



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA
EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN
TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ CUMANA
ESTADO SUCRE.

(Modalidad: Cursos especiales de grado)

FERGLEDYS DEL VALLE GUZMÁN RODRIGUEZ
JONAR MANUEL ORTIZ CASTAÑEDA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

CUMANÁ, 2017

NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO
HEMODIALITICO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ CUMANA ESTADO SUCRE.

APROBADO POR:



Profa. América Vargas
Asesora

Prof. Carmen Rosalía Zárraga
Carmen Zárraga

Jurado Principal

Prof. Olga Rodríguez
OR

Jurado Principal

DEDICATORIA

A Dios, todopoderoso por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y darme mucha salud y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mi carrera.

Mis padres Graciela Castañeda y Miguel Ortiz, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me han apoyado. Gracias por estar siempre en la formación de mi profesión para mi futuro, todo esto se lo debo a ustedes.

Toda mi familia en especial mis hermanos, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho. Gracias por ser parte de las fuerzas que me motivan siempre seguir hacia adelante por el camino del bien y seguir logrando las metas propuestas.

Jonar

DEDICATORIA

A Dios por su bendición en cada segundo de mi vida.

Mi hija, porque se ha convertido en ese ser especial que me impulsa cada día a dar lo mejor de mi. Su amor me hizo ir al final.

Mis padres, porque creyeron en mí, en que sería capaz de cumplir con este objetivo. Porque hasta ahora me han apoyado de manera incondicional y me han brindado todo su amor y confianza, diciéndome las palabras correctas para seguir adelante y sobre todo por haberme dado la vida.

Mi amigo y hermano Jonar Ortiz, gracias por ser mi compañero en esta investigación.

Al Lic. Gerson Vásquez, Lic. Alejandro Cabello, Lic. Francys Guevara y Lic. Pedro Tovar. Mil palabras no alcanzaría para agradecerles todo lo que han hecho para que esto se haga realidad.

A todos mis pacientes, porque a pesar de su enfermedad me enseñan cada día a ser mejor profesional y persona.

Fergledys

AGRADECIMIENTOS

A Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestras metas y objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Los profesores América Vargas y William Velásquez por su colaboración en la realización y culminación de este trabajo.

Los profesores de la escuela de Enfermería en general, ya que ellos formaron nuestras bases hacia el éxito. Mil gracias a todos por su apoyo y ayuda en nuestra formación como profesional.

La Unidad de Diálisis Dr. Maza Carvajal, del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná estado Sucre.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i,ii
AGRADECIMIENTOS	iii
LISTA DE TABLAS.....	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGIA.....	6
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
ANEXOS.....	39

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función física	27
TABLA N° 2. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión rol físico.....	28
TABLA N° 3. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión dolor corporal	29
TABLA N° 4. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión energía y vitalidad	30
TABLA N° 5. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función social	31
TABLA N° 6. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función rol emocional.....	31
TABLA N° 7. Frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función salud emocional	32
TABLA N° 8. Frecuencias porcentuales de la pregunta relacionada con la dimensión función transición de salud	33
TABLA N° 9. Asociación entre depresión y calidad de vida.....	34

LISTA DE FIGURAS

FIGURA N° 1 Valores porcentuales del género de los pacientes nefropatas.....	10
FIGURA N° 2. Valores porcentuales del estado de tristeza observado en los pacientes nefrópatas	11
FIGURA N° 3. Figura 3. Valores porcentuales del estado de pesimismo observado en los pacientes nefrópatas.....	11
FIGURA N° 4 Valores porcentuales de sensación de fracaso observado en los pacientes nefrópatas.....	12
FIGURA N° 5 Valores porcentuales del estado de insatisfacción observado en los pacientes nefrópata.	13
FIGURA N° 6 Valores porcentuales del estado de culpa observado en los pacientes nefrópatas,	14
FIGURA N° 7 Valores porcentuales del estado de expectativa de castigo observado en los pacientes nefrópatas.....	14
FIGURA N° 8 Valores porcentuales del estado de autodesprecio observado en los pacientes nefrópatas.	15
FIGURA N° 9 Valores porcentuales del estado de autoacusación observado en los pacientes nefrópatas.	16
FIGURA N° 10 Valores porcentuales de ideas suicidas observado en los pacientes nefrópatas.....	17

FIGURA N° 11. Valores porcentuales de episodios de llantos observado en los pacientes nefrópatas	18
FIGURA N° 12 Valores porcentuales de irritabilidad observados en los pacientes nefrópatas.	18
FIGURA N° 13 Valores porcentuales de retirada social observados en los pacientes nefrópatas.	19
FIGURA N° 14 Valores porcentuales de indecisión observados en los pacientes nefrópatas.	20
FIGURA N° 15 Valores porcentuales de cambios en la imagen corporal observados en los pacientes nefrópatas..	21
FIGURA N° 16 Valores porcentuales de enlentecimientos observados en los pacientes nefrópatas.	21
FIGURA N° 17 Valores porcentuales de insomnio observados en los pacientes nefrópatas.	22
FIGURA N° 18 Valores porcentuales de fatigabilidad observados en los pacientes nefrópatas.	22
FIGURA N° 19 Valores porcentuales de pérdida de apetitos observados en los pacientes nefrópatas.	23
FIGURA N° 20 Valores porcentuales de pérdida de peso observados en los pacientes nefrópatas.	24

FIGURA N° 21 Valores porcentuales de preocupaciones somáticas observados en los pacientes nefrópatas.25

FIGURA N° 22 Valores porcentuales de bajo nivel de energía observados en los pacientes nefrópatas.25

FIGURA N° 23. Representación del nivel de depresión en los pacientes con ERC que asisten la Unidad de Hemodiálisis.26

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar la asociación que tiene este estado depresivo con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), que acuden a la unidad de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. Para ello; se utilizó la escala de Beck de depresión el cual consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta, y el cuestionario de calidad de vida sf-36, que consta de 36 preguntas englobadas en 8 dimensiones. Ambos instrumentos se aplicaron a los pacientes con la ayuda del personal del hospital. Se observó que el 69,67% de los pacientes en estudio padecen de depresión grave, el 30,00% tienen depresión moderada y el 0.33% se consideran tener depresión leve, 70,00% de los pacientes no consideran su salud excelente, debido a la enfermedad que presentan y los procesos de diálisis a que se ven sometidos llevando consigo deterioro de su salud y calidad de vida. Además, al realizar la asociación entre las variables depresión y la calidad de vida en los pacientes, se obtuvo una asociación positiva. De igual forma, se obtuvo una asociación entre las dos disposiciones emocionales. Es necesario acotar que todas las asociaciones muestran una tendencia altamente significativa de $P 0,000^{***}$. Todo esto permite señalar que, en los individuos nefrópatas hemodializados, analizados en este estudio el grado de depresión guarda asociación con su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal se considera un grave problema de salud pública mundial y va en aumento principalmente por el envejecimiento de la humanidad y por el crecimiento de padecimientos emergentes, como son la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial sistémica (HTA). Estas entidades influyen de manera importante en la incidencia de enfermedades renales, siendo en el momento actual de 500 a 800 pacientes anuales por cada millón de habitantes los que padecen de esta enfermedad crónico-degenerativa en su fase terminal (Lara, 2008).

La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina donde 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. La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (Páez *et al.*, 2009).

La enfermedad renal crónica además de ser una patología que causa afectación orgánica, también trae consigo, efectos psicológicos relevantes, que se pueden describir de forma progresiva, desde el momento cuando el médico le da a conocer su pronóstico (enfermedad renal crónica). La recepción de la información sobre la naturaleza de su enfermedad y sus implicaciones; el conocer uno de los tratamientos, por ejemplo, la hemodiálisis que consiste en tres sesiones semanales permanentes y obligatorias durante toda su vida, afectando su calidad de vida, que alude directamente al buen vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la

creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas y sociales (Velarde, 2002)

En la década de los setenta, del siglo xx en el campo de la medicina, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías, dando lugar al modelo biopsicosocial de la enfermedad. A partir de este modelo se resaltaría la necesidad de no sólo tener en cuenta los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad (Soucase *et al.*, 2005).

En los pacientes con falla renal, las disfunciones en el sistema nervioso representan la mayor causa de inhabilidad. Desde hace aproximadamente 30 años se han descrito alteraciones en las funciones neuropsicológicas en los pacientes en 3 sesiones diálisis. Estos pacientes presentando alteraciones en la función de memoria, pobre concentración, fatiga mental, disfunciones emocionales, aprendizaje, atención y pruebas que requieren manipulación mental (Duarte *et al.*, 2006).

En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales (Contreras *et al.*, 2006). Además, los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros (Contreras *et al.*, 2007).

(Ruiz *et al.*, 2008) sugiere que los pacientes que se encuentran en tratamiento sustitutivo, condicionan y son condicionados por el entorno familiar, laboral y social produciéndose una alteración psicofísica de forma continuada alterando los

mediadores hormonales del estrés que proceden del sistema nervioso central y del eje renal-hipotálamo-hipófisis. Dicha situación de estrés produce un efecto patológico que se añade a los factores propios de la enfermedad. Los trastornos psicológicos (depresión, ansiedad y otros) presentan un aumento de comorbilidad, actuando de forma directa a el desarrollo del tratamiento, el fracaso posterior de dicho tratamiento y la percepción personal del propio estado de salud.

(Moreno *et al.*, 2004) manifestaría que la ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro. La depresión, al contrario, es la consecuencia de experiencias que tienen que ver con el pasado, normalmente con pérdidas. La presencia de ansiedad y depresión no es, por sí misma, síntoma de trastorno mental alguno, lo que si puede ser anómalo es cuando su intensidad y duración es desproporcionada al estímulo que las desencadena.

