, mientras que en la media la puntuación para la depresión fue de $7,01 \pm 4,2$. Asimismo, hubo correlaciones negativas entre ansiedad y calidad de vida ($r = -0.599$, $p < 0.001$) y entre depresión y calidad de vida ($r = -0.599$, $p < 0.001$). La carga de la enfermedad y las descargas del componente físico fueron principalmente afectado tanto por la ansiedad como por la depresión.

El estudio llegó a la conclusión que la ansiedad y la depresión son síntomas comunes entre los pacientes bajo hemodiálisis y tienen un impacto negativo en todos los dominios de la calidad de vida.

Antonio et al (20), logró relacionar la depresión y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis en una institución de salud del estado de Puebla, México”. Metodología, fue no experimental y correlacional y estudió a pacientes entre 18 y 65 años con hemodiálisis. Aplicó el instrumento Beck para medir la depresión y para la calidad de vida utilizó el WHOKOL-BREF, Para el análisis de los datos Rho de Spearman. Los resultados de la investigación revelan que un 41.7% presenta nivel leve de depresión, fue moderado en un 20.8% y fue mínimo en un 37.5%. Calidad de vida fue 56.3 (DE = 6.3). La investigación muestra en sus conclusiones que, hay relación negativa entre la variable depresión y la calidad de vida ($r_s = -.530, p=.001$).

Elhadad, et al (21) realizó la evaluación psiquiátrica de pacientes con enfermedad renal crónico (ERC) sometidos en diálisis y la calidad de vida (QOL) de los pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Shebin El Kom y el Hospital Universitario Menoufia, Egipto. Metodología, no experimental y correlacional. Fueron 117 participantes con ERC en etapa terminal sometidos a hemodiálisis. Los resultados del estudio revelan una reducción en las puntuaciones de todos los dominios de la Calidad de vida en pacientes con ERC y depresión. Encontró relación significativa entre las variables calidad de vida y la presencia de enfermedad

clínica ya sea diabetes o hipertensión entre los pacientes con ERC ($p < 0,05$) y se encontró que hubo una reducción en todos los dominios de la Calidad de vida en pacientes con enfermedad clínica en comparación con pacientes sin ella. El estudio concluye que, la incidencia de enfermedades psiquiátricas entre los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es alta. Los trastornos psiquiátricos más prevalentes entre estos pacientes son la depresión y los trastornos de ansiedad. También se observó una mala calidad de vida (QOL) en pacientes con ERC.

Merino et al (22) investigaron la relación entre calidad de vida con la ansiedad y la depresión en pacientes con hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, España. Se estudiaron 122 participantes (34,4% mujeres). Metodología: No experimental, correlacional y transversal. El instrumento aplicado fue el cuestionario KDQOL-SF) para medir la calidad de vida y el instrumento Goldberg para la otra variable. Resultados: revelan que un 42,6% de pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar ansiedad, un 52,5% podrían desarrollar depresión fácilmente y un 32,8% podrían desarrollar ambos problemas de salud mental. La investigación muestra en sus conclusiones correlación significativa entre ansiedad y depresión. También, en las dimensiones de calidad de vida se encontraron las peores puntuaciones.

A. Antecedentes a nivel nacional

Soto (23), llegó a determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados del hospital de contingencia Qhali Runa”. Metodología: fue descriptivo, correlacional con corte transversal, su población fueron 32 personas. El instrumento aplicado fue el cuestionario de Beck-II para medir la depresión y el Kidney Disease Quality of life – 36 para evaluar la calidad de vida. Resultados, 56.3% son del sexo masculino, 53.1% son de 56 a 75 años, 34.4% convivientes, 46.9% con estudio secundaria completa y el 50% no trabaja. Un 46.9% niveles graves en depresión, un 46.9% nivel regular de calidad de vida. La asociación entre depresión y calidad de vida fue significativa $Rho = -.650$.

Belling (24), llegó a determinar la relación entre la ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes hemodializados en el Hospital Jorge Reátegui de Piura”. Metodología: No experimental, correlacional y trasversal. Aplicó el instrumento cuestionario SF-36 de calidad de vida y la escala de Beck. Participaron 51 personas. Los resultados exponen que, los pacientes hemodializados presentaron como predominante la ansiedad severa en 37.25% y esto aumentó en dos veces la mala calidad de vida, seguido en un 11.76% con leve depresión, respecto a la calidad de vida en dimensión percepción general de salud, un 68.63% fue mala (SF-36 de 39.59 ptos). Conclusión: se encontró relación significativa ente depresión severa y mala calidad de vida.

Rosas *et al* (25) llegó a determinar la relación entre nivel de depresión y calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Centro Nefrológico Santa Lucía de Trujillo. Población fue 70 participantes a quienes aplicó los instrumentos SF-36 para medir el nivel de calidad de vida y Beck-II para medir el nivel de depresión, la información fue procesada por el SPSS 25. Los resultados exponen que, en un 82.9% la calidad de vida fue media, 10% fue alto y un 7.1% tienen nivel bajo. Un 45.7% de pacientes presentan depresión leve, seguido de un 31.4% pequeño, un 20.0% moderado y un 2.9% severo. La investigación en conclusiones señala la variable calidad de vida y depresión no tienen relación y valor encontrado para la significancia fue un $p=0.961$.

2.2 Bases teóricas

VARIABLE DEPRESIÓN

2.2.1 Definición de depresión

La depresión está definida como un estado emocional en el cual las personas experimentan tristeza, pierden el interés por la vida, sensaciones de culpa por lo que está pasando y lo que pueda pasar a futuro, así como problemas para dormir, problemas con la alimentación, sensación de cansancio y falta de concentración (26).

También, Beck *et al.*, citado por Coaquira y Ticona en el 2018 precisó que la depresión es un estado anormal del organismo donde se manifiestan signos y síntomas como estado de ánimo bajo, pesimismo y ausencia de espontaneidad (27).

2.2.2 Teorías de la depresión

2.2.2.1 La teoría cognitiva de Aaron Beck

Aaron Beck estudió muy a fondo el problema de la depresión y desarrolló una psicoterapia estructurada para la depresión, dirigido a resolver problemas actuales y modificar el pensamiento y el comportamiento disfuncional (inexacto y/o inútil) (27). Beck implementó con mucho éxito esta terapia a un conjunto sorprendentemente diverso de poblaciones con problemáticas derivadas de la depresión. El procedimiento se basa en una fórmula cognitiva, las creencias y estrategias conductuales que caracterizan un trastorno específico, también se basa en una conceptualización o comprensión de pacientes individuales (sus creencias específicas y patrones de comportamiento) (28).

