

**PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**“NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN  
AL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LORETO - IQUITOS 2019”.**

**PARA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Autores:** Bach. Psic. Carlos Eduardo Vento Dahua

Bach. Psic. Enrique Alejandro Celis Saavedra

**Asesor:** Psic. Otto Denis Perea Torres.

**LORETO - IQUITOS-PERU**

**2019**

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**"NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA REGIÓN –  
IQUITOS 2019".**

De los alumnos: **CARLOS EDUARDO VENTO DAHUA Y ENRIQUE ALEJANDRO  
CELIS SAAVEDRA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó  
satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de  
**5% de similitud.**

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que  
estime conveniente.

San Juan, 28 de enero del 2020.



Dr. César J. Ramal Asayag  
Presidente del Comité de Ética - UCP

## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedicamos principalmente a nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a su apoyo y sacrificio hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de los hijos de cada uno, son los mejores padres.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos miembros del personal médico que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

El presente trabajo está dedicado a nuestra familia por haber sido un apoyo a lo largo de toda nuestra carrera universitaria y a lo largo de nuestra vida. A todas las personas que nos acompañaron en esta etapa, aportando a nuestra formación tanto profesional y como ser humano.

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiéramos agradecer a nuestros padres que nos han ayudado y apoyado en todo, a nuestro asesor, por habernos orientado en todos los momentos necesarios.

También agradecer de manera especial a la Psicóloga Yerisf Paima Aguirre por ser un enorme apoyo para la realización de este trabajo de investigación, con la predisposición siempre puesta para apoyarnos y facilitarnos el desarrollo y culminación de este trabajo.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Científica del Perú, a mis profesores en general quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pudiéramos crecer día a día como profesionales, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Con Resolución Decanal N° 073-2018-UCP-FCS, del 28 de Enero del 2019, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.	Presidente
✚ Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila	Miembro
✚ Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros	Miembro

Como Asesor (es): Psic. Otto Denis Perea Torres

En la ciudad de Iquitos, siendo las 18:00 p.m. horas, del día 13 de Febrero del 2020, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA REGIÓN – IQUITOS 2019".

Presentado por los sustentantes:

**CARLOS EDUARDO VENTO DAHUA**  
**ENRIQUE ALEJANDRO CELIS SAAVEDRA**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

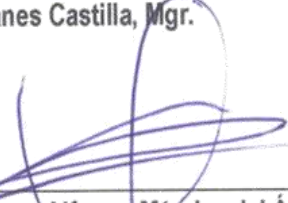
El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

  
Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.  
Presidente

  
Psic. Alfredo Deifilio Neyra Cisneros  
Miembro

  
Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila  
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

## HOJA DE APROBACIÓN

**TESIS:** "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- IQUITOS 2019".



-----  
MED. JESUS JACINTO MAGALLANES CASTILLA

Presidente



-----  
PSIC. JUAN ALFONSO MENDEZ DEL AGUILA

Miembro



-----  
PSIC. ALFREDO DE FILIO NEYRA CISNEROS

Miembro



-----  
PSIC. OTTO DENIS PEREA TORRES

Asesor

## INDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
1.1. Antecedentes del estudio.....	10
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	10
1.1.2. Antecedentes Nacionales.....	11
1.1.3. Antecedentes Regionales.....	11
1.2. Bases Teóricas.....	15
1.3. Definición de términos básicos: .....	40
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	41
2.2.1. Descripción del problema .....	41
2.2. Formulación del problema .....	41
2.2.1. Problema general: .....	42
2.2.2. Problemas específicos:.....	42
2.3. Objetivos.....	43
2.3.1. Objetivo general.....	43
2.3.2. Objetivos específicos.....	43
2.4. Hipótesis .....	43
2.4.1. Hipótesis .....	43
2.5. Variables.....	43
2.5.1. Identificación de las variables .....	44
2.5.2. Operacionalización de las variables.....	45
CAPITULO III: METODOLOGÍA .....	46
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	46
3.2. Población y muestra .....	46
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.....	47
3.4. Proceso y análisis de datos.....	48
CAPITULO IV. RESULTADOS .....	49
CAPITULO V: DISCUSION, CONCLUSION Y	
RECOMENDACIONES.....	60
5.1. DISCUSIÓN.....	60
5.2. CONCLUSIONES.....	61
5.3. RECOMENDACIONES.....	62
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXO 01- FOTOS.....	67
ANEXO 02 TEST.....	69
ANEXO 03 GRAFICOS .....	70
ANEXO 03 MATRIZ.....	77

## RESUMEN

Las psicopatologías más comunes que se presentan en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y que por motivo de esta se someten a diálisis son la ansiedad y la depresión, la primera por la incertidumbre de saber que pasara con ellos a futuro y la segunda como proceso de duelo al perder su condición saludable.

El objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto durante el último trimestre del año 2019.

La población estuvo conformada por todos los pacientes (ambos sexos y sin importar su enfermedad de origen) que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto, de los cuales se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

El resultado obtenido se encontró que los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto, presentaron ansiedad en grado moderado en un 40% y en depresión se encontró el 79% de pacientes que presentaron depresión en grado leve, los pacientes de sexo masculino mostraron mayor incidencia de ansiedad y depresión que los pacientes de sexo femenino, además los que presentaban estos mayores índices de ansiedad y depresión fueron los pacientes cuyas edades eran superiores a los 60 años, que residían en el distrito de Iquitos y con estado civil soltero.

Por último, se concluye que los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto presentan ansiedad y depresión en todos sus niveles siendo del primero el grado moderado de mayor incidencia con 40%, seguido del leve con 31% y el de menor incidencia el grado grave con 16%. Con respecto al segundo el de mayor incidencia fue el grado leve con 79%, seguido por el moderado con 9% y por último el leve con 1%.

Palabras clave: Ansiedad, Insuficiencia Renal, Hemodiálisis, Depresión.



## **ABSTRACT**

The most common psychopathologies that occur in patients with end-stage chronic renal failure (IRCT) and who are subjected to an analysis because of this are anxiety and depression, the first because of the uncertainty of saber that happens with them in the future and the second as a grieving process by losing their healthy condition.

The objective of this research was to determine the levels of anxiety and depression presented by patients who attend the hemodialysis service of the Loreto regional hospital during the last quarter of 2019.

The population was made up of all patients (both sexes and regardless of their disease of origin) who accessed the hemodialysis service of the regional hospital of Loreto, from which those who met the inclusion criteria were selected.

The result obtained was that patients who go to the hemodialysis service of the regional hospital of Loreto, anxiety in a moderate degree by 40% and in depression, 79% of patients who expressed mild depression were found, sex patients male victims greater incidence of anxiety and depression than female patients, in addition to the presentation of these higher rates of anxiety and depression were patients whose ages were over 60 years, who resided in the Iquitos district and with marital status single.

Finally, it is concluded that the patients who attend the hemodialysis service of the Loreto regional hospital present anxiety and depression at all levels, being of the first moderate degree with the highest incidence with 40%, followed by the level with 31% and the one with the lowest incidence. the severe grade with 16% With respect to the second, the highest incidence was the mild grade with 79%, followed by the moderate grade with 9% and finally the level with 1%.

Keywords: Anxiety, Renal Failure, Hemodialysis, Depression.

## CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.

### 1.1. Antecedentes del estudio

#### 1.1.1. Antecedentes Internacionales.

Ramos, A. (2010), realizó una investigación denominada “factores psicológicos que afectan la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis”. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una muestra de 96 pacientes en diálisis. Los resultados determinaron que la edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados. El 58% eran afectados psicológicamente, siendo la depresión el más resaltante (51%); el 41% de los pacientes eran apoyados por sus familiares, siendo llevado a la unidad de diálisis durante sus ciclos de hemodiálisis.

Guzmán, W. y Vásquez, R. (2011), realizó una investigación titulada “Factores psicosociales que afectan a los pacientes con insuficiencia renal. El estudio tuvo un diseño descriptivo. Se aplicó una encuesta tipo cuestionario. Se evaluaron diez pacientes en edades comprendidas entre 20 y 60 años, los resultados señalaron que la media fue de 59 años de edad y una desviación estándar de 16.4; el 58% de los pacientes presentaron como factor psicológico los sentimientos de tristeza y preocupación ante la enfermedad, el 47% señalaron que existe apoyo social por parte de familiares (más instrumental que afectivo).

Vásquez, M. y Bolaños, L. (2011), sobre factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. Es una investigación no experimental de tipo transeccional correlacional, en donde se evaluaron 128 pacientes del Hospital Clínico Regional y de un Centro de diálisis privado en la ciudad de Antofagasta. Se utilizó el cuestionario. Los resultados evidenciaron que 50,8% de los pacientes eran del sexo masculino y 49,2% al sexo femenino. En la dimensión que se correlacionó significativamente y de manera inversa con ésta, es la

dimensión física del SF-12 ( $r=-0,279$ ;  $p<.05$ ). Por otra parte, según la clasificación generada a partir del Apgar familiar, en las dimensiones sintomatología se obtuvo una correlación de ( $t=-2,717(126)$ ;  $p<.05$ ), carga de enfermedad ( $t=-2,261(126)$ ;  $p<.05$ ) y salud mental ( $t=-2,336(126)$ ;  $p<.05$ ), siendo no significativo con respecto al estilo de vida.

Pupiales, C. (2012), realizó un estudio titulado “relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a hemodiálisis regular”. El estudio fue descriptivo y de corte transversal, la muestra quedó constituida por 30 pacientes a los que se les aplicó una encuesta de 9 preguntas, los resultados determinaron que el 60% eran del sexo masculino, en cuanto al grupo de edad, el 45% tenían edades entre 40 a 75 años; el 73% lleva menos de 2 años en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis; el 57% de la población estudiada refiere que su calidad de vida es regular y que a pesar del apoyo psicológico brindado por profesionales (93% de pacientes), y del apoyo familiar (56%); presentan sentimientos negativos, de los cuales, el que predomina es la invalidez, este último contexto lo refieren el 70% de los pacientes, se aclara también que las actividades diarias de la población investigada en el 87% refieren que son muy perturbadas.

Capote y Torres. (2013), trabajadores del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba, en su estudio denominado: “Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente”. Aplicando las escalas de Hamilton, Zung y Conde, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 52,6 % (20 pacientes) del total de 38 pacientes incluidos, es decir, más de la mitad tenían elementos clínicos compatibles con un síndrome depresivo según el instrumento utilizado para identificarlos. Con relación a la intensidad de los síntomas depresivos se encontró que fueron ligeros en el 35 % de los casos (7 pacientes), moderados en el 60 % (12 pacientes) y severos en el 5 % (solo 1 paciente). Los más de más riesgo los pacientes del sexo femenino y adultos mayores.

Córdova, C. y Alexandra, M. (2010), realizaron en su estudio denominado: “El abordaje psicológico desde Ellis en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica, en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de Hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín”. Se aplicaron los tests de HAD y ZUNG. A través de la aplicación del Test de Zung se logró conocer la mayoría de pacientes que padecen de insuficiencia renal padecen de depresión leve, y en un menor porcentaje existe una depresión moderada.

Rojas, G. (2010), doctor aspirante al grado de Maestro en Ciencias en Medicina Interna de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad De Ciencias Médicas en su estudio denominado: “Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados del Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional De Occidente, Año 2010”, realizó una entrevista y aplicación de la escala de Zung y Conde a 150 pacientes en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente durante el año 2010. Los resultados mostraron que de 150 personas estudiadas, 77 (51.3%), presentaron características depresivas, y 23 (15.4%), depresión clínica. Se evidenció mayor prevalencia de depresión en el género femenino, edades entre 43 a 72 años, solteros, amas de casa y pacientes sin oficio.