La depresión es una psicopatología en la que resultan significativamente disminuidos el estado de ánimo, la autoestima, el cuidado personal y la energía, afectándose por ende el normal desenvolvimiento en la vida de relación (familiar, social, laboral), a la vez que se ve desinterés por las actividades placenteras y pensamientos negativos respecto de sí mismo, del mundo y del futuro. (Diccionario de Psicología Salvat: 2002)

En los enfermos sometidos a hemodiálisis, la presencia de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdida de memoria, dificultad de concentración, apatía, anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio, etc. En general, parece que es más probable que los pacientes con peores condiciones físicas desarrollen y mantengan una depresión (Magaz, 2003).

Respecto a la depresión, se planteó que cuanto mayor es la percepción de que el dolor limita su vida, mayor represión de las emociones, mayor preocupación por su dolor, mayor percepción de que el dolor supera sus propios recursos, menor utilización de la

autoafirmación como estrategia de afrontamiento y mayor será la anticipación del dolor. (Soucase *et al.*, 2005).

Existen muchas investigaciones sobre la depresión y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. A nivel internacional, Esquivel y Prieto, en México en el año 2009, llevaron a cabo un estudio titulado “Calidad de vida y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis”, el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y el grado de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El método empleado para realizar la investigación fue descriptivo observacional en la que se aplicaron dos cuestionarios el inventario KDQOL-SF™ versión corta para calidad de vida del paciente nefrológico y el inventario de Beck para depresión, en versión corta. Se concluyó que la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica terminal es menor a 50% en sus rubros físico y mental.

(Rosales 2004), en Venezuela, específicamente en la ciudad de Maracaibo, llevó a cabo un estudio titulado: Depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis, el cual tuvo como objetivo determinar la presencia de depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. La investigación fue de tipo descriptiva y observacional, en una muestra de 26 pacientes sometidos a hemodiálisis en el hospital militar de Maracaibo, se aplicó la escala de depresión de Hamilton, y se concluyó que los pacientes que reciben hemodiálisis presentan síntomas depresivos. Por otra parte los pacientes dializados presentaron una visión negativa acerca de su salud y altas manifestaciones de sintomatología somática

(Azevedo 2013), en la ciudad de Cumaná, realizó un estudio titulado: estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica, el cual tuvo como objetivo evaluar las estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes de la unidad de cirugía del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. La investigación fue de tipo

descriptiva y observacional en una muestra de 60 pacientes divididos en dos grupos: 30 que recibieron un programa educativo sobre el proceso operatorio y 30 no lo recibieron. Aplicando el test de ansiedad de Beck. Se concluyo que los pacientes que recibieron el programa educativo no presentaron ansiedad en comparación con los pacientes que no recibieron la inducción.

Las enfermedades crónicas tienden a generar estados variados en los pacientes que la padecen, debido a que ningún individuo desea estar enfermo ni padecer patologías cuya duración sean prolongadas ya que estos pueden ocasionar alteraciones emocionales que conduzcan a estados depresivos. Un ejemplo de estas patologías y sus consecuencias psicológicas se observan en personas con enfermedad renal crónica en la cual su calidad de vida se deteriora a medida en que se empeora su función renal. Si a esto se le añade que estos pacientes requieren tratamiento dialítico entonces se puede entender por qué estos individuos están propensos a tener episodios depresivos que pueden afectar la calidad de vida. (Coresh 2009)

La dependencia creada entre la máquina y el paciente puede ser el origen de los estados depresivos en los pacientes sometidos a hemodiálisis y los pacientes que acuden a la unidad de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá no están exentos de esta situación. Todo lo antes expuesto constituye la base para la realización de la presente investigación que tiene como finalidad evaluar el nivel de la depresión asociado a la calidad de vida en los pacientes hemodializados del Hospital universitario Antonio patricio de Alcalá, Cumaná estado sucre.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cualitativa, descriptiva, y correlacional.

Población y muestra

Este trabajo de investigación se realizó en la unidad de hemodiálisis Dr. Maza Carvajal, del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Cumaná, estado Sucre, teniendo como muestra poblacional 30 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 20 y 60 años, distribuidos de la siguiente manera: 12 hombres y 18 mujeres. De 20 a 30 años 3 pacientes y de 30 a 40 años 7 pacientes. De 40 a 50 años 8 pacientes y de 50 a 60 años 12 pacientes que recibieron tratamiento hemodialítico en la unidad de diálisis, del hospital antes mencionado.

Normas de bioética

La investigación se realizó con los más elevados principios éticos y científicos, establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para trabajos de investigación en humanos y en declaración de Helsinki, documentos que han ayudado a delinear los principios de ética más relevantes en la investigación biomédica de seres humanos (Oficina Panamericana de la Salud, 1990; Asociación Médica Mundial, 2004). Tomando en cuenta lo antes señalado, se obtuvo por escrito la autorización de cada uno de los participantes y se le informó sobre los alcances y objetivos de la investigación.

Procedimientos de recolección de datos.

La recolección de los datos para la investigación fue obtenida por medio de una encuesta, y para ello se utilizaron 2 instrumentos. El cuestionario de Beck, es un

cuestionario que consta de 21 preguntas fundamentales, enfocadas con el objetivo de valorar la presencia de los síntomas depresivos y su nivel de gravedad.

Este Inventario constó de 21 preguntas para evaluar los niveles de la depresión. Las cifras de fiabilidad fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. Cada pregunta valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida. La puntuación total de las 21 preguntas varía de 0 a 63.

En el caso de que el sujeto eligió más de una alternativa en una pregunta dada, se consideró la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la pérdida de peso (pregunta 19) sólo se valoró si el sujeto indicó no estar bajo alguna dieta. En caso de que lo estuvo, se otorgó la puntuación de 0 en la pregunta.

Escala de percentiles:

Los puntos de corte figuran de la siguiente manera:

Población Normal (sin depresión): 0-13 puntos.

Depresión leve: 14-19 puntos.

Depresión moderada: 20-28 puntos.

Depresión grave: 29- 63 puntos.

El otro instrumento permitió medir el segundo objetivo de la investigación que fue determinar la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento hemodialítico. Se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36, llamado

"Calidad de Vida" que fue desarrollado por Ware (1993), adaptado y validado en el año 1995, en España.

Las 8 dimensiones medidas fueron:

- Función Física (FF): grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc. (10pts.).
- Rol Físico (RF): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado. (4 pts.).
- Dolor Corporal (DC): la intensidad del dolor y su efecto. (10 pts.).
- Salud General (SG): valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. (20 pts.).
- Vitalidad (V): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. (20 pts.).
- Función Social (FS): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. (8 pts.).
- Rol Emocional (RE): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. (3 pts.).
- Salud Mental (SM): salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. (25 pts.).

Total del puntaje: 100 pts.

El puntaje se realizó a través del Enfoque Rand. Esta versión transforma el puntaje a escala de 0 a 100, donde lo mejor es 100. Las pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de las preguntas de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la figura 1, se observa que la muestra en estudio estuvo conformada en su mayoría por el género femenino, el cual estuvo representado por 18 pacientes femeninos (62,00%) y 12 masculinos (38,00%) estos resultados ponen de manifiesto que la población femenina tiende a enfermarse más que los hombres con patologías renales.

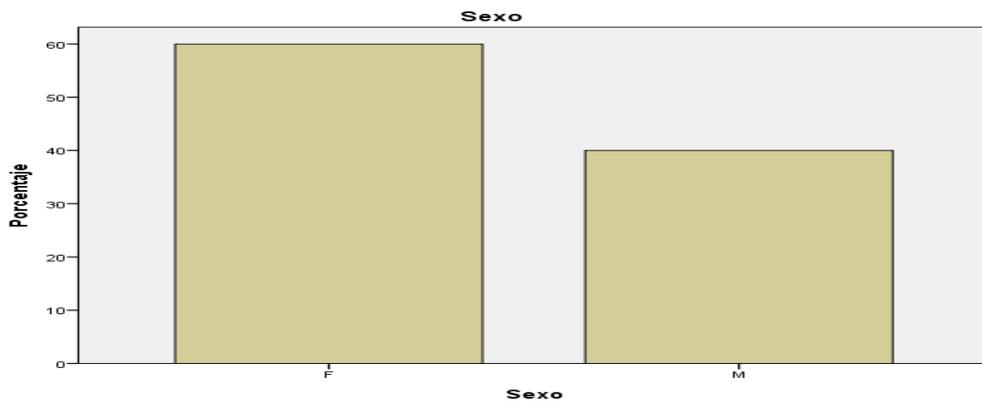


Figura 1 valores porcentuales del género de los pacientes nefrópatas.

Esta figura, demuestra que de los 30 pacientes contenidos en la muestra de estudio la mayoría de los enfermos renales eran del sexo femenino arrojando un mayor porcentaje en un 62,00% de la población. (Velarde, 2002)

En la figura 2, se observa que en el estado de tristeza de la muestra en estudio, la condición predominante fue la de me siento triste en un 43,00%, seguido de las opciones me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo (40,00%) me siento triste o desgraciados (17,00%) no me siento triste (0,00%).



Figura 2. Valores porcentuales del estado de tristeza observado en los pacientes nefr6patas hemodializados de la unidad de di6lisis Dr. Jos6 Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcal6 de la ciudad de Cuman6, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicaci3n en el hecho de que estos pacientes presentan sentimientos y pensamientos negativos que no le permiten llevar una vida normal. Cano (2002)

En la figura 3, se puede observar que el estado de 6nimo de la muestra en relaci3n al pesimismo manifest3 no sentir nada porque luchar arrojando el mayor resultado de un 47,00 %, me siento desanimado de cara al futuro 36,00% y desesperanza ante el futuro un 17,00%.