La idea de desarrollar esta forma de psicoterapia se arraigó cuando Aaron Beck comenzó a notar que sus pacientes con depresión a menudo verbalizaban pensamientos que carecían de validez y notaban "distorsiones cognitivas" características en su pensamiento. Sus observaciones empíricas lo llevaron a comenzar a ver la depresión no tanto como un trastorno del estado de ánimo sino como un trastorno cognitivo. A medida que se incorporaron las estrategias conductuales, el término terapia cognitiva cambió a terapia cognitiva conductual. Hoy en día, la TCC es la más investigada de todas las psicoterapias con varios protocolos de tratamiento basados en evidencia (29).

La terapia cognitiva conductual es una forma de terapia estructurada, didáctica y orientada a objetivos. El enfoque es práctico en el que el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración con el objetivo de modificar los patrones de pensamiento y comportamiento para lograr un cambio beneficioso en el estado de ánimo y la forma de vivir la vida del paciente. Se utiliza para ayudar a una amplia gama de problemas, y se aplican protocolos de tratamiento adecuados según el diagnóstico y los problemas que enfrenta el paciente (30).

En la práctica, el tratamiento de la depresión en pacientes con depresión crónica, la combinación de TCC y medicación antidepresiva es más efectiva que cualquiera de las dos intervenciones solas. En pacientes que ya no participan en actividades que normalmente les brindan placer, la TCC puede enfocarse inicialmente en reiniciar actividades positivas para superar la inercia (31).

La tríada cognitiva de Beck

La tríada cognitiva describe temas de los conjuntos de sentimientos de los individuos deprimidos, como las creencias sobre sí mismos, el futuro y el mundo. Históricamente, solo se ha estudiado una tríada cognitiva negativa (32).

La triada cognitiva negativa está conformada por estilos de pensamiento poco realistas y distorsionados que contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. En esta conceptualización, las opiniones sobre uno mismo incluyen pensamientos sobre uno mismo como defectuoso o indeseable, por ejemplo, "no valgo nada". Las opiniones sobre el futuro

incluyen desesperanza y la creencia de que los desafíos actuales continuarán en el futuro, por ejemplo, "Nunca voy a tener éxito". Las opiniones sobre el mundo incluyen creencias de que el mundo es desafiante, por ejemplo, "Siempre me pasan cosas malas". Se ha demostrado que la tríada cognitiva negativa se asocia positivamente con síntomas depresivos en la juventud (33).

Mejorar los estilos de pensamiento no simplemente es lo contrario del estilo de atribución negativo, sino es un constructo independiente con una relación separada con los síntomas depresivos (34). De manera similar, la tríada cognitiva positiva (es decir, puntos de vista positivos sobre uno mismo, el mundo y futuro) puede ser una construcción independiente de la tríada cognitiva negativa. Lo negativo la tríada cognitiva es un factor de vulnerabilidad para los síntomas depresivos, mientras que la tríada cognitiva positiva es un factor protector contra el desarrollo de síntomas depresivos (35).

La conceptualización de la tríada cognitiva positiva se caracteriza por los puntos de vista de uno mismo, por ejemplo, "Estoy orgulloso de mí mismo", el futuro, por ejemplo, "Mi futuro se ve bien" y el mundo, por ejemplo, "El mundo es un buen lugar". Mientras que está claro el apoyo que necesita la tríada cognitiva negativa relacionado con los síntomas depresivos (36). Por el contrario, se necesita necesariamente más investigaciones para explorar la tríada cognitiva positiva y esta relativa falta de investigación a la tríada cognitiva positiva se asocia el cambio relativamente reciente del enfoque en el déficit de la perspectiva de prevención o recuperación con el desarrollo de la psicología positiva (37). En ese contexto, resulta importante comprender

mejor los efectos cognitivos positivos de la tríada en los pacientes con hemodiálisis con el fin de perfeccionar los esfuerzos de prevención y recuperación.

2.2.2.2 Teoría de Callista Roy

Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM), y señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Su modelo nos presenta una herramienta de gran utilidad para poder comprender la función de la enfermera y su intervención para reducir los problemas de salud mental (38).

Uno de los modelos prácticos y efectivos en enfermería es el modelo de adaptación de Roy que se usa comúnmente en modelos clínicos y de investigación. El modelo de adaptación de Roy proporciona un contexto para el desarrollo de la ciencia de la enfermería. Sus supuestos teóricos han sido probados en estudios experimentales (39). La aplicación de modelos y teorías de enfermería, especialmente el modelo de adaptación de Roy, es una de las estrategias como marco organizado para evaluar la efectividad de las prácticas y programas de cuidado de enfermería. Varias teorías de rango medio, como el modelo de adaptación de Roy, fueron desarrolladas para diferentes situaciones de enfermería con el fin de adaptar y brindar los cuidados necesarios con definiciones específicas y variables limitadas (40).

El modelo de adaptación de Roy es un marco útil para brindar atención de enfermería a pacientes en etapas agudas, crónicas y tardías de la enfermedad. Ve a los individuos como un sistema adaptativo en una interacción estable con el entorno interno y externo; por lo tanto, cambian constantemente y tratan de adaptarse (41).

2.2.2.3 Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Orem presenta su “teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (42).

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Orem define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (43).

Discusión:

La aplicación de teorías de enfermería, en el proceso de atención a pacientes deprimidos tiene por objetivo mejorar su calidad de vida, y en ese contexto, resulta favorable apoyarse del modelo teórico de Orem, debido a que este modelo contempla aspectos importantes que permiten a los profesionales de enfermería valorar a los pacientes desde los aspectos físicos, psicológico y social, para obtener un diagnóstico de enfermería preciso del paciente y de esta manera, las intervenciones por parte de enfermería sean aplicadas en todos los niveles de atención y también porque preventivamente se puede evitar las complicaciones.

En ese mismo contexto, la estrategia de aplicación de teorías de rango medio, como el modelo de adaptación de Roy, durante el proceso de atención a pacientes deprimidos permite evaluar la efectividad de las prácticas y programas de cuidado de enfermería, ya que esta teoría fue desarrollada para adaptar y brindar los cuidados necesarios a pacientes en diferentes situaciones de enfermería. Roy argumenta que la enfermería es necesaria cuando el sistema humano está enfermo o es propenso a enfermarse, en pacientes con depresión los mecanismos de adaptación están debilitados y los esfuerzos normales de adaptación son ineficaces, para realizar la adaptación adecuada, Roy sugiere esperar a que los pacientes logren una adaptación física y psicológica. Solo el modelo de Roy tiene un enfoque holístico biológico, el modelo ve a los individuos como seres biológicos, psicológicos y sociales que interactúan con su entorno y utilizan mecanismos de adaptación para comunicarse y mantener el equilibrio.

2.2.3 Dimensiones de la depresión

Para Gastulo (44), las dimensiones de la depresión son los siguientes:

Afectivos. Cuando presenta agotamiento, sentimientos de pena, tristeza con llanto, desconcierto, irritación, así como mucha tristeza.

Motivacionales. Desinterés, se aísla de su entorno, prefiere permanecer solo, pierde el interés por actividades rutinarias y que son parte de su autocuidado, pierde la capacidad de disfrutar de algún logro y no quiere tomar decisiones.

