



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

**Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con
enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de
hemodiálisis**

Autor

557151 Yolanda Leegrace Guerra Guerra

562318 Sergio Armando Rivera García

San Pedro Garza García, N.L., mayo 2020.



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

**Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con
enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de
hemodiálisis**

Autor

557151 Yolanda Leegrace Guerra Guerra

562318 Sergio Armando Rivera García

Asesor

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila

San Pedro Garza García, N.L., mayo 2020.

**PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS
A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS**

Aprobación de Tesis;

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, MCE
Asesor de Tesis

MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano
Presidente

MCE. Francisca Pérez Camacho
Secretaria

MCE. Carolina Solano Vázquez
Vocal

MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano
Director Escuela de Enfermería

Agradecimientos

A la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM por formar profesionales de enfermería con gran calidad y humanismo, así como también, por la formación académica y el apoyo escolar que se nos brindó.

A la MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano por dirigir una escuela de enfermería con gran empeño educativo.

Al Hospital Christus Muguerza por darnos oportunidad de realizar nuestra investigación.

A la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila por todo el apoyo, tiempo y conocimiento que nos brindó para la realización de este proyecto, ya que sin ella esto no se hubiera logrado. Gracias por siempre ser un ejemplo a seguir.

Dedicatoria

En memoria a mi padre el Sr. Guillermo Vladimir Guerra Sánchez, porque a pesar del poco tiempo que estuvo en esta vida a mi lado, me enseñó siempre el significado del verdadero amor, hoy su recuerdo se encuentra conmigo impulsándome a ser mejor cada día. Le doy gracias a Dios por la fortaleza que me brinda para salir adelante sin tan maravillosa persona. Te llevare en el alma y en el corazón eternamente.

A mi hermosa madre la Sra. Yolanda Patricia Guerra Pérez, por darme lo que nunca nadie podría darme jamás, sus palabras sinceras y su amor incondicional. Su ejemplo de una mujer valiente y decidida la cual cada día daba todo por sus hijos es con lo que yo me voy a quedar. Te amare profundamente.

A mi comprensivo hermano el joven Guillermo Guerra Guerra, por ser mi modelo a seguir durante todo este tiempo, la confianza que depositó en mi cuando nadie más lo hizo, es lo que me hace ser la persona que soy ahora. Agradecida con Dios porque no solo me dio un hermano mayor, sino un padre cuando lo necesitaba o un mejor amigo cuando lo ocupaba. Te amo infinitamente y tengo la completa seguridad que no importa el camino que tomemos, siempre estaremos juntos.

A mi compañero y mejor amigo el joven Sergio Armando Rivera García, por la motivación y el apoyo que me dio durante toda mi carrera, por haber estado conmigo en mis mejores momentos e incluso en los más turbulentos. Eres una gran bendición en mi vida y

el hecho de coincidir contigo, es algo por lo que viviré agradecida por el resto de mis días.

A mi compañera y mejor amiga la Srita. Andrea Zuzzet Pérez Huerta, por trasmitirme su alegría y buena vibra cada día, por llorar mis penas y reír mis alegrías y por el simple hecho de estar ahí cuando más la necesite. Es una suerte el tener una amiga como tú.

Por último, a lo largo de mi vida y de mi carrera he aprendido, que las personas que más te aman son esas que sin decirlo, están a tu lado y lo demuestran sin esperar nada a cambio.

Yolanda Leegrace Guerra Guerra

Dedicatoria

A mis padres, el Sr. Armando Rivera Monreal y la Sra. Esmeralda García Lucio, por siempre haberme alentado en todo momento a ser una mejor persona en todos los aspectos de mi vida, sin su apoyo yo no hubiera podido llegar hasta este momento. Les agradezco con todo mi corazón en esta vida y en cualquier otra, la forma en la que me educaron y me demostraron su amor.

A mi compañera y mejor amiga, la Srita. Yolanda Leegrace Guerra Guerra por su apoyo incondicional en toda la carrera, su amistad y consejos del día con día son un pilar fundamental en mi vida diaria. Me encuentro infinitamente agradecido con Dios por haber puesto en mi camino a tan magnífica persona.

A mi compañera y amiga, la Srita. Andrea Zuzzet Pérez Huerta por dar ese toque de buen humor a mis días cuando yo más lo necesite.

Todo el mundo necesita a personas como mis padres y amigas para poder ser felices.

Sergio Armando Rivera García

RESUMEN

Yolanda Leegrace Guerra Guerra

Sergio Armando Rivera García

Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus
MUGUERZA Hospital General Conchita

Fecha de

Graduación:

26 de Mayo de
2020

Título del Estudio: PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Número de Páginas: 69

Área de Estudio: Clínico

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

Propósito y Método de Estudio: Estudio descriptivo y transversal que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Se utilizó como fuente de medición una cédula de datos sociodemográficos y se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). La muestra final fue de 12 pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Contribución y conclusiones: En cuanto a los resultados obtenidos, se observó que la media para la variable de ansiedad se encuentra en un 6.42 ($DE= 4.738$) considerado como síntomas no significativos al borde de tener síntomas dudosos y para la variable de depresión una media del 5.92 ($DE= 2.503$) considerado de igual forma como síntomas no significativos. De acuerdo con esta información, el papel de enfermería en cualquiera de los casos es fundamental ya que a menudo, el nivel de ansiedad y depresión que tienen estos pacientes se pasa por alto, sin embargo, la detección oportuna de alteraciones mentales en cualquiera de sus grados nos puede asegurar un progreso significativo y positivo en la calidad de vida del paciente.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

ABSTRACT

Yolanda Leegrace Guerra Guerra

Sergio Armando Rivera García

Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus
MUGUERZA Hospital General Conchita

Graduate date:

May 26th, 2020

Study title: THE PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE SUBJECTED TO HEMODIALYSIS TREATMENT

Candidate to obtain a degree in Discharge Nursing

Number of pages: 69

Study area: Clinical

Purpose and method of study: A cross-sectional descriptive study which was aimed at determining the prevalence of anxiety and depression in patients with chronic kidney disease subjected to hemodialysis treatment. A sociodemographic data form was used as a measurement source and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied (Zigmond & Snaith, 1993). The final sample was 12 patients with chronic kidney disease subjected to hemodialysis treatment.

Contribution and conclusions: Regarding the results obtained, it was noted that the mean for the variable of anxiety is 6.42 ($SD=4.738$) considered as non-significant symptoms fairly close to reaching doubtful symptoms. In the case of the variable of depression the mean is 5.92 ($SD=2.503$) considered as non-significant symptoms as well. According to this information, the role of the nursing field in any of the cases is fundamental, since the level of anxiety and depression of the patients is often disregarded. Nevertheless, the timely detection of mental alterations at any level might ensure meaningful and positive progress in the quality of life of patients.

SIGNATURE OF THE THESIS DIRECTOR: _____

Tabla de contenido

Contenido	Página
1. Capítulo I. Introducción	1
1.2 Antecedentes	5
1.3 Marco teórico	10
1.4 Justificación	16
1.5 Definición del problema	19
1.6 Objetivos	21
2. Capítulo II. Material y métodos	22
2.1 Diseño del estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Tamaño de la Muestra y Tipo de Muestreo	22
2.4 Criterios de selección	22
2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	24
2.6 Definición de variables y unidades de medida	25
2.7 Recolección de información	26
2.7.1 Selección de fuentes y métodos	26
2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información	27
2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la Información	28
2.8 Aspectos éticos	28
3. Capítulo III. Resultados	30
3.1 Características sociodemográficas	30
3.2 Estadística descriptiva de las variables de estudio	32

Tabla de contenido

Contenido	Página
3.3 Consistencia interna de las escalas aplicadas	36
4. Capítulo IV. Discusión	37
4.1 Limitaciones del estudio	40
4.2 Conclusiones	40
4.3 Recomendaciones	41
Referencias	43
Apéndices	53
Apéndice A. Aprobación del Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación	59
Apéndice B. Consentimiento informado	54
Apéndice C. Cédula de datos sociodemográficos	58
Apéndice D. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	59

Lista de tablas

Tabla	Página
1. Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	24
2. Definición de variables y unidades de medida	25
3. Características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis	30
4. Ansiedad de acuerdo con las características sociodemográficas en los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos al tratamiento de hemodiálisis	33
5. Depresión de acuerdo con las características sociodemográficas en los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos al tratamiento de hemodiálisis	34
6. Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos al tratamiento de hemodiálisis	36

Capítulo I

Introducción

Actualmente, salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948). Desde esta definición, se ha puesto especial énfasis en tener una visión global de los cuidados que enfermería debe brindar; el enfoque de la medicina actual se centra únicamente en la dimensión física, olvidando así, lo psicológico, social y espiritual. Esto es especialmente relevante en pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad renal (Moya, 2017; Hernández & Maldonado, 2019).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una afección que indica que los riñones están dañados, por tanto, hay una pérdida total o parcial de la capacidad de excretar los productos de desecho y el excedente de líquido de la sangre a través de la orina (National Kidney Foundation, 2019). A consecuencia de esta pérdida de funcionalidad, los pacientes con ERC van experimentando una serie de cambios bruscos en su vida, debido a los síntomas propios de la enfermedad y al tratamiento de hemodiálisis (HD) (Pedreira, Vasco, Herrera, Martínez, & Junyent, 2018).

