

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



*Una Institución Adventista*

**Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia  
Renal Crónica que acuden a Hemodiálisis, en ALKSA Inversiones  
Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018**

Por:

Amidais Betsaida Cjuro Pari

Marly Flores Alcca

Asesor:

Psic. Santos Armandina Farceque Huancas

Juliaca, noviembre de 2018

DECLARACION JURADA  
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Psic. Santos Armandina Farceque Huancas, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que acuden a Hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018" constituye la memoria que presentan las bachilleres Amidais Betsaida Cjuro Pari y Marly Flores Alcca para aspirar al título de Profesional de Psicóloga, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca a los cinco días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho.



Psic. Santos Armandina Farceque Huancas

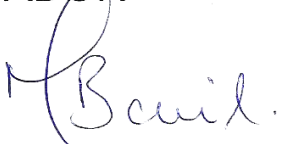
Depresión y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal  
Crónica que acuden a Hemodiálisis, en ALKSA Inversiones  
Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018

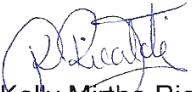
# TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicóloga

## JURADO CALIFICADOR

  
Psic. Isaac Alex Conde Rodríguez  
Presidente

  
Mg. Oscar Javier Mamani Benito  
Secretario

  
Psic. Kelly Mirtha Ricaldi  
Huamán  
Vocal

  
Mg. Celia Soledad Machaca Tito  
Vocal

  
Psic. Santos Armandina Farceque Huancas  
Asesora

Juliaca, 15 de octubre de 2018

## **Dedicatoria**

A mi madre, Gladys Pari Ccapa, quien me inculco la dedicación y esfuerzo al realizar alguna actividad, sobre todas las cosas la fe en Dios y en cualquier adversidad acudir primero a Él a través de la oración, siempre me inspiro a culminar esta meta propuesta en mi vida académica.

A mi padre Doroteo Cjuro Chaco, quien estuvo motivándome durante estos cinco años a seguir adelante a pesar de cualquier dificultad y ayudarme a cumplir este objetivo que para él también era suyo.

Con Amor

Amidais Betsaida Cjuro Pari

A mi madre, Agripina Alcca Mamani porque me enseñó su fortaleza en momentos difíciles y me animo a culminar este proceso de tesis.

A mi padre, Hugo Hernando Flores Laura, por su ejemplo la perseverancia y optimismo en los momentos difíciles, por ayudarme a terminar uno de mis objetivos.

A la Psic. Nahil Z. Pumalla Alviz, a quien aprecio y admiro, por su motivación en la realización de la presente investigación.

Con Amor

Marly Flores Alcca

## **Agradecimientos**

A Dios quien nos dio la fortaleza para terminar este proyecto de investigación, y permitirnos llegar a este momento especial en nuestras vidas.

A la universidad Peruana Unión, nuestra alma máter, por la formación brindada para llegar hacer las profesionales al servicio de la comunidad reflejando la imagen de Dios.

A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología, por todo el conocimiento que nos brindaron en los 5 años, formándonos como profesionales íntegros.

A nuestra asesora, Psic. Santos Armandina Farceque Huancas por su tiempo, correcciones oportunas, paciencia y dedicación en cada etapa de este proceso, hasta la culminación de este trabajo de investigación.

A la clínica ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, por permitirnos las facilidades para la recolección de información requerida, para la ejecución del proyecto.

A la psicóloga Nahil Z. Pumalla Alviz, por sus conocimientos, empatía y apoyo para realizar este proyecto de investigación en esta población tan especial dentro de la clínica, durante y después de la ejecución del proyecto en la población de estudio.

Al psicólogo Oscar Javier Mamani Benito, por su disposición de tiempo empleado y conocimientos encaminándonos a los fines de esta investigación.

A la psicóloga Celia Soledad Machaca Tito, por sus competencias y conocimientos ayudándonos a culminar esta investigación,

A la psicóloga Kelly Mirtha Ricaldi Huamán, por su tiempo y apoyo para la culminación de esta investigación

## Índice General

Indice General .....	vi
CAPÍTULO I .....	15
EL PROBLEMA .....	15
1.1 Planteamiento del problema .....	15
1.2 Formulación del problema .....	19
1.2.1 Pregunta general .....	19
1.2.2 Preguntas específicas .....	19
2.3 Justificación y viabilidad .....	20
2.3.1 Justificación .....	20
2.3.2 Viabilidad .....	22
2.4 Objetivos de la investigación .....	22
2.4.1 Objetivo general .....	22
2.4.2 Objetivos específicos .....	22
CAPÍTULO II .....	24
MARCO TEÓRICO .....	24
2.1. Presuposición filosófica .....	24
2.2 Antecedentes de la investigación .....	27
2.2.1 Antecedentes internacionales .....	27
2.2.2 Antecedentes nacionales. ....	28
2.3 Bases teóricas .....	31
2.3.1 Depresión .....	31
2.3.1.1 Definiciones .....	31
2.3.1.2 Tipos .....	32
2.3.1.3 Etiología de la Depresión .....	34
2.3.1.4. Modelos Teóricos de la Depresión .....	34
2.3.2 Calidad de vida .....	37
2.3.2.1 Definiciones .....	37
2.3.2.2 Clasificación de la calidad de vida .....	39

2.3.2.3 Dimensiones e indicadores de calidad de vida.....	40
2.3.2.4 Modelos teóricos .....	41
2.4 Definición de términos .....	42
2.5 Hipótesis de la investigación .....	44
2.5.1 Hipótesis general.....	44
2.5.2 Hipótesis específicas.....	44
CAPÍTULO III .....	46
MATERIALES Y MÉTODOS .....	46
3.1 Diseño y tipo de investigación .....	46
3.2 Variables de la investigación .....	46
2.1.1 Depresión:.....	46
2.1.2 Calidad de vida:.....	46
3.3 Operacionalización de las variables .....	47
3.4 Delimitación geográfica y temporal .....	48
3.5 Población y muestra .....	48
3.6 Criterios de inclusión y exclusión .....	49
3.7 Instrumentos.....	49
3.7.1 Depresión:.....	49
3.7.2 Calidad de vida.....	50
3.8 Proceso de recolección de datos .....	51
3.9 Procesamiento y análisis de datos .....	52
CAPÍTULO IV .....	53
RESULTADOS Y DISCUSION.....	53
4.1 Análisis descriptivo .....	53
4.2 Análisis inferencial.....	55
4.2.1 En relación a la hipótesis general.....	55
4.2.2 En relación a la primera hipótesis .....	57
4.2.3 En relación a la segunda hipótesis .....	58
4.2.4 En relación a la tercera hipótesis .....	60
4.2.5 En relación a la cuarta hipótesis.....	61
4.2.6 En relación a la quinta hipótesis.....	63
4.2.7 En relación a la sexta hipótesis .....	64
4.2.8 En relación a la séptima hipótesis .....	66

4.2.9 En relación a la octava hipótesis .....	67
4.3 Discusión.....	69
CAPÍTULO V .....	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	73
5.1 Conclusiones.....	73
5.2 Recomendaciones.....	75
Referencias .....	77
Anexos .....	81



## Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio.....	47
Tabla 2. Datos sociodemográficos de la población de estudio.....	54
Tabla 3. Nivel de calidad de vida de la población de estudio.....	54
Tabla 4. Nivel de depresión de la población de estudio .....	55
Tabla 5. Análisis de correlación entre las variables depresión y calidad de vida en la población de estudio .....	56
Tabla 6. Análisis de correlación entre depresión y función física en la población d estudio.....	58
Tabla 7. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión función social en la población de estudio.....	59
Tabla 8. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión rol físico en la población de estudio .....	61
Tabla 9. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión rol emocional en la población de estudio .....	62
Tabla 10. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión dolor corporal en la población de estudio.....	64
Tabla 11. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión salud general en la población de estudio.....	65
Tabla 12. Análisis de correlación entre depresión y la dimensión salud mental en la población de estudio .....	67
Tabla 13. Análisis de correlación entre depresión y la dimenion vitalidad en la población de estudio .....	68

## Índice de anexos

Anexo A. Escala de Depresión de Beck.....	81
Anexo B. Cuestionario de Calidad de Vida.....	84

## **Símbolos usados**

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

IR: Insuficiencia renal

IRC: Insuficiencia renal crónica

IRCT: Insuficiencia renal crónica terminal

HD: Hemodiálisis

CIE10: Código Internacional de Enfermedades

## Resumen

El objetivo del estudio fue determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica en proceso de hemodiálisis en una Clínica de ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C.-Cendial Juliaca, 2018. El estudio es de diseño no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional. Se utilizó el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II. Los participantes fueron 100 pacientes que acuden a hemodiálisis, 50 de ellos del Hospital Carlos Monje Medrano y 50 del Hospital III Juliaca-Es Salud. Los resultados fueron que al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ( $p=.000$ ). Concluyendo que existe una relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida, es decir que a mayor depresión se mostrará un menor nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

**Palabras clave:** Depresión, calidad de vida, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis.

## **Abstract**

The objective of the study was to determine if there is a relationship between depression and quality of life in a group of patients with renal failure in the process of hemodialysis in a clinic of ALKSA Inversiones Biomédicas SAC-Cendial Juliaca, 2018. The study is of non-experimental cross-section design and descriptive correlational scope. See the SF-36 Health Status Questionnaire (Short Form, SF-36) and the Beck II Depression Inventory. The participants were 100 patients who underwent hemodialysis, 50 of them from the Carlos Monje Medrano Hospital and 50 from Hospital III Juliaca-Es Salud. The results obtained statistically significant results ( $p = .000$ ). To conclude that there is a significant inverse relationship between the variables depression and quality of life, that is to say that a greater depression is considered a lower level of quality of life in patients with chronic renal failure in the hemodialysis treatment.

