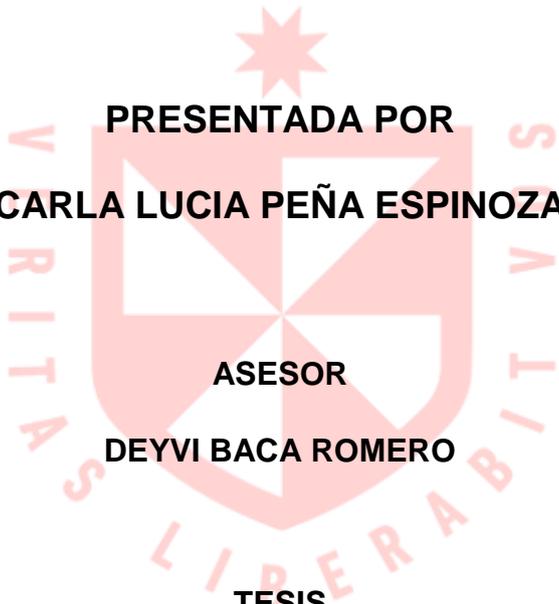


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA  
PRIVADA EN LIMA NORTE**



**PRESENTADA POR  
CARLA LUCIA PEÑA ESPINOZA**  
**ASESOR  
DEYVI BACA ROMERO**  
**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA PRIVADA EN  
LIMA NORTE**

**TESIS PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:  
CARLA LUCIA PEÑA ESPINOZA**

**ASESOR:  
MG. DEYVI BACA ROMERO  
ORCID: [0000-0003-0184-0303](https://orcid.org/0000-0003-0184-0303)**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **Dedicatoria**

Dedicado a mis padres, a los pacientes renales, personal de salud de la clínica por su colaboración en esta investigación, a mis padres y a mi abuelita Isabel en el cielo, quien fue la principal inspiración en estudiar la salud mental en esta población.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORADA .....	i
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS .....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....	10
1.1 . Bases teóricas .....	10
1.1.1. Depresión.....	10
<i>Depresión en pacientes renales</i> .....	13
1.1.2. Calidad de Vida.....	14
1.2. Evidencias empíricas .....	19
1.3. Planteamiento del problema .....	22
1.3.1. Importancia de la investigación.....	25
1.3.2. Formulación del Problema .....	26
1.4. Objetivos de la investigación .....	26
1.4.1. Objetivo General .....	26
1.5. Formulación de hipótesis principal .....	26
1.6. Variables y definición operacional.....	27
CAPÍTULO II: MÉTODO .....	29
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	29
2.4. Procedimiento.....	32
2.5. Aspectos éticos .....	32
2.6. Análisis de los datos.....	32
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	33
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES .....	41
RECOMENDACIONES .....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de depresión</i> .....	27
Tabla 2. <i>Operacionalización de calidad de vida</i> .....	28
Tabla 3. <i>Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36</i> .....	31
Tabla 4. <i>Estadística descriptiva de las variables</i> .....	33
Tabla 5. <i>Correlación entre calidad de vida y depresión</i> .....	34
Tabla 6. <i>Correlación entre las dimensiones de calidad de vida y depresión</i> ....	34

## RESUMEN

El Ministerio de Salud (2022) menciona que alrededor de 11% de peruanos sufre de enfermedad renal crónica, siendo un importante problema de salud pública. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en 102 pacientes entre 26 a 80 años ( $M=55.39$ ,  $DE=12.5$ ). El 48% fueron mujeres y un 53%, varones con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte, para lo cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de Salud SF-36. Por otro lado, se encontraron correlación directa depresión y las dimensiones en calidad de vida: Rol físico ( $r^2=.07$ ), Dolor corporal ( $r^2=.05$ ), Salud General ( $r^2=.16$ ), Vitalidad ( $r^2=.23$ ), Función Social ( $r^2=.12$ ) y Rol Emocional ( $r^2=.07$ ) ( $p<.05$ ). En el caso de la dimensión de salud mental se halló un valor  $r^2=.003$  ( $p>.05$ ) por lo cual se rechaza la hipótesis. Asimismo, se encontró diferencias significativas en sexos, en la cual las mujeres tienen un porcentaje mayor que los hombres en las dimensiones de dolor y salud general. En conclusión, se encontraron valores significativos lo cual indica que a mayor presencia de calidad de vida habrá menor depresión en los pacientes renales y viceversa.

**Palabras clave:** Depresión, calidad de vida, hemodiálisis, pacientes renales

## ABSTRACT

The Ministry of Health (2022) mentions that about 11% of Peruvians suffer from chronic kidney disease, which is an important public health problem that should be investigated. The aim of the present study was to determine the relationship between depression and quality of life in 102 patients between 26 and 80 years of age ( $M=55.39$ ,  $SD=12.5$ ). The Beck Depression Inventory (BDI-II) and the SF-36 Health Questionnaire were used to determine the relationship between depression and quality of life. 48% were women and 53% were men undergoing hemodialysis treatment at a private clinic in northern Lima. On the other hand, a direct correlation was found between depression and the dimensions of quality of life: Physical Role ( $r^2=.07$ ), Body Pain ( $r^2=.05$ ), General Health ( $r^2=.16$ ), Vitality ( $r^2=.23$ ), Social Function ( $r^2=.12$ ) and Emotional Role ( $r^2=.07$ ) ( $p<.05$ ). In the case of the mental health dimension, a value  $r^2=.003$  ( $p>.05$ ) was found, so the hypothesis was rejected. Likewise, significant differences were found in sexes, in which women have a higher percentage than men in the dimensions of pain and general health. In conclusion, significant values were found, indicating that the greater the presence of quality of life, the lower the depression in renal patients and vice versa.

**Keywords:** Depression, quality of life, hemodialysis, renal patients.

# RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**Reporte-DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES CON TRATAMIENTO**

AUTOR

**CARLA LUCIA PEÑA ESPINOZA**

RECuento DE PALABRAS

**11024 Words**

RECuento DE CARACTERES

**61481 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**59 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.1MB**

FECHA DE ENTREGA

**Oct 17, 2024 7:32 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Oct 17, 2024 7:33 AM GMT-5**

## ● 12% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

## ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado



## INTRODUCCIÓN

En nuestro país hay pacientes que viven con una enfermedad crónica, siendo así que el Ministerio de Salud (MINSA, 2022) indica que, relativamente, un 11% de peruanos sufre de una enfermedad renal crónica. Dada esa razón, hay enorme necesidad en la ejecución de programas preventivo-promocionales en la salud renal cuya finalidad es educar a la población en un cambio de estilos de vida y concientizar acerca de las problemáticas producto de una enfermedad renal que son tanto social, física y mental, debido a que este proceder se ha tornado en necesidad de salud pública. Este último es evidenciado en un cambio de su estado emocional producto de su nueva condición médica, generándose así una depresión que afectaría directamente en la calidad de vida (Prada, 2004). En consecuencia, es relevante profundizar en las variables mencionadas y ver qué tanto puede impactar en los pacientes renales los cambios que deben realizar para poder tener una calidad de vida reduciendo su ámbito laboral, social, familiar, entre otros. La depresión es definida como el resultado del intercambio complejo del sujeto con los factores sociales, biológicos y psicológicos. De hecho, en personas con enfermedades médicas graves, la prevalencia de la depresión puede aumentar o disminuir (Morales, 2017).

Por otro lado, cabe precisar que este estudio siguió los lineamientos establecidos por Ato et al. (2013), siendo así un estudio de tipo empírico con estrategia asociativa predictiva bajo el diseño correlacional simple. Por lo que, el objetivo principal fue determinar la asociación de depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada de Lima Norte.

Por último, se ha de mencionar que el estudio se encuentra estructurado en 4 capítulos. Dentro del primero se atienden elementos conceptuales que contienen en sí mismos los principales fundamentos teóricos y los estudios que antecedente a este, al igual que el planteamiento del problema en la que se contextualiza las variables de estudio, y junto a él, la formulación de la pregunta, objetivo e hipótesis. Dentro del capítulo siguiente se enfatiza el método que el presente estudio ha seguido, por lo que se describe el tipo y diseño, el tipo de muestra empleado, los instrumentos considerados, el procedimiento que se siguió, el procesamiento correspondiente de los datos y las normas éticas. Luego, en el tercer capítulo se encuentran los hallazgos de la investigación, en donde se demuestra el análisis descriptivo e inferencial. Y, para finalizar, dentro del capítulo final se presenta la discusión de los hallazgos del estudio realizado.

# CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

## 1.1. Bases teóricas

### 1.1.1. Depresión

La definición de la depresión ha tenido variación con el transcurso del tiempo, para Perales et al. (1998) la depresión es un síndrome con síntomas principalmente de tristeza, lentificación motora, impedimento en resolver los problemas, angustia además de poder llegar a tener ideas de suicidio, estupor o ideas delusivas. Por otro lado, Vásquez et al. (2000), enfatizan la definición propuesta por Beck y otros en la que mencionan que este término es generalmente resultado de la interpretación equivocada de la persona sobre los sucesos a las cuales se debe enfrentar.

