



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**SALUD MENTAL DE PACIENTES HEMODIALIZADOS Y SU
RELACION CON EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y LAS
CARACTERISTICAS BIOSOCIODEMOGRAFICAS.**

ELIZABETH ANDREA BADILLA AGUILERA

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de
Concepción para optar al grado académico de Magister en Enfermería.

Profesor guía: Mónica Cruz Pedreros.

Noviembre 2018
CONCEPCION, CHILE
©2018 Elizabeth Andrea Badilla Aguilera



©2018 Elizabeth Andrea Badilla Aguilera

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía

Mónica Cruz Pedreros

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Magister en Enfermería

Evaluador interno

Magali Rodríguez Vidal

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Magister en Enfermería.

Evaluador externo

Pamela Caro Monroy.

Profesor Asociado, Magister en Educación.

Directora Programa Magister:

Patricia Cid Henríquez

Doctora en Enfermería

CONCEPCION, NOVIEMBRE 2018



“Nunca se puedes saber qué resultados vienen de tus acciones, pero si no haces nada, no habrá resultados.”

Gandhi

IV

AGRADECIMIENTOS

A mi querida familia que creyeron en mí, y estuvieron siempre motivándome y me alentaron en mis momentos de flaquezas, en especial a mi querida abuela que partió a mi lado y terminó como un ángel cuidándome desde el cielo.

A mi profesora guía que me apoyo y orientó en el desarrollo de mi investigación, aportando con su experiencia y sabiduría.

A todas aquellas personas que aparecieron en mi camino, que llegaron para quedarse en mi vida y fueron un apoyo fundamental en mis momentos de dudas e inseguridades.

Al hospital Las Higueras que me permitió desarrollar la investigación en su establecimiento.



TABLA DE CONTENIDOS

Índice de tablas	IX
Índice de ilustraciones	XIV
Resumen	XV
Abstrac	XVII
1. Introducción	1
1.1 Justificación y relevancia del estudio	9
1.2 Formulación del problema de investigación	15
2. Marco Referencial	16
2.1 Marco teórico y conceptual	16
2.2 Principales conceptos	16
2.2.1 Salud mental	16
2.2.2 Bienestar espiritual	17
2.3 Teoría de las transiciones	18
2.4 Marco empírico	27
3. Objetivos general y específicos	36
3.1 Objetivo General	36
3.2 Objetivos Especificos	36
4. Variables de la investigación	37
4.1 Variable dependiente	37
4.2 Variables independientes	37
	VI

5.	Material y método	39
5.1	Tipo de estudio	39
5.2	Marco muestral	39
5.2.1	Unidad de análisis	39
5.2.2	Universo	39
5.3	Criterios de inclusión	40
5.4	Criterios de exclusión	40
5.5	Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información	40
5.6	Procesamiento y análisis de los datos	43
6.	Aspectos éticos involucrados	45
7.	Presentación y análisis de datos	48
7.1	Análisis Univariado	49
7.2	Análisis Bivariado de las variables	60
8.	Discusión	76
9.	Conclusiones	88
10.	Limitaciones del estudio	94
11.	Sugerencias	95
12.	Anexos	96
12.1	Anexo 1: Definición de variables nominales y operacionales	96

12.2 Anexo 2: Consentimiento Informado	101
12.3 Anexo 3: Escala de salud de Golberg GHQ-12	105
12.4 Anexo 4: Escala de Bienestar Espiritual de Ellison	106
12.5 Anexo 5: Datos biosociodemográficos	107
12.6 Anexo 6: Clasificación de adultos según la OMS	108
12.7 Anexo 7: Percentiles según el INE	108
13. Bibliografía	109



INDICE DE TABLAS

Tabla 7-1. Distribución nominal y porcentual de las características biosociodemográficas de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017

49

Tabla 7-2: Segunda parte de la distribución nominal y porcentual de las características biosociodemográficos de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017

52

Tabla 7-3: Patologías agregadas de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017

54

Tabla 7-4: Salud Mental según la Escala de Golberg en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

55

Tabla 7-5: Bienestar Espiritual religioso de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017

58

IX

Tabla 7-6: Bienestar Espiritual existencial de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017

59

Tabla 7-7: Bienestar Espiritual de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017

59

Tabla 7-8: Relación entre el nivel de Salud Mental y el sexo de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017

60

Tabla 7-9: Relación entre el nivel de Salud Mental y la edad de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017

61

Tabla 7-10: Relación entre el nivel de Salud Mental y el estado civil de los pacientes hemodiálizados en la Unidad de Crónicos de Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017

63

Tabla 7-11: Relación entre la Salud Mental Y estar en pareja en los pacientes hemodializados en la unidad de Crónicos, Hospital Las Higueras Talcahuano.

64

Tabla 7-12: Relación entre el nivel de Salud Mental y la escolaridad de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017

65

Tabla 7-13. Relación entre el nivel de Salud Mental y situación laboral en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano. 2017

67

Tabla 7-14. Relación entre el nivel de Salud Mental y actividad en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano. 2017

68

Tabla 7-15: Relación entre el nivel de Salud Mental y el número de personas con que viven los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017

69

Tabla 7-16. Correlación entre el nivel de Salud Mental y los ingresos per capita de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017

70

Tabla 7- 17: Correlación entre el nivel de Salud Mental y el tiempo en hemodiálisis en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017

71

Tabla 7-18: Correlación entre el nivel de Salud Mental y bienestar espiritual religioso de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017

72

Tabla 7-19: Correlación entre el nivel de Salud Mental y bienestar espiritual existencial de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017

72

Tabla 7-20: Correlación entre el nivel de Salud Mental y el bienestar espiritual en pacientes hemodializados en la unidad de crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017

73

Tabla 7-21: Relación entre el nivel de Salud Mental y presencia de diabetes en pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017

74

Tabla 7-22: Relación entre el nivel de Salud Mental y presencia de hipertensión en pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017

75



INDICE DE ILUSTRACIONES

1. Teoría de las transiciones de Afaf Meleis 21
2. Tendencia a la ausencia de psicopatología en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.....56
3. Tendencia a la presencia y sospecha de psicopatología en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.....57



RESUMEN

Las enfermedades no transmisibles cada día tienen mayor incidencia, a causa de estilos de vida poco saludables que ha adquirido la población en los últimos años. La descompensación de diversas patologías como Diabetes Mellitus conlleva a patologías severas, como la Enfermedad Renal Crónica Terminal, la que acarrea un alto costo individual, social y económico. El presente estudio se fundamenta en la teoría de las Transiciones de Afaf Meleis, donde los cambios generados en la vida de la persona son considerados una transición de tipo salud-enfermedad, pudiendo provocar alteraciones tanto en el bienestar espiritual como en los aspectos biológicos y sociales de las personas, ocasionando repercusiones en la salud mental de los individuos.

