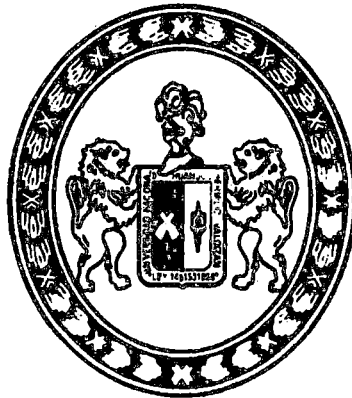


UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
HUANUCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS: ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
HEMODIALIZADOS - UNIDAD DE DIÁLISIS - HOSPITAL REGIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO" - HUÁNUCO - 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**Billy Cristom ACOSTA SARMIENTO
María Cristina IGLESIAS GONZALES**

**ASESOR:
DR. ABNER FONSECA LIVIAS**

**HUÁNUCO-PERÚ
2015**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los cuatro días del mes de setiembre de 2015, siendo las once y treinta horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0456-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS - UNIDAD DE DIÁLISIS - HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO" - HUÁNUCO - 2015**, del Bachiller: **Billy Cristom ACOSTA SARMIENTO**


El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:


- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| • Dra. Enit Villar Carbajal | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Mg. Holger Aranciaga Campos | VOCAL |
| • Mg. Luis Laguna Arias | ACCESITARIO |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD, con el calificativo cuantitativo de Diecisiete y cualitativo de MUY BUENO, quedando APTO para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
PRESIDENTE (A)


.....
SECRETARIO (A)


.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los cuatro días del mes de setiembre de 2015, siendo las once y treinta horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0456-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS - UNIDAD DE DIÁLISIS - HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO" - HUÁNUCO - 2015**, de la Bachiller: **María Cristina IGLESIAS GONZALES**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| • Dra. Enit Villar Carbajal | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Mg. Holger Aranciaga Campos | VOCAL |
| • Mg. Luis Laguna Arias | ACCESITARIO |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de Dieci Siete y cualitativo de ROY BUENO, quedando APTO para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

DEDICATORIA

Al omnipotente Dios que me da la vida cada día; a mis padres y familiares por su valioso apoyo incondicional; a mis profesores por motivarme y a todas las personas que me dan el ánimo de seguir adelante cada día en mi formación profesional.

BILLY CRISTOM

A todo poderoso, por premiarme con el don de ser enfermera, y brindar un cuidado humanizado a las personas; a mis padres, hermanos por su apoyo valorativo en todo el proceso de mi formación profesional.

MARIA CRISTINA

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo agradecimiento a Dios que siempre estará con nosotros, por iluminar y dirigir nuestros pasos hacia el futuro para alcanzar nuestras metas trazadas.

También, nuestro agradecimiento al licenciado en Enfermería Fidel Castro por su apoyo durante el proceso de recolección de datos y a todos los pacientes que aceptaron en parte de la presente investigación.

Un agradecimiento especial a nuestro asesor el Dr. Abner Fonseca Livias por las sugerencias, orientaciones y correcciones, durante el periodo del presente trabajo investigación.

Los Investigadores

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la influencia de factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - unidad de diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015. Es un estudio de tipo cuantitativo, analítico no experimental. La muestra estuvo conformada por 28 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario, para determinar la calidad de vida de los pacientes hemodializados; también se utilizó un inventario de Beck para determinar la ansiedad y otro inventario de Estado-Rasgo para determinar la ansiedad. Los resultados fueron: a través de la prueba estadística Test exacto de Fisher se halló influencia significativa de la ansiedad en la calidad vida del paciente hemodializado a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,029$), vitalidad y energía ($p < 0,030$) y salud general ($p < 0,038$). En cuanto a la influencia de la depresión en la calidad de vida de los usuarios hemodializados se halló influencia altamente significativa en función física ($p < 0,003$)**; es decir pacientes con algún grado de depresión tienen función física deficiente; asimismo se encontró influencia significativa del factor depresión en la calidad de vida :a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,010$), vitalidad y energía ($p < 0,010$), rol emocional ($p < 0,017$) y salud general ($p < 0,011$); es decir, los pacientes hemodializados, que presentan algún grado depresión se ve alterado su calidad de vida. Se concluye que la depresión y la ansiedad influyen significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados

Palabras Claves: calidad de vida, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

The aim of the investigation was to determine the influence of psychological factors: anxiety and depression in the quality of life of the patients' Hemodializados - unit of dialysis – Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” – Huánuco 2015. It is a study of quantitative, analytical not experimental type. The sample was shaped by 28 patients. The used instruments were: a questionnaire, to determine the quality of life of the patient's Hemodializados; also Beck's inventory was in use for determining the anxiety and another inventory of State I - tear to determine the anxiety. The results were: across the statistical test Fisher's exact Test was situated significant influence of the anxiety in the quality life of the patient Hemodializados to level of corporal pain and social role ($p < 0,029$), vitality and energy ($p < 0,030$) and general health ($p < 0,038$). As for the influence of the depression in the quality of life of the users hemodializados highly significant influence was situated in physical function ($p < 0,003$) **; it is patients say with algun degree of depression they have physical deficient function; animism depression was influence significant of the factor in the quality of life: a level of corporal well-being and social role ($p < 0,010$), vitality and energy ($p < 0,010$), emotional role ($p < 0,017$) and general greeting ($p < 0,011$); it is to say, hemodialysis patients, who have some degree depression is altered quality of life . One concludes that the depression and the anxiety influence highly significant the quality of life of the patients hemodializados.

Key words: quality of life, anxiety, depression.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE DE CONTENIDO	VI
INTRODUCCIÓN	IX

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes	1
1.2 Bases Teóricas	5
1.2.1 Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.	5
1.2.2 Teoría cognitiva de Beck	6
1.2.3 Teoría de la calidad de vida	9
1.3 Bases conceptuales	10
1.3.1 Insuficiencia renal crónica (IRC)	10
1.3.1.1 Definición	10
1.3.1.2 Causas	12
1.3.1.3 Manifestaciones clínicas	12
1.3.2 Diálisis	16
1.3.2.1 Hemodiálisis	17

1.3.3 Depresión	19
1.3.3.1 Causas de depresión	19
1.3.3.2 Diagnostico	20
1.3.4 Ansiedad	22
1.3.4.1 Manifestaciones Clínicas	23
1.3.5 Calidad de vida	23

CAPITULO II

MARCO METODOLOGÍCO

2.1	Ámbito de estudio	26
2.2	Población muestral	26
2.3	Tipo de investigación	27
2.4	Diseño y esquema de investigación	27
2.5	Técnicas e instrumentos	28
	2.5.1 Técnicas	28
	2.5.2 Instrumentos	28
2.6	Validación de instrumentos	29
2.7	Confiabilidad	29
2.8	Procesamiento de datos	29
2.9	Plan de tabulación y análisis de datos	30

CAPITULO III**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

3.1	Resultado descriptivo	31
3.2	Resultado inferencial	46
3.3	Discusión	48
	CONCLUSIONES	51
	RECOMENDACIONES	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
	ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis es el término médico utilizado para definir al proceso artificial de filtración de los productos de desecho y la eliminación del exceso de líquidos del organismo, en el momento en que los riñones no pueden realizarlo normalmente; que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente que se va afectando con los trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión que se asocia con una menor esperanza de vida.

Daugirdas, John. 2002. La insuficiencia renal crónica afecta a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente; entre las enfermedades causantes se encuentran: glomerulonefritis de cualquier tipo (una de las causas más comunes), enfermedad poliquística del riñón, hipertensión, síndrome de Alport, nefropatía del reflujo, uropatía obstructiva, infección o cálculos en el riñón, nefropatía por analgésicos y la diabetes mellitus que es una de las mayores causantes de esta enfermedad". (1)

Álvarez, F y cols.2001. Al ser diagnosticados y referidos para dicho tratamiento manifiestan una serie de desacuerdos y actitudes que muchas veces conllevan a que rechace muchos cambios en su vida, cambios que requieren del adecuado cuidado, de lo contrario, su vida puede peligrar. Las actitudes que presenten ellos con respecto a su enfermedad, pueden ser factores que influyan en su tratamiento y que al final se evidenciará en el estado de salud que presenten. (2)

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto

tratamiento, teniendo que modificar su vida social disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento. Lo que conduce muchas veces al rechazo y negatividad a la hemodiálisis

Según Minsa en el Perú anualmente un promedio de 1200 pacientes inicia terapia de diálisis, de esta cifra más del 80% ingresa a hemodiálisis (HD). (3)

Cristina Peña Miranda (2012) la Hemodiálisis conlleva un gran cambio en las rutinas del paciente, al tener que adaptarse a los horarios específicos exigidos por las sesiones dialíticas, a los regímenes dietéticos,

a la restricción de líquidos, al cuidado de los accesos vasculares y a la múltiple y nueva medicación. (4)

Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001. Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice, del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia en la unidad de hemodiálisis. (5)

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, conducente a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa). (6)

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales

crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad.

De otro lado, Moreno. (2004) señala que una alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con IRC está asociada a un descenso generalizado en la actividad física, disminución de actividades sociales y pérdida de energía para mantener sus actividades cotidianas y laborales. De este modo, es posible observar que estos cuadros se asocian a un deterioro en la calidad de vida, una salud más pobre y por tanto, a un aumento en los riesgos de mortalidad. (7)

Gómez-Vela & Sabeh, (2002) La calidad de vida se define como el juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad o satisfacción en la vida; esta evaluación es también objetiva en tanto mide aspectos más externos como vivienda, alimentación, trabajo, vestido, seguridad social, entre otros; sin embargo, resulta fundamental para el concepto la valoración personal que hacen las personas de su bienestar. Otro aspecto fundamental del concepto es que éste es multidimensional ya que abarca la evaluación sobre el área física, mental y social. (8)

Kimmel, (2000) Nos menciona que dicha enfermedad puede producir dificultades económicas a los pacientes, cambiar la percepción de sí mismos,

afectar gravemente sus relaciones con la familia y amigos y generar un significativo impacto sobre su calidad de vida. (9)

La prevalencia de la depresión y ansiedad que sufren los pacientes que son sometidos al terapias de hemodiálisis en nuestro medio aún no están muy definidas por las investigaciones ya que estos problemas pueden afectar o modificar la calidad de vida del paciente.

Los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficiente en cuenta, las terapias de hemodiálisis solo ven el aspecto físico y no el estado emocional de dichos pacientes que muchas veces se confunden con síntomas de una IRC, es por eso que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cómo influyen los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015?.

Esto se justifica porque la mayoría de pacientes que padecen una enfermedad crónica renal adquieren síntomas físicos asociados a la depresión y la ansiedad que muchos de ellos son confundidos con la propia sintomatologías de la enfermedad y que al realizar las intervenciones terapéutica medicas se enfocan principalmente en la parte física del paciente y no en la parte psicológica ya que este es un factor que puede afectar altamente la calidad de vida paciente aumentado así el riesgo de suicidio del paciente.

Este dato es corroborado por el licenciado en Enfermería de la Unidad de Diálisis del Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" donde nos menciona que: *"la mayoría de los pacientes vienen al inicio del tratamiento acompañados por sus familiares pero luego al pasar el tiempo los dejan solos con su tratamiento, por cual estos pacientes se sienten abandonados, tristes y solos"*.

