

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad



*“Factores Biosociales que influyen en el nivel de
depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica
hemodializados, Clínica Internacional del Riñón”*

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA MENCION: NEFROLOGIA**

AUTORA:

- Enf. Lic. López Cabrera María Luisa.

ASESORA:

- Dra. Mercedes Rodríguez Sánchez.



TRUJILLO - PERÚ

2015

INDICE

INDICE	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
I. INTRODUCCION	1
1.1. Antecedentes del problema	1
1.2. Relevancia y justificación del estudio	9
1.3. Formulación del problema	11
1.4. Objetivos: general y específicos	12
II. MARCO CONCEPTUAL	13
III. MATERIAL Y METODOS	25
3.1. Tipo de investigación	25
3.2. Población y muestra de estudio	25
3.3. Unidad de análisis	26
3.4. Instrumentos de recolección de datos	27
3.5. Control de calidad de los datos	28
3.6. Procedimiento	29
3.7. Procesamiento y análisis de datos	31
3.8. Definición y operacionalización de variables	32
3.9. Consideraciones éticas	36
IV. RESULTADOS	37
V. ANALISIS Y DESCUSION	49
VI. CONCLUSIONES	64
VII. RECOMENDACIONES	65
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
IX. ANEXOS	73

FACTORES BIOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN.

María López Cabrera.¹
Mercedes Rodríguez Sánchez .²

RESUMEN

Investigación descriptivo-correlacional de corte transversal, se realizó durante los meses de abril-julio del 2015, en la Clínica Internacional del Riñón, con la finalidad de determinar la influencia de los factores Biosociales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil sobre el nivel de depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados. Por las características de la investigación se utilizó como marco conceptual la definición de nivel de depresión citada por Kaplan (2006); y factores biosociales descritos por DUGAS (2000). La muestra estuvo conformada por 54 pacientes adultos (20 a más) hemodializados que cumplieron con los requisitos estipulados para la investigación. Se aplicó una encuesta autoadministrada que incluyó el cuestionario de depresión de Zung y cuestionario de factores biosociales de Rodríguez (2003). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado (X^2). Los resultados obtenidos demuestran que existe una influencia estadística significativa entre el factores biosociales: edad, sexo, grado de instrucción y el nivel de depresión del paciente Hemodializado; sin embargo en cuanto al factor estado civil del paciente Hemodializado no existe influencia estadística significativa con el nivel de depresión, según la prueba de independencia de criterios Chi - cuadrado.

Palabras clave: Factores Biosociales – Nivel de Depresión.

¹Licenciada en enfermería, de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. malulc8@gmail.com.

BIOSOCIAL FACTORS AFFECTING THE LEVEL OF DEPRESSION OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL HEMODIALYSIS, KIDNEY INTERNATIONAL CLINIC.

María López Cabrera.¹
Mercedes Rodríguez Sánchez .²

ABSTRACT

Descriptive correlational cross-sectional study was conducted during the months of April to July 2015, at the International Kidney Clinic, in order to determine the influence of Biosocial factors: age, sex, level of education, marital status on the level of depression in hemodialysis patients with chronic renal failure. The characteristics of the investigation was used as a conceptual framework defining levels of depression cited by Kaplan (2006); and Biosocial factors described by DUGAS (2000). The sample consisted of 54 adult patients (20 to more) hemodialysis that met the requirements for research. A self-administered questionnaire survey included Zung depression questionnaire and biosocial factors Rodriguez (2003) .For statistical analysis test criteria of independence Chi square (χ^2) .The results was used was applied shows that there is an influence statistically significant between the biosocial factors: age , sex , level of education and the level of depression hemodialysate patient ; however as the civil status of the patient factor hemodialysate no significant statistical influence the level of depression, according to the test criteria of independence Chi – square.

Keywords: Biosocial factors - Level of Depression

¹Graduate Nurse, Faculty of Nursing, National University of Trujillo. malulc8@gmail.com .

²Doctor in Public Health , Associate Professor of the Department of Family and Community Health , Faculty of Nursing –UNT. teresamercedes1@hotmail.com

I. INTRODUCCION:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es una de las principales causas de muerte y discapacidad. La ausencia de criterios diagnósticos universales y la imprecisión de los parámetros utilizados actualmente, explican que los datos epidemiológicos disponibles sean insuficientes. Esta precariedad no impide afirmar que la Insuficiencia Renal Crónica es un grave y creciente problema de salud tanto en términos de frecuencia como de morbilidad y mortalidad (Ortuño, 2009).

Debe señalarse, que la IRC es un problema creciente a nivel mundial que afecta la vida y salud de millones de personas. Sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento, alta frecuencia de complicaciones e incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Estos factores hacen que la IRC sea un importante foco de atención para los decisores y planificadores de la salud, tanto en los países desarrollados y en los países en desarrollo. Se prevé que el problema en los países en desarrollo va ser difícil de resolver, ya que un 85 % de la población mundial vive con bajos o

medios ingresos y se espera que los efectos clínicos, epidemiológicos y socioeconómicos de la enfermedad, en esta población sean muy grandes (Hinojosa, 2010).

La incidencia de la IRC está aumentando mundialmente a una tasa de crecimiento del 8%, por lejos en exceso del crecimiento poblacional del 1.3%. Alrededor de 1 millón de habitantes de la población mundial está recibiendo hemodiálisis, 80% de los mismos en Europa, Norteamérica y Japón, y 20% están tratados en 100 países en vías de desarrollo que representan el 50% de la población mundial (Albart, 2009).

En Latinoamérica la prevalencia de IRC, según estudios realizados están básicamente relacionados a datos de la última fase de la Insuficiencia Renal Crónica (Grado V, terminal) y manifiesta un crecimiento de 6.8% anualmente desde el 2003, según la información disponible de los 20 países miembros de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, ha ido en aumento progresivamente, es así que para el año 2010 la prevalencia llegó a 630 por millón de población siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país, en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento de diálisis (Romero, 2012).

Las causas específicas de mortalidad para el año 2011 en Perú, evidencian a las enfermedades crónico-degenerativas

(entre ellas, las relacionadas con la enfermedad metabólica y las neoplasias), son la mayor parte del listado de las 15 primeras causas de defunción en la población peruana. La Insuficiencia renal (incluye la aguda, crónica y la no especificada) ocupa el puesto 10 con un porcentaje de 2.9%, de este porcentaje; el 1.5% está constituido por varones y el 1.4% por mujeres (Minsa, 2011).

La IRC es una enfermedad que impacta y modifica la vida de los pacientes de forma irreversible. Llevándolos a depender durante años, del uso de diálisis; ya sea diálisis peritoneal (DP) continua o de hemodiálisis (HD). Ambos procedimientos son considerados como tratamientos sustitutivos de la función renal, que permite disminuir la mortalidad a los sujetos portadores de esta enfermedad. El objetivo de la diálisis es, conseguir que los pacientes alcancen una supervivencia prolongada y al mismo tiempo, favorecer su calidad de vida (Vásquez, 2007).

En el año 2003, el número de pacientes en diálisis en Perú fue de 168 pacientes por millón de población y se encuentra dentro de las más bajas en Latinoamérica. Casi la totalidad de pacientes en programas de Terapia de Reemplazo Renal es atendida por Essalud y presentan las siguientes características: edad promedio 56.7 ± 18 años, sexo masculino 57%, el 86% se encontraban en hemodiálisis (HD) con un costo mensual de 594 dólares americanos por paciente; el 14% restante se encontraba en diálisis peritoneal ambulatoria

crónica con un costo mensual es de 727 dólares americanos por paciente (Cusumano, 2005).

Según el Centro Nacional de Salud Renal de EsSalud, una de cada diez personas adultas presenta algún tipo de daño renal causado por la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y la propia condición de adulto mayor que incrementa su riesgo hasta en un 10 por ciento. A fines del 2012 se atendió a 9,258 pacientes en diálisis, de los cuales, un 58% estuvo concentrado en las Redes Asistenciales Rebagliati (23%), Almenara (20%) y Sabogal (14%) siendo la edad promedio del paciente; 58 años (Cnsr, 2013).

Cabe resaltar que, en el servicio de emergencia del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, hay un ingreso de 50 pacientes cada mes, los cuales se encuentran en malas condiciones con estadios avanzados de IRC (Rendes, 2012).

Para el año 2014, EsSalud destinó más de 416 millones de soles para atender a los más de 10 mil pacientes asegurados con insuficiencia renal crónica terminal. A la fecha, más de 10 mil pacientes se dializan, a nivel nacional, en los hospitales de Essalud; De esta cifra, más de la mitad podría ser sometida a un trasplante, pero, al no haber donantes, fallecen entre dos o hasta tres pacientes diariamente. Es decir, anualmente fallecen unas 700 personas mientras esperan un trasplante de órganos o tejidos (Essalud, 2014).

La información proporcionada por el Rendes (2012), evidencia que en el año 2000 el 69% de nuevos pacientes en HD fueron atendidos en Lima y el 31% en provincias. Más del 50% de los pacientes en diálisis son mayores de 60 años. A junio del año 2002 había 3,048 pacientes en HD.

Prolongar la vida de los pacientes con IRC en HD, puede dar lugar a diferentes complicaciones y patologías. Las patologías psiquiátricas son comunes en este tipo de pacientes. Varios trabajos han cifrado la prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas sin procesos orgánicos en torno al 25%, y representa el 35-38% en pacientes con enfermedades neurológicas o cardíacas. Sin embargo no se encuentran en la literatura datos exactos acerca de la prevalencia de psicopatología en pacientes con insuficiencia renal (Castellón, 2008).

Empero, por las características del tratamiento, su duración indefinida y el pronóstico insatisfactorio, la IRC supone para la persona que la padece, un aumento del impacto psicosocial, propio de las enfermedades crónicas, sobre todo, por el miedo a la muerte, miedo a los métodos de diálisis, la persistencia de síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o como consecuencia del mismo. Conjuntamente la incertidumbre sobre las posibilidades de un trasplante renal, las limitaciones en la vida social y laboral, la restricción dietética, y la alteración de la autoimagen provocada

por la deformidad local que produce el acceso a la vía vascular (Amador, 2000).

Los trastornos depresivos alcanzan en la comunidad una prevalencia anual cerca al 5% de la población, con una prevalencia para toda la vida de un 15%. La edad media de comienzo de la depresión en los diversos estudios se sitúa próxima a los 30 años, siendo similar en los dos sexos (Kaplan, 2006).

Retomando, en el proceso de hemodiálisis como se mencionó, existen repercusiones en relación a la parte orgánica del individuo, sino también lo afecta psicológicamente, ya que, después de llevar una vida prácticamente normal y convertirse en un enfermo crónico, se ve afectado con la sensación de seguridad, la auto imagen, y debe enfrentarse a ser, quizás, una nueva persona. 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 (Marín, 2008).

Estos pacientes suelen presentar diversos niveles de alteraciones emocionales, como lo es la depresión, asociada 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 del programa de hemodiálisis (Álvarez, 2001).