El objetivo del estudio es evaluar la salud mental de pacientes hemodializados y su relación con el bienestar espiritual y las características biosociodemográficas en el Hospital las Higueras Talcahuano, período 2017. Estudio cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal, no probabilístico intencional. El instrumento consta de tres partes: Cuestionario de Salud de Golberg (GHQ-12), Escala de Bienestar Espiritual de Ellison, y un cuestionario para la identificación de datos biosociodemográficos.

Los hallazgos encontrados permitieron concluir que los pacientes presentan mayor tendencia a la ausencia de psicopatología con 58,5%, solo el 15,1% presentó sospecha y el 26,4% presencia de psicopatología. El sexo femenino,

la edad avanzada, ingresos económicos bajos y padecer diabetes presentaron mayor tendencia a presentar sospecha y presencia de psicopatologías. Los ingresos económicos altos, sexo masculino, bienestar espiritual moderado y mayor escolaridad se relacionaron con la ausencia de psicopatología.

Palabras claves: Hemodiálisis, Salud Mental, Bienestar espiritual, Enfermería.



ABSTRAC

Non transmissible diseases every day has a mayor incidence, because of unhealthy lifestyles that the population has acquired in recent years.

Decompensation of various pathologies such as diabetes mellitus leads to some other severe pathologies just as end-stage chronic kidney disease which entails a high individual, social and economic cost.

The present study is based on the theory of Transitions of Afaf Meleis, where, changes in people´s life are considered a transition of health-disease type, that may cause alterations not only in spiritual well-being but also in biological and social aspects, causing repercussions in the mental health of the individuals.

The objective of the study is to evaluate the mental health of hemodialysis patients and its relationship with spiritual well-being and biosociodemographic characteristics at the Hospital Las Higueras Talcahuano, in the period of 2017. A quantitative, descriptive, cross-sectional, descriptive study, not intentional probabilistic. The instrument has three parts: Questionnaire Golberg Health (GHQ-12), Ellison Spiritual Well-Being Scale, and a questionnaire for the identification of biosociodemographic data.

Findings have allowed to conclude that patients presented a greater tendency to the absence of psychopathology reaching a 58.5%. then the presence of psychopathology with 26.4% and only a 15.1% suspicion. Female gender, old age, low income and having diabetes showed a greater tendency to present

suspicious and presence of psychopathologies. The high economic income, male gender, moderate spiritual well-being and higher schooling is related to the absence of psychopathology.

Keywords: Hemodialysis, Mental Health, Spiritual Welfare, Nursing.



1. INTRODUCCIÓN

La gran amenaza en salud en la actualidad no son las enfermedades transmisibles, sino más bien las no transmisibles, las cuales poseen una alta prevalencia a nivel mundial, tanto en los países desarrollados, así como los que se encuentran en vías de ello, como Chile. Siendo lideradas por las enfermedades cardiovasculares con una alta prevalencia, siendo considerada la principal causa de muertes en el mundo. Estas patologías se han incrementando por diversas razones, como la urbanización de la población y hábitos de vida poco saludables actualmente impuestos como sedentarismo, dieta hipercalórica, consumo de alcohol y tabaquismo, que se instalan como parte del estilo de vida a temprana edad, dificultando el cambio de estos en edades posteriores. (1) (2) (3).

Si bien las enfermedades cardiovasculares no tienen cura, poseen tratamientos para mantenerlas compensadas y evitar la complicación de estas o el inicio de una nueva comorbilidad. El problema se ubica, en la mala adherencia terapéutica que presenta la mayoría de la población, a causa de una desvalorización de la patología y el desconocimiento de esta, precursada probablemente por controles de salud que priorizan la cantidad y no la calidad de estos. (2) (3)

En Chile existen factores propios que favorecen la no adherencia terapéutica como jornadas laborales extensas, factores sociales que dificultan el ejercicio así como la dieta hipercalórica prevalente en el país (2) (3). La última encuesta nacional de salud encontró que el tabaquismo en Chile tiene una incidencia de 33,3%, y un 15,2% de la población son fumadores pasivos, un 11,7% de la población presenta un consumo riesgoso de alcohol, un 86,7% son sedentarios, un 39,8% de la población tienen sobrepeso, un 31,2% son obesos y el 3,2% son obesos mórbidos, y solo un 15% de la población consumía al menos 5 porciones de frutas al día. (4)

La mala adherencia al control de patologías cardiovasculares repercute en diversos aspectos como psicosociales, clínicos, económicos, entre otros, afectando al usuario como al estado. De esta forma se hace necesario tratamientos más prolongados o en su defecto nuevos tratamientos asociados a la aparición de complicaciones como la Enfermedad Renal Crónica (ERC) (2).

La enfermedad renal crónica se define como “alteración de la función y/o estructura renal de más de tres meses de duración, que implica daño en la salud, independiente de la etiología. El diagnóstico de ERC se realiza con uno o dos de los siguientes criterios: disminución de la velocidad de filtración glomerular y daño renal como: alteraciones urinarias, anomalías estructurales y una biopsia renal positiva. Estas alteraciones deben estar presente en dos evaluaciones distintas durante un periodo de 3 meses. (5) El Ministerio de Salud (MINSAL) menciona que existen diversos factores de riesgo

para desarrollar ERC, como: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad anatómica urológica, ser monorreno, antecedentes de injuria renal, antecedentes de enfermedad renal glomerular o de túbulo intersticial, antecedentes de familiares con ERC, enfermedades cardiovasculares como accidentes vascular encefálico, enfermedad coronaria, enfermedad arterial oclusiva, aneurisma aórtico e insuficiencia cardiaca, antecedentes de enfermedades sistémicas o uso de fármacos que afectan la función renal. (5)

El tratamiento para la ERC dependerá de la etapa en la que se encuentra el paciente, actualmente se perciben 5 etapas según el rango de velocidad filtración glomerular. Las primeras tres etapas son manejadas en atención primaria con fármacos (antihipertensivos y diuréticos) y control metabólico, solo se realiza una evaluación por un médico especialista en nefrología, posterior a ello el tratamiento queda a cargo del médico general, en las etapas cuatro y cinco los pacientes deben ser atendidos por médicos especialistas (nefrólogos), cabe destacar que en primera instancia de estas etapas el manejo al igual que en etapas anteriores es solo farmacológico y manejo interdisciplinario para mantener control metabólico de las patologías agregadas a la ERC, solo en fase terminales se procede a otros tratamientos. En la ERC en etapa cinco la velocidad de filtración glomerular es menor a 15 ml por minuto, esta etapa corresponde a la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), donde se hace necesario reemplazar la función del riñón con otros medios, ya que el control metabólico y el uso de fármacos de las etapas anteriores no son suficientes.