El propósito de la investigación es: influir en la generación de nuevas estrategias de intervención en el área de la salud, en la cual se promueve el desarrollo de técnicas y/o habilidades en pro de la salud integral, de quien padece una enfermedad crónica, para tomar medidas preventivas que ayuden a mejorar la atención integral, considerando al paciente como ser biopsicosocial y espiritual teniendo en cuenta a la familia como un medio de apoyo para su recuperación para así reducir los factores psicológicos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Los objetivos de la investigación fueron:

Objetivo general:

- Determinar cómo influyen los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.

Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de la ansiedad de los pacientes hemodializados.
- Identificar la prevalencia de depresión de los pacientes hemodializados.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes hemodializados.
- Comparar la influencia de los factores psicológicos: Ansiedad, depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados

La hipótesis de investigación fueron las siguientes:

Hipótesis general:

- **Hi:** Los factores psicológicos: ansiedad y depresión influyen significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.
- **Ho:** Los factores psicológicos: ansiedad y depresión no influyen significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.

Hipótesis específico:

- **Hi₁:** La ansiedad influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.
- **Ho₁:** La ansiedad no influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.
- **Hi₂:** La depresión influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.
- **Ho₂:** La depresión no influye significativamente en la calidad de los pacientes hemodializados.

Las variables de investigación fueron:

- Variables independientes: Factores psicológicos: Ansiedad y Depresión
- Variable dependiente: Calidad de vida

La operacionalización de variables fue el siguiente:

VARIABLE		DIMENSIÓN		INDICADORES	RESPUESTA O VALOR FINAL	ESCALA
INDEPENDIENTE	FACTORES PSCOLOGICOS	Ansiedad	ESTADO	Me siento calmado (a) Me siento seguro (a) Estoy tenso Me siento cómodo (estoy a gusto) Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras Me siento angustiado Me siento confortable Me siento nervioso Estoy impaciente Me siento incapacitado o muy "atado" Estoy relajado Me siento satisfecho Estoy preocupado Me siento alegre En este momento me siento bien Me siento menos que las otras personas	Nada Algo Bastante Mucho	Ordinal Politomica

			<p>RASGO</p> <p>Me siento bien Me canso rápidamente Siento ganas de llorar Me gustaría ser tan feliz como otros Soy una persona serena y calmada Veo que las dificultades se almacenan y no puedo con ellas Me preocupo demasiado por cosas sin importancia Soy feliz Suelo tomar las cosas muy seriamente.</p> <p>tengo confianza en mí mismo Me siento seguro suelo afrontar las crisis o dificultades Me siento triste (melancólico) Estoy satisfecho con mi vida Me rondan y molestan pensamientos sin importancia Me afectan las mentiras con respecto a la enfermedad que no puedo olvidarlos Soy una persona estable Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.</p>	<p>0.Casi nunca 1.A menudo 2.A veces Casi siempre</p>	<p>Ordinal Politómica</p>
--	--	--	--	--	---------------------------------------

		Depresión	Estado de ánimo Pesimismo Insatisfacción Sentimientos de culpa Odio a sí mismo Impulsos suicidas Períodos de llanto Aislamiento social Imagen corporal Capacidad laboral Trastornos del sueño Cansancio Pérdida de apetito Pérdida de peso Hipocondría	Ausente Leve Moderada Grave	ORDINAL POLITOMICA
DEPENDIENTE	CALIDAD DE VIDA	Función física	Autocuidado Caminar Inclinarse Realizar esfuerzos moderados	Normal Limitada	NOMINAL DICOTOMICA
		Rol físico	Productividad Rendimiento laboral	Aceptable Deficiente	NOMINAL DICOTOMICA
		Dolor corporal	Intensidad del dolor efecto a su actividad	Aceptable Deficiente	NOMINAL DICOTOMICA
		Salud General	Salud actual Perspectivas al futuro Resistencia a enfermar	Buena Mala	NOMINAL DICOTOMICA

		Vitalidad	Energía Vitalidad Cansancio Agotamiento	Conservada Deficiente	NOMINAL DICOTOMICA
		Función Social	vida social normal vida social afectada	Aceptable Deficiente	NOMINAL DICOTOMICA
		Salud mental	depresión ansiedad control de la conducta y bienestar	Buena Mala	NOMINAL DICOTOMICA

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

Factores psicológicos.

Son comportamiento inadecuado que la persona presenta o emite al entorno, producto de una patología que el enfrenta

Ansiedad

Angustia e intranquilidad que acompaña a las enfermedades crónicas con sensación de constricción precordial y que impide afrontar su estado de salud

Depresión

Son sentimiento o emociones de tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida

Calidad de vida

Calidad de vida es funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar y el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario

Función Física

Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.

Rol Físico

Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Dolor corporal

La intensidad del dolor y su efecto

Salud general

Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro, la resistencia a enfermar.

Vitalidad

Sentimiento de energía y vitalidad, frente a sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función social

Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social.

Rol emocional

Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

Salud mental

Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Según **Deycer Gómez Hernández. (2014)** en México realizaron un estudio de "Autocuidado y Calidad de vida en Personas con Hemodiálisis" descriptivo correlacional; cuya población estuvo conformada por 54 pacientes se utilizó una cédula con datos socio demográficos, se aplicaron tres cuestionarios relacionados a las acciones de autocuidado, conocimientos de la enfermedad y calidad de vida; el objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida de las personas con tratamiento de hemodiálisis; cuyo resultado fue lo siguiente el 95% de los participantes presentaron bajos puntajes en la percepción de su calidad de vida incluyendo las dimensiones: física y de síntomas de la enfermedad. (10)

Según **Amelia Páez. Et al. (2011)** en Argentina realizaron un estudio de investigación titulada: "Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis" de tipo descriptivo; cuya población estuvo conformado en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años, El objetivo de este estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de edades entre 25 y 85 años teniendo como resultado con respecto a la ansiedad estado, el 16,7% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad estado y el 3,3%, ansiedad estado alta. En cuanto a la

ansiedad rasgo, el 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajos niveles de ansiedad rasgo y el 23,3%, altos niveles de ansiedad rasgo. (11)

Por otro lado **Andrea Medina y Mario Espinach (2013)** en Costa Rica realizaron un estudio de investigación titulada "Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del Servicio de Hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia" fue un estudio de Análisis descriptivo, estratificado y transversal; cuya población es de 23 pacientes Servicio de HD, HCG, diciembre del 2012. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) durante la sesión de HD, siendo el objetivo general describir la condición emocional (depresión y ansiedad) en usuarios mayores de 18 años del Servicio de HD dando como resultado Del total de la población, el 61% (14 pacientes) fueron hombres. La mediana de la edad en años cumplidos al ingreso del estudio fue 49.35 ± 13.14 años. El estado civil que predominó al momento del estudio fue el casado(a) 52%. El 65% de los usuarios eran considerados como candidatos al trasplante renal. Sólo el 9% mencionó no contar con una red de apoyo, siendo la familia la principal fuente. La depresión se encontró en el 57% de los usuarios, predominando la de baja intensidad en 22%. La ansiedad normal predominó (43%), seguido por la severa en 26%. (12)

Así mismo **Eutropio Moreno y Dolores Arenas (2010)** en España realizaron un estudio de investigación titulado "Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis"; el Diseño fue de tipo descriptivo, transversal, observacional. Se realizó el estudio con 75 pacientes, 50 varones. Se excluyeron los pacientes mayores de 65 años y con menos de 6 meses de permanencia en programa de HD, o que presentaran trastornos psicóticos, neurológicos o descompensación del estado físico.

Resultados: La sintomatología depresiva estaba presente en un porcentaje bastante elevado de nuestros pacientes: 53,3% con la HDRS y un 44% con el BDI y la ansiosa en un 46,6%. Al analizar los resultados observamos que las variables sociodemográficas, así como las relacionadas con el proceso dialítico no han resultado factores predisponentes de la ansiedad y la depresión. (13)

Según **Rosita Flores y Cristian Diaz (2012)** en Perú - Tarapoto realizaron un estudio de investigación titulado "Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua", el tipo de investigación fue de tipo descriptiva simple, donde se usó el diseño de una sola casilla. La población fue representada por 31 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. teniendo como objetivo, determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua, el resultado fue lo siguiente: El 35,5% calificaron en general su salud, algo mejor ahora que hace un año; El 58,1% reportó estado de salud que limita las actividades físicas de su vida diaria; El 71,0% reportó rol físico malo, produciendo como consecuencia un rendimiento en el trabajo y otras actividades diarias menor del deseado; El 61,3% refirió padecer intensidad de dolor bueno, lo cual no tiene efecto en su trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente; el 54,8% refirió estado negativo de salud en general; El 71,0% refirió sentimiento de energía y vitalidad buena frente al de cansancio y desánimo; El 61,3% refirió que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud no interfieren en su vida social habitual; el 51,6% refirió que los problemas emocionales no afectan su trabajo y otras actividades diarias y el 51,6% valoraron su salud mental en general como buena. (14)

Según **Jorge Sánchez (2014)** Perú – Piura “Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en El Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud”, de tipo descriptivo, observacional, transversal, la población fue representada 72 pacientes mayores de 20 años, con Insuficiencia Renal Crónica, en terapia de Hemodiálisis mayor a tres meses, teniendo como objetivo describir la calidad de vida desgregada en las distintas dimensiones del cuestionario, el resultado fue lo siguiente: que, existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. (15)

Según **Liz Paucar (2009)** Perú - Huánuco realizó un estudio de investigación titulada “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis en la unidad renal del Hospital Regional Hermilio Valdizan”; el diseño fue transversal-descriptivo. La población en estudio fue de 24 pacientes en varones y mujeres; teniendo como resultado que el 56% presento una calidad de vida regular, mientras el 40% una calidad de vida deficiente, el 70.8% presento una función física limitada, mientras el 66.7% presentaron un rol físico deficiente, el 79.2% manifestaron un rol emocional deficiente y el 53.3% presento un energía y vitalidad conservada. (16).

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.

Spielberger (1966) Hasta entonces la ansiedad había sido conceptualizada como un rasgo de personalidad. Las teorías de rasgo concebían éste como una disposición interna o tendencia del organismo a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto.

Tras la primera formulación de Cattell, Spielberger desarrollará su Teoría Rasgo-Estado, llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad. Sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados.

Según Spielberger (1966) el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. (17)

Spielberger (1972) define el rasgo como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos

o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.
(18)

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal que comienza con la valoración, por parte del individuo de los estímulos, bien internos, bien externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. Por ello, un individuo con marcado rasgo de ansiedad tendrá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad. En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad.

1.2.2 La teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones

mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica. (19)

Perris (1989): La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.(20)

La tríada cognitiva Beck (1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y

negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. (21)

Beck (1991). Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (22)

Beck et al. (1979) Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979).