El nivel de depresión, es el impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y desconsuelo, implica el curso de la enfermedad a varios niveles. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas (Kaplan, 2006).

Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto (Brunner, 2005).

Revisada la biografía a nivel internacional y local se encontraron estudios con las variables mencionadas en el estudio.

Pérez y col. (2008), en su trabajo de investigación titulado “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”, en Argentina, realizó un estudio de tipo descriptivo transversal; se estudiaron las características de 30 pacientes hemodializados en términos de frecuencia obteniendo que el 50% eran hombres y 50% mujeres. El 46% de los pacientes era casado; el 23%, soltero; el 19 %, divorciado, y el 13%, viudo; sólo dos pacientes vivían solos. El 3,3% de los integrantes presentó depresión leve; el 16,7 %, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave; en síntesis, el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión.

Aguilera (2007), en su trabajo de investigación titulado “Prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis”, Chile, realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo- correlacional, de corte transversal a una población conformada por 19 pacientes, el 68% de sexo femenino cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 93 años. Se aplicó el cuestionario de Beck. Los resultados hallados fueron: el 63% de la población presenta algún grado de depresión; el 15.7% posee depresión de tipo leve, el 42.8%, moderada, y el 5.2% grave. La mayor prevalencia se detectó,

preferentemente, en hombres entre 15 a 30 años, o también a aquellos entre 47 a 62 años, sin pareja estable, con baja escolaridad.

Silva y col. (2006), en su estudio de investigación titulado “Percepción de Atención de Enfermería psicoemocional y nivel de depresión del paciente en Hemodiálisis”, Trujillo realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal a una población de 60 pacientes, hallándose los siguientes resultados el 73.3% de pacientes hemodializados presentan un nivel de depresión normal, el 26.7% un nivel leve.

1.2. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El cuidado integral de la insuficiencia renal crónica requiere que ésta sea entendida no solo como daño orgánico sino como la forma en la que el individuo la padece. La enfermedad es sinónimo de fracaso de los mecanismos de adaptación, físicos, psíquicos, sociales y cuando una persona cae enferma conlleva una ruptura con la normal actividad que realiza en su vida social.

El hecho de enfermar supone dos sentimientos muy característicos: por un lado el temor de la gravedad de lo que está pasando y por otro lado la idea de incapacidad, porque el hombre se ve privado bruscamente de las potencialidades

conseguidas hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

Dentro de estas enfermedades se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica, que cuando llega a su etapa terminal, necesitará de una terapia de sustitución para poder mantener al paciente con vida.

Es así que el paciente sometido a tratamiento sustitutivo no solo está afectado de un determinado órgano del cuerpo; sino que se ve sometido a permanentes pérdidas como su rol familiar y laboral, pierde sus habilidades físicas y cognitivas, por lo que a medida que transcurre el tratamiento, van surgiendo sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia conllevando a cierto grado de depresión que puede estar determinado por factores biosociales como la edad, sexo, grado de instrucción y estado civil, constituyendo una barrera para la calidad del cuidado y el desarrollo personal social, asimismo estos factores pueden tener efectos adversos sobre los resultados terapéuticos y elevar las tasas de morbimortalidad.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es importante reenfocar e insistir en una atención de enfermería de calidad haciendo hincapié en el aspecto psicoemocional, con el propósito de incorporar un cuidado holístico, poniendo en marcha estrategias de cuidado que den respuestas a las

vivencias emocionales del paciente en hemodiálisis e identificando a grupos vulnerables.

Por lo anteriormente señalado se formuló el siguiente problema de investigación:

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CÓMO INFLUYEN LOS FACTORES BIOSOCIALES: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL, EN EL NIVEL DE DEPRESION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015?

1.4.OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar cómo influyen los factores biosociales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil en el nivel de depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados, Clínica Internacional del Riñón, 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la influencia de los factores biosociales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados, Clínica Internacional del Riñón ,2015.

- Determinar el nivel Depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados, Clínica Internacional del Riñón ,2015.

II. MARCO CONCEPTUAL.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), también llamada Nefropatía en etapa terminal, es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, con incapacidad del organismo para la conservación del equilibrio de líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual determina un aumento en los niveles normales de Uremia, produciendo retención de desechos en la sangre. Algunas de las causas más comunes de IRC son la hipertensión arterial, diabetes, glomerulonefritis y enfermedades del corazón, produciendo síntomas y signos como: falta de apetito, vómitos, cefaleas, insomnio, fatiga, irritabilidad, falta de tonicidad muscular, prurito, sequedad de piel, palidez, calambres, mal aliento entre otros (Brunner, 2005).

Asimismo, la IRC desde la perspectiva de la medicina es el término que se aplica a la reducción clínicamente significativa, progresiva e irreversible, de la función renal. Los hallazgos clásicos de la uremia, como coloración cetrina de la piel y presencia de aliento similar al amoníaco o a la propia orina solo se dan en grados severos de uremia. En estos momentos es imprescindible comenzar con tratamientos sustitutivo de la función renal, siendo los más comunes la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal. Ambas son generalmente bien toleradas y, aunque no exentas de complicaciones, permiten a los pacientes alcanzar una aceptable rehabilitación y calidad de vida. (Flores, 2010)

Actualmente, el tratamiento más utilizado por la medicina para tratar la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la Diálisis que puede ser de dos tipos; hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP), ambas, diferenciadas por el lugar donde ocurre la filtración de los residuos, de ésta forma, se puede señalar que la primera, ocupa un filtro artificial conectado a una máquina y la segunda, ocupa el peritoneo de la persona como barrera de filtración (Catóni, 2000).

La HD, es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente la función renal. En esta, se utiliza una membrana artificial para dar paso al agua y toxinas desde la sangre al líquido de diálisis. Si la diálisis está bien adaptada a las necesidades del paciente, la presencia de síntomas es infrecuente, pudiendo aparecer ocasionalmente hipotensión y calambres. Se realiza en las unidades de diálisis hospitalarias y en unidades extra hospitalarias (Lorenzo, 2009).

Asimismo, para Harrison (2008), la HD se basa en la difusión a través de una membrana semipermeable de sustancias no deseadas que se retiran de la sangre mientras se añaden los componentes deseables. Un flujo constante de sangre a un lado de la membrana y una solución limpiadora de dializado al otro permiten la retirada de los productos de desecho por difusión y convección. Alterando la composición del dializado, el método de exposición de la sangre y del dializado, el tipo y el área de superficie de la membrana de diálisis, y la frecuencia y duración de exposición (prescripción

de la diálisis), se puede mantener a los pacientes con insuficiencia renal en un estado relativamente saludable.

Es así, que el principio fundamental de la hemodiálisis, consiste en hacer circular sangre a través de filtros especiales en forma extracorpórea, ayudando de esta forma a eliminar las toxinas y el exceso de líquido del organismo, produciéndose, simultáneamente, un equilibrio positivo hacia el paciente, de elementos como calcio y bicarbonato. Ameritando ajustar los requerimientos dietéticos y los medicamentos prescritos (Aljama, 2005).

Por ello, el tratamiento de HD es un proceso lento que dializa la sangre a través de una máquina durante aproximadamente 4 horas: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada; 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (García, 2007).

El paciente hemodializado, está sometido a un sin número de cambios en su estilo de vida, asociados a su enfermedad, debido al manejo farmacológico, a las limitaciones que la enfermedad le impone al presentar un deterioro variable

de su estado general, pérdida de peso y reducción de la masa muscular, junto con períodos de recaídas y asociaciones de enfermedades intercurrentes. Todo esto supone y exige una gran capacidad de adaptación del paciente y reforma de gran número de sus hábitos (Cala, 2008).

Asimismo, se preocupan por su estado anímico imprevisible y sus vidas perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte (Brunner, 2005).

El mismo ingreso al tratamiento de hemodiálisis desencadena una situación de crisis, en la que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad. Constituye un suceso vital estresante que requiere un cambio en la rutina habitual del individuo, perturbándola o amenazándola, causando, además, una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo. Esta disfunción es una pérdida más, que se vive como una vejez prematura y una muerte que se aproxima (Fernández, 2005).

El tema de la dependencia es uno de los mayores problemas y, mientras más se siente esa pasividad, aunque inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su

control está ahora en manos de extraños, teniendo una relación ambivalente con el equipo médico, en la que lo manifiesto es lo positivo, no pudiendo expresar lo negativo de la misma. Depender de otro o de la máquina, sitúa al paciente en un lugar de inferioridad, revelándose a través de lo corporal, poniéndose en situaciones de riesgo, para sentir que es él quien maneja su cuerpo, su historia de vida, las decisiones sobre su enfermedad y la expresión de no querer vivir con esas limitaciones (Fernández, 2005).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en esta población son ansiedad y depresión, en sus distintas presentaciones, que produce un cambio en la personalidad del individuo provocando un descenso en el cuidado personal, lo que supone un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento médico, dieta, alimentos y líquidos. De ello resulta, la preocupación por parte del Ministerio de Salud para otorgar cuidados específicos a pacientes bajo estas condiciones, considerando que la depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura en ellas (Minsal, 2006).

Por consiguiente, la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del

comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (aproximadamente 2 semanas), además de generar más hospitalizaciones, más retiros voluntarios del proceso dialítico y mayor mortalidad. Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (Minsal, 2006).

Depresión es también, un desorden mental que afecta el ánimo del individuo. Se puede manifestar de diferentes maneras, entre ellas, sensaciones de culpabilidad, temor y angustia, afectando las actividades diarias del individuo, pudiendo desencadenar una toma de decisiones desesperadas que lleven al suicidio. Esto trae consigo, repercusiones a nivel familiar, inquietud, preocupación y aflicción por parte de personas que rodean a la persona afectada. La depresión es un problema de salud mental creciente en el mundo destacándose como la cuarta causa de morbilidad a nivel mundial, se estima que a futuro una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo, llegando en el 2020 a constituir una de las principales causas de discapacidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2006).

Los trastornos depresivos, según la clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR), son considerados en tres niveles de depresión: leve, moderado o severo (OMS, 2006).

El paciente en tratamiento en hemodiálisis presenta, en la gran mayoría de los casos, una patología psicológica asociada: angustia, sentimiento de incapacidad, ansiedad, disminución del interés o placer en todas las actividades, depresión en algún nivel, irritabilidad, deterioro socio-familiar, disfunción sexual y negación (Fernández, 2002).

El Nivel de depresión, es el impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y desconsuelo, implica el curso de la enfermedad a varios niveles. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas (Kapla, 2006).

En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (Reyes, 2000).

El enfoque participativo de salud y enfermedad indica que el factor biológico (factores químicos-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la

actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad (Oblitas, 2006).

Los factores biosociales está integrado por dos factores que son: el biológico y el social. Factor biológico; se ocupa tanto de la descripción de las características y los comportamientos de los organismos individuales como de las especies en su conjunto, así como de la reproducción de los seres vivos y de las interacciones entre ellos y el entorno. Factor social; son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (Cala, 2008).