**Key words:** Depresión, quality of life, chronic renal failure, hemodialysis.

## **Introducción**

La actitud mental de un ser humano, se ve afectada por la repetición constante de las ideas negativas y auto derrotistas, así como los trastornos depresivos afectan en la percepción del estado de salud y la progresión de la enfermedad, lo que lleva a una disminución en su calidad de vida.

La depresión y la enfermedad de insuficiencia renal crónica (IRC) en la actualidad se están incrementando en gran manera, lo que afecta al individuo en su capacidad de afrontar ante situaciones nuevas, repercutiendo en su calidad de vida; puesto que estos pacientes con IRC, al enterarse de su diagnóstico médico, le es difícil comprender que para alargar su vida, tendrán que depender de una máquina de hemodiálisis que hará la función de su riñón hasta el último día de su vida, desde ese momento presentan cuadro depresivo ansioso al saber que tendrá que su vida no será la misma, al resistirse a aceptar su enfermedad y el someterse al proceso de hemodiálisis, manifiestan pensamientos irracionales sobre su propia vida, llegando a tener ideas de muerte, lo que afecta en su equilibrio emocional y por ende su calidad de vida de estos pacientes con enfermedad oncológica. Es por ello que en el presente estudio tienen como fin determinar la relación en depresión y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en proceso de hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C.-Cendial Juliaca.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La Organización mundial de la Salud (OMS) (2017) alude que la depresión es la principal causa de problema de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión, un ascenso de más de 18% entre 2005 y 2015. La falta de importancia por las personas con trastornos mentales, junto al miedo con estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesita para vivir vidas saludables.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos trecientos cincuenta millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, donde se convierte en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, emocionales y familiares; en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales, por lo que la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales (OMS, 2012, citado por Córdova 2015).

Recientemente, un nuevo estudio en Estados Unidos (EE. UU) mostro que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) se encuentra en aumento la población general, observando que el 16.8% de los individuos mayores de edad la padecieran (Manzur, et al 2010).

Se estima que el 40% de la población española con enfermedad renal oculta (no diagnosticada) fallecerá, principalmente de problemas cardiovasculares, antes de ingresar a un programa de diálisis. Por tanto estos pacientes tienen mas probabilidades de morir por una complicación secundaria a la ERC que de entrar en un programa de diálisis. La supervivencia global evaluada para los pacientes en diálisis es de un 12,9% a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento. Ello es debido presumiblemente al hecho de que el 50% tiene una media de tres factores de riesgo cardiovascular y una gran comorbilidad asociada. Por todos estos motivos se acepta que la ERC constituye una de las principales causas de muerte en el mundo occidental (Obaya, 2015).

En el Perú se estima que más del 50% de la población que potencialmente requiere algún tipo de Terapia de Reemplazo Renal (TRR) no lo está recibiendo. Así mismo, existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de estos pacientes, ni con nefrólogos para su atención. (Herrera Añazco, Pacheco Mendoza, & Taype Rondan, 2016).

Según Global Burden of Disease study (citado por Herrera Añazco, Pacheco Mendoza, & Taype Rondan , 2016) la enfermedad renal crónica (ERC) como causa de mortalidad en la población general ascendió del puesto 36 al puesto 19 en dos décadas. Aunque no existe estudios poblacionales al respecto en nuestro país, una



reciente carta del editor usando la codificación CIE-10 del MINSA revela que la insuficiencia renal representa el 3,5 % de las muertes a nivel nacional. Este acontecimiento junto a la evidencia de que la prevalencia de ERC en algunas regiones del país está por encima de la media internacional, y que hay problemas de cobertura de la hemodiálisis (HD) en el Perú, muestran la importancia de considerar a la ERC como un problema de salud pública en nuestro país, siendo este que también afecta emocionalmente.

Así mismo, para Peralta (2016) según los datos sobre mortalidad en la población general del MINSA del 2013, el 3,5% de las muertes a nivel nacional fueron atribuidas a insuficiencia renal. Sin embargo, si bien la mortalidad puede ser tan baja como 1,8%, en el departamento de Madre de Dios, llama la atención que pueda ser tan alta (9,8%) en el departamento de Puno, muy por encima del promedio nacional. Así mismo, en esta región del país existen distritos en donde la insuficiencia renal puede estar registrada como causa de hasta el 28% de las muertes de la población, como en el caso del distrito de Moho 26,7% y el distrito de Huancané. Dentro de las características que podrían ver particular el caso de Puno, hacemos mención el posible papel de la exposición prolongada a altos niveles de arsénico como factor asociado a la mortalidad atribuida a la ERC, relacionando con la inestabilidad emocional que llevan estos.

En el servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Monje Medrano de la ciudad Juliaca, se ha logrado evidenciar la existencia de pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica, los cuales son sometidos a hemodiálisis. Una situación lamentable y de gran importancia a la hora de generar situaciones conflictivas, las mismas que son de gran importancia y requieren análisis e investigación.

Durante las practicas pre-profesionales en la asignatura de “psicología clínica y de la salud” se observó a pacientes con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis; al evaluar el estado de salud de los pacientes se observaron cambios en su aspecto psicológico y físico. Por lo mismo que al platicar con los pacientes referían lo siguiente: “mi vida cambio de la noche a la mañana”, “ya no sirvo para nada”, “soy una carga para mis hijos”, “quisiera morirme”, “ya no puedo hacer mis cosas como antes”, “me siento muy débil”, “tengo que venir a la clínica interdiariamente”, “no puedo alimentarme como la gente normal”, entre otros. Todo esto es debido a que los integrantes de la familia no muestran el comportamiento o actitud adecuado, sabiendo que la familia es el soporte que incita la recuperación de la salud del paciente con enfermedad crónica.

Según Roque (2017) que realizó una investigación en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este, se encontraron que los pacientes tienden a sufrir de depresión lo que les afecta en su calidad de vida, y auto concepto de sí mismo, llegando a tener ideas de muerte por el no adecuado afronte hacia la enfermedad.

Precisamente el momento en que el médico da a conocer al paciente su diagnóstico (Insuficiencia Renal Crónica), este lo transmite con un lenguaje técnico, lo que impide al paciente entender la condición en que se encuentra, provocando altos niveles de ansiedad al no saber con exactitud que pasara con su vida, así mismo, después de su primera sesión de hemodiálisis se evidencia síntomas de depresión y esta condición se incrementa más aun en el momento en que se le prescribe como tratamiento la hemodiálisis, convirtiéndose este en una opción para mantener su vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Es por todo lo mencionado que damos importancia en conocer que uno de los principales lugares en donde se brinda tratamiento para esta patología se encuentra en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca de la provincia de San Román del departamento de Puno, en el cual actual existen 90 pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica, la misma que necesariamente se someten al tratamiento de hemodiálisis. Dentro de este lugar se ayuda a los pacientes a sobrellevar su enfermedad a través de la hemodiálisis, generando en ellos (as) la posibilidad de tener una mejor calidad de vida.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Pregunta general**

- ¿Existe relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?

### **1.2.2 Preguntas específicas**

- a) ¿Existe relación entre la depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- b) ¿Existe relación entre la depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- c) ¿Existe relación entre la depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?

- d) ¿Existe relación entre la depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- e) ¿Existe relación entre la depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- f) ¿Existe relación entre la depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- g) ¿Existe relación entre la depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?
- h) ¿Existe relación entre la depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018?

## **2.3 Justificación y viabilidad**

### **2.3.1 Justificación**

Regularmente los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis de Juliaca, tienden a padecer de situaciones de ansiedad, depresión, sentimientos de minusvalía, pensamientos irracionales, pensamientos de ideación suicida, y una inadecuada calidad de vida, debiéndose a la aceptación de la enfermedad, apoyo familiar y económica; generando así que lleguen a padecer depresión con pensamientos suicidas como una solución. Sabiendo que una buena salud mental es el mayor regalo que Dios nos ha entregado a cada uno de nosotros, sin embargo,

en el transcurrir de nuestras vidas enfrentamos diversas situaciones problemáticas, teniendo como consecuencia enfermedades psicológicas, que disminuyen el nivel de afrontamiento y resolución de problemas.

El tema mencionado a la depresión y calidad de vida en los pacientes terminales de la clínica de hemodiálisis, se ha convertido en uno de los problemas más frecuentes que presentan los pacientes al recibir el diagnóstico que padecen de una enfermedad renal y necesitan diálisis para seguir viviendo. Es por ello que consideramos importante realizar esta investigación desde el área psicológica, ya que nos permitirá conocer la realidad que atraviesan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis de Juliaca, y también en qué medida el estado emocional afecta su calidad de vida.

El presente estudio es importante a nivel teórico, ya que permitirá conocer la relación que existe entre depresión y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica, por lo que brindaremos información científica sobre dicho tema.

Esta investigación pretende dar un aporte teórico para los diferentes estudios científicos, como también ayudar a posteriores investigaciones sobre el mismo, ya que no hay muchas investigaciones significativas de depresión en pacientes con la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica en la ciudad de Juliaca, siendo que sufren cambios psicológicos, que llega a afectar su calidad de vida, influyendo en su entorno familias y social.

### **2.3.2 Viabilidad**

La realización de la presente investigación es completamente viable, puesto que se cuenta con los recursos humanos y económicos para asumir con los gastos y acciones necesarias. Resaltando que existe facilidad en la evaluación a nuestra población.