Dentro de sus tratamientos de la ERCT se encuentra la sustitución renal por Hemodiálisis (HD), Peritoneo Diálisis (PD) y el Trasplante Renal. (6)

En Chile tanto la hemodiálisis, peritoneo diálisis y el trasplante renal, están dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), que asegura un tratamiento oportuno a todos los chilenos. Según la Sociedad Chilena de Nefrología cerca de un 32% del presupuesto AUGE es invertido en el tratamiento de ERCT (7) .

A nivel mundial se estima que se invierte cerca de un trillón de dólares en pacientes ERCT que necesitan terapia de sustitución renal. (8) Según el

MINSAL, la instalación del acceso vascular en antebrazo o brazo para tratamiento con hemodiálisis genera un gasto de \$1.050.015, mientras que la hemodiálisis mensualmente genera costos de \$703.310 aproximadamente por cada paciente (9) . La hemodiálisis es un procedimiento terapéutico

extracorpóreo basado en el principio de difusión, por el cual se logra modificar el contenido de agua y solutos de la sangre, consiste en dializar la sangre a

través de una máquina, en la cual se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro o membrana semipermeable de diálisis o dializador

en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, el cual posee una composición electrolítica y osmolaridad similar al plasma; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de la vena

canulada. Este proceso dura 4 horas aproximadamente y debe ser realizado 2 a 3 veces a la semana. Además requiere de la ingesta de fármacos

diariamente y una dieta rigurosa (10) (11)

Los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan características propias de ERCT como fatiga a causa del déficit de eritropoyetina, lo que genera alteraciones en el ánimo, así también otras a causa del tratamiento riguroso como dieta estricta. El tiempo invertido en la hemodiálisis repercute en la vida laboral, generando problemas económicos. También produce otras alteraciones inmunológicas, gastrointestinales, cardiovasculares, disfunción sexual y dolor neuromuscular. La ansiedad y síntomas depresivos se consideran frecuentes en los primeros meses de tratamiento, generado por el cambio abrupto en la calidad de vida de las personas, solo se consideran preocupante cuando estos sentimientos perduran por sobre los seis meses, facilitado por inadecuación a todos los cambios producidos por la patología y su tratamiento, superado este tiempo se considera preocupante para la salud mental, dando pie a la aparición de psicopatologías como la depresión y los trastornos de ansiedad, siendo más comunes en mujeres y edades temprana en ambos sexos (10) (12) (13) (14) (15) (16) (17).

Los trastornos psiquiátricos resultan frecuentes en la ERCT, siendo liderados por la depresión, la cual genera mayor morbilidad y mortalidad a causa de la dificultad de su diagnóstico oportuno (18).

La Encuesta Nacional de Chile 2009-2010, mostró una prevalencia de síntomas depresivos de 17,7% en la población chilena, siendo mayor en las mujeres con un 25,7% versus hombres con un 8,5%. (19)

En el año 2008 se pesquisó en Chile el 36% de la población había presentado un trastorno de salud mental en su vida y el 23% en los últimos seis meses de ese año (20)

Según el Ministerio de Salud, la depresión corresponde a un trastorno del ánimo y es considerada como la segunda causa de años de vida saludables perdidos (AVISA) con un 23,2% de incidencia en la población chilena, siendo la primera causa en mujeres. Los trastornos de ansiedad por su parte poseen una prevalencia del 17,9% en la población chilena, por lo cual se infiere que las patologías de salud mental se encuentran presente en un gran número en la población chilena (21) (5)

La causante de las alteraciones vivenciadas por pacientes hemodializados, no solo se debe a la patología y su tratamiento, sino que también se ve afectado por la interacción entre los distintos sistemas en el organismo. Los avances de la ciencia intentan entender al ser humano como un todo, estudiando la interacción entre los sistemas entre sí, emergiendo de este modo la psiconeuroinmunoendocrinología que relaciona la mente, el cuerpo y sus manifestaciones clínicas, en base a esta rama se deduce que las alteraciones del sistema inmune de los pacientes sometidos a HD, no solo se deben a las repercusiones dietéticas, anemia y complicaciones cardiovasculares, sino que también a las alteraciones en la salud mental de los pacientes, que repercuten indirectamente en el sistema inmune (16). Esta disciplina afirma que un estado de ánimo o situación de estrés produce un cambio tanto a nivel endocrino como

inmune, siendo importante abordar al individuo como un cuerpo integrado, considerando cada uno de sus aspectos, evitando el abordaje de los sistemas por separado (22) (23)

Dentro de la constante interacción vivenciada en el cuerpo humano, los sentimientos y emociones de cada individuo dan paso a una serie de repercusiones en él, en este punto se presenta el bienestar espiritual el cual es definido por Ellison como, un sentimiento de armonía interna generado a partir de la relación de la persona consigo misma, con otros, con el orden natural bienestar espiritual y con un ser o poder superior, que puede ser medido a través de la percepción de cada persona. (24) Este concepto se integra en la presente investigación como un agente influyente en la salud mental, siendo algo intrínseco en la persona facilitando su manera de mirar al mundo, pero no la manera de cómo explicar a este, influye en la manera de como el individuo enfrenta su propia realidad a través de su equilibrio interno (22) (23).

La literatura sostiene que una alteración del ánimo puede repercutir a nivel inmunológico favoreciendo la presencia de enfermedades de tipo infectocontagiosas, a causa de la ya mencionada interacción entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, facilitada por los receptores en comunes que poseen, presentando el mismo lenguaje molecular de neurotransmisores, hormonas y citosinas, en los últimos años se establece que el sistema inmune y nervioso central poseen una gran analogía entre sí (22) (23)

El profesional de enfermería dentro su constante que hacer en el área asistencial actúa con un abordaje holístico, de este modo logra realizar un cuidado integral al usuario, considerando no solo los aspectos biológicos, sino que también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, que favorezcan un buen estado de salud. (25) (26) .