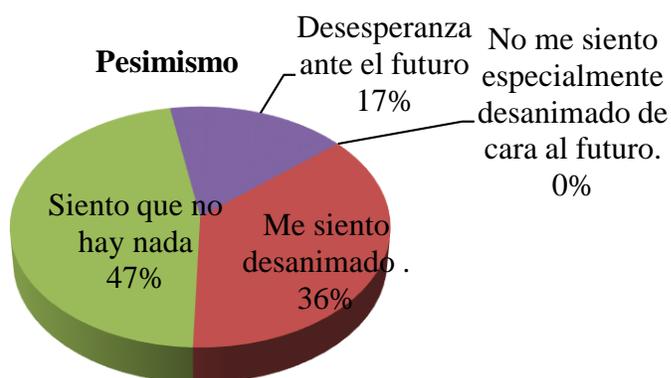


Figura 3. Valores porcentuales del estado de pesimismo observado en los pacientes nefr6patas

hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes presentan cambios en su estilo de vida debido a su deterioro de su salud a causa de la enfermedad que padecen. Pacheco (1992).

En la figura 4 se puede observar en relación a la sensación de fracaso la opción cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro arrojo el mayor porcentaje con un 46,00% y he fracasado mas que las mayorías de las personas con un 27% soy un fracaso total como persona 17,00% y no me siento fracasado 10,00%.

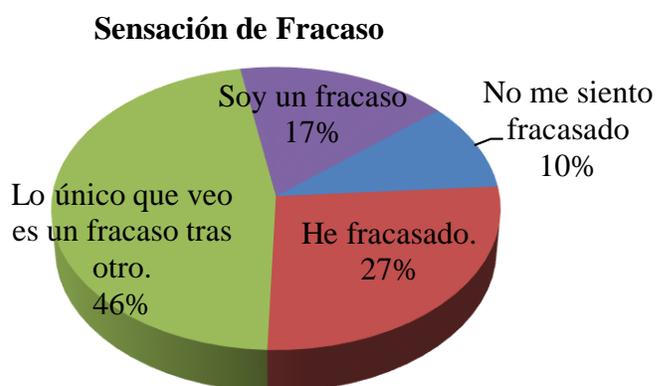


Figura 4. Valores porcentuales de sensación de fracaso observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados tienen su explicación en vista que el inventario aplicado de depresión de Beck, los pacientes con ERC tienden a sentirse fracasado una vez miran su pasado produciendo un estado de animo disminuido en los pacientes nefrópatas. (Quevedo, 2002)

En la figura 5, se puede observar claramente que un 50,00% de los pacientes de la muestra en estudio dijo no disfrutar de las cosas como antes, con un 44,00% ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas un 3,00 %.

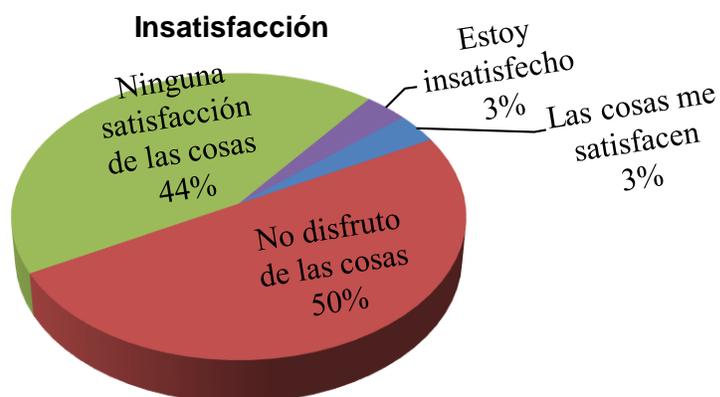


Figura 5. Valores porcentuales del estado de insatisfacción observado en los pacientes nefróticos hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados tienen su explicación en el hecho que los pacientes nefróticos en este estudio manifestaron ya no sentir satisfacción por las cosas como antes debido a sus limitaciones a causa de su enfermedad. (Velarde, 2002)

En la figura 6 se puede observar que el 33,00% de los pacientes incluidos en esta investigación perciben su vida con bastante culpa en bastantes ocasiones. Me siento culpable las mayorías de las veces 30,00% me siento culpable constantemente 20,00%.

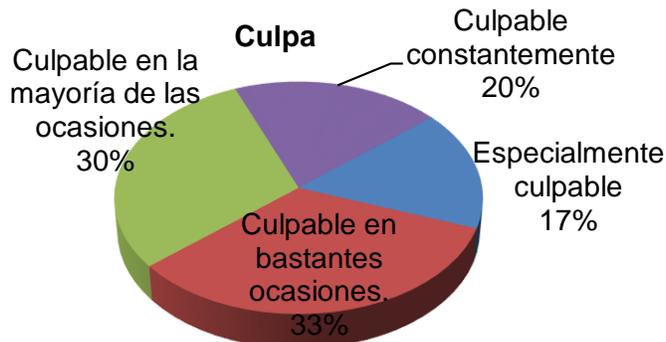


Figura 6. Valores porcentuales del estado de culpa observado en los pacientes nefróticos hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados tienen su explicación en el hecho que los pacientes nefróticos en este estudio manifestaron sentir cierta culpa debido a sus limitaciones a causa de su enfermedad. (Soucase *et al.*, 2005).

En la figura 7, se observa que en el estado de expectativa de castigo de la muestra en estudio, la condición predominante fue la de espero ser castigado (40,00%) seguido de las opciones siento que quizás este siendo castigado con un (40,00%) no creo que este siendo castigado con un (17,00%).

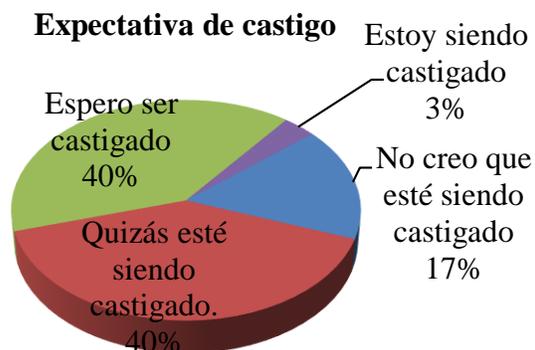


Figura 7. Valores porcentuales del estado de expectativa de castigo observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes presentan sentimientos y pensamientos negativos que no le permiten llevar una vida normal. (Soucase *et al.*, 2005).

En la figura 8. Se evidencia que más de la mitad de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis incluidos en la muestra están a disgusto consigo mismo arrojando el mayor porcentaje con un (53,00 %). La opción estoy descontento de mí mismo (40,00%) y me detesto (7,00 %).



Figura 8. Valores porcentuales del estado de autodesprecio observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho del descontento que tienen estos pacientes por su enfermedad, ya que los mismos manifestaron que se han visto afectados desde su entorno laboral, social y familiar. (Ruiz *et al.*, 2008)

Se puede observar en la figura 9, que la mitad de los pacientes con enfermedad renal crónica contenido en la muestra sienten culpa por sus faltas arrojando un (50,00 %) con respecto a la autocrítica por mi debilidad o por mis errores (40,00%) y me culpo por todo lo malo que me sucede un (7,00%).

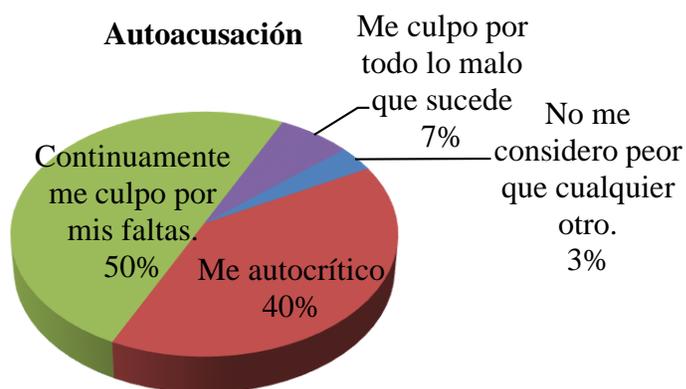


Figura 9. Valores porcentuales del estado de autoacusación observado en los pacientes nefróticos hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho del descontento que tienen estos pacientes por su enfermedad, ya que los mismos manifestaron que se han visto afectados por los procedimientos de diálisis produciendo una baja en su calidad de vida. (Ruiz *et al.*, 2008)

En la figura 10, se evidencia que un (43,00%) de los pacientes contenidos en la muestra no tenían ideas ni pensamientos suicidas, a veces pienso en suicidarme pero no lo hare con un (40,00%) y desearía poner fin a mi vida un (17,00%)

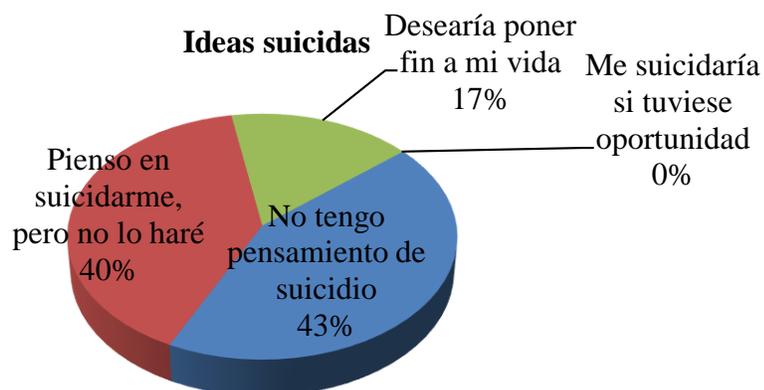


Figura 10. Valores porcentuales de ideas suicidas observado en los pacientes nefróticos hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho del descontento que tienen estos pacientes por su enfermedad, sin embargo la mayoría manifestaron que a pesar del proceso al cual estaban sometidos continuamente querían seguir con su vida. (Gómez, 2002).