Considerando lo anterior y según la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, la HD se define como un procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva de agua y solutos de la sangre a través de una membrana artificial semipermeable extracorpórea.

Cabe recalcar que, con el tratamiento de HD, el paciente llega a sufrir durante cada sesión diferentes reacciones, como hipotensión, calambres musculares, cefaleas, dolores osteoarticulares, náuseas, vómito, debilidad, fatiga y un riesgo alto de infección debido a los accesos vasculares, llegando en algunos casos a presentar trastornos ansioso-depresivos (Moya, 2017).

En el año 2017 la OMS mencionó, que los trastornos por ansiedad y depresión son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Así mismo, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), define ansiedad generalizada como una preocupación excesiva durante un periodo mínimo de 6 meses, por otra parte, la depresión mayor es considerada un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por tristeza persistente durante al menos 2 semanas.

Por tanto, el deterioro físico cognitivo, las restricciones que conlleva la enfermedad y el cumplimiento del régimen terapéutico, son factores que parecen desencadenar o empeorar una ansiedad o depresión ya establecida (Vasilopoulou, Bourtsi, Giaple, Koutelekos, Theofilou, & Polikandrioli, 2016). Aunado a esto, en el año 2014, se realizó un estudio en el Noreste de México en 225 pacientes con ERC que se encontraban en tratamiento de HD, en donde se observó que el 47.1% presentaba al menos algún grado de depresión (Fuentes, García, & Salinas, 2014).

Diversos autores refieren, que los trastornos psiquiátricos en estos pacientes como lo es la ansiedad y la depresión se han relacionado con la morbilidad y la mortalidad, debido a que, al presentar pensamientos y emociones negativas, hay una mayor

frecuencia a presentar síntomas somáticos, además de adquirir estilos de vida no saludables y una menor adherencia al tratamiento farmacológico, afectando el curso y la evolución de la enfermedad (Moya, 2017; Kumar, Khandelia, & Garg, 2018). Además, existen factores sociodemográficos que influyen y acentúan dichos trastornos tales como el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral por mencionar algunos de los más importantes.

Por consiguiente, el origen de este estado anímico normalmente resulta de una dificultad de adaptación y de la incertidumbre que genera el proceso de la enfermedad, la cual demanda cambios importantes en la vida del paciente (Perales, Duschek, & Reyes del Paso, 2016). Cuando se es diagnosticado con ERC, surge incertidumbre a lo desconocido, temor hacia el rumbo que tomara su enfermedad o simplemente el miedo a perder el control de sus funciones corporales.

Merle H. Mishel aporta una mirada enfermera, ya que conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con esta (Torrents, Ricart, Ferreiro, López, Renedo, Lleixà, & Ferré, 2013). Así mismo el modelo de adaptación de Sor Callista Roy establece un marco para la adaptación de enfermedades crónicas.

En base a lo anterior, el papel de enfermería en este tipo de pacientes es fundamental, ya que debe centrarse no solo en ofrecer el mejor tratamiento farmacológico, sino enfocarse también en su estado psicológico y espiritual. Además, es de suma importancia, ofrecer apoyo emocional en etapas de pre-diálisis, para así dar al

paciente recursos que sean de gran ayuda para afrontar los diversos cambios que va a provocar su enfermedad con el tiempo.

Por tal motivo el objetivo general del presente protocolo de investigación será determinar la prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

1.2 Antecedentes

Depresión

AlDukhayel (2015) llevo a cabo un estudio trasversal en 133 pacientes de Arabia Saudita, con el objetivo de identificar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes sometidos a tratamiento de HD y correlacionar estos síntomas con los datos sociodemográficos. Sus resultados mostraron que el 25.6% tenían depresión leve, el 45.9% presentaba depresión moderada y el 12% depresión severa según la escala de Zung Self-rating Depression Scale (Zung SDS). Así mismo algunos datos sociodemográficos significativos mostraron que el 57.9% de los pacientes eran casados y presentaron algún grado de depresión en un 79.2% ($p=0.031$).

Da Silva et al (2017) llevaron a cabo un estudio trasversal en 147 pacientes de 3 centros de salud especializados en el cuidado de la ERC en Fortaleza, Brasil, con el objetivo de investigar la aparición de síntomas depresivos entre las personas con ERC en el tratamiento conservador y la terapia de reemplazo renal (HD). Los resultados mostraron que el 31.9% del total de participantes, tenían síntomas de depresión, y fue leve en 14.9% de los casos, moderada en 9.5% y grave en 4.7% según la escala BDI.

Liu, Chang, Wang, Yang, Lu y Hou (2018) llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional en 194 pacientes de tres centros de HD al norte de Taiwán, con el objetivo de evaluar la importancia de la resiliencia y el apoyo social en el manejo de la depresión en pacientes de edad avanzada sometidos a HD de mantenimiento. Los resultados indicaron que, del total de los pacientes, el 45.9% experimento síntomas depresivos, además se mostró, que los hombres con un alto

nivel educativo, ingresos e independencia financiera tenían menos depresión.

Vallejos y Ortega (2018) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo en 503 pacientes de Lima, Perú, con el objetivo de describir los niveles de depresión, en pacientes con ERC en HD, a fin de conocer sus diferencias de acuerdo a sus condiciones sociodemográficas. Los resultados mostraron que el 48.9% de los pacientes mostro un nivel de depresión leve, mientras que el 40.2% presento un nivel moderado según la escala BDI, así mismo los pacientes renales con menor nivel educativo presentaron una mayor tendencia a presentar trastornos depresivos en un 78.8%. Como dato significativo y con respecto al estado civil, un mayor porcentaje de pacientes viudos presento depresión en un 58.5%.

Depresión y ansiedad

Cuesta-Vargas y Vertedor (2016) llevaron a cabo un estudio descriptivo trasversal analítico en 50 pacientes de un centro de HD en Málaga, España, con el objetivo de analizar la relación que pueda existir entre la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes que realizan ejercicio físico habitual y los que no lo realizan. Sus resultados mostraron que un 35.9% no realizaba ningún tipo de actividad física, dando como resultado sintomatología depresiva leve en un 15.4% y ansiedad leve en un 51.3%, demostrando así que las personas con una vida sedentaria tienen mayor tendencia a presentar trastornos ansioso-depresivos ($p=0.015$).

Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Cheverría (2015) llevaron a cabo un estudio descriptivo observacional de corte trasversal en 49 pacientes de España, con el objetivo de conocer la prevalencia de la

ansiedad y depresión en pacientes con ERC en programa de HD. Sus resultados mostraron que la sintomatología depresiva representó un 42.9% y la ansiosa un 32.7% según la escala de HADS. Así mismo se mostró que existió una relación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y el sexo ($p=0.02$).

Ottaviani et al (2016) llevaron a cabo un estudio correlacional transversal con enfoque cuantitativo, en 100 pacientes con ERC en tratamiento de HD de una Unidad de Terapia Renal Sustitutiva en el interior del Estado de São Paulo, Brasil, con el objetivo de analizar la relación entre la ansiedad y la depresión de los pacientes renales crónicos sometidos a HD. Los resultados mostraron que, el 16.0% presentó algún grado de depresión mientras que el 33.0% algún grado de ansiedad, según la escala de HADS.

Rangel, de Albuquerque, Pereira y Peres (2018) llevaron a cabo un estudio transversal en 65 pacientes de Sao Paulo, Brasil, con el objetivo de identificar las características sociodemográficas y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento de HD. Los resultados mostraron que un 64.6% de los pacientes presentó algún grado de ansiedad, mientras que un 69.2% de los pacientes presentó de igual manera algún grado de depresión según la escala de HADS. Como dato significativo y en relación al sexo, el estudio señaló, que las mujeres presentaban puntajes más altos de esta sintomatología que los hombres ($p=0.034$).

Rebollo, Morales y Pons (2017) llevaron a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 152 pacientes con tratamiento de HD en Málaga, España, con el objetivo de analizar la Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS) y si presentaban

algún grado de ansiedad o depresión. Sus resultados mostraron que el 27% presento algún grado de depresión y el 26.6% de los pacientes presentaba algún grado de ansiedad.

Stachera, Singh, Stoeberl, Menegat y Baroni (2014) llevaron a cabo un estudio observacional de corte trasversal en 128 pacientes con tratamiento de HD, en la unidad de terapia de reemplazo renal del Hospital Casa de Misericordia en Ponta Grossa, Brasil, con el objetivo de comparar la prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con tratamiento de HD, teniendo en cuenta comorbilidades que pueden contribuir a esta. Los resultados mostraron que, del total de pacientes, un 22.6% presento algún grado de depresión y un 25.7% presento algún grado de ansiedad según la escala The Beck Depression Inventory (BDI).

Turkistani et al (2014) llevaron a cabo un tipo de estudio trasversal en 286 pacientes sauditas con ERC, con el objetivo de detectar la prevalencia de la depresión y la ansiedad en pacientes con HD. Los resultados arrojaron que según la escala de HADS el 21.1% de los pacientes eran casos probables de ansiedad y el 23.3% eran casos probables de depresión. Como dato significativo el 58.8% de los pacientes eran mayores de 40 años, así mismo presentaron niveles de depresión de algún grado en un 53% y de ansiedad de algún grado en un 44% ($p=001$).