Para Denour (2009), son definidos como los elementos, circunstancias que causan un efecto. Entre ellos tenemos la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil que tiene o cumple el paciente que se somete a hemodiálisis. A diferencia de Dugas (2000), los define como características o circunstancias detectables en un individuo a nivel biológico y social.

Como factor de índole biológico hay que considerar a la edad del paciente con I.R.C sometido a tratamiento de hemodiálisis, definida como cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de aplicación de la entrevista (Drae, 2007).

Según Papalia (2005), clasifica a la adultez en tres etapas; adulto joven o juventud: 20 a 40-45 años; adultez media: 45 a 65 años; Adultez mayor: 65 años en adelante.

La edad influye en el afrontamiento de la enfermedad, es así que los adultos jóvenes tienen tendencia a considerarse indestructibles con capacidades físicas ilimitadas; prevaleciendo la idea de “no puede sucederme a mí” en consecuencia toman conductas de riesgo; es por ello que le preocupará el matrimonio, tener hijos y la carga que puede representar su trastorno para la familia; el cambio del estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente (Smeltzer, 2004).

Los adultos maduros sufren cambios, muchos de ellos imperceptibles, haciendo difícil aceptar el proceso de “enfermedad”, a menudo en esta etapa el individuo se encuentra atrapado en medio de tres generaciones; en tanto afronta los problemas de los hijos adolescentes y se adapta a su independencia final. Con frecuencia se da cuenta de que sus padres están envejeciendo; tal vez ahora necesite ayuda y apoyo para paliar sus problemas físicos, emocionales o económicos (Berrios, 2008).

Otro factor de índole biológico es el sexo; según la OMS (1996), define al sexo como las características biológicas y

fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Además el diccionario de la Real Academia Española (2001), en una de sus acepciones lo denota como conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo; sexo masculino, femenino con diferencias en los órganos sexuales.

Retting (2000) y Long (2008). Demostraron que cuando la mujer es la que se encuentra en hemodiálisis se ve imposibilitada de cumplir sus roles ocasionando disfunción familiar y pérdida económica inferior a cuando el afectado es el marido, sin embargo, tres cuartas partes de los enfermos crónicos renales son varones, siendo el impacto mayor por los cambios de roles que tienen que asumir los miembros familiares para enfrentar los gastos económicos de la enfermedad, pues muchas veces el paciente es el único sostén de la familia.

Como factor social tenemos al grado de instrucción que la OPS (1998), lo define, como los años de estudio de la población. En el mismo contexto el INEI (2001), considera al grado de instrucción a partir de los años de estudio que ha logrado aprobar la población de 15 y más años de edad.

El Grado de Instrucción influye, en la medida que las personas que tiene un grado de instrucción superior a otros realizan mejores prácticas de autocuidado por la mayor accesibilidad a fuentes de información, lo que da mayor

conocimiento al respecto, ya que la amplitud de conocimientos enriquece la cultura y modifican los hábitos y creencias erróneas. El individuo con bagaje cultural tendrá más dominio de sus facultades, será conocedor de la realidad de su medio, de sus necesidades y podrá afrontar mejor la enfermedad (Elgueta, 2006).

Es por ello que las personas analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la enfermedad renal, en consecuencia aceptan la enfermedad como una voluntad divina natural, una persona sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica (Hinojosa, 2010).

Otro factor en estudio es el estado civil, el cual Lafosse (2008) lo define, como la condición de la persona en relación a la forma de vida conyugal y en relación con su pareja; para el INEI (2007), el estado civil, es el estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país.

Los pacientes casados manifiestan más preocupación por su situación, repercusiones sobre su vida familiar, etc. Las preocupaciones que hacen referencia son, sobre todo, los problemas económicos, y luego las discusiones familiares (principalmente con el cónyuge, por aspectos relacionados directa o indirectamente con la hemodiálisis). Los pacientes

solteros, por el contrario, viven con los padres o algún hermano, que en general procuran evitar problemas al paciente, principalmente si éste es muy joven (Zahonero, 2007).

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 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 los Ríos, 2006).

III. MATERIAL Y METODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, se realizó en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Hemodializados de la Clínica Internacional del Riñón ,2015 (Polit, 2005).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:

3.2.1. Universo muestral:

El universo muestral estuvo conformado por el total de 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Hemodializados de la Clínica Internacional del Riñón durante los meses de abril - julio del 2015, para la muestra de estudio se determinó por conteo aleatorio simple se estimó en 54 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

3.2.2. Criterios de inclusión:

Estuvo constituido por pacientes hemodializados que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Edad comprometida de 20 a más años.

- Pacientes con fistula arteriovenosa pos tratamiento de hemodiálisis.
- Asistencia regular al tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana.
- Usuario orientado en tiempo, espacio, persona.
- Tiempo de tratamiento de hemodiálisis con antigüedad mínima de 3 meses.
- Usuarios que acepten participar con el presente estudio.

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Constituido por cada paciente adulto con Insuficiencia Renal Crónica Hemodializado de la Clínica Internacional del Riñón, que asistieron a su tratamiento en los meses de abril – julio 2015.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESION DE ZUNG

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos.

Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. (ANEXO N°1)

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, calificándose de la siguiente manera:

1. Nunca o casi nunca
2. Algunas veces
3. Muchas veces
4. Siempre o casi siempre

La categorización se realizara de la siguiente manera:

- Menor de 50 : dentro de los límites normales
- De 50 – 59 : depresión leve
- De 60 – 69 : depresión moderada
- De 70 a más: depresión severa.

B. CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES.

Instrumento elaborado por Rodríguez (2003) y modificado por la autora de la presente investigación, constituido por la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil. (ANEXO N°2)

3.5. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

A. Prueba piloto:

El instrumento de la presente investigación fue validado en una muestra de 15 pacientes hemodializados que cumplieron con las características similares a las del estudio.

B. Validez de los instrumentos:

La principal preocupación de cualquier investigación, es la validez: si el instrumento utilizado mide el fenómeno que se pretende medir (Hernández, 2003), es decir, si los datos recogidos por el investigador reflejan o no con precisión los fenómenos que están siendo investigados (Polit, 2005). Para lograrlo, se realizó la validez estadística mediante la correlación de Pearson obteniéndose un valor de 0.656 con probabilidad 0.012 siendo significativa, por lo que el instrumento es válido.

C. Confiabilidad de los instrumentos:

Para garantizar la confiabilidad del instrumento: Escala Auto aplicada de Depresión de ZUNG, se determinó a través de la prueba estadística Alpha de Crombach, obteniéndose un valor de 0.785, siendo confiable el instrumento.

3.6. PROCEDIMIENTO:

- Coordinó con el departamento de investigación de la Clínica Internacional del Riñón, para el desarrollo del presente proyecto en dicha institución.
- Coordinó con la Enfermera jefe del servicio de Hemodiálisis de la Clínica Internacional del Riñón.
- Se aplicó los instrumentos a los pacientes hemodializados que cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizó como técnica la observación y entrevista personal.
- Los pacientes hemodializados fueron entrevistados post tratamiento de hemodiálisis.

- Se empleó un tiempo promedio de 15 minutos para la aplicación de ambos instrumentos.
- Para los pacientes hemodializados sin grado de instrucción, la encuestadora leyó y explicó de manera imparcial, hasta terminar los cuestionarios.
- Concluida las entrevistas se verificó el llenado completo de los instrumentos y se agradeció por su participación en el presente estudio.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada a través de los instrumentos descritos fueron ingresados y procesados en el programa estadístico SPSS por Windows Versión 19.

- **Nivel Descriptivo:** La descripción de los resultados se hizo en forma narrativa en base a las tablas presentadas en secuencia lógica. Los resultados fueron ingresados en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual.
- **Nivel Analítico:** el análisis de los resultados obtenidos se realizó tomando como base los objetivos propuestos; usando para evaluar la relación entre variables. Para determinar si existe relación entre variables se hizo uso de la prueba de independencia de criterios “Chi - cuadrado” que midió la relación entre dos variables, usando el siguiente criterio de significación estadística:

Si $p < 0.05$, existe relación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Si $p < 0.01$, existe relación estadística altamente significativa entre las variables evaluadas.

Si $p > 0.05$, no existe estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

3.8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

I. Variable dependiente:

Nivel de depresión de pacientes con Insuficiencia renal crónica hemodializados.

1. Definición Conceptual:

Es el impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y desconsuelo, implica el curso de la enfermedad a varios niveles (Kaplan, 2006).

2. Definición Operacional:

- Menor de 50: dentro de los límites normales
- De 50 – 59: depresión leve
- De 60 – 69: depresión moderada
- De 70 a más: depresión severa

II. Variable independiente:

Factores Biosociales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil)

1. Definición Conceptual:

Características o circunstancias detectables en un individuo a nivel biológico y social (Dugas, 2000).

Factores Biopsicosociales:

1. Edad:

- **Definición conceptual:**

Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de aplicación de la entrevista (Drale, 2007).

- **Definición operacional:**

Adulto joven.....20 a 44 años

Adulto maduro.....45 a 65 años

Adulto mayor.....65 a más.

2. Sexo:

- **Definición conceptual:**

Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (OMS, 1996).

- **Definición operacional:**

Masculino.....M

Femenino.....,F

3. Grado de Instrucción:

- **Definición conceptual:**

Se refiere a los años de estudio de la población. (OPS, 1998).

- **Definición operacional:**

Incluye las siguientes categorías:

Superior (Técnico / Universitario)

Secundaria

Primaria

Sin instrucción

4. Estado Civil:

- **Definición conceptual:**

Es el estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país (INEI, 2007).

- **Definición operacional:**

Incluye las siguientes categorías:

Casada (o)

Unión Libre

Soltera (o)

Viuda (o)

Divorciada (o)

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo en cuenta los principios éticos de anonimato, es decir no se publicará los nombres de los pacientes encuestados, consentimiento informado, confidencialidad (la información fue exclusiva del manejo de las investigadoras con las investigadas sin que haya coerción de ningún tipo), libre participación , no se presionó ni se manipuló los intereses personales a favor de la investigación, fue de mutuo acuerdo y de libre decisión y honestidad para el presente estudio (Polit, 2005).