Cognitivo. Se vuelve conflictivo, pérdida de la capacidad de concentración y comprender, disminución de la autoestima y experimenta sentimientos de culpa.

Conductuales. Rompe relaciones interpersonales y su actuar resulta ser bastante lento

Físicos. Pérdida de peso, falta de apetito, insomnios y falta de deseo sexual.

VARIABLE CALIDAD DE VIDA

2.2.4 Definición de calidad de vida

La calidad de vida se define como el grado de bienestar emocional, social y físico en que se encuentra una persona; así como la percepción y satisfacción individual de la vida dentro de una sociedad llena de valores creencias personales (45).

También, la calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona en la medida que se da la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y experiencias personales (46).

2.2.5 Dimensiones de la calidad de vida

Para Guzmán y Ortiz (47), las dimensiones de la calidad de vida son los siguientes:

Función Física. Viene a ser el estado de salud del paciente que compromete las funciones del cuerpo

Rol Físico. Viene a ser el estado de salud que compromete el desenvolvimiento laboral y otras interferencias personales

Dolor Corporal. Viene a ser la presencia de sufrimiento de paciente por padecer algo

Salud General. Viene a ser valoración personal de salud que incluye las perspectivas a futuro.

Vitalidad. Viene a ser sentimientos vitales y energía que reconoce el paciente

Función Social. viene a ser el grado en que afecta la salud del paciente a sus actividades sociales

Rol Emocional. Viene a ser el grado en que el estado del paciente interviene en su vida diaria, en lo laboral, entre otros.

Salud Mental (SM). Viene a ser el estado de la salud mental en general de los pacientes

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis de trabajo (Hi)

Hipótesis general

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022.

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

2.3.2 Hipótesis nula (H₀)

Hipótesis general

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022.

Hipótesis específicas

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Hipotético – deductivo, porque partiendo de la hipótesis se buscó explicar provisionalmente el problema y finalmente se contrastó la hipótesis (48).

3.2 Enfoque de la investigación

Fue cuantitativo y siguiendo la metodología científica se logró alcanzar los objetivos planteados. Hernández et al, refiere que, en el enfoque cuantitativo se recolectan datos de forma secuencial y ordenada, siguiendo los pasos de la investigación científica se logran los objetivos planteados inicialmente en la tesis (49).

3.3 Tipo de investigación

Aplicada, porque buscó resolver el problema con enfoque cuantitativo. Según Lozada “La investigación aplicada busca la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de la sociedad. Este tipo de estudios presenta un gran valor agregado por la utilización del conocimiento que proviene de la investigación básica” (50). Este tipo de investigación es una necesidad social para efectos de resolver problemas en esa línea de investigación.

3.4 Diseño de la investigación

No experimental de nivel correlacional y transversal. Respecto al nivel correlacional, Hernández y Mendoza refieren que en la ruta cuantitativa el alcance correlacional tiene como propósito conocer la existencia de relaciones entre las variables con cierto grado de predicción (51).

3.5 Población, muestra y muestreo

Fue 85 pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana. En este caso, por ser una población pequeña y accesible se evaluará a toda la población (100%)

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

La clínica privada autorizo encuestar a los pacientes menores de 5 años de tratamiento De hemodiálisis.

Pacientes hemodializados de manera voluntaria participan.

Pacientes hemodializados que ha leído y aceptado el documento “formato de consentimiento informado”

Pacientes hemodializados que acudan a la clínica privada de Lima Metropolitana.

Exclusión:

La clínica privada no autorizo encuestar a los pacientes menores de 5 años de tratamiento de hemodiálisis.

Pacientes hemodializados que no acepten participar

Pacientes hemodializados que no acepten el documento “formato de consentimiento informado”

Pacientes hemodializados que no acudan a la clínica privada de Lima Metropolitana.

3.6 Variables y operacionalización

Tabla 1. Operacionlización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
V ₁ DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno emocional, que tiene signos de tristeza, desmotivación por realizar actividades, afectando de esta manera los sentimientos, pensamientos y la conducta de las personas que la padecen, pudiendo causar problemas físicos y emocionales (52).	Es la información proporcionada por los pacientes de la variable depresión	Afectiva	1. Tristeza 2. Culpa 3. Llanto 4. Irritabilidad	Ordinal	Grave > 28 puntos Moderado 20 – 28 puntos Leve < 20 puntos
			Motivacional	5. Insatisfacción 6. Ideas suicidas		
			Cognitiva	7. pesimista 8. Sensaciones 9. Expectativas 10. disgustos 11. Indecisión 12. Preocupación		
			Conductual	13. antisocial 14. Fatigas		
			Física	15. insomnio 16. Falta apetito		
V ₂ CALIDAD DE VIDA	Es la percepción que manifiestan los pacientes, sobre cómo influye su tratamiento a las dimensiones que conforman su calidad de vida (53)	Es la información proporcionada por los pacientes sobre su calidad de vida	Función Física	1. Limitación en las actividades físicas	Ordinal	Malo < 50 Regular 50 - 80 Bueno > 80
			Rol Físico	2. Interferencias en el entorno laboral y social		
			Dolor Corporal	3. Dolores intensos		
			Salud	4. Apreciación sobre su estado		
			Vital	5. Percepción sobre energía		
			Sociales	6. Interferencias en la vida social		
			Roles	7. Afectividad laboral		
			SM	8. SM general		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La encuesta y lo que se hizo fue encuestar a los 85 pacientes hemodializados que acudían a una clínica privada de Lima Metropolitana. El tiempo empleado para llenar la encuesta fue de 10 a 15 minutos por cada paciente encuestado.

3.7.2 Descripción

Se emplearon dos (02) instrumentos:

Instrumento 1: Depresión

El instrumento para evaluar la variable depresión fue el instrumento Beck versión 2.

Beck versión 2, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un instrumento cuestionario de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años; es una prueba de fácil realización en el que el sujeto no emplearía más de 10 o 15 minutos en hacerlo. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 (54).

Beck versión 2 contiene 21 ítems clasificadas en 5 dimensiones que son: i) Afectiva (consta de los ítems 1, 2, 3 y 4), ii) Motivacional (consta de los ítems 5 y 6), iii) Cognitiva (consta de los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14), iv) Conductual (consta de los ítems 15, 16 y 17) y v) Física (consta de los ítems 18, 19, 20 y 21) (54).

Instrumento 2: Calidad de vida

El instrumento para evaluar la calidad de vida fue el instrumento SF-36 versión 2

El SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida relacionada con la Salud más utilizados en el mundo, fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. El SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud (55).

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el

estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración. El SF-36 se clasifica en 8 dimensiones que son: 1. Función física, 2. rol físico (consta de los ítems 13, 14,15 y 16), 3. dolor corporal (consta de los ítems 21 y 22), 4. salud general (consta de los ítems 1, 33, 34,35 y 36), 5. Vitalidad; 6. función social (consta de los ítems 20, 32), 7. rol emocional (consta de los ítems 17, 18, 19), 8. salud mental (55).