En la figura 11, se observa que en el estado de episodios de llantos de la muestra en estudio, la condición predominante fue la de ahora lloro más que antes en un (50,00%) seguido de las opciones ahora lloro continuamente (30,00%) y no lloro más de lo normal (20,00%).



Figura 11. Valores porcentuales de episodios de llantos observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes ven un futuro desesperanzador introduciéndolos en un estado depresivo con episodios de llantos por los procesos que se someten continuamente. Cano (2002).

En la figura 12, se observa que en el estado de irritabilidad de la muestra en estudio, la condición predominante fue la de me molesto o irrito más fácilmente que antes en un (60,00%) seguido de las opciones me siento irritado continuamente (37,00%) ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban (3,00%).

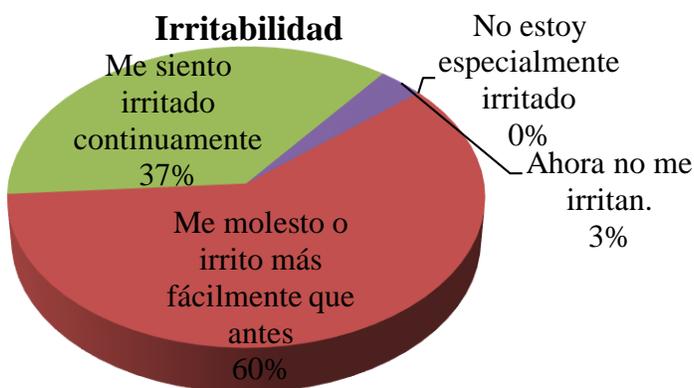


Figura 12. Valores porcentuales de irritabilidad observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron que las cosas le molestan más que antes teniendo episodios de ira e irritabilidad debido a la enfermedad que padecen. (Velarde, 2002).

En la figura 13, se observa que en el estado de retirada social de la muestra en estudio, la condición predominante fue estoy menos interesados en los demás que antes en un (70,00%) seguido de la opción he perdido gran parte del interés por los demás (27,00%) he perdido todo el interés por los demás (3,00%) he perdido todo el interés por los demás (3,00%) he perdido todo el interés por los demás (3,00%).

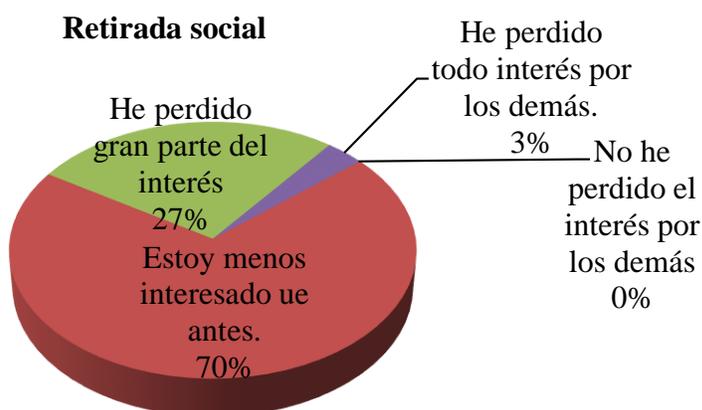


Figura 13. Valores porcentuales de retirada social observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron que ahora no sienten emoción por compartir debido al estado de enfermedad que se encuentran produciendo retirada social y familiar perdiendo el interés por las cosas que lo rodean. (Diccionario de Psicología Salvat: 2002)

Con respecto a la figura 14, los pacientes que fueron estudiados en la muestra se pudo evidenciar que el 53,00% evitó tomar decisiones más que antes, un (47,00%) restante tomar decisiones me resulta mucho mas difícil que antes.



Figura 14. Valores porcentuales de indecisión observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron que ahora evitaban tomar decisiones o se les hacía difícil debido a los procesos de diálisis que se sometían continuamente. Magaz (2003).

En la figura 15, se observa que en el estado de cambios en la imagen corporal de la muestra en estudio, la condición predominante fue estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo (63,00%) seguido de las opciones noto cambios constantes en mi aspecto físico (27,00%) no creo tener peor aspecto que antes (7,00%)

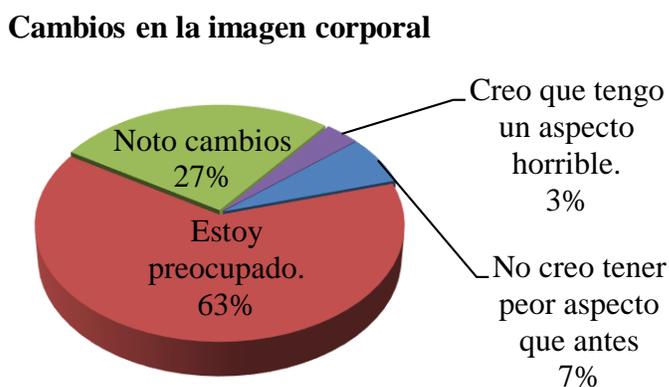


Figura 15. Valores porcentuales de cambios en la imagen corporal observada en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes se mostraron más preocupados y poco atractivo porque los mismos refirieron verse envejecido y desmejorado de su apariencia física debido a su enfermedad. (Ruiz *et al.*, 2008)

En la figura 16, Se observa que en el estado de enlentecimiento de la muestra en estudio, la condición predominante fue me cuesta mas esfuerzo de lo habitual comenzar hacer algo (57,00%) seguido de las opciones tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo (40,00%) soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea (3,00%)

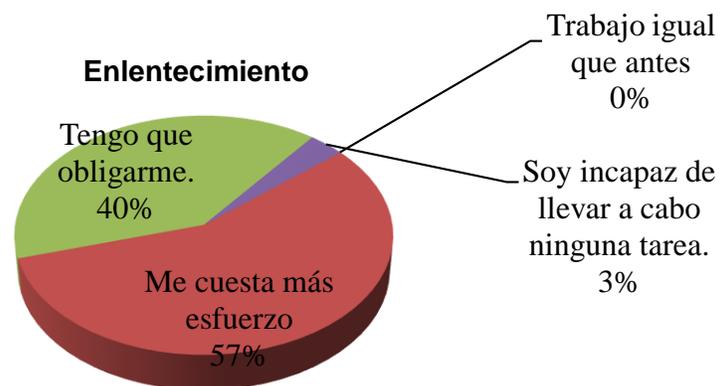


Figura 16. Valores porcentuales de enlentecimiento observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes respondió que les cuesta mas realizar sus actividades cotidianas debido a su enfermedad y al proceso de gaste energético de la hemodiálisis. (Velarde, 2002).

Se puede observar en la gráfica 17 de insomnio, que un (63,00%) de los pacientes refirió no dormir tan bien como antes, seguido de las opciones me despierto una o dos horas antes de lo habitual (37.00%) y duermo tan bien como siempre (0,00%).

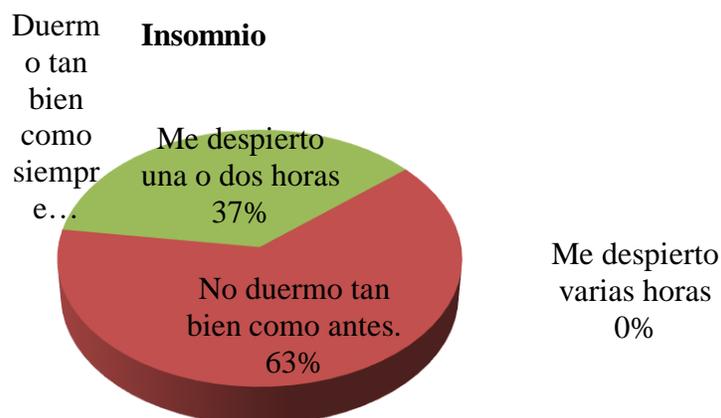


Figura 17. Valores porcentuales de insomnio observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes respondieron no poder dormir bien debido a las preocupaciones que tienen que vivir en el transcurso de su enfermedad y proceso de diálisis. Baxter (2001).

En la figura 18, se observa que en el estado de fatigabilidad de la muestra en estudio, la condición predominante fue me canso en cuanto hago cualquier cosa (63,00%) seguido de las opciones me canso mas que antes (37,00%) no me siento mas cansado de lo normal (0.00%).

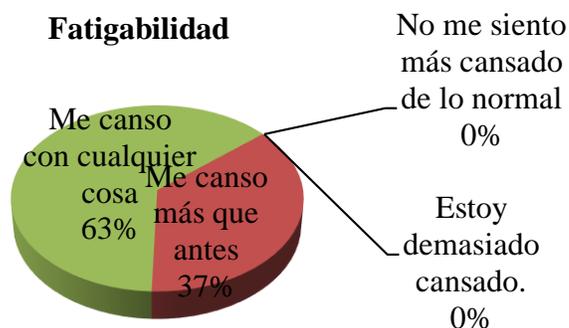


Figura 18. Valores porcentuales de fatigabilidad observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Con respecto a la gráfica 18, se pudo probar que los pacientes tratados con hemodiálisis se cansan en cuanto hacen algo. El tratamiento dialítico hace perder energías al paciente y esto se debe al intercambio hídrico y sanguíneo que ocurre durante las sesiones. velarde, (2002).

En la figura 19, se observa que en el estado de perdida de apetito de la muestra en estudio, la condición predominante fue ahora tengo mucho menos apetito en un (43,00%) seguido de las opciones no tengo tan buen apetito como antes (40,00%) mi apetito no ha disminuido (17,00%) he perdido completamente el apetito (0,00%).