Dorsch (2008), define a la depresión como estar de mal humor, con voluntad débil, incapacidad para tomar decisiones y se presenta en diferentes enfermedades mentales. Mientras que, Belloch (2009), sugiere la definición de Abramson et al., quienes consideran que es causada por la desesperanza junto con sentimientos de inferioridad en cuanto la posibilidad de modificar el suceso de aquel acontecimiento significativo para el individuo.

Sin embargo, desde el psicoanálisis Velásquez (2013) describe a la depresión como una forma de neurosis en la cual hay un pesimismo, pensamiento nihilista, así como, apatía, abulia, anhedonia y síntomas de carácter físico, siendo un malestar significativo con disposición de consolidarse como un trastorno afectivo, pero sin pérdida de la realidad. En cambio, Ruiloba (2015) este término lo explica en tres formas: como síntoma, síndrome y enfermedad. El primero puede estar acompañado de otros trastornos como los de la angustia, el segundo agrupa síntomas como tristeza, culpa, minusvalía entre otros y por último desde un modelo médico lo explican como un trastorno con un origen biológico.

Por otro lado, la Asociación Americana de Psicología (2016) postula que la depresión igual conocida como trastorno depresivo es una enfermedad psíquica multicausal que puede ser explicada a nivel biológico, ambiental, psicológico o social, así como aquellas personas que tienen enfermedades graves originando una serie de sintomatología que perturba la vida del sujeto. De la misma manera, Gil (2019) lo considera una patología del estado de ánimo, en la cual el sujeto se siente triste de forma persistente y perdurable que puede ocasionar una pérdida del sentido de la vida, es acompañado de otros síntomas y puede afectar las capacidades cognitivas, así como en su calidad de vida.

Por último, la OMS (2019) sostiene que dicho término es un trastorno psíquico determinado en aquella tristeza patológica, un desinterés por las actividades que le daban sentido a la persona, así como la interferencia en el sueño, apetito y afectación en los procesos cognitivos de forma significativa.

En la actualidad la definición de Beck (1976) sigue vigente debido a que su aproximación acerca de la depresión esta presente en diversas investigaciones (Cjuro & Flores, 2018; Villanueva et al., 2015).

#### *Modelo Cognitivo de la depresión*

Beck (1976) resalta que esta patología está conformada mediante tres conceptos:

a. Triada cognitiva. Posee tres componentes:

*Visión negativa.* El sujeto se ve a sí mismo como inservible y relaciona sus malas experiencias con sus defectos personales creyendo que no vale nada por lo que piensa que carece de cualidades para que pueda ser feliz.

*Interpretación de sus experiencias de forma negativa.* Considera que la vida le presenta obstáculos muy difíciles para que no pueda alcanzar sus objetivos e interpreta las situaciones de manera negativa.

*Visión negativa acerca del futuro.* Tiene proyectos que puede concretar, pero tiende a anticiparse que su sufrimiento actual continuará de manera indefinida. Posee expectativas de fracaso en cualquier tarea que deba realizar.

b. Esquemas. Busca explicar la actitud que hace mantener el sufrimiento en el paciente a pesar de tener elementos positivos en su vida. Estos esquemas pueden estar inactivos y al activarse por un factor ambiental establece la manera de reaccionar de una persona ante una situación determinada.

c. Errores en el procesamiento de información

*Inferencia arbitraria.* Conclusión anticipada opuesta a pesar de que podría contar con evidencia que contradice su conclusión.

*Abstracción selectiva.* Concentra solamente en un fragmento fuera de su contexto ignorando lo relevante y elabora toda la experiencia en apoyo a ese detalle.

*Generalización desmesurada.* Elaboración de una norma general producto de un suceso aislado.

*Maximización y minimización.* Incrementa o disminuye el grado de significación del hecho o de la conducta llegando a distorsionarlo.

*Personalización.* Predisposición y viabilidad del sujeto para asignarse a sí mismo fenómenos externos a pesar de que no existe un soporte para formar tal enlace.

*Pensamiento absolutista, dicotómico.* Inclinación a organizar todas sus experiencias en dos categorías contradictorias para describirse él mismo como por ejemplo humilde – soberbio.

El modelo cognitivo enfatiza que el sujeto a raíz de un suceso estresor y negativo configura sus esquemas de pensamiento acerca del mundo y de sí mismo de forma errada generándose así la depresión. DeRubeis et al. (2005) realizó un estudio con 120 pacientes depresivos en los cuales dividió en dos grupos: 60 de ellos llevarían TCC y los otros 60 llevarían tratamiento farmacológico. Se concluye que psicoterapia cognitiva es tan eficiente al igual que la utilización de psicofármacos.

Pérez-Padilla et al. (2017), resaltan que hasta la actualidad este modelo de intervención para la depresión propuesto por Beck sigue siendo eficaz y eso se evidencia en los múltiples estudios donde se corrobora que es de gran utilidad en cuanto la disminución de recaídas. Sin embargo, con el paso de los años podemos visualizar que la etiología de la depresión es muy amplia. Ya no sólo es un tema cognitivo sino también biológico por lo que actualmente se está utilizando la terapia combinada, es decir que el paciente lleva la terapia cognitiva junto con el uso de antidepresivos siendo muy efectivo.

#### *Depresión en pacientes renales*

Ávila et al. (2011) destacan los cambios a nivel psicológico como la preocupación por el futuro, ansiedad ante los cambios de hábitos, estrés por la misma enfermedad transmitiéndola a su entorno familiar, aislamiento social, así como el duelo por la pérdida de movilidad física por lo cual se siente limitado. Todo esto genera pensamientos negativos que no le permiten adecuarse en su nueva condición de paciente.

Cajachagua (2017) expresa que la duración del tratamiento que suele ser de tres a cuatro horas y se realiza de forma inter- diaria puede generar frustración, sentimientos de culpabilidad e incluso problemas con su familia y hay una disminución de sus actividades sociales. Asimismo, Shirazian (2019) refiere que esta enfermedad

perjudica alrededor de un cuarto de los pacientes con ERC y se relaciona mucho con los resultados médicos y psicosociales deficientes además de que existe un aumento de la prevalencia de la depresión, no se interviene eficientemente.

Vásquez (2020) indica que la depresión es un agente de riesgo en cualquier forma de diálisis, sin distinción de edad y género. Asimismo, este estado emocional se relaciona con la deserción del tratamiento y causa de suicidios. Resalta la investigación realizada en Estados Unidos por Kurella et al., (2005), en la que se encontró una tasa de 22.4 suicidios por cada 100.000 pacientes por año.

Es necesario tomar en consideración el diagnóstico temprano de la sintomatología depresiva para evitar que se agrave además de que el paciente reciba el apoyo familiar y del personal de la unidad renal.

### **1.1.2. Calidad de Vida**

No se ha podido establecer un acuerdo en cuanto a una definición universal de la CV debido a que se le puede relacionar con otros términos como satisfacción, bienestar, felicidad, autorrealización, entre otros.

Nava (2012) refiere que hay un panorama individual donde la calidad de vida es condicionada a través de la cultura, de sus valores, de su grupo de pares además que su percepción depende en gran parte de la representación, interpretación y valoración que tiene del mundo. Asimismo, menciona que se reconocen tres implicancias en cuanto al concepto del término. El primero relacionado a la calidad del entorno en el cual la persona vive, luego está la calidad de acción que vinculado con la competencia del sujeto en afrontarse a su vida pudiendo vivir de mejor manera y finalmente la calidad del resultado, que requiere requisitos previos.

Aponte (2015) destaca la postura de Tuesca considerando que dicho término es una variable complicada, multifactorial en la cual existe la subjetividad que está

vinculado al bienestar, satisfacción con la vida o estado de ánimo positivo. Por otro lado, tenemos también la objetividad vinculada al ámbito de la articulación social, física y psicológica.

Grimaldo et al. (2003) explican la CV como aquel proceso dinámico, difícil y multidimensional, fundado en la representación intrínseca sobre el nivel de complacencia que el sujeto ha logrado en cuanto su entorno.

#### *Calidad de vida: Un panorama de salud en general*

Bustos-Vázquez et al. (2016) propusieron un modelo teórico de la autopercepción de la salud, como una manera de aproximación de interpretación a la calidad de vida, ya que toma importancia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Siendo la autopercepción el resultado de aquella existencia de alguna comorbilidad, discapacidad y estado depresivo con una correlación tanto directa como indirecta. Hay varios estudios que han encontrado que esta percepción se relaciona con variables socioeconómicas y de salud (Lluesma-Vidal et al., 2021; Moreno et al., 2014; Peláez et al., 2015). De este modo, se han probado correlaciones significativas entre autopercepción de la salud, problemas de salud, enfermedades crónicas, etc.

Este modelo es un planteamiento simple e integrador que concede una ideal proximidad para su medición. Su mayor contribución es el abordaje del estado de bienestar de salud en los adultos mayores a partir de las múltiples dimensiones, pudiendo así guiar intervenciones eficaces que impulsen una autopercepción positiva de la salud.