Los instrumentos que se emplearon en el presente estudio pueden ser vistos en anexo 2: Instrumentos.

3.7.3 Validación

Instrumento 1: Depresión

El instrumento Beck versión 2 para medir la depresión, fue validado en el Perú por Barreda en el año 2019, en su investigación que tuvo por objetivo analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado al español en Argentina, para ello trabajó en una muestra peruana de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, la edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y 71 años. Esta investigación evaluó la validez de contenido y de constructo, respecto a la validez de contenido, se realizó mediante la evaluación de jueces expertos, para tal fin solicitó la opinión de cinco psicólogos especialistas en el tema de depresión. Se obtuvo el coeficiente de validez de contenido de Aiken, con un valor V de Aiken

de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. Para verificar la validez de constructo, aplicó el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 3603.2$, $p < .001$), se aceptó el modelo factorial para los datos del IDB II de la muestra de estudio, el valor es menor a .01 y tiene un porcentaje de 95.4% de aceptación, estos resultados hace referencia a la coherencia que existe entre el IDB-II y el concepto o constructo depresión, por lo que se concluye que el grado de exactitud en el que el IDB-II, mide el constructo depresión es adecuada (56).

Instrumento 2: Calidad de vida

El instrumento SF-36 versión 2 para medir calidad de vida, originalmente este instrumento fue para EEUU., posteriormente traducido formó parte del Internacional “Evaluación internacional de la calidad de vida”. En el Perú, este instrumento fue validado por Rodríguez y Barriga en el año 2022, en su investigación para determinar las cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, respecto a la validez de contenido del Cuestionario de Salud SF-36, tras la validación por expertos y la contrastación con el estadístico V de Aiken, se obtuvo que los 36 ítems son válidos con un índice de acierto del 100% y $V=1.00$. La validez de contenido a través del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, evidencia un buen ajuste del modelo, los valores observados fueron: índices de ajuste absoluto CMIN/gl, igual a 7.57, fue mayor a 4,

valor máximo para señalar un buen ajuste del modelo; el error cuadrático medio (RMR) igual a 13.4, mayor al valor referente de .08; índice de bondad de ajuste ajustado AGFI igual a .92, índice NFI con un valor de .91, índice de bondad de ajuste relativo con un valor de .90, valores mayores a .90, indicador de buen ajuste; Por otro lado, el índice de ajuste parsimonioso sin ajustar de .89, y el ajustado de .81, con valías que indican buen ajuste del modelo. En general los observados demuestran que el Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, contiene ítems pertinentes, relevantes y claros (57).

3.7.4 Confiabilidad

Instrumento 1: Depresión

Según Hernández y Mendoza, “la confiabilidad o fiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo, caso o muestra produce resultados iguales” (51)

La Presente tesis, aplicó alfa de Cronbach debido a que los instrumentos contienen respuestas en escala tipo Likert politómicas. Según Tuapanta et al (58), sostiene que “La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos”.

Tabla 2. Confiabilidad de las variables

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,850	,845	57

Interpretación: para la presente tesis el valor del **alfa de Cronbach fue 0,850** y este valor es muy elevado, lo que significa que las medidas de las variables depresión y calidad de vida son sumamente confiable.

Según Arispe *et al* (59), un instrumento es confiable por el método alfa de Cronbach “cuando las respuestas del cuestionario están formuladas en escala tipo Likert o politómicas. Los valores van desde cero (0): confiabilidad nula y uno (1): confiabilidad total”.

Tabla 3. Interpretación de los valores del coeficiente de correlación

Coeficiente de correlación	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

3.8 Procesamiento y análisis de datos

En la presente tesis, la información que se obtuvo por medio de las encuestas fue tabulada en el programa Excel. Luego se procedió a exportar el archivo al programa SPSS v-25. En el SPSS, se determinó la escala de medición, la escala valorativa y se procedió con el cálculo de cada una de las dimensiones. A estas dimensiones, se efectuó la agrupación visual para el análisis de contingencia con las tablas cruzadas, esto fue por cada uno de los objetivos planteados en la presente tesis. Seguidamente, se efectuó la prueba de normalidad y se utilizó el estadístico Rho de Spearman para contrastar las hipótesis planteados en la presente tesis.

3.9 Aspectos éticos

En todo el proceso de investigación, la conducta ética del investigador se enmarcó en los principios básicos de Bioética (los de NO-maleficencia y Justicia) y se buscó que los resultados de la tesis sean obtenidos lo más éticamente posible. Por ello, a los participantes se les entregó el documento “Formato de consentimiento informado” para que, de manera voluntaria y con pleno conocimiento acepten participar en la investigación. Este formato se adjunta al presente estudio en el Anexo 4: Formato de consentimiento.

Asimismo, el presente estudio fue sometido al detector de plagio académico, al programa Turnitin y fue aceptado con valores menores al 20% de similitud.

CAPÍTULO IV.

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Características demográficas:

Tabla 4. Edad

Edad	Porcentaje
Menor de 25 años	12%
De 25 a 50 años	33%
Mayor de 50 años	55%

Interpretación: del 100% de evaluados un 55% de los pacientes que participaron en la encuesta son edad mayor a 50 años, seguido de un 33% que son pacientes con edad de 25 a 50 años y un 7% son pacientes con edad menor de 25 años.

Tabla 5. Sexo

Sexo	Porcentaje
Femenino	57.7%
Masculino	42.3%

Interpretación: del 100% de evaluados un 57.7% de los pacientes que participaron en la encuesta son sexo femenino y un 42.3% son pacientes del sexo masculino.

Tabla 6. Estado Civil

Estado Civil:	Porcentaje
Soltero (a)	23.9%
Casado (a)	23.9%
Conviviente	32.4%
Separado (a)	12.7%
Viudo (a)	7%

Interpretación: del 100% de evaluados un 32.4% de los pacientes que participaron en la encuesta son estado civil convivientes, seguido de un 23.9% que son pacientes estado civil solteros, también un 23.9% son pacientes estado civil casados, un 12.7% son pacientes estado civil separados y un 7% de los pacientes son estado civil viudos.

ANÁLISIS DE CONTINGENCIA

Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Tabla 7. La depresión y calidad de vida

		Calidad de vida (Agrupada)			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Depresión (Agrupada)	Grave	Recuento	13	9	8	30
		% del total	15,3%	10,6%	9,4%	35,3%
	Moderado	Recuento	12	11	7	30
		% del total	14,1%	12,9%	8,2%	35,3%
	Leve	Recuento	5	7	13	25
		% del total	5,9%	8,2%	15,3%	29,4%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la variable depresión predomina el nivel grave y moderado en un 35,3% siendo 30 los pacientes que se ubican en este nivel y fue leve en un 29,4% en 25 pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31.8% en 27 pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32.9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre los niveles de la variable depresión y calidad de vida, se puede observar que la relación grave de variable depresión se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 15.3% en 13 pacientes, seguido de la relación leve de la variable depresión con el nivel bueno de la variable calidad de vida en un 15.3% en 13 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 14.1%.