## **2.4 Objetivos de la investigación**

### **2.4.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### **2.4.2 Objetivos específicos**

- a) Determinar la relación entre la depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- b) Determinar la relación entre la depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- c) Determinar la relación entre la depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- d) Determinar la relación entre la depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

- e) Determinar la relación entre la depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- f) Determinar la relación entre la depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- g) Determinar la relación entre la depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.
- h) Determinar la relación entre la depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Presuposición filosófica**

La depresión es un tema tratado desde la antigüedad, aunque no se pudo dar el término de depresión pero eso no significa que no existió, aunque en la biblia no se encontrará exactamente el término exacto de Depresión, pero si se habla de la descripción de sus síntomas y las menciona como abatimiento, tristeza, afligido, desanimado, angustiado, quebrantado, el Rey Saúl tuvo un síndrome depresivo según el antiguo testamento, así la biblia demuestra que cualquier persona puede sufrir de depresión, a pobres como Noemí, a ricos como rey Salomón, a jóvenes como David, a los mayores como Job, a mujeres como Ana.

Según White (1976), menciona que la actitud mental del hombre se va a ver afectada por la repetición constante de las experiencias negativas e ideas auto derrotistas. Es así como se puede observar actitudes negativas mentales del individuo que afectan a las correctas. Resalta que los recuerdos desagradables de su vida pasada de sus iniquidades y desengaños van a afectar al estado de ánimo, ya que una persona desanimada debilitará su facultad espiritual al llenarse de tinieblas y expulsar de su propia alma la luz divina. De la misma manera que en el ejemplo anterior, aquí, en primera instancia, se ve el impacto negativo que tienen los recuerdos desagradables sobre la misma actitud mental del hombre. Y más aún, se puede notar que una vez que la actitud mental positiva ha sido afectada, la mente



tendrá un impacto de manera negativa sobre la facultad espiritual del mismo individuo.

Así también Barillas (2016), Ejecutivo de Conferencia Evangélica de Las Asambleas de Dios; menciona que la salud mental afecta la forma en como pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida; así mismo influye en cómo vamos a actuar frente al estrés, y el relacionamiento con otras personas, cuando se necesita tomar una decisión.

Para Gálvez (2002), la salud es la recompensa a la obediencia de los mandatos de Dios. Muchos de los individuos tienen el pensamiento de que Dios es malo y que los está castigando por alguna actitud negativa realizada por sí mismo. Sin embargo, las cosas que suceden son consecuencias de nuestros actos por lo que se tiene que aceptar como tal. Asimismo, enfatiza que la curación o sanidad es un don de Dios, que se da mediante el arrepentimiento y el perdón; nadie ha llegado tan lejos que no pueda regresar. Entonces, el individuo es templo de Dios, por lo que tiene que honrarla y cuidarla, siendo que de tal manera uno podrá evitar enfermedades del que más adelante pueda arrepentirse.

“El aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios” (White, citado por Gálvez V., 2002); mediante la sierva del señor Dios nos reveló estos ocho remedios naturales para el cuidado de nuestro organismo como templo de Dios, el individuo tiene que aceptarlo y poner en práctica dichos remedios para prevención de muchas enfermedades que hoy en día nadie es libre de ello, tenemos que evitar, hacer la voluntad de Dios para el bienestar de nuestra salud y tener un estilo de vida saludable.

¿De qué manera “da aliento” Dios a los deprimidos? Tal vez no elimine todos sus problemas, pero les da las fuerzas que necesitan para seguir adelante (Filipenses 4:13). Usted puede tener la certeza de que él escucha sus oraciones, pues la Biblia asegura: “Jehová está cerca de los que están quebrantados de corazón; y salva a los que están aplastados en espíritu” (Salmo 34:18). Lo que, es más, Dios puede escuchar sus ruegos por ayuda aun cuando usted ni siquiera sea capaz de expresar sus sentimientos con palabras (Romanos 8:26, 27).

A pesar de todas las cosas que hace satanás para atacar nuestra salud mental, la decisión de uno mismo es un factor importante para determinar o no el daño que el enemigo puede hacernos, al respecto Elena White (1989) indica que: “Satanás no puede tocar la mente o el intelecto a menos que se los cedamos a él”. (Mente, Carácter y Personalidad, tomo 1, p. 25).

Elena White menciona que: “La mente controla al hombre en su totalidad. Todas nuestras acciones, buenas o malas, tienen su origen en la mente. Es la mente la que adora a Dios y nos vincula con los seres celestiales. Todos los órganos físicos son siervos de la mente, y los nervios son los mensajeros que transmiten sus órdenes a cada parte del cuerpo, para dirigir los movimientos de la maquinaria viviente” (Mente, Carácter y Personalidad, tomo 2, pág. 407).

Por lo tanto, todo lo que afecta lo biológico, afecta también lo mental y espiritual. Todo lo que afecta lo mental, afecta también lo físico y espiritual. Y todo lo que afecta lo espiritual, afectará también lo biológico y lo mental (Gálvez , 2002).

## **2.2 Antecedentes de la investigación**

### **2.2.1 Antecedentes internacionales**

En Ecuador, Gordillo, Fierro, Cevallos y Cervantes (2016), realizaron una investigación titulada, “La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador”, la población en estudio fue de 237 pacientes. Los resultados mostraron puntuaciones de Calidad de Vida relacionada con la salud de 39,3 y 9,1 en el área de componente físico y 45,5 y 13,8 en el área de componente mental; la ansiedad y depresión tuvieron correlación fuerte con el componente mental, mientras que la Praktiske Procedurer Sygepleje (PPS) la tuvo con el componente físico. Finalmente concluyeron en que la influencia de la comorbilidad psiquiátrica y psicológica en la Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con dolor neuropáticos oncológico se tiene que realizar una intervención integral psicológica a estos pacientes ya que tienden a sufrir de depresión y ansiedad.

En España, Goma, Armador y Ramos (2010), realizaron un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis”, a 96 pacientes en diálisis. Los resultados mostraron que la edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados; todos los pacientes en muestra son portadores de Fisula Arterio Venosa Interna (FAVI). Concluyeron que la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, es peor que la población sin esta enfermedad.

En Madrid, Llana, Remor, Del Peso y Selgas (2014), realizaron una investigación titulada, “El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis”, teniendo como objetivo, sintetizar sistemáticamente la información disponible sobre el rol de las variables psicológicas (depresión, ansiedad y estrés) y la adhesión al tratamiento tienen sobre la Calidad de Vida relacionada a la Salud (CVRS) de los pacientes en diálisis a través de una revisión narrativa sistemática. La revisión ha permitido observar que un 100 % de los trabajos identifica una asociación negativa entre indicadores de ansiedad, depresión y estrés con la CVRS, reflejando que dichas variables son factores de riesgo para la calidad de vida.

En argentina, Paez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli (2008), realizaron una investigación titulada “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”, a 30 pacientes de edades comprendidas entre 25 y 85 años, donde el 50% de hombres y 50% de mujeres. Como resultado los niveles de ansiedad correlacionaron positivamente con los de depresión, la ansiedad fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral.

### **2.2.2 Antecedentes nacionales.**

En Lima Loza y Ramos (2015), elaboraron un análisis situacional de la enfermedad renal crónica en el Perú, donde refieren que la Insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública que está asociada a alta mortalidad cardiovascular y a altos gastos en los sistemas de salud. Se estima que a nivel

mundial se destinan cerca de 1 trillón de dólares en los cuidados de pacientes con insuficiencia renal crónica que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal como la población que requiere algún tipo como la hemodiálisis. En Perú, se estima que más del 50% de la población que potencialmente requiere tratamiento en diálisis para que puedan mantenerse con vida

En Lima, Herrera, Pacheco y Taype (2016), mencionan que la prevalencia de la enfermedad renal crónica en algunas regiones del país llega a 16%. La diabetes y la glomerulonefritis son las causas más frecuentes enfermedad renal crónica en hemodiálisis. En Lima y Callao, menos del 9% de pacientes diabéticos tienen albuminuria en su evaluación. El despistaje de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos es costo efectivo. Menos del 50% de la población que requiere hemodiálisis la está recibiendo. La mortalidad de población incidente en hemodiálisis puede llegar hasta el 50% a los siete meses. En conclusión, La enfermedad renal crónica es una patología frecuente, con problemas en el diagnóstico y tratamiento temprano. Hay problemas de cobertura de hemodiálisis y la mortalidad en hemodiálisis es alta.

En Lima, Villanueva y Casas (2015), realizaron una investigación titulada, “Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima”; a un grupo de 39 pacientes con tratamiento de hemodiálisis; se les aplicó el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (Short-Form SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados fueron que el 41% de pacientes no presentaron depresión, sin embargo, un 20.5% presentan una depresión grave y un 17.9% presentan una depresión moderada. Con respecto a la variable calidad de vida se halló que el 25.6% de los pacientes presentaron una

funcionalidad regular, respecto a la dimensión función física; el 35.9% de los pacientes presenta una funcionalidad adecuada, respecto a la dimensión función social; el 43.6% de los participantes presenta una funcionalidad excelente respecto a la dimensión rol emocional y el 30.8% de los pacientes presentan una funcionalidad regular, respecto a la dimensión dolor corporal. Concluyen que, si existe una relación significativa inversa entre las variables ya mencionadas, es decir que a mayores niveles de depresión se evidenciará un menor nivel de calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

En Lima, Roque (2017), realizó una investigación titulada, “Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este”, en una muestra conformada por 61 pacientes con enfermedad crónica, a quienes evaluaron mediante el cuestionario de estado de salud SF36 y la escala de Hamilton para depresión. Los resultados demostraron que existe relación moderada, y altamente significativa entre depresión y las ocho dimensiones de calidad de vida, por lo que concluye refiriendo que, en los pacientes con enfermedad crónica, mientras más elevado sean los niveles de depresión menor es la calidad de vida.