#### 1.1.2. Antecedentes Nacionales.

Díaz, R. (2011) en su estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal”, utilizando el cuestionario KDQOL-36; Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Es-Salud, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de vida entre pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 que se encuentran en las diferentes modalidades de terapia de reemplazo de función renal, el método fue descriptivo de corte transversal. La población estaba constituida por 1300 pacientes, de los cuales 600 reciben hemodiálisis hace más de un año y

están comprendidos entre 18 y 65 años de edad; 146 con diálisis peritoneal, de los cuales aproximadamente 50 se encuentran en el programa hace más de un año y están comprendidos en el rango de edad seleccionado y los trasplantados comprendidos entre 18 y 65 años evaluados en el consultorio de Nefrología son 160 pacientes. La técnica el cuestionario de calidad de vida en enfermedad renal, “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)”.

Montoya, F. Ivonne, J. y Chumacero, S. (2014) en su estudio denominado: “Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013”. Se aplicó las escalas de Zung y Karnofsky. Los resultados mostraron una frecuencia de depresión de 62,3% (109/175); siendo leve en un 83,5% (91/109), moderada en 14,7% (16/109) y severa en 1,8% (2/109). El más alto índice se encontró en mujeres, los que tenían diabetes y a medida que progresivamente se sometían al tratamiento.

Guillen, J. y Ordoñez, R. (2017), en su estudio denominado “Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú”, de la universidad Ricardo Palma, realizado el 2017, mediante la escala de Beck Se ha podido apreciar que el 61% de los pacientes evaluados que reciben hemodiálisis no presentan depresión; el 24% del grupo de pacientes presentan un nivel de depresión leve y el 15% muestra un nivel de depresión moderada, lo que coincide con la investigación de Montoya y Suarez (2014), ya que los resultados obtenidos son estadísticamente similares a la presente investigación. En su mayoría los pacientes evaluados presentan un tiempo de tratamiento mayor a 5 años, por lo que se puede inferir que la depresión no es patológicamente marcada, ya que presentan una aceptación del tratamiento que lo asumen como parte de su vida cotidiana, no obstante, el 39% restante presentan cierto nivel de depresión, ya sea por el inicio del tratamiento u otros factores que pueden estar afectando su estado emocional, como el entorno familiar, el factor económico o la salud. Por otro lado, se obtiene que, en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, se establece que el 55% de los pacientes, presentan ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, el 43% del

grupo presentan ansiedad moderada a ansiedad marcada y solo el 2% de los evaluados muestran ansiedad severa.

Villanueva, C. y Casas, J. (2015), bachilleres en psicología en su tesis para optar el grado de licenciados en psicología titulado: Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de salud en Lima – Perú, 2014, de la universidad Peruana Unión, mediante la aplicación de la escala de Beck, Se observa que un 41% de pacientes no presentan depresión, mientras que un 20.5% presentan una depresión grave y un 17.9% manifiestan una depresión moderada.

### 1.1.3. Antecedentes Regionales.

Angulo, P. (2016) única referencia a nivel de la ciudad de Iquitos, en su estudio para optar el título profesional en psicología: “Depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica renosalud Iquitos – 2016”, Se aplicó la escala de Zung en su escala de depresión, obteniendo los siguientes resultados: niveles de depresión según edad, se concluye que del 44% de pacientes que presentaron un nivel de depresión moderado: el 12% tuvo una edad que osciló entre los 29 y 45 años; el 24% tuvo una edad que fluctuó entre los 46 y 60 años; mientras que el 8% tuvo una edad mayor de los 60 años. Del 44% de pacientes atendidos que presentaron un nivel de depresión severo: el 2% tuvo una edad menor a los 28 años; el 6% tuvo una edad que osciló entre los 29 y 45 años; el 18% tuvo una edad que fluctuó entre los 46 y 60 años; mientras que el 18% tuvo una edad mayor de los 60 años.

En la ciudad de Iquitos, se carecen de mayores estadísticas disponibles de esta patología. La depresión y ansiedad son muy comunes en el paciente con insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis, sin embargo, aunque la enfermedad de base ha sido estudiada en varios aspectos como sus causas, su curso clínico, su mortalidad, etc. no existen estudios acerca de cómo afecta el aspecto ansioso de estos pacientes, por lo que conociendo estos aspectos emocionales además de la falta de información

acerca de la misma y su impacto que tiene a nivel mundial, se considera conveniente realizar un estudio de los aspectos emocionales centrados en la ansiedad y la depresión en pacientes insuficientes renales y si existe relación en cuanto a las variables demográficas o laborales que puedan presentar, para así identificar la prevalencia, los grados de depresión, la relación con la edad, la relación entre el sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, trabajo, tipo de diagnóstico y el tiempo de tratamiento.

## 1.2. Bases Teóricas.

### Insuficiencia renal crónica (IRC)

Consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis). 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: 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 hemodiálisis (HD) es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana (Guyton y Hall, 1997).

La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en Perú también. Es un tratamiento altamente complejo, exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida. (Montalvo Roel Isabel, 2012).

La irritabilidad, la rabia y la agresión incrementan debido a las limitaciones, frustraciones y pérdida de destrezas. Estas manifestaciones de alteración emocional con frecuencia se encuentran dirigidas hacia el personal de salud y la familia, siendo que en los casos más extremos conlleven a los pacientes a liberar su agresión de una manera intensa y exagerada. Sin embargo, existen otros pacientes quienes se reprimen y no manifiestan su agresión siendo vulnerables a la depresión. (Hidalgo, 1997).

La Insuficiencia Renal Crónica, al igual que otras enfermedades crónicas, exponen a las personas que la padecen a la experiencia de variados niveles de estrés, los que no sólo colaboran con el deterioro que la enfermedad y sus tratamientos y ocasionan, sino también dificultan el proceso de adaptación psicosocial (Courts, 2000).

### Etiología

Es conveniente distinguir entre aquellos procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a insuficiencia renal crónica (IRC) y los procesos que actúan independientemente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad.

Villanueva C. y Casas J., (2015). A la hora de analizar la etiología de la insuficiencia renal crónica (IRC) en el anciano, respecto a otros grupos de edad, se evidencian diferencias importantes entre ambos. Con respecto a la etiología de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), en el último informe preliminar de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos del año 2002, los resultados por orden para todo el conjunto poblacional haciendo referencia a la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) fueron los siguientes:

- No filiada.
- Nefropatía diabética.
- Nefropatía vascular.
- Glomerulonefritis crónica.



- Pielonefritis crónica.
- Otras.
- Poliquistosis renal.
- Hereditarias.

Comparativamente, y respecto a registros anteriores, se describe un incremento de las causas no filiadas y hereditarias, manteniéndose en la misma proporción el resto de las causas a excepción de la neuropatía diabética, glomerulonefritis crónica, pielonefritis y poliquistosis cuyas proporciones disminuyen.

### Evolución

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado.

La determinación de creatinina no es considerada como una buena medida de función renal, ya que no refleja el mismo grado de función en todos los pacientes. La creatinina depende de la masa muscular, edad, sexo y secreción tubular entre otros factores. El riñón es capaz de perder hasta un 50% de su función sin reflejar un incremento en la creatinina sérica. La recogida de orina de 24 horas está sujeta, a su vez, a variaciones importantes y errores considerables.

Su progresión suele seguir un patrón constante, dependiente de la etiología y de las características del paciente; sin embargo, dicha evolución puede verse acelerada por diferentes factores patológicos y ralentizados por medidas terapéuticas pautadas. La National Kidney Foundation estadounidense (2012) publicó a través del proyecto K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la enfermedad renal crónica (ERC). Así se consiguió definir, clasificar en estadios y evaluar los

métodos de estudio de esta patología con el fin de retrasar su aparición, prevenir complicaciones y establecer un adecuado manejo terapéutico. Esta clasificación permite, a su vez, la detección de pacientes de riesgo para el desarrollo de la enfermedad:

- Estadios 1 y 2: daño renal con: FG 90 ml/min/1,73 y FG 60-89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, respectivamente. En esta situación podemos encontrar: microalbuminuria/ proteinuria, alteración en el sedimento urinario y en las pruebas de imagen. Aproximadamente el 75% de los individuos mayores de 70 años se encuentran en este estadio. La función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático, debido a la función adaptativa de las nefronas. El correcto plan de actuación en ambos estadios radica en el diagnóstico precoz y en el inicio de medidas preventivas con el fin de evitar la progresión.

Estadio 3: FG 30-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Puede acompañarse de las siguientes alteraciones: aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones clínicas (hipertensión, anemia), alteraciones de laboratorio (hiperlipidemia, hiperuricemia), alteraciones leves del metabolismo fosfocálcico y disminución de la capacidad de concentración urinaria (poliuria/nicturia). La enfermedad renal crónica (ERC), estadios 2-3, aumenta con la edad, siendo la prevalencia mayor en mujeres con una tendencia de aparición en edades medias, persistiendo en edades mayores de 65 años. Con el método Cockcroft-Gault, casi la mitad de las mujeres mayores de 65 años tienen una enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3 frente a un tercio de los varones. Una vez alcanzado el estadio 3, comienzan a aparecer signos clínicos que demuestran la vulnerabilidad renal. La totalidad de los pacientes deben someterse a una valoración nefrológica global, con el fin de recibir tratamiento específico preventivo y detectar complicaciones.

Estadio 4: FG 15-29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. En este estadio se produce una intensificación de alteraciones clínicas: anemia intensa refractaria, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos. Puede haber acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fosfo-cálcico y prurito. Se conserva, no obstante, la excreción

adecuada de potasio. En dicho estadio además de la instauración de terapéutica específica se hace indispensable la valoración de la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo.

Estadio 5:  $FG < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . Cursa con osteodistrofia renal y trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas. Dicho estadio corresponde al síndrome urémico, en el que además de las medidas previas es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis —peritoneal/hemodiálisis— o trasplante renal. Es conocido que los pacientes pertenecientes al estadio 5 no reciben una atención adecuada en estadios anteriores, y que en un alto porcentaje son remitidos tardíamente a los servicios de nefrología desde los centros de Atención Primaria y especializada. Entre los motivos destacan: edad avanzada, severa comorbilidad, ausencia de síntomas, factores económicos y un diagnóstico tardío.

Según este informe, la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una patología que afecta sobre todo a pacientes ancianos, con un notable aumento de la incidencia a medida que aumenta la edad, siendo 10 veces más frecuente en el grupo de edad de 65-75 que en el de pacientes más jóvenes.

### Manifestaciones Clínicas

En general, las manifestaciones clínicas de la insuficiencia renal crónica (IRC) aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. Aclaramientos de creatinina inferiores a 30 ml/min marcan habitualmente la frontera en la que la insuficiencia renal crónica (IRC) se hace sintomática, desarrollándose a partir de entonces un amplio espectro de manifestaciones clínicas paralelas al estadio evolutivo.

Función renal:

-Reserva funcional renal, Aclaramiento de creatinina (120-60): Disminución de nefronas funcionantes y aumento del filtrado en nefronas residuales. Balance equilibrado de sodio, agua y ácido.

-Deterioro renal, Aclaramiento de creatinina (59-30): Disminución del filtrado glomerular. Aumento de parathormona (PTH). Disminución de 1,25 (OH) D3.

-Anemia leve.

-Insuficiencia renal, Aclaramiento de creatinina (20-10): Aumento del P. hiperparatiroidismo. Osteodistrofia. Acidosis. Uremia. Anemia. Hipocalcemia (no siempre). Astenia. Hiponatremia. Falta de concentración y dilución de la orina.

-Uremia, Aclaramiento de creatinina (< 10): Irritabilidad. Letargia. Anemia severa. Coagulopatía. Inmunosupresión. Hipertensión arterial (HTA). Anorexia. Vómitos. Neuropatía periférica. Osteodistrofia: fracturas. Impotencia. Esterilidad. Homeostasis del K y H<sub>2</sub>O dependiente de diuresis. Gastritis. Disnea y edema agudo de pulmón.

### Diagnostico Y Evaluación

La base diagnóstica se fundamenta en una exhaustiva historia clínica donde se recojan antecedentes personales y familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen.

1. Antecedentes personales y familiares: factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas, exposición a elementos tóxicos, así como malformaciones o enfermedades hereditarias.

2. Síntomas clínicos: previamente descritos. Destacar que en numerosas ocasiones la ausencia de síntomas o clínica inespecífica pueden estar presentes, sin olvidar que la clínica urémica se manifiesta en fases muy avanzadas.