IV. RESULTADOS

TABLA Nº 1
RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN FACTORES BIOSOCIALES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

Factores Biosociales	n_o	%
Edad		
Adulto joven	6	11.1
Adulto maduro	24	44.4
Adulto mayor	15	27.8
Sexo		
Femenino	20	37.0
Masculino	34	63.0
Grado de Instrucción		
Sin instrucción	0	0.0
Primaria	34	63.0
Secundaria	8	14.8
Superior	12	22.2
Estado Civil		
Soltero(a)	6	11.1
Casado(a)	34	63.0
Unión Libre	6	11.1
Divorciado(a)	2	3.7
Viudo(a)	6	11.1
Total	54	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

GRAFICO Nº 1

**RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN FACTORES BIOSOCIALES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS,
CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015**

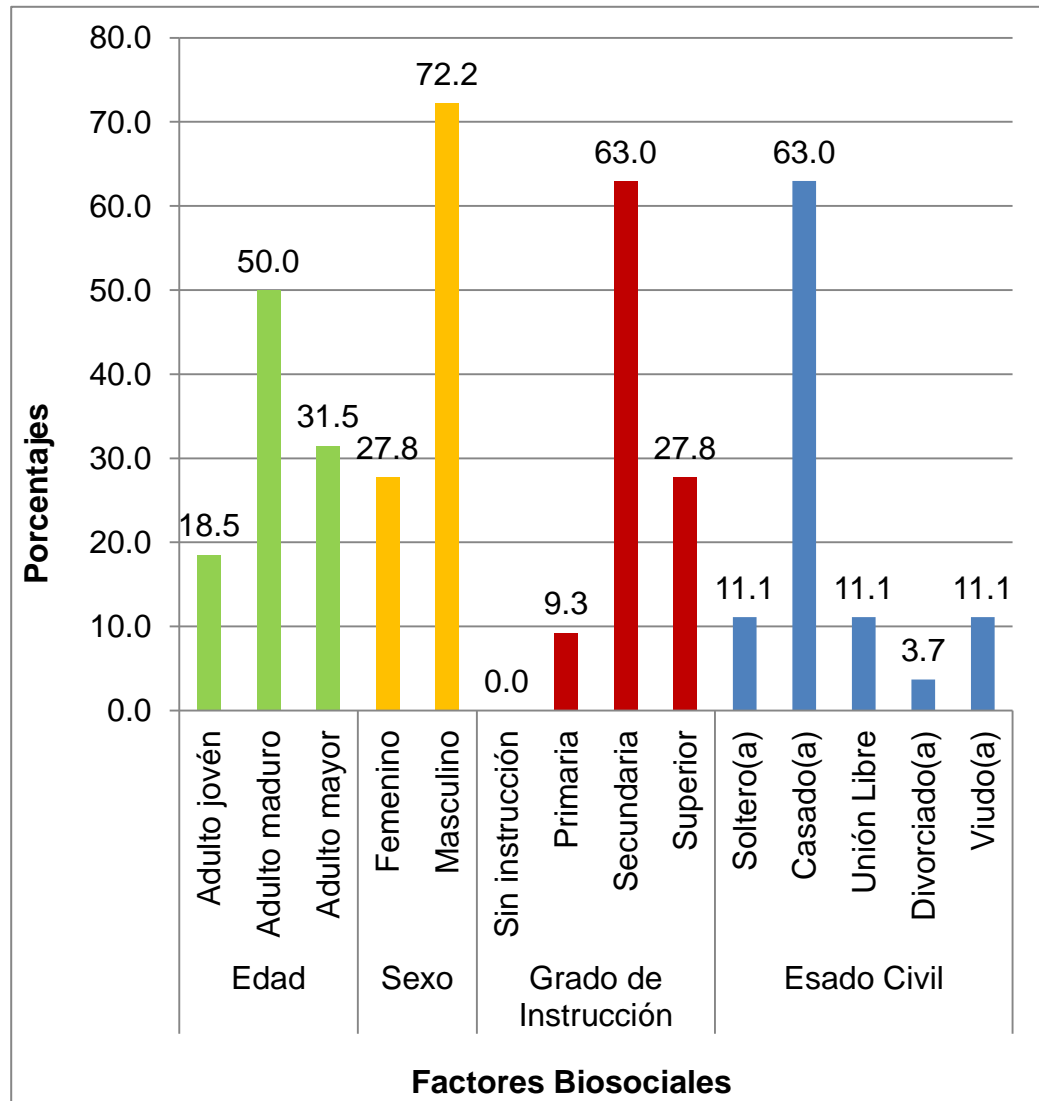


TABLA Nº 2

**RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS,
CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.**

Nivel de Depresión	n_o	%
Normal	9	16.7
Leve	22	40.7
Moderada	18	33.3
Severa	5	9.3
Total	54	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

GRAFICO Nº 2

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS,
CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

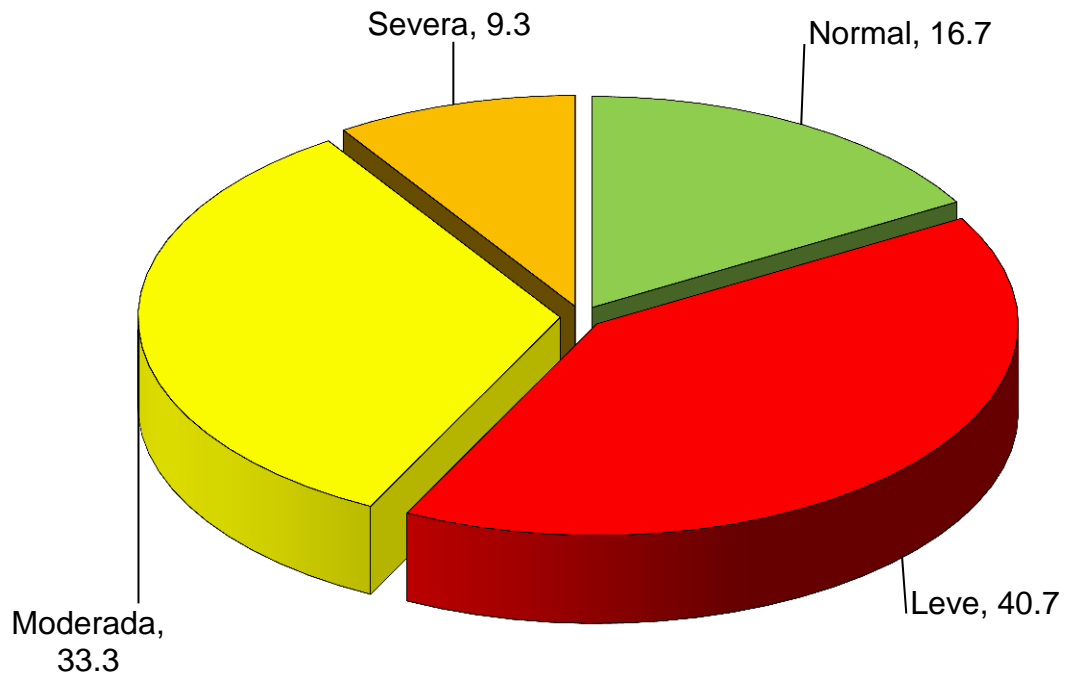


TABLA N° 3:

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN EDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

Nivel de Depresión	Edad						Total	
	Adulto joven		Adulto maduro		Adulto mayor		n _o	%
	n _o	%	n _o	%	n _o	%		
Normal	4	7.4	1	1.9	4	7.4	9	16.7
Leve	3	5.6	15	27.8	4	7.4	22	40.7
Moderada	2	3.7	7	13.0	9	16.7	18	33.3
Severa	1	1.9	2	3.7	2	3.7	5	9.3
Total	6	11.1	24	44.4	15	27.8	54	100.0

Fuente: ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG Y CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES.

$X^2 = 11.932$ $p = 0.018$ Significativo (Existe influencia entre variables).

GRAFICO N° 3

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN EDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

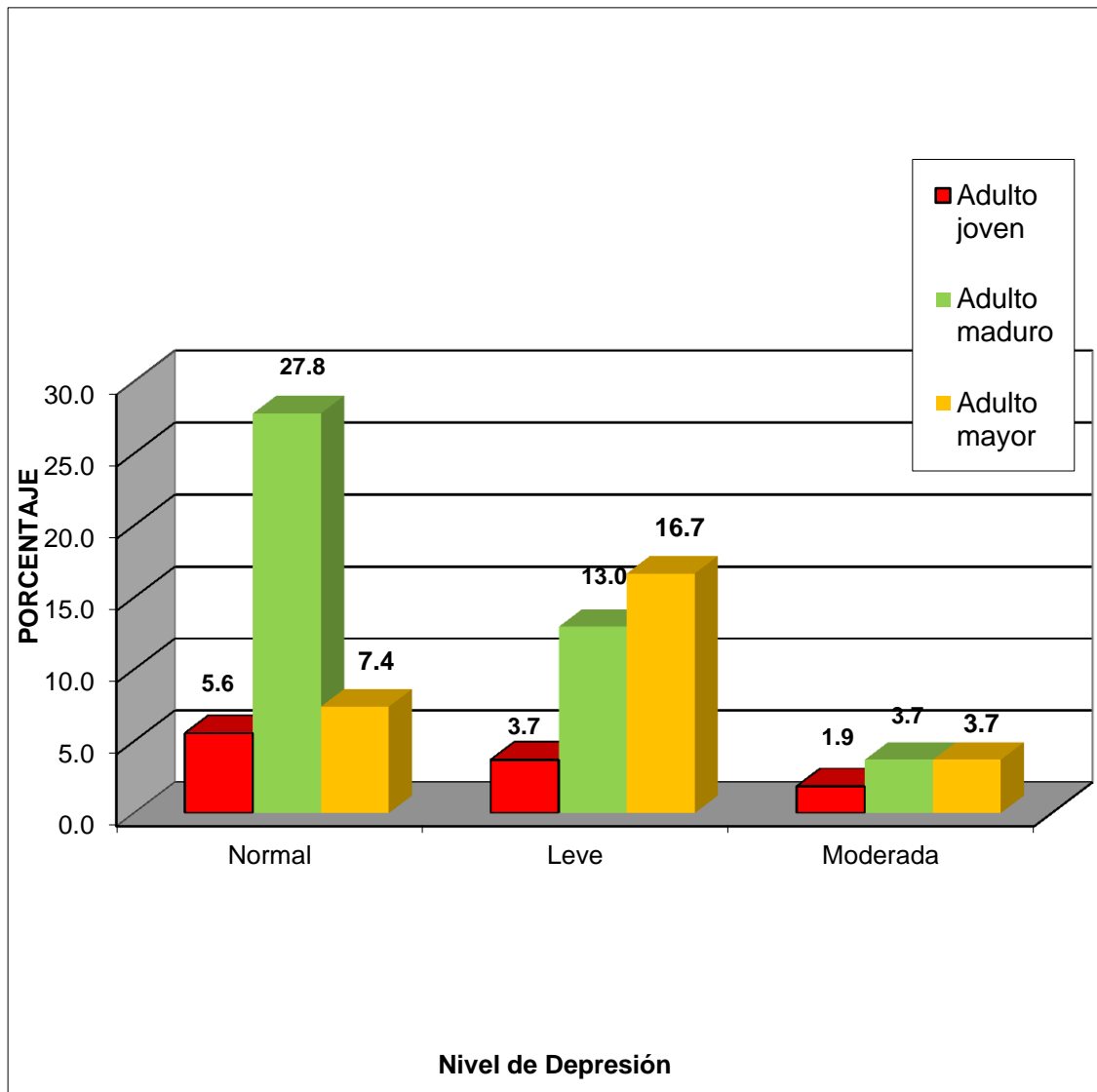


TABLA Nº 4:

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN SEXO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

Nivel de Depresión	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n _o	%
	n _o	%	n _o	%		
Normal	7	13.0	2	3.7	9	16.7
Leve	8	14.8	14	25.9	22	40.7
Moderada	4	7.4	14	25.9	18	33.3
Severa	1	1.9	4	7.4	5	9.3
Total	20	37.0	34	63.0	54	100.0

Fuente: ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG Y CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES.