Tanvir, Butt y Taj (2013) llevaron a cabo un estudio trasversal en 135 pacientes de nefrología del Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán, Islamabad, con el objetivo de encontrar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de mantenimiento con HD. Los resultados mostraron que el 57.30% del total de los pacientes con

ERC, tenían depresión y un 42.69% tenían ansiedad según la escala de HADS. Como dato significativo sociodemográfico se mencionó que los varones casados sin educación presentaban mayor tendencia a los trastornos ansioso-depresivos.

1.3 Marco teórico

Debido al número de casos que se presentan día con día y a la severidad de sus complicaciones, la ERC es considerada un problema de salud pública a nivel mundial (Millán-González, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo, & Villegas, 2009). Diversas fundaciones establecen que la ERC, es una afección que indica que los riñones se encuentran dañados, ya que estos no pueden mantener la salud corporal, además de no poder filtrar la sangre correctamente (National Kidney Foundation, 2019; American Kidney Fund, 2019).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, el 10% de la población mundial sufre de ERC. Así mismo, según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión en Latinoamérica (SLANH), existen más de 613 pacientes con enfermedad renal, por cada millón de habitantes (Miguel, 2018).

A consecuencia de lo anterior, los principales tratamientos que se ofrecen cuando se tiene ERC, son la diálisis peritoneal (DP), el trasplante renal (TR) y la HD. No obstante, ante la baja disponibilidad de órganos para donación, los tratamientos más utilizados por excelencia son la DP y la HD (Millán-González et al., 2009; Hernández & Maldonado, 2019).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, la DP se define como, un procedimiento terapéutico que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal. Similar es el caso de la HD, ya que la define como un procedimiento especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la

sangre, pero esta será a través de una membrana artificial semipermeable extracorpórea.

Cabe mencionar que este último, tiene un mayor impacto en la calidad de vida de las personas. Por tanto, los cambios que genera el tratamiento de HD pueden ser difíciles de afrontar en los pacientes renales, además de existir efectos secundarios psicológicos que repercuten en la calidad de vida, tales como lo es la ansiedad y depresión por mencionar los más importantes (Hernández & Maldonado, 2019).

Diversos autores concuerdan en que la ansiedad y la depresión en los pacientes renales tratados en HD, son problemas muy poco abordados y frecuentemente ignorados, ya sea por el personal de salud o los mismos familiares. De acuerdo con el DSM una de las características esenciales de la ansiedad generalizada, es la preocupación excesiva durante un periodo mínimo de 6 meses, en donde el individuo tiene una dificultad para controlar ese estado de constante preocupación, además de acompañarse por al menos tres síntomas de una lista que incluye, inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y trastornos del sueño (DSM-IV, 1995).

Así mismo, la ansiedad se considera hasta cierto punto normal en las personas, como una respuesta adaptativa, ayudando al ser humano a prepararse en caso de encontrarse bajo alguna amenaza, sin embargo, se considera patológico, cuando esta es excesiva y persistente, caracterizándose por sentimientos disruptivos de incertidumbre y temor (Cohen, Cukor, & Kimmel, 2016).

Por otra parte, la depresión mayor se define, como un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de tristeza persistente y una pérdida de la capacidad del placer en casi todas las actividades que el individuo realiza en su vida diaria, afectando así el comportamiento, las emociones y los sentimientos (DSM-IV, 1995).

A menudo, el término "depresión" puede parecer confuso y malinterpretado por la sociedad, ya que las personas lo utilizan muy frecuentemente para describir estados anímicos negativos los cuales desaparecen con facilidad o tienden hacer de carácter transitorio. La severidad, la persistencia y la pérdida de funcionalidad, son la clave para distinguir la sintomatología de una depresión mayor, de aquellos que simplemente son fluctuaciones emocionales pero que no constituyen a una enfermedad (Nieto, 2017).

Así mismo el DSM, menciona que, para fines de diagnóstico, la persona debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye, pérdida o ganancia de peso en un 5% durante un mes, insomnio, enlentecimiento psicomotor, falta de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte e ideación o intento suicida. Además, los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, durante al menos 2 semanas consecutivas. Al mismo tiempo el episodio se acompaña de malestar significativo, habiendo un deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo (DSM-IV, 1995).

Una vez que se establece el diagnóstico, se aplican ciertas especificaciones, las cuales indican la gravedad del trastorno en cuestión. Por consiguiente, se debe tener en cuenta el número y la

intensidad de la sintomatología que presenta la persona, así como cualquier irregularidad en sus actividades diarias. Dicho esto, en caso de tener pocos o ningún síntoma requerido para formular el diagnóstico, pero existe un ligero deterioro en la actividad social o laboral, esta se considerará depresión leve, si los síntomas están situados entre leve y grave y además existe un deterioro en la funcionalidad, este será considerado depresión moderada y si se llegara a detectar varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico este se considerara depresión grave (DSM-IV, 1995).

De este modo, se considera que la ansiedad y depresión son enfermedades psicológicas muy comunes en los pacientes con ERC que se encuentran sometidos a tratamiento de HD, la incidencia de la ansiedad específicamente en estos pacientes varia de un 12 a un 52%, mientras que la incidencia de la depresión oscila entre el 19 y el 60% (Gerogianni, Lianos, Kouzoupis, Polikandrioti, & Grapsa, 2018).

No obstante, ante las características ya expuestas de lo que es la ansiedad y la depresión, existen factores sociodemográficos que influyen y acentúan dichos trastornos. Respecto a lo anterior, uno de los factores principales que destaca la literatura es el género, diversos autores concuerdan en que la ansiedad y la depresión tienen una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres; esto podría estar relacionado a que nuestra cultura nos ha establecido que los hombres tienen menor posibilidad de expresar sus sentimientos en comparación con las mujeres, ya que se dice estas tienen una mayor ventaja social y por lo tanto una mayor oportunidad de mostrar sus emociones (Vallejos & Ortega, 2018; Theofilou, 2011).

Otro de los factores a destacar es la edad, en donde la literatura señala que hay un incremento de la incidencia en la ansiedad y la depresión a medida en que se va envejeciendo, esto podría deberse a que a conforme pasa el tiempo va disminuyendo su capacidad de realizar diversas actividades de la vida diaria lo que podría desencadenar un aislamiento social. Así mismo, el estado civil es otro de los factores con mayor relevancia, ya que la literatura señala, que los pacientes viudos o divorciados con especial énfasis en los adultos mayores, presentaban un mayor porcentaje a padecer ansiedad y depresión, esto debido a que se encontrarían más afectados por la ausencia de un acompañante el cual les brinde apoyo y seguridad para manejar su enfermedad (Vallejos & Ortega, 2018; Theofilou, 2011).

Y como último factor, se encuentra la situación laboral, ya que, al presentar menor solidez en dicho ámbito, mayor será la tendencia a presentar ansiedad y depresión (Theofilou, 2011). Esto podría estar relacionado a que, a causa del desempleo, menor oportunidad de estabilidad económica para solventar su tratamiento y las necesidades básicas del día con día.

Conviene subrayar, que cada paciente renal vive su enfermedad de manera singular, esta dependerá de factores como el entorno en el que se desenvuelve la persona o las características de esta. Sin embargo, a medida que avanza el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, tristeza, angustia e incertidumbre, surgen en todos los pacientes con enfermedad renal (Capote & Torres, 2014).

Dicho esto, uno de los principales problemas en este tipo de pacientes es la incertidumbre por la evolución que tendrá su

enfermedad (Capote & Torres, 2014). M. Mishel, considera a la persona como dueña y líder de su vida, la cual decide sobre su salud, y sobre lo que es más importante y conveniente para ella; sin embargo, cuando la persona presenta incertidumbre, esta normalmente es incapaz de decidir sobre su actual enfermedad, debido a la inseguridad y falta de confianza que presenta. En consecuencia de lo anterior, diversos autores señalan, la negatividad de presentar dicho sentimiento ya que habilita tanto alteraciones físicas como emocionales tales como la ansiedad y la depresión (Torrents et al., 2013).

Simultáneamente, al presentar dicho sentimiento, este puede provocar un deterioro en la capacidad de adaptación del individuo (Torrents et al., 2013). Así mismo, Callista Roy considera que la adaptación es la forma en la que el individuo responde al entorno y a las circunstancias críticas de la vida, mediante comportamientos de supervivencia y trascendencia; sin embargo, en el momento que el paciente inicia el tratamiento de HD, este sufre alteraciones en sus necesidades tales como la nutrición, eliminación, integridad de la piel, seguridad, actividad y reposo, entre otros, dando como resultado que el proceso de adaptación se vuelve más difícil (Cabrera, Guizado, & Peralta, 2018).

Por tanto, la participación de enfermería en etapas de incertidumbre y adaptación durante su tratamiento de HD es de suma importancia, ya que se le brinda al individuo seguridad y confianza ante los cambios ya sean físicos o mentales que presentara a lo largo de su enfermedad.

1.4 Justificación

La ERC es una de las enfermedades crónicas de salud pública más importantes a nivel mundial (Draganovic & Kurulmaz, 2018). En el 2010, se clasificó como la decimoctava causa de muerte en todo el mundo y se mencionó que la prevalencia ha duplicado año con año. Así mismo, en México la ERC se ha considerado importante en estos últimos años, debido al impacto que ha provocado en la vida de las personas (Manigoue, Tchapoga, Atuhaire, Priebe, & Cumber, 2018).