3. Parámetros analíticos: es frecuente observar las siguientes alteraciones:

- Hematología y metabolismo
- Productos del metabolismo proteico: aumentan con la disminución de la función renal.
- Iones
- Técnicas de imagen: importantes a la hora de aportar información complementaria.

Factores reversibles: en todo diagnóstico es vital determinar situaciones que puedan acelerar la progresión de la insuficiencia renal crónica (IRC) y cuyo tratamiento resuelva dicho estado. Entre dichos factores cabe destacar alteraciones metabólicas, hemodinámicas o hidroelectrolíticas, sin olvidar sustancias nefrotóxicas y procesos infecciosos.

#### Hemodiálisis

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

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable.

Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la

eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

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

Cuando no es posible realizar una fístula arteriovenosa (FAV) se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular.

En la insuficiencia renal crónica (IRC) la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent propusieron utilizar el parámetro  $Kt/V$ , donde  $K$  es depuración de urea,  $t$  duración de la sesión de diálisis, y  $V$  volumen de distribución de la urea, observando que un  $Kt/V > 0.8$  se asociaba a una mejor evolución clínica.

#### Alteraciones Psicológicas

Daugridas Jhon, Blake Pete y Ing Todd. (2003) nos menciona que los pacientes en diálisis llevan una vida muy anormal. Aquellos que están en programa de hemodiálisis, diálisis peritoneal continua con cicladora o diálisis peritoneal nocturna intermitente están ligados a una máquina de un modo sin precedentes en la historia de la tecnología médica. Todos los

pacientes en diálisis se encuentran miserablemente dependientes de un procedimiento, de un centro y un personal médico, además de estar expuestos a otro tipo de estrés, afectando en mayor o menor medida a todas las áreas de la vida de la persona. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha nuestra capacidad de adaptación. En conjunto la respuesta psicológica de un paciente determinara su personalidad previa, del grado de soporte familiar y social y del curso de la enfermedad subyacente.

Aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica terminal tienen un trastorno psiquiátrico. Estos probablemente subestiman la magnitud de las enfermedades mentales prevalentes en toda la población. Los problemas psicológicos más importantes que encontramos en los pacientes en diálisis son la depresión, la demencia, las alteraciones relacionadas con el abuso de las drogas y el alcohol y los trastornos de ansiedad y personalidad. En ocasiones, los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) pueden padecer trastornos psicóticos coexistentes. La conducta poco cooperativa puede ser un problema para los pacientes y sus cuidadores. Las dificultades que atañen al trabajo y la rehabilitación son una preocupación creciente tanto para los pacientes como para el personal, y se espera que sean un problema mayor en la población anciana bajo tratamiento médico. La depresión es probablemente el problema psicológico más importante, porque puede llevar al suicidio o a la suspensión de la diálisis si no se reconoce o no se trata.

La enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de la enfermedad crónica éste es estable y permanente. Habitualmente la sociedad no nos prepara para la enfermedad y mucho menos para que esta sea propia (de uno) o crónica (permanente). De hecho, estamos más preparados para cuidar que para enfermar y para que la enfermedad sea temporal que para su cronicidad. Existen de hecho dos

momentos especialmente difíciles que exponen al paciente y a su familia a un mayor sufrimiento.

- La notificación de la necesidad de diálisis (proximidad de la entrada) -  
El inicio de la diálisis

- La notificación de la proximidad de la entrada en diálisis es un hito que diferencia la enfermedad renal crónica (ERC) de otras patologías, donde el momento más difícil es el diagnóstico de la enfermedad, frente a la insuficiencia renal crónica (IRC), donde lo más duro es la necesidad del tratamiento y el momento de inicio. En los pacientes con una enfermedad renal crónica (ERC) de larga evolución, podemos ver cierta inestabilidad en el momento de pasar a la consulta. Es aquí donde se observan ciertas similitudes con el momento del diagnóstico en otras enfermedades graves y el impacto se debe fundamentalmente al aumento de conciencia de enfermedad. La adaptación del paciente va a depender del curso y del tiempo que trascurra hasta la fase de necesidad de la diálisis.

- El inicio del tratamiento sustitutivo es el momento de mayor impacto de la enfermedad. Las primeras sesiones de diálisis y especialmente la primera suponen una situación de alto coste emocional y de cómo resulte depende en gran medida la adaptación inicial. Dentro de los problemas psicológicos referidos por Belloch Amparo, Sandin Bonifacio, Ramos Francisco (2011) tenemos las alteraciones emocionales, estas alteraciones están determinados por:

- Alteraciones del estado de ánimo (depresión)
- Los problemas asociados a la ansiedad
- Los problemas sociales
- Las alteraciones conductuales

Para efectos de la investigación se analizarán las variables de estudio:

Alteraciones del estado de ánimo (depresión)



Daugridas Jhon, Blake Peter y Ing Todd. (2003) La depresión, complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis, es habitualmente una respuesta a una pérdida real, potencial o imaginaria.

Sus manifestaciones incluyen un estado de ánimo depresivo persistente, una pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza. Los síntomas físicos son habituales e incluyen trastornos del sueño, cambios en la conducta alimentaria, y en el peso, sequedad de la boca, y estreñimiento, y disminución del interés y de la capacidad sexual. Los síntomas cognitivos de la depresión, tales como la desesperanza, los sentimientos de culpabilidad o ideas suicidas son importantes para ayudar al médico a distinguir entre síntomas de la uremia y un trastorno depresivo.

Aproximadamente uno de cada 500 pacientes en diálisis se suicida. Más intentan suicidarse en una o más ocasiones. Un número indeterminado de muertes en los pacientes en diálisis causadas por trasgresión dietética o por un pobre cumplimiento con la prescripción de diálisis (faltar a los tratamientos o acortarlos) puede estar también relacionado con tentativas de suicidio, de un modo consciente o no.

## Depresión

Los seres humanos se relacionan o comunican al nivel emocional y reaccionan de manera similar ante determinados estímulos estresantes negativos, de ahí que el entendimiento de las emociones sea una de las principales metas de la ciencia actual, unido a la comprensión y el análisis. En ocasiones, la definición de depresión se realiza bajo el marco de señalar lo que no es depresión, de manera que se corre el riesgo de no tener en cuenta estados que pueden encubrir un trastorno depresivo y, por tanto, no ser tratados. A continuación, se analizará de manera simplista lo que definen algunos diccionarios:

"Depresión (psicología), trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A

diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer".

A menudo, el término depresión es confuso y tiende a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio. La persistencia, la severidad y la capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo, son la clave que permite distinguir los síntomas clínicos de la depresión, de aquellos otros estados emocionales negativos y/o fluctuaciones emocionales, habituales, pero que no constituyen una enfermedad.

A pesar de las creencias populares y los mitos, los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente. Una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión.

Epidemiología de los trastornos depresivos: Desde hace varios años las investigaciones epidemiológicas vienen alertando acerca de las características que matizan este trastorno. En estudios realizados en diferentes países, se ha estimado la depresión de por vida en cifras que pueden oscilar entre 2,9 y 15,4, lo que puede sugerir una variabilidad en los criterios diagnósticos.

La depresión es tal vez la más irreconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares, por esta razón algunos investigadores la han denominado la gran epidemia

silente. En estudios de atención primaria se plantea que es infradiagnosticada en el 31%, aunque algunos han reportado hasta el 50%.

Se presenta entre el 5 y 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas puede alcanzar entre el 25 y 30 %. En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.

Desde el 2000, las ventas de los antidepresivos han alcanzado cifras relevantes en la prescripción de medicamentos de cualquier tipo. Todavía los estudios epidemiológicos sugieren que hay un vasto número de individuos depresivos no tratados.

Clasificaciones de la depresión: Las depresiones se agrupan no solo en un continuo de gravedad, sino que representan, además, el paradigma de la dimensionalidad de los trastornos mentales, al conectar los trastornos afectivos con la esquizofrenia, siguiendo el criterio de gravedad:

- Síntomas depresivos.
- Síndrome depresivo.
- Depresión melancólica.
- Depresión psicótica.
- Trastorno esquizoafectivo subtipo afectivo.
- Trastorno esquizoafectivo, subtipo esquizofrénico.
- Esquizofrenia con síntomas depresivos.

Episodios depresivos. Los episodios depresivos típicos se caracterizan por:

- Humor depresivo.
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y la concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no hay respuesta a los cambios ambientales, aunque se pueden presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de los 3 niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos 2 semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

### Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico. El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión y, como mínimo, 2 de estos 3 deben estar presentes para plantear un diagnóstico definitivo, además de incluirse, al menos, 2 de los síntomas referidos anteriormente. Así mismo, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar, al menos, 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

### Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico. Deben estar presentes, como mínimo, 2 de los 3 síntomas más típicos, descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos 3 (y preferiblemente 4) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades social, laboral o doméstica.

### Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone

que los síntomas somáticos están presentes, casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico. Para confirmar el diagnóstico deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave, sin embargo, si se presentan síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

Normalmente, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de 2 semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con sus actividades laboral, social o doméstica, más allá de un grado muy limitado.

#### Manifestaciones clínicas de la depresión

Cuando se presentan los síntomas depresivos, se afectan prácticamente todas las áreas del individuo:

- Área emocional: el paciente se siente con el ánimo bajo, triste y angustiado, decaimiento, anhedonia y desinterés.
- Área cognitiva: Se manifiestan porque el paciente piensa distinto mientras está deprimido: puede sentirse culpable de algunos hechos biográficos propios o de la familia que, en otras circunstancias, no le hacían sentir culpable, por ejemplo, una mujer puede decir que todo lo malo que le ha pasado a sus hijos es porque ella no ha sido una buena madre; esta puede ser una buena reflexión, que no la hacía con anterioridad, cuando no presentaba todos estos síntomas.

Pueden existir ideas hipocondríacas que impliquen la alteración del juicio de realidad, por ejemplo, tener la convicción de padecer una enfermedad grave. También pueden existir ideas de inutilidad y de ruina (personas que teniendo dinero creen estar arruinadas), de manera que ante situaciones como estas se debe realizar una anamnesis externa (a los familiares), para corroborar si dichas ideas están alejadas de la realidad o no.

Asimismo, son comunes la baja capacidad de concentración, los problemas relacionados con la memoria y un síntoma denominado indecisión penosa, por ejemplo, el enfermo no sabe si levantarse o no; no sabe qué abrigo ponerse y se mantiene así todo el día. Todo ello causa bastante sufrimiento, además, suele presentar ideas suicidas; deseo de estar muerto, que puede manifestarse con diversas manifestaciones, como una idea de suicidio latente, hasta la franca ideación y planificación suicida, que pueden llevarlo a la muerte.

- Área conductual: se manifiestan no solo por discapacidad, sino también por alteraciones de la psicomotilidad, con un enlentecimiento que puede llevar al individuo, en los casos más graves, a permanecer prácticamente como una estatua, con poca movilidad y escasa expresión facial. También puede presentarse con inquietud e incluso, agitación psicomotora, en cuyo caso la entrevista es difícil de lograr.

- Aspecto físico: Es el motivo más frecuente de consulta, son importantes, pues constituyen la puerta de entrada para indagar en todos los demás síntomas ya mencionados. Es frecuente la disminución del apetito, en ocasiones con una disminución importante del peso corporal, que en los adultos mayores puede llegar a la desnutrición, o un aumento del apetito, con incremento del peso: personas que anteriormente no tenían una tendencia especial por los dulces, ahora suelen tener avidez por estos.

Existen trastornos del sueño que se manifiestan frecuentemente por insomnios de conciliación (de leves a graves), sueño interrumpido y despertar precoz, aunque también puede existir hipersomnia, es decir, la

persona puede pasar gran cantidad de horas del día durmiendo. Es común la sensación de cansancio, lo que le hace pensar que se va a agripar o que padece de una enfermedad física importante y presenta dolores múltiples, no solo de cabeza, sino también musculares.