Córdova (2015), efectuó una investigación no experimental de corte transversal de tipo correlacional, titulada, “Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana”, en una muestra de 31 pacientes del programa de tuberculosis. El instrumento que se utilizó es la Escala de Soporte Social MSPSS, que consta de 12 ítems, distribuidos en dos dimensiones (soporte de amigos y soporte familiar), y el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 reactivos. Los resultados indican que el 32.3% de los

pacientes presentan depresión mínima o está ausente, el 29.0% presenta depresión leve, 25.8% depresión moderada, y el 12.9% presenta una depresión grave. El 51.6% presenta soporte social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de soporte social.

## **2.3 Bases teóricas**

### **2.3.1 Depresión**

#### **2.3.1.1 Definiciones**

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), refiere que la depresión es un trastorno mental que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, así como también llegar a dificultar perceptiblemente el desempeño en el medio laboral, familiar y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede direccionar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Para Borda, Forero, Ahcar, Hinestrosa, Polo, Staaden y Valencia (2013) menciona que la depresión es un trastorno mental frecuente, el cual valora por medio de criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los síntomas suelen presentarse como estados de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, entre otros.

Por último, Perez, Perez, Noruegas Morillas, y Muñoz (2011), nos dicen que la depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de

la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados. Este puede llegar a que se manifieste a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica.

Para Moreno (2012) menciona como consecuencia de la depresión llega a afectar cognitivamente el pensamiento generando ideas irracionales, ocasionando en la persona el deterioro de sí, sin excluir la existencia de una disfuncionalidad en los procesos de planificación y evaluación de sí mismo.

### **2.3.1.2 Tipos**

El Instituto Nacional de la Salud Mental (Estados Unidos, 2009), Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave: también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.



El trastorno distímico: también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.
- El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera 4 Depresión Instituto Nacional de la Salud Mental y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno

afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

### **2.3.1.3 Etiología de la Depresión**

García, et al. (2011), nos aclara los factores implicados en la etiología:

- Factores genéticos: una historia familiar de enfermedad depresiva representa alrededor del 39% de la varianza de la depresión en ambos sexos.
- Factores Endocrinológicos: aumentan el riesgo de depresión, como la diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison e hiperprolactinemia
- Factores Neurofisiológicos: los avances en neuroimagen han reforzado la idea de la depresión como un trastorno de estructura y función cerebral.
- Factores Psicológicos: rasgos de personalidad como “neuroticismo”, también aumentarían el riesgo de depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.
- Factores Socio familiares: las circunstancias sociales que aumentan el riesgo de depresión incluyen la pobreza, la falta de vivienda y el desempleo. La carencia de un factor de apoyo parece ser un factor de riesgo.

### **2.3.1.4. Modelos Teóricos de la Depresión**

**A. Teoría Cognitiva de Beck:** Beck (citado por Roque, 2017), plantea que los síntomas cognitivos son los que dominan y provocan los síntomas afectivos, teniendo como consecuencia los pensamientos negativos exagerados, que

al mantenerse este en un lapso de larga duración desencadena una alteración mental, quedando el individuo vulnerable a un trastorno depresivo. Así mismo, el instrumento a trabajar se basa en la presente teoría, ya que se evalúan los síntomas cognitivos y emocionales que presenta la persona estimada.

Beck, Rush, Shaw y Emery (citado por Roque, 2017), brinda un modelo básico que plantea conceptos específicos para manifestar el fundamento psicológico de la depresión.

1. Triada cognitiva: Beck et al (citado por Roque, 2017) aluden tres componentes que llevan al paciente a la depresión.

- Primer componente: el paciente tiene una visión, negativa de sí mismo, se imputa como enfermo, cada aspecto de su vida es malo, manifiesta no presenta ninguna virtud, revive experiencias pasadas y no se enfoca en superarlas, asimismo siente que no es digno de tener una felicidad plena.
- Segundo componente: presenta una visión negativa en el pasado interpretando sus experiencias negativamente y no buscando una solución, centrado en lo negativo, mas no en la enseñanza, básicamente este lleva a tener alternativas de solución acompañados de efectos no favorables.
- Tercer componente: presenta una visión negativa del futuro, resaltando todo lo negativo que podría acercarse, con imposibilidades de tener éxito o ver por lo positivo, este se anticipa al fracaso, focalizando su atención en aspectos malos del pasado, presente y futuro, optando la derrota y muchas veces el suicidio.

2. Errores en el procesamiento de la información: Beck et al (citado por Roque, 2017) manifiesta que el individuo con depresión, presenta una serie de pensamientos irracionales como consecuencia de una alteración en el pensamiento; a continuación, se muestra las creencias más comunes:

- Pensamiento absolutista: manifiesta las cosas extremadamente, catalogando las acciones como buenas o malas, blanco o negro, con conductas extremistas.
- Inferencia Arbitraria: suelen adelantarse ante una situación, sin haberlo vivido.
- Personalización: es la tendencia de aceptar las cosas muy personales, imputándose los problemas externos cuando este no tiene ninguna relación.
- Abstracción Selectiva: toma el segmento de una situación para evaluarla de una determinada forma.
- Maximización y minimización: se refiere a una distorsión para evaluar un pensamiento o acción realizada por sí mismo o por los demás.
- Generalización Excesiva: manifiesta una regla muy generalizada, desde situaciones muy externos a la presente.

**B. Teoría Psicodinámica:** Para Roque (2017), Hipócrates resaltó que la melancolía se refiere a la represión del ser humano, seguidamente Freud realiza diferencias entre la pérdida consciente y la pérdida inconsciente, donde la primera es real y la segunda se asocia a la melancolía. Resaltó que la melancolía es algo ambivalente, el amor por no querer separarse de

aquello que está desapareciendo como también el odio por la situación viviente, llegando a desear la pérdida de lo que se quiere; es por ello Freud resalta que el luto y la depresión son un ejemplo para explicar la teoría psicodinámica.

**C. Teoría de Albert Ellis:** Ellis (citado por Roque, 2017) señaló un enfoque donde se resalta la importancia a los pensamientos irracionales manifestados verbalmente, considerando la percepción del entorno de manera catastrófica, así como también manifestando emociones negativas inapropiadas e insanas, como vendrían a ser la ira, la ansiedad, la depresión, la culpabilidad o la vergüenza. Del mismo modo menciona que las conductas realizadas por el individuo son producto de las frases irracionales que circulan una y otra vez producto de las experiencias vividas.

**D. Teoría Conductual:** Watson (Citado por Roque, 2017) refiere que cuando una respuesta conductual deja de producir refuerzo positivo, da cabida a actos auto derrotistas, resalta que las personas que padecen depresión reciben refuerzos no verbales de su familia, amigos, compañeros y demás, causando en ellos desmotivación para el desarrollo de sus labores producto de la depresión.

## **2.3.2 Calidad de vida**

### **2.3.2.1 Definiciones**

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a como una persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo; es una medida de impacto de enfermedad en el paciente, su vida diaria, su sentimiento de bienestar y su funcionalidad, según (Gordillo, Fierro, Cevallos, & Cristina, 2016).

No existe una definición exacta para calidad de vida, sin embargo, este tema se viene dando desde hace años atrás y actualmente en el siglo XXI es tema a tratar en varias investigaciones realizados a nivel mundial. Se encontraron varios conceptos y cada autor menciona su punto de vista acerca de la calidad de vida en la persona.

Para Rodríguez, Castro y Merino (2005) el interés de querer estudiar el tema de Calidad de Vida, viene desde hace años atrás; hasta que en los años 80 se da la necesidad de querer medir esta realidad en datos objetivos (relacionados con las necesidades del individuo en salud, educación, etc.) y subjetivos a través del análisis de percepción del individuo en cuanto considere su nivel de bienestar. Además de ser que la calidad de vida va muy relacionada con las necesidades humanas y para ser evaluado debe ser a través de datos objetivos y subjetivos (Ardila, 2003).

Para Palomba (2002), calidad de vida constituye un término multidimensional de las políticas sociales que significa presentar buenas condiciones de vida ya sean objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, asimismo incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales incluyendo la satisfacción individual de necesidades.

Entonces entendemos que calidad de vida es el bienestar general que presenta el individuo ya sea psicológico, social y espiritual; este presenta dos aspectos.

- Aspecto Objetivo: se refiere al bienestar material, a las relaciones armónicas con nuestro entorno y a la salud objetivamente considerada.

- Aspecto Subjetivo: se refiere a la expresión emocional, intimidad, productividad personal, seguridad percibida y salud percibida.

### **2.3.2.2 Clasificación de la calidad de vida**

Galán (2010), realiza cuatro clasificaciones.