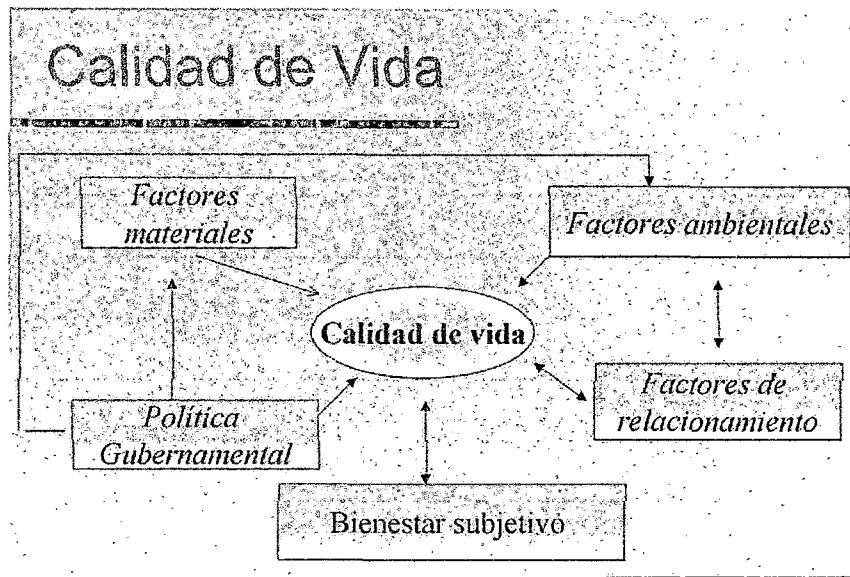
La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis estrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). (23)

Eaves y Rush (1984). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (24)

1.2.3 Teoría de la calidad de vida:

La calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades “.

Calidad de vida contiene dos dimensiones principales: a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”; b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar.



1.3 Bases conceptuales

1.3.1 Insuficiencia renal crónica (IRC)

1.3.1.1 Definición

Basile (2008). La insuficiencia renal crónica (IRC) se caracteriza por una pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos y paulatinamente se verifica una alteración del resto de las funciones renales. Esta enfermedad puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede llevar a una insuficiencia renal terminal.

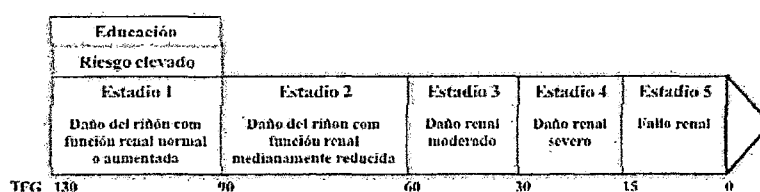
Su desarrollo es variado pudiendo hacerlo a lo largo de muchos años a medidas que las estructuras internas del riñón se van dañando lentamente o en ocasiones instaurarse con mucha velocidad. (25)

Snively y Gutiérrez (2004) En las etapas iniciales de la enfermedad, puede que no se presenten síntomas aparentes. De hecho, la progresión puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que la función renal pierde el 90% de su

función. Al presentar una condición progresiva presenta una mortalidad y morbilidad muy significativas. (26)

National Kidney Foundation (2002). Definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m².

Existen varias formas de clasificar a los diferentes grados de afectación de la IRC, las cuales se pueden clasificar en 5 estadios. Estos estadios están basados en la tasa de filtración glomerular. La tasa de filtración glomerular es la mejor forma de controlar el nivel de función del riñón y así determinar el estadio de enfermedad renal. La tasa de filtración glomerular se puede definir como el volumen de fluidos filtrados desde los capilares glomerulares renales hacia la capsula de Bowman por unidad de tiempo. Esta tasa de filtración glomerular es compleja de medir directamente, si bien se puede controlar a través de aclaramiento de creatinina. (27)



Estadio	Descripción	Tasa de filtración glomerular (mL/min)
Riesgo elevado	Factores de riesgo para enfermedad renal crónica (diabetes, hipertensión arterial, antecedentes familiares, edad avanzada, grupo étnico)	Más de 90
1	Daño del riñón (proteínas en la orina) y TFG normal	Más de 90
2	Daño del riñón con función renal medianamente reducida	60 a 80
3	Baja moderada de la TFG	30 a 59
4	Baja severa de la TFG	15 a 29
5	Fallo renal (diálisis o trasplante renal)	Menos de 15

Tabla 1 – Clasificación de la *National Kidney Foundation* (2002)

1.3.1.2 Causas

Feechally (2007), la diabetes mellitus, (la mayor parte de la veces diabetes mellitus tipo 2) y la hipertensión arterial son los principales causas de enfermedad renal terminal, representando 70% de todos los caso

Además de la diabetes y la Hipertensión, son numerosas las entidades nosológicas que pueden conducir hasta la enfermedad renal crónica terminal, tales como:

- Muchas de la enfermedades autoinmunes
- Infecciones tanto sistémicas como del tracto urinario
- Las litiasis renales
- Las enfermedades vasculares periféricas principalmente en la edad avanzada puede encontrarse en el origen de la enfermedad
- Exposición a ciertos componentes químicos ambientales (28)

1.3.1.3 Manifestaciones clínicas

Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso Insuficiencia Cardíaca y Edema Pulmonar.

La Hipertensión Arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal.

Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada.

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardíaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardíacas, angina, insuficiencia cardíaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m², se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico.

Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el

estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales. Su presencia es una indicación firme de iniciar TRR. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplegia flácida.

Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardíaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardíaco. Por lo general no se observa hiperkalemia clínicamente significativa hasta que la TFG cae por debajo de 10 ml/min/1.73 m² o el paciente recibe una carga adicional de potasio.

Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. En un inicio los pacientes presentan acidosis de brecha aniónica normal, sin embargo, conforme progresa la enfermedad renal aumenta la brecha aniónica con una disminución recíproca del bicarbonato en sangre. En la mayoría de los pacientes se observa una acidosis leve, por lo general con pH superior a 7.3, sin embargo pueden presentarse manifestaciones severas de un desequilibrio ácido base

cuando el paciente se expone a un exceso de ácido o pérdidas alcalinas, como ocurre en la diarrea. Los riñones y el hueso son importantes reguladores del metabolismo del calcio y del fósforo. Al deteriorarse la función renal, disminuye la síntesis de vitamina D, baja el nivel de calcio y aumenta el de fosfato.

La Hiperfosfatemia se presenta en estadios avanzados de la Insuficiencia Renal, en pacientes con TFG menor a 20 ml/min/1.73m², siendo esta una de las principales causas de hiperparatiroidismo en los pacientes con IRC. El exceso de fosfato disminuye la síntesis de vitamina D activa y esto a su vez resulta en una caída del nivel sérico de calcio, que es el estímulo principal para la secreción de paratohormona (PTH).

En aproximadamente 35% y 90% de los pacientes con IRCT existe evidencia de alteraciones óseas a nivel radiológico e histológico, respectivamente, a pesar de que menos del 10% presentan síntomas clínicos de enfermedad ósea antes de requerir diálisis. En los pacientes con enfermedad renal crónica se observan principalmente dos tipos de trastornos óseos, que se reflejan como fragilidad ósea: la osteítis fibrosa quística y la osteomalacia que progresa a enfermedad ósea adinámica.

Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos. Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a broncea debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. En

estados avanzados, la cantidad de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica.

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo. El daño renal puede diagnosticarse directamente al observar alteraciones histológicas en la biopsia renal, o bien indirectamente por albuminuria o proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen. Debido a que la TFG disminuye con la edad, la prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta con la ella y se estima que aproximadamente el 17% de las personas mayores de 60 años tienen una TFG menor a $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. (29)

1.3.2 Diálisis

El paciente en tratamiento de diálisis tienen que realizar permanentemente ajustes adaptativos en su vida diaria, su ambiente gira entorno a la enfermedad y es cambiante, el estará ligado a un procedimiento medico, con técnicas de aplicación casi constante y durante un periodo largo de tiempo (en algunos casos diez o mas años), expuesto a un sin fin de elementos estresantes (molestia física en el tratamiento, incapacidad física, dificultad laboral y social, mala comprensión de la enfermedad por parte del entorno, limitaciones ambientales, etc.) que terminan llevando al paciente a una especie de embotamiento afectivo, en el que el aparataje y persona terminan siendo lo mismo, en muchos casos el personal sanitario termina viendo al paciente como un anexo instrumental de la técnica. (30).

1.3.2.1. Hemodialisis

Richet (1987). La hemodialisis es una tecnica que substituye con eficacia algunas funciones del riñon humano, permitiendo la supervivencia de estos enfermos, ya que la perdida de la funcion del propio riñon es incompatible con la vida y consiste basicamente en la depuracion de los solutos mediante la difucion de estos a traves de una membrana semipermeable, de manera que como consecuencia de la diferencia de concentraciones de los fluidos que se encuentran ambos lados de la misma.

Asi mismo La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.(31)

Marin y Mas Hesse (1998). Depende de las necesidades de diálisis de cada paciente, pero como la sangre tiene que pasar varias veces a través del filtro, la media es de 4 horas, tres veces por semana. Hay que tener en cuenta que el riñón sano realiza este trabajo las 24 horas del día y todos los días de la semana.

Existen dos momentos críticos que exponen al enfermo y a su familia a un mayor sufrimiento. El primero es cuando se le informa de su entrada en diálisis, y segundo, la propia entrada, siendo para la mayoría de los pacientes, ésta última, la que los lleva a percibir su futuro tratamiento como algo negativo, como el final, como el fracaso del esfuerzo realizado.

De ahí que, los esfuerzos realizados por los pacientes parecen nulos a la hora de relacionarlos con los estándares de vida que ellos creen que volverán a tener, puesto que, en muchos casos, este resultado no es el esperado, porque, comienza la reducción de las actividades, en algunos casos, se suspende la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, se pierde en parte, el poder adquisitivo y aparece un cambio en el tiempo libre, que, con frecuencia, está vacío.(32).

1.3.3 Depresión

La OMS define a la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (33)

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que pueda producirse tras una pérdida reciente y otros hechos tristes pero es desproporcionada con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá desde un periodo justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad un problema de depresión. (34)

1.3.3.1 Causas de la depresión.

Las causas clínicas de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Muchas o poca concentración de estas sustancias entre ellos la noradrenalina y la serotonina pueden desencadenar la depresión. (35)

a) Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastorno del humor, disminución del libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunciones del hipotálamo.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, posee depresión, sin embargo muchos pacientes muchos pacientes no tienen ninguna alteración tiroidea. (36)

b) Factores psicológicos.