Ante lo expuesto anteriormente hay un instrumento creado por Ware y Sherbourne (1992) para *The Medical Outcomes Study*, ya que este instrumento fue creado para investigación clínica y su sustento son investigaciones cualitativas. Se rigen en lo que se considera la salud integral, con el de calcular la apreciación de los

individuos y ver su impacto a nivel corporal, emocional, psicológico y social, muy semejante a lo Kaplan y Bush, quienes propusieron en 1982 distinguir entre el concepto más amplio de CV asociados con el estado de salud y la atención médica (Prior, 2015). Todos estos niveles fueron divididos en dimensiones de salud (Alonso et al., 2003).

*Función Física.* Se encarga de ver las limitaciones de las actividades físicas que incluyen cargar peso, caminar, correr, autocuidado y todo lo referente a la intensidad de esfuerzos.

*Rol Físico.* Implicancia de la salud física que interfiera con sus actividades sea a nivel laboral como en su vida cotidiana.

*Dolor Corporal.* Grado de intensidad del dolor físico que impida a la persona realizar su trabajo, salir a otros lugares y la realización de sus labores del hogar.

*Salud General.* Explora la salud actual, su posición de ella respecto al futuro y su oposición a enfermar.

*Vitalidad.* Energía, frente al cansancio y sensación de debilidad.

*Función Social.* Como repercute su salud sea física y/o emocional, así como su impacto en su ámbito social.

*Rol Emocional.* Grado de dificultades emocionales que afectan el adecuado desarrollo de sus actividades laborales y del hogar.

*Salud Mental.* Incluye sintomatología depresiva, ansiosa, así como su autocontrol, conducta y su impacto positivo.

Las mencionadas dimensiones se ven generalmente afectados cuando una persona es informada que tiene enfermedad renal crónica (ERC), por lo que el papel del psiconefrólogo es primordial en la primera fase del desarrollo de este padecimiento y prevenir que su calidad de vida sea perjudicada, orientándolo y

ayudándolo en el conocimiento de este, así la aceptación de su enfermedad a través de programas de psicoeducación, y obtener una efectiva adherencia al tratamiento. A pesar de ello, se debe trabajar de manera conjunta con médicos, enfermeras, técnicos, entre otros.

García-Arista et al. (2018), dan a conocer que es un reto muy significativo el hecho de diseñar programas de calidad que sean convenientes en cuanto su aplicación en instituciones estatales, donde los pacientes cuentan con limitados bienes económicos que les permitan dirigirse en varias ocasiones al hospital, además, no contar con la infraestructura adecuada que pueda cubrir todas las necesidades de atención que ellos requieren.

Al respecto Ha Dinh et al. (2016) efectuaron una revisión sistemática sobre el uso en enseñanza de programas de educación a nivel de salud con el propósito de aumentar el cumplimiento del autocuidado en pacientes con ERC. Se seleccionó 21 artículos de los cuales 11 eran relacionados al uso del método de enseñanza – retroceso. En cuatro de ellas se pudo comprobar un mejor conocimiento de la enfermedad en esos participantes mejoraba evidenciado en la adherencia de la medicación y alimentación. También, en dos investigaciones mostraron la mejoría en pacientes con insuficiencia cardíaca realizando ejercicio, dieta, así como un cuidado por parte de pacientes diabéticos en cuanto sus pies. Sin embargo, hallaron cinco donde si bien había una reducción en las tasas de readmisión y hospitalización, no siempre fueron estadísticamente significativas. Los autores resaltan que el método de la enseñanza muestra efectos positivos en la salud de los pacientes, aunque no siempre fueron estadísticamente significativos.

Verberne et al. (2020), tuvieron como objetivo revisar investigaciones que comparan el tratamiento conservador relacionado con la CV y los síntomas en los

pacientes renales. En cuanto a la salud física los síntomas parecían ser peores en los pacientes que optaron el tratamiento conservador en contraste con los pacientes que eligieron la hemodiálisis. Asimismo, encontraron como resultados en cuanto a su salud mental fueron similares entre los pacientes que eligieron el tratamiento conservador o diálisis, incluyendo antes y después del inicio de la diálisis. Sin embargo, aquellos pacientes que eligieron la diálisis, el peso de esta enfermedad y la repercusión en su vida cotidiana aumentaron después de comenzar la diálisis. Si bien los datos son heterogéneos, recomiendan que algunos pacientes adultos mayores el tratamiento conservador es más eficaz en conseguir una mejor calidad de vida, pero mencionan que se necesitan realizar más estudios que puedan dar conclusiones más consistentes.

Schmalz et al. (2020) indagaron en la CV y su asociación con la salud bucal en personas con IRC bajo un tratamiento de hemodiálisis. Hicieron una búsqueda utilizando los términos de diálisis, insuficiencia renal o hemodiálisis, así como CV asociada con la salud oral. Doce de veinte estudios fueron comprendidos en el análisis cualitativo. La mayoría incluyó a pacientes con IRC, con un tamaño de muestra entre 47 y 512 participantes. Dos estudios incluyeron pacientes después de un trasplante de riñón. Sólo un cuarto de las investigaciones incluyó un grupo de control saludable. Los resultados arrojan que aquellos pacientes sometidos al tratamiento de reemplazo renal sufren una repercusión en su bienestar respecto a su salud bucal. Por ende, concluyen que se necesita un cuidado dental interdisciplinario y se debe considerar tanto el físico como los problemas psicosociales.

*Calidad de vida en pacientes renales*

Son varios los cambios drásticos que debe someter el paciente con ERC, entre ellos se destaca la limitación en el consumo de líquidos e ingesta de proteínas, así como alimentos con potasio.

Por otro lado, el paciente ya no puede movilizarse por sí mismo causando que se comience a aislar socialmente al sentir que pierde su autonomía. Lastra et al. (2018) describen como es la CV en pacientes adultos del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. Los pacientes manifiestan tener complejidad para caminar, hay una disminución de sus actividades cotidianas en la casa, les cuesta dormir, se sienten cansados, agotados y con malestar general.

Sumado a todo ello, algunos desarrollan un temor al procedimiento debido al dolor por la fístula y a las posibles consecuencias durante el tratamiento como calambres, hipotensión arterial, náuseas entre otros.

Algunos tuvieron que reducir sus horas de trabajo tendiendo a deprimirlos y sin esperanza en relación con su recuperación. No todos cuentan con la ayuda de sus parientes y amigos por la cual se les hace más complejo afrontar su enfermedad.

Todos estos cambios en el estado físico, emocional y mental se experimentan luego del inicio del tratamiento de hemodiálisis.

## **1.2. Evidencias empíricas**

Para el siguiente apartado, se precisa que la información recopilada se dio como resultado de una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos de revistas indexadas (*Pubmed, Elsevier, ScELO, Dialnet y Redalyc*), en donde se empleó una serie de palabras claves como: *depresión, calidad de vida, hemodiálisis, depression, quality of life, hemodialysis*. Asimismo, es importante mencionar que, en

gran parte, se seleccionaron artículos y tesis de grado con un periodo de tiempo no mayor a 7 años con población clínica.

En Brasil Alencar et al. (2020), propusieron establecer la posible correlación en depresión y calidad de vida en enfermos de IRC en la tercera edad con tratamiento en hemodiálisis. Este estudio transversal tuvo una muestra de 173 pacientes, en donde los hombres formaron parte de un 58.4% y las mujeres un 41.6%, y con una edad media de 68.7. Asimismo, se emplearon el *Mini- international Neuropsychiatric Interview* y el Cuestionario CASP-16. En ese sentido, se halló que la sintomatología depresiva se presentó en un 22.5% del total de la muestra. Eventualmente, aquellos con depresión presentaron una reducción en cuanto su calidad de vida.

En Colombia, Merino-Martínez et al. (2019) ejecutaron un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, para encontrar una relación entre la depresión y la calidad de vida en 122 personas diagnosticadas con una enfermedad renal, siendo 86 hombres y 36 mujeres. Respecto a los instrumentos de medición, emplearon el KDQOL- SF y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. En ese sentido, los hallazgos también demostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la experimentación de las dimensiones de Salud general, Vitalidad y Rol físico.

En España, Blanco et al. (2018), elaboraron una investigación descriptiva y transversal cuya finalidad fue examinar la asociación entre calidad de vida vinculada con la salud y el aclaramiento renal en pacientes con ERC. Se conformó con 124 pacientes renales a través de una edad media de 67.2 años; en la que 68 fueron hombres (55%) y 56 mujeres (45%). Utilizaron el Cuestionario KDQOL- SF para medir la calidad de vida, así como la comorbilidad asociada. Hallaron que a nivel de sexos

existen diferencias significativas en las dimensiones de Rol físico, Dolor, Salud general, Rol emocional y Vitalidad.

A nivel nacional, Cjuro y Flores (2018) hicieron un estudio con diseño no experimental de corte transversal, en la cual examinaron en una clínica de Juliaca a 100 pacientes que se dializan bajo la finalidad de comprobar la asociación entre la depresión y calidad de vida. Y para ello usaron el Cuestionario de Salud SF-36 y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI – II). En ese sentido, en cuanto a la depresión, se demostró que el 62% se percibe en un cuadro moderado, el 29% en leve, y el 9% en severa. Asimismo, se evidenció una concordancia entre la depresión y la calidad de vida con sus respectivas dimensiones.