El diagnóstico de una patología crónica genera repercusiones en un individuo tanto a nivel psicológico y social, en este punto se hace necesario un abordaje inter y transdisciplinario, actuando de manera holística, interviniendo a la persona en su totalidad. La transición salud- enfermedad que experimenta el individuo al momento de diagnóstico de la ERCT y la notificación del inicio de hemodiálisis, no solo afecta al usuario sino que también repercute en sus cercanos, por lo cual las intervenciones se deben enfocar en ambos (22) (27)

Por lo anteriormente expuesto, se considera atinente conocer la relación que existe entre la salud mental, el bienestar espiritual y los factores biosociodemográficos, ya que permitirá proporcionar herramientas a los profesionales de enfermería para utilizar en la prevención en patologías de salud mental, en sus distintas áreas, facilitado por la visión holística e integral propia del cuidado de enfermería. Por otro lado, si se comprueba una relación positiva entre las variables salud mental y bienestar espiritual, estos podrían ser un pilar que guíen la piedra angular del cuidado del profesional de enfermería en estos pacientes, evitando repercusiones o agravantes del estado de salud del paciente hemodializado como se manifiesta en la prevención secundaria en

salud mental, utilizando herramientas como intervención en crisis y derivación oportuna. Así se promoverá un equilibrio en los pacientes hemodializados, fundamentado en la frase “mente sana, cuerpo sano”

1.1 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Esta investigación se fundamenta en la Teoría de las Transiciones, de Afaf Meleis, incorporando el concepto de transición de tipo salud-enfermedad que experimentan los pacientes sometidos a hemodiálisis, quienes transitan por constantes cambios en el proceso hacia la compensación de su patología; los pacientes hemodializados vivencian diversas problemáticas, como síntomas de la propia enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, las cuales deben ser abordadas desde un punto de vista integral, para prevenir alteraciones en la salud mental de estos pacientes (14) Durante la transición hacia la compensación de una patología crónica los pacientes no solo evidencian los síntomas de la transición, sino que también se le suman los síntomas de su propia patología, afectando al individuo en la esfera psicológica, social, económica y espiritual. Por cuanto se hace necesario de la acción de los distintos profesionales de la salud en conjunto con el profesional de enfermería para proporcionar contención y apoyo a estos pacientes, disminuyendo la ansiedad que estos presentan durante el periodo de transición planteado.

La relación cercana que existe entre los profesionales de enfermería y los pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores, permite percibir los cambios

vivenciados a causa del tratamiento, permitiendo proporcionar apoyo emocional, para facilitar la adaptación en ambos grupos, generada por la incertidumbre de vivir con una falla renal crónica, esta relación con el equipo de enfermería facilita la detección de una transición paralela a la de salud-enfermedad, que pudiese estar afectando la salud mental de los pacientes dialíticos, si este fuera el caso los profesionales deben abordar ambas transiciones en base a su disciplina holística, permitiendo evitar desenlaces no deseados (27)

Para la disciplina de enfermería es fundamental contar con profesionales que conozcan en profundidad a sus pacientes, de modo que puedan realizar una detección precoz de síntomas depresivos, ansiosos y de aislamientos social. Dado que estos cuadros no solo afectan indirectamente la salud, sino que también pueden desencadenar decisiones que vayan en perjuicio de la vida de los pacientes hemodializados. En Chile entre septiembre 2009 y 2010 la tasa bruta de mortalidad en pacientes hemodializados fue 11,2% anual, ciento treinta y cuatro personas abandonaron el tratamiento de hemodiálisis, de las cuales cincuenta y siete lo hicieron por decisión propia y cinco casos adicionales se clasificaron como suicidio, la fuente de estos datos no especifica si estas personas presentaban trastornos del ánimo en estos pacientes o si realizaban algún tipo de terapia para ello (28) . Según la Sociedad Chilena de Nefrología en el año 2017 la mortalidad bruta de pacientes hemodializados fue 10,9% y

ciento veinte ocho pacientes abandonaron el tratamiento por decisión propia o de la familia, sin especificar las causas del abandono. (29)

Es labor del profesional de enfermería como gestor del cuidado valorar y atender constantemente las necesidades de los pacientes hemodializados para prevenir desenlaces como el abandono de tratamiento, por cuanto es importante realizar una derivación oportuna a otro profesional cuando el paciente lo requiera, además de establecer indicadores que faciliten una valoración de la eficacia del tratamiento recibido por los pacientes, estas medidas favorecen la adherencia al tratamiento de HD y el autocuidado de los usuarios, previniendo de este modo desenlaces lamentables.

En base a lo expuesto resulta importante destacar los roles que cumple el profesional de enfermería en su constante actuar como gestor del cuidado, es así como en su rol de educador utiliza como base la promoción de la salud de las personas, no solo para los aspectos físicos sino también a nivel de salud mental, la cual cobra vital relevancia, a fin de mantener la calidad de vida de las personas (25)

El profesional de enfermería dentro de los centro de diálisis debe educar tanto al paciente como su familia llenando aquellos vacíos de conocimiento respecto a la enfermedad y los cuidados de esta, generando que las personas sean agentes activos de su autocuidado, favoreciendo la reducción o exacerbación de las condiciones de comorbilidad en los pacientes con ERCT, de este modo

se pueden alcanzar los objetivos de la hemodiálisis. La educación es vital para el paciente dialítico, por todos los cambios abruptos experimentados en su diario vivir, siendo constante en hemodiálisis, siendo realizada que cada vez que el paciente lo necesite, las sesiones de diálisis son un momento oportuno para valorar la necesidad educativa de los pacientes y reforzar la adherencia al tratamiento dado que las sesiones de diálisis duran entre tres a cuatro horas según las condiciones del pacientes. (30)

En el ámbito asistencial el profesional de enfermería otorga una atención integral tanto al paciente como a su familia abarcando al usuario de diversos aspectos, favoreciendo su cuidado y autoestima. En este punto se hacen presentes las intervenciones propias del profesional facilitadas por la empatía y una comunicación efectiva que dan pie a la detección de alteraciones que requieran de una derivación a otros profesionales, siendo un nexo entre el paciente y el resto del equipo de salud. Por otro lado, están todas las acciones propias de la terapia de hemodiálisis, donde el profesional de enfermería es el encargado de conectar a los pacientes a través de una fistula o catéter a las maquinas que realizan la terapia, además de vigilar todas las complicaciones que pudiesen experimentar durante la terapia, paralelo a ello el profesional de enfermería realiza otros procedimientos invasivos como toma exámenes e instalación de transfusiones de sangre, por lo cual en este punto resulta vital realizar un cuidado holístico con una buena técnica aséptica en todos el quehacer de enfermería , favoreciendo la seguridad del paciente y evitando de

este modo la aparición de infecciones, como la septicemia asociada al acceso vascular que da lugar principalmente a la mortalidad en pacientes sometidos a HD (31) (32).