Determinar la relación entre la depresión en la **dimensión afectiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Tabla 8. Relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida

			Calidad de vida (Agrupada)			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Afectiva (Agrupada)	Grave	Recuento	15	9	9	33
		% del total	17,6%	10,6%	10,6%	38,8%
	Moderado	Recuento	8	9	8	25
		% del total	9,4%	10,6%	9,4%	29,4%
	Leve	Recuento	7	9	11	27
		% del total	8,2%	10,6%	12,9%	31,8%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la dimensión afectiva predomina el nivel grave en un 38.8% siendo 33 los pacientes que se ubican en este nivel, fue moderado en un 29,4% siendo 25 los pacientes que se ubican en este nivel y fue leve en un 31.8% siendo 27 los pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable Calidad de Vida de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31,8% en 27 pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32,9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre la depresión en la dimensión afectiva y variable calidad de vida, se puede observar que la relación grave de la dimensión afectiva se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 17,6% en 15 pacientes, seguido de la relación leve de la dimensión afectiva con el nivel bueno de la variable calidad de vida en un 12,9% en 11 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 10,6%.

Determinar la relación entre la depresión en la **dimensión motivacional** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada

Tabla 9. Relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida

		Calidad de vida (Agrupada)			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Motivacional (Agrupada)	Grave	Recuento	11	11	12	34
		% del total	12,9%	12,9%	14,1%	40,0%
	Moderado	Recuento	17	14	13	44
		% del total	20,0%	16,5%	15,3%	51,8%
	Leve	Recuento	2	2	3	7
		% del total	2,4%	2,4%	3,5%	8,2%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la dimensión motivacional predomina el nivel moderado en un 51.8% siendo 44 los pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel grave en un 40% siendo 34 los pacientes que se ubican en este nivel y fue leve en un 8.2% siendo 7 los pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31.8% en 27 pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32.9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre la depresión en la dimensión motivacional y variable calidad de vida, se puede observar que la relación moderada de la dimensión motivacional se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 20% en 17 pacientes, seguido de la relación moderado de la dimensión motivacional con el nivel regular de la variable calidad de vida en un 16.5% en 14 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 15.3%.

Determinar la relación entre la depresión en la **dimensión cognitiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada.

Tabla 10. Relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida

			Calidad de vida (Agrupada)			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Cognitiva (Agrupada)	Grave	Recuento	12	12	8	32
		% del total	14,1%	14,1%	9,4%	37,6%
	Moderado	Recuento	13	9	10	32
		% del total	15,3%	10,6%	11,8%	37,6%
	Leve	Recuento	5	6	10	21
		% del total	5,9%	7,1%	11,8%	24,7%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la dimensión cognitiva predomina el nivel grave y moderado en un 37.6% siendo 32 los pacientes que se ubican en cada uno de los niveles y fue leve en un 24.7% siendo 21 los pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable calidad de vida de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31.8% en 27 pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32.9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y variable calidad de vida, se puede observar que la relación moderada de la dimensión cognitiva se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 15.3% en 13 pacientes, seguido de la relación grave

de la dimensión cognitiva con el nivel malo y regular de la variable calidad de vida en un 14.1% en 12 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 11.8%.

Determinar la relación entre la depresión en la **dimensión conductual** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Tabla 11. Relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida

		Calidad de vida (Agrupada)			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Conductual (Agrupada)	Grave	Recuento	20	16	12	48
		% del total	23,5%	18,8%	14,1%	56,5%
	Moderado	Recuento	9	4	3	16
		% del total	10,6%	4,7%	3,5%	18,8%
	Leve	Recuento	1	7	13	21
		% del total	1,2%	8,2%	15,3%	24,7%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la dimensión conductual predomina el nivel grave en un 56.5% siendo 48 los pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel leve en un 24.7% siendo 21 los pacientes que se ubican en este nivel y fue moderado en un 18.8% siendo 16 los pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable calidad de vida de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31,8% en 27

pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32.9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre la depresión en la dimensión conductual y variable calidad de vida, se puede observar que la relación grave de la dimensión conductual se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 23.5% en 20 pacientes, seguido de la relación grave de la dimensión conductual con el nivel regular de la variable calidad de vida en un 18.8% en 16 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 15.3%.

Determinar la relación entre la depresión en la **dimensión física** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Tabla 12. Relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida

		Calidad de vida (Agrupada)			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Física (Agrupada)	Grave	Recuento	16	11	9	36
		% del total	18,8%	12,9%	10,6%	42,4%
	Moderado	Recuento	10	8	8	26
		% del total	11,8%	9,4%	9,4%	30,6%
	Leve	Recuento	4	8	11	23
		% del total	4,7%	9,4%	12,9%	27,1%
Total	Recuento	30	27	28	85	
	% del total	35,3%	31,8%	32,9%	100,0%	

Interpretación: La frecuencia de respuesta de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, con respecto a la dimensión física predomina el nivel grave en un 42.4% siendo 36 los pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel

moderado en un 30.6% siendo 26 los pacientes que se ubican en este nivel y fue leve en un 27.1% siendo 23 los pacientes que se ubican en este nivel.

Los datos observados de la variable calidad de vida de los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, predomina el nivel malo con un 35,3% en 30 pacientes que se ubican en este nivel, seguido del nivel regular en un 31.8% en 27 pacientes que se ubican en este nivel y fue bueno en un 32.9% en 28 pacientes que se ubican en este nivel.

Al observar la relación entre la depresión en la dimensión física y variable calidad de vida, se puede observar que la relación grave de la dimensión física se asocia al nivel malo de la variable calidad de vida en un 18.8% en 16 pacientes, seguido de la relación grave de la dimensión física con el nivel regular de la variable calidad de vida en un 12.9% en 11 pacientes. También, se observa relación leve de la dimensión física con el nivel bueno de la variable calidad de vida en un 12.9% en 11 pacientes. Las otras relaciones son menores e iguales al porcentaje del 11.8%.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Tabla 13. Prueba Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Depresión (Agrupada)	,231	85	,000	,796	85	,000
Calidad_de_vida (Agrupada)	,233	85	,000	,789	85	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Decisión: En la tabla 13, se analizó las pruebas de normalidad y para el presente estudio se evaluó los valores observados del estadístico Kolmogorov-Smirnov, esto fue debido a que la población estudiada fue de 85 participantes y este valor es mayor a 50. Shapiro wilk se aplica a poblaciones menores a 50 participantes.