Diversos autores concuerdan, en que, debido a esta enfermedad, hay una alteración significativa en ámbitos físicos, psicológicos y sociales, dando como resultado una considerable disminución en la calidad de vida del individuo (Rodríguez, Badilla, & Cruz, 2019). Por otra parte, el inicio del tratamiento de HD en etapas avanzadas de la enfermedad, produce diversos cambios significativos, dado que prácticamente la vida de los pacientes gira en torno a las sesiones que el hospital brinda para su tratamiento, además de las restricciones que la misma enfermedad conlleva. Por consiguiente, podemos sospechar que estamos frente a individuos con una alta probabilidad de padecer trastornos ansioso-depresivos (Ng, Tan, Mooppil, Newman, & Griva, 2015; Salas & Fernández, 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior, la literatura nos muestra que entre el 20 y 50% de los pacientes con ERC en tratamiento de HD presentan trastornos emocionales, tales como lo son la ansiedad y la depresión. Así mismo, la tasa de sintomatología psiquiátrica en estos pacientes es de tres a cinco veces más en comparación con la población normal; esto podría deberse a que los pacientes pasan por diferentes condiciones propias de la enfermedad y otras debidas al

tratamiento (Cabrales-Arreola, Sánchez-Estrada, Ojeda-Vallejo, Monterubio-Flores, & Hernández-Girón, 2017).

Puesto que la ansiedad y la depresión son problemas de salud mental de suma importancia en estos pacientes, su estudio podría dificultarse, debido a que los síntomas podrían ser parte de los efectos secundarios del tratamiento o de la misma enfermedad. No obstante, diversos autores consideran que los cambios en el estado de ánimo durante los primeros 6 meses, son hasta cierto punto normales, debido a que el paciente aún se encuentra en un proceso de adaptación asociado a su enfermedad, sin embargo, cuando se supera esa temporalidad, resulta preocupante y alarmante para la salud mental del individuo (Rodríguez et al., 2019; Cabrales-Arreola et al., 2017).

Frente a lo ya expuesto, es de suma importancia identificar a la brevedad cambios en el estado de ánimo del paciente, debido a que, al presentar trastornos como la ansiedad y la depresión, hay una menor adherencia al tratamiento farmacológico, afectando el curso y la evolución de la enfermedad, así como también el abandono de este (Moya, 2017). Por tanto, es relevante señalar la importancia de investigar en los pacientes con ERC su estado emocional y el cómo está influyendo en su adaptación frente a la enfermedad, todo esto con la finalidad de brindar una mayor calidad de vida, dando las herramientas necesarias para enfrentar los diversos cambios que esta ira presentando (Cabrales-Arreola et al., 2017).

Dicho lo anterior la presente investigación contribuye a tomar conciencia del deber que tenemos como profesionales de la salud de idear estrategias y protocolos específicos para la detección temprana

de sintomatología tanto física como mental. Así mismo desarrollar intervenciones que favorezcan su autocuidado, autoestima e independencia (Rodríguez, Badilla, & Cruz, 2019).

1.5 Definición del problema

La ERC constituye un problema de salud a nivel global, debido al aumento considerable en su incidencia y prevalencia en la última década (Ruiz, Latorre, Delgado, Crespo, & Sánchez, 2016). Según la OPS, esta enfermedad afecta al menos a un 10% de la población a nivel mundial; cabe señalar que esta enfermedad se puede prevenir, sin embargo, al ya presentarla solo es posible tratarla, debido a que tiende a ser progresiva y asintomática hasta etapas más avanzadas (Delgado, González, & Minaya, 2019).

Hay que mencionar, además, que los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como lo son los pacientes renales, a menudo suelen ser más propensos a trastornos del estado de ánimo, esto debido a las nuevas limitaciones que conlleva la misma enfermedad y su tratamiento (National Institute of Mental Health [NIH], 2015). Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN) las personas con ERC en tratamiento de HD tienden a presentar diversos cambios y síntomas somáticos que afectan significativamente la calidad de vida, ya que su autonomía, sus hábitos y sus relaciones interpersonales se ven afectados al empezar el tratamiento (Vallejos & Ortega, 2018; Delgado et al., 2019).

Además, la literatura señala que los pacientes con ERC en tratamiento de HD presentan trastornos ansioso-depresivos con una alta prevalencia que va desde el 23 al 42% en Estados Unidos y el continente europeo, dando a demostrar que esto es un problema de salud pública a nivel mundial (Fan et al., 2014). Aunado a esto, la OPS menciona que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la ansiedad y la depresión son los más comunes en un 5 y

3.4%. Además, se estima que entre el 60 y 65% que necesitan atención por estos trastornos no la reciben, dando como resultado que cada año alrededor de un millón de personas se suicide (Nieto, 2017).

Por tanto, cada día el paciente con ERC se enfrenta a situaciones nuevas, las cuales aumentan el riesgo de padecer trastornos ansioso-depresivos; y al ser una enfermedad importante se necesita de todo un equipo multidisciplinario para su atención. A menudo, el nivel de ansiedad y depresión que tienen estos pacientes se pasa por alto, ya que el personal de salud se enfoca en dializar a los pacientes y en reducir sintomatología física, sin embargo, la detección oportuna de alteraciones mentales en cualquiera de sus grados, nos puede asegurar un progreso significativo y positivo en la calidad de vida del paciente (Nieto, 2017).

Ante esta problemática surge la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran sometidos a tratamiento de hemodiálisis?

1.6 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Objetivos Específicos

1. Determinar el porcentaje de ansiedad y depresión de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Capítulo II

Material y métodos

A continuación, en el presente capítulo se describirán los siguientes aspectos: diseño del estudio, población, tamaño de la muestra y tipo de muestreo, instrumento(s), el procedimiento para la recolección de información, consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

2.1 Diseño del estudio

Se realizó un diseño de estudio descriptivo de corte transversal, dado que serán medidos en una sola medición y tiempo. Así mismo, se describieron las variables de la ansiedad y depresión.

2.2 Población

La población estuvo conformada por 16 pacientes de los cuales se excluyeron 4 por no cumplir con la temporalidad requerida para esta investigación, por lo que al final este proyecto quedó conformado por 12 pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

2.3 Tamaño de la Muestra y Tipo de Muestreo

La muestra estuvo conformada por 12 pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4 Criterios de selección

Inclusión

Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, diagnosticados con enfermedad renal crónica sometidos al

tratamiento de hemodiálisis y con una duración de igual o mayor a 6 meses.

Exclusión

Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa que utilicen como tratamiento psicofármacos, así como también pacientes desorientados no ubicados en tiempo lugar y espacio.

Eliminación

Pacientes que no cumplan con la entrega de documentos (cédula de datos, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y consentimiento informado) y respuestas dobles e incompletas.

2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida

Tabla 1

Definición de variables

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Sexo Independiente	Se refiere a las características fisiológicas con las que nacen hombres y mujeres (Fondo de las Naciones Unidas, [UNICEF]).	Particularidades sexuales y fisiológicas que distinguen al paciente con enfermedad renal crónica como hombre y mujer	Dicotómica	Cédula de datos sociodemográficos
Edad Independiente	Tiempo que ha vivido una persona, animal o vegetal (Real Academia Española, [RAE]).	Edad biológica que se da desde el nacimiento de un ser vivo en el paciente.	Numérica	Cédula de datos sociodemográficos
Estado civil Independiente	Es el conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de una comunidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí misma	Situación del paciente en el cual se le establecen ciertos derechos y deberes y que está determinada por sus relaciones.	Nominal	Cédula de datos sociodemográficos
Situación laboral Independiente	Situación en la que se encuentran las personas en cuanto al ámbito laboral	Situación en la que se encuentra un paciente en relación con el mercado de trabajo.	Nominal	Cédula de datos sociodemográficos

2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 2

Definición de variables

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Ansiedad Dependiente	Preocupación excesiva, en donde el individuo tiene una dificultad para controlar ese estado de constante preocupación (DSM-IV, 1995).	Sentimientos de incertidumbre y temor debido a la enfermedad renal crónica que presenta el paciente y la evolución que podrá tener su tratamiento de hemodiálisis.	Nominal	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond & Snaith, 1983).
Depresión Dependiente	Trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de tristeza persistente y una pérdida de la capacidad del placer en casi todas las actividades que el individuo realiza en su vida diaria, afectando así el comportamiento, las emociones y los sentimientos (DSM-IV, 1995).	Trastorno del estado de ánimo del paciente, a consecuencia de la enfermedad renal crónica y su tratamiento en hemodiálisis, y que está caracterizado por tristeza que persiste a lo largo del día, así como la falta de placer por realizar ciertas actividades de su vida cotidiana.	Nominal	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond & Snaith, 1983).

2.7 Recolección de información

2.7.1 Selección de fuentes y métodos

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó una cédula de datos sociodemográficos (Apéndice C), donde está incluido datos como el sexo, la edad, el estado civil y su situación laboral, además de preguntas como ¿Con quién vive actualmente? y ¿Cuánto tiempo lleva sometido al tratamiento de hemodiálisis?, las cuales se utilizaron como filtro para los criterios de inclusión en el estudio.