Estudios españoles informan que las bacteriemias relacionadas con catéter vascular representan el 13% de las infecciones nosocomiales con una mortalidad atribuible del 27%, y entre el 10-20% en EEUU (33).

Otra infección frecuente en los pacientes hemodializados es la hepatitis C, la cual es la causa más común de enfermedad viral hepática crónica en este tipo de pacientes. Esta infección se asocia al tiempo en tratamiento de hemodiálisis y transfusiones (34).

Por lo anteriormente mencionado el quehacer de enfermería y su manejo en el cuidado holístico en el ámbito asistencial es vital, para mantener el bienestar del paciente. Ya que procura el tratamiento, el cuidado y valoración holística y la prevención de efectos adversos al tratamiento.

El rol de gestión que desarrolla el profesional de enfermería en los centros de diálisis posee como objetivo mejorar la calidad de atención otorgada a los usuarios y cumplir con los objetivos de la terapia, para ello participa en funciones administrativas como administración de recursos humanos y materiales, elaborar mejoras y nuevos métodos de trabajo, evaluación de los cuidados de enfermería a través de indicadores estandarizados. De este modo se garantiza la eficiencia, eficacia y calidad en los centros de hemodiálisis (35).

En el rol de investigador, el profesional de enfermería debe generar conocimientos que contribuyan a mejorar las prestaciones otorgadas en los centros de diálisis, tanto como autor principal de investigaciones en el campo de enfermería, así como colaborador a otros profesionales. La creación de nuevos conocimientos y la implementación de nuevas herramientas en el manejo del paciente hemodializado favorece una atención segura y de calidad, favoreciendo los otros roles del profesional de enfermería en los centros de diálisis. (31)

Una alteración del ánimo podría disminuir las barreras de defensas y facilitar la adquisición de patologías infectocontagiosas, dado que el paciente hemodializado está sujeto a constantes intervenciones que facilitarían estos sucesos. (22) (25) Por cuanto se hace relevante identificar y optimizar la salud mental de los pacientes hemodializados, la cual consta de tres niveles de prevención:

1. Prevención primaria: Comienza con la persona sana e impide que sea afectado por un trastorno ejemplo: educación de los profesionales sobre el consumo de sustancias ilícitas (26)
2. Prevención secundaria: Las personas ya se encuentran afectadas por un trastorno. Aquí prima la detección precoz y derivación oportuna para evitar efectos negativos del trastorno (26).
3. Prevención terciaria: Se enfoca en pacientes con afectación grave a causa de trastornos mentales. En este punto el profesional de enfermería

en conjunto con equipo multidisciplinar se plantean como objetivo la recuperación y evitar discapacidad posterior (26).

Dentro de las intervenciones, en los distintos tipos de prevención, se deben utilizar todos los factores protectores detectados en la relación paciente-enfermero, reconocer la espiritualidad como “algo exclusivamente humano y parte importante de lo que significa ser persona”, por lo cual debe ser incluido en la valoración holística de los pacientes y en las intervenciones dirigidas a ellos con el fin de favorecer la ausencia de psicopatologías (26).

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Frente a lo expuesto y asociado a la escasa presencia de estudios nacionales relacionados a la temática surge la necesidad de realizar una investigación que responda a la interrogante ¿Cómo se relaciona la salud mental de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano con el bienestar espiritual y factores biosociodemográficos?

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

El marco teórico se constituye por la definición de conceptos fundamentales y la conceptualización de la teoría en la que se fundamenta esta investigación.

2.2 PRINCIPALES CONCEPTOS:

2.2.1 Salud mental.

Es definida como: “Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Si es evaluada y manejada adecuadamente, permitiría enfrentar de una manera más eficaz un cambio en el estado de salud vivenciado por pacientes sometidos a hemodiálisis. (36) (37)

“La salud mental es dinámica y fluida, y cambian en los factores de estrés que surgen en la vida. Los adultos mentalmente sanos experimentan infelicidad, ansiedad y otros estados psíquicos molestos, los cuales se manejan con los recursos a su alcance logrando superar la negatividad, de este modo siguen viviendo la vida” (36).

Las personas mentalmente sanas poseen diversas capacidades como: interpretar exactamente la realidad, creatividad y productividad, se relacionan

con sus pares, se adaptan a los cambios y conflictos, poseen un autoconcepto saludable y logran alcanzar un sentido de significado en la vida (26). La salud mental es una gama de conductas, pensamientos y sentimientos, por cuanto es un estado relativo y no absoluto. Las personas fluctúan constantemente en los distintos niveles de salud, independiente si poseen un diagnóstico de psicopatología o no, los constantes cambios y la adaptación a estos, permiten mejorar la salud mental, ya que todas las personas tienen la capacidad de desarrollar una mejor salud mental (26).

2.2.2 Bienestar espiritual.

Se conceptualiza como: “Sentido de interconexión armoniosa en la trascendencia espiritual que existe a través y más allá del tiempo y el espacio, la cual se logra a través de un proceso de crecimiento dinámico y de integración; que incluye un regocijo inherente, interno, que se vuelve real cuando encuentra la unicidad de sí, en el universo e incrementa la habilidad de amar y de volverse más profundo interiormente, creyendo en el significado de la vida. Es la expresión de un amor espontáneo en todas las facetas de la vida, posible en la medida en que el individuo se acepte y ame así mismo, lo que permite distribuir amor y energía universal.” La literatura manifiesta que el bienestar espiritual, es algo intrínseco en la persona que facilita su manera de mirar al mundo pero no para explicar a este, sino que influye en como un individuo a través de equilibrio interno enfrenta su propia realidad (38).