- 1) Calidad de vida y felicidad: el estudio de la felicidad por mucho tiempo fue el dominio de los filósofos moralistas, actualmente es el estudio de los científicos. La relación que tiene la calidad de vida con la felicidad es muy importante, puesto que el individuo mientras tenga felicidad subjetivamente en cada aspecto de su vida, tendrá una mejor calidad de vida.
- 2) Calidad de vida instrumental: la calidad instrumental muestra una condición materialista, extrínseca y formal, se refiere a la competición desenfrenada y acumulada de acumular bienes materiales, independientemente de los valores éticos establecidos colectivamente por la población; es decir trata de llevar al mundo a una degradación ecológica en el que trata de destruir a los individuos por obtener el bienestar personal, rompiendo redes sociales y del ser humano.
- 3) Calidad de vida sustantiva: presenta una condición ética e intrínseca del individuo como actor personal y social, se preocupa por la distribución equitativa de los bienes materiales y no materiales producidos por la población, además de satisfacer las necesidades básicas de la sociedad; a diferencia de la calidad instrumental este se preocupa por el bien común de la sociedad y del individuo realizando actividades de promoción colectiva con la población referente al medio cultural.

- 4) Calidad de vida y ética de las capacidades: un individuo lleva una combinación de quehaceres a lo que llamamos funcionamientos del ser. Asimismo, esta capacidad se refiere a la libertad sustantiva (al bien común de la sociedad y del individuo) para conseguir distintas combinaciones de funciones para lograr el estilo de vida que uno quiera. Recordando que lo primordial no son las funciones, sino las capacidades. Es decir, no las cosas que se hacen, sino las oportunidades reales que se presenten.

### **2.3.2.3 Dimensiones e indicadores de calidad de vida**

- a) Función física: Es el nivel en que la carencia de salud restringe el adecuado desempeño de las actividades físicas y las actividades correspondientes en la vida cotidiana. El ser humano con adecuado desempeño en esta dimensión evidencia vigor, inteligencia, simpatía excesiva y con energía para hacer actividades. El objetivo de esta dimensión es observar hasta que nivel dificulta a la persona, teniendo en cuenta que algunas actividades tienen relación con el autocuidado, subir escaleras, caminar, inclinarse entre otros.
- b) Rol Físico: Se refiere al grado de dificultad en las actividades laborales y hogareñas, como consecuencia manifestando disminución y muchas veces limitaciones en cuanto a sus actividades propias.
- c) Rol Corporal: Menciona ser el grado de dolor y medición padido por la persona, evaluando las actividades en sus labores ocupacionales, así como también familiar, el ascenso de niveles de dolor corporal a la satisfacción del individuo.
- d) Salud General: Hace mención al grado en que se observa la salud del individuo y a las expectativas de las enfermedades, por otro lado, esta



dimensión va relacionada a otras dimensiones, ya que juntas generan un bienestar físico, mental y social.

- e) Rol Emocional: Se refiere a los causantes de alteraciones emocionales y las limitaciones que contraen en el área laboral y otras actividades cotidianas, integra en sus indicadores: la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el menor rendimiento y menor cuidado al trabajar.
- f) Función Social: En esta área hace mención al grado que las áreas físicas, emocionales y sociales afectan la interacción con la sociedad generando aislamiento y tristeza.
- g) Salud Mental: Se refiere a la sintomatología de la depresión, ansiedad, control de conducta y el control emocional, siendo que va ligado a la promoción del bienestar en general, así mismo esta dimensión busca la prevención, intervención y rehabilitación de trastornos mentales.
- h) Vitalidad: Involucra a la energía que tiene el individuo a realizar actividades cargadas, es por ello la importancia de la calidad de sueño ya que es la forma natural que tiene el cuerpo de cuidarse y prepararse para enfrentar vivencias próximas.

#### **2.3.2.4 Modelos teóricos**

Nava (2012) hace mención a las siguientes teorías, que están relacionadas con la calidad de vida del ser individuo:

- a) Teoría de una buena vida: Se refiere a la realización de ideales determinados, explícitamente normativos como la autonomía; el elemento fundamental para los componentes son vectores y ponderaciones independientes para resaltar como una buena descripción general en la

calidad de vida, su enfoque va dirigido a las capacidades para realizar cosas básicas, dicha capacidad muestra la capacidad para elegir diferentes maneras de vivir.

- b) Teoría de la comparación social: Hace referencia a la capacidad de relacionar sus propias características actuales o potenciales: la salud, perspectivas futuras, la forma de hacer frente a una situación, la comparación interviene en cambios de humor como autoevaluación, satisfacción personal, y estrategias para afrontar alguna situación, esta teoría es fundamental ya que en nuestra sociedad la comparación existe en la mayoría de los ámbitos.
- c) Teoría de la observación de la propia vida y de la propia realidad: Indica que luego que hacer una comparación con otras personas o grupos, siendo parte de un proceso notable, subjetivo, ya sea cognitivo emocional. A partir de las comparaciones, el individuo considerara el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

#### **2.4 Definición de términos**

- Depresión: Según la Organización Mundial de la Salud (2018), refiere que la depresión es un trastorno mental que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, así como también llegar a dificultar perceptiblemente el desempeño en el medio laboral, familiar y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede direccionar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

- Episodio Depresivo: La Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento refiere que la capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida en el que existe alteraciones en el sueño y apetito disminuido, la autoestima y confianza de si se encuentra por debajo de lo normal. El estado de ánimo es reducido, asimismo no presenta interés en el entorno social y pueden acompañarse de síntomas somáticos. Como también, manifestado alteraciones físicas.
- Calidad de vida en salud: La calidad de vida es un estudio de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar emocional, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).
- Hemodiálisis: La hemodiálisis es el tratamiento de primera elección para sustituir la función renal en el individuo que padece de insuficiencia Renal Crónica (Curbelo et al., 2016).
- Insuficiencia renal crónica (IRC): Es un estado clínico en el cual hay pérdida irreversible de la función renal, es decir de los riñones, lo que lleva al paciente a depender permanentemente de una terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) con el fin de evitar la muerte. la IRC está asociada con factores infecciosos o fisiológicos como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico y puede

a su vez ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropáticos, descalcificación de los huesos, anemia, etc. (Perez et al., 2005).

- Paciente terminal: El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas que padecen de una enfermedad oncológica en fase avanzada, donde para mantenerse con vida necesitan de un equipo de transfusión de sangre, que cumple la función del riñón. Este mismo necesita la presencia un cuidado multidisciplinario, como el medico cardiólogo, nutricionista y profesional de la salud mental.

## **2.5 Hipótesis de la investigación**

### **2.5.1 Hipótesis general**

- Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### **2.5.2 Hipótesis específicas**

H1. Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H2. Existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H3. Existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H4. Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H5. Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H6. Existe relación significativa entre la depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H7. Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

H8. Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 Diseño y tipo de investigación**

La presente investigación es de diseño no experimental de corte transversal, siendo que no se manipularon las variables, por la misma que los datos se tomaran en un momento determinado. El tipo de estudio es descriptivo correlacional, (Hernández et al., 2010).

#### **3.2 Variables de la investigación**

##### **3.2.1 Depresión:**

Para Beck et al (2005), es un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general, con pensamientos irracionales hacia su propia valía en ocasiones con ideas de muerte.

##### **3.2.2 Calidad de vida:**

Tuesta (2012) refiere que calidad de vida está relacionada con la salud y es la mirada de bienestar del paciente a sí mismo, también es un factor muy considerado en el tratamiento como parte de la recuperación. Es parte de una medida del estado de salud y uno de los conceptos más utilizados en este ámbito, es usado para denominar un estado de salud funcional.

### 3.3 Operacionalización de las variables

Tabla 1

*Operacionalización de las variables de estudio*

Variable	Dimensiones	Indicadores o Ítems	Opciones de respuesta
Depresión	Cognitivo-Afectivo	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Sentimiento de fracaso 4. Insatisfacción 5. Culpabilidad 6. Sentimiento de castigo 7. Auto decepción 8. Auto culpación 9. Ideas de suicidio 10. Llanto 14. Pobre imagen corporal	Existe un tipo de respuesta: Tipo de Respuesta Likert: a) Normal b) Leve c) Interminente d) Moderada e) Grave f) Extrema
	Somático-Motivacional	11. Irritación 12. Desinterés social 13. Indecisión 15. Dificultad laboral 16. Insomnio 17. Fatiga 18. Pérdida de apetito 19. Pérdida de peso 20. Hipocondría 21. Desinterés por el sexo	

Calidad de vida	Función física	10 ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j	Hay dos tipos de respuesta: a. Tipo de Respuesta Likert: 1 Ausente 2 Ligera 3 Moderada 4 Severa 5 Incapacitante  b. Tipo de Respuesta Dicotómica 0 No 1 Si
	Función social	2 ítems: 6 y 10	
	Rol físico	4 ítems: 4a, 4b, 4c y 4d	
	Rol emocional	3 ítems: 5a, 5b y 5c	
	Dolor corporal	2 ítems: 7 y 8	
	Salud general	5 ítems: 1, 11 <sup>a</sup> , 11b, 11c y 11d	
	Salud mental	5 ítems: 9b, 9cc, 9d, 9f y 9h	
	Vitalidad	4 ítems: 9a, 9e, 9g y 9i	

### 3.4 Delimitación geográfica y temporal

La investigación se realizó en el presente año, en el departamento de Puno, provincia de San Román, Distrito de Juliaca con dirección: Jr. 24 de Junio Nro. 169 Barrio Laykakota (a 1 Cuadra del Parque Dante Nava).

### 3.5 Población y muestra

#### 3.5.1 Población

La población total estuvo conformada por 100 pacientes con IRC: 50 pacientes con diagnóstico médico de insuficiencia renales crónicos en proceso de hemodiálisis, realizando su tratamiento tres veces por semana de edades comprendidas entre 18 a 75 años de edad del Hospital Carlos Monje Medrano. Asimismo, otros 50 paciente con diagnóstico médico de insuficiencia renales crónicos en proceso de hemodiálisis realizando su tratamiento de tres veces por semana de edades comprendidas entre 20 a 75 años de edad del Hospital III Juliaca- Es Salud.