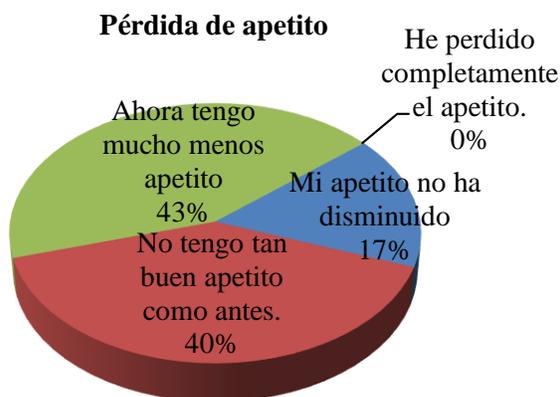


Figura 19. Valores porcentuales de perdida de apetito observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron, ahora presentar menos apetito que antes debido a los procesos de diálisis que se someten continuamente. Rosales (2004).

En la figura 20, se observa que en el estado de pérdida de peso de la muestra en estudio, la condición predominante fue he perdido mas de 2 kilos en un (63,00%) seguido de las opciones he perdido mas de 4 kilos (37,00%) no he perdido peso últimamente (0,00%).

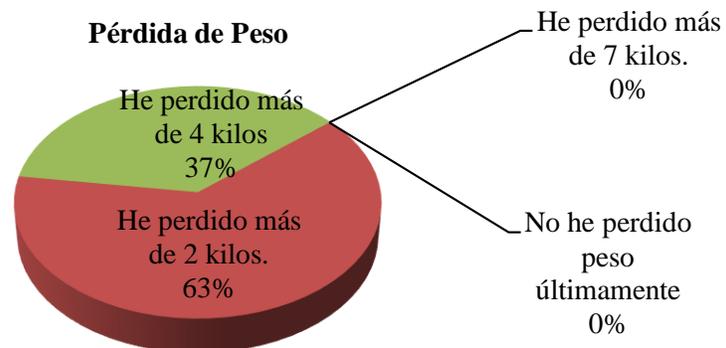


Figura 20. Valores porcentuales de pérdida de peso observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron haber perdido más de dos kilos. Además del gasto energético que causa la hemodiálisis, a esto se suma la carencia de alimentos y lo elevado de los costos para conseguirlos. Rosales (2004).

En la figura 21, se observa que en el estado de preocupaciones somáticas de la muestra en estudio, la condición predominante fue me preocupan las enfermedades y me resulta difícil en un (87,00%) seguido de las opciones me preocupan los problemas físicos como dolores y malestares (13,00%).

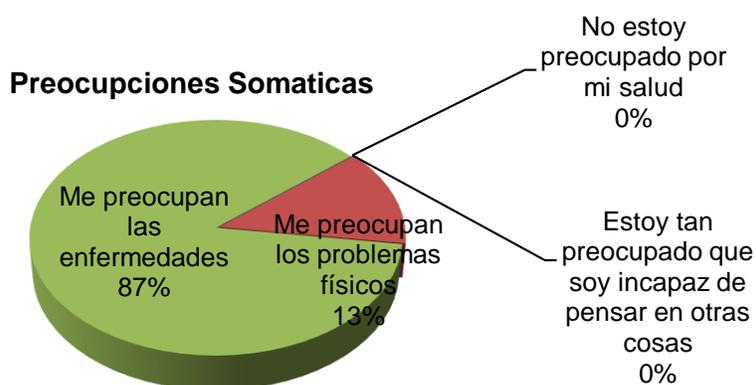


Figura 21. Valores porcentuales de preocupaciones somáticas observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes sienten temor de cara al futuro y ven poca esperanza de recuperara su salud llevando consigo un impacto emocional y un deterioro en su calidad de vida. Cano (2002)

En la figura 22, se observa que en el estado de bajo nivel de energía de la muestra en estudio, la condición predominante fue la relación sexual me atrae menos que antes en un (67,00%) seguido de las opciones estoy menos interesado por el sexo que antes (30,00%) y he perdido totalmente el interés sexual en un (3,00%).

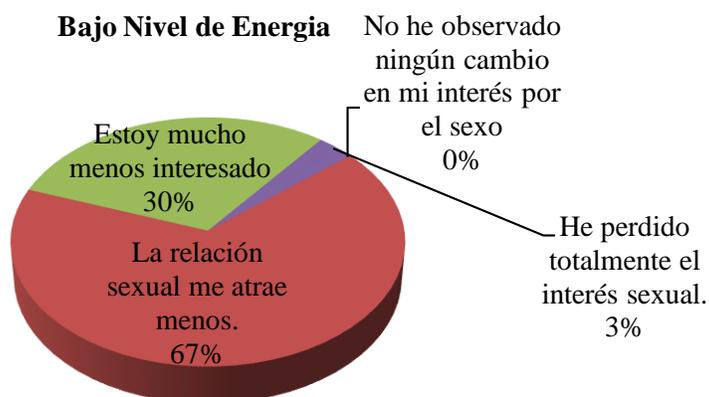


Figura 22. Valores porcentuales de bajo nivel de energía observado en los pacientes nefrópatas hemodializados de la unidad de diálisis Dr. José Maza Carvajal del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, estado sucre.

Estos resultados pueden tener su explicación en el hecho de que estos pacientes refirieron tener menos atracción de la relación sexual debido a su estado de salud, ya que después del tratamiento sustitutivo renal quedan fatigados, sin deseos de nada. (Velarde, 2002)

A través de la figura 23, se observa claramente que hay un alto nivel de depresión en la unidad de diálisis del hospital Antonio Patricio de Alcalá, ya que según la muestra estudiada y a través de la escala de percentil del inventario de Beck, se observó que el 69,67% de los pacientes en estudio padece de depresión grave, el 30,00% tienen depresión moderada y el 0,33% se consideran tener depresión leve. Este fenómeno puede convertirse en un factor perjudicial causando un empeoramiento de la salud, es por ello que el personal de enfermería debe tomar parte activa en el abordaje del núcleo familiar y del paciente, en pro del mejoramiento emocional. Quevedo. (2002)

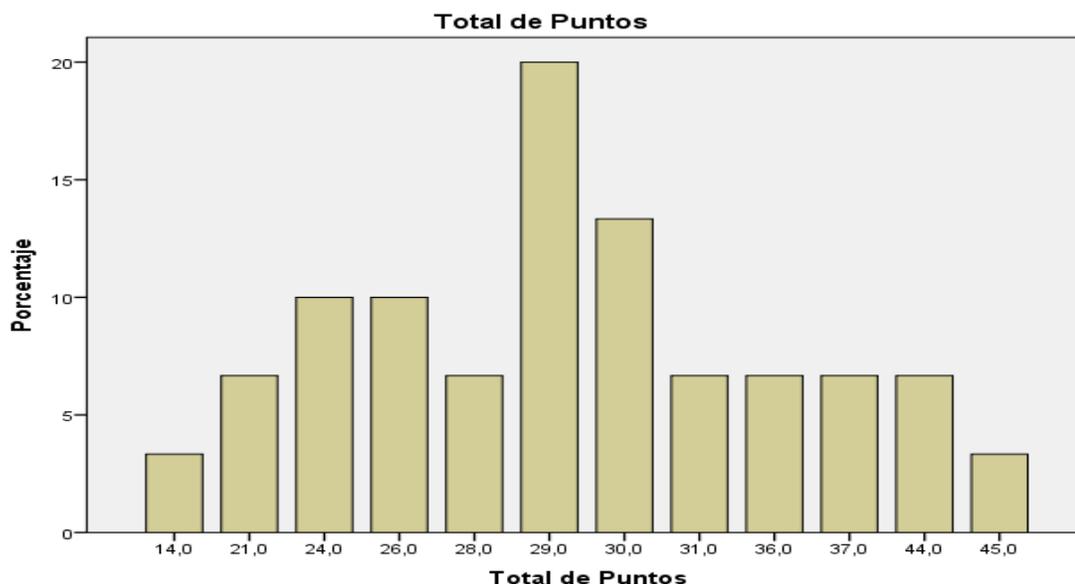
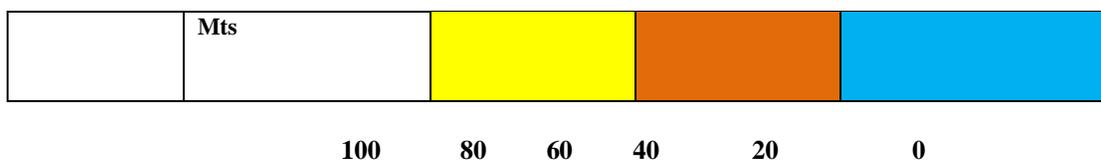


Figura 23 Valores porcentuales del nivel de depresión en los pacientes con ERC que asisten la Unidad de Hemodiálisis.

La Tabla 1, muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión de función física, aplicada a los pacientes con ERC, que acuden a la unidad de hemodiálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. En la misma se observó que el 63,00% de la muestra manifestó tener limitación para caminar un kilómetro y un 93,00% tener limitaciones para subir un piso. (Alfonzo *et al.*,2011).

Dimensión Función Física	1.Salud general		44%	56 %
	2Salud comparada		60%	40%
	3Esfuerzos intensos		23%	77%
	4.Esfuerzo moderado		30%	70%
	5.Levantar peso		37%	63%
	6.Subir varios pisos		37%	63%
	7. Subir un piso.		7%	93%
	8.Agacharse		37%	63%
	9. Caminar un Km		63%	37%
	10.Caminar varios		33%	67%



Niveles de la dimensión función física

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 1. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con la salud general, salud comparada en el último año, limitación para esfuerzos intensos, limitación para esfuerzos moderados, limitación para llevar bolsas, limitación para subir varios pisos, limitación para subir un piso, limitación para agacharse, limitación para caminar un kilómetro, limitación para caminar varios metros.