Ellison creador de la Escala Bienestar Espiritual de Ellison (EBEE) sostiene que el bienestar espiritual, está compuesto por subcategorías:

- Bienestar religioso (BER): dimensión vertical que dice respecto a la satisfacción en la conexión personal con Dios o con algo que se considere como absoluto (39).
- Bienestar existencial (BEE), dimensión horizontal que se refiere a la percepción de la persona en relación al propósito de la vida independiente de una referencia religiosa (39).

La EBEE se compone de dos sub escalas, la suma de ambas dimensiones, otorga lo que se conoce como bienestar espiritual total (39).

2.3 Teoría de las Transiciones

La presente investigación utilizó los conceptos de la teoría de las transiciones de Afaf Meleis, desarrollada desde la década de 1960. En ella se encuentra el principal concepto que es la Transición, el cual es definido como “un tránsito entre dos períodos de tiempo estable, en esta travesía la persona se mueve de una fase, situación o estado de vida a otra”. Las transiciones son procesos que ocurren en el tiempo y tienen un sentido de flujo y de movimiento, en ella la persona experimenta profundos cambios en su mundo externo y en la manera como los percibe; generando repercusiones importantes en sus vidas (27).

Durante las transiciones los individuos experimentan pérdidas de redes, objetos, entre otras generando de este modo un grado de incertidumbre, por lo

cual las personas deben desarrollar nuevas habilidades y competencias para sobreponerse de la mejor forma (27):

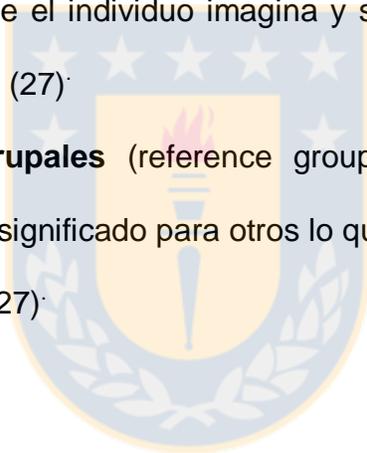
Otro concepto incluido en la teoría es el de Rol el cual se define, “sentimiento o meta que da unidad a este conjunto de acciones potenciales” define además la Insuficiencia del Rol como “cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta del rol percibida por uno mismo o por otro” (27):

El último concepto implementado es la Suplementación del Rol, el cual se entiende “como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol, la suplementación incluye clarificar y adoptar roles que pueden ser preventivos y terapéuticos” (27). Adicionalmente es definido como el transporte de información o experiencia necesaria para lograr el cumplimiento del rol.

Meleis identifica diversos tipos de roles en los individuos, los cuales corresponden a:

- **Rol de aclaración** (role clarification): maestría de un conocimiento específico que se necesitará para la realización de un rol. Es la identificación de los comportamientos, sentimientos y metas asociadas al nuevo rol (27).

- **Rol de acción** (role taking): en este punto la persona debe incorporar habilidades del aspecto cognitivo como empatía y afectividad. Estas habilidades dan paso al siguiente punto (27).
- **Moldeado del rol** (role modeling): acá la persona a través de observación de otro individuo significativo realizando un cierto rol, logra entender y copiar los comportamientos de ese rol (27).
- **Ensayo del rol** (role rehearsal): esta fase se caracteriza por una actividad interna en donde el individuo imagina y se mentaliza en cómo se debe desarrollar el rol (27).
- **Referencias grupales** (reference group): en este punto destaca la importancia del significado para otros lo que ayuda a reforzar los roles de cada individuo (27).



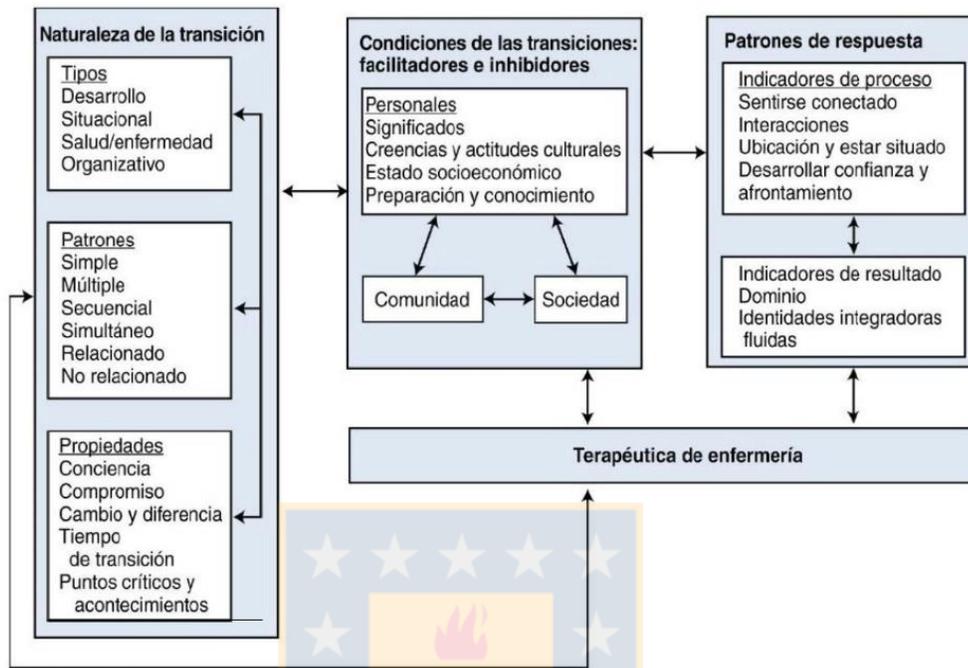


Ilustración 1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. (40)

En la figura uno a la izquierda en el primer recuadro, se mencionan los tipos de transiciones que identifica Meleis:

1.- Transiciones del desarrollo: Corresponden a transiciones propias del desarrollo humano. (27)

2.- Transiciones situacionales: Corresponden al cambio de experiencia frente a situaciones nuevas, como la incapacidad de trabajar de tiempo completo luego del inicio de la terapia de HD (27)

3.- Transiciones salud /enfermedad: El impacto de las enfermedades tanto a nivel personal como familiar generan múltiples transiciones, que han sido

exploradas en variadas ocasiones. Principalmente las investigaciones están relacionadas con el proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica (27)

4.- Transiciones organizativas: Corresponden a los cambios en las condiciones del entorno, como el ambiente político, económico o social, que pueden llegar a afectar la estructura o dinámica de las personas.