$X^2 = 8.718$ $p = 0.013$ Significativo (Existe influencia entre variables)

GRAFICO N°4

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN SEXO Y NIVEL DE DEPRESION
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

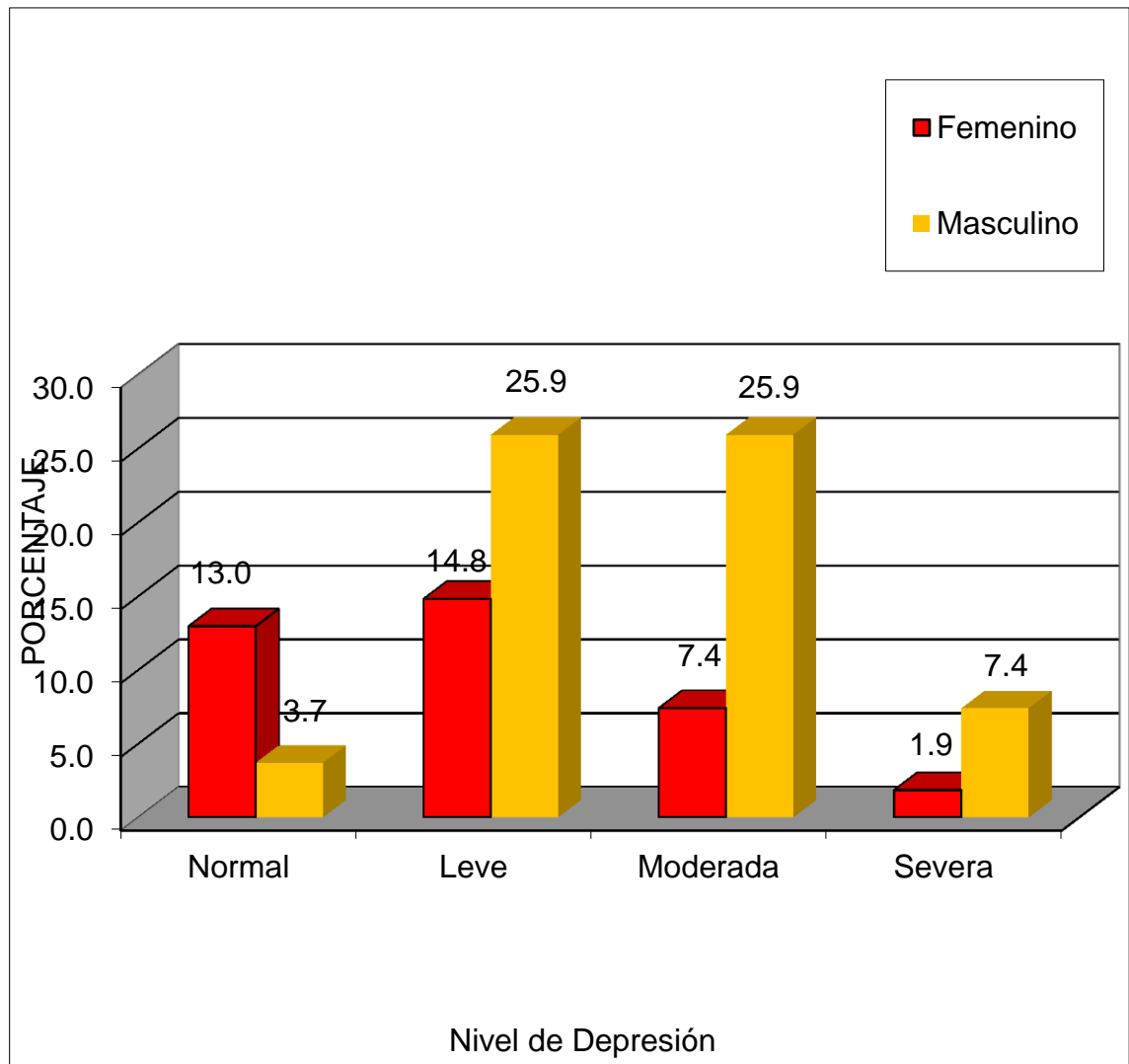


TABLA Nº 5

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

Nivel de Depresión	Grado de Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior		n _o	%
	n _o	%	n _o	%	n _o	%		
Normal	7	13.0	0	0.0	2	3.7	9	16.7
Leve	12	22.2	2	3.7	8	14.8	22	40.7
Moderada	12	22.2	5	9.3	1	1.9	18	33.3
Severa	3	5.6	1	1.9	1	1.9	5	9.3
Total	34	63.0	8	14.8	12	22.2	54	100.0

Fuente: ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG Y CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES.

$X^2 = 11.162$ $p = 0.025$ Significativo (Existe influencia entre variables)

GRAFICO N°5

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN EDAD Y NIVEL DE DEPRESION
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

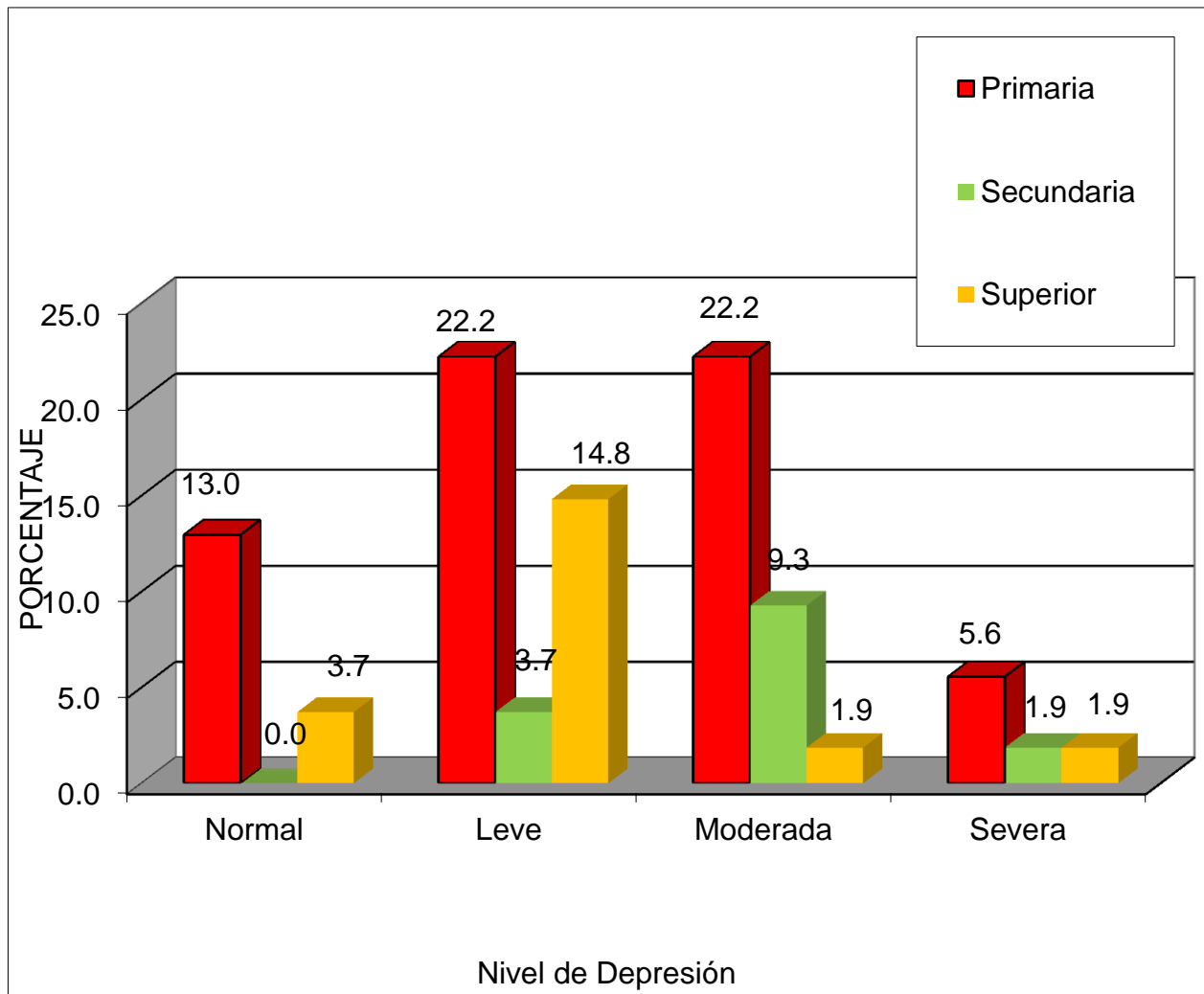


TABLA Nº 6

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.