En la práctica médica general estos síntomas son significativos, porque a veces constituyen el motivo de consulta más relevante, además, puede existir una determinada relación entre los síntomas emocionales y físicos, de manera que estos últimos pueden constituir un equivalente

### Factores de riesgo

Hoy día se considera que en la depresión pueden incidir muchos factores de riesgo, para que sea más factible el desarrollo de la enfermedad, sin que haya sido posible establecer su conjunto, ni las múltiples interacciones existentes entre estos, además, aún no se sabe a ciencia cierta el peso de cada factor en relación con las circunstancias y el momento de la vida en que se presentan. No obstante, los factores más destacados son los siguientes:

- Antecedentes familiares de depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Distimia.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Rasgos de personalidad neurótica.
- Enfermedades cardiacas y endocrino-metabólicas.
- Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad).
- Migraña.
- Consumo de depresógenos.
- Estrés crónico, determinado por una sobrecarga emocional, por ejemplo, en el mundo laboral, o por un ritmo de vida acelerado.



- Disminución de la comunicación entre las personas, que lleva a situaciones de soledad.
- Cambios rápidos en la forma de vida, como la desmembración de la familia y la ruptura lenta con las tradiciones y las estructuras sociales.

#### Los problemas asociados a la ansiedad

Las respuestas de ansiedad se observan con frecuencia en las personas que están en hemodiálisis y aunque con menos referencias bibliográficas, los síntomas de ansiedad también están recogidos en la literatura como uno de las demandas psicológicas más frecuentes.

#### Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

Significados clínicos de ansiedad. En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

1. Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.

2. Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no saber qué", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.

3. Ansiedad como síndrome es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.

4. La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.).

#### Modelo neuroanatomico de la ansiedad

En la ansiedad participan estructuras subcorticales de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras da lugar a las siguientes reacciones:

1. Con el striatum hay a una activación motoresquelética para "huir o atacar".
2. Con el núcleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.

4. Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
5. Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Goddard y Charney).

#### Factores biológicos

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada a la génica se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno.

#### Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la

producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

#### Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

#### Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

#### Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan

ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez-Barquero).

### Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1. Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados tienen algún tipo de trastorno de ansiedad.

En relación al trastorno de estrés postraumático, en poblaciones de riesgo se encuentra una prevalencia entre un 3 a un 58%. En el caso de trastorno de estrés agudo no se tienen estadísticas y lo referente al trastorno de adaptación de tipo ansioso se sabe que corresponde al 13.5% del total de trastornos psiquiátricos atendidos en atención primaria.

En Honduras la prevalencia de trastornos de ansiedad en 33 comunidades es la siguiente: Agorafobia 6.7%, fobia social 6%, ansiedad generalizada 4.1%, trastorno de estrés postraumático 2.7%, trastorno obsesivo compulsivo 2.2 % y trastorno por pánico 1.1%.

### Síntomas generales de la ansiedad

#### Síntomas Motores

- Temblor, contracciones o sensación de agitación

- Tensión o adormecimiento de los músculos
- Inquietud
- Fatiga

#### Síntomas de Hiperactividad vegetativa

- Dificultades para respirar
- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración o manos frías y húmedas
- Boca seca
- Mareos o sensación de inestabilidad
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales
- Sofocos o escalofríos
- Micción frecuente
- Dificultad para deglutir o sensación de “nudo en la garganta”

#### Síntomas de hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo
- Respuesta de alarma exagerada
- Dificultad para concentrarse o “mente en blanco”

#### Reconocimiento y Evaluación del paciente con ansiedad

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.
3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente

un trastorno ansioso o depresivo. Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración.
- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

### Síndrome de ansiedad y enfermedad médica

Prácticamente todos los pacientes experimentan ansiedad ya sea porque la patología la produce, o es una respuesta emocional a la enfermedad, o que tanto la ansiedad como la enfermedad médica tienen una misma causa o que la misma terapéutica medicamentosa la induzca. Es decir, la ansiedad puede seguir a un trastorno orgánico, ser concomitante a él o precederle.

#### 1.3. Definición de términos básicos:

- Paciente: Paciente hombre y mujer cuyas edades están entre los 18 y 70 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica que acuden al tratamiento de hemodiálisis en el centro de diálisis Medical Consortium S.A.C.

- Paciente con ansiedad: Paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis con una experiencia emocional que implica un ánimo transitorio de tensión, un reflejo de la toma de conciencia de un peligro, un intenso, una respuesta fisiológica ante una demanda y un estado de sufrimiento mórbido que en exceso es nociva.

- Paciente con depresión: Paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis que experimenta un estado de ánimo que se caracteriza por un abatimiento emocional, sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda los cuales afectan todos los aspectos de su vida.



## CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

### 2.2.1. Descripción del problema

Hoy en día en el Perú se viene considerando la salud mental un gran problema social asimismo desde la perspectiva hospitalaria la salud mental toma especial importancia, esto como consideración de la clásica teoría de dualismo mente-cuerpo, actualmente esta dualidad no ha cambiado, en tal sentido es preciso que la presente investigación sea referencia para una adecuada atención a los pacientes que reciben diálisis aliviando así dolencias psicológicas inherentes a las físicas.

A nivel regional la poca inversión en salud y la precaria implementación de los servicios de hemodiálisis en la región, esto en canto a demanda se refiere tanto en materiales biomédicos como en recursos humanos específicamente del área de psicología ya que actualmente solo cuentan con un profesional de psicología para una población aproximada de 80 pacientes repartidos en 2 turnos, asimismo el gobierno regional realizó una inversión de 2 millones de soles para mejorar los servicios y satisfacer a la demanda esto aún se encuentra en déficit ya que la población de pacientes con problemas renales va en aumento, esto no permite una atención de primera calidad como los manuales de atención en el primer mundo establecen, más aun en lo que a intervención psicológica requiere, estas deficiencias en el sistema de salud y específicamente lamentable en hospitales nivel III que deberían contar con atención especializada según la norma indica, esto para abordar la problemática según la realidad de nuestra región puesto que el paciente como se expuso líneas arriba aparte de tener la carga del dolor físico existen dolencias de carácter psicológico que no son atendidas y que derivan de indicadores como la pobreza, abandono, problemas familiares, etc. Esto es de vital importancia atender puesto que combinados con su problema de salud pueden traer consigo problemas de carácter psicológico como ansiedad y depresión que perjudican al paciente y que no le permiten tener calidad de vida al paciente.

Esta realidad es la que atraviesan los pacientes del servicio de hemodiálisis en su día a día.

No existe información sobre la relación de factores demográficos y laborales con los aspectos emocionales que presentan los pacientes que se someten a diálisis en el departamento de medicina del hospital regional de Loreto. Por lo tanto, un mejor conocimiento y estudios en los servicios de hemodiálisis con la finalidad de mejorar la esperanza de vida y una mejor calidad de la misma en los pacientes que se someten a diálisis, permitirá mejorar la calidad en el servicio de salud, específicamente hemodiálisis.

## 2.2. Formulación del problema

### 2.2.1. Problema general:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” 2019?

### 2.2.2. Problemas específicos:

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” - 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” - 2019?
3. ¿Cuáles son las características de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” – 2019?

## 2.3. Objetivos

### 2.3.1. Objetivo general.

Determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un Centro de Salud de la Región - Iquitos 2019.

### 2.3.2. Objetivos específicos.

1. Identificar el nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un Centro de Salud de la Región - Iquitos 2019.
2. Identificar el nivel de depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un Centro de Salud de la Región - Iquitos 2019.
3. Conocer las características de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.

## 2.4. Hipótesis

Debido a que es un estudio descriptivo no necesita hipótesis, eso adecuado a su propósito de generar hipótesis para futuras investigaciones.

## 2.5. Variables

### 2.5.1. Identificación de las variables

- Variable dependiente (X):

Ansiedad: Estado de inquietud, de agitación, inquietud del ánimo, el cual va a ser medido por un instrumento psicológico y se considerara los siguientes criterios.

- SI (Presencia de Ansiedad)
- NO (Ausencia de Ansiedad)

Depresión: Síndrome caracterizado por tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos, el cual va a ser medido por un instrumento psicológico y se considerará los siguientes criterios:

- SI (Presencia de Depresión)
- NO (Ausencia de Depresión)

### 2.5.3. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION DE VARIABLES	INDICADORES	INDICE
Nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.	La ansiedad es una experiencia emocional caracterizado por mostrar síntomas de carácter vegetativo, logrando incluso dar la sensación de que la propia vida está en riesgo.	Temblores, contracciones musculares, agitación, sensación de ahogo, tensión muscular, hiperventilación, taquicardia, sudoración, micción constante, sensación de opresión en el tórax, sensación de muerte inminente.	- SI (Presencia de Ansiedad) - NO (Ausencia de Ansiedad)
Nivel de depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.	Es un trastorno mental caracterizado por una profunda tristeza, embotamiento, fatiga, pensamientos negativos, pérdida de interés y decaimiento.	Tristeza, decaimiento, desinterés, angustia, insomnio, pérdida de apetito, melancolía.	- SI (Presencia de Depresión) - NO (Ausencia de Depresión)

## CAPITULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo y diseño de investigación.

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, describiendo el fenómeno y realizado en un periodo determinado y limitado de tiempo. El diseño de investigación es No experimental porque no se manipularán las variables.

### 3.2. Población y muestra

#### Universo

Está constituido por 101 pacientes que reciben tratamiento sustitutivo renal en la unidad de Hemodiálisis del servicio de Medicina en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, en la ciudad de Iquitos – 2019.

#### Muestra

Se seleccionó como muestra no probabilística intencional a los pacientes en tratamiento sustitutivo renal, modalidad Hemodiálisis, con un total de 94 pacientes constituido por el 100% de la totalidad de la población. La fórmula a utilizar para tamaño de muestra de poblaciones finitas es la siguiente:

#### - Criterios de inclusión

Pacientes en modalidad hemodiálisis, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 a 83 años, con dos o más meses en tratamiento continuo, sin importar el tipo de enfermedad base.

#### - Criterios de exclusión

Pacientes no aptos para responder el instrumento de recolección de datos, limitaciones físicas existentes antes de iniciar hemodiálisis y

pacientes que no pudieron ser localizados, además de aquellos que por voluntad propia no deseen participar del estudio.

### 3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.

#### Técnicas

- Observación: Se realizó la observación de conducta de los pacientes sujetos de estudio, la observación será directa.
- Entrevista: Se realizó una entrevista estructurada y precisa haciendo uso de las técnicas de rapport y empatía.

#### Instrumentos

- Escala de ansiedad y depresión de Zung: Es la herramienta de elección para evaluar aspectos emocionales por ser una herramienta estandarizada a nivel mundial, además de contar con validez y confiabilidad.
- Administración de la prueba: aplicación para adultos, no tiene determinado tiempo de aplicación y evalúa la intensidad de niveles emocionales de ansiedad y depresión.
- Validez: La correlación entre la puntuación de cada Ítem oscila entre 0.34 y 0.65.
- Fiabilidad: los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0.66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale es de 0.33.

### 3.4. Proceso y análisis de datos.

1. Se envió una carta a la dirección del Hospital donde se realizó el estudio

2. Se explicó a los pacientes los objetivos del estudio y pedir su consentimiento para su participación en la investigación.
3. Se ha coordinado con el personal presente el servicio sobre los horarios de atención para el abordaje de los pacientes.
4. Se entrevistó a los pacientes según el horario al que asistían a dializarse (mañana – tarde y noche).
5. Se aplicó el instrumento para detectar que niveles de ansiedad y depresión presentan los pacientes mediante la “escala de autoevaluación Ansiedad y depresión de Zung”.
6. El cuestionario se llevó a cabo sin límite de tiempo ya que se ajustará a las necesidades de cada persona.

Plan de tabulación y análisis.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS en su versión 25, los resultados se procesaron haciendo uso de la estadística descriptiva (tabla de frecuencias y gráfico de porcentajes) .



## CAPITULO IV. RESULTADOS

Según el análisis e interpretación de los datos tenemos que:

**Tabla N° 01**

Según las edades y sexo de los pacientes atendidos que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.