En ese contexto, los datos observados de la prueba Kolmogorov-Smirnov muestran una significancia Sig=,000 y esto quiere decir que los datos de la muestra no provienen de una distribución normal. Cuando los datos no son normales se emplea Rho de Spearman para contrastar las hipótesis. Por esta razón, se utilizó el estadístico Rho de Spearman para contrastar las hipótesis de la presente tesis.

También, se consideró los siguientes criterios: nivel de confianza al 95%; nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\%$; margen de error $\alpha = 0,05 (5\%)$ y la regla de decisión fue: Si $p > \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 caso contrario $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_1 . Los resultados de las pruebas de hipótesis son los siguientes:

Prueba de hipótesis general

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022.

Tabla 14. Correlación entre la depresión y calidad de vida

			Depresión (Agrupada)	Calidad_de_vi da (Agrupada)
Rho de Spearman	Depresión (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000	,225*
		Sig. (bilateral)	.	,038
		N	85	85
	Calidad_de_vi da (Agrupada)	Coeficiente de correlación	,225*	1,000
		Sig. (bilateral)	,038	.
		N	85	85

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

Decisión: valor observado p valor ($0,007 < 0,05$) menor a 0,05 y por esta razón se rechaza la hipótesis nula H₀.

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados es de 0,225 lo que indica una correlación positiva baja entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados.

Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. Rho = 0,225 y valor de la significancia $p=0,038$.

Prueba de hipótesis específicas

Hipótesis 1.

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión afectiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

H_1 : Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión afectiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

Tabla 15. Correlación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida

		Afectiva (Agrupada)		Calidad_de_vida (Agrupada)	
Rho de Spearman	Afectiva (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000		,169
		Sig. (bilateral)	.		,123
		N	85		85
	Calidad_de_vida (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,169		1,000
		Sig. (bilateral)	,123		.
		N	85		85

Decisión: valor observado p valor ($0,123 > 0,05$) mayor a 0,05 y por esta razón se acepta la hipótesis nula H_0

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados es de 0,169 lo que muestra una correlación positiva muy bajo entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados.

Hipótesis 2.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión motivacional** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión motivacional** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022

Tabla 16. Correlación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida

			Motivacional (Agrupada)	Calidad_de_vida (Agrupada)
Rho de Spearman	Motivacional (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	-,026
		Sig. (bilateral)	.	,810
		N	85	85
	Calidad de vida (Agrupada)	Coefficiente de correlación	-,026	1,000
		Sig. (bilateral)	,810	.
		N	85	85

Decisión: valor observado p valor ($0,810 > 0,05$) mayor a 0,05 y por esta razón se acepta la hipótesis nula H₀

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados es de -0,026 lo que indica una correlación negativa baja entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados.

Hipótesis 3.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión cognitiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión cognitiva** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

Tabla 17. Correlación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida

			Cognitiva (Agrupada)	Calidad de vida (Agrupada)
Rho de Spearman	Cognitiva (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	,154
		Sig. (bilateral)	.	,160
		N	85	85
	Calidad de vida (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,154	1,000
		Sig. (bilateral)	,160	.
		N	85	85

Decisión: valor observado p valor ($0,160 > 0,05$) mayor a 0,05 y por esta razón se acepta la hipótesis nula H₀

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados es de 0,154 lo que indica una correlación positiva muy baja entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados.

Hipótesis 4.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión conductual** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión conductual** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

Tabla 18. Correlación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida

			Conductual (Agrupada)	Calidad de vida (Agrupada)
Rho de Spearman	Conductual (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	,293**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	85	85
	Calidad de vida (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,293**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	85	85

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Decisión: valor observado p valor ($0,007 < 0,05$) menor a 0,05 y por esta razón se rechaza la hipótesis nula H₀

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados es de 0,293 lo que indica una correlación positiva baja entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados.

Hipótesis 5.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión física** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la **dimensión física** y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022

Tabla 19. Correlación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida

			Física (Agrupada)	Calidad de vida (Agrupada)
Rho de Spearman	Física (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000	,233*
		Sig. (bilateral)	.	,032
		N	85	85
	Calidad de vida (Agrupada)	Coeficiente de correlación	,233*	1,000
		Sig. (bilateral)	,032	.
		N	85	85

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

Decisión: valor observado p valor ($0,007 < 0,05$) menor a 0,05 y por esta razón se rechaza la hipótesis nula H₀

El valor de Rho que mide el grado de correlación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados es de 0,233 lo que indica una correlación positiva baja entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados.

4.1.3 Discusión de resultado

Los resultados de la presente tesis, desarrollado con pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana concuerdan con la literatura citada y se especifica de la siguiente manera.

Respecto al resultado de la primera hipótesis, no existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. Estos resultados nos indican que esta relación no existe, pues se obtuvo el coeficiente Rho de Spearman $Rho = 0,169$ y valor de la significancia $p=0,123 > 0,05$, por lo que podemos afirmar que la depresión en la dimensión afectiva no está vinculado a la calidad de vida. Estos resultados coinciden con los resultados de Rosas et al (25) quien en su investigación encontró que no existe relación significativa entre las variables calidad de vida y depresión, el valor encontrado para la significancia fue $p=0.961$.

Seguidamente se encontró que, no existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. $Rho = -0,026$ y valor de la significancia $p = 0,810$. Estos resultados también coinciden con los resultados de Rosas et al (25).

Respecto al resultado, no existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. $Rho = 0,154$ y valor de la significancia $p = 0,160$. Estos resultados también coinciden con los resultados de Rosas et al (25).

Respecto al resultado, existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. $Rho = 0,293$ y valor de la significancia $p = 0,007$. Estos resultados, coinciden con los resultados de Soto (23), quien encontró asociación significativa entre las variables calidad de vida y depresión.

Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. $Rho = 0,233$ y valor de la significancia $p = 0,032$. Estos resultados, coinciden con los resultados de Al-Nashri y Almutary (19), quienes encontraron $p < 0,001$ y sostienen que ansiedad y depresión son síntomas comunes entre los pacientes bajo hemodiálisis.

En general, existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. $Rho = 0,225$ y valor de la significancia $p=0,038$. Estos resultados, coinciden con los resultados de Antonio et al (20), quien en su investigación encontró relación estadísticamente significativa entre las variables depresión y la calidad de vida $p=.001$.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho = 0,225 y valor de la significancia $p=0,038$**

No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho= ,169 y valor de la significancia $p=0,123$**

No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho= -0,026 y valor de la significancia p=0,810**

No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho= 0,154 y valor de la significancia p=0,160**

Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho = 0,293 y valor de la significancia p=0,007**

Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el 2022. **Rho = 0,233 y valor de la significancia p=0,032**

5.2 Recomendaciones

Para futuras investigaciones, se considera atractivo extender los estudios de esta tesis a la población de pacientes con menos de 5 años en el tratamiento de hemodiálisis que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, debido a que esta población al encontrarse en proceso de adaptación podría presentar niveles de depresión muy altos donde los dominios de la calidad de vida se ven afectados. Poder así superar las limitaciones de esta tesis y comparar si hay similitud o diferencia con los resultados de esta investigación.