Algunos autores sugieren que en la depresión, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicogénicos tiene gran importancia, se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

c) Enfermedades

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia: Alzheimer, Parkinson, IRC, trastornos de calcio, etc. (37)

1.3.3.2 Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión clínica suele ser sencilla, aunque si los síntomas son de poca intensidad, se vuelve más difícil. El mismo se basa en los signos y síntomas antes descritos, y cabe destacar en todos los pacientes que dicen no necesitar tratamiento o se niegan a colaborar en las pruebas diagnósticas o terapéuticas (38)

Con el objeto de clasificar a los pacientes según su estado depresivo la OMS, determinó características que debían ser propias de las personas con depresión, las cuales se deben considerar para diagnosticar la patología, destacándose entre ellas el decaimiento del ánimo relacionado con situaciones tales como:

- ✓ Reducción de la energía
- ✓ Disminución de la actividad

- ✓ Deterioro de la capacidad de disfrutar
- ✓ Sueño perturbado
- ✓ Disminución del apetito, peso y libido
- ✓ Sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza

No obstante, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE), se limita en casos específicos en que la patología del individuo afecta los resultados que se obtienen tras realizar el cuestionario, ya que, en casos como el de los pacientes hemodializados, los resultados esperados, a veces, no se relacionan con un estado de ánimo alterado, sino que, éstos son producto de la propia enfermedad, así, se puede mencionar que por su condición existe una actividad disminuida, perturbaciones en el sueño, disminución del apetito y baja de peso, entre otras características propias de la alteración renal.(39)

Lara. Et al (2002), a fin de que, se encuentre solución a éste impedimento, investigadores en el tema han propuesto la búsqueda y desarrollo de instrumentos para la detección de la depresión, con características muy específicas. Así pues, éstas deben ser breves, no deben requerir de un especialista en salud mental para su aplicación, no incluyen síntomas físicos que pueden transformarse en una dificultad para la pesquisa de resultados deseados y deben ser sensibles al efecto de una intervención.(40)

Castellón. Et al (2000), la depresión puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, un entorno que se suele dar de manera constante en un hemodializado, así lo señala un estudio realizado por la Universidad de Granada en España, que analizó las alteraciones psicopatológicas más prevalentes en un total de 88 pacientes de una unidad de diálisis hospitalaria,

encontrando que las principales psicopatologías diagnosticadas en los dializados habían sido los trastornos cognitivos y depresivos en un 36% (41)

Concluyendo, podemos considerar a los pacientes hemodializados como propensos a sufrir trastornos del ánimo, desencadenando con ello, otro tipo de problemáticas que culminan en alteraciones en la vida diaria, en los roles sexuales y familiares, iniciando sentimientos de pérdida, angustia y desesperación, puesto que, se debe considerar el hecho de estar gran parte del día dentro de una sala, conectado a maquinas, alejándose de su ambiente social , perdiendo.

Marín y Mas Hesse, (1998), la interacción con su grupo de amigos y también sufriendo las repercusiones del tratamiento; dolor, cansancio y reacciones adversas , además de considerar los signos y síntomas de otras patologías concomitantes que aumentan su condición de dependencia. (42)

1.3.4. Ansiedad

Puede definirse como la respuesta del organismo a un estímulo estresante. Desencadena una reacción que activa el sistema nervioso, para responder a dicho estímulo mediante la lucha, la fuga o la inhibición conductual.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez

muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. (43)

1.3.4.1 Manifestaciones Clínicas

La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos. (44)

2.3.5. Calidad de Vida

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "Calidad de Vida" en muy variados contextos. Políticos, Economistas, Médicos, Psicólogos, Educadores, Sociólogos y Periodistas, lo utilizan indistintamente y es sustento de la mayoría de los discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción, mientras que para los profesionales de Enfermería la calidad de vida se relaciona con la capacidad individual de lograr el autocuidado y la autovalencia.

El concepto Calidad de Vida adquiere importancia en la moderna medicina, enfocándola hacia el bien del individuo, sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permitirá tener una vida que merezca la pena vivirse.

Debido a que la Calidad de Vida es una percepción única para cada individuo, que refleja los sentimientos íntimos de cada paciente sobre su salud y sobre aspectos médicos y no médicos de su propia vida, la mayoría de las medidas de Calidad de Vida que existen en la literatura parecen ser erróneas o dirigidas hacia objetivos equivocados. La Calidad de Vida sólo puede medirse adecuadamente determinando las opiniones de los pacientes para traducirlas a instrumentos desarrollados por expertos, y así concederles validez y aplicabilidad a la práctica diaria.

Los investigadores con orientación clínica, suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo:

- Kaplan (1992), define calidad de vida como "El impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario".
- Ferruci (1991), diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que "para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social".
- Según Andrews y Witney (1989), "La Calidad de Vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo".
- Según Pearlman y Uhlmann (1993), "Calidad de Vida es funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar".

La Enfermedad Crónica Renal Terminal es por sus características una situación de gran impacto en la calidad de vida. Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitativos como la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal corrigen sólo parcialmente la enfermedad y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida. (45)

CAPITULO II

MARCO METODOLOGÍCO

2.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" del departamento de Huánuco que está ubicado en el Jr. Hermilio Valdizan cuadra 9, que colinda por la izquierda con el Jr. Constitución por la derecha con el Jr. Progreso por el frente con Jr. Hermilio Valdizan, por detrás con el Jr. Bolívar.

Sus límites son: por el Norte con el distrito de Pillcomarca; por el Sur con el distrito de Santa María del Valle; por el Este con el distrito de Amarilis; Oeste con el pueblo joven Aparicio Pomares y la localidad de Nauyan Rondós. Tiene una extensión de territorial de 174.58 Km². con una temperatura de 22° C y máxima de 30°C; precipitaciones fluviales abundantes de diciembre hasta el mes de abril. Con una latitud de: sur 09° 55' 40'', oeste 76° 14' 00'' y a 1912 metros sobre el nivel del mar.

Esta unidad brinda sus servicios a la población huanuqueña hace quince años, en horarios previamente establecidos en coordinación con los usuarios que requieren dicha atención.

2.2 POBLACIÓN MUESTRAL

La población muestral accesible son los pacientes con Insuficiencia renal crónica que se encuentra conformado por 28 personas entre jóvenes,

adultos y adultos mayores que asisten para tratarse en la unidad de diálisis del Hospital "Hermilio Valdizan Medrano". Para esta investigación se tomó como muestra al total de pacientes que acudieron a la unidad de hemodiálisis ya que la cantidad de pacientes es muy escasa para aplicar un tipo de fórmula muestral

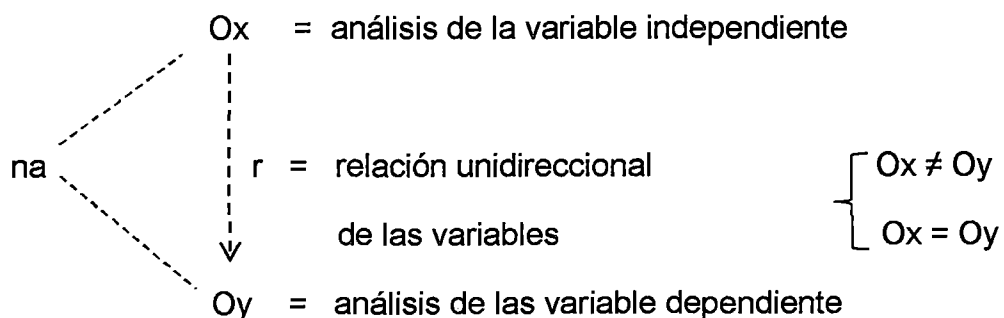
2.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Según el tipo de investigación es de tipo cuantitativo porque los datos obtenidos fueron analizados con cifras estadísticas, datos, porcentajes, gráficos.
- ✓ Según el tiempo de estudio es de tipo prospectivo ya que pertenece al tiempo futuro y a la recolección de datos que se realizaron de la fuente primaria
- ✓ Según el periodo y secuencia del estudio; es transversal por lo que las variables se midieron solo una vez, la muestra es independiente.
- ✓ Según el análisis y el alcance de los resultados el presente trabajo de investigación es descriptivo – analítico

2.4 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es no experimental de tipo explicativo

Esquema del diseño de la muestra aleatorizada



Dónde:

n : muestra de estudio

A : asignación aleatoria de los elementos de estudio

Ox : observación de la variable independiente

Oy : observación de la variable dependiente

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

2.5.1 Técnica

La encuesta.- Permite la recolección de datos de una muestra de estudio o varias personas simultáneamente mediante un instrumento donde las preguntas estructuradas en un conjunto de variables.

La psicometría.- trata de medir los fenómenos psíquicos mediante técnicas estadísticas las perspectivas teóricas, incluye las teorías que tratan de las medidas en psicología, encargándose describirlas, categorizarla, evaluar su utilidad y precisión.

2.5.2 Instrumento

Se utilizaron como instrumento el cuestionario para conocer la calidad de vida de los pacientes en sus dimensiones (función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, rol social y salud general) este instrumento fue elaborado a base del cuestionario genérico de calidad de vida y salud de los pacientes con enfermedades terminales (SF 36) traducido al español y auto adaptado por los autores para efectos de la investigación.

También se utilizaron el inventario de Beck modificado para fines de investigación para poder evaluar la depresión de los pacientes

hemodializados de la unidad de diálisis del Hospital Regional "Hermilio Valdizan" Huánuco – 2015

Para evaluar la ansiedad se utilizaron como instrumento ansiedad estado – rasgo modificado el objetivo es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 16 cuestiones:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

2.6 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Para la validación de los instrumentos se utilizó los siguientes criterios:
validación por juicio de expertos

2.7. CONFIABILIDAD

Se utilizó el coeficiente de alfa de cronbach dando como resultado 7,5 para el instrumento de calidad de vida 7,6 para el inventario de Beck y 8.00 para Rasgo y Estado

2.8 PROCEDIMIENTOS DE DATOS

El proceso de la investigación se realizó de la siguiente manera:

Se solicitó autorización al jefe encargado de la unidad de diálisis del hospital "Hermilio Valdizan Medrano" para la aceptación de la investigación.

- **Aplicación del consentimiento informado**

Se entregó una hoja con el consentimiento informado previa sensibilización de los pacientes de muestra.

- **Aplicación de los instrumentos**

Se aplicaron tres instrumentos para medir la calidad de vida, depresión y ansiedad de las cuales se usaran un cuestionario que se les brindara en forma aleatoria según nuestra muestra y dos inventarios que se realizara a cada paciente según nuestra muestra.

2.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- **Análisis estadístico**

Una vez culminado el procedimiento de recolección de datos se elaboró el plan de tabulación y análisis de datos utilizando la estadística inferencial con el programa SPSS versión 21 para Windows, que nos permitió analizar cada una de las variables; que estas a su vez serán representadas en las tablas estadísticas y graficas de barras.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

3.1 RESULTADO DESCRIPTIVO

Tabla 01: Características generales de los usuarios hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Características generales		(N=28)	
		Fi	%
Edad en categorías	[20 a 30>	3	10,7
	[30 a 40>	6	21,4
	[40 a 50>	5	17,9
	[50 a 60>	7	25,0
	[60 a 70>	5	17,9
	[70 a 80>	2	7,1
Genero	Masculino	17	60,7
	Femenino	11	39,3
Tiempo de enfermedad	[0 a 6 >	5	17,9
	[6 a 12 >	8	28,6
	[12 a 18 >	5	17,9
	[18 a 24 >	5	17,9
	[24 a 30 >	1	3,6
	[30 a 36 >	4	14,3
Total		28	100,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto las características generales, se encontró que la mayoría de los usuarios [25% (7)] tienen edad comprendido entre 50 a 60 años. En cuanto al género, predomina el sexo masculino [60,7% (56)] y femenino [39,3% (43)]. Tiempo de enfermedad más frecuente es 6 a 12 meses [28,6%(8)].