Edad	Sexo		Total general
	F	M	
< 30 años	4	6	10
31 - 45 años	10	13	23
46 - 60 años	19	13	32
>61 años	16	20	36
<b>Total gener</b>	<b>49</b>	<b>52</b>	<b>101</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 01, se puede observar que la población total de 101 pacientes fueron nuestro objeto de estudio para esta investigación, siendo 10 pacientes menores de 30 años, de los cuales 4 fueron de sexo femenino y 6 de sexo masculino.

23 pacientes entre 31 – 45 años, de los cuales 10 fueron de sexo femenino y 13 de sexo masculino.

32 pacientes entre 46 – 60 años, de los cuales 19 fueron de sexo femenino y 13 de sexo masculino.

Por último 36 pacientes mayores de 61 años, de los cuales 16 fueron de sexo femenino y 20 de sexo masculino.

**Tabla N° 02**

Según el nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

<b>Ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Leve	31	34.83%
Grave	15	16.85%
No hay	3	3.37%
Moderado	40	44.94%
<b>Total general</b>	<b>89</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

Tabla N° 02, se puede observar que del 100% de pacientes atendidos, el 334.83% presentó un nivel de ansiedad leve; el 44.94% presentó un nivel de Ansiedad moderado; el 16.85% demostró un nivel de ansiedad grave y solo el 3.37% no presento ansiedad.

**Tabla N° 03**

Según nivel de depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Grave	1	1%
Leve	80	90%
Moderado	8	9%
<b>Total general</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 03, se puede observar que del 100% de pacientes atendidos, el 90% demostró un nivel de depresión leve, el 9% presentó un nivel de depresión moderado y solo el 1% presentó un nivel de depresión grave.

**Tabla N° 04**

Nivel de ansiedad según sexo en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

sexo/valores	Sexo				Total Frecuencia	Total Porcentaje
	F		M			
Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Leve	10	23%	21	46%	31	35%
Grave	8	19%	7	15%	15	17%
No hay	0	0%	3	7%	3	3%
Moderado	25	58%	15	33%	40	45%
<b>Total general</b>	<b>43</b>	<b>100.00%</b>	<b>46</b>	<b>100.00%</b>	<b>89</b>	<b>100.00%</b>

-Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 04 se puede observar que del 100% de pacientes atendidos, se encontró que 43 pacientes eran de sexo femenino y 46 pacientes del sexo masculino.

Del 100% de pacientes masculinos atendidos se encontró que el 46% presentaron ansiedad leve, 33% ansiedad moderada y 15% con ansiedad grave.

Del 100% de pacientes de sexo femenino se encontró que 23% tuvieron ansiedad leve, 58% moderado y 19% grave.

**Tabla N° 05**

Pacientes que presentan depresión según sexo que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

sexo/valores	Sexo				Total Frecuencia	Total Porcentaje
	F		M			
Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Grave	0	0%	1	2%	1	1%
Leve	37	86%	43	93%	80	90%
Moderado	6	14%	2	4%	8	9%
<b>Total general</b>	<b>43</b>	<b>100.00%</b>	<b>46</b>	<b>100.00%</b>	<b>89</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 05, se puede observar que del 100% de pacientes del sexo masculino el 93% presentaron depresión leve, 4% depresión moderado y solo el 2% fueron depresión grave.

Del 100% de pacientes del sexo femenino, el 86% presento depresión leve, el 14% depresión moderado y ninguno obtuvo depresión grave.

**Tabla N° 06**

Nivel de ansiedad según edad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.

Edad/Valores	< 30 años		31 - 45 años		46 - 60 años		> 61 años		Total Frecuencia	Total Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Leve	4	4%	4	4%	9	10%	14	16%	31	35%
Grave	3	3%	2	2%	7	8%	3	3%	15	17%
No hay	1	1%	1	1%	1	1%	0	0%	3	3%
Moderado	2	2%	10	11%	11	12%	17	19%	40	45%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>11%</b>	<b>17</b>	<b>19%</b>	<b>28</b>	<b>31%</b>	<b>34</b>	<b>38%</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 06, se puede observar que del 100% de pacientes atendidos que presentaron ansiedad, se encontró que el 11% fueron menores de 30 años, 19% fueron de entre 31 a 45 años, el 31 % fueron de entre 46 a 60 años y el 38% fueron mayores de 61 años.

Del 35% que tuvieron ansiedad leve 4% fueron menores de 30 años, 4% tuvieron de entre 31 a 45 años, 10% fueron de 46 a 60 años y 16% fueron mayores de 61 años.

Del 45% que tuvo ansiedad moderada, el 2% fueron menores de 30 años, 11% fueron de 31 a 45 años, 12% fueron de 46 a 60 años y 19% fueron mayores de 60 años.

Del 17% que tuvo ansiedad grave, 3% fueron menores de 30 años, 2% de 31 a 45 años, 8% de entre 46 a 60 años y 3% fueron mayores de 61 años.

**Tabla N° 07**

Nivel de depresión según edad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto – Iquitos 2019.

Edad/Valores	< 30 años		31 - 45 años		46 - 60 años		> 61 años		Total Frecuencia	Total Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Grave	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Leve	9	10%	33	37%	12	13%	26	29%	80	90%
Moderado	1	1%	1	1%	5	6%	1	1%	8	9%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>11%</b>	<b>34</b>	<b>38%</b>	<b>17</b>	<b>19%</b>	<b>28</b>	<b>31%</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 07, se puede observar que del 100% de pacientes atendidos que presentaron depresión, se encontró que el 11% fueron menores de 30 años, 38% fueron de entre 31 a 45 años, el 19% fueron de entre 46 a 60 años y el 31% fueron mayores de 61 años.

Del 90% que tuvieron depresión leve, 10% fueron menores de 30 años, 37% tuvieron de entre 31 a 45 años, 13% fueron de 46 a 60 años y 29% fueron mayores de 61 años.

Del 9% que tuvo depresión moderada, el 1% fueron menores de 30 años, 1% fueron de 31 a 45 años, 6% fueron de 46 a 60 años y 1% fueron mayores de 60 años.

Del 1% que tuvo depresión grave solo se encontraron en mayores de 61 años.

**Tabla N° 08**

Nivel de ansiedad según el distrito donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto- Iquitos 2019.

<b>Distrito/Valores</b>	<b>BELEN</b>	<b>IQUITOS</b>	<b>PUNCHANA</b>	<b>SAN JUAN</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
No hay	0	1	1	1
Leve	4	9	7	11
Moderada	5	20	6	9
Grave	3	5	4	4
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>25</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 08, se puede observar que del 100% de la población de pacientes atendidos se encontró que 12 pacientes tenían residencia en Belén, 35 pacientes tenían residencia en Iquitos, 18 pacientes que residían en Punchana y 25 pacientes residían en San Juan.

Dentro de la población de pacientes que no presentaron ansiedad, uno de los pacientes reside en Iquitos, 1 de los pacientes reside en Punchana y 1 de los pacientes reside en San Juan.

Dentro de la población de pacientes que presentaron ansiedad leve, 4 de los pacientes residen en Belén, 9 de los pacientes residen en Iquitos, 7 de los pacientes residen en Punchana y 11 de los pacientes residen en San Juan.

Dentro de la población de pacientes que presentaron ansiedad moderada, 5 de los pacientes residen en Belén, 20 de los pacientes residen en Iquitos, 6 de los pacientes residen en Punchana y 9 de los pacientes residen en San Juan.

De la población de pacientes que presentaron ansiedad grave, 3 de los pacientes residen en Belén, 5 de los pacientes residen en Iquitos, 4 de los pacientes residen en Punchana y 4 de los pacientes residen en San Juan.



**Tabla N° 09**

Nivel de depresión según el distrito donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

<b>Distrito/Valores</b>	<b>BELEN</b>	<b>IQUITOS</b>	<b>PUNCHANA</b>	<b>SAN JUAN</b>
<b>Depresion</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
Leve	11	32	17	20
Moderada	1	2	1	5
Grave	0	1	0	0
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>25</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores. 2019

TABLA N° 09, se puede observar que dentro de la población de pacientes que presentaron depresión leve, 11 de los pacientes residen en Belén, 32 de los pacientes residen en Iquitos, 17 de los pacientes residen en Punchana y 20 de los pacientes residen en San Juan.

Dentro de la población de pacientes que presentaron depresión moderada, 1 de los pacientes reside en Belén, 2 de los pacientes residen en Iquitos, 1 de los pacientes reside en Punchana y 5 de los pacientes residen en San Juan.

Dentro de la población de pacientes que presentaron depresión grave, solo existe un paciente que reside en Iquitos.

**Tabla N° 10**

Nivel de ansiedad según el estado civil de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

<b>Estado Civil/Valores</b>	<b>Casado(a)</b>	<b>Divorciado(a)</b>	<b>Soltero(a)</b>	<b>Viudo(a)</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
No hay ansiedad	0	0	3	0
Leve	9	1	18	3
Moderada	18	2	17	3
Grave	3	2	10	1
<b>Total general</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>7</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores.2019

TABLA N° 10, se puede observar que del 100% de la población de pacientes atendidos, un total 30 pacientes casados, 5 pacientes divorciados, 48 pacientes solteros y 7 paciente viudos.

Dentro de la población de pacientes que no presentaron ansiedad, solo fueron 3 solteros.

Dentro de la población de pacientes que presentaron ansiedad leve, 9 de los pacientes fueron casados, 1 de ellos divorciado, 18 de los pacientes fueron solteros y 3 de las pacientes fueron viudas.

Dentro de la población de pacientes que presentaron ansiedad moderada, 18 de los pacientes fueron casados, 2 de los pacientes fueron divorciados, 17 de los pacientes fueron solteros y 3 de las pacientes fueron viudas.

Dentro de la población de pacientes que presentaron ansiedad grave, 3 de los pacientes fueron casados, 2 de los pacientes fueron divorciados, 10 de los pacientes fueron solteros y solo 1 de ellas era viuda.

**Tabla N° 11**

Nivel de depresión según el estado civil donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.

<b>Estado Civil/Valores</b>	<b>Casado(a)</b>	<b>Divorciado(a)</b>	<b>Soltero(a)</b>	<b>Viudo(a)</b>
<b>Depresion</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>
Leve	28	4	42	6
Moderada	1	1	6	1
Grave	1	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>7</b>

Fuente: Base de datos elaborado por los investigadores.2019

TABLA N° 11 se observa que dentro de la población de pacientes que presentaron depresión leve, 28 de los pacientes fueron casados, 4 de ellos divorciados, 42 de los pacientes fueron solteros y 6 de las pacientes fueron viudas.

Dentro de la población de pacientes que presentaron depresión moderada, uno de los pacientes fue casado, 1 de los pacientes fue divorciado, 6 de los pacientes fueron solteros y 1 de ellas era viuda.

Dentro de la población de pacientes que presentaron depresión grave solo hubo 1 de los pacientes que era casado.

## CAPITULO V: DISCUSION, CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.

### 5.1. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en la investigación sugieren algunos comentarios sobre los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes de un centro de salud de la ciudad de Iquitos 2019. Al igual que en la investigación de Guillen J y Ordoñez R , (2017), quienes en su investigación obtienen Ansiedad moderada en porcentajes por encima del 40%, en la presente investigación se obtienen similares resultados, aunque en contraposición a dicho estudio se encontró una diferencia significativa con respecto al porcentaje de ansiedad grave en un 15% del total de pacientes evaluados, el incremento puede ser multicausal dentro de los que podemos nombrar tenemos, Nivel sociocultural, Nivel económico, tiempo de tratamiento, entorno familiar, etc.