La tabla 2, muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión de rol físico aplicada a los pacientes con ERC, que acuden a la unidad de hemodiálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. En la misma se observó que el 97,00% de la muestra manifestó que tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su enfermedad. (Alfonzo *et al* 2011).

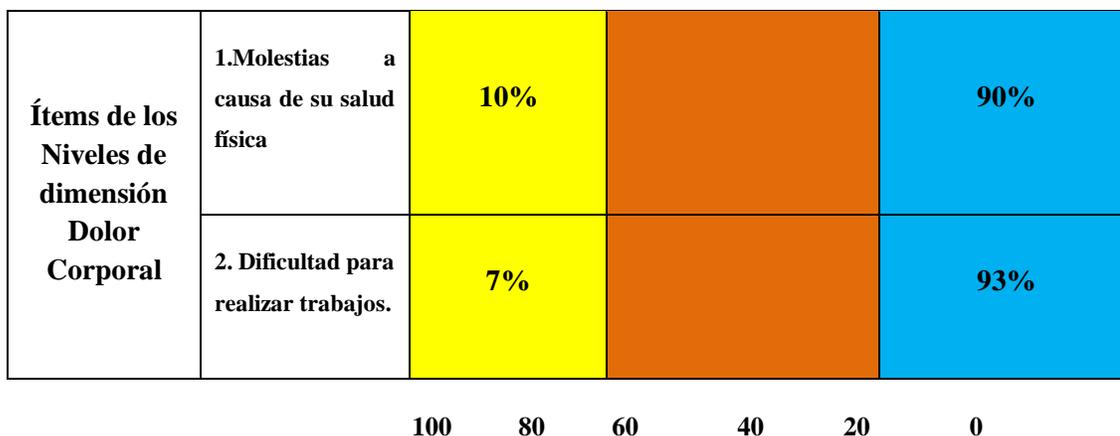
Ítems de los Niveles de la dimensión Rol Físico	1.Caminar una calle	25%	25%	50%		
	2. Bañarse y vestirse	55%	20%	25%		
	3.Trabajar menos	3%(No)		97% (Si)		
	4.Hizo menos a causa de su salud física	3%(No)		97%(Si)		
	100	80	60	40	20	0

Niveles de la dimensión rol físico

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 2. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con el rol físico, como caminar una calle bañarse y vestirse trabajar menos y hacer menos a causa de su salud.

La tabla 3, muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión dolor corporal, aplicadas a los pacientes tratados con hemodiálisis donde un 93,00% refirió presentar molestias físicas a causa de los procesos continuos de diálisis que ellos reciben. Hernández (2009).

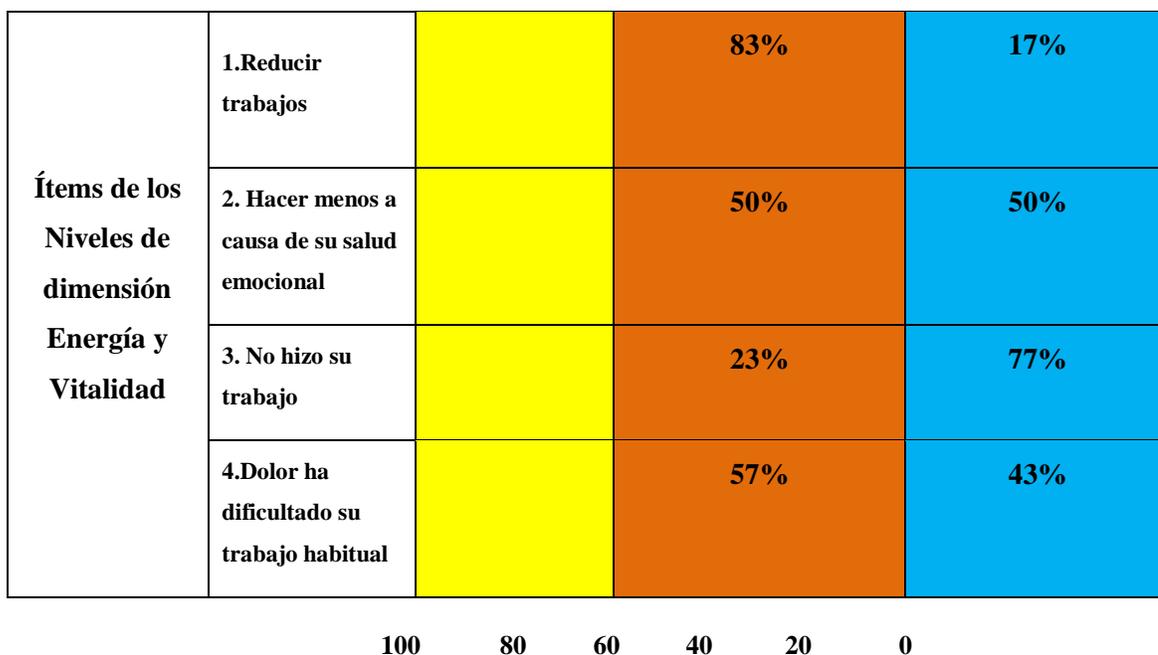


Niveles de la dimensión dolor corporal

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 3, frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con el dolor corporal como molestias a causa de su salud física y dificultad para realizar trabajos.

La tabla 4 muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión energía y vitalidad aplicadas a los hemodializados incluidos en la muestra de estudio donde se evidencio que un 77,00% de los pacientes manifestaron no hacer su trabajo de manera cotidiana debido a su estado emocional como tristeza y depresión causadas por el proceso de diálisis. (Alfonzo *et al* 2011).

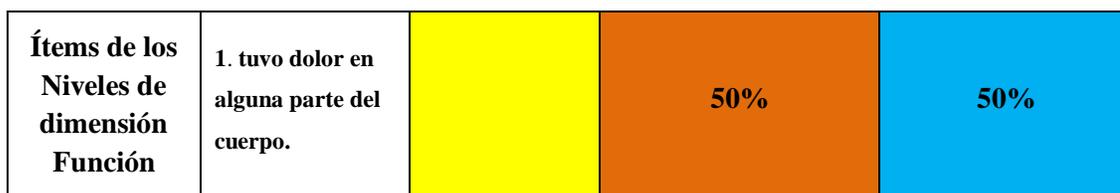


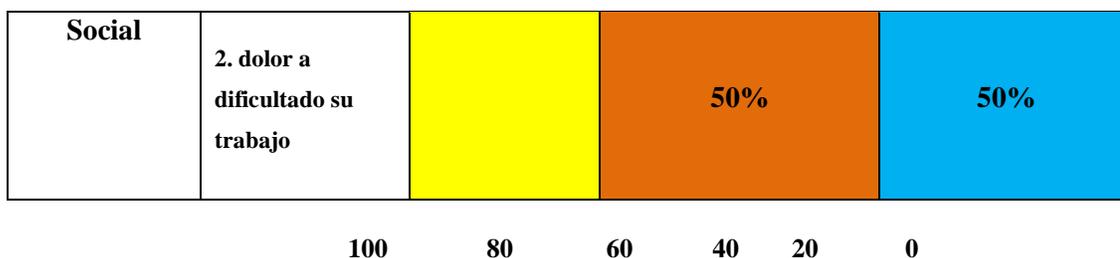
Niveles de la dimensión energía y vitalidad

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 4. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con energía y vitalidad como reducir trabajos a causa de problemas emocionales, hacer menos a causa de su salud emocional y no hizo su trabajo a causa de algún problema emocional, dolor ha dificultado su trabajo habitual.

La tabla 5, muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función social aplicada a los pacientes con ERC, que acuden a la unidad de hemodiálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. En la misma se observó que un 50% le ha dificultado su trabajo a causa de su dolor y el otro 50% restante tuvo dolor en alguna parte del cuerpo. (Cunha *et al* 2011).



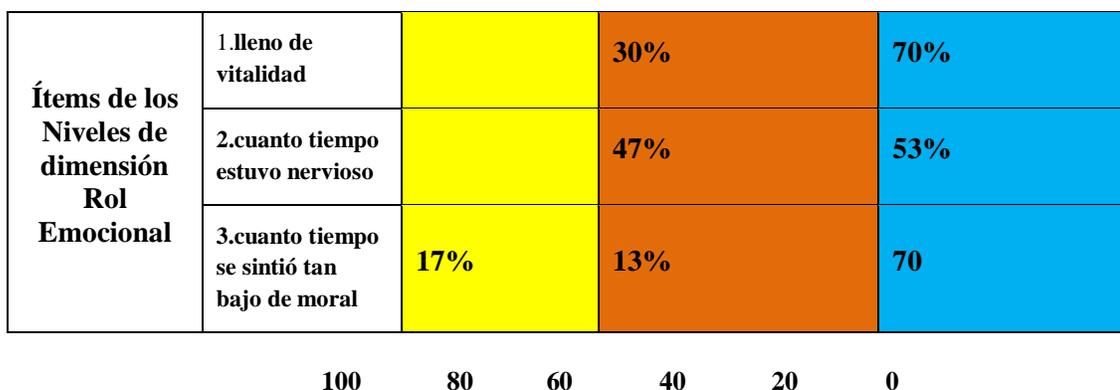


Niveles de la dimensión función social

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 5. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con la dimensión rol social tuvo dolor en alguna parte del cuerpo, y el dolor ha dificultado su trabajo.

La tabla 6, muestra las frecuencias porcentuales de las preguntas englobadas con la dimensión función rol emocional aplicada a los pacientes con ERC, que acuden a la unidad de hemodiálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. En la misma se observó que un 70,00 % manifestó una baja en su energía y vitalidad y moral baja por todo lo que conlleva el proceso de diálisis. (Stefano *et al* 2005).