Por otro lado, Roque (2018) ejecutó un estudio de diseño no experimental, corte transversal para examinar la interrelación entre depresión y calidad de vida en pacientes con ERC. Analizó a 61 pacientes renales de un Hospital de Nivel I de Lima en la que utilizaron los instrumentos: SF-36 y el HADS. Asimismo, el 67.2% fueron mujeres y el 32.8% hombres. Se halló relaciones significativas en las variables mencionadas tanto a nivel general, como en las dimensiones de CV.

Por último, Villanueva et al. (2015) una investigación que elaboraron propusieron establecer la interrelación entre depresión y calidad de vida con enfermos renales pertenecientes a un Hospital del Seguro Social de Salud (EsSalud). Este estudio fue no experimental y con un corte transversal. Asimismo, en este participaron un total de 39 pacientes, de los cuales el 53.8% fueron del sexo masculino. Para ello aplicaron el BDI – II junto al cuestionario SF-36 en su versión corta. Los autores encontraron que hay una concordancia significativa entre ambas variables ( $p=.000$ ), específicamente en las diversas dimensiones de la calidad de vida. A nivel de dimensiones, hubo una relación inversa entre la depresión con las dimensiones

función física ( $t = -.561$ ,  $p < .05$ ), función social ( $t = -.642$ ,  $p < .05$ ), rol físico ( $t = -.679$ ,  $p < .05$ ), rol emocional ( $t = -.735$ ,  $p < .05$ ), dolor corporal ( $t = -.545$ ,  $p < .05$ ), salud general ( $t = -.743$ ,  $p < .05$ ), salud mental ( $t = -.738$ ,  $p < .05$ ), y la vitalidad ( $t = -.735$ ,  $p < .05$ ).

### **1.3. Planteamiento del problema**

Actualmente en el Perú aproximadamente el 10% de la población tienen una enfermedad renal crónica, convirtiéndose en problema de salud a nivel nacional (Radio Nacional, 2024). Pérez et al. (2017) mencionan que dos millones de personas pueden tener más años de vida gracias al tratamiento de hemodiálisis o recibiendo un trasplante de riñón. Dichos autores señalan el incremento de pacientes que utilizan este tratamiento entre un 6 y 20% al año, de igual modo es una causa de riesgo alto para muerte cardiovascular. Por otro lado, Herrera et al. (2016), afirman que este tipo de enfermedad es muy costosa de cubrir para los sistemas de salud pública.

Un paciente al ser diagnosticado con IRC debe ser consciente que tendrá que hacer modificaciones respecto su estilo de vida, comenzando por su dieta especial, realizando algún tipo de actividad física y llevar tratamiento de hemodiálisis. El ente encargado en nuestro país es el Centro de Salud de Renal el cual ofrece esta terapia tanto en los hospitales como en centros privados tercerizados que son las clínicas ubicadas cerca a los domicilios de los pacientes. Por otro lado, está establecido que la realización de la terapia de diálisis debe ser en una frecuencia de tres veces por semana de manera inter diaria. Según el Seguro Social de Salud del Perú – EsSalud (2020) a través del Informe de Registro Nacional de Diálisis menciona la existencia de una población de aproximadamente 7533 que se le realiza tratamiento de hemodiálisis y las edades de prevalencia son 43.3% de 45-64 años, 24.3% 65 a 74 años, 17.8% de 20 - 44 años, 13.9% de 75 a más y el .8% de 0-19 años.

Los cambios producidos por el diagnosticado con IRC mencionados anteriormente pueden desencadenar en el paciente un cuadro de depresión (Prada, 2004), debido a que muchas veces hay un desconocimiento acerca de los beneficios del tratamiento como por ejemplo que podrían gozar de muchos años más de vida, así como seguir manteniendo una calidad de vida; esto también, implica seguir las indicaciones médicas. Sin embargo, algunos de estos pacientes al comienzo muestran resistencia al tratamiento y esto se puede manifestar en un cambio de comportamientos incluyendo su estado de ánimo, su comportamiento social y físico, ya que, según Rodríguez et al. (2019), presentan diversas problemáticas físicas a nivel cardiovascular, inmunológico, disfunción sexual, músculo esquelético lo cual genera un impacto a nivel anímico y todo ello influye en la pérdida de su trabajo, generando problemas familiares, afectando directamente su calidad de vida.

Por otro lado, a nivel psicológico lo que se presenta frecuentemente según Padilla et al. (2016), es la depresión, y son ellos quienes la definen como un estado emotivo representado con sentimientos intensos de tristeza y culpabilidad, disminución de su energía, problemas para dormir, disminución en las labores de su día a día, baja autoestima, tal como problemas de carácter alimenticio.

Las evidencias sobre la depresión han demostrado en el estudio realizado en Irán por Ravaghi y Behzadifar (2017) donde evaluaron a 2 822 pacientes renales y mostraron que la depresión se manifiesta comúnmente en este tipo de pacientes de diálisis y que el diagnóstico temprano con un tratamiento efectivo para la depresión podría mejorar considerablemente su calidad de vida. Por otro lado, en Cuba, Cisnero-Acosta, et al. (2018) evaluaron a 20 pacientes diagnosticados con IRC y encontraron que el 100% de ellos evidenciaba algún tipo de depresión, siendo la más significativa la moderada (45%), la cual incrementa en el transcurso de los años y se

puede examinar desde los dos años de tratamiento. Por otro lado, 13 pacientes con antecedentes de depresión por lo menos, tres (23.1%) han intentado suicidarse y el 7.9% ha sido diagnosticado preliminarmente. Finalmente, en Brasil, Sampaio et al. (2019), trabajaron con 205 pacientes, de los cuales 130 estaban en diálisis y 75 con trasplante de riñón comprobando sintomatología depresiva y ansiosa ocurrieron en su mayoría en pacientes que llevaban el mencionado tratamiento.

Este estado de ánimo inestable impacta directamente sobre calidad de vida (CV) del paciente renal. Para Dorsch (2008), lo define como la valoración que el sujeto le da, ya sea como valiosa o insatisfactoria y que necesita mejorar. Por otro lado, Reina y Malagón (2020) resaltan la definición de la *World Health Organization (WHO)*, quien describe este término como una percepción del sujeto acerca de su contexto cultural, valores con relación a sus inquietudes, expectativas y metas.

En España Perales et al. (2016), examinaron a 52 pacientes con IRC y demostraron que el estado emocional predice mejor la CV en los factores físicos y mentales, por lo que resaltan la importancia de la evaluación e intervención sobre el estado anímico negativo. Otro estudio de España por Merino et al. (2019) estudiaron 122 pacientes de los cuales aquellos en tratamiento de hemodiálisis evidenciaron una CV deficiente respecto a las personas saludables, sobre todo en el ámbito físico, calidad de sueño, entre otros y el género más afectado es el sexo femenino. Y, por último, en Taiwán Hsu y Huang (2019), investigaron en dos grupos pacientes, siendo 20 del grupo de control (tratamiento de diálisis de rutina y la atención de enfermería) y los otros 20 en el grupo de tratamiento (participó en actividades grupales de psicoeducación de dos veces por semanas, durante 90 minutos, siendo un total de 8 sesiones). La investigación concluyó que en el grupo experimental la intervención mejoró significativamente la CV y la depresión auto percibida. Los participantes

señalaron que el grupo educativo de promoción de la salud les ayudó a adaptarse a sus condiciones físicas, cambiar su forma de pensar, ver la felicidad como el sentido de la vida, mantener la esperanza y fortalecer el apoyo mutuo ante los desafíos y dificultades.

Si relacionamos depresión y con la calidad de vida tenemos en México el estudio realizado por Cabada et al. (2016), cuya población fue de 35 pacientes y concluyeron que en su mayoría de participantes percibieron que el tratamiento de diálisis le está afectando su CV en cuanto a su salud física, debido a la limitación de actividades las cuales requieren determinado esfuerzo, por lo que se sienten inútiles y esto se evidencia en el porcentaje de depresión encontrado en los participantes; un 40% presenta sintomatología depresiva siendo leve, 28.6% moderada y un 8.6% grave.

### **1.3.1. Importancia de la investigación**

Se busca como importancia teórica demostrar la asociación entre depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticados con ERC. Si bien la evidencia empírica demuestra el vínculo directo entre las dos variables, es de consideración conocer la repercusión en las mencionadas variables que muchas veces no permite una adecuada adherencia al tratamiento. Así como motivar el interés del desarrollo de la psiconefrológica en nuestro país con el fin de brindar a estos pacientes una promoción de su salud psicológica dándole un bienestar integral, ya que, según Carrillo-Larco y Bernabé-Ortiz (2018) denotan que hay un incremento en cuanto la mortalidad en nuestro país en este tipo de pacientes concluyendo que entre los años 2013 al 2015 hubo 25091 muertes por enfermedad renal crónica, siendo una necesidad pública la creación de medidas de prevención, diagnóstico, innovación en nuevas formas de

tratamiento incluyendo un protocolo de intervención psicológica temprana, que, al ser aplicado tenga un efecto positivo de bienestar estos pacientes.