En cuanto a los niveles de depresión se observa una marcada diferencia en los cuales logran resultados de más del 60% que no padecen depresión, contra los 88% del presente estudio que padecen depresión en alguno de sus grados, siendo el grado leve el de más porcentaje alcanzando un 79% en grado de depresión leve, un 8% en grado moderado y solo el 1% en grado grave los síntomas de depresión también están asociados a los estados de “abandono emocional” en la que se encuentran los pacientes ya que según lo observado son en su mayoría los pacientes que acuden solos a su tratamiento y refieren que sus familiares no pueden asistir con ellos por sus múltiples ocupaciones, pero al mismo tiempo refieren que se sentirían mejor si ellos estarían presentes a esto sumado que en su gran mayoría los pacientes que se someten a diálisis no realiza actividad laboral alguna ya que se sienten limitados por la enfermedad e inherentemente ligado a esto también acompaña la percepción de sí mismo como una “carga” para sus familiares, llegando en algunos casos a confesar de haber tenido “pensamientos de suicidio” generalmente en la fase de inicio del tratamiento, además de encontrarse en la fase de no aceptación al diagnóstico. Los resultados obtenidos referente a depresión es coincidente con la investigación de Montoya F, Ivonne J y Chumacero

S, (2014) quienes obtuvieron altos porcentajes de pacientes con depresión, siendo la depresión leve el de mayor porcentaje con un 79% y el grave el de menos porcentaje con solo 1%.

Según Sandín B y,Chorot P. (2009). Define ansiedad como una señal de alarma, advierte de un peligro inminente y permite a una persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. Este nivel de ansiedad es considerado normal ya que es una respuesta biológica de supervivencia que permite mejorar las habilidades y destrezas físicas del usuario para dos tipos de respuesta huir o luchar, pero cuando esta sensación de ansiedad se descontrola y rebasa los límites normales aparece una evidente sensación de malestar y descontrol que deterioran al individuo en su rendimiento normal. Si este estado persiste aun sin presencia de estímulos o si este reacciona de forma exagerada a un estímulo, he ahí el momento en el que se habla de ansiedad clínicamente significativa y patológica, ya que provoca un malestar significativo interfiriendo en todos los aspectos de la vida del individuo (deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas). En el presente estudio se observa que los más afectados con ansiedad son los pacientes del sexo masculino, aunque la diferencia es mínima con respecto al sexo opuesto, cabe mencionar que en ambos sexos se encontró alta prevalencia de ansiedad siendo del tipo moderado el de mayor porcentaje, por lo observado esto puede deberse a que los pacientes tienen muy bajo conocimiento sobre el tratamiento de diálisis, además se encontró que de lo poco que sabían del tratamiento de diálisis lo habían escuchado de otros pacientes o personas cercanas a su entorno mas no de un personal calificado, esto sumado a las múltiples dolencias que son comorbidas con su problema principal que en su mayoría es causado por la enfermedad de la diabetes, todo ello está asociado a los altos porcentajes obtenidos en el presente estudio.

## 5.2. CONCLUSIONES.

El presente estudio nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- En pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que acuden a diálisis en un centro de salud de Iquitos 2019, que presentan ansiedad, se concluye que, del total de pacientes que son 89 en total el 12% resultó ser excluido del estudio por no cumplir con los requisitos necesarios y el 83% de pacientes tuvo algún grado de ansiedad, siendo el 31% en grado leve, el 40% en grado moderado y por último el 15% restante en grado severo.
- En pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que acuden a diálisis en un centro de salud de Iquitos 2019, que presentan depresión, se concluye que, del total de pacientes que son 89, el 86% de pacientes tuvo algún grado de depresión, siendo el 79% en grado leve, el 8% en grado moderado y por último el 1% restante en grado severo o grave.
- En relación a los niveles de ansiedad según las características de los pacientes se concluye que eran mayor el número de pacientes de sexo masculino que femenino, además que la mayor parte de pacientes tenían más de 61 años, además de ser en su mayoría de estado civil soltero y por último que provenían mayoritariamente del distrito de Iquitos.
- Con respecto a la relación de las características de los pacientes con los niveles de ansiedad según la prueba estadística chi cuadrado de variables se encontró un alto nivel de significancia en relación con el sexo, edad, estado civil y distrito que provenía siendo este menor a 0.05 lo que indica una relación entre las variables.
- Con respecto a las características de los pacientes con los niveles de depresión se encontró según la prueba estadística de chi cuadrado un alto nivel de significancia menor a 0.05 en las variables de edad, sexo y distrito de procedencia, siendo solo el estado civil el que no se encuentra relación estadística significativa con la variable depresión.

### ▪ 5.3. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos obligan a brindar las siguientes recomendaciones:

1. Aceptar el tremendo impacto que tienen la ansiedad y la depresión tanto en los pacientes como en los familiares de los mismos, involucrando incluso al personal profesional de salud.
2. Capacitar al personal de salud en temas de intervención a pacientes de hemodiálisis, según estándares internacionales, para que de esta manera se logre una intervención oportuna de los casos de ansiedad y depresión.
3. Realizar talleres y seminarios con el personal de enfermería sobre el manejo de pacientes con enfermedad renal, además de fomentar en ellos temas para el diagnóstico oportuno de ansiedad y depresión y así ser aliados del especialista y así brindar una atención de calidad y calidez.
4. Realizar charlas informativas de sensibilización con los familiares y público en general sobre temas de ansiedad y depresión y su impacto en pacientes que reciben diálisis, además de otorgarles herramientas para el manejo en casa de estos pacientes y las acciones a seguir para ayudar al paciente en su bienestar de su salud psicológica.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capote Leyva E. y Torres Lio-C., 2013 "Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente". Trabajo de investigación en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n1/mil08114.pdf>
2. Córdova Calderón, Mery Alexandra. "El abordaje psicológico desde Ellis en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica, en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de Hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín". Investigación para la obtención del título de Psicóloga en la Universidad Politécnica Salesiana, Sede Quito, Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Carrera de Psicología, 2010.
3. Courts, N. F. (2000). Ajuste psicosocial de pacientes en hemodiálisis domiciliaria y sus compañeros de diálisis. En: Investigación en Enfermería Clínica. Vol. 9, N ° 2, 177-190.
4. Daugridas, T. John, (2008). Manual de diálisis 4ta edición. Madrid: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health.
5. Guillen Calvom Jessica y Ordoñez Campos R. 2017, "Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú", Investigación para la obtención del título de psicología en la universidad Ricardo Palma, sede Lima, 2017.
6. Montoya Fernández, Jeanette Ivonne y Suarez Chumacero, José Fernando. "Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013". Trabajo de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, 2014 [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/173/1/TL\\_MontoyaFernandezJeanette\\_SuarezChumaceroJose.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/173/1/TL_MontoyaFernandezJeanette_SuarezChumaceroJose.pdf).
7. Montalvo Roel Isabel. Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N°07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima. 2012.
8. National Kidney Foundation (2012) La enfermedad renal crónica, kidney.org. Recuperado de: <https://www.kidney.org/es/kidneydisease/aboutckd>
9. Oliveira dos Santos M. y de Oliveira Harison J. 2011, Influencia de las Variables Laborales en la Calidad de Vida de los Anestesiólogos de la



Ciudad de João Pessoa, editorial Elsevier, Revista brasileira de Anestesiología, Mayo-Junio.

10. Palladino C. Alberto, 2013. "INTRODUCCION A LA DEMOGRAFIA", catedra de atención primaria de la salud epidemiología e informática II, facultad de medicina, Universidad Nacional del Nordeste.
11. Pupiales, A. 2012. Relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a hemodiálisis regular. Área de Medicina Interna del Hospital "Provincial Docente Ambato". Tesis de grado para optar al título de médico cirujano. Universidad "Técnica de Ambato". Núcleo Ecuador. Pp. 119. [Multígrafo].
12. Ramos Alcario A, 2010. Factores psicológicos que afectan la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. Disponible: [www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php?...revista](http://www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php?...revista).
13. Redondo, M., Calvanese, N., García, H., Hernández, L. 2013. Factores psicológicos depresión, rumiación y percepción de los efectos del trasplante en los pacientes con y sin diagnóstico de Nefropatía Crónica del Injerto del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas (HUC). Venezuela. Rev Venez Nefrol. [Serie en línea]. 12(1):106 – 128. Disponible: [www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0254-16372010000100004](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0254-16372010000100004).
14. Rodríguez, M., y Frías, M. 2012. Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad renales: una revisión. Rev Psicol Sal. [Serie en línea]. 15(2):169-185. Disponible: <http://tone.udea.edu.co/ojs/index.php/iee/article/view/pdf>.
15. Robles-García M. 2015, Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM, erviceio de Medicina Preventiva. Unidad de Calidad. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.
16. Rojas Gómez, Manuel de Jesús. "Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados del Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional De Occidente, Año 2010", Investigación para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Medicina Interna de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad De Ciencias Médicas, 2010
17. Suarez, L., y Rodríguez, M. 2013. Factores psicológicos que afectan a los pacientes en con diálisis peritoneal y hemodiálisis. Carabobo Venezuela.

Rev Venez Enferm. [Serie en línea]. 29(6):525-533. Disponible: [www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd48/perfiles431/indice.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd48/perfiles431/indice.pdf).

18. Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (Vol. 2, pp. 54-80). Madrid: McGraw-Hill.
19. Torres, R. 2013. Interconsultas y enlace en psiquiatría. Boletín de la escuela de medicina, Universidad Católica de Chile, Rev Med Psiquiát. [Serie en línea]. 24(2): 105 – 109. Disponible: <http://www.boletin/psiquiatria.com/trabajos21>.
20. Vásquez M, Bolaños L. 2011. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en pacientes hemodializados. Rev Ter Psicol. [Serie en línea]. 29(1): 135-140. Disponible: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718).
21. Villanueva P. Carlos A. y Casas J., 2015 Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014, Investigación para la obtención del título de psicología en la universidad Peruana Unión, sede Lima.

## ANEXOS



Evaluación de paciente por parte del investigador



Indicación de instrucciones por parte del investigador



Entrada a la sala de Hemodiálisis



Máquina de diálisis



Pacientes recibiendo la diálisis respectiva



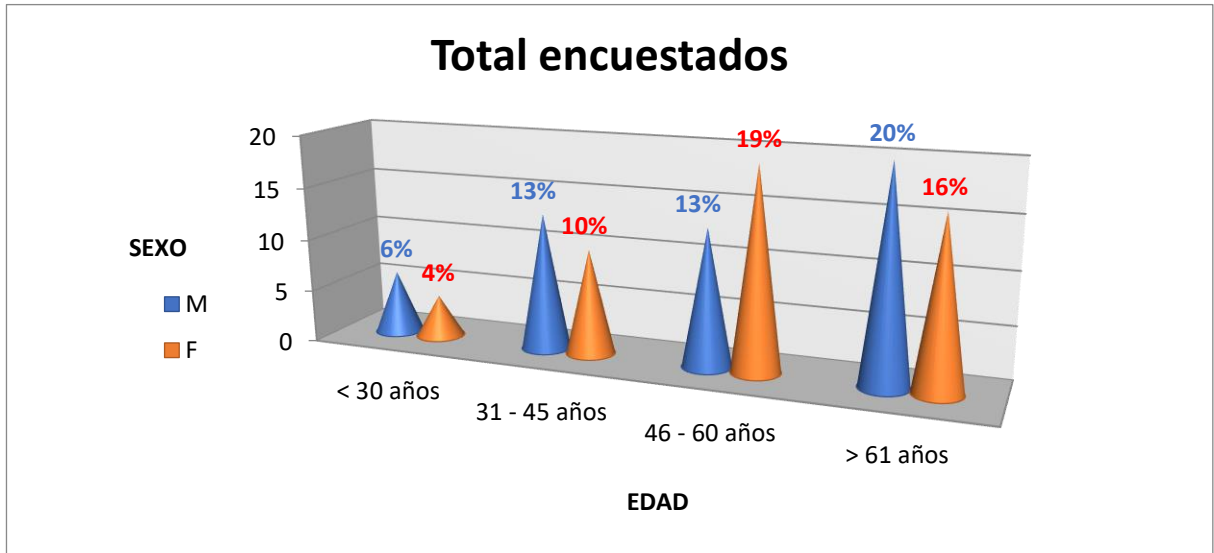
Paciente realizándose la diálisis respectiva