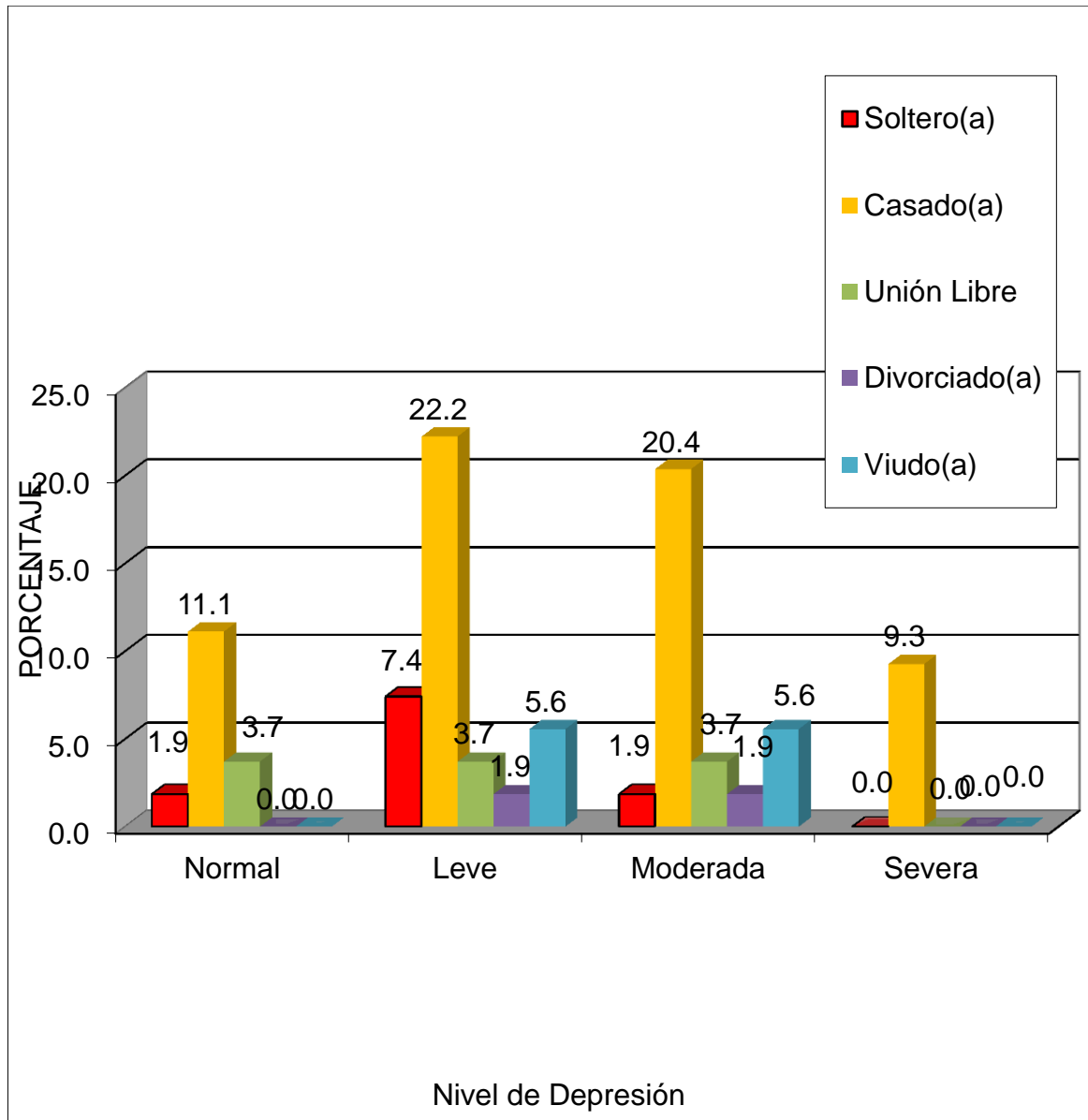
Nivel de Depresión	Estado Civil										Total	
	Soltero(a)		Casado(a)		Unión Libre		Divorciado(a)		Viudo(a)		n _o	%
	n _o	%	n _o	%	n _o	%	n _o	%	n _o	%		
Normal	1	1.9	6	11.1	2	3.7	0	0.0	0	0.0	9	16.7
Leve	4	7.4	12	22.2	2	3.7	1	1.9	3	5.6	22	40.7
Moderada	1	1.9	11	20.4	2	3.7	1	1.9	3	5.6	18	33.3
Severa	0	0.0	5	9.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	9.3
Total	6	11.1	34	63.0	6	11.1	2	3.7	6	11.1	54	100.0

Fuente: ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG Y CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES

$X^2 = 4.186$ $p = 0.381$ No significativo (No hay influencia entre variables)

GRAFICO N° 6

RELACION DE 54 PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y NIVEL DE DEPRESION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS, CLÍNICA INTERNACIONAL DEL RIÑÓN, 2015.



V. ANALISIS Y DISCUSION

En la **tabla N°1**, se observa que del total de la población de estudio (54 pacientes) la etapa de adulto maduro obtiene un 44%, seguido de un 27.8% en la etapa de adulto mayor; predominó el sexo masculino con un 63%; el grado de instrucción alcanzado con mayor participantes es la primaria con un 63%, seguido por el grado superior con 22.2% y la mayoría se encontraba casado(a) con un 63%.

Con respecto a la edad, en las pirámides poblacionales se puede ver que la población de 15 a 64 años ha venido presentando un ensanchamiento, con tendencia a ser una pirámide recta, generando por un lado la disminución considerable de la población de 0 a 14 años, y por otro, el crecimiento de la población adulta y adulta mayor INEI (2013); como se puede evidenciar en la presente investigación.

Corroborando lo antes mencionado, las Pirámides de Población 2010 y 2020 evidencian una tendencia al envejecimiento relativo de la población, aunque en términos absolutos la población joven y en edad de trabajar seguirá siendo la más numerosa. En este grupo poblacional, tanto en las enfermedades de la piel, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, como en las enfermedades endocrinas,

metabólicas y nutricionales, se ha observado un ligero aumento porcentual (INEI, 2012).

Las personas de 65 y más años de edad, se encuentran en una etapa en la que se experimenta fisiológicamente un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas, diferente para cada individuo. Evidentemente, las personas mayores requieren de mayor atención médica que personas de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2012) muestran que la población adulta mayor representa el 11,4% de la población total.

La composición poblacional para el año 2013, la población femenina representa el 49.9%, hasta los 45 años el porcentaje de mujeres es levemente menor al de los varones; después de los 45 años esta situación se invierte y mientras más edad se tenga, mayor es la tendencia de la población femenina. A los 80 años de edad representan el 58,4% de la población. A mitad del año 2014, la población del país alcanza los 30 millones 814 mil 175 habitantes, de los cuales 15 millones 438 mil 887 son hombres y 15 millones 375 mil 288 son mujeres (INEI, 2014).

Además de ello, en nuestro estudio, el sexo masculino alcanzó un 63%, dato que se corrobora con los brindados por esssalud, al informar que tres cuartas partes de los enfermos crónicos renales son varones, es por ende la prevalencia de este sexo (Es salud, 2014).

Uno de los componentes del capital humano es el nivel de educación logrado. El 63% llegó hasta el grado de primaria y solo un 22.2% llegó hasta el nivel superior en esta investigación, datos que reflejan la realidad peruana, la cual está compuesta de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (2011), el 6,5% de la población de 25 y más años de edad no tiene ningún nivel de educación, el 27,9% logró alcanzar estudiar algún grado o año de educación primaria, el 35,5% consiguió estudiar algún año de educación secundaria y el 30,0% tienen educación superior (universitaria o no universitaria).

En el estado civil o conyugal de la población, también se advierten cambios, lo que tendrían repercusión en la conformación de las familias. Después de la categoría soltera(o), los mayores porcentajes corresponden a dos tipos de uniones: el matrimonio y la unión de hecho, denominada también como unión consensual. En efecto, la población que en el año 2013 declaró ser soltera(o), representó el 38,2%, esta categoría en el año 2004 fue de 41,3%. La unión consensual o de hecho es una situación que se viene incrementando en los últimos años. De 17,6%

de personas que vivían en unión de hecho en el año 2004, se incrementó a 20,4% en el año 2013. En tanto que la condición de casada/o disminuyó de 30,8% en el año 2004 a 28,1% en el año 2013; en el presente estudio, el estado civil casado y unión libre hicieron un total de 74.1% seguido de un 11.1% de soltero (INEI, 2013).

La **tabla N°2**, se observa que el 83.3%, presento algún nivel de depresión; de estos, el 40.7% presentó nivel de depresión leve y un 33.3% presento nivel de depresión moderado. La Insuficiencia Renal Crónica supone para la persona un aumento del impacto psicoemocional por las características del tratamiento, su duración indefinida y el pronóstico insatisfactorio para el paciente; evidencia depresión. Hallar estos trastornos afectivos en los pacientes sometidos a hemodiálisis, es importante; sin embargo, se debe tomar en cuenta otro factor que influye de manera indudable en la formación de dichos trastornos, el nivel biosocial de los pacientes (García, 2002).

Nuestro trabajo comparte poblaciones parecidas con un estudio realizado en Lima, en cuanto a variables biológica y social: edad, grado de instrucción, estado civil y sexo; por lo que se esperaba encontrar prevalencias de depresión muy similares, además de ser estudios del mismo país, donde las realidades de la terapia de remplazo renal son semejanzas. Encontramos una frecuencia de depresión de 83.3%, similar a lo hallado en dicho estudio, que reporta

depresión en el 61,4% de los pacientes, Sin embargo se observaron diferencias con respecto al nivel de depresión: leve en un 40.7% de nuestros casos, que se contrasta con lo reportado en otros estudios: 29% y 30.7%. Las diferencias pueden atribuirse a que se emplearon instrumentos diferentes para la valoración de depresión (Constantino 2011).

En una investigación más reciente, estudiaron una población coreana de 146 pacientes con enfermedad renal terminal que recibían hemodiálisis. Se utilizó un enfoque descriptivo, mediante corte transversal, en que se aplicó el PHQ-9, el Dialysis Symptoms Index así como la versión coreana del Kidney Disease Quality of Life Instrument. Los investigadores encontraron depresión leve en todos los pacientes y depresión mayor en el 25% de los usuarios (Amador, 2000).

En la **tabla N° 3**, se observa que el 7.4% de pacientes en la etapa de adulto joven presenta depresión normal, el 27.8% de pacientes en etapa de adulto maduro presentan depresión leve, y el 16.7% de pacientes en etapa adulto mayor presentan moderada depresión. Estos datos coinciden con los reportados por Aguilera (2007) quien realizó un estudio sobre Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, las personas mayores de 60 años presentaron (12%) de depresión, siguiendo los

pacientes con edades de 40 a 49 años (26.6 %), de 50 a 59 años (23.1%). entre 30 y 39 años (27.2%) y finalmente los menores de 30 años (11.1%): las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En la muestra estudiada se encontró que los pacientes que tienen insuficiencia renal y se encuentran en hemodiálisis, se ven afectados en mayor proporción los adultos entre 45 y 65 años, lo cual lleva a la reflexión que esta enfermedad está afectando cada día más a personas de menor edad.

La insuficiencia renal crónica y con ello la hemodiálisis, usualmente aparece en la edad más productiva de la vida. Altera seriamente el trabajo u ocupación del paciente, limita los ingresos económicos del núcleo familiar al asistir frecuentemente a las hemodiálisis, interfiere en el rendimiento laboral y hace que muchos pacientes sean en algunos lugares despedidos de su trabajo, esto crea gran depresión que interfiere en el éxito del tratamiento (Fernández, 2005).

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales,

mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (Berrios, 2009).

El 7.4% de pacientes son adulto joven y presenta depresión normal, es así que los adultos jóvenes tienen tendencia a considerarse indestructibles con capacidades físicas ilimitadas; prevaleciendo la idea de “no puede sucederme a mí” en consecuencia toman conductas de riesgo; el cambio del estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente (Smeltzer, 2004).

A diferencia de los adultos maduros, quienes sufren cambios, muchos de ellos imperceptibles, haciendo difícil aceptar el proceso de “enfermedad”, a menudo en esta etapa el individuo se encuentra atrapado en medio de tres generaciones; en tanto afronta los problemas de los hijos adolescentes y se adapta a su independencia final. Con frecuencia se da cuenta de que sus padres están envejeciendo; tal vez ahora necesite ayuda y apoyo para paliar sus problemas físicos, emocionales o económicos (Berrios, 2008).

Se sabe que uno de los cambios más importantes que se han dado en relación a la salud de la población adulta y en el anciano es el aumento de las enfermedades, la incapacidad

y la muerte debido a trastornos crónico degenerativos y metabólicos que conlleva la Insuficiencia renal. Los pacientes mayores de 65 años presentan melancolía, temor principalmente a la muerte, tristeza y aislamiento con mucha dependencia de los demás, carencias económicas y problemas de desnutrición(Amador,2000).