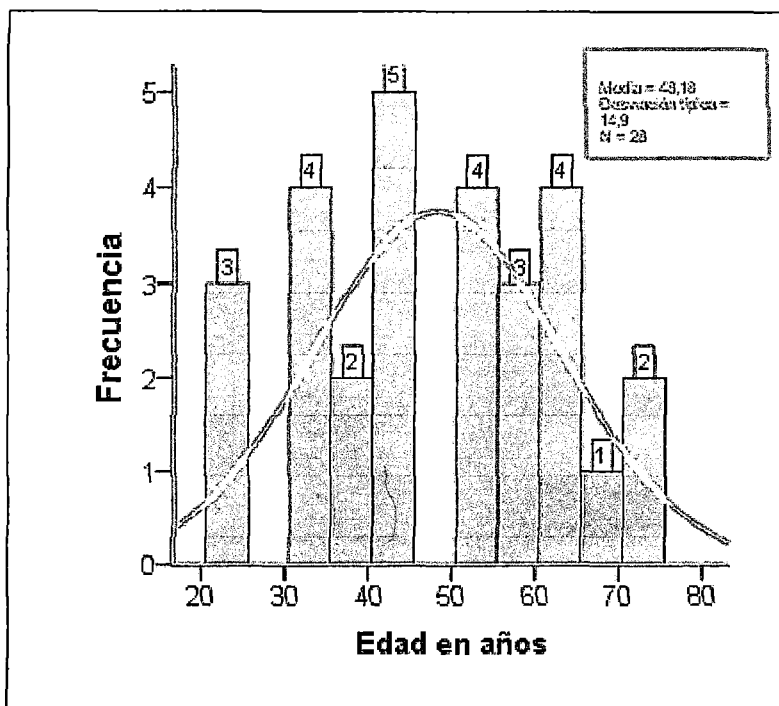


Figura 01: Edad de los usuarios hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

El análisis descriptivo de la edad de los pacientes hemodializados se obtuvo mínimo y máximo que va entre 23 a 73 años, la edad promedio de los usuarios fue 48,18 años (DE+/- 14,9), Respecto la curva normal de la edad se muestra con asimetría al izquierda respecto la media (-0,095) y curtosis(-1,082), expresando la no normalidad de la edad.

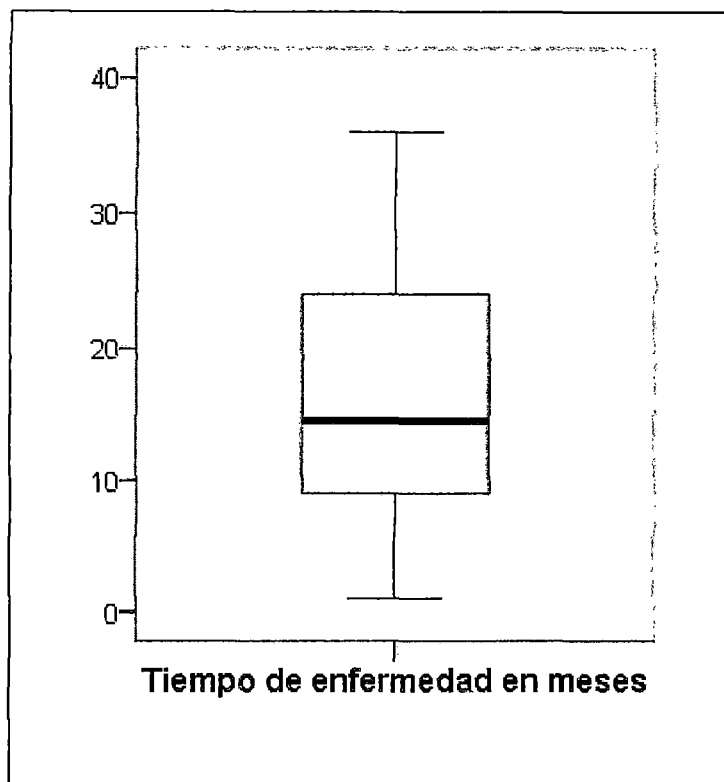


Figura 02: Tiempo de enfermedad de los usuarios hemodializados-Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

El análisis descriptivo del tiempo de enfermedad de los pacientes se encontró mínimo y máximo que va entre 1 a 36 meses, como promedio el tiempo de enfermedad fue de 16,57 meses (DE+/-10,28), más frecuente tienen 12 meses y 24 meses.

Tabla 03: Función física de la calidad de vida en los pacientes hemodializados-Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

En qué medida cree usted que están limitadas sus actividades tales como	(N=28)		
	Nada	Un poco	Mucho
Realizar esfuerzos moderados, como mover una mesa, trapear el piso o barrer, caminar más de una hora	4(14,3)	16(57,1)	8(28,6)
Coger o llevar la bolsa de la compra	6 (21,4)	10(35,7)	12(42,9)
Agacharse o arrodillarse	11(39,3)	10(35,7)	7(25)
Caminar un kilómetro o más	2(7,1)	15 (53,6)	11(39,3)
Caminar varias manzanas	3(10,7)	12(42,9)	13(46,4)
Caminar una sola manzana	5(17,9)	16 (57,1)	7(25)
Bañarse o vestirse por sí mismo	14((50)	5(17,9)	9(32,1)

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto las limitaciones de la función física refieren en su mayoría [42,9%129] les limita mucho a coger o llevar la bolsa de la compra. Consideran que les limita un poco a realizar esfuerzos moderados a [57,1%(16)], caminar un kilómetro a mas [53,6%(15)] y caminar una sola manzana [57,1%(16)]. Y que no tienen dificultad para doblarse, arrodillarse y agacharse [39,3%(11)] y bañarse y vestirse [50%(14)].

Tabla 04: Rol física de la calidad de vida en los pacientes hemodializados - Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido uno de los siguientes problemas en su hogar o trabajo?	Si	
	Fi	%
Tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus labores diarias del trabajo o del hogar a causa de su enfermedad	28	100,0
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su enfermedad	28	100,0
Tuvo que dejar de hacer algunas labores diarias del trabajo o del hogar a causa de su enfermedad	28	100,0
Le cuesta más esfuerzo realizar sus actividades diarias en su hogar o trabajo.	28	100,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto las problemas en su hogar o trabajo en su totalidad refieren que redujeron el tiempo a sus labores, bajaron en su cumplimiento de los roles, dejaron labores diarios del trabajo y les cuesta a más esfuerzo a realizar sus actividades.

Tabla 05: Dolor corporal y rol social de la calidad de vida en los pacientes hemodializados-Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?	(N=28)			
	Nada	Un poco	Regular	Bastante
Ha experimentado dolor en alguna parte de su cuerpo	6(2,4)	12(49,9)	4(14,3)	6(21,4)
El dolor le ha dificultado su trabajo habitual	6(21,4)	13(46,4)	3(10,7)	6(21,4)
Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.	4(14,3)	5(17,9)	7(25,0)	12(42,9)

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto la calidad de vida en dolor corporal y rol emocional refieren que ha dificultado bastante, su salud física o los problemas emocionales a realizar actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas problema (42,9%), un (49,9%) ha experimentado un poco de dolor en alguna parte del cuerpo y a un (46,4%) el dolor le dificultado un poco.

Tabla 06: Energía y vitalidad de la calidad de vida en los pacientes hemodializados -Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

Durante las últimas 4 semanas	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Se sintió lleno de vitalidad	3 (10,7)	4(14,3)	14(50)	3(10,7)	4(14,3)
Tuvo mucha energía	3 (10,7)	4(14,3)	14(50)	3(10,7)	4(14,3)
Se sintió agotado	5(17,9)	3 (10,7)	10(35,7)	6(21,4)	4(14,3)
Se sintió cansado	5(17,9)	2(7,1)	10(35,7)	7(25)	4(14,3)

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto al energía y vitalidad de la calidad vida la mayoría refiere solo algunas veces se siente lleno de vida (50%), tuvo mucha energía (50%), así mismo también algunas veces se sintió agotada y cansado con cifras similares de (35,7%)

Tabla 07: Rol emocional de la calidad de vida en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo?	(N=28)			
	Si		No	
	Fi	%	Fi	%
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	25	89,3	3	10,7
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	24	85,7	4	14,3
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	25	89,3	3	10,7

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

Respecto la calidad de vida en rol emocional refieren altos porcentajes que redujeron el tiempo dedicado al trabajo en un (89,3%), hizo menos de lo pudo hacer a causa de problema emocional (85,7%) y no hizo actividades cotidianas cuidadosamente (89,3%).

Tabla 08: Salud general de la calidad de vida en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”– Huánuco - 2015.

Durante las 4 semanas	Todo verdadero	Bastante cierto	No lo se	Bastante falso	Totalmente falso
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	8(28,6)	2(7,1)	7(25)	7(25)	4(14,3)
Estoy tan sano como otras personas	0	3(10,7)	3(10,7)	12(42,9)	10(35,7)
Creo que mi salud va a empeorar a causa de mi enfermedad	12(42,9)	7(25)	1(3,6)	5(17,9)	3(10,7)
Mi salud es excelente	3(10,7)	6(21,4)	2(7,1)	9(32,1)	8(28,6)

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

En la calidad de vida a nivel de la salud general refieren afirmativamente me pongo enfermo más fácilmente que otras personas (28,6%), asimismo el (42,9%) refieren negativamente que están tan sano como otras personas, el (42,9%) creen va empeorar su salud y solo el (10,7%) refieren que su estado de salud es excelente.

Tabla 09: valoración de la calidad de vida en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

Dimensiones		Fi	%
Función física	Función física aceptable	4	14,3
	Función física deficiente	24	85,7
Rol físico	Limitado	28	100,0
Dolor corporal y rol social	Aceptable	17	60,7
	Deficiente	11	39,3
Vitalidad energía	Conservada	17	60,7
	Deficiente	11	39,3
Rol emocional	Rol emocional aceptable	3	10,7
	Rol emocional deficiente	25	89,3
Salud general	Buena salud	13	46,4
	Mala salud	15	53,6
Total		28	100

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 01)

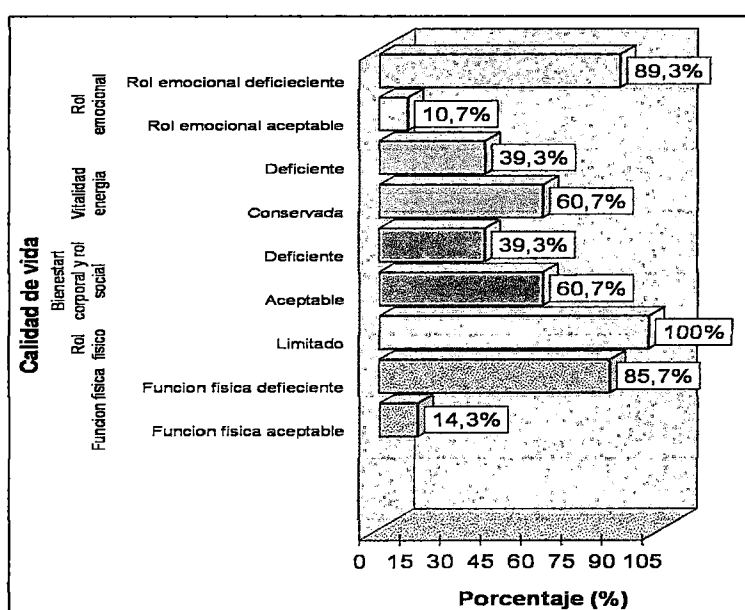


Figura 03: Descripción de la calidad de vida en los pacientes hemodializados - Unidad de Diálisis- Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” Huánuco - 2015.