Para medir las variables de ansiedad y depresión se utilizó la "Escala de ansiedad y depresión hospitalaria" (Apéndice D), la cual fue elaborada por Zigmond y Snaith (1983). Dicha escala tiene la finalidad de evaluar sintomatología de ansiedad y depresión en personas encontradas en el contexto hospitalario y sin patología psiquiátrica aparente. La escala se encuentra constituida por 14 ítems, 7 para síntomas de ansiedad y 7 para síntomas de depresión. Las respuestas se basan en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos dependiendo de la intensidad de los síntomas, así mismo las puntuaciones de la escala van de 0 a 21 puntos para ambos tipos de síntomas y se han configurado como puntos de corte los siguientes: 0-7 síntomas no significativos; 8-10 síntomas dudosos y 11-21 síntomas presentes, además, consta de un índice de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de 0.82 para la subescala de ansiedad y .77 para la subescala de depresión (Lugo, Pérez, & Sánchez, 2018).

2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de información

El presente protocolo de investigación contó con una previa autorización de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM y del Comité de Investigación y Ética. Así mismo, se pidió autorización al área de jefatura de enseñanza del Hospital en donde se aplicó el estudio, con la finalidad de poder realizar la presente investigación.

Una vez obtenidas las autorizaciones, se procedió al área de HD en un horario ya establecido para la recolección de datos. Fue importante explicar a todos los pacientes que se encontraron al momento de la recolección, el motivo, la importancia y el objetivo del presente estudio. Posteriormente, a la persona que decidió no participar fue excluido del estudio y se le agradeció su participación, por otro lado, a los que si aceptaron, se les proporcionó un consentimiento informado (Apéndice B) el cual fue explicado para su completo entendimiento, además se les proporciono una cédula de datos sociodemográficos junto con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) los cuales también fueron explicados de forma clara y completa, con la finalidad de que no se presentaran respuestas dobles e incompletas en la documentación.

Una vez que se obtuvo cada apartado con la información correspondiente, estos fueron guardados para su seguimiento, así mismo y al concluir se les agradeció por su participación en el estudio.

2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Posteriormente, para el análisis de datos, se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente de Alpha de Cronbach. Así mismo, para dar respuesta a los objetivos antes mencionados, se utilizaron frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central (media) y desviación estándar (*DE*).

2.8 Aspectos éticos

La presente investigación se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud [SSA], 1984), el cual tuvo como objetivo el determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Dicho esto, se tomaron en cuenta aspectos éticos fundamentales establecidos conforme al Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I, Artículo 13, en donde se manifiesta que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y de su bienestar.

Para el acatamiento del Artículo 14, Fracción VIII, el estudio de investigación fue sometido a las comisiones de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM.

Con referencia al Artículo 16 el cual señala la protección de la privacidad y confidencialidad, el estudio cuidó de manera pertinente la

información personal de cada uno de los sujetos de estudio que participo en dicha investigación.

En relación con el Artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Así mismo el Artículo 21 menciona que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

Capítulo III

Resultados

En el siguiente capítulo se presentarán las características sociodemográficas de los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de HD, así como la estadística descriptiva de las variables de estudio y la consistencia interna de los instrumentos aplicados.

3.1 Características sociodemográficas

Se encontró que el sexo que más predominó fueron los hombres con un 58.3%, un rango de edad de entre 56 a 65 años, así como los pacientes de 66 a 75 años con una similitud del 33.3%. Con relación al estado civil predominaron los casados (a) con un 66.7% y en cuanto a su situación laboral lo que más predominó fueron los pacientes desempleados en un 50%, además al preguntárseles con quien viven actualmente la respuesta que más sobresalió fue la de Espos(a)/hijos con un 91.7%. Para finalizar se pidió a los pacientes que nos indicaran el tiempo de hemodiálisis por lo que la respuesta que más prevaleció fue la de 24 meses con un 25%.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Variable	f	%
Sexo		
Hombre	7	58.3
Mujer	5	41.7
Edad		
18-25 años	0	0
26-35 años	1	8.3
36-45 años	1	8.3

(continúa)

Tabla 3

Características sociodemográficas de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
46-55 años	0	0
56-65 años	4	33.3
66-75 años	4	33.3
76-85 años	2	16.7
86-99 años	0	0
Estado civil		
Soltero	2	16.7
Casado	8	66.7
Divorciado	0	0
Viudo	2	16.7
Unión libre	0	0
Situación laboral		
Actualmente trabajando	1	8.3
Desempleado	6	50
Jubilado	5	41.7
Con quien vive actualmente		
Padres	1	8.3
Esposo(a)/hijos	11	91.7
Solo(a)	0	0
Tiempo en hemodiálisis		
6 meses	1	8.3
9 meses	1	8.3
12 meses	1	8.3
18 meses	1	8.3
24 meses	3	25
26 meses	1	8.3
30 meses	1	8.3
36 meses	1	8.3
54 meses	1	8.3
60 meses	1	8.3

Nota: $n = 12$

3.2 Estadísticas descriptivas de las variables de estudios

Para dar respuesta al objetivo específico uno, el cual consistió en determinar el porcentaje de ansiedad en pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral, además de agregar preguntas filtro como el tiempo en hemodiálisis o ¿con quién vive actualmente? y teniendo en cuenta puntos de corte de: 0-7 síntomas no significativos; 8-10 síntomas dudosos y 11-21 síntomas presentes, los resultados mostraron que en relación al sexo que más predominó fue la mujer con una sintomatología dudosa del 60%, en cuanto a la edad los resultados nos muestran que los pacientes con un rango de edad de entre 56 a 65 años existe sintomatología presente en un 25% mientras que de los 76 a los 85 años una sintomatología presente de un 50%.

El estado civil nos arroja además, que lo que más prevaleció fueron los casados y que estos tendían a tener mayor sintomatología presente con un 25%, así mismo la situación laboral nos muestra, que las personas desempleadas tendían a presentar síntomas dudosos en un 66.6% seguido de los jubilados con síntomas presentes en un 25%. En relación a las preguntas filtro de ¿con quién vive actualmente? se encontró que las personas con esposo e hijos presentaban en un 27.7% síntomas dudosos, seguido por un 18.8% en síntomas presentes, así mismo los pacientes con al menos 24 meses en tratamiento de hemodiálisis tendían a presentar síntomas dudosos en un 66.6%.

Tabla 4

Ansiedad de acuerdo con las características sociodemográficas en los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de HD.

Variable	Síntomas no significativos		Síntoma dudosos		Síntomas presentes	
	F	%	f	%	F	%
Sexo						
Hombre	5	71.4	2	28.5	0	0
Mujer	1	20.0	3	60.0	1	20.0
Edad						
26-35 años	0	0	1	100.0	0	0
36-45 años	0	0	1	100.0	0	0
56-65 años	1	25.0	2	50.0	1	25.0
66-75 años	4	100.0	0	0	0	0
76-85 años	1	50.0	0	0	1	50.0
Estado civil						
Soltero	1	50.0	1	50.0	0	0
Casado	4	50.0	2	25.0	2	25.0
Viudo	1	50.0	1	50.0	0	0
Situación laboral						
Actualmente trabajando	2	100.0	0	0	0	0
Desempleado	1	16.6	4	66.6	1	16.6
Jubilado	3	75.0	0	0	1	25.0
Con quien vive actualmente						
Padres	0	0	1	100.0	0	0
Esposo(a)/hijos	6	54.5	3	27.7	2	18.8
Tiempo en hemodiálisis						
6 meses	0	0	0	0	1	100.0
9 meses	0	0	1	100.0	0	0
12 meses	0	0	1	100.0	0	0
18 meses	1	100.0	0	0	0	0
24 meses	1	33.3	2	66.6	0	0
26 meses	0	0	0	0	1	100.0
30 meses	1	100.0	0	0	0	0
36 meses	1	100.0	0	0	0	0
54 meses	1	100.0	0	0	0	0
60 meses	1	100.0	0	0	0	0

Nota: $n= 12$

A continuación, se describirán los hallazgos encontrados para la variable de depresión (Tabla 5) el cual dará respuesta al objetivo numero dos que es determinar el porcentaje de la depresión en pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral, además de agregar preguntas filtro como el tiempo en hemodiálisis o ¿con quién vive actualmente? Los resultados mostraron que el sexo que más predominó fueron los hombres con síntomas dudosos en un 42.8%, así mismo los rangos de edades que más predominaron fueron los de 66 a 75 años y los de 76 a 85 años con un 50.0% y 100% de sintomatología dudosa respectivamente. En cuanto al estado civil los pacientes casados presentaron síntomas dudosos en un 37.5% y en su situación laboral los pacientes jubilados presentaron un 75.0% en sintomatología dudosa. En relación a las preguntas filtro de ¿con quién vive actualmente? se encontró que las personas con esposo e hijos presentaban en un 36.3% de síntomas dudosos, así mismo, en cuanto a la temporalidad no se encontraron síntomas significativos.

Tabla 5

Depresión de acuerdo con las características sociodemográficas en los pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD.

Variable	Síntomas no significativos		Síntomas dudosos		Síntomas presentes	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Hombre	4	57.1	3	42.8	0	0
Mujer	4	80.0	1	20.0	0	0
Edad						
26-35 años	1	100.0	0	0	0	0

(continúa)

Tabla 5

Depresión de acuerdo con las características sociodemográficas en los pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD.