Las transiciones no necesariamente ocurren aisladas por lo cual se pueden desarrollar de manera simultánea, en este caso no se deben abordar ambas a la vez, considerando su complejidad (27)

Las transiciones poseen patrones, los cuales Meleis describe la izquierda de la figura, pueden ser simples (ocurre una transición en un momento determinado), múltiples (poseen diversas causas), secuenciales (se experimentan en cadena), simultáneas (se experimentan varios tipos en un momento determinado) relacionadas (se asocian a otras transiciones vivenciadas en corto tiempo), no relacionadas (no se asocian a ninguna transición vivenciada) (27)

En el tercer recuadro a la izquierda se visualizan las propiedades de las transiciones, dentro de estas se encuentra ser consciente (implica tener percepción y reconocer la experiencia de la transición), conexión/involucramiento (grado de implicación de la persona), cambios y diferencias (todos los cambios que vive el individuo que dan dirección a los

procesos internos y externos), tiempo de transición (poseen percepción o demostración de cambios, pasando por un período de inestabilidad, para llegar al final), puntos críticos (corresponden a los marcadores que dan pie a la transición) (27)

Las transiciones presentan facilitadores e inhibidores, como se menciona en el recuadro al centro de la figura, estas son conocidas como condiciones, las cuales pueden actuar de una o de la otra forma dependiendo de la realidad del individuo. En estas existen tres tipos:

1.- Condiciones personales: estos incluyen los significados que le atribuyen las personas, las creencias y actitudes culturales que posean, estado socioeconómico, la preparación y conocimiento que posean las personas (27) (40)

2.- Condiciones de la comunidad: Los recursos que presenta la comunidad también facilitan o inhiben el proceso de las transiciones. (27) (40)

3.- Condiciones sociales: La sociedad también puede ser un facilitador o inhibidor de las transiciones. Si vemos este proceso con estigma o estereotipos se interferirá en el proceso de una transición saludable. (27) (40)

Finalmente en el recuadro de la derecha de la figura, se encuentra la conceptualización de los patrones de respuesta, los cuales se clasifican en los indicadores de proceso y los indicadores de resultado (27) (40)

1.- Indicadores de proceso: Son los que mueven a las personas en la dirección de la salud, vulnerabilidad o riesgo, permiten una valoración precoz de las enfermeras para poder facilitar los resultados saludables. Aquí se identifican cuatro aspectos: sentirse conectado (implica una relación con terceros que facilita la confortabilidad durante la transición), interactuar/relacionarse (la interacción clarifica el proceso vivenciado y da paso a una transición saludable), ubicarse y estar situado (implica el espacio geográfico y metafórico), desarrollo de confianza y afrontamiento (implica un aumento del nivel de entendimiento y el desarrollo de estrategias) (27) (40).

2.- Indicadores de resultado: Estos categorizan una transición en saludable o no, evidenciando la calidad de vida que los individuos logren. La determinación de finalización de la transición debe ser flexible y variable ya que depende del tipo o evento inicial causante de la transición (27) (40). Relacionado con los indicadores de resultado se desprenden dos aspectos importantes:

a.- Dominio o maestría: implica el dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar nuevas situaciones o entornos que demuestran las personas. En él se incluye monitoreo e interpretación de síntomas, toma de decisiones fundamentadas, toma de acción, posibilidad de hacer ajustes y trabajo en equipo. Este punto determina si el individuo ha logrado una transición saludable (27) (40).

b.- Identidades integradoras fluidas: Esta situación se relaciona con la reformulación de la identidad, lo cual representa el proceso de completar una transición saludable (27) (40)

Según lo expuesto en la Teoría de las Transiciones, se considera de relevante como guía en el proceso de valoración y desarrollo de los cuidados de enfermería de los pacientes con ERCT sometidos a hemodiálisis. Los conceptos utilizados de esta teoría fueron Rol, Insuficiencia del Rol, Suplementación del Rol, y los tipos de Transiciones. Resulta indiscutible que los pacientes sometidos a hemodiálisis experimentan una transición de salud-enfermedad al momento de su diagnóstico y tratamiento, en este punto los pacientes experimentan una alteración de los diversos tipos de rol que desarrollaban previamente al inicio de la hemodiálisis, durante esta etapa los profesionales deben detectar los rasgos variantes que experimentan los pacientes y guiarlos en el proceso de la suplementación del rol, desarrollando todos los procesos para finalizar en una transición saludable. Los pacientes hemodializados no solo experimentan una transición de tipo salud-enfermedad, sino que , luego de la fase crítica aparecen alteraciones en distintos roles , tales como en el rol de jefe de hogar y cuidadora de terceros, por cuanto los pacientes experimentan una insuficiencia en diversos roles desarrollados previo al tratamiento. durante este proceso el profesional de enfermería debe guiar a los pacientes para que desarrollen nuevas conductas y habilidades, esto solo

se puede lograr a través de la empatía y escucha activa en el proceso del cuidado (16) (27) (41)

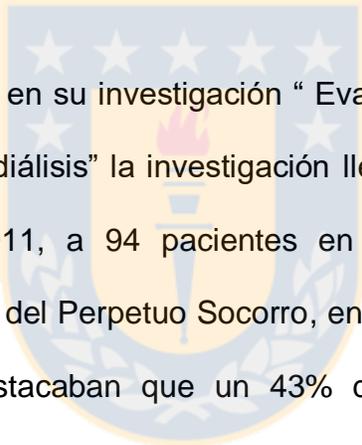


2.4 MARCO EMPIRICO.

Luego de consultar la literatura especializada existente sobre el tema, se puede manifestar que la mayoría de las investigaciones aborda las temáticas salud mental y bienestar espiritual por separado, en los pacientes con IRCT. A nivel nacional no se encontraron estudios con las variables como temática principal, sino como parte de una variable mayor, expuesta como calidad de vida en base a su instrumento.