También, se recomienda extender los estudios de esta tesis a Hospitales de Lima Metropolitana, donde la casuística de pacientes hemodializados es elevada y los recursos son insuficientes para atender la demanda, tornándose así un factor estresante para el paciente que podría elevar sus niveles de depresión y disminuir su calidad de vida.

Así también, en base a los resultados del presente estudio de tesis donde se ha demostrado que hay pacientes con depresión que correlacionan con calidad de vida, se recomienda a los profesionales de enfermería aplicar los cuidados a pacientes con depresión según los patrones funcionales de salud, destacando la importancia de la relación interpersonal enfermera, paciente y familia para llevar a cabo un cuidado integral.

Por último, se recomienda a la comunidad científica continuar estudios en esta línea de investigación para llenar el vacío de conocimiento, tomar medidas preventivas y evaluar la

calidad de vida de los pacientes hemodializados para que, con evidencias científicas se pueda contribuir a mejorar el autocuidado y por ende, optimizar esta modalidad de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Lorenzo Sellarés V, Luis Rodríguez D. Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica. 2022. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>
2. Colegio de Nefrología de México AC. Día Mundial del Riñón 2022. <https://cnm.org.mx/dia-mundial-del-rinon-2022/>
3. Zhang QL, Rothenbacher D: Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. BMC public health 2008, 8:117.
4. Cueto-Manzano A., y Douthat W. Lancet 2018 <http://www.thelancet.com/campaigns/kidney/updates/kidney-disease-in-latin-america>
5. Sociedad Peruana de Nefrología. Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal durante la pandemia del covid 19. 2022. <https://www.spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFEREMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>

6. Costa G., et al. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm. glob.* [Internet]. 2016 Jul; 15 (43): 59-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es.
7. Villagómez L., y Gómez S., Rosales L. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Diálisis Trasplante*, 2014 [citado 3 de agosto de 2022];35(3):98-102. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1886284514000022>
8. Molina C., et al. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica. 2009;7.
9. Vázquez-Martínez VH, Ortega-Padrón M, Cervantes-Vázquez DA. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. *Aten Fam.* 2016;23(1):29-33.
10. Merino-Martínez Rosa M^a, Morillo-Gallego Noelia, Sánchez-Cabezas Azahara M^a, Gómez-López Victoria E, Crespo-Montero Rodolfo. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [citado 3 agosto de 2022]; 22(3): 274-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-

28842019000300006&lng=es. Epub 23-Dic-2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300006>.

11. Informe de la OMS de 2018. Obtenido de <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>.
12. Khan A, Khan AH, Adnan AS, Sulaiman SAS, Mushtaq S. Prevalence, and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up study. *BMC Public Health*. 2019 May 9;19(1):531. doi: 10.1186/s12889-019-6796-z. PMID: 31072378; PMCID: PMC6507067.
13. Rojas, Y., Ruíz, A., y González, R. “Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal”. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n1/0719-0581-revpsicol-26-01-00065.pdf>
14. Vázquez, V., Ortega, M., y Cervantes, D. “Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis”. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af161g.pdf>
15. Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., y Bortoli, M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>

16. Dahab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. La Depresión desde la perspectiva cognitiva conductual. Revista terapia cognitiva conductual n° 03. Julio 2002. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
17. Rodríguez Martínez R. Modelos de Enfermería Integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Rev. Cubana de Enfermería. 2012; 28(4): 101-102. (citado 15 agosto del 2022) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sdl.cu/index.php/enf/article/view/121>
18. Magaz, A. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao. [En Línea] Disponible: <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>.
19. Al-Nashri, F. y Almutary, H. Impacto de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida de pacientes de hemodiálisis. Revista de Enfermería Clínica, 31,220–230. 2022. <https://doi.org/10.1111/jocn.15900>. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15900>
20. Antonio Ledo GV, De Avila Arroyo ML, Tenahua Quitl I, Morales Castillo FA, López García C. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. J Health NPEPS. [Internet]. 2021 [citado 27 agosto del 2022];6(2):151-163. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/5482/4480/22235>

21. Elhadad, AA, Ragab, AZE y Atia, SAA Comorbilidad psiquiátrica y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Oriente Medio Curr Psiquiatría* 27, 9 (2020). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-0018-3>
22. Merino Martínez R, et al. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*. 2019. vol. 22, no 3, p. 274-283. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-274.pdf>
23. Soto Castro M, Mendoza Roca E. Depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados del hospital de contingencia Qhali Runa. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/6297>
24. Belling Segovia DA. Ansiedad, depresión y su relación con calidad de vida en pacientes hemodializados Hospital Jorge Reátegui Delgado. 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4601>
25. Rosas Ruiz EM, Valencia Rodríguez YM. Nivel de calidad de vida y depresión en pacientes que reciben hemodiálisis en tiempo de Covid-19. 2022. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/18729>
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

27. Coaquira, Y., y Ticona, I. Creencias irracionales y depresión en internas del establecimiento de mujeres de la ciudad de Lampa – 2018. Universidad Peruana Unión. Tesis de Licenciatura en Psicología. Juliaca, Perú. 2018 https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1218/Yhina_Tesis_Licenciatura_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Publications.
29. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Terapia de comportamiento cognitivo. [Actualizado el 9 de septiembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
30. Webb CA, Stanton CH, Bondy E, Singleton P, Pizzagalli DA, Auerbach RP. Habilidades cognitivas versus conductuales en la TCC para adolescentes deprimidos: Desglose de los efectos dentro del paciente versus entre pacientes sobre el cambio de síntomas. *J Consultar a Clin Psychol*. 2019 mayo; 87 (5):484-490.
31. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Terapia cognitiva para la depresión. *Am Fam Médico*. 01 de enero de 2006; 73 (1): 83-6.

32. Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
33. Braet, C., Wante, L., Van Beveren, M., y Theuwis, L. (2015). Is the cognitive triad a clear marker of depressive symptoms in youngsters? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1261-1268. doi:10.1007/s00787-015-0674-8.
34. Haeffel, G. J., & Vargas, I. (2011). Resilience to depressive symptoms: The buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 13-18. doi:10.1016/j.jbtep.2010.09.003
35. Cole, D. A., Jacquez, F. M., La Grange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., et al. (2011). A longitudinal study of cognitive risks for depressive symptoms in children and young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 31, 782-618. doi:10.1177/0272431610376248
36. Braet, C., Wante, L., Van Beveren, M., & Theuwis, L. (2015). Is the cognitive triad a clear marker of depressive symptoms in youngsters? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1261-1268. doi:10.1007/s00787-015-0674-8
37. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:10.1007/978-94-017-90888_18
38. Marriner Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier; 2007, 6a ed.