En la valoración de la calidad de vida de los pacientes hemodializados, se aprecia que la mayor parte de las dimensiones es afectada: función física, en (85,7%), y rol físico limitada en totalidad de la población, rol emocional (89,3%) y, o mismo que refleja mala salud en (53,5%). En tanto la calidad de vida es ideal a nivel dolor corporal y rol social, y vitalidad y energía con cifras similares (60,7%).

Tabla 10: Frecuencia de las características del inventario de depresión - Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Indicadores de depresión		(N=28)	
		Fi	%
Estado de animo	No me siento triste	4	14,3
	Me siento triste	13	46,4
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	11	39,3
Pesimismo	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	11	39,3
	Me siento desanimado respecto al futuro.	11	39,3
	Siento que no tengo que esperar nada.	6	21,4
Insatisfacción	Las cosas me satisfacen tanto como antes.	1	3,6
	No disfruto de las cosas tanto como antes.	16	57,1
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	8	28,6
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo	3	10,7
Sentimientos de culpa	No me siento especialmente culpable.	11	39,3
	Me siento culpable en bastantes ocasiones	12	42,9
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	4	14,3
	Me siento culpable constantemente.	1	3,6
Odio a sí mismo	No estoy decepcionado de mí mismo.	15	53,6
	Estoy decepcionado de mí mismo.	10	35,7
	Me da vergüenza de mí mismo.	3	10,7
Impulsos suicidas	No tengo ningún pensamiento de suicidio.	24	85,7
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	3	10,7
	Desearía suicidarme.	1	3,6
Períodos de llanto	No lloro más de lo que solía llorar	13	46,4
	Ahora lloro más que antes	9	32,1
	Lloro continuamente.	6	21,4
Aislamiento social	No he perdido el interés por los demás	13	46,4
	Estoy menos interesado en los demás que antes.	10	35,7
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás	4	14,3
	He perdido todo el interés por los demás.	1	3,6
Imagen corporal	No creo tener peor aspecto que antes.	7	25,0
	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	18	64,3
	Creo que se han producido cambios	3	10,7

	permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo		
Trastornos del sueño	Duermo tan bien como siempre	10	35,7
	No duermo tan bien como antes	5	17,9
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir	4	14,3
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir	9	32,1
Cansancio	No me siento más cansado de lo normal	5	17,9
	Me canso más fácilmente que antes	10	35,7
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa	13	46,4
Pérdida de apetito	Mi apetito no ha disminuido.	14	50,0
	No tengo tan buen apetito como antes	7	25,0
	Ahora tengo mucho menos apetito.	7	25,0
Hipocondría	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal	7	25,0
	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento	12	42,9
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	9	32,1
	Total	28	100

Fuente: Inventario de depresión (Anexo 02)

En análisis descriptivo del inventario de depresión Beck: se aprecia que los pacientes hemodializados en su mayoría se siente anímicamente triste (46,4%), el (39,3%) desanimados, el (57,1%) no disfrutan de las cosas tanto como antes, así mismo se siente culpables en bastantes ocasiones (42,9%), en lo que respecta su imagen personal refieren que parecen más viejo o poco atractivo.(64,3%), el (46,4%) se sienten cansado al hace cualquier cosa; también(42,9%) se ven preocupados por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. En tantos aspectos favorables que el paciente expresa es: no se siente decepcionados de sí mismo (53,6%), no tienen ningún pensamiento de suicidio (85,7%), continua el interés por los demás en (46,4%) y duermen normal como siempre (35,7%).

Tabla 11: Prevalencia de depresión en los pacientes hemodializados-Unidad de Diálisis- Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

Depresión	(N=28)	
	Fi	%
Sin depresión	8	28,6
Leve perturbación del estado de ánimo	7	25,0
Depresión intermitentes	7	25,0
Depresión moderada	6	21,4
Total	28	100,0

Fuente: Inventario de depresión (Anexo 02)

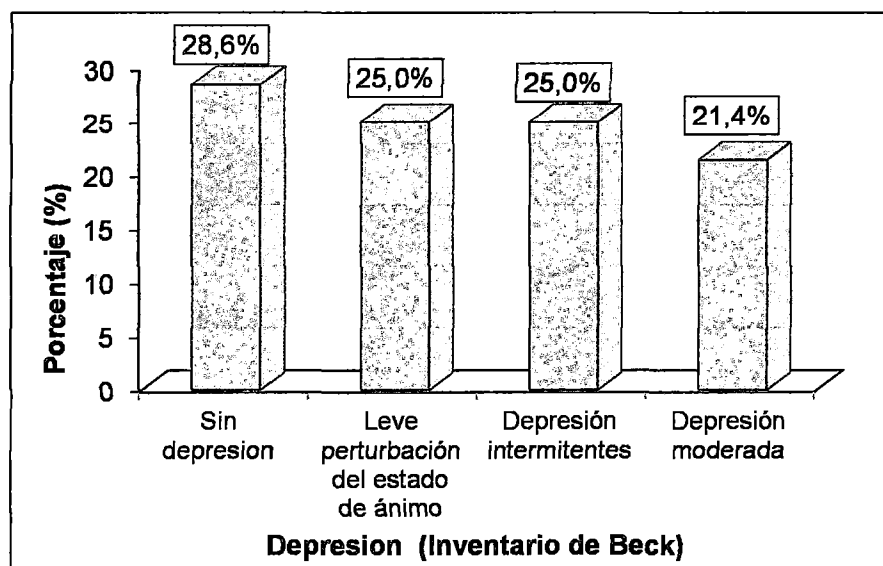


Figura 04: Prevalencia de depresión en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco 2015.

En la presente figura de barras, sobre la depresión en los pacientes hemodializados, la mayor proporción experimentan depresión (71.4%), perturbación leve del estado de ánimo y depresión intermitente representa con cifras similares de (25%) y depresión moderada (21,4%). Cabe resaltar que no se encontró depresión severa.

Tabla 12: Descripción del inventario de ansiedad en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

Dimensiones	Min	Max	Media	Des.tip
Estado de ánimo (16 ítems)	16	34	23,43	5,58
Rasgo (16 ítems)	17	33	23,75	4,9
Total	33	67	47,18	9,48

Fuente: Inventario de Ansiedad (Anexo 03)

En lo que respecta a la ansiedad en los pacientes hemodializados se encontró en dos dimensiones “Estado de ánimo “[media = 23,43 DE = +-5,58]”, y “Rasgo” [media = 23,75 DE = +-4,9]” la ansiedad es baja en cada dimensión , ya que de 0 y 48 puntos esperados, los puntaje promedios son inferiores a la media esperada; asimismo este hecho muestra los puntajes globales de ansiedad de un esperado de 0 a 96 puntos [Media 47,18 DE = +-9,48] , es decir la ansiedad se encuentra en nivel medio.

Tabla 13: Prevalencia de ansiedad en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco - 2015.

Ansiedad	(N=28)	
	Fi	%
Baja	20	71,4
Media	8	28,6

Fuente: Inventario de Ansiedad (Anexo 03)

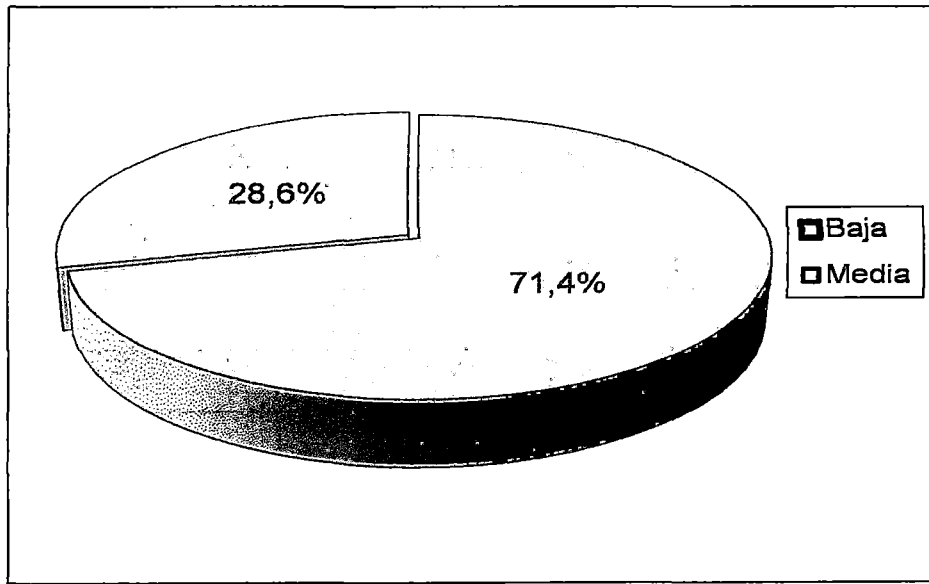


Figura 06: Ansiedad en los pacientes hemodializados- Unidad de Diálisis-Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco 2015.

Analizando categóricamente a variable, ansiedad se aprecia que, la prevalencia de ansiedad nivel baja es alta que representa el (71,4%) y el (28,6%) ansiedad moderada o media. Cabe referir que no se encontró ansiedad severa.

3.2 RESULTADO INFERENCIAL

Tabla 13: Influencia de factor psicológico: ansiedad en la calidad de vida en los pacientes Hemodializados-Unidad de Diálisis-Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

(N=28)					
Ansiedad	Función física				Test exacto de Fisher P
	Deficiente		aceptable		
	Fi	%	Fi	%	
Moderada	8	28,6	0	0,0	0,295
Baja	16	57,1	4	14,3	
Dolor corporal y rol social					
Ansiedad	Deficiente		Aceptable		Test exacto de Fisher P
	Fi	%	Fi	%	
	Moderada	6	21,4	2	
Baja	5	17,9	15	53,6	
Vitalidad y energía					
Ansiedad	Deficiente		Conservada		Test exacto de Fisher P
	Fi	%	Fi	%	
	Moderada	6	21,4	2	
Baja	5	17,9	15	53,6	
Rol emocional					
Ansiedad	Deficiente		Aceptable		Test exacto de Fisher P
	Fi	%	Fi	%	
	Moderada	8	29	0	
Baja	17	60,7	3	10,7	
Salud general					
Ansiedad	Mala salud		Buena salud		Test exacto de Fisher P
	Fi	%	Fi	%	
	Moderada	7	25,0	1	
Baja	8	28,6	12	42,9	

Fuente: Base de datos SPSS v21

En el análisis inferencial a través de la prueba estadística Test exacto de Fisher se halló influencia significativa de la ansiedad en la calidad de vida del paciente hemodializado a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,029$), vitalidad y energía ($p < 0,030$) y salud general ($p < 0,038$), es decir en los usuarios con mayor grado de ansiedad se ve alterado o disminuido la calidad de vida principalmente a nivel de dolor corporal y rol social, vitalidad y energía y salud general, hecho que habala a nuestra hipótesis de investigación que expresa “La ansiedad influye en la calidad de vida de los pacientes hemodializados – Unidad de Diálisis – Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015”.

Tabla 15: Influencia de factor psicológico: depresión en la calidad de vida en los pacientes Hemodializados-Unidad de Diálisis - Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”- Huánuco - 2015.