A su vez, Páez (2011) en su estudio Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, expone con respecto a la edad, mientras mayor edad tienen los enfermos renales crónicos, los niveles de ansiedad estado y depresión aumentan, señalando que en estos pacientes, al progresivo deterioro físico de la vejez se suman las limitaciones inherentes a la enfermedad renal crónica y su tratamiento médico, llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo.

El 16.7% de nivel de depresión moderada que nos da la presente investigación, en cuanto al adulto mayor, refleja que en la edad geriátrica, el sentimiento de desesperanza y el síndrome depresivo aparecen con mayor frecuencia en los hombres(en nuestro estudio son el 63%), cuestión que se debe a las diferencias surgidas en esta etapa de sus vidas con relación a etapas anteriores; su participación en la toma de decisiones disminuye significativamente, también se quejan de su falta de autoridad (entiéndase la que él esperaba, de acuerdo con el paradigma de autoridad que observó de sus

abuelos); el régimen de inactividad forzada que genera gran frustración, y acelera el envejecimiento físico y el deterioro emocional e intelectual; la jubilación, que de por sí disminuye fundamentalmente la capacidad económica y el contacto social (Perez, 2003).

Actualmente, los 65 años por ser la edad establecida para la jubilación, implica la modificación de un gran número de parámetros individuales y sociales (Merkus, 2007) junto con el hecho de que no existe para la mayoría de las personas una "cultura del ocio" que les permita afrontar de manera racional la nueva situación. A esto debemos añadir la percepción que sobre la enfermedad tiene el paciente en tratamiento de diálisis (Zahonero, 2007), situación que no tiene muchas expectativas de cambio a esas edades en que las posibilidades del trasplante renal disminuyen de forma paralela a la esperanza de vida, conforme van aumentando los años, como consecuencia de la evolución de la propia patología. A veces la jubilación en estos pacientes se produce de forma anticipada (Singer, 2009) por limitaciones que la enfermedad y su tratamiento imponen al dializado, lo que va a añadir cambios psicológicos importantes que incidirán sobre la nueva situación que la vida les ha deparado.

Es por ello que se asevera; mientras mayor edad tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica, los niveles de depresión van en aumento y prevalencia. En estos pacientes, al progresivo deterioro físico de la vejez se suman las

limitaciones inherentes a la insuficiencia renal crónica y su tratamiento médico, llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo. En el anciano deprimido la soledad es uno de los enemigos más peligrosos para el desencadenamiento de la conducta suicida (Reyes, 2000).

En contraposición a lo expuesto, Atencio (2004) concluye en su investigación; los pacientes hemodializados más jóvenes (de 17 a 36 años) son mayormente afectados por la depresión. Esta conclusión, no se asemeja a nuestro resultado; posiblemente se deba a que estos se refieren a una población con media de edad de 53,67 años, lo cual indica que la mayoría de los participantes se ubican en la franja de mayor edad. Es probable que si aumentamos la cantidad de hemodializados jóvenes, nuestros resultados se modifiquen.

El sexo del paciente tiene suma importancia, es así que la **tabla N° 4** muestra que el 14.8% de pacientes presenta leve depresión y son mujeres, y el 25.9% de pacientes presentan moderada depresión y son hombres. Datos que coinciden con los hallados por Aguilera (2007) en su investigación Prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis a una población conformada por 19 pacientes, el 68% de sexo femenino y el 32% pertenece al sexo masculino. La mayor prevalencia de depresión se detectó, preferentemente, en hombres observándose que en el género masculino se

encuentra con más incidencia la sensación de fracaso e insatisfacción, pesimismo por su fatiga, dependencia y retardo laboral.

El sexo se relaciona con los resultados encontrados; Páez (2011) en su estudio reportó que las mujeres presentaron un mayor porcentaje de depresión leve 46.7%; a diferencia de los varones que presentaron un mayor porcentaje de depresión moderada 53.3%. La depresión en los varones podría estar relacionada con el rol que desempeñan en la familia son criados en nuestra sociedad para ser exitosos, creando un sentimiento de presión en algunos casos, por su responsabilidad en el mantenimiento familiar y el afrontamiento económico además del gasto de su enfermedad, lo que propiciaría un nivel de depresión moderado en relación a las mujeres que se encuentran en un nivel de depresión leve. (Espinoza, 2011).

Además, los varones, pueden estar más dispuestos a reconocer la fatiga, la irritabilidad, la pérdida de interés en el trabajo o en los pasatiempos, y problemas al dormir que a reconocer los sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa excesiva en relación a las mujeres.

Por el contrario, la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción de Chile, dió a conocer su investigación en el Congreso de Nefrología,

hipertensión y trasplante 2006, acerca de los resultados obtenidos en un estudio de la prevalencia de depresión en 93 pacientes hemodializados (60 hombres / 33 mujeres), demostrando que la depresión es una patología prevalente, ya que, el 69,64% obtuvo un puntaje en la categoría depresión moderada a severa, con una mayor prevalencia en hombres (Alid,2006). Así mismo, Sumalave (2004) en su investigación de evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, el sexo masculino presentó los porcentajes mas altos para depresión con 70.5 %.

Empero, en la mayoría de los estudios establece que existe mayor prevalencia de depresión en mujeres en alrededor del 10% en comparación con los hombres que representan un 6% la depresión, es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Su prevalencia es de 6-12% en los países industrializados (Bautista,2008).

Retting (2000) y Long (1998). Demostraron que cuando la mujer es la que se encuentra en hemodiálisis se ve imposibilitada de cumplir sus roles ocasionando disfunción familiar y pérdida económica inferior a cuando el afectado es la pareja, sin embargo, tres cuartas partes de los enfermos crónicos renales son varones, siendo el impacto mayor por los cambios de roles que tienen que asumir los miembros familiares para enfrentar los gastos económicos de la

enfermedad, pues muchas veces el paciente es el único sostén de la familia.

La **tabla N°5** muestra que el 22.2% de pacientes presenta depresión leve y llegó hasta la primaria, el 14.8% de pacientes presenta depresión leve y tienen estudios superiores ;el 9.3% de pacientes presentan moderada depresión y tienen secundaria. Lo anterior, concuerda con la investigación realizada por Castro (2005) a 90 pacientes de dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción, Chile; donde un 55,6% poseía una baja escolaridad, es decir educación básica completa e incompleta, y presentaban estados depresivos.

Otro estudio evidencia que la mayoría de los sujetos no logró superar la Educación Media. De los deprimidos, 17.65% con Educación Universitaria, 29.41% con Educación Media y 47.06% con sólo Educación Primaria (Paez, 2011).

El Grado de Instrucción influye; la personalidad del paciente es un tema complejo, la experiencia indica que los pacientes con mayor coeficiente intelectual y nivel de educación se adaptan adecuadamente al tratamiento. Muestran motivación, independencia y creatividad en el trabajo y en el hogar, es por ello que, en la medida que el paciente alcance un grado de instrucción superior a otros, realizan mejores prácticas de autocuidado por la mayor accesibilidad a fuentes de información, lo que da mayor conocimiento al

respecto, ya que la amplitud de conocimientos enriquece la cultura y modifican los hábitos y creencias erróneas .El individuo con bagaje cultural tendrá más dominio de sus facultades, será conocedor de la realidad de su medio, de sus necesidades y podrá afrontar mejor la enfermedad (Elgueta, 2006).

Cuando es muy bajo el nivel de instrucción y status socioeconómico, los pacientes presentan mayores dificultades, hay por tanto menor aceptación y satisfacción por la vida, peores grados de rehabilitación, más problemas de anemia y desnutrición, además de aceptar la enfermedad como una voluntad divina natural y su indisposición a buscar cuidados para su salud y atención médica (Hinojosa, 2006).

En la **tabla N°6**, se observa que el 7.4% de pacientes presenta depresión leve y son solteros(as), el 22.2% de pacientes presentan depresión leve y son casados(as), el 3.7% de pacientes presentan moderada depresión y están en unión libre, el 1.9% de pacientes presentan moderada depresión y son divorciados(as) y el 5.6% de pacientes presentan moderada depresión y son viudos(as) , no existiendo relación entre variables. De acuerdo con White (2009), algunos hallazgos indican que si bien el proceso de hemodiálisis tiene un gran impacto en el paciente, puede ser modulado si éste tiene pareja.

Pérez y col. (2008), en su trabajo de investigación en Argentina, realizó un estudio de tipo descriptivo transversal; se estudiaron las características de 30 pacientes hemodializados. El 46% de los pacientes era casado(a) el 23%, soltero(a); el 19%, divorciado(a), y el 13%, viudo(a); sólo dos pacientes vivían solos. El 3,3% de los integrantes presentó depresión leve; el 16,7%, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave; en síntesis, el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión. Siendo significativa esta relación.

A diferencia, se dice que los pacientes casados manifiestan más preocupación por su situación, repercusiones sobre su vida familiar, etc. Las preocupaciones que hacen referencia son, sobre todo, los problemas económicos, y luego las discusiones familiares (principalmente con el cónyuge, por aspectos relacionados directa o indirectamente con la hemodiálisis). Los pacientes solteros, por el contrario, viven con los padres o algún hermano, que en general procuran evitar problemas al paciente, principalmente si éste es muy joven (Zahonero, 2007).

VI. CONCLUSIONES:

- La edad, sexo y grado de instrucción del paciente Hemodializado influye de manera significativa en el nivel de depresión, según la prueba de independencia de criterios Chi - cuadrado.
- El estado civil del paciente Hemodializado no influye con el nivel de depresión, según la prueba de independencia de criterios Chi - cuadrado.
- El nivel de depresión que predominó en los pacientes hemodializados fue el leve con un 40.7%, seguido de un nivel de depresión moderada con un 18%.
- Dentro de los factores biosociales tomados en el presente estudio, se identificó que la etapa que predomina de los pacientes hemodializados es la de adulto maduro con 44.4%, el 63% fue de sexo masculino, el 63% curso la primaria y el 63% era casado(a).

VII. RECOMENDACIONES:

- Realizar una investigación de tipo cualitativo, considerando las variables de estudio con la finalidad de conocer el sentir del paciente Hemodializado.
- Utilizar el presente estudio de investigación como punto de referencia para el desarrollo de programas y/o proyectos de investigación en la parte psicológica, emocional del paciente.
- Es necesario que el Ministerio de Salud realice planes de prevención y educación fundamentalmente en el área rural con la intencionalidad de controlar la creciente morbilidad de la Insuficiencia Renal.
- Se deben elaborar estudios con una muestra mayor, incorporando la visión de género (en plena evolución en nuestros días) y de edad de comienzo de la terapia renal de sustitución renal, así como las experiencias desfavorables del trasplante, situación ésta que influye de forma significativa en las representaciones de la enfermedad y su tratamiento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilera, M. (2007). Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia Renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería, Universidad Austral de Chile, Chile.

Aljama P, García M, Morales A. Fernández A. Luque R. Marcén A. (2005), Hemodiálisis [en línea] Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodiálisis_1.pdf?check_idfile=537 (2014, 9 junio).