### **3.5.2 Muestra**

Se prescindió de la muestra debido a que se utilizó el total de la población.

### **3.6 Criterios de inclusión y exclusión**

#### ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes con tratamiento de hemodiálisis
- Pacientes en estado crónico terminal
- Pacientes que se encuentran llevando tratamiento en ALKSA

Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca.

- Pacientes que estén dispuestos a colaborar con la evaluación
- Mayores de edad
- Pacientes con consulta externa

#### ***Criterios de exclusión:***

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

### **3.7 Instrumentos**

#### **3.7.1 Depresión:**

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

depresión se categorizó como: no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos y depresión grave: <sup>3</sup> 30 puntos. Este instrumento fue validado en nuestro contexto por Vega, Coronado y Mazzoti en 1999 en una muestra de 136 pacientes internos en los pabellones de medicina general del Centro Médico Naval, hallando un alfa de Cronbach de .889, estando dentro de los rangos obtenidos en estudios realizados con el Beck Depression Inventory (BDI) en población psiquiátrica (.76-.90), estudiantes (.82-.92) y población no estudiantil psiquiátrica (.73-.90).

### **3.7.2 Calidad de vida**

El SF 36 (Instrumento de calidad de vida relacionada con la salud) diseñado por el Health institute new england medical center de Boston, Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir 9 conceptos genéricos sobre la salud de los cuales no son específicos de una patología, grupo de tratamiento, edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado mental. Además, se describe a cada dimensión con sus respectivos ítems: Función física: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j; función social: 6 y 10; rol físico: 4a, 4b, 4c y 4d; rol emocional: 5a, 5b y 5c; dolor corporal: 7 y 8; salud general: 1, 11a, 11b, 11c y 11d; salud mental: 9b, 9c, 9d, 9f y 9h; vitalidad: 9a, 9e, 9g y 9i Ítems. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud: cuanto mayor sean, mejor será el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila 0 – 100. Para la evaluación de los datos del presente estudio se consideró el proceso de las escalas del cuestionario SF – 36 teniendo las siguientes consideraciones: Para la evaluación de los datos se considerará el enfoque RAND de manera simple para

poder obtener los resultados, esto significa que hay que transformar los resultados en escalas de 0 peor estado de salud hasta 100 mejor estado de salud, estos resultados variaran de acuerdo a las cantidades de respuestas que tengan los ítems. Los resultados mediante los casos se consideran son: 0-20: deficiente; 21-40: malo; 41-60: regular; 61-80: bueno; 81-100: excelente. Este instrumento fue validado por Alfaro en 2011 (Lima – Perú) en una muestra de 100 pacientes con IRCT en cuatro centros de diálisis de la capital, hallando un alfa de Cronbach de .70 para todas las dimensiones, sin embargo la dimensión de función social fue el único una alfa de Cronbach de .58, asimismo las dimensiones más favorecidas fueron: Rol Físico, Función Física y Rol Emocional, llegando a alcanzar valores hasta de .90, La consistencia interna de los ítems también fue una forma de evaluar la confiabilidad del instrumento, todas las correlaciones ítem-test fueron superiores a .40.

### **3.8 Proceso de recolección de datos**

Antes de aplicar los instrumentos se procedió a gestionar la autorización por parte de la institución involucrada. Habiendo obtenido el mismo, se procedió a planificar la aplicación de los instrumentos acordando con los responsables directos la fecha y tiempo de evaluación. Durante la evaluación se procedió a solicitar el consentimiento informado por parte de los participantes, detallando el objetivo de estudio y recalando el manejo confidencial de la información, así como el anonimato del participante. Después de la aplicación, que tuvo una duración aproximada de 45 minutos, se procedió a calificar las pruebas.

### **3.9 Procesamiento y análisis de datos**

Una vez calificadas las pruebas, los datos fueron procesados a través del software Microsoft Excel y el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS 22.0.) Una vez configurada la base de datos se procedió al análisis de los mismos mediante pruebas estadísticas descriptivas: media, desviación estándar, tablas de frecuencias e inferenciales: coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1 Análisis descriptivo**

En la tabla 2 se observa el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de la población de estudio. Respecto al tiempo de enfermedad, se observa que el 51% de los encuestados refieren tener entre 2 a 5 años de enfermedad, el 42% refieren menos de un año, el 6% refieren tenerla entre 6 a 9 años y el 1% refieren 10 a más. Respecto al estado civil, se observa que el 68% de los encuestados refieren ser casados, el 17% refieren ser convivientes, el 8% refieren ser viudos, y el 7% refieren ser solteros. Respecto a la afiliación, se observa que el 53% de los encuestados reciben atenderse por medio del SIS y el 47% de los encuestados reciben atenderse por medio del ESSALUD. Respecto a la edad, se observa que el 43% de los encuestados refieren tener entre 55 a 72 años de edad, el 37% de los encuestados refieren tener entre a 37 a 52 años de edad, el 12% de los encuestados refieren tener entre 73 a 90 años de edad, y el 8% de los encuestados refieren tener entre 18 a 36 años de edad. Respecto al sexo, se observa que el 54% de los encuestados refieren ser masculinos y el 46% de los encuestados refieren ser femeninos. Respecto a la religión, se observa que 81% de los encuestados refieren ser católicos, el 8% de los encuestados refieren ser adventistas, el 6% de los encuestados refieren ser evangélicos, el 4% de los encuestados refieren profesar otro tipo de religión, y el 1% de los encuestados refieren ser ateos.

Tabla 2

*Datos sociodemográficos de la población de estudio*

		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de enfermedad	Menos de 1 año	42	42.0
	2 a 5 años	51	51.0
	6 a 9 años	6	6.0
	10 a mas	1	1.0
	Total	100	100.0
Estado civil	Soltero	7	7.0
	Casado	68	68.0
	Viudo	8	8.0
	Conviviente	17	17.0
	Total	100	100.0
Afilación	SIS	53	53.0
	ESSALUD	47	47.0
	Total	100	100.0
Edad	18 a 36	8	8.0
	37 a 54	37	37.0
	55 a 72	43	43.0
	73 a 90	12	12.0
	Total	100	100.0
Sexo	Femenino	46	46.0
	Masculino	54	54.0
	Total	100	100.0
Religión	Católico	81	81.0
	Adventista	8	8.0
	Evangélico	6	6.0
	Otros	4	4.0
	Ateo	1	1.0
	Total	100	100.0

Fuente: Base de datos del SPSS.

En la tabla 3, se observan los niveles de calidad de vida percibidos por los encuestados, se observa que el 90% refiere tener una calidad de vida a un nivel malo, el 10% refiere tener una calidad de vida regular, y no se obtuvieron puntuaciones en los siguientes niveles.

Tabla 3

*Nivel de calidad de vida de la población de estudio*

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	90	90,0
Regular	10	10,0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0
Total	100	100,0

Fuente: Base de datos del SPSS.

En la tabla 4, se observan los niveles de depresión percibidos por los encuestados, se observa que el 62% refiere tener una depresión a un nivel moderado, el 29% refiere tener una depresión leve, y el 9% refiere tener depresión severa.

Tabla 4

*Nivel de depresión de la población de estudio*

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	29	29,0
Moderado	62	62,0
Severa	9	9,0
Total	100	100,0

Fuente: Base de datos del SPSS.

## 4.2 Análisis inferencial

### 4.2.1 En relación a la hipótesis general

#### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### B. Regla de decisión

- Acepto la Ha si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la Ha si  $p > \alpha$

### C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 5, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud alta ( $Rho = -.686$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al alfa (.05)

Tabla 5

*Análisis de correlación entre la variable calidad de vida y depresión en la población de estudio*

		Calidad de vida		Depresión
Rho de Spearman	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	1,000	-,686**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,686**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

Fuente: Base de datos del SPSS.



#### **D. Decisión**

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018

#### **4.2.2 En relación a la primera hipótesis**

##### **A. Formulación de hipótesis estadísticas**

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

##### **B. Regla de decisión**

- Acepto la  $H_a$  si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la  $H_a$  si  $p > \alpha$

##### **C. Estadístico de prueba**

Tal como se puede observar en la tabla 6, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud alta ( $Rho = -.621$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al alfa (.05).

Tabla 6

*Análisis de correlación entre depresión y función física en la población de estudio.*

		Función		
		Física	Depresión	
Rho de Spearman	Función física	Coeficiente de correlación	1,000	-,621**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,621**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

Fuente: Base de datos del SPSS.

#### D. Decisión

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### 4.2.3 En relación a la segunda hipótesis

##### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

## B. Regla de decisión

- Acepto la  $H_a$  si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la  $H_a$  si  $p > \alpha$

## C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 7, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.575$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al  $\alpha$  (.05).

Tabla 7

*Análisis de correlación depresión y la dimensión función social en la población de estudio*

		Función Social		Depresión	
Rho de Spearman	Función Social	Coefficiente de correlación	1,000	-,575**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
		N	100	100	
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,575**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	100	100	

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

Fuente: Base de datos del SPSS.

## D. Decisión

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al  $\alpha$ , entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### 4.2.4 En relación a la tercera hipótesis

##### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

##### B. Regla de decisión

- Acepto la  $H_a$  si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la  $H_a$  si  $p > \alpha$

##### C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 8, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud baja ( $Rho = -.281$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .005$ ) el cual es menor al alfa (.05).