Entrada al servicio de Hemodiálisis

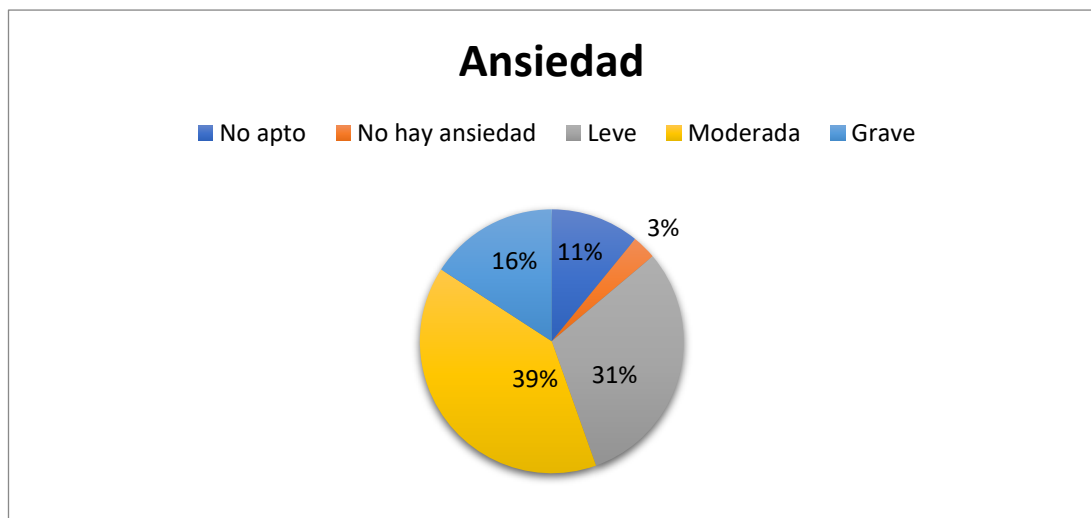
**Gráfico N° 01**

Edades de pacientes atendidos que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



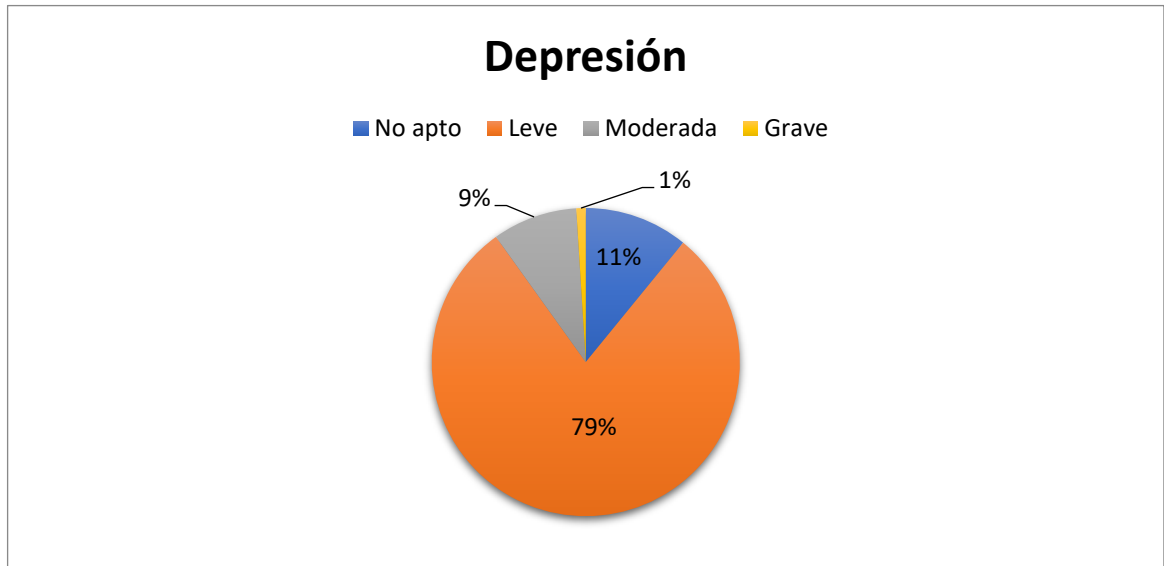
**Gráfico N° 02**

Nivel de nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



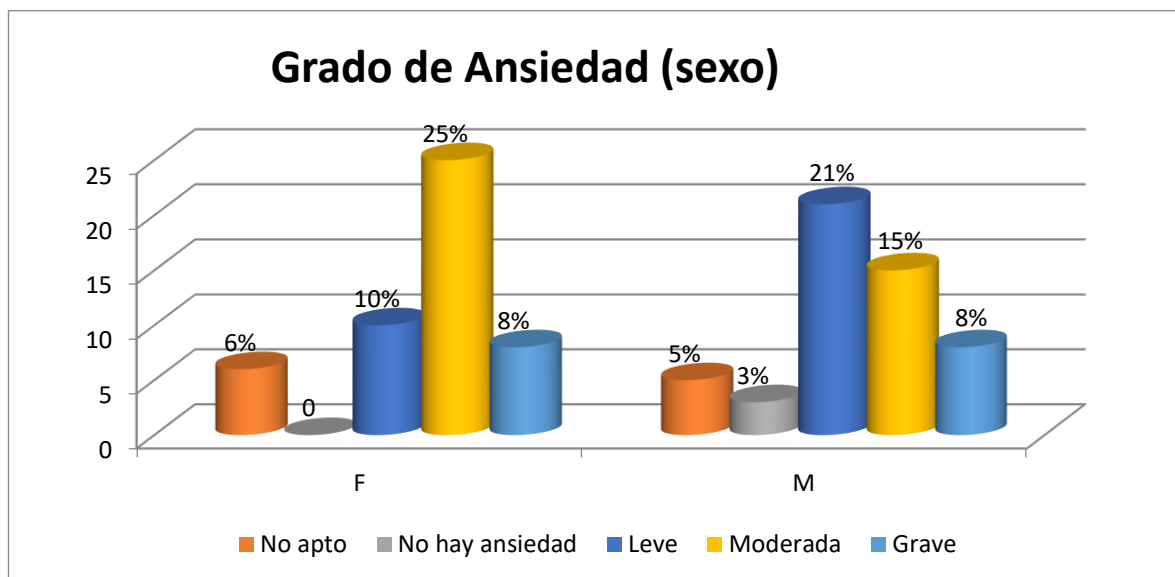
**Gráfico N° 03**

Nivel de nivel de depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



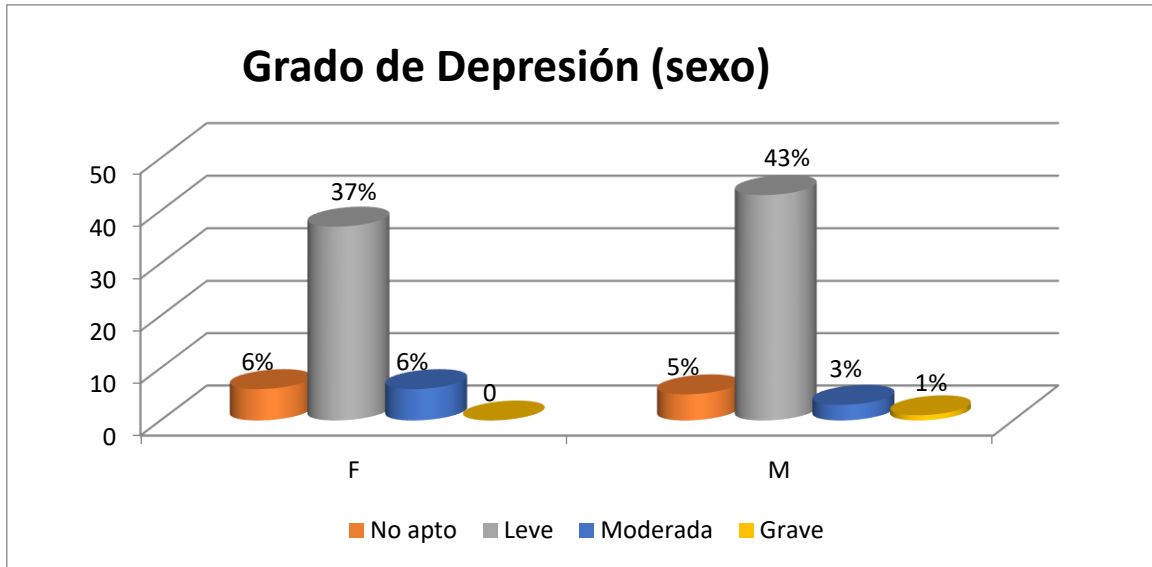
**Gráfico N° 04**

Nivel de ansiedad según sexo en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



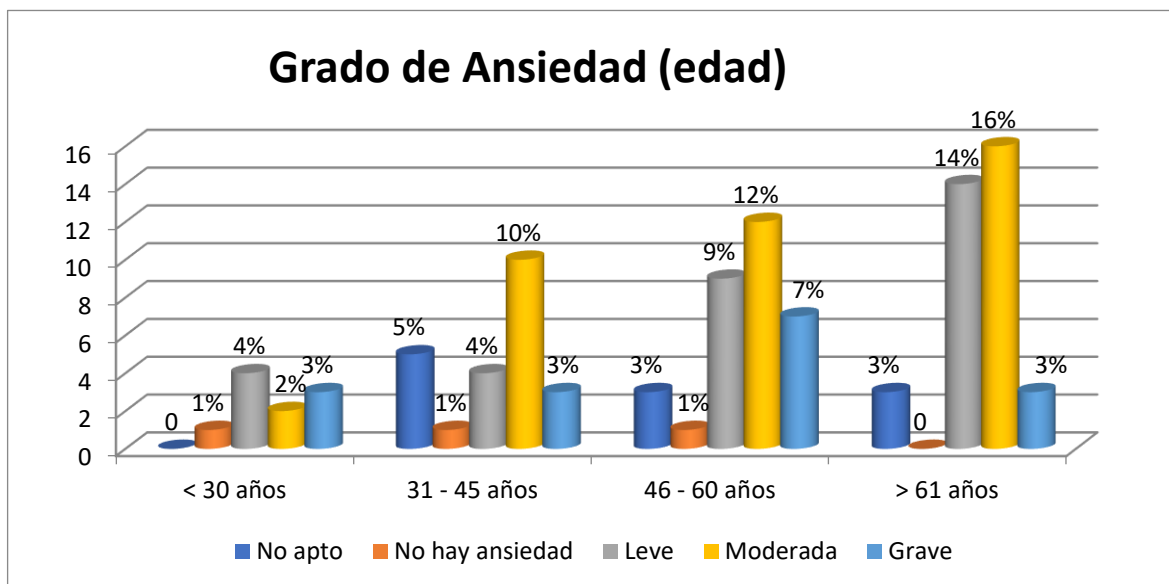
**Gráfico N° 05**

Nivel depresión según sexo en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



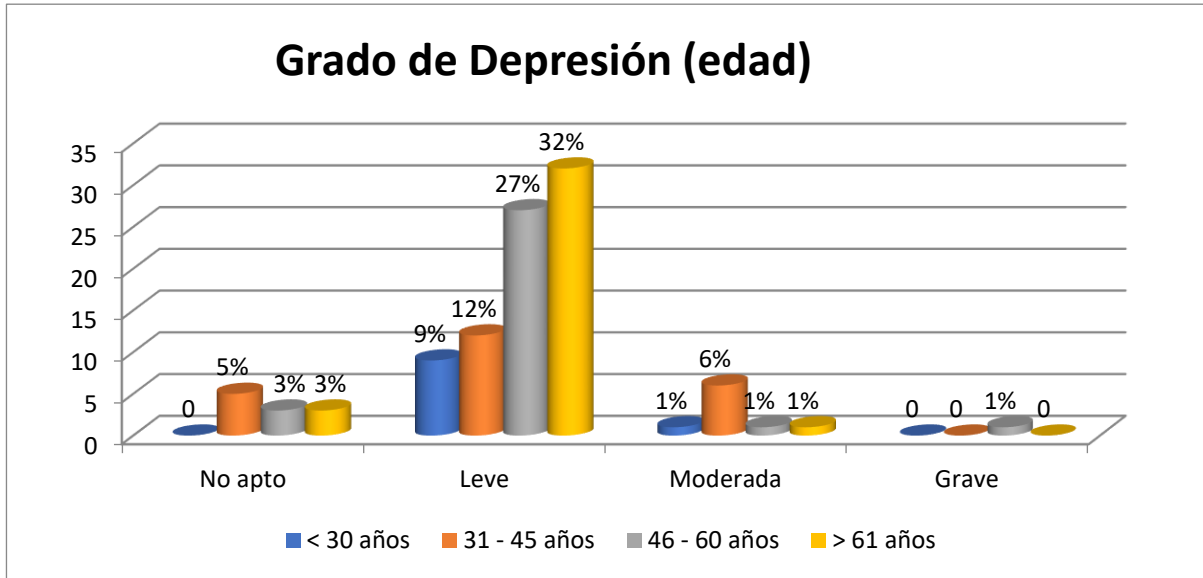
**Gráfico N° 06**

Nivel de ansiedad según edad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