### **1.3.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte?

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Determinar la relación entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

## **1.5. Formulación de hipótesis principal**

Existe la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

### **1.5.1. Formulación de hipótesis específicas**

Existe una relación entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

## 1.6. Variables y definición operacional

**Tabla 1**

*Operacionalización de depresión*

<b>Variable</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>	<b>Categoría de respuesta</b>
Depresión	La variable será medida con el empleo del BDI- II (Beck et al., 1996), el cual tiene el objetivo de medir la intensidad de la sintomatología depresiva en un periodo no mayor a dos semanas.	Unidimensional	21 ítems	Escala tipo Likert de cuatro puntos.

**Tabla 2***Operacionalización de calidad de vida*

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>	<b>Categoría de respuesta</b>
Calidad de vida	La calidad de vida será medida tras el empleo del Cuestionario de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992).	Función Física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Escala tipo Likert de 5 puntos (excelente – mala)
		Rol Físico	13, 14, 15 y 16	Escala tipo dicotómica
		Dolor corporal	21 y 22	Escala de tipo Likert de 6 puntos (No, ninguno - Sí, muchísimo).
		Salud General	1,2,33,34,35 y 36	Escala de tipo Likert de 5 puntos (Nada - Mucho)
				Escala de tipo Likert de 5 puntos (Excelente - Mala)
		Salud General	1,2,33,34,35 y 36	Escala de tipo Likert de 6 puntos (Mucho mejor ahora que hace un año - mucho peor ahora que hace un año).
				Escala de tipo Likert de 5 puntos (Totalmente cierta - Totalmente falsa)
		Vitalidad	23, 27, 29 y 31	Escala de tipo Likert de 6 puntos (Siempre – Nunca)
		Función Social	20 y 32	Escala de tipo Likert de 5 puntos (Nada – Mucho).
Escala de tipo Likert de 6 puntos (Siempre – Nunca)				
Rol Emocional	17,18 y 19	Escala de tipo dicotómica		
Salud mental	24, 25, 26, 28 y 30	Escala de tipo Likert de 6 puntos (Siempre – Nunca)		

## **CAPÍTULO II: MÉTODO**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Hay un enfoque cuantitativo no experimental. Conforme a la sugerencia de Ato et al. (2013), este estudio fue de tipo empírico, asociativo-predictivo de diseño de tipo correlacional simple. Tuvo por finalidad medir el valor de una variable en base al valor de otra u otras variables sin ejercer algún control sobre ellas, en este caso se asoció la depresión y calidad de vida en pacientes renales.

### **2.2. Participantes**

Existe una población de 7 533 pacientes a nivel nacional, por EsSalud (2020), quienes en su mayoría se dializan en clínicas privadas, por lo cual, se elige el muestreo por conveniencia según Hernández et al. (2014), Las muestras específicas son útiles porque son necesarias para diseños de investigación específicos. Sin embargo, los resultados sólo se transfieren a la propia muestra o a muestras similares en tiempo y ubicación (transferencia de resultados). Esto último se hace con mucho cuidado, en una clínica privada ubicada en el distrito de Independencia. Dentro de los criterios de inclusión: pacientes en estadio 5 de la enfermedad renal crónica, comorbilidades de diabetes e hipertensión, llevar diálisis tres veces a la semana, tener por lo menos 3 meses de tratamiento y encontrarse en el día de la aplicación de los instrumentos. En tanto, los criterios de exclusión fueron que tuvieran más de 80 años, tener menos de 3 meses de tratamiento en diálisis y presentar problemas de visión para poder realizar la prueba.

Para definir el tamaño de la muestra, se realizó una exploración de potencia con dos extremos y un tamaño del efecto de .25, para lo cual se empleó el software G\*Power versión 3.1.9.7. Se formuló una asociación inversa entre Depresión y

Calidad de vida, con una magnitud de .95 (Faul et al., 2009). Sin embargo, la muestra estudiada para esta investigación fue de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a que los participantes cumplían las características y los requisitos necesarios (Hernández & Carpio, 2019). Por lo cual la muestra quedó compuesta por 102 pacientes renales entre 26 a 80 años ( $M=55.39$ ,  $DE=12.5$ ). El 48% fueron mujeres y un 53%, varones. En relación con el tiempo de diálisis tuvieron un promedio de 8.94 años de tratamiento con un mínimo de 2 meses y un máximo de 25 años.

### **2.3. Medición**

Seguidamente se presenta los instrumentos utilizados:

**Inventario de depresión de Beck (BDI- II)** (Beck et al, 1996). La prueba tiene como fin medir la intensidad de los síntomas depresivos en adultos. Está compuesto por 21 ítems, en un formato de respuesta de tipo Likert de cuatro puntos de 0 a 3; el individuo tendrá que seleccionar la opción que se acerca a su estado anímico durante las últimas dos semanas.

Se empleó la versión validada en Perú por Barreda (2019), en dicho estudio se hizo la validación de contenido, encontrando valores  $V$  de Aiken de .99 en todos los ítems. También se ejecutó un análisis factorial exploratorio, hallando que la varianza explicada era del 42.14% para primer factor y 6.32% para el segundo; las cargas factores fueron mayor .40 en todos los casos. Asimismo, el instrumento demostró ser adecuadamente confiable con un valor de alfa de Cronbach de 93.

Por último, la confiabilidad del BDI-II en el presente estudio fue analizado mediante un análisis de consistencia interna a partir del empleo del coeficiente de alfa de omega de McDonald y alfa de Cronbach con puntuaciones moderadas de .89 y .88 respectivamente (Murphy & Davishofer, 1998; citado en Hogan, 2015).

## Tabla 2

### *Confiabilidad del BDI-II*

Instrumento	Número de ítems	Omega	Alfa
BDI-II	21	.89	.88

**Cuestionario de Salud SF-36** (Ware & Sherbourne, 1992). Su objetivo es calcular la calidad de vida con respecto a la salud. Asimismo, se encuentra compuesta por 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones que reconocen estados tanto positivos como negativos.

Asimismo, cabe precisar que se consideró la versión validada en el contexto peruano por Salazar y Bernabé (2012), en donde se presentó un valor adecuado en cuanto a al análisis factorial (CFI = 0.96, RMSEA = 0.05). Asimismo, el análisis de fiabilidad se realizó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach para la variable general, el cual tuvo un valor de .82, al igual que sus dimensiones donde se hallaron variaciones entre .66 y .92.

Por último, en el presente estudio se analizó la fiabilidad del estudio mediante el coeficiente de alfa de omega de McDonald y alfa de Cronbach, donde se obtuvo puntuaciones moderadas de .92 y .89 respectivamente (Murphy & Davishofer, 1998; citado en Hogan, 2015).

## Tabla 3

### *Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36*

Instrumento	Número de ítems	Omega	Alfa
SF-36	36	.92	.89

**Ficha de datos sociodemográficos.** Los participantes responderán a preguntas relacionadas al sexo, edad y tiempo dializándose (años).

#### **2.4. Procedimiento**

Se obtuvo permiso por parte de la dueña de la Clínica Interdial Norte S.A.C, se entregó el consentimiento informado a los pacientes indicando ser de carácter voluntario y de fines propios de la investigación.

Una vez firmado se entregó ambos cuestionarios para que puedan ser desarrollados. Finalizado se dio las gracias a cada paciente.

#### **2.5. Aspectos éticos**

Se brindó un consentimiento informado a los pacientes cuyo contenido deja en claro que es anónimo y para fines de investigación, además de ser de propia voluntad su participación, que corresponde a lo que indica el inciso 24 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018).

#### **2.6. Análisis de los datos**

A nivel descriptivo, las variables fueron descritas apoyándose en tablas con porcentajes y frecuencias. La normalidad de las variables también fue procesada y motivo por el cual fueron usadas las pruebas no paramétricas (ver Tabla 4).

Finamente, se aplicó la magnitud a los resultados, los cuales fueron interpretados mediante los rangos establecidos por Domínguez-Lara (2017): i) para la correlación, pequeño (.01 – .09), moderado (.10 – .25) y grande (.25 a +)

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1. Análisis descriptivo

En la Tabla 4 se presenta que, respecto a la depresión y la calidad de vida, se halló un puntaje medio de 10.76 ( $DS=8.39$ ) y 101.59 ( $DS=14.72$ ) respectivamente. Además, ambas variables obtuvieron un valor de significancia por debajo de .05 en lo que concierne a la prueba de normalidad, por lo que existe una ausencia de distribución normal, conllevando al empleo de pruebas no paramétricas, ya que tanto la asimetría como la curtosis no se encuentran en el rango  $\pm 1.5$  (Pérez & Medrano, 2010).