Variable	Síntomas no significativos		Síntomas dudosos		Síntomas presentes	
	f	%	f	%	f	%
Edad						
36-45 años	1	100.0	0	0	0	0
56-65 años	4	100.0	0	0	0	0
66-75 años	2	50.0	2	50.0	0	0
76-85 años	0	0	2	100.0	0	0
Estado civil						
Soltero	2	100.0	0	0	0	0
Casado	5	62.5	3	37.5	0	0
Viudo	1	50.0	1	50.0	0	0
Situación laboral						
Actualmente trabajando	2	100.0	0	0	0	0
Desempleado	5	83.3	1	16.6	0	0
Jubilado	1	25.0	3	75.0	0	0
Con quien vive actualmente						
Padres	1	100.0	0	0	0	0
Esposo(a)/hijos	7	63.6	4	36.3	0	0
Tiempo en hemodiálisis						
6 meses	0	0	1	100.0	0	0
9 meses	1	100.0	0	0	0	0
12 meses	1	100.0	0	0	0	0
18 meses	0	0	1	100.0	0	0
24 meses	3	100.0	0	0	0	0
26 meses	1	100.0	0	0	0	0
30 meses	1	100.0	0	0	0	0
36 meses	1	100.0	0	0	0	0
54 meses	0	0	1	100.0	0	0
60 meses	0	0	1	100.0	0	0

Nota: $n= 12$

Con el propósito de dar respuesta al objetivo general que consiste en determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD y teniendo en cuenta que la escala se encuentra constituida por 14 ítems, 7 para

síntomas de ansiedad y 7 para síntomas de depresión, con puntuaciones que van de 0 a 21 puntos para ambos tipos de síntomas, los resultados nos arrojaron que la media para la variable de ansiedad se encuentra en un 6.42 ($DE= 4.738$) considerado como síntomas no significativos al borde de tener síntomas dudosos y para la variable de depresión una media del 5.92 ($DE= 2.503$) considerado de igual forma como síntomas no significativos (Tabla 6).

Tabla 6

Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con ERC sometidos a tratamiento de HD.

	<i>M</i>	<i>DE</i>
Ansiedad	6.42	4.738
Depresión	5.92	2.503

Nota: $n= 12$; M =Media; DE = Desviación Estándar

3.3. Consistencia interna de los instrumentos aplicados

Se calculó la consistencia interna del instrumento para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en el paciente con ERC que se encuentra sometido al tratamiento de HD en el área hospitalaria el cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.59, indicando una confiabilidad aceptable.

Capítulo IV

Discusión

La ERC actualmente es considerada un problema de salud pública en el mundo. Los pacientes que sufren de esta pérdida total o parcial de la función renal a menudo presentan alteraciones significativas tanto a nivel físico, biológico, psicológico, social y familiar, destacando así la sintomatología ansioso-depresiva (Vallejos & Ortega, 2018).

Uno de los aspectos que más se ha trabajado en los pacientes renales, tanto en el contexto clínico como psicológico es la ansiedad y la depresión, ya que estos la cursan en diferentes niveles de intensidad dependiendo de factores en los que se pueda ver envuelto el paciente en cuestión (Vallejos & Ortega, 2018).

La presente investigación muestra datos en relación a la ansiedad y la depresión en los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de HD de acuerdo con algunos factores sociodemográficos como es el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral.

Con respecto al sexo, se encontró que la sintomatología ansiosa predominó más en la mujer a pesar de que la muestra estaba conformada en su mayoría por hombres, lo que concuerda con estudios de Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Cheverría (2015), Rangel, de Albuquerque, Pereira y Peres (2018) y Turkistani et al (2014). Esto podría deberse al rol social que las mujeres juegan hoy en día, como el de ser madre, esposa, trabajadora y proveedora de la atención que se brinda en el entorno familiar. Así mismo, también podría encontrarse relacionado a que nuestra cultura nos ha establecido que los hombres tienen menor posibilidad de expresar sus sentimientos en

comparación con las mujeres, ya que se dice estas tienen una mayor ventaja social y por lo tanto una mayor oportunidad de mostrar sus emociones. Por tanto, este tipo de sintomatología pudiera surgir como respuesta a las pérdidas que conlleva la cronicidad de la enfermedad (Rangel, de Albuquerque, Pereira, & Peres, 2018; Theofilou, 2011).

No obstante, difiere con estudios de Kumar, Khandelia y Garg (2019), Vallejos y Ortega (2018) y Gómez et al (2015), en donde el trastorno por ansiedad fue mayor en los hombres, sin embargo, no se presentó una diferencia significativa.

En cuanto a la edad se encontró que la sintomatología ansioso-depresiva predominaba más en rangos de edades de los 56 a los 85 años lo que concuerda con estudios de Kumar, Khandelia y Garg (2019), Cuesta-Vargas y Vertedor (2016), Gómez et al (2015), Ottaviani et al (2016), Vallejos y Ortega (2018), Stachera et al (2014) y Turkistani et al (2014) esto podría estar relacionado a que a conforme pasa el tiempo va disminuyendo su capacidad de realizar diversas actividades de la vida diaria lo que podría desencadenar un aislamiento social, además de existir una relación positiva entre la edad avanzada y una mayor sensación de fatiga debido a los cambios psicológicos que se producen con la edad.

Por otra parte, el estado civil nos indica que los pacientes casados mostraban una mayor sintomatología ansioso-depresiva en donde concuerda con estudios de Kumar, Khandelia y Garg (2019) y AlDukhayel (2015), esto parece diferir con estudios como los de Vallejos y Ortega (2018) y Theofilou (2011) ya que para estos últimos los pacientes viudos y divorciados con especial énfasis en los adultos mayores presentaban un mayor porcentaje a padecer ansiedad y

depresión, esto debido a que se encontrarían más afectados por la ausencia de un acompañante el cual les brinde apoyo y seguridad para manejar su enfermedad.

Como último factor encontramos la situación laboral en donde se encontró que las personas desempleadas presentaban una mayor tendencia a presentar síntomas ansioso-depresivos ya que, al presentar menor solidez en dicho ámbito, mayor será la tendencia a presentar ansiedad y depresión (Theofilou, 2011). Esto podría estar relacionado a que, a causa del desempleo, menor oportunidad de estabilidad económica para solventar su tratamiento y las necesidades básicas del día con día.

Para finalizar los trastornos como lo son la ansiedad y depresión son sintomatología que frecuentemente es ignorada por el personal de salud, ya que se enfocan únicamente en la sintomatología física, olvidando así otros ámbitos.

En cuanto a nuestro estudio, este difiere con los resultados de los antecedentes encontrados con anterioridad, ya que la sintomatología en nuestra investigación y tomando en cuenta el instrumento utilizado, no se encontraron síntomas presentes, sin embargo, estos estaban al borde de presentarlos (AlDukhayel, 2015; da Silva et al., 2017; Vallejos & Ortega, 2018; Rangel et al., 2018).

4.1 Limitaciones del estudio

Para nuestro estudio de investigación una de las limitaciones fue el entorno de los pacientes al momento de la recolección ya que este fue en un medio privado y la literatura nos muestra que la atención cambia en comparación al medio público, así mismo, el tamaño de la muestra fue pequeño.

4.2 Conclusiones

La mayoría de los pacientes renales en tratamiento de HD fueron los hombres.

Los rangos de edades que más predominaron fueron entre los 56 a 65 años, así como los de 66 a 75 años.

La mayoría del total de los pacientes renales eran casados.

Su situación laboral en su mayoría fueron los desempleados que vivían actualmente con esposo(a) e hijos.

El tiempo del tratamiento de HD que más prevaleció fue de 24 meses.

En relación al sexo, la mujer predominó con sintomatología ansiosa y el hombre con sintomatología depresiva.

En cuanto al rango de edad los pacientes de entre 56 a 65 presentaron sintomatología ansiosa, y los rangos de edades de 66 a 75 y de 76 a 85 sintomatología depresiva.

Los casados fueron los que más predominaron presentando sintomatología ansioso-depresiva.

La situación laboral que más predominó fueron los desempleados presentando sintomatología ansioso-depresiva.

La ansiedad en los pacientes con una temporalidad de al menos 24 meses estuvo presente.

En cuanto a la sintomatología depresiva y en relación con la temporalidad no se encontraron síntomas significativos

4.3 Recomendaciones

Se recomienda el estudio de la eficacia de actividades recreativas durante el tratamiento de HD, esto debido a que los pacientes acuden de 3 a 4 veces por semana en un promedio de 4 horas por sesión, observando así un ambiente nada óptimo, el cual contribuye a que el enfermo renal pueda presentar trastornos ansioso-depresivos (Pedreira, Vasco, Herrera, Martínez, & Junyent 2016).

Dicho lo anterior el mejorar el estado de ánimo de los pacientes mediante la actividad física, el humor y el soporte emocional es algo que se aconseja ampliamente, ya que la realización de este tipo de actividades durante el proceso dialítico es una manera de mejorar el estado de ánimo y la actitud del paciente, ayudando a mantenerlo en un adecuado nivel de salud tanto físico como mental. Por ello, como acción de mejora, se propone implementar un programa de actividades lúdico-terapéuticas (Pedreira, Vasco, Herrera, Martínez, & Junyent 2016). Por otra parte, la psicoeducación es una modalidad de intervención importante para la adhesión al tratamiento que se le está brindando al paciente, por ello resulta imprescindible para el abordaje de cualquier enfermedad (Pupko et al., 2012).