Niveles de la dimensión rol emocional

Bueno ■ **Regular** ■ **Deficiente** ■

Tabla 6. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con la dimensión rol emocional tuvo las siguientes: lleno de vitalidad, cuanto tiempo estuvo nervioso y cuanto tiempo se sintió tan bajo de moral.

La tabla 7, muestra las preguntas englobadas con la dimensión función salud emocional aplicada a los pacientes con ERC. En la misma se observó que un 83,00% de los pacientes cree que su salud va a empeorar y sus problemas emocionales dificultan sus actividades diarias. (Stefano *et al* 2005).

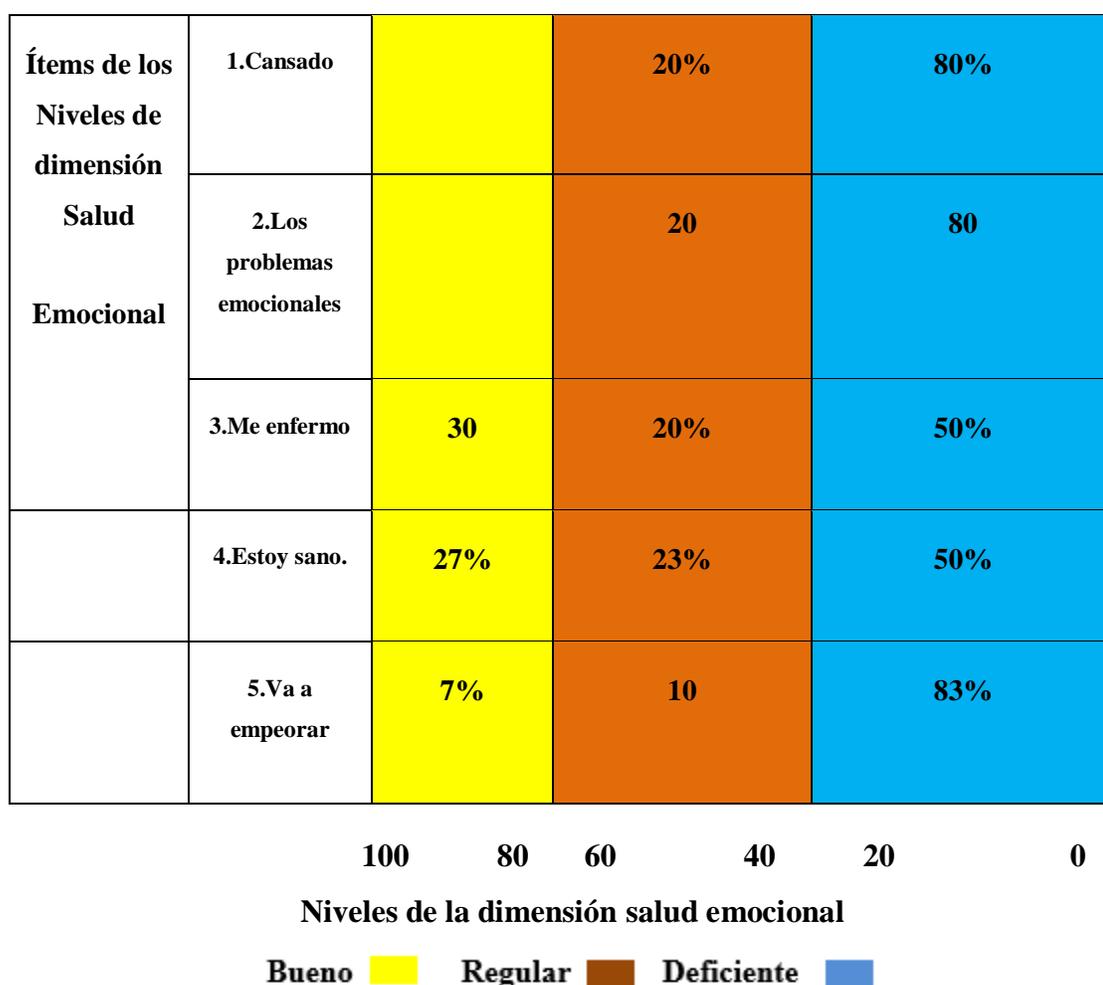


Tabla 7. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con la dimensión salud emocional son: cuanto tiempo se sintió cansado, 2.los problemas emocionales han dificultado sus actividades, 3. Me enfermo mas fácil que otros, 4. estoy sano como cualquiera, 5. Creo que mi salud va a empeorar.

La tabla 8 muestra las frecuencias porcentuales de la pregunta relacionada con la dimensión función transición de salud, aplicada a los pacientes con ERC, que acuden a la unidad de hemodiálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. En la misma se observó que un 70,00% de los pacientes no consideran su salud excelente sino lo contrario, debido a la enfermedad que presentan y los procesos de diálisis que se ven sometidos llevando consigo deterioro de su salud y calidad de vida. (Stefano *et al* 2005).

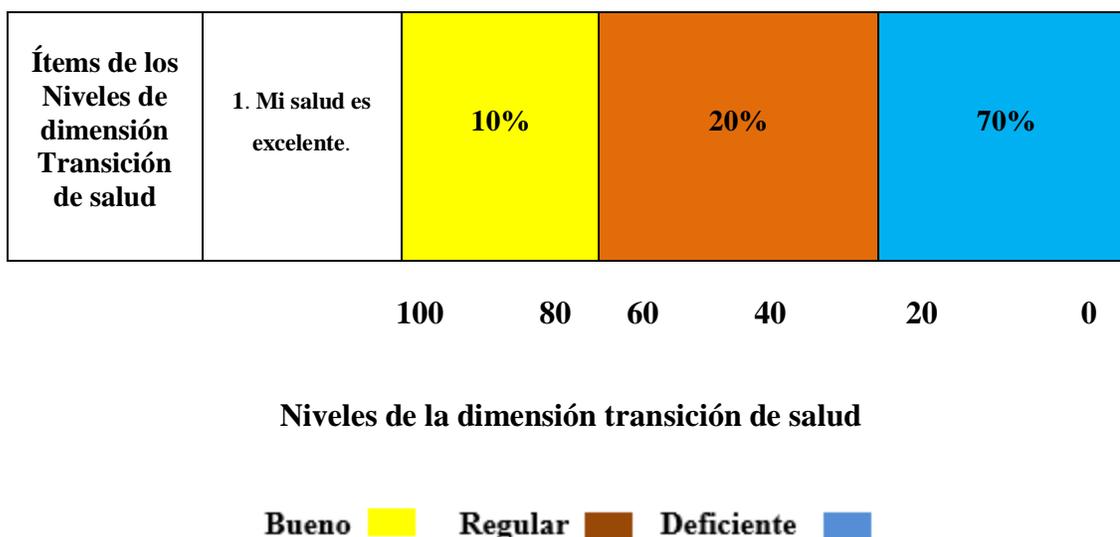


Tabla 8. Frecuencia porcentual de respuestas obtenidas a las preguntas relacionadas con la dimensión transición de salud fue la siguiente: mi salud es excelente.

Tabla 9

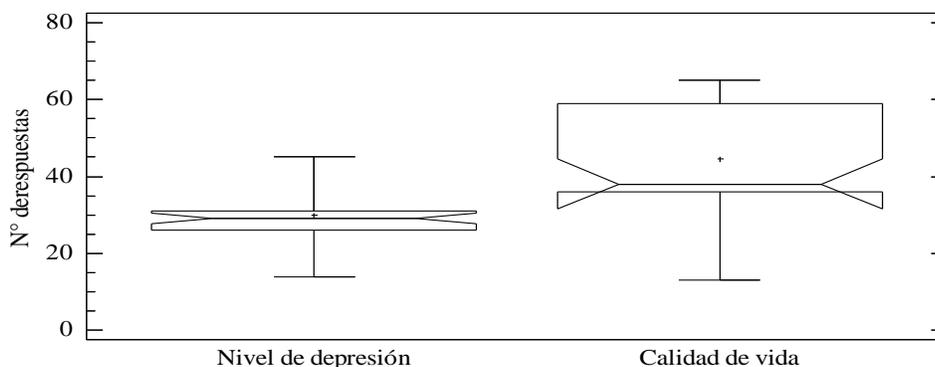
	n	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango	χ^2	p
Nivel de depresión	30	29,9	6,890	14,0	45,0	31,0	74,399	0,000***
Calidad de vida	30	44,5	13,098	13,0	65,0	52,0		

Total	60	37,2	12,722	13,0	65,0	52,0		
-------	----	------	--------	------	------	------	--	--

Asociación entre depresión y calidad de vida

Para estudiar la asociación entre la variable calidad de vida y depresión para los pacientes con ERC que reciben tratamiento de hemodiálisis, se calculó a través del programa estadístico chi cuadrado, para así dar respuesta al tercer objetivo de la investigación. Este programa permitió precisar si hay asociación entre ambas variables.

Los resultados de la Tabla 9, muestran un coeficiente de relación entre la depresión y calidad de vida en el grupo de los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo renal. Las variables depresión se asocian con la calidad de vida en los pacientes, con una relación positiva. De igual forma, se obtuvo una asociación entre las dos disposiciones emocionales. Es necesario acotar que todas las asociaciones muestran una tendencia altamente significativa de $P 0,000^{***}$.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los factores depresivos y la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, guardan cierta relación, es decir, mientras haya depresión y dependiendo de su nivel se verá afectada su calidad de vida. Además se puede decir también, que la población mayormente afectada por esta patología son las mujeres.

Los factores psicológicos que afectan la calidad de vida de estos pacientes son, los sentimientos negativos de incapacidad, tristeza, pesimismo e irritabilidad. Además su calidad de vida se ve afectada porque ya no pueden realizar sus actividades diarias teniendo que adaptarse a un ritmo de vida nada agradable y muy diferente al que estaban acostumbrados.