39. Wang X, Zhang Q, Shao J, Ye Z. Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2020 Jun 21;10(6):e036546.
40. Peterson SJ, Bredow TS, editors. *Middle range theories: application to nursing research and practice*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2020. 376 p.
41. Martha R, aille Alligood. *Nursing Theory (Utilization & Application)*. 4th ed. United States of American. Mosby. Elsevier; 2010; 310-35 p.
42. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2003
43. Orem D. *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.
44. Gastulo, L. *Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la institución educativa Bruning*. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7488/Gastulo%20Falen%20Lisbeth%20Carmen%20Delia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Lozada, S. *Calidad de vida en estudiantes de psicología y ciencias de la comunicación de na universidad privada*. 2018. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4770/Lozada%20V%C3%ADlchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Yataco, T. Estadios de Cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima Perú. 2008.
47. Guzmán, F., y 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. Disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/1527919/1/GuzmanRodriguezFV.pdf>
48. Alan, D., y Cortez, L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. Editorial Utmach. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf>
49. Hernández et al. Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill, Interamericana Editores, S.A. México D.F. 2014
50. Lozada, J. Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. Universidad Tecnológica Indoamérica. 2014.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>

51. Hernández R. y Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. México: McGraw-Hill Interamericana editores SA de calidad de vida; 2018.
52. Clinic, M. Depresión (trastorno depresivo mayor). Mayo Clinic. 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/eses/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
53. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Quality of Life Research, 1992; 1:349 - 351.
54. Sanz J, Perdígón A., y Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud [Internet]. 2003;14(3):249-280. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
55. Vilagut G., Ferrer R., Rebollo P., Quintana J.. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Rev Gac Sanit [Internet]. 2005;19(2):135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

56. Barreda, D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de BeckII (IDB-II) en una muestra clínica. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580/14212>
57. Rodríguez, A., y Barriga, R. Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019. Trujillo, Perú 2022. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9118/1/REP_ANNA.RODRIGUEZ_RICARDO.BARRIGA_ENFERMEDADES.CRONICAS.pdf
58. Tuapanta, J., Duque, M., y Mena, A. Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios. 2017. <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
59. Arispe, C., Yangali, J., Guerrero, M., Lozada de Bonilla, O., Acuña, L., y Arellano, C. La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado. Universidad Internacional del Ecuador. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
Problema General	Objetivo General.	Hipótesis General		Tipo de Investigación:
¿Cuál es la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	V1 DEPRESIÓN Dimensiones: 1. Afectiva 2. Motivacional 3. Cognitiva 4. Conductual 5. Física	El tipo de investigación será aplicada. Método y diseño de la Investigación: El método de la investigación será hipotético – deductivo.
Problemas específicos:	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		Diseño metodológico no experimental y el nivel correlacional de corte transversal.
¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión afectiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	V2 CALIDAD DE VIDA Dimensiones: 1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General 5. Vitalidad	Población Muestra: Población. 85 pacientes que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana
¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión motivacional y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	6. Función Social 7. Rol Emocional 8. Salud Mental	Muestra. n=85 4. Técnica: Encuesta

¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión cognitiva y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022		5. Instrumento: Cuestionario
¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión conductual y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022		
¿Cuál es la relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022?	Determinar la relación entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022	Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en la dimensión física y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022		

ANEXO 2: INSTRUMENTO

“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA, 2022”

- I. INTRODUCCIÓN: Estimada (o) por medio del presente solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana. Responda todas las preguntas con mayor sinceridad. Este cuestionario tiene carácter anónimo.
- II. DATOS GENERALES
Coloque un aspa (X) o llene los espacios en blanco escribiendo claramente lo que se le solicita.
1. Edad.....(Años)
 2. Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()
 3. Estado Civil: Soltero (a) () b) Casado (a) () c) Conviviente () d) Separado (a) () e) Viudo (a) ()
 4. Grado de instrucción: a) Sin estudios () b) Primaria () c) Secundaria () d) Superior ()
- III. INSTRUCCIONES
Marque con un aspa (X) sobre la opción que corresponde a su opinión: **Siempre, A veces, Nunca**
- IV. INSTRUMENTO QUE MIDE LA DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI II

Por favor, marque con una equis (x) la frase que más se ajuste a su situación actual.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Fuente: Guzmán y Ortiz (39). Disponible en:

<https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/1527919/1/GuzmanRodriguezFV.pdf>

INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO DE SALUD CALIDAD DE VIDA SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para agarrar o llevar la bolsa de la compra?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillars
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias calles (varios metros)?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola calle (unos 100 metros)?
1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?

1. Si
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si
2. No

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

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

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

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

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

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces

5. Sólo alguna vez
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

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

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Fuente: Guzmán y Ortiz (39). Disponible en:

<https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/1527919/1/GuzmanRodriguezFV.pdf>

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para verificar la validez de constructo Barreda (45) aplicó el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .95) y la prueba de esfericidad de Bartlett (chi-cuadrado = 3603.2, $p < .001$), se aceptó el modelo factorial para los datos del Inventario de Depresión de Beck II de la muestra de estudio, tal como se muestra en la siguiente tabla y el valor es menor a .01 y tiene un porcentaje de 95.4% de aceptación.

Tabla 19: Test de adecuación muestral y prueba de esfericidad

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.954
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3603.2
	gl	210
	Sig.	.000

Nota: Tabla de Barreda (45).

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,850	,845	57

ANEXO 5: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación para la maestría de: “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA, 2022”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: “Depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022”

Nombre del investigador principal: Javier Galarza, Ana Beatriz

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022.

Participantes: Los pacientes hemodializados que acuden a una clínica privada de Lima Metropolitana en el año 2022.

Participación: voluntaria

Beneficios por participar: no aplica

Inconvenientes y riesgos: ninguno

Costo por participar: no aplica

Remuneración por participar: no aplica

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.

Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo anajaviergalarza@gmail.com y teléfono 950 746 043

Contacto con el Comité de Ética: Al correo comité.etica@uwiener.edu.pe

Dra. Yenny Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:.....

Apellido y nombres:.....

Edad:

Correo electrónico personalo institucional:

Firma

ANEXO 6: CARTA PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS



**Universidad
Norbert Wiener**

Lima, 08 de agosto de 2022

CARTA N° 080-08-22/2022/DFCS/UPNW

HELLIOTT HUAMAN
CENTRO DE HEMODIALISIS KIDNEY CARE
ADMINISTRADOR

De mi mayor consideración:

Mediante la presente le expreso el saludo institucional y el mío propio y al mismo tiempo presentarle al estudiante: Ana Beatriz Javier Galarza, bachiller de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de esta casa de estudios, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de investigación titulado: "**DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALISADOS QUE ACUDEN A UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA METROPOLITANA 2022**". Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,

DRA. SUSAN HAYDEE GONZÁLES SALDAÑA
Directora
Escuela Académica Profesional de Enfermería
Universidad Privada Norbert Wiener