Otras de las actividades a realizar y que se recomienda por su efectividad, es el uso de la musicoterapia, la utilización de selecciones musicales destinadas a la relajación de los pacientes constituye una de las terapias más eficaces cuyos efectos se han demostrado positivos a nivel emocional (Guenoun & Bauca, 2012). Debido a esto

se recomienda para futuras investigaciones el realizar un estudio de la eficacia de la musicoterapia en el paciente con ERC en tratamiento de HD.

Para finalizar, se recomienda en próximas investigaciones realizar un estudio comparativo en donde la calidad de vida sea la principal variable y en el mostrar, en donde se tiene mejor calidad de vida si en el tratamiento de HD o en el tratamiento de diálisis peritoneal.

Referencias

- AIDukhayel, A. (2015). Prevalence of depressive symptoms among hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *International journal of health sciences*, 9(1), 9. doi: 10.12816/0024678
- American Kidney Fund (2019). Chronic Kidney Disease. Recuperado de <http://www.kidneyfund.org/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2018). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
- Cabrales-Arreola, J., Sánchez-Estrada, M., Ojeda-Vallejo, I., Monterubio-Flores, E., & Hernández-Girón, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1). Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/da81d815f37eba94d6e7041313941a50/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036193>
- Cabrera, S. E. N., Guizado, H. J. C., & Peralta, C. R. (2018). Adaptación de pacientes adultos al tratamiento de hemodiálisis en un hospital público Lima – Perú 2018 (Trabajo académico). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Capote, L. E., & Torres, L. V. (2014). Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 61-71. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo>.

php?pid=S013865572014000100008&script=sci_arttext&tlng=en

- Cohen, S. D., Cukor, D., & Kimmel, P. L. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *11*(12), 2250-2255. doi: 10.2215/CJN.02590316
- Cuesta-Vargas, A. I., & Vertedor, C. C. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, *16*(61), 99-109. doi: 10.15366/rimcaf2016.61.008
- Da Silva, J. G. B., de Oliveira, B. A. M., da Silva, F. G. P., da Silva, L. N., Rocha, L. G., Cunha, S. C.,...Almeida, A. S. M. H. (2017). Depressive symptoms in chronic kidney disease: A comparison between patients on dialysis versus conservative treatment. *Nefrología Latinoamericana*, *14*(4), 153-159. doi: 10.1016/j.nefrol.2017.05.001
- Delgado, M. J. V., González, H. K. M., & Minaya, B. G. L. (2019). Relación entre el nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis que acuden al Centro Nacional de Salud Renal. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Draganović, S., & Kurulmaz, B. (2019). Depression and anxiety levels among chronic kidney patients. *Epiphany*, *11*(1), 31-54. Recuperado de file:///C:/Users/lee29/Downloads/289-751-1-PB.pdf

- Fan, L., Sarnak, M. J., Tighiouart, H., Drew, D. A., Kantor, A. L., Lou, K. V., ... & Weiner, D. E. (2014). Depression and all-cause mortality in hemodialysis patients. *American journal of nephrology*, *40*(1), 12-18. Recuperado de <https://www.karger.com/Article/PDF/363539>
- Fuentes, L. E. V., García, S. G., & Salinas, L. E. R. (2014). Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Diálisis y Trasplante*, *35*(3), 98-102. doi: 10.1016/j.dialis.2014.02.001
- Gerogianni, G., Lianos, E., Kouzoupis, A., Polikandrioti, M., & Grapsa, E. (2018). The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. *International urology and nephrology*, *50*(1), 143-154. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1966294156?pq-origsite=gscholar>
- Gómez, V. L., Pac, G. N., Manresa, T. M., Lozano, R. S., & Chevarria, M. J. L. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, *18*(2), 112-117. doi: 10.4321/S2254-28842015000
- Grigoriou, S. S., Karatzaferi, C., & Sakkas, G. K. (2015). Pharmacological and non-pharmacological treatment options for depression and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Health psychology research*, *3*(1). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768541/>
- Guenoun, S. M., & Bauca, C. M. (2012). ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones?. *Enfermería*

Nefrológica, 15(1), 57-62. doi: 10.4321/S2254-28842012000100008

- Hernández, C. E. I., & Maldonado, S. M. (2019). Calidad de vida en pacientes nefrópatas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León. *Enfermería Global*, 18(53), 255-280. doi: 10.6018/eglobal.18.1.322491
- Kumar, V., Khandelia, V., & Garg, A. (2018). Depression and anxiety in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Annals of Indian Psychiatry*, 2(2), 115. doi: 10.4103/aip.aip_12_18
- Liu, Y. M., Chang, H. J., Wang, R. H., Yang, L. K., Lu, K. C., & Hou, Y. C. (2018). Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and clinical risk management*, 14, 441. doi: 10.21471TCRM.S152273
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) (1995). Episodio depresivo mayor. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) (1995). Trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Miguel, V. L. E. (2018). Aumentan del 10% los casos de insuficiencia renal crónica en México. Recuperado de <https://nacionfarma.com/aumentan-del-10-los-casos-de-insuficiencia-renal-cronica-en-mexico/>

- Millán-González, R., Gómez-Restrepo, C., Gil, L. F. A., Oviedo, L. G. F., & Villegas, S. F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(4), 622-634. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615450004.pdf>
- Moya, R. M. A. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100007
- National Institute of Mental Health (NIH) (2015). Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>
- National Kidney Foundation (2019). Chronic Kidney Disease. Recuperado de www.kidney.org/node/25520
- Ng, H. J., Tan, W. J., Mooppil, N., Newman, S., & Griva, K. (2015). Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: A 12-month prospective study on incident and prevalent populations. *British journal of health psychology*, 20(2), 374-395. doi.org/10.1111/bjhp.12106
- Nieto, R. M. C. (2017). Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado Lima – Perú 2017 (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Oraki, M., Zarrati, N., & Zarrati, I. (2018). Comparison of life expectancy, quality of life, irrational health beliefs, health locus of control and hospital depression in patients undergoing hemodialysis and heart transplant in Shahid-Rajee hospital. *Bali Med J*, 7(1), 177-81. Recuperado de <https://balimedicaljournal.org/index.php/bmj/article/viewFile/808/1100>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). Definición de la salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). La salud mental en el trabajo. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/es/
- Ottaviani, A. C., Betoni, L. C., Pavarini, S. C. I., Gramani, S. K., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. D. S. (2016). Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300303&script=sci_arttext&tlng=pt
- Pedreira, R. G., Vasco, G. A., Herrera, M. C., Martínez, D. Y., & Junyent, I. E. (2018). Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 21(1), 44-51. doi: 10.4321/s2254-28842018000100006
- Pedreira, R. G., Vasco, G. A., Herrera, M. C., Martínez, D. Y., & Junyent, I. E. (2016). Actividades recreativas en hemodiálisis. Una oportunidad terapéutica. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 14-14. Recuperado de https://www.revistaseden.org/files/articulos/3706__uplemento_19_16110030.pdf

- Perales, C. M. P., Duschek, S., & Reyes del Paso, G. A. R. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, *36*(3), 275-282. doi: 10.1016/j.nefro. 2015.12.002.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, *28*(2), 73-98. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext
- Pupko, B., Vera, B., Analía, V., Silveria, O. L., Ercoli, D. E.,... Britos, L. (2012). Intervención psicosocial en una sala de hemodiálisis: el juego como forma de afrontar la enfermedad. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-072/271.pdf>
- Rangel, S. C. H., de Albuquerque, C. V., Pereira, C. D., & Peres, H. N. (2018). Investigation of minor psychiatric symptoms in patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment. *Scientia Medica*, *28*(2), 4. doi: 10.15448/1980-6108.2018.2.29538
- Rebollo, R. A., Morales, A. J. M., & Pons, R. M. E. (2017). Depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment. *Journal of renal care*, *43*(2), 73-82. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1>

111/jorc.12195 ?casa_token=e3cvK8wieokAAAAA:2Um-k-O8sk
 XusgusC50HGkH13wq1w9U1Hza C0h7FdekbLKJ6zQD3mR2Fx5
 klrwO5566U-hOuCyd12IOQ

- Rodríguez, M., Badilla, E., & Cruz, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 8(1)*, 79-93. doi: 10.22235/ech.v8i1.1801
- Ruiz, G. E., Latorre, L. L. I., Delgado, R. A., Crespo, M. R., & Sánchez, L. J. L. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica, 19(3)*, 232-241. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842016000300005&script=sci_arttext&tlng=en
- Salas, M. R. M., & Fernández, J. A. J. (2018). Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enfermería Nefrológica, 22(2)*, 177-84. doi: 10.4321/S2254-28842019000200009
- Santos, E. R. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. *Nuberos Científica, 1(3)*. Recuperado de <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/95/91>
- Stachera, S. C. E., Singh, B. K., Stoebert, K. R., Menegat, S. A. F., & Baroni, G. (2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology, 36(3)*, 325-331. doi: 10.5935/01012800.20140047