Alabart, E., Alós, B., Barada, C., Colli, G., González, R., Romero, A., Zanetta, D. (2009). Enfermedad Renal Crónica: Una Epidemia. Revista médica universitaria. [En línea] Disponible en: http://rmu.fcm.uncu.edu.ar/vol05_01/11/index.php[2013, 7 de diciembre].

Álvarez, A., Fernández, M., Vázquez, J., Sánchez C. y Rebollo M. (2001). Gerencia y Gobierno en Salud. Revista de Salud. [En línea]. Disponible en: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm[2013, 3 de agosto].

Amador R, Coloma E, Pons R, Espinosa C. (2000) Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirlas. Fresenius medical care el consul.

Andina (2009). 20% de enfermos terminales mueren cada año. Perú 21. [en línea]. N° Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/255633/noticia-20-enfermos-renales-terminales-mueren-cada-ano> [2013, 7 de diciembre].

Atencio F, Valderrabono F. (2004).Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y Trasplante Renal. 2 ed. Madrid: Ediciones Norma.

Ávila, B.; De los Ríos, H. y Montes, J. (2005). Sinopsis de psiquiatría. Washington DC: Editorial Médica Panamericana.

Ayuso, C. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Venezuela: Masson.

Bautista, M. (2008). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. España: Interamericana.

Berrios, S. (2008). Alteraciones psicopatológicas en un grupo de mayores dializados. Colombia: Gerontol.

Brunner, S. y Suddarth, A. (2005). Enfermería Médico Quirúrgica. 4ta. Ed. México: Interamericana Mc Graw Hill.

Castellón, J. (2008). Breve Historia de la Hemodiálisis. España: Médica JIMS.

Cala, M. y Barreto, O. (2008). Insuficiencia Renal Crónica. Modificación Paulatina del Balance Diálisis/Hemodiálisis. México: Interamericana.

Constantino A., Bocanegra M. (2011). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011. Tesis para acceder al título de Médico Cirujano. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú.

Cusumano, J. (2005). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. España: Interamericana.

Denour, F. (2009). Análisis costo efectividad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. México: Interamericana.

DuGas, E. (2000). Tratado de Enfermería Practica. (4da ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Elgueta, A. y Roy, S. (2006). Alteraciones psicopatológicas en un grupo de mayores dializados. Colombia: Interamericana.

ESSALUD. (2014). Centro Nacional de Salud Renal. [en línea]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-30-de-adultos-mayores-sufren-enfermedad-renal-cronica/>. [2014, 11 de abril].

Flores, C. (2010). Tratado de enfermería Práctica. (2da ed). Venezuela: Sol de Villa.

Flores, A. (2004). Apunte 18. Insuficiencia renal crónica. [En línea], Disponible en www.escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apunte18. [2014, 7 de Julio].

García, M., Fajardo, P., Guevara, S. (2007). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. Colombia: Health Care.

García FW, Fajardo C, Guevara R, Gonzáles V, Hurtado A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Chile: Nuevo horizonte.

Guía Clínica AUGE (2005). Insuficiencia Renal Crónica Terminal. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsal.cl> [2013, 18 de julio].

Hinojosa, C. (2010). Tratado de Enfermedades Renales. (2° Ed.), Colombia: Arthur Greeberg.

Hurtado, F., Rojas, A. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. Colombia: Health Care.

INEI. (2001). Perú: Situación social: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. [en línea]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0397/Libro.pdf [2013, 7 de febrero].

INEI. (2007). Perú: Situación social: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. [en línea]. Disponible en:

<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/cap0203.htm>. [2013, 7 de febrero].

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Migración Interna reciente y el Sistema de Ciudades 2001 – 2007. Lima. [En línea]. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0950/index.htm>. (2014, 11junio).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza 2007-2011. [En línea]. Disponible en http://www.inei.gob.pe/DocumentosPublicos/Pobreza_InformeTecnico.pdf. (2015,6mayo).

INEI. (2012). Perú: Situación social: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. [en línea]. Disponible en: <http://.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0746/Libro.pdf> [2013, 15 de octubre].

Kaplan, E., Sadock, C. (2006). Sinopsis de Psiquiatría Clínica. (10ª ed). Barcelona: Waverly Hispanica.

Kimmel, D. y Peterson, C. (2006). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Laffose, A. (2008). Sociedad y Salud. (2ª ed.). Santiago, Chile: Sol de Villa.

Lazarus, V. (2003). "Intervención en crisis". México. El Manual Moderno.

Longo, D.; Kasper, J.; Larry J.; Fauci, S. y Hauser, J. (2008), Harrison Principios de Medicina Interna. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Long, E. y Phipps, J. (2008). Enfermería Médico-quirúrgico. México: Hillgraw Interamericana.

López, M. (2004). Disfunción Familiar en pacientes con Insuficiencia renal crónica. Venezuela: Paídos.

Lorenzo, S.; Torres, R. y Hernández, M. (2009) Depresión una prioridad en salud pública. Barcelona: Sol.

Martin, G. (2008). Etapas del Desarrollo Humano: una Visión. Ecuador: Mediterráneo.

Marín, E. y Hesse (2008). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 4(7) 17 25.

Ministerio de Salud Chile. (2005). Guía clínica insuficiencia renal crónica terminal (1ª ed.). Santiago: Autor

Nefrología Latinoamericana, (2001). Enfermedad Cardiovascular en la Insuficiencia Renal Crónica. 8(2), 1600.

OBLITAS, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. (2da. ed). México: Thomson.

OFICINA GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA – OGEI (2011). Encuesta Nacional de Hogares. Perú: INEI.

OMS. (1996). Desarrollo y salud integral de los jóvenes en la América. Sao Paulo: Makron Books.

OPS. (1995). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adulto. Washington: UAM.

Ortuño, N. (2009). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 13(2) 9-14.

Papalia, D. (2005). Desarrollo Humano. (5a ed). México: McGraw-Hill.

Pérez, A. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Polit, D. y Hungler, E. (2005). Investigación científica en ciencias de la salud. (5a ed.). Mexico: Interamericana.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (21.a ed.). España: Autor.

Real Academia Española. (2007). Diccionario de la lengua española (21a ed.).Madrid: Espasa Calpe.

Reyes, G. (2000). El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Romero, M. (2012). "Validación de la t3 libre como marcador de desnutrición en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis que acuden a la unidad de diálisis del hospital de las fuerzas armadas N°1 – quito y al centro clínico nefrológico CLINEF, periodo 2010 - 2011". Proyecto previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Interna. Carrera de Medicina, Universidad Central del Ecuador, Ecuador.

Sandoval, S. (2010). Insuficiencia Renal Crónica. Revista de salud. [En línea]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/blogs/jluisr/note/447/insuficiencia-renal-cr%C3%93nica.htm> [2013, 20 de julio].

Silva, M. y Urbina, A. (2006). Percepción de la atención de enfermería psicoemocional y el nivel de Ansiedad, Depresión del paciente en hemodiálisis. Tesis para optar el título de Especialista de Enfermería mención Nefrología, Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Smeltzer, S, Bare, B. Brunner, S., (2004). Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica. (9ª ed). Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana (Harrison, 2008).

Vasquez F. (2007). Incidencia de la insuficiencia renal crónica en el país está subvalorado. . [En línea]. Disponible en: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm>. (2014, 28 setiembre).

Zahonero, C. (2007). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Barcelona: Ed. Masson.



ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA- SECCION DE SEGUNDA

ESPECIALIDAD MENCION NEFROLOGIA



ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG

N°	Opinión	Nunca o Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre o Casi Siempre
1	Me siento abatido(a) y melancólico.				
2	En la mañana es cuando me siento mejor.				
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5	Como igual que antes				
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo molestias de estreñimiento.				
9	El corazón me late más de prisa que de costumbre.				
10	Me canso aunque no haga nada				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Hago las cosas con la misma finalidad que antes.				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				

14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy más irritable de lo usual.				
16	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario.				
18	Me satisface mi vida actual.				
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.				

**PLANTILLA DE ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE
ZUNG**

Nº	Opinión	Nunca o Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre o Casi Siempre
1	Me siento abatido(a) y melancólico.	1	2	3	4
2	En la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1	2	3	4
5	Como igual que antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto.	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8	Tengo molestias de estreñimiento.	1	2	3	4
9	El corazón me late más de prisa que de costumbre.	1	2	3	4
10	Me canso aunque no haga nada	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma finalidad que antes.	4	3	2	1
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15	Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4

16	Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17	Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1

La categorización se realizara de la siguiente manera:

- Menor de 50 : dentro de los límites normales
- De 50 – 59 : depresión leve
- De 60 – 69 : depresión moderada
- De 70 a más: depresión severa.



ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA- SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
MENCION NEFROLOGIA
CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES

Autora: Rodríguez, (2003)

Modificado: López, (2015)

Estimado (a) paciente, recibe nuestro cordial saludo; este cuestionario es de carácter anónimo, tiene como propósito recabar información sobre los factores biosociales que influyen sobre el nivel de depresión, por lo tanto no es necesario que escribas tu nombre y los datos recolectados serán utilizados únicamente para esta investigación.

Instrucciones:

- Lee detenidamente cada pregunta.
- Marque con una equis (X) su respuesta correcta o escribe sobre las líneas punteadas.

1. ¿Cuál es tu Edad?años. M () F ()

2. ¿Cuál es su grado de Instrucción?

Sin Instrucción ()

Primaria Años Aprobados ()

Secundaria Años Aprobados ()

Superior (Técnico / Universitario) Años aprobados ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera(o)..... ()

Casada(o)..... ()

Unión Libre..... ()

Viudo..... ()

ANEXO N°3 TAMAÑO DE MUESTRA

Para obtener el tamaño de muestra en la presente investigación se utilizó el muestro aleatorio simple, cuya fórmula es:

$$n_o = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{(N - 1) * E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Valor tabulado de la Distribución Normal Estandarizada ($Z_{\alpha/2}=Z_{0.975} = 1.96$)

α : Nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$)

d: Precisión o error de muestreo del $\pm 4\%$ ($d= \pm 0.04$)

p: Proporción de pacientes que cumplen con la condición del 50% ($p=0.50$)

q: Proporción de pacientes que no cumplen con la condición del 50% ($q=0.50$)

pq: Varianza máxima del 25% ($p*q=0.25$)

N: Población de 120 pacientes ($N=120$)

n_o : Tamaño de muestra inicial

n_f : Tamaño de muestra final

Reemplazando valores, obtenemos el tamaño de muestra inicial:

$$n_o = \frac{120 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(120 - 1) * 0.04^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 97$$

Comprobando con el factor de corrección del muestro, tenemos:

$$f = \frac{n_o}{N} = \frac{97}{120} = 0.809 > 0.05 \quad (5\%)$$

como el factor de muestro es mayor al 5%, se corrige el tamaño de muestra inicial, mediante la fórmula del tamaño de muestra final:

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{97}{1 + \frac{97}{120}} = 54 \text{ Por lo tanto el tamaño de muestra será de 54}$$

pacientes.