**Tabla 4**

*Estadística descriptiva de las variables*

Variable y dimensiones	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DS</i>	$Z_{g1}$	$Z_{g2}$	S-W ( $p$ -valor)
Depresión	10.8	11.0	8.39	2.23	-.38	<.001
Calidad de vida	104.4	105.2	17.36	-.63	-.84	<.048
Función física	23.72	26	6.38	- 4.50	-.08	<.001
Rol físico	6.20	6	1.83	-.05	- 3.29	<.001
Dolor corporal	8.48	9.20	2.90	- 2.02	- 1.09	<.001
Salud general	14.09	14	3.67	-1.35	-.44	.047
Vitalidad	15.33	15	4.15	- .40	1.22	.006
Función social	7.33	7.5	2.11	- 2.02	.03	.002
Rol emocional	4.82	5	1.31	- 1.89	- 3.15	<.001
Salud mental	15.27	15	4.44	-1.11	.02	.028

*Nota:* *M*, media. *Md*, mediana *DS*, desviación estándar.  $Z_{g1}$ , asimetría.  $Z_{g2}$ , curtosis. S-W, prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

### 3.2. Análisis inferencial: análisis correlacional

En la Tabla 5 se presenta una asociación significativa e inversa entre las variables calidad de vida y depresión, debido a lo cual, a mayor presencia de calidad de vida el paciente experimentará una menor depresión. (Domínguez-Lara, 2018).

**Tabla 5***Correlación entre calidad de vida y depresión*

		Depresión
Calidad de vida	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.043 (<.001)
	$r^2$	.002

Nota:  $r^2$  = coeficiente de determinación

En la Tabla 6 se presenta una correlación estadísticamente significativa e inversa con respecto a la depresión y las dimensiones rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y rol emocional que pertenecen a la variable calidad de vida; sin embargo, no se evidenció una correlación entre la depresión con la dimensión de salud mental como consecuencia de un valor de significancia por encima del .05. La magnitud del tamaño del efecto en las dimensiones de función física es moderada, mientras que las dimensiones de rol físico, salud general, vitalidad, función y rol emocional es grande. En el caso de la dimensión de salud mental la magnitud fue de pequeño.

**Tabla 6***Correlación entre las dimensiones de calidad de vida y depresión*

		Depresión
Función Física	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.25 (.006)
	$r^2$	.09
Rol físico	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.27 (.006)
	$r^2$	.07
Salud general	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.40 (<.001)
	$r^2$	.16
Vitalidad	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.48 (<.001)
	$r^2$	.23
Función social	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.35 (<.001)
	$r^2$	.12
Rol emocional	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	-.27 (.006)
	$r^2$	.07
Salud mental	<i>Rho</i> Spearman ( <i>p</i> -valor)	.05 (.604)
	$r^2$	.003

Nota:  $r^2$  = coeficiente de determinación

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El estudio es correlacional simple con el propósito general de determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. En los siguientes párrafos se discutirán los hallazgos obtenidos del estudio siguiendo el orden de las hipótesis planteadas.

A nivel general, la hipótesis es aceptada, dado que los resultados sobre la existencia de relación entre las variables depresión y calidad de vida se ha podido encontrar una relación significativa, lo cual, quiere indicar que a mayor depresión se ve afectada la calidad de vida y viceversa. Y, esta población al presentar depresión hay un deterioro que se podría manifestar en tener complejidad para caminar, presentar impedimento en la realización de su rutina diaria en casa, así como inconvenientes para dormir, cansancio, agotamiento y malestar general (Lastra et al., 2018). Además, la duración del tratamiento que suele ser de tres a cuatro horas y se realiza de forma Inter diaria puede generar frustración, sentimientos de culpabilidad e incluso problemas con su familia y hay una disminución de sus actividades sociales debido a la pérdida de su autonomía produciendo un aislamiento social. (Cajachagua, 2017). Estos resultados coinciden el estudio realizado, Cjuro y Flores (2018) con 100 pacientes renales, cuyo resultado fue de  $r=-.686$ . El papel del psiconefrólogo es primordial en la primera fase del desarrollo de este padecimiento y prevenir que su calidad de vida sea perjudicada, orientándolo, ayudándolo en el conocimiento de este, así la aceptación de su enfermedad a través de programas de psicoeducación, y obtener una oportuna adherencia al tratamiento. No obstante, se debe trabajar de manera conjunta con médicos, enfermeras, técnicos, entre otros (García-Arista et al., 2018).

Siguiendo ese orden de ideas, en cuanto a la hipótesis específica 1, cabe precisar que este se desglosará a continuación por cada dimensión asociada de la calidad de vida con respecto a la depresión. En ese sentido, con respecto a la dimensión de función física, se acepta porque los resultados arrojan la presencia de relación significativa entre ambos, esto puede decir que estos pacientes tienen limitaciones de las actividades físicas que incluyen cargar peso, caminar, correr, autocuidado y todo lo referente a la intensidad de esfuerzos (Alonso et al., 2003), y un deterioro de esta área aumentaría la probabilidad de padecer depresión. Estos resultados coinciden en la investigación con de 61 pacientes renales de Roque (2018) cuyo resultado fue  $r=-.537$ , y Cjuro y Flores (2018) cuyo resultado fue  $r=-.575$ . Lo cual muestra que el debilitamiento físico estaría asociado en este tipo de población una presencia de depresión consecuencia de una repercusión de su estado anímico porque el paciente puede sentirse dependiente a su cuidador y sentimiento de inutilidad al decaimiento de todo lo antes expuesto. Ávila et al. (2011) destacan los cambios a nivel psicológico como la preocupación por el futuro, ansiedad ante los cambios de hábitos, estrés por la misma enfermedad transmitiéndola a su entorno familiar, aislamiento social, así como el duelo por la pérdida de salud, así como una limitada movilidad física.

En cuanto a la relación entre depresión y la dimensión de rol físico es aceptada, mostrando que aquellos pacientes que se realizan el tratamiento de hemodiálisis tienen una interferencia con sus actividades laborales, así como en su vida cotidiana debido a su estado anímico depresivo (Alonso et al., 2003). Esto también se evidencia en la investigación con 39 pacientes renales de un Hospital de EsSalud realizado por Villanueva (2015) cuyo resultado fue de  $r=-.679$  y Roque (2018) en la misma población obteniendo  $r=-.518$ . El hecho de no poder trabajar como antes, ya que, deben buscar

trabajos que no afecte el tiempo de tratamiento debido a que no cuenta con la misma energía para realizar ciertas labores, podría ocasionar un cambio en su estado anímico generando depresión, como un decaimiento en su calidad de vida. Aponte (2015) destaca la postura de Tuesca considerando que dicho término es una variable complicada, multifactorial en la cual existe la subjetividad que está vinculado con el bienestar, satisfacción con la vida o estado anímico positivo. Por otro lado, los aspectos objetivos vinculados a la articulación social, física y psicológica.

Luego, sobre la relación entre depresión y la dimensión de dolor es aceptada, por lo que puede decirse que este tipo de pacientes poseen un grado de intensidad al dolor físico que impide la realización de diversas actividades en casa, trabajo, entre otros lugares (Alonso et al., 2003). Esto también se puede corroborar en el estudio realizado a 122 pacientes con ERC de Merino-Martínez et al. (2019) cuyo resultado fue de  $r=-.313$ . Lo cual indica que el estado depresivo del paciente está relacionado con los dolores a nivel de los músculos producto de la enfermedad lo que impide que este tipo de pacientes no puedan subir y bajar escaleras, agarrar peso, realizar limpieza en su casa, entre otro tipo de esfuerzo físico. Esto es indicado por Lastra et al. (2018), quien indica que los pacientes suelen manifestar complejidad para caminar, dormir, cansancio, agotamiento y malestar general, esto sumado a un miedo por el dolor de la fístula y las consecuencias que pueden traer el tratamiento siendo calambres, náuseas, entre otros.

Asimismo, entre la existencia significativa de la relación entre depresión y la dimensión de salud general es aceptada, evidenciando que la depresión puede cambiar la posición respecto a la salud en cuanto al futuro y su oposición a enfermarse (Alonso et al., 2003). Estos resultados coinciden en la investigación de Cjuro y Flores (2018), cuyo resultado fue de  $(-.522)$ , lo cual esta población puede sentir que al tener

un problema en el funcionamiento de su riñón pueden pensar que tienen más tendencia a enfermarse más fácilmente generando este estado depresivo y viceversa. La Asociación Americana de Psicología (2016), postula que la depresión también conocido trastorno depresivo es una enfermedad psíquica multicausal que puede ser explicada a nivel biológico, ambiental, psicológico o social, así como aquellas personas que tienen enfermedades graves originando una serie de sintomatología que perturba la vida del sujeto.

Así también, entre la existencia de la relación significativa entre depresión y la dimensión de vitalidad es aceptada, mostrando que este tipo de pacientes al tener depresión siente más cansancio y sentimiento de agotamiento (Alonso et al., 2003). De igual manera se puede corroborar en la investigación de Merino-Martínez et al. (2019), quienes descubrieron  $r=-.512$ , en la misma población estudiada con presencia de depresión, el paciente renal le cuesta levantarse de la cama, bañarse, querer dormir todo el día, así como un decaimiento emocional. Vásquez (2020), indica que la depresión es un agente de riesgo en cualquier forma de diálisis, sin distinción de edad y género. Asimismo, este estado emocional se relaciona con la deserción del tratamiento y causa de suicidios en algunos casos.