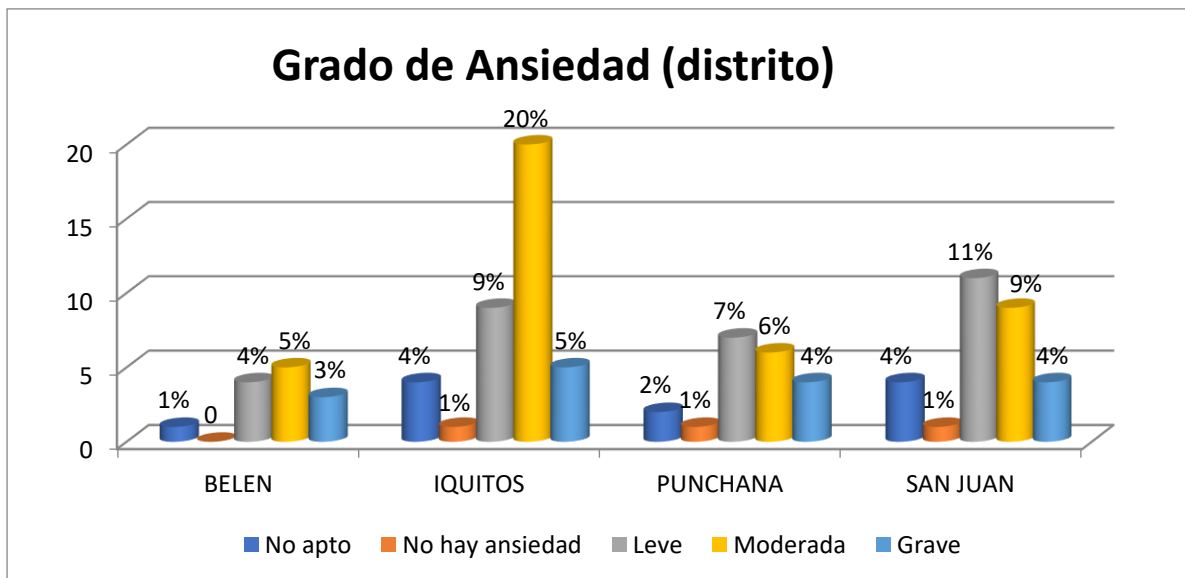
**Gráfico N° 07**

Nivel de depresión según edad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



**Gráfico N° 08**

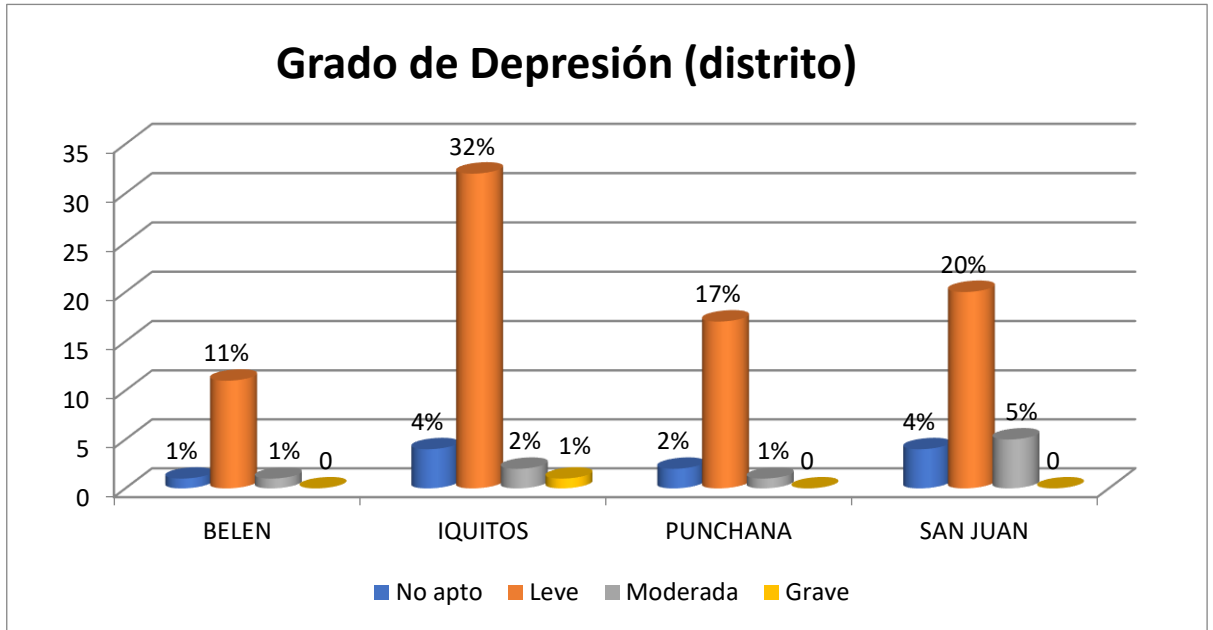
Nivel de ansiedad según el distrito donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.





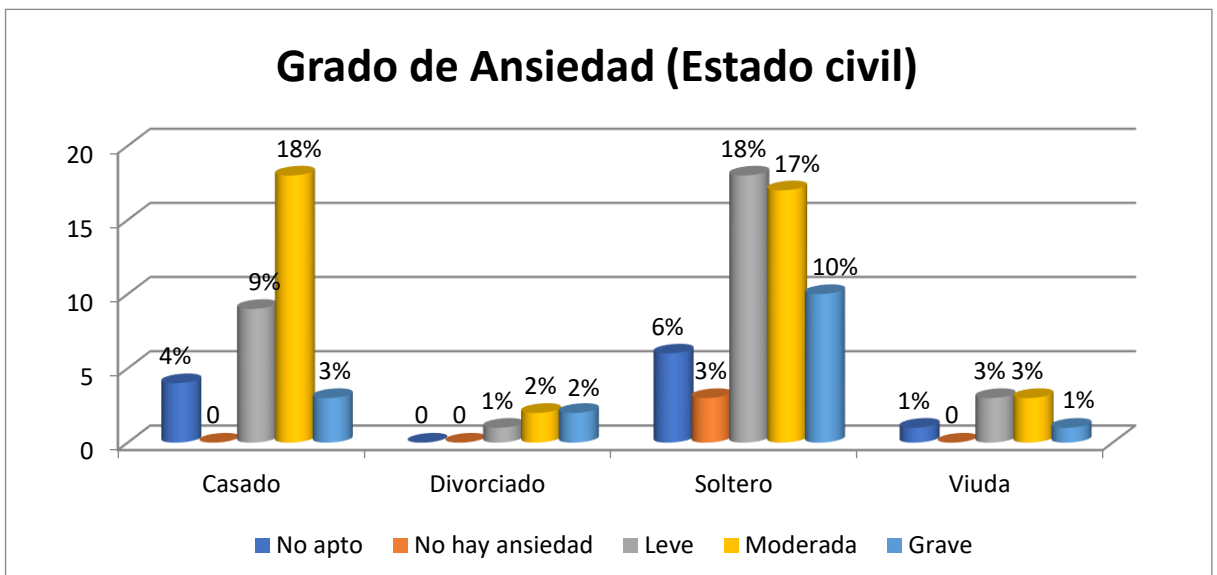
**Gráfico N° 09**

Nivel de depresión según el distrito donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



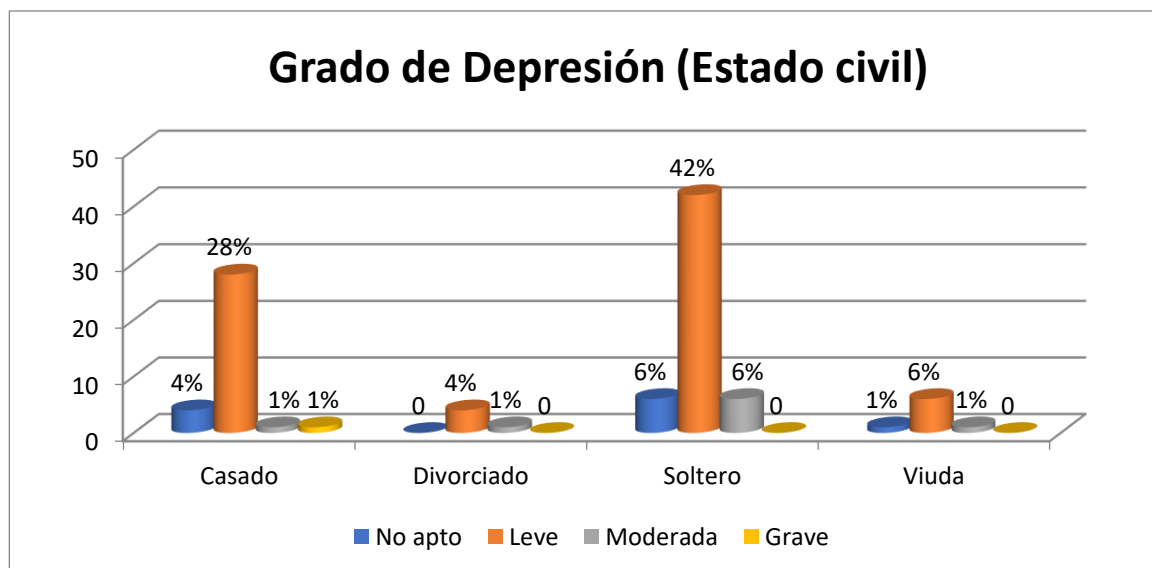
**Gráfico N° 10**

Nivel de ansiedad según el estado civil donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



**Gráfico N° 11**

Nivel de depresión según el estado civil donde viven en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital regional de Loreto - Iquitos 2019.



## INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS

### ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

**POR W. W. K. ZUNG**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL, DE PUNTOS						

## ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.

**POR W. W. K. ZUNG**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me Siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL, DE PUNTOS						

### 3.5.2 Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un centro de salud de la región – Iquitos 2019?	<p><b>GENERAL.</b> Determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un centro de salud de la región – Iquitos 2019. <b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Identificar el nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un centro de salud de la región – Iquitos 2019. 2. Identificar el nivel de depresión en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en un centro de salud de la región – Iquitos 2019.</p>	No hay hipótesis ya que el presente estudio es de carácter descriptivo.	<p>La ansiedad es una experiencia emocional caracterizado por mostrar síntomas de carácter vegetativo, logrando incluso dar la sensación de que la propia vida está en riesgo.</p> <p>Es un trastorno mental caracterizado por una profunda tristeza, embotamiento, fatiga, pensamientos negativos, pérdida de interés y decaimiento.</p>	<p><b>VARIABLE X</b></p> <p>Variables psicológicas</p> <p><b>VARIABLE Y</b></p> <p>Variable física.</p>	<p>Temblor, contracciones musculares, agitación, sensación de ahogo, tensión muscular, hiperventilación, taquicardia, sudoración, micción constante, sensación de opresión en el tórax, sensación de muerte inminente.</p> <p>Tristeza, decaimiento, anhedonia, desinterés, angustia, insomnio, pérdida de apetito, melancolía.</p> <p>- Enfermedad renal</p>	<p>El diseño de la investigación será el Descriptivo transversal porque permitirá describir el fenómeno en un espacio y tiempo determinado.</p> <p>El tipo de Investigación es no experimental porque no se manipularan las variables y serán observadas tal como se presentan.</p>