Depresión	(N=28)				Test exacto de Fisher p
	Función física				
	Deficiente		Aceptable		
	Fi	%	Fi	%	
Alteración del ánimo / leve /moderada	20	71,4	0	0	0,003**
Sin depresión	4	14,3	4	14,3	
	Dolor corporal y rol social				
	Deficiente		Aceptable		
Alteración del ánimo / leve /moderada	11	39,3	9	32,1	0,010
Sin depresión	0	0	8	28,6	
	Vitalidad y energía				
	Deficiente		Conservada		
Alteración del ánimo / leve /moderada	11	39,3	9	32,1	0,010
Sin depresión	0	0	8	28,6	
	Rol emocional				
	Deficiente		Aceptable		
Alteración del ánimo / leve /moderada	20	71,4	0	0	0,017
Sin depresión	5	17,9	3	10,7	
	Salud general				
	Mala salud		Buena salud		
Alteración del ánimo / leve /moderada	14	50	6	21,4	0,011
Sin depresión	1	3,6	7	25	

Fuente: Base de datos SPSS v 21.

En el análisis de la influencia de la depresión en la calidad de vida de los usuarios hemodializados se halló influencia altamente significativa en función física ($p < 0,003$)**; es decir pacientes con algún grado de depresión tienen función física deficiente tal como se aprecia en tabla; asimismo se encontró influencia significativa del factor depresión en la calidad de vida :a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,010$), vitalidad y energía ($p < 0,010$), rol emocional ($p < 0,017$) y salud general ($p < 0,011$); es decir, los pacientes hemodializados, que presentan algún grado de depresión leve/intermitente/moderado se ve alterado en forma

deficiente la calidad de vida , tal como afirma la hipótesis de investigación “La depresión influye en la calidad de vida de los pacientes hemodializados – Unidad de Diálisis – Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” – Huánuco 2015”.

De modo general, los resultados obtenidos muestran la influencia de ansiedad y depresión en la calidad de vida, con siguiente tendencia mayor problemas psicológico hay mayor deterioro de la calidad de vida, siendo la depresión que influye en mayor magnitud que la ansiedad en la calidad de vida.

3.3 DISCUSIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y el tratamiento de Hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afecta al paciente, y esto a su vez deteriora su calidad de vida, las cuales deben ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio.

En la valoración de la calidad vida de los pacientes hemodializados, se aprecia que la mayor parte de las dimensiones afectados son: función físico, en (85,7%), y rol físico limitada en totalidad de la población, rol emocional (89,3%) y , lo mismo que refleja mala salud en (53,5%). En tanto la calidad de vida es ideal a nivel dolor corporal y rol social, y vitalidad y energía con cifras similares (60,7%).

En cuanto a la dimensión de función física concuerda con los resultados de algunos estudios Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder (2003) que sostienen que esta área es la más afectada y genera mayor insatisfacción en los pacientes en hemodiálisis . Debido al tratamiento y deterioro de su salud por su enfermedad (46)

Por otro lado en cuanto a la dimencion de rol fisico, Marlys Perez, año 2001; dice que "a pesar que pudiera considerarse este resultado contradictorio con el obtenido en la dimensión física, la explicación puede estar en que si se asocian las características de la población en estudio, son personas que dada su escolaridad, la opción de trabajo a la que pueden acceder, tiene relación con una actividad laboral mas de esfuerzo físico que intelectual y que en muchas ocasiones deben abandonar su trabajo por limitaciones de la enfermedad y el tratamiento". (47)

En la dimensión Vitalidad y energia concuerda con el estudio de Marcela Mera, año 2007; este puntaje podría deberse a que la terapia le devuelve la fuerza a cada paciente, salen renovados luego de cada sesión de hemodiálisis. (48)

En cuanto al dolor corporal concuerda con otro estudio de Marlys Perez, año 2001, puede explicarse debido a que, "la estabilización de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, con cierta frecuencia, tiene como efecto una regresión de los indicadores del sistema músculo esquelético y por ende, una disminución del dolor". (49)

En lo que respecta a la ansiedad en los pacientes hemodializados se encontró en dos dimensiones "Estado de ánimo "[media = 23,43 DE = +-5,58]", y "Rasgo" [media = 23,75 DE = +-4,9]" la ansiedad es baja en cada dimensión, es decir la ansiedad se encuentra en nivel medio, la cual de concuerda con otro estudio de Rosario Amador, año 2009 La prevalencia de ansiedad en pacientes en programa de hemodiálisis periódica es baja y en cuanto a la prevalencia de la

depresión en pacientes en programa de hemodiálisis periódica es elevada (50). Es importante que tengamos esto en cuenta puesto que a veces el paciente muestra síntomas que están más relacionados con una alteración en la respuesta adaptativa de su situación en diálisis, que con la enfermedad crónica que padecen.

CONCLUSIONES

En el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a la calidad de vida de los pacientes hemodializados se aprecia en la mayor parte de las dimensiones es afectado: función físico, en (85,7%), y rol físico limitada en totalidad de la población, rol emocional (89,3%) y, o mismo que refleja mala salud en (53,5%). En tanto la calidad de vida es ideal a nivel dolor corporal y rol social, y vitalidad y energía con cifras similares (60,7%).
2. Respecto a la prevalencia de la ansiedad analizando categóricamente a variable, ansiedad se aprecia que, la prevalencia de ansiedad nivel baja es alta que representa el (71,4%) y el (28,6%) ansiedad moderada o media. Cabe referir que no se encontró ansiedad severa.
3. Concerniente a la prevalencia de la depresión en los pacientes hemodializados se encontró en dos dimensiones "Estado de ánimo" [media = 23,43 DE = +-5,58], y "Rasgo" [media = 23,75 DE = +-4,9] la ansiedad es baja en cada dimensión, ya que de 0 y 48 puntos esperados, los puntaje promedios son inferiores a la media esperada; asimismo este hecho muestra los puntajes globales de ansiedad de un esperado de 0 a 96 puntos [Media 47,18 DE = +-9,48], es decir la ansiedad se encuentra en nivel medio.
4. Asimismo a través de la prueba estadística Test exacto de Fisher se halló influencia significativa de la ansiedad en la calidad de vida del paciente hemodializado a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,029$), vitalidad y energía ($p < 0,030$) y salud general ($p < 0,038$), es decir en los usuarios con mayor grado de ansiedad se ve alterado o disminuido la calidad de vida principalmente a nivel de dolor corporal y rol social, vitalidad y energía y salud general.

5. En el análisis de la influencia de la depresión en la calidad de vida de los usuarios hemodializados se halló influencia altamente significativa en función física ($p < 0,003$)**; es decir pacientes con algún grado de depresión tienen función física deficiente; asimismo se encontró influencia significativa del factor depresión en la calidad de vida :a nivel de dolor corporal y rol social ($p < 0,010$), vitalidad y energía ($p < 0,010$), rol emocional ($p < 0,017$) y salud general ($p < 0,011$); es decir, los pacientes hemodializados, que presentan algún grado de depresión leve/intermitente/ moderado se ve alterado en forma deficiente la calidad de vida.
6. Los resultados obtenidos muestran la influencia de ansiedad y depresión en la calidad de vida, con la siguiente tendencia a mayor problemas psicológico hay mayor deterioro de la calidad de vida, siendo la depresión en mayor magnitud que la ansiedad.

RECOMENDACIONES

Se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. La enfermera nefróloga y el resto del equipo multidisciplinario de la unidad de diálisis de los establecimientos de salud deben abordar a los pacientes que se hemodializan con sospecha de sintomatología ansiosa o depresiva, mediante la escucha, la contención y todas las terapias de ayuda y apoyo emocional que mejoren su calidad de vida.
2. Poner más interés en los factores psicológicos: Ansiedad y Depresión de los pacientes con IRC que se hemodializan, ya que influye significativamente en su calidad de vida de los pacientes.
3. Incorporar programas de actividades que puedan disminuir los factores estresores a los que se ven sometidos los pacientes hemodializados y disminuir de esta manera el nivel de depresión y/o ansiedad.
4. La enfermera nefróloga y el resto del equipo multidisciplinario debe interactuar con los familiares, ya que ellos son entes importantes para detectar la presencia de ansiedad y depresión y a fin de tomar medidas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Daugirdas, John. (2003) Manual de diálisis. 2da ed. Masson. España.
2. Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, edición 2, 64-68.
3. Ministerio de Salud (MINSA) [http:// www. minsa. com.pe](http://www.minsa.com.pe).
4. Miranda Camarero M, López García D, Andúgar Hernández J, Gómez García M, Yáñez Ciudad F, Montoya Miguel I et al. (2012). Protocolo de atención de enfermería a pacientes en tratamientos con hemodiálisis.
5. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología, 21(2), 191-199.
6. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
7. Moreno, E., Arenas, M.A., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M.J., Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D. & Cases, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 225-233.
8. Gómez-Vela, M. & Sabeth, E. (2002). Calidad de la Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Integra, 5-13.
9. Kimmel, P. (2000). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. Journal of American Social Nephrology, 1418-1426.

- 10.** Deycer Gómez Hernández. (2014). Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. Universidad autónoma de Nuevo León. Chiapas. México. 12 – 20.
- 11.** Amelia e. Páez., et al (2012) Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Universidad de psicología. Bogotá. Colombia. 6(1). 117-124.
- 12.** Andrea Medina y Mario Espinach. (2013). Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del Servicio de Hemodiálisis. Hospital San Juan de Dios. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. San Jose. Puerto Rico. 01 - 12.
- 13.** Eutropio Moreno, N., et al. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrología, 7 (4), 225-233.
- 14.** Rosita Flores y Cristian Díaz. (2012). Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua. Universidad Nacional de San Martín. Hospital II. Tarapoto. Perú. 10 – 58.
- 15.** Jorge Sánchez Guzmán. (2014). calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Perú. 04 – 41.
- 16.** Liz Laurencio Paucar. (2009). Calidad de Vida de pacientes con insuficiencia renal Crónica en tratamiento con Hemodialisis en la Unidad Renal de Hospital Regional Hermilio Valdizan.

17. Spielberger, C. D. (1966). The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
18. Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Titeory and Research*. Vol. 71. New York: Academic Press.
19. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
20. Perris, C. (1989). Cognitiva terapia watt te adulta depressed patient. En A. Freedman, K.M. Simon, L.E. Bleutler y H. Arkowitz (Dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 299-319). Nueva York: Plenum.
21. Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
22. Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
23. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
24. Eaves, G. y Rush, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
25. Bacile, c (2008). The long – term prognosis of acute kidney inguri: acute renal failuy as a cause of chronic Kideny disease 657 – 652.
26. Snively CS, Gutiérrez (2004), *Chonic Kidney disease; prevention and treatment of complication*. 1921- 1928.

27. K/DOQI. (2002). clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis, 39 (S1), 1-266
28. Fechal J, et al (2007) Comprehensive Clinical Nephrology, Mosby Tritle.
29. Dra. Aida Venado Estrada, et al, Unidad de Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma De México 3-8
30. 46. Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Quality of Life Research, 709-717.
31. Richet G. (1987) The origin of uremia Nephrologia 277 – 282
32. Marin. M; b. Mas Hesse. (1998). La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Psiquiatría Pública. Vol. 10. nº 5. España.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) [http:// www.oms/](http://www.oms/) depresión. Com.
34. Villa L. Medimecum (2002 a) Guía de la terapia farmacológica. Adis Internacional. España
35. Hadman J. et al. (2003). Bases Farmacológicas de la terapéutica. Mexico. 458- 478
36. Consejo General de colegios Oficiales de Farmacología. Base de datos del Medicamento y Farmacia (2001a). España.