Posteriormente, entre la existencia significativa de la relación entre depresión y la dimensión de función social es aceptada, en consecuencia, al tener mayor depresión estos pacientes se ven repercutido en su salud ya sea física o emocional e impacta en su ámbito social (Alonso et al., 2003). Esto también se evidencia en la investigación de Cjuro y Flores (2018), cuyo resultado fue de ( $r=-.575$ ). Al haber una presencia de depresión puede ser explicada por Isorna y Miranda (2023), quienes mencionan que a estos pacientes les cuesta mantener sus relaciones interpersonales al destinar una gran parte del tiempo a su salud teniendo un descuido en su ámbito

social que podría llevar a una depresión. Cajachagua (2017) expresa que la duración del tratamiento que suele ser de tres a cuatro horas y se realiza de forma Inter diaria puede generar frustración, sentimientos de culpabilidad e incluso problemas con su familia y hay una disminución de sus actividades sociales.

De igual modo, entre la existencia significativa de la relación entre depresión y la dimensión de rol emocional es aceptada, mostrando que la depresión en esta población afecta el adecuado desarrollo de sus actividades propias del hogar y lo laboral (Alonso et al., 2003). Esto se puede evidenciar en el estudio realizado por Roque (2018) cuyo resultado fue de ( $r=-.518$ ) y la investigación de Cjuro y Flores (2018), quienes hallaron un resultado de ( $r=-.296$ ) esto nos quiere decir que el paciente renal al tener presencia de depresión su rol emocional se ve afectado, ya que, Gil (2019) lo considera una patología del estado de ánimo, en la cual el sujeto se siente triste de forma persistente y perdurable que puede ocasionar una pérdida del sentido de la vida, es acompañado de otros síntomas y puede afectar las capacidades cognitivas, así como en su calidad de vida.

Asimismo, entre la existencia significativa de la relación entre depresión y la dimensión de salud mental es rechazada, lo que podría indicar que la depresión no se evidencia en la sintomatología depresiva y ansiosa (Alonso et al., 2003). No hay estudios que puedan indicar lo antes expuesto. Grimaldo et al. (2003) explican la CV como aquel proceso dinámico, difícil y multidimensional, fundado en la representación intrínseca sobre el nivel de complacencia que el sujeto ha logrado con respecto a su entorno.

Por otro lado, en cuanto la hipótesis específica 2, en cuanto las diferencias según sexo en la relación de la depresión con las dimensiones de calidad de vida se hallaron que, en la dimensión dolor corporal, las mujeres ( $.297, p=.038$ ), presentaron

una relación significativa entre depresión y dolor corporal respecto a los hombres (.193,  $p=.166$ ). Estos hallazgos coinciden con el estudio de Blanco et al. (2018), quien evidenció una diferencia en mujeres (Media de 31.8) y en hombres (Media de 29.3) y Merino-Martínez et al. (2019) cuyo resultado fue (Media de 34.11) en hombres y en mujeres (Media de 35.26), el dolor músculo esquelético se suele presentar mayor en mujeres que en hombres ya que, el género femenino suele expresar más las molestias que son problemas de sueño, debilidad muscular, disnea, calambres, entre otros (Caravaca et al., 2016). Lo cual sería indicativo que las mujeres tendrían más dificultades para la realización de sus actividades de su vida diaria, laborales, e incluso de sus salidas con su grupo de pares (Alonso et al., 2003).

Las limitaciones del estudio fueron la infraestructura de la clínica, la disposición de los pacientes que estaban en el tratamiento debido a que las primeras horas estaban durmiendo, algunos estaban conectados a la máquina por los dos brazos y no podían escribir, otros tenían dificultades para leer lo que generó el acceso a una cantidad específica de participantes, el tipo de muestreo no permite que los resultados se puedan generalizar y, por otra parte, hay pocos estudios realizados en clínicas con este tipo de población y variables.

## **CONCLUSIONES**

A nivel general se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes renales de la clínica privada.

Existe una asociación significativa entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida, excepto en la dimensión de salud mental, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

## RECOMENDACIONES

Realizar nuevas investigaciones donde incluyan las variables adherencia al tratamiento, sentido de la vida y ansiedad en pacientes renales de hospitales de Lima y en clínicas privadas con el fin de ver si se encuentran diferencias entre los diferentes centros de salud.

Realizar una nueva adaptación del Cuestionario de Salud SF-36 con el fin de corroborar su confiabilidad en la utilización para las sucesivas investigaciones con este tipo de población.

Implementación de talleres grupales en los pacientes renales donde se trabaje tolerancia al malestar, regulación emocional, atención plena con el fin de que desarrollen herramientas que les permitan entender, canalizar sus emociones, así como el disfrutar la vida teniendo otra perspectiva.

Creación de un protocolo para psicólogos a nivel nacional donde se implemente la evaluación y diagnóstico temprano de la sintomatología depresiva, con la intención de disminuir la repercusión en la calidad de vida y pueda haber una adecuada adherencia al tratamiento con la ayuda de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Intervención con psicoterapia sistémica con el paciente y su familia con el objetivo de brindar una mejoría en la salud emocional a nivel familiar, así como crear consciencia en los miembros de la familia para el soporte en el proceso de hemodiálisis, así como realizar la prevención del síndrome del cuidador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, S. B. V., de Lima, F. M., Dias, L. A., Dias, V. A., Lessa, A. C., Bezerra, J. M., Apolinário, J. F., & de Petribu, K. C. (2020). Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 195-200. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0345>
- Alonso, & Cols. (2003). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Medical Outcomes Trust.
- Aponte, V (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 13(2), 152-182. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615/461545456006>
- Ávila, H, Machuca, L & Méndez, V. (2011). Aspectos Psicológicos en pacientes renales crónicos con tratamiento de hemodiálisis. *Revista Información Científica*, 69(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5517/551757298031>
- Barreda, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), 39–52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Blanco, R. G., Priego, E. A., Ruiz, A. I. A., Zamorano, M. D. L., Tendero, C. T., & Montero, R. C. (2018). Calidad de vida y enfermedad renal crónica avanzada. influencia del aclaramiento renal. *Enfermería nefrológica*, 21(4), 359. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842018000400005>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.ª ed.). Desclée De Brower.
- Bustos-Vázquez, E., Fernández-Niño, J. A., & Astudillo-García, C. I. (2016). Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation

of a simple conceptual model. *Biomédica*, 37.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>

Cabada-Ramos, E., Cruz-García, I.D., & Emanuel-Quezada, A. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 21(3), 93-99.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2016/rmq163c.pdf>

Caravaca, F., Gonzales, B., Bayo, M. Á., & Luna, E. (2016). Dolor músculo-esquelético en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 36(4), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.024>

Carrillo-Larco, R.M. & Bernabé-Ortiz, A. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica en el Perú: tendencias nacionales 2003-2015. *Revista Perú Medicina Experimental Salud Pública*, 35(3), 409-15.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3633>

Cajachagua, R. (2017). Estudio de depresión en pacientes en hemodiálisis. *Revista Médica Carriónica*, 4(2), 30-44. <https://hdl.handle.net/20.500.12805/213>

Cisnero-Acosta, E., Cisnero-Acosta, A., Peña-Villamar, M., Bertolí-Batista, T., & Pompa-Fonseca, O. (2018). Prevalencia de la depresión en pacientes hemodializados en el hospital general “Ernesto Guevara de la Serna”. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(5).

[http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1365/pdf\\_511](http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1365/pdf_511)

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

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1496>

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de Ética y Deontología*.  
<http://cpsp.io/legal/marco-legal>
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L., Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 409-16.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- Dominguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251–254. <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Dorsch, F. (2008). *Diccionario de Psicología*. Herder.
- Morales, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu01217.pdf>
- García-Arista, A. & Arredondo-Pantaleón, A. (2018). La psiconefrológica: un campo de estudio en desarrollo. *Psicología y Salud*, 28(2), 261-269.  
<https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2562>
- Grimaldo, M. (2003). *Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes*. Universidad de San Martín de Porres.
- Ha Dinh, T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210-247.  
<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
- Herrera, P., Pacheco, J & Taype, R. (2016). La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Revista Acta*



National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (s.f). *Hemodiálisis*.

NIDDK. <https://acortar.link/MiZKc>

Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista Enfermería*

*Neurológica*, 11(3), 129-137. <https://doi.org/10.51422/ren.v11i3.143>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.) *Enfermedad crónica del riñón*. PAHO.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>

Padilla, L. A., Téllez, A., & Galarza del Ángel, J. (2016). *Diccionario de neuropsicología*. Editorial El Manual Moderno.

Perales, C., Duschek, S & Reyes del Paso, G. (2016) Health - related quality of life in chronic kidney disease: Predictive relevance of mood and somatic symptoms.

*Revista Nefrología*, 36(3), 275-282. <http://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.12.002>

Pérez, M., Herrera, N & Pérez Escobar, Elizabeth. (2017). Comportamiento de la mortalidad del adulto en hemodiálisis crónica. *Revista Archivo Médico de*

*Camagüey*, 21(1), 773-786. <https://acortar.link/wouyNW>

Pérez, E., & Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1),

58-66. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v2.n1.15924>

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98.