Esta investigación nos muestra que, a pesar del tratamiento que se establezca para superar la enfermedad, y del apoyo que reciben estos pacientes, no son del todo efectivos para su mejoría emocional, social y familiar.

Tomando en consideración las previas conclusiones, se procede a proponer un programa de desarrollo e intervención social y psicológica, que ayude a optimizar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis. También se hace una invitación a los profesionales que se ven envueltos en la atención de estos pacientes, que se enfoquen mucho en el fortalecimiento emocional y en la mejora de la calidad de vida.

Se hace un llamado de conciencia a los entes competentes a la salud y a sus directivos, a formar parte de la mejora de los problemas que acarrea el campo de la salud, Aun falta mucho por recorrer, siempre mirando hacia el bienestar de esas personas que se ven afectadas diariamente en su estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfonso Urzúa, R. P. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en pacientes hemodializados

Azevedo, D. y Rojas, M. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. Revista multidisciplinaria del consejo de investigación de la universidad de oriente 2013 25(3).

BAXTER. Ve. Com. 2001. Adaptándose a la Insuficiencia Renal.

CANO, Luis. 2002. La Depresión. Siglo XXI. Barcelona.

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C., Fajardo, L. 2006. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. 5 (3): 487-499[En Línea] Disponible:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a05.pdf>[Octubre 2011].

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gómez, V. 2007. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicol.* 10(2): 169-179[En Línea] Disponible:<http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-15%20169-179.pdf>[Octubre 2011].

Coresh (2009)«Prevalence of chronic kidney disease in the United States.»

Cunha Franco, T. Z. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal.

Diccionario de Psicología Salvat. 2002. Ediciones Salvat, Madrid

Duarte, A., Gómez, L., Aguirre, D., Pineda, D. 2006. Caracterización neuropsicológica de los pacientes adultos en diálisis de una institución especializada de Medellín - Colombia. Univ. Psychol. 5 (3): 627-645[En Línea] Disponible:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a16.pdf>[Octubre 2011].

Esquivel y Prieto, en México en el año 2009, llevaron a cabo un estudio titulado “Calidad de vida y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis”

Gomez. {**HYPERLINK** "<http://www.ladepresión.com.2002>"

Hernández, m. j. (2009). Atención psicológica al paciente en insuficiencia renal terminal.

Lara, J. 2008. Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Tratados con Hemodialis. Rev. Med. “Dr. José Sierra Flores” 22 (1): 11–16[En Línea] Disponible:http://www.une.edu.mx/mod2005/Publicaciones/Revista_2008-01.pdf#page=12[Octubre 2011].

Magaz, A. 2003. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao.[En Línea] Disponible:<http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>[Octubre 2011].

Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G. et al 2004. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. RevSocEspEnfermNefrol 7 (4): 225/233[En Línea] Disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>[Octubre 2011].

(Oficina Panamericana de la Salud, 1990; Asociación Médica Mundial, 2004).

Pacheco, Antonio. 1992. Depresión, Aspectos Generales y Nosología y Clasificación (Comité Venezolano para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión).

Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., Bortoli, M. 2009. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ. Psychol. 8 (1): 117-124[En Línea] Disponible:<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>[Octubre 2011]. 33

Quevedo. 2002. www.ladepresión.unam.com.

Rosales, N., 2004. Depresión en pacientes sometidos a Hemodiálisis en el hospital militar de Maracaibo. Universidad del Zulia, facultad de medicina, división de estudios para graduados. Residencia docente de postgrado en psiquiatría trabajo especial de grado. Maracaibo 2.004.

Ruiz, R., Minguela, I., Ocharán, J., Gimeno, I., Chena, A. 2008. El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. Nefrología (Supl. 6) 133-136[En Línea] Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E290/P7-E290-S138-A5939.pdf>[Octubre 2011].

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. 2005. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. RevSocEsp Dolor 12 (1): 8-16[En Línea] Disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>[Octubre 2011].

Stefano Vinaccia, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.

Velarde JE, Á. F. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 349-361

Ware (1993), Cuestionario de Salud SF-36, llamado "Calidad de Vida".

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bajo la coordinación y tutoría de la Lcda. América Vargas, Profesora del Programa de Licenciatura en Enfermería UDO- SUCRE se da a manera de informar que se, realizará el proyecto de investigación titulado:

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ CUMANA ESTADO SUCRE.

El objetivo de este trabajo de investigación es, determinar la prevalencia de depresión y su influencia en la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento hemodialítico en la unidad de diálisis del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá cumaná-estado sucre.

Nosotros: _____ Nacionalidad: _____

C.I: _____ Domiciliado(a) en: _____

Siendo mayor de 18 años en pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio indicado declaro durante la presente:

1. Haber sido informado(a) de manera clara y sencilla por parte del investigador de los procedimientos a realizar en este estudio de todos los aspectos, relacionados con el proyecto de investigación, ya mencionado.
2. Tener conocimiento claro de que el objeto de este trabajo de investigación es determinar la prevalencia de depresión y su influencia en la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento hemodialítico en la unidad de diálisis del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá Cumaná-estado sucre.

3. Conocer bien el protocolo experimental expuesto por el investigador en el cual se establece que mi participación en el trabajo consiste en: responder de manera voluntaria unas series de preguntas.
4. Acepto que las respuestas dadas serán utilizadas únicas y exclusivamente para determinar la presencia de depresión en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
5. Que el equipo de personas que realizarán esta investigación coordinada por la licenciada encargada me ha garantizado la confidencialidad tanto a mi identidad como a cualquier otra información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
6. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo e inconveniente alguno para la salud.
7. Que cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio me será respondida oportunamente por este equipo de personas.
8. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Luego de haber leído, comprendido, y aclaradas mis interrogantes con respecto a este formato de consentimiento, y por cuanto a mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, acuerdo:

1. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar al equipo de investigadores a realizar el referido estudio, en las muestras de sangre donadas para los fines indicados anteriormente.
2. Reservarme el derecho de renovar esta autorización y donación en cualquier momento sin que ello conlleve tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del testigo:

Nombre y Apellido:

C.I.:

Lugar:

Fecha:

Firma del testigo:

Nombre y Apellido:

C.I.:

Lugar:

Fecha:

Firma del testigo:

Nombre y Apellido:

C.I.:

Lugar:

Fecha:

DECLARACION DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario(a) la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante la presente, que a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento, comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación de su representado en este estudio. Ningún problema de índole médico, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto de tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

Por el proyecto de grado “ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ CUMANA ESTADO SUCRE.”.

Nombres: Jonar Ortiz

Fergledys Guzmán

Fuente: Oficina Panamericana de la Salud. 1990. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud.

ANEXO1

INVENTARIO DEPRESION DE BECK

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

1. Tristeza.

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

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

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

4. Insatisfacción

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

5. Culpa

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

6. Expectativas de castigo

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

7. Autodesprecio

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

8. Autoacusación

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

9. Ideas suicidas

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

10. Episodios de llanto

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

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

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

14. Cambios en la imagen corporal.

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

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

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

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

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

21. Bajo nivel de energía

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

ANEXO.2

CUETIONARIO DE SALUD CALIDAD DE VIDA SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias calles (varios metros)?

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

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

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

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

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

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

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ CUMANA ESTADO SUCRE.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Jonar Manuel Ortiz Castañeda	CVLAC	17.762.371
	e-mail	jonar-ortiz1503@hotmail.com
Fergledys del Valle Guzmán Rodríguez	CVLAC	18.212.928
	e-mail	fergledysgr@hotmail.com

Palabras o frases claves:

Depresión, Calidad de vida, Hemodiálisis y Asociación.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Escuela de ciencias	Departamento de enfermería

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar la asociación que tiene este estado depresivo con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), que acuden a la unidad de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá,. Para ello; se utilizó la escala de Beck de depresión el cual consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta, y el cuestionario de calidad de vida sf-36, que consta de 36 preguntas englobadas en 8 dimensiones. Ambos instrumentos se aplicaron a los pacientes con la ayuda del personal del hospital. Se observó que el 69,67% de los pacientes en estudio padecen de depresión grave, el 30,00% tienen depresión moderada y el 0.33% se consideran tener depresión leve, 70,00% de los pacientes no consideran su salud excelente, debido a la enfermedad que presentan y los procesos de diálisis a que se ven sometidos llevando consigo deterioro de su salud y calidad de vida. Además, al realizar la asociación entre las variables depresión y la calidad de vida en los pacientes, se obtuvo una asociación positiva. De igual forma, se obtuvo una asociación entre las dos disposiciones emocionales. Es necesario acotar que todas las asociaciones muestran una tendencia altamente significativa de $P 0,000^{***}$. Todo esto permite señalar que, en los individuos nefrópatas hemodializados, analizados en este estudio el grado de depresión guarda asociación con su calidad de vida.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
América Vargas	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	9.978.150
	e-mail	Americabelen2@yahoo.com
	e-mail	
Olga Rodríguez	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
Carmen Zarraga	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	colocar Nro de cedula del jurado
	e-mail	colocar e-mail del Jurado

Año Mes Día

2017	03	22
------	----	----

Lenguaje: SPA

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Curso Especial de Grado- Ortiz, Guzmán.doc	Application/word

Título o Grado asociado con el trabajo: Linceciado(a) enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo: Linceciado(a)

Área de Estudio: Enfermería

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Signature]</i>
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLANOS CUNPEL
Secretario

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manuja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.

Esta hoja tiene que estar personalizada por el autor (e)s



Jonar Ortiz
Autores



Fergledys Guzmán
Autores



Msc. América Vargas
Asesor