- Tanvir, S., Butt, G., & Taj, R. (2013). Prevalence of depression and anxiety in chronic kidney disease patients on haemodialysis. *Ann Pak Inst Med Sci*, 9(2), 64-7. Recuperado de https://apims.net/apims_old/Volumes/Vol9-2/Prevalence%20of%20Depression%20and%20Anxiety%20in%20Chronic%20Kidney%20Disease.pdf
- Theofilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *International journal of nephrology*. Recuperado de <http://downloads.hindawi.com/journals/ijn/2011/514070.pdf>
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., & Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Índex de Enfermeria*, 22(1-2), 60-64. doi: 10.4321/S1132-12962013000100013
- Turkistani, I., Nuqali, A., Badawi, M., Taibah, O., Alserihy, O., Morad, M., & Kalantan, E. (2014). The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Renal failure*, 36(10), 1510-1515. doi: 10.3109/0886022X.2014.949761
- Vallejos, S. J. F., & Ortega, R. E. Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214. doi: 10.22235/cp.v12i2.1683
- Vasilopoulou, C., Bourtsi, E., Giaple, S., Koutelekos, I., Theofilou, P., & Polikandrioli, M. (2016). The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Global Journal of health science*, 8(1), 45. doi: 10.5539/gjhs.v8n1p45

World Health Organization (OMS) (2017). Depression. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

Apéndice A

Apéndice B

Consentimiento informado

Folio:

Fecha:

Título del proyecto: Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Investigador Principal: Yolanda Leegrace Guerra Guerra, Sergio Armando Rivera García.

Objetivo: Me han explicado claramente que el objetivo de esta investigación será determinar la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Me han informado que otros objetivos son determinar el porcentaje de ansiedad y depresión de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Criterios de selección: He sido seleccionado(a) en este estudio de investigación porque soy una persona mayor de 18 años de edad la cual ha sido diagnosticada con enfermedad renal crónica y actualmente sometida(o) al tratamiento de hemodiálisis con una duración de más de 6 meses.

Procedimiento: Si acepto participar en este estudio, se me solicitará que complete mis datos personales como edad, sexo, estado civil, situación laboral, con quien vivo actualmente y tiempo de mi tratamiento. Posteriormente, los investigadores me proporcionaran o me leerán para que yo responda 14 preguntas que se refieren a

diversos sentimientos que puedo experimentar bajo mi tratamiento, este proceso me llevara de 5 a 10 minutos el cual podré responder con lápiz o pluma, sin omitir alguna pregunta. Entiendo que en esta investigación habrá más participantes de aproximadamente 20 personas como yo.

Confidencialidad: Se me ha informado que todas las respuestas son anónimas y privadas al igual que mi información personal, esta será utilizada por el investigador de manera pertinente, por tal motivo la información solo será utilizada bajo fines académicos de investigación, los registros de mi información los puedo solicitar directamente con el investigador.

Riesgos: Me han explicado de manera clara que mi participación no tiene ningún riesgo como físico ni emocional.

Beneficios: En esta investigación no tendré beneficios personales, sin embargo, los resultados que se obtengan de esta investigación servirán para determinar los sentimientos que tengo yo y de otras personas en mí misma situación.

Preguntas: Entiendo que, si tengo dudas acerca de este estudio de investigación, tengo el derecho a llamar directamente a los investigadores principales Yolanda Leegrace Guerra Guerra 812 576 72 01 y Sergio Armando Rivera García 812 493 84 58 así como también a la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila al teléfono 81 228 122 ext. 6390, o a la Dra. Zeta Melva Triana Contreras 82 151 275.

Renuncia o retiro: Mi participación es voluntaria, puedo rehusarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin necesidad de que exprese las razones de mi decisión además de no perder los beneficios a los que tenía derecho.

Conclusión: Ya que comprendí en que consiste el estudio estoy de acuerdo con mi participación.

Consentimiento: Los estudiantes Yolanda Leegrace Guerra Guerra y Sergio Armando Rivera García me han explicado en que consiste el presente estudio de investigación, además de los riesgos y beneficios que puede tener mi participación. Si decido dejar de participar lo puedo hacer con total libertad.

Si acepto

No acepto

Firma del participante: _____

Firma del testigo 1: _____

Firma del testigo 2: _____

Apéndice C

Cédula de datos sociodemográficos

A continuación, se le presentaran una serie de preguntas sobre sus datos personales.

Instrucciones:

1. Conteste los siguientes datos personales marcando con lápiz una "X" en el lugar que corresponde, o bien llenando la información solicitada. Es importante que no deje datos sin contestar.

1. Sexo: 1. Hombre _____ 2. Mujer _____

2. Edad:

1. 18-25 años ____ 2. 26-35 años ____ 3. 36-45 años ____
 4. 46-55 años ____ 5. 56-65 años ____ 6. 66-75 años ____
 7. 76-85 años ____ 8. 86-99 años ____

3. Estado civil

1. Soltero(a) ____ 2. Casado(a) _____ 3. Divorciado(a) ____
 4. Viudo(a) ____ 5. Unión libre ____

4. Situación laboral

1. Actualmente trabajando ____ 2. Desempleado(a) ____ 3. Jubilado(a) ____

5. ¿Con quién vive actualmente?

1. Padres ____ 2. Esposo(a)/hijos ____ 3. Solo(a) ____

6. ¿Cuánto tiempo lleva sometido al tratamiento de hemodiálisis? _____

Apéndice D

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

(Zigmond & Snaith, 1983)

Las preguntas que se le plantearan a continuación han sido confeccionadas para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y circule la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las preguntas espontaneas tienen más valor.

Instrucciones:

1.- Subraye la respuesta que aplique a su persona. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

Preguntas

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 3) Casi todo el día | 2) Gran parte del día |
| 1) De vez en cuando | 0) Nunca |

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 0) Ciertamente igual que antes | 1) No tanto como antes |
| 2) Solamente un poco | 3) Ya no disfruto nada |

(continúa)

Instrucciones:

1.- Subraye la respuesta que aplique a su persona. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo me fuera a suceder:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 3) Si, y muy intenso | 2) Si, pero no muy intenso |
| 1) Si, pero no me preocupa | 0) No siento nada de eso |

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 0) Igual que siempre | 1) Actualmente algo menos |
| 2) Actualmente mucho menos | 3) Actualmente en absoluto |

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 3) Casi todo el día | 2) Gran parte del día |
| 1) De vez en cuando | 0) Nunca |

D.3. Me siento alegre:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 0) Nunca | 1) Muy pocas veces |
| 2) En algunas ocasiones | 3) Gran parte del día |

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

- | | |
|------------|-------------|
| 0) Siempre | 1) A menudo |
| 2) A veces | 3) Nunca |

(continúa)

Instrucciones:

1.- Subraye la respuesta que aplique a su persona. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 3) Gran parte del día | 2) A menudo |
| 1) A veces | 0) Nunca |

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- | | |
|-------------|------------------------------|
| 0) Nunca | 1) Solo en algunas ocasiones |
| 2) A menudo | 3) Muy a menudo |

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 3) Completamente | 2) No me cuido como debería hacerlo |
| 1) Es posible que no me cuide como debiera | 0) Me cuido como siempre lo he hecho |

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- | | |
|--------------------|----------------|
| 3) Realmente mucho | 2) Bastante |
| 1) No mucho | 0) En absoluto |

(continúa)

Instrucciones:

1.- Subraye la respuesta que aplique a su persona. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 0) Como siempre | 1) Algo menos que antes |
| 2) Mucho menos que antes | 3) En absoluto |

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 3) Muy a menudo | 2) Con cierta frecuencia |
| 1) Raramente | 0) Nunca |

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- | | |
|----------------|------------------|
| 0) A menudo | 1) Algunas veces |
| 2) Pocas veces | 3) Casi nunca |

Resumen Autobiográfico

Yolanda Leegrace Guerra Guerra

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

Tesis: Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Área de estudio: Clínico

Biografía:

Nacida en Monterrey Nuevo León, el 29 de mayo de 1996. Hija segundogénita de la señora Yolanda Patricia Guerra Pérez y del señor Guillermo Vladimir Guerra Sánchez.

Educación:

Escuela Primaria "Profesor Pablo Livas" de 2002-2008.

Escuela Secundaria No. 7" Margarita Maza de Juárez" de 2008-2010.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Escuela y Preparatoria Técnica Médica de 2010-2014.

Actualmente cursando el octavo semestre de Licenciatura en la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM.

Contacto: yolanda.guerrag@udem.edu

Resumen Autobiográfico

Sergio Armando Rivera García

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

Tesis: Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Área de estudio: Clínico.

Biografía:

Nacido en Santa Catarina, Nuevo León, México, el día 18 de febrero de 1998. Hijo primogénito del Sr. Armando Rivera Monreal y de la Sra. Esmeralda García Lucio.

Educación:

Escuela Primaria "Leona Vicario" de 2004-2010.

Escuela Secundaria No. 2 "Guelatao" de 2010-2012.

Escuela Secundaria Técnica No. 90 "Don José Calderón Ayala" de 2012-2013.

Preparatoria No. 23 Unidad San Pedro de la Universidad Autónoma de Nuevo León de 2013-2016.

Actualmente cursando el octavo semestre de la Licenciatura en la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM.

Contacto: sergio.rivera@udem.edu