<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Prior, N. (2015). *Desarrollo y validación del HAE-QOL: Cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la salud para pacientes adultos con angioedema hereditario por déficit del inhibidor de la C1 Esterasa* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676067/prior\\_gomez\\_niev.es.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676067/prior_gomez_niev.es.pdf?sequence=1)

Radio Nacional. (24d. C., marzo 14). *Día Mundial del Riñón: 1 de cada 10 peruanos puede padecer enfermedad renal crónica*. Recuperado 21 de marzo de 2024, de <https://www.radionacional.gob.pe/noticias/actualidad/dia-mundial-del-rinon-1-de-cada-10-peruanos-puede-padecer-enfermedad-renal-cronica>

Ravaghi H, Behzadifar M (2017). Prevalence of Depression in Hemodialysis Patients in Iran: a Systematic Review and Meta-analysis. *Iran Journal of Kidney Diseases*, 11(2), 90-98.  
<http://www.ijkd.org/index.php/ijkd/article/view/2864/904>

Reina, M. & Malagón, C. (2020). Health related quality of life in adults with juvenile idiopathic arthritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 27(1), 26- 36.  
<https://doi.org/10.1016/>

Rodríguez, M., Badilla, E., & Cruz, M. (2019). Salud mental y su relacion con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93.  
<https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1801>

Roque, M. (2018). Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 11(1).  
<https://doi.org/10.17162/rccs.v11i1.1060>

Ruiloba, V. J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Student consult en español*. Elsevier.

Sampaio, D., Machado, E., Reis, I., Pires, L & Leal, M. (2019). Depresión y ansiedad en pacientes sometidos a diálisis y trasplante de riñón: un estudio transversal.

*Sao Paulo Medical Journal*, 137(2), 137-147. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0272280119>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed). McGraw-Hill.

Schmalz, G., Patschan, S., Patschan, D., & Ziebolz, D. (2020). Oral health-related quality of life in adult patients with end-stage kidney diseases undergoing renal replacement therapy – a systematic review. *BMC Nephrology*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01824-7>

Seguro Social de Salud - EsSalud (2020). *Informe del Registro Nacional de diálisis de Essalud – Rendes Prevalencia y Morbilidad*. [http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/CNSR\\_Informe\\_RENDES\\_2020.pdf](http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/CNSR_Informe_RENDES_2020.pdf)

Shirazian, S. (2019). Depression in patients undergoing hemodialysis: time to treat. *Kidney International*, 96(6), 1264-1266. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.05.017>

Vázquez M. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. *Nefrología al día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/276>.

Velásquez, G. M. (2013). *Clínica psicoanalítica: Texto básico integrado* (1.<sup>a</sup> ed.). Editorial El Manual Moderno.

Villanueva, C., Casas, J., & Richard, S. (2015). Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital De EsSalud en Lima – Perú, 2014. *Revista de Investigación Universitaria*, 2015, 4(1), 42-50. <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/666>

Verberne, W., Wittenboer, I., Voorend, C., Abrahams, A., Van, M., Dekker, F. W., Van., & Bos, W. (2020). Health-related quality of life and symptoms of conservative care versus dialysis in patients with end-stage kidney disease: a systematic

review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 1-16.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa078>

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36). i. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914>

## ANEXOS

### Anexo A. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p> <p><b>Objetivo Específico</b> Determinar la relación entre depresión y función física en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Determinar la relación entre depresión y rol físico en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Determinar la relación entre depresión y dolor corporal en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Determinar la relación entre depresión y salud general en pacientes con tratamiento de</p>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe la relación entre la depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p> <p><b>Hipótesis Específica</b> Existe la relación entre depresión y función física en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Existe la relación entre depresión y rol físico en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Existe la relación entre depresión y dolor corporal en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Existe la relación entre depresión y salud general en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte. Existe la relación entre depresión y vitalidad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p>	<p><b>Depresión</b> Unidimensional (21 ítems)</p> <p><b>Calidad de Vida</b> <b>Dimensiones</b> Función Física (ítems:3,4,5,6,7,8,9,10,11 y 12) Rol Físico (ítems: 13,14,15 y 16) Dolor Corporal (ítems: 21 y 22) Salud General (ítems: 1,2,33,34,35 y 36) Vitalidad (ítems: 23,27,29 y 31) Función Social (ítems: 20 y 32) Rol Emocional (ítems: 17,18 y 19) Salud Mental (ítems: 24,25, 26,28 y 30)</p>	<p><b>Tipo:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Empírico, asociativo-predictivo de diseño de tipo correlacional simple</p> <p><b>Participantes</b> Pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p> <p><b>Instrumentos de medición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)</li> <li>• Cuestionario de Salud SF -36.</li> </ul>

	<p>hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Determinar la relación entre depresión y vitalidad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Determinar la relación entre depresión y función social en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Determinar la relación entre depresión y rol emocional en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Determinar la relación entre depresión y salud mental en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Existen diferencias significativas según sexo en la relación de la depresión con las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p>	<p>Existe la relación entre depresión y función social en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Existe la relación entre depresión y rol emocional en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Existe la relación entre depresión y salud mental en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.  Comparar según el sexo la asociación entre depresión y las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.</p>		
--	---	---	--	--

## Anexo B. Permiso de uso de instrumento

Re: PERMISO PARA UTILIZAR ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)

Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas <paxbonumd@yahoo.es>  
Para: CARLA LUCIA PEÑA ESPINOZA

Sáb 21 Ago 2021 23:27

OFICIAL BDI-II artículo.doc  
55 KB

Estimada Carla,  
Felicitó tu compromiso con la investigación, adjunto lo solicitado.

Atte.

Mg. Dennys Barreda

## Anexo C. Consentimiento informado

### Consentimiento informado

Título: Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica privada en Lima Norte.

Institución: Universidad de San Martín de Porres

Investigador: Carla Lucía Peña Espinoza

El presente trabajo es parte de un estudio que tiene como meta comprobar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes renales. Por ese motivo, se considera importante su participación a través de las respuestas a unos cuestionarios que se presentan a continuación.

Cabe recalcar que es anónimo y voluntario, la información recolectada solo será utilizada con fines de la presente investigación.

Muchas gracias por su atención.

He leído el Consentimiento informado y acepto participar en esta actividad de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma

Lima, \_\_\_\_ de octubre del 2021

## Anexo D. Instrumentos

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II – BDI II

**De:** Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas <paxbonumd@yahoo.es>

**Enviado:** sábado, 21 de agosto de 2021 20:42

**Para:** CARLA LUCÍA PENA ESPINOZA <carla\_pena@usmp.pe>

**Asunto:** Re: PERMISO PARA UTILIZAR ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)

Estimada Carla,

La investigación la puedes encontrar en la web con mi nombre, el instrumento tiene derechos de autor por lo que no puede ser compartido. Haciendo la excepción puedes enviarme una carta en la que te comprometes a no divulgar el instrumento propiedad de Editorial Paidós, luego de lo cual podré compartir el documento con suma reserva.

Atte.

Mg. Dennys Barreda

### **CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

#### **Instrucciones:**

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse, pero son diferentes.

Tómese el tiempo necesario de leer cada pregunta y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

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

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

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

Mucho mejor ahora que hace un año  Algo mejor ahora que hace un año  
 Más o menos igual que hace un año  Algo peor ahora que hace un año  
 Mucho peor ahora que hace un año

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

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

Sí, me limita mucho  Sí, me limita un poco  No, no me limita nada

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

Sí, me limita mucho  Sí, me limita un poco  No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí, me limita mucho  Sí, me limita un poco  No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí, me limita mucho  Sí, me limita un poco  No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

Sí, me limita mucho  Sí, me limita un poco  No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- Sí, me limita mucho       Sí, me limita un poco       No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- Sí, me limita mucho       Sí, me limita un poco       No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varios metros?

- Sí, me limita mucho       Sí, me limita un poco       No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- Sí, me limita mucho       Sí, me limita un poco       No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- Sí, me limita mucho       Sí, me limita un poco       No, no me limita nada

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

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

- Sí       No

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

- Sí       No

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

- Sí       No

- 16) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- Sí             No
- 17) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí             No
- 18) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí             No
- 19) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí             No
- 20) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- Nada             Un poco     Regular     Bastante     Mucho
- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- No, ninguno     Sí, muy poco     Sí, un poco     Sí, moderado     Sí, mucho  
 Sí, muchísimo
- 22) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Nada             Un poco             Regular             Bastante             Mucho

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

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- Siempre.             Casi siempre.     Muchas veces.     Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.     Nunca.

- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- Siempre       Casi siempre       Muchas veces       Algunas veces  
 Sólo alguna vez       Nunca
- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 29) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 30) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 31) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.
- 32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o emocional le han dificultado en sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- Siempre.       Casi siempre.       Muchas veces.       Algunas veces.  
 Sólo alguna vez.       Nunca.

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

- 33) Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.
- Totalmente cierta.       Bastante cierta.       No lo sé.       Bastante falsa.  
 Totalmente falsa.

34) Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta.  Bastante cierta.  No lo sé.  Bastante falsa.  
 Totalmente falsa.

35) Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta.  Bastante cierta.  No lo sé.  Bastante falsa.  
 Totalmente falsa.  
Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta.  Bastante cierta.  No lo sé.  Bastante falsa.  
 Totalmente falsa.