- 37.** Consejo General de colegios Oficiales de Farmacología. Base de datos del Medicamento y Farmacia (2001b). España.
- 38.** Villa L. Medimecum (2002b) Guía de la terapi farmacologica. Adis Internacional. España
- 39.** Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) [http:// www. oms. / Depresión. com.](http://www.oms.org/Depresión.com)
- 40.** Lara Mondagron. Et al. (2002). Validez y confiabilidad del MHI 5 para evaluar la depresión en mujeres, primer nivel de atención. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. México .Vol.25 nº 006.
- 41.** Castellón, a; s. Cerezo; Herrera; r. Rubio; c. Villaverde. 2000. Alteraciones psicopatológicas en un grupo de mayores dializados.
- 42.** Marin. Mas Hesse. (1998b). La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Psiquiatría Pública. Vol. 10. nº 5. España.
- 43.** Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) [http:// www. OMS. / Ansiedad. Com](http://www.OMS.org/Ansiedad.Com)
- 44.** Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc.
- 45.** GÓMEZ, M. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. 150.
- 46.** Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Quality of Life Research, 709-717.

47. Pérez, Marlys. (2001a). "Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con irct en terapia de hdc. centro médico nefroval. valdivia 2000". tesis para optar al grado de lic. en enfermería. valdivia, uach, facultad de medicina.60 p.

48. Marcela Lorena Mera Santander (2007). "Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Valdivia Chile

49. Pérez, Marlys. (2001b). "Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con irct en terapia de hdc. centro médico nefroval. valdivia 2000". tesis para optar al grado de lic. en enfermería. valdivia, uach, facultad de medicina.60 p.

50. rosario amador C. et al. (2009) Depresión y Ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirlas.Revista Fesenius medical care el consul. Málaga





ID

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO MODIFICADO PARA CALIDAD DE VIDA SF-36

TITULO DE LA INVESTIGACION: Influencia de los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - Unidad de Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015.

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.

GRACIAS POR SU COLABORACION

EDAD: **SEXO:** **TIEMPO DE ENFERMEDAD:**

MARQUE UNA (X) LAS RESPUESTAS

1.- FUNCION FISICA

En qué medida cree usted que están limitadas sus actividades tales como	Mucho	Un poco	Nada
Realizar esfuerzos moderados, como mover una mesa, trapear el piso o barrer, caminar más de una hora	3	2	1
coger o llevar la bolsa de la compra	3	2	1
agacharse o arrodillarse	3	2	1
caminar un kilómetro o más	3	2	1
caminar varias manzanas	3	2	1
caminar una sola manzana	3	2	1
bañarse o vestirse por sí mismo	3	2	1

Función física aceptable ()	Función física deficiente ()
Puntaje : 1- 10 puntos	10 – 21 puntos

ROL FISÍCO

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido uno de los siguientes problemas en su hogar o trabajo?	Si	No
Tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus labores diarias del trabajo o del hogar a causa de su enfermedad	2	1
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su enfermedad	2	1
Tuvo que dejar de hacer algunas labores diarias del trabajo o del hogar a causa de su enfermedad	2	1
Le cuesta más esfuerzo realizar sus actividades diarias en su hogar o trabajo.	2	1

rol física normal ()	rol física limitada ()
Puntaje : 1-4 puntos	5 – 8 puntos

DOLOR CORPORAL Y ROL SOCIAL

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?	NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Ha experimentado dolor en alguna parte de su cuerpo	1	2	3	4	5
El dolor le ha dificultado su trabajo habitual	1	2	3	4	5
Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.	1	2	3	4	5

Dolor y Rol social aceptable ()	Dolor y Rol social deficiente ()
Puntaje : 1- 7 puntos	8 – 15 puntos

ENERGIA Y VITALIDAD

Durante las últimas 4 semanas	siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad	5	4	3	2	1
Tuvo mucha energía	5	4	3	2	1
Se sintió agotado	1	2	3	4	5
Se sintió cansado	1	2	3	4	5

Energía y vitalidad conservada ()	Energía y vitalidad deficiente ()
Puntaje : 11 –20 puntos	1- 10 puntos

ROL EMOCIONAL

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo?	Si	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	2	1
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	2	1
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	2	1

Rol emocional aceptable ()	Rol emocional deficiente ()
Puntaje : 1- 4 puntos	5 –8 puntos

SALUD GENERAL

Durante las 4 semanas	Todo verdadero	Bastante cierto	No lo se	Bastante falso	Totalmente falso
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como otras personas	5	4	3	2	1
Creo que mi salud va a empeorar a causa de mi enfermedad	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	5	4	3	2	1

Buena salud general ()	Mala salud general ()
Puntaje : 11-20 puntos	1 –10 puntos

En general, usted diría que su salud es:

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



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N°2

ID

INSTRUMENTO:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

TITULO DE LA INVESTIGACION: Influencia de los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - unidad de diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015.

INTRUCCIONES:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una (X) en el casillero que mejor refleje su situación actual.

GRACIAS POR SU COLABORACION

¿Cuál de estas alternativas refleja su situación actual con respecto a su persona?		Marca con una (X)
1	ESTADO DE ANIMO	
-	No me siento triste	0
-	Me siento triste.	1
-	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	2
-	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	3
2	PESIMISMO	
-	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	0
-	Me siento desanimado respecto al futuro.	1
-	Siento que no tengo que esperar nada.	2
-	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	3
3	Insatisfacción	
-	Las cosas me satisfacen tanto como antes.	0
-	No disfruto de las cosas tanto como antes.	1
-	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	2
-	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	3
4	Sentimientos de culpa	
-	No me siento especialmente culpable.	0
-	Me siento culpable en bastantes ocasiones.	1
-	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2
-	Me siento culpable constantemente.	3
5	Odio a sí mismo	
-	No estoy decepcionado de mí mismo.	0
-	Estoy decepcionado de mí mismo.	1
-	Me da vergüenza de mí mismo.	2
-	Me detesto.	3

6	Impulsos suicidas	
-	No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
-	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	1
-	Desearía suicidarme.	2
-	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	3
7	Períodos de llanto	
-	No lloro más de lo que solía llorar.	0
-	Ahora lloro más que antes.	1
-	Lloro continuamente.	2
-	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3
8	Aislamiento social	
-	No he perdido el interés por los demás.	0
-	Estoy menos interesado en los demás que antes.	1
-	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	2
-	He perdido todo el interés por los demás.	3
9	Imagen corporal	
-	No creo tener peor aspecto que antes.	0
-	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	1
-	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	2
-	Creo que tengo un aspecto horrible.	3
10	Trastornos del sueño	
-	Duermo tan bien como siempre.	0
-	No duermo tan bien como antes.	1
-	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	2
-	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	3
11	Cansancio	
-	No me siento más cansado de lo normal.	0
-	Me canso más fácilmente que antes.	1
-	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	2
-	Estoy demasiado cansado para hacer nada.	3
12	Pérdida de apetito	
-	Mi apetito no ha disminuido.	0
-	No tengo tan buen apetito como antes.	1
-	Ahora tengo mucho menos apetito.	2
-	He perdido completamente el apetito.	3
13	Hipocondría	
-	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal	0
-	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento	1
-	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	2
-	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	3

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck	
Puntuación	Nivel de depresión*
1-6	Estos altibajos son considerados normales
7-12	Leve perturbación del estado de ánimo
13-18	Estados de depresión intermitentes
18-24	Depresión moderada
25-30	Depresión grave
+ 30	Depresión extrema

* Una puntuación persistente de 12 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO:

ID

ANEXO N° 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD

TITULO DE LA INVESTIGACION: Influencia de los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - unidad de diálisis - hospital regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015.

RESPONSABLES: Acosta Sarmiento, Billy Cristom

Iglesias Gonzales María Cristina

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno a sí mismo. Lea cada frase y marque la puntuación de 0 a 3 con una (X).

GRACIAS POR SU COLABORACION

N°	¿Cómo se siente usted ahora mismo?	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado (a)	3	2	1	0
2	Me siento seguro (a)	3	2	1	0
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Me siento cómodo (estoy a gusto)	3	2	1	0
5	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
6	Me siento angustiado	0	1	2	3
7	Tengo confianza en mí mismo	3	2	1	0
8	Me siento nervioso'	0	1	2	3
9	Estoy impaciente	0	1	2	3
10	Me siento incapacitado o muy "atado"	0	1	2	3
11	Estoy relajado	3	2	1	0
12	Me siento satisfecho	3	2	1	0
13	Estoy preocupado	0	1	2	3
14	Me siento alegre	3	2	1	0
15	En este momento me siento bien	3	2	1	0
16	Me siento menos que las otras personas	0	1	2	3

ANSIEDAD – RASGO

INSTRUCCIONES:

A continuación lee cada frase y marque la puntuación de 0 a 3 con una (X) que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.

Nº	¿Cómo se sintió usted en las últimas 4 Semanas?	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
17	Me siento bien	4	3	2	1
18	Me canso rápidamente	1	2	3	4
19	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
20	Me gustaría ser tan feliz como otros	1	2	3	4
21	Soy una persona serena y calmada	4	3	2	1
22	Veo que las dificultades se almacenan y no puedo con ellas	1	2	3	4
23	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
24	Soy feliz	4	3	2	1
25	Suelo tomar las cosas muy seriamente	4	3	2	1
26	Tengo confianza en mí mismo	4	3	2	1
27	suelo afrontar las crisis sin dificultades	4	3	2	1
28	Me siento triste (melancólico)	1	2	3	4
29	Estoy satisfecho con mi vida	4	3	2	1
30	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	1	2	3	4
31	Soy una persona estable	4	3	2	1
32	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	1	2	3	4

SUBESCALA IDERE- E		SUBESCALA IDERE-R	
I) Ítems (+)	1, 2, 4, 7, 11, 12, 14 y 15 =	I) Ítems (+)	17, 21, 24, 25, 26, 27, 29 y 31 =
II) Ítems (-)	3, 5, 6, 8, 9, 10, 13 y 16, =	II) Ítems (-)	18, 19, 20, 22, 23, 28, 30 y 32 =

No tiene (0 a 12) Bajo(13-24) Medio(25-36) Alto(>36)	No tiene (0 a 12) Bajo(13-24) Medio(25-36) Alto(>36)
---	---



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....identificado con mi DNI....., estoy de acuerdo en participar en la investigación: Influencia de los factores psicológicos: ansiedad y depresión en la calidad de vida de los pacientes hemodializados - Unidad De Diálisis - Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco 2015, llevada a cabo por los alumnos de la referida universidad, cuyo objetivo de estudio es determinar la influencia de los factores psicológicos en la calidad de vida de los pacientes hemodializados.

· Mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permiso que la información obtenida solo sea utilizada con fines de investigación.

Firma del paciente

Firma del investigador

Firma de la investigadora

Huánuco, ___ / ___ / 2015