Tabla 8

*Análisis de correlación depresión y la dimensión rol físico en la población de estudio*

			Rol Físico	Depresión
Rho de Spearman	Rol Físico	Coeficiente de correlación	1,000	-,281**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,281**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	100	100

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

Fuente: Base de datos del SPSS.

#### D. Decisión

Como el valor de  $p = .005$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### 4.2.5 En relación a la cuarta hipótesis

##### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**$H_a$ :** Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**$H_0$ :** No existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

## B. Regla de decisión

- Acepto la Ha si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la Ha si  $p > \alpha$

## C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 9, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud baja ( $Rho = -.296$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .003$ ) el cual es menor al  $\alpha$  (.05)

Tabla 9

*Análisis de correlación depresión y la dimensión rol emocional en la población de estudio*

		Rol	
		Emocional	Depresión
Rho de Spearman	Rol Emocional	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.003
		N	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-.296**
		Sig. (bilateral)	.003
		N	100

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).  
Fuente: Base de datos del SPSS.

## D. Decisión

Como el valor de  $p = .003$  que es menor al  $\alpha$ , entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### **4.2.6 En relación a la quinta hipótesis**

##### **A. Formulación de hipótesis estadísticas**

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

##### **B. Regla de decisión**

- Acepto la Ha si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la Ha si  $p > \alpha$

##### **C. Estadístico de prueba**

Tal como se puede observar en la tabla 10, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud alta ( $Rho = -.694$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al alfa (.05).

Tabla 10

*Análisis de correlación depresión y la dimensión dolor corporal en la población de estudio*

			Dolor Corporal	Depresión
Rho de Spearman	Dolor Corporal	Coeficiente de correlación	1,000	-,694**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,694**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).  
Fuente: Base de datos del SPSS.

#### D. Decisión

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### 4.2.7 En relación a la sexta hipótesis

##### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**$H_a$ :** Existe relación significativa entre la depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.



**Ho:** No existe relación significativa entre la depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### B. Regla de decisión

- Acepto la Ha si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la Ha si  $p > \alpha$

### C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 11, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.522$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al  $\alpha$  (.05)

Tabla 11

*Análisis de correlación depresión y la dimensión salud general en la población de estudio*

			Salud General	Depresión
Rho de Spearman	Salud General	Coeficiente de correlación	1,000	-,522**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,522**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).  
Fuente: Base de datos del SPSS.

#### **D. Decisión**

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### **4.2.8 En relación a la séptima hipótesis**

#### **A. Formulación de hipótesis estadísticas**

**Ha:** Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**Ho:** No Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### **B. Regla de decisión**

- Acepto la  $H_a$  si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la  $H_a$  si  $p > \alpha$

#### **C. Estadístico de prueba**

Tal como se puede observar en la tabla 12, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.560$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al alfa (.05).

Tabla 12

*Análisis de correlación depresión y la dimensión salud mental en la población de estudio*

			Salud Mental	Depresión
Rho de Spearman	Salud Mental	Coeficiente de correlación	1,000	-,560**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,560**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

Fuente: Base de datos del SPSS.

#### D. Decisión

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al alfa, entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

#### 4.2.9 En relación a la octava hipótesis

##### A. Formulación de hipótesis estadísticas

**$H_a$ :** Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

**$H_0$ :** No existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

## B. Regla de decisión

- Acepto la  $H_a$  si  $p < \alpha$  (0.05)
- Rechazo la  $H_a$  si  $p > \alpha$

## C. Estadístico de prueba

Tal como se puede observar en la tabla 13, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.551$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) el cual es menor al  $\alpha$  (.05).

Tabla 13

### *Análisis de correlación depresión y la dimensión vitalidad en la población de estudio*

		Vitalidad	Depresión
Rho de Spearman	Vitalidad	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	100
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,551**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	100

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

## D. Decisión

Como el valor de  $p = .000$  que es menor al  $\alpha$ , entonces, rechazo la  $H_0$  a favor de la  $H_a$ , por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas - Cendial Juliaca, 2018.

### **4.3 Discusión**

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian que existe una relación significativa, entre las variables depresión y calidad de vida. Donde se observa que a mayor depresión se mostraran un menor nivel de calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, debido a que llevan una vida difícil presentando una dependencia inflexible a un dializador, un personal especializado con un tratamiento dificultoso, de frente hacia la enfermedad, según Álvarez et al, 2001 citado por (Villanueva & Casas, 2015).

Del mismo mencionamos que la depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes en pacientes con tratamiento de hemodiálisis (Pérez et al 2005), cuya relevancia se da por la frecuencia y gravedad por dichos pacientes, por lo tanto el deterioro de la calidad de vida se verá influenciada por fuentes generadas de estrés y de depresión, donde va a afectar el funcionamiento biológico, social y psicológico de los pacientes renales, (Ardila, 2003), debido a que los mismos efectos de la depresión y la enfermedad oncológica generaran una influencia negativa sobre los factores somático y emocionales de los pacientes, ya que son muy importantes para su recuperación para, Peña, 2008, citado por (Villanueva & Casas, 2015).

La OMS, citado por Córdova (2015), refiere que dichos pacientes oncológicos con tratamiento de hemodiálisis van a presentar efectos de trastornos emocionales como ansiedad, depresión, soledad, desesperanza ante la enfermedad y hacia el futuro, minusvalía, pérdida de apetito, pensamientos irracionales y catastróficos, ideas de muerte, negación, baja tolerancia a la frustración; que van a aparecer

asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, que repercuten de forma significativa en su bienestar.

Según los resultados existe una depresión inversa entre depresión y calidad de vida, en los pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. Es decir, conforme aumenta la depresión, desciende la calidad de vida; y a medida que desciende la depresión, aumenta la calidad de vida. (Villanueva & Casas, 2015), llegaron a obtener los mismos resultados que uno de las variables ocasionaría una disminución en la variable opuesta. Estas correlaciones confirman el resultado de los aspectos emocionales sobre la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, y confirman su importante correlación con la depresión.

Moreno (2012), menciona que la dimensión función física se verá afectado por el grado de ausencia de la salud debido a que presentara limitaciones para realizar las actividades físicas diarias, impidiendo de esa manera el esfuerzo para dichas actividades, dichos resultados mencionan que la alta prevalencia de sistemas depresivos de los pacientes no tiene que ver con lo factores específicos de riesgos sino con síntomas físicos como el dolor, o por otros factores inespecíficos como la forma que el paciente percibe su salud.

En la dimensión Función Social, la hemodiálisis va a imponer modificaciones en el estilo de vida familiar, social, siendo el tiempo que debe de dedicarse a ella, va a reducir las actividades sociales y familiares, ocasionando de esta manera conflictos de depresión a nivel personal y familiar, dado que esto va a varias de acuerdo al nivel de depresión, en pacientes con insuficiencia renal crónica (Galan, 2010).

En la dimensión Rol Físico, se verá afectado por los problemas físicos y emocionales que influyen de manera negativa en el trabajo u otras actividades que

forman parte de las actividades diarias, siendo así una dificultad en su desenvolvimiento diario. Debido a que los pacientes perciben que su salud física a de intervenir en su trabajo y en las actividades cotidianas, ya que lleva a un rendimientos menor a lo esperado, limitando y presentando dificultades, esto va inferir de manera significativa a su percepción personal, Contreras et al., 2006, citado por (Villanueva & Casas 2017).

En la dimensión Rol Emocional se verá afectado en diversos grados de alteración emocional tales como depresión ansiedad y estrés, que son asociadas a las misma limitaciones de la enfermedad, puesto que el grado de reacción emocional va a varias dependiendo de lo cognitivo que pose cada paciente, hacia el afronte de la enfermedad, Álvarez et al., 2001, citado por (Villanueva & Casas, 2015).

En la dimensión Dolor Corporal se verá afectado por la intensidad del dolor y sus efectos en las actividades que va a expresar de manera significativa. Ya que el dolor corporal se asocia con los síntomas depresivos, siendo que estos duplican el riesgo de desarrollar dolor corporal de aquellos que no presentaron síntomas, existiendo de esta manera una relación significaba de la escala calidad de vida, y la depresión con una alta probabilidad, para desarrollar un dolor corporal severo, colocando esto a la depresión como un factor influyente del dolor corporal, Cabildo, 2014, citado por (Villanueva & Casas, 2015).

En la dimensión Salud General el paciente evalúa su salud como deficiente, y da la posibilidad de que esto empeore el futuro de salud, estructurando de este modo una autopercepción negativa de su calidad de vida, en su tratamiento y recuperación. Dado que la depresión puede afectar de la misma manera las funciones inmunológicas y nutricionales, influyendo de esta manera en los

resultados del tratamiento. Es por ello que la depresión es uno de los factores independientes en la supervivencia de los pacientes renales; Morales, 2007, citado por (Villanueva & Casas, 2015).

Así mismo en la dimensión Salud Mental, se puede decir que su salud mental de los pacientes, está enfocado en aspectos negativos lo que puede ir deteriorando progresivamente, tanto el cuerpo como la mente, desarrollándose de manera significativa en el rol emocional, provocando dificultades en su desenvolvimiento de sus actividades cotidianas y relaciones sociales (Alfaro, 2011).

Finalmente, en la dimensión Vitalidad, se puede decir que es la energía que posee para realizar sus actividades, observando diferentes niveles de intensidad debido que la terapia devuelve la fuerza a cada paciente y sale reconfortado físicamente después de cada sesión de hemodiálisis, Mera, 2007, citado por (Villanueva & Casas, 2017). Damos hincapié que algunas veces el paciente se ha sentido con energía para realizar sus actividades.



## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

De acuerdo al resultado presentado en esta investigación en la depresión y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis, se describe las siguientes conclusiones:

En el nivel de Depresión, se encontró que el 29% de pacientes presentan depresión leve, mientras que un 62% presentan una depresión moderada y un 9% manifiestan una depresión severa.

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

Respecto al nivel de calidad de vida, se halló que el 90% de los evaluados presentan una funcionalidad mala, y el 10 % de los evaluados presentar una funcionalidad regular.

- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión de Función Física, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud alta ( $Rho = -.621$ ), es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Función Física en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.
- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Función Social, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.575$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable

Depresión y la dimensión Función Social en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.

- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Rol Físico, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud baja ( $Rho = -.281$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .005$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable depresión y la dimensión Rol Físico en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.
- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Rol Emocional, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud baja ( $Rho = -.296$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .003$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Rol Emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.
- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Dolor Corporal, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud alta ( $Rho = -.694$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Dolor Corporal en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.
- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Salud General, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.522$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Salud General en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.
- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Salud Mental, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud

moderada ( $Rho = -.560$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Salud Mental en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.

- De acuerdo a la variable depresión y la dimensión Vitalidad, los valores obtenidos indican la existencia de una correlación negativa, de magnitud moderada ( $Rho = -.551$ ), además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) por lo que existe relación significativa entre la variable Depresión y la dimensión Vitalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación.

## 5.2 Recomendaciones

- Se recomienda al personal de área de Psicología realizar actividades, talleres considerando los siguientes temas: Autoestima, Resiliencia, Técnicas de Relajación, Afrontamiento al dolor etc.
- Se recomienda a los pacientes con tratamiento de hemodiálisis una moderada cantidad de actividades físicas como: caminar moderadamente entre 5 a 10 min diarios.
- Se recomienda al paciente y sus familiares a participar de talleres y programas acerca de la enfermedad para que se concienticen como se produce los cambios a nivel fisiológico y psicológico a raíz de la enfermedad.
- Se recomienda al área de psicología concientizar al paciente de la importancia de acudir a sus controles de hemodiálisis.
- Se recomienda a los familiares de su entorno más cercano, realizar un acompañamiento en los tratamientos dados a los pacientes (seguimiento).

- Se recomienda a futuros investigadores realizar estudios con la variable de soporte familiar en la misma población, ya que se observó la importancia del soporte familiar en el paciente para mejorar su calidad de vida.

## Referencias

- Añazo, P., Mendoza, J., & Rondan, A. (2016, Junio). *La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados*. From Acta Medica Peruana AMP: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Ardila, R. (2003). CALIDAD DE VIDA: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 101.
- Barillas, E. (2016, Octubre 28). *Salud mental y la Biblia*. From <http://saludmentalylabiblia.blogspot.pe/>
- Borda, M., Forero, C., Ahcar, N., Hinestrosa, C., Polo, S., Staaden, M., & Valencia, M. (2013). *Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistente al Hospital Niño Jesús en barranquilla*. From Salud Uninorte: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81730431007.pdf>
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., & Ruano, Á. (2011). *Rehabilitación Neuropsicológica*. España: GEA CONSULTORIA EDITORIAL, S.L.
- Cordova, J. (2015, Octubre). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca*. From Universidad Peruana Union: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Jakelin\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Jakelin_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Galán, G. N. (2010). la calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*, 133 - 135.
- Gálvez V., C. A. (2002). PODER PARA CAMBIAR: Los hábitos de salud de manera feliz y para siempre. In C. A. Gálvez V., *PODER PARA CAMBIAR: Los hábitos de salud de manera feliz y para siempre* (pp. 12 - 17). Lima: Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión.
- Goma, A., Peris, P., & Ramos, A. (2010). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis*. From Rev Soc Enferm Nefrol: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n3/original1.pdf>
- Gordillo, F., Fierro, M., Cevallos, N., & Cristina, M. (2016, Julio 19). *La salud mental determina la calidad de vida de los paciente con dolor neuropatico*

*oncologico en Quito, Ecuador.* From REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRIA: <http://www.redalyc.org/html/806/80652006005/>

- Hernandez, R., Fernandes, C., & Baptista, P. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. Chile: Mc Graw Hill.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (1997). *Metodologia de la Investigación*. Mexico: McGRAW - INTERAMERIANA DE MEXICO S.A.
- Herrera Añazco, P., Pacheco Mendoza, J., & Taype Rondan, A. (2016). La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revision narrativa de los articulos cientificos publicados. *Acta Medica Peruana*, 134.
- Llana, H., Remor, E., Peso, G., & Selas, R. (2014). El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesion al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis. *Revista Nefrologia. Organo oficial de la Sociedad Española de Nefrologia*, 654. From <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n5/revision1.pdf>
- Loza Munarriz, C. A., & Ramos Muñoz, W. C. (2015). *Analisis de la situacion de la enfermedad cronica en el peru 2015*. From [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
- Loza, A., & Ramos, C. (2015). *Analisis de la situacion de la enfermedad cronica en el Peru*. From Peru Ministerio de Salud: [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
- MANZUR, J. L., YEDLIN, G., LEIBOVICH, A., WILLIAMS, G., & AMARILLA, A. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre prevencion y deteccion precoz de la enfermedad renal cronica en adultos en el primer nivel de atencion. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atencion Medica*, 21.
- Marin, J. R. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: EDITORIAL SINTESIS, S. A.
- Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista Enfermeria Neurologica*. From Revista enfermeria Neurologica: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Obaya, C. (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Cronica dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. 11.

- OMS. (2017, Marzo). *Organizacion Mundial de la Salud*. From <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud, O. (2018). *Salud mental*. From [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- Paez, A., Jofre, M., Azpiroz, C., & Bortoli, M. (2008, Noviembre 20). *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal cronica en trataiento de dialisis*. From Área Psicobiológica - Universidad Nacional de San Luis de Argentina:  
[http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/arc\\_hivos/V08N01A09.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/arc_hivos/V08N01A09.pdf)
- Palomba, R. (2002, Julio). *Calidad de Vida: conceptos y medidas* . From [https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1\\_ppt.pdf](https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf)
- Peralta, M. M. (2016). *TESIS UNA - PUNO*. From CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:  
[http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4719/Quispe\\_Peralta\\_Maritzza\\_Maribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4719/Quispe_Peralta_Maritzza_Maribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodriguez Vidal, M., Castro Salas , M., & Merino Escobar, J. (2005, 11 07). *SCIELO*. From Ciencia y Enfermeria :  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007)
- Roque Afray, M. G. (2017). *Repositorio UPeU*. From [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1008/Missael\\_Tesis\\_Bachiller\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1008/Missael_Tesis_Bachiller_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Roque, M. (2017, febrero). *“Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes*. From Universidad Peruana Union:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1008/Missael\\_Tesis\\_Bachiller\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1008/Missael_Tesis_Bachiller_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Schaloch, R., & Verdugo, M. (2003). *Manual para profesionales de la educacion, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tuesta, R. (2012). *Calidad de vida relacionada con la salud*. From Revista Médica de Chile: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Villanueva, C., & Casas, J. (2015, febrero). *Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un*. From Univeridad Peruana Union:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/133/Carlos\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/133/Carlos_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

White, E. G. (1989). *Mente Caracter y Personalidad, Tomo 2* . In E. G. White, *Mente Caracter y Personalidad, Tomo 2* (p. 407). Argentina: B1604CDG Florida Oeste, Buenos Aires, Republica Argentina.

White, E. G. (1989). *Mente, Caracter y Personalidad, Tomo 1*. In E. White, *Mente, Caracter y Personalidad, Tomo 1* (p. 25). Argentina: B1604CDG Florida Oeste, Buenos Aires, Republica Argentina.



## Anexos

### Anexo A

#### ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:

Género:

Religión:

Estado civil:

Edad:

Seguro integral:

Tiempo de enfermedad:

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

1.

a. No me siento triste.

b. Me siento triste.

c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.

d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.

a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.

b. Me siento desanimado con respecto al futuro.

c. Siento que no tengo nada que esperar.

d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

a. No creo que sea un fracaso.

b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.

c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.

d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.

b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.

c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.

d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

a. No me siento especialmente culpable.

b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.

c. Me siento culpable casi siempre.

d. Me siento culpable siempre.

6.

a. No creo que este siendo castigado.

b. Creo que puedo ser castigado.

c. Espero ser castigado.

d. Creo que estoy siendo castigado.

7.

a. No me siento decepcionado de mí mismo.

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

d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

a. No me canso más que de costumbre.

b. Me canso más fácilmente que de costumbre.

c. Me canso sin hacer nada.

d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

a. Mi apetito no es peor que de costumbre.

b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.

c. Mi apetito esta mucho peor ahora.

d. Ya no tengo apetito.

19.

a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.

b. He rebajado más de dos kilos y medio.

c. He rebajado más de cinco kilos.

d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.

b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

d. He perdido por completo el interés en el sexo.

## Anexo B

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Nombre:

Género:

Religión:

Estado civil:

Edad:

Seguro integral:

Tiempo de enfermedad:

#### CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT-FORM, SF-36)

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

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

Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

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

Mucho mejor ahora que hace un año 1

Algo mejor ahora que hace un año 2

Más o menos igual que hace un año 3

Algo peor ahora que hace un año 4

Mucho peor ahora que hace un año 5

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

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

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

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

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

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

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

Nada 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

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

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

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

Nada 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

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

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

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

Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Sólo algunas veces 4 Nunca 5

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

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