Paez et al (10) en su investigación titulada “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis” realizada el 2009 en Centro de Diálisis San Luis, Argentina. En ella incluyeron 30 pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis que fluctuaban entre los 25 y 85 años. En los resultados observaron que 3,3% de los integrantes presentaba depresión leve, el 16,7% depresión moderada y el 36,7% depresión grave; concluyendo que el 56,7% de la muestra presentó algún grado de depresión. Respecto a la variable ansiedad los autores la dividieron en dos subcategorías, ansiedad de estado, pesquizando que el 16,7% de la población tenía niveles bajos de ansiedad de estado y un 3,3% ansiedad de estado alta. En la ansiedad de rasgo se encontró que un 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó un bajo nivel de ansiedad de rasgo en contraste con el 23,3% que presentó un alto nivel de ansiedad de rasgo. Dentro de las relaciones estadísticamente significativas los autores pesquisaron una correlación positiva entre el grado de

depresión y la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Los resultados destacaron una correlación positiva entre ambos tipos de ansiedad, y una relación positiva de ansiedad estado con la edad por sobre los 53 años, concluyendo que a mayor edad los niveles de ansiedad eran más altos, por otro lado, los resultados arrojaron que a mayor tiempo en hemodiálisis los niveles de ansiedad eran menores, paralelo a ello en la variable depresión encontraron que los niveles altos de depresión se relacionaban con edad avanzada y el cese de actividad laboral.



Rieg-Ferrer, et al. (42) en su investigación “ Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis” la investigación llevada a cabo en diciembre del 2010 y enero del 2011, a 94 pacientes en hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital del Perpetuo Socorro, en la ciudad de Alicante, España. En los resultados destacaban que un 43% de la muestra refiere que su condición de salud no ha fortalecido su espiritualidad, mientras un 29,8% refiere que su condición de salud ha fortalecido bastante su espiritualidad. Respecto a la variable sexo las mujeres presentaban una mayor espiritualidad que los hombres, además las mujeres presentan un más alto beneficio de la espiritualidad que los hombres los autores concluyeron que a mayor edad en los pacientes, mayor son los beneficios de la espiritualidad, la puntuación total en espiritualidad se relaciona significativamente con todas y cada una de las variables de bienestar subjetivo autorreferido: a mayor grado de espiritualidad, mejor estado de salud percibida, mayor calidad de vida referida, tanto general

como en la actualidad, y mayor felicidad como persona, además encontraron una relación estadística positiva y significativamente con el grado de bienestar de tipo religioso: a mayor grado de espiritualidad, el paciente estima un mayor grado de religiosidad y otorga más credibilidad a una vida después de la muerte. Los autores mencionan que la espiritualidad se debe incluir dentro de los cuidados otorgados a los pacientes hemodializados y a la vez evaluar su relación con la sobrevivencia de ellos, para establecer la espiritualidad como un factor protector en la salud mental de los pacientes.

Sánchez Lamolda et al (15) en su investigación titulada “Incidencia de las demencias en hemodiálisis. Apoyo cuidador principal”, realizada entre octubre y diciembre del 2011, en 50 pacientes correspondientes a la Unidad de Hemodiálisis del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, España. La muestra poseía edad media 78,08 años, y estaba compuesta 43% de hombres y 57% mujeres. Este estudio obtuvo que 28% de la muestra presentaba algún tipo de demencia siendo la población más afectada 75-79 años, los autores no encontraron una relación significativa entre el sexo y la presencia de demencia. Respecto a la variable estudios encontraron que un 58% no poseía estudios o estaban incompletos, 28% tenía estudios primarios, 12% poseía estudios secundarios y solo el 2% tenían estudios superiores, concluyendo que las demencias aparecen solo en los dos primeros grupos. Un 49% de los pacientes vivían en pareja y de estos 8 presentaban demencia, 51% no tienen pareja y 6 de ellos presentaba demencia.

Pereira-Montilla. Carmen, Duschek. Stefan & Reyes-del Paso. Gustavo, (16) en el 2013 exponen en su investigación “Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos, en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia ansiedad”, la cual constó con una muestra de 41 pacientes provenientes de Unidad de Hemodiálisis del Hospital Médico Quirúrgico, Centro de Hemodiálisis de Santa Catalina, Nefro Linares y Centro de Diálisis Playa Victoria, España. Los resultados mostraron que la mayor ansiedad predice significativamente un aumento en los síntomas somáticos autoinformados de tipo musculoesqueléticos, respiratorios, cardiovascular, inmunológico, neurosensorial y gastrointestinal. Respecto a la edad y tiempo sometido a hemodiálisis, los autores no encontraron una relación significativa con factores emocionales como ansiedad o depresión.

Arribas Cobo, Patricia et al (12) en su investigación titulada “Prevalencia de fatiga postdiálisis, depresión y dolor del paciente en hemodiálisis” realizada a 67 pacientes del Hospital Infanta Leonor, Madrid destacan en sus resultados que un 47% no tienen depresión o es mínima, el 13,4% presentan depresión leve-moderada, el 11,9% depresión moderada a grave y el 23,9% depresión grave. En la variable sexo se encontró que hay un mayor porcentaje de mujeres con depresión, presentado una diferencia significativa con los hombres.

Capote Leyva, Eliseo & Torres Lio-Coo, Vladimir (14) durante el período junio y agosto del 2010, llevaron a cabo una investigación titulada “Prevalencia y

comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente” incluyendo 38 pacientes del Hospital Militar Central “ Dr. Carlos J. Finlay” en la Habana, Cuba. Esta investigación arrojó como resultado que el 52,6% de la muestra presentaba elementos clínicos compatibles con un síndrome depresivo, distinguiendo la intensidad de estos: un 35% presentaba síntomas ligeros, un 60% síntomas moderados y 5% síntomas severos. Respecto al tiempo en hemodiálisis se encontró que a menor tiempo en tratamiento los síntomas depresivos eran mayores, es decir que a medida que aumentaba el tiempo de tratamiento la prevalencia de síntomas depresivos disminuía, así se observó en los pacientes que llevaban 44-49 meses en tratamiento, aunque los datos obtenidos no presentan una relación estadísticamente significativa. Respecto a la variable nivel de escolaridad los resultados arrojaron que los síntomas depresivos eran más prevalentes en los niveles de escolaridad baja, pero, al igual que el anterior no tenían una relevancia estadística.

Gómez Villaseca, Lidia et al (13) en su investigación titulada “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis” realizado durante el primer trimestre del año 2012, en el servicio de Nefrología del Hospital de Pálomos, Geroma. España, analizaron 49 pacientes. Los resultados arrojaron que las mujeres presentan mayor ansiedad, además también tienen mayor prevalencia de depresión, aunque estos resultados no son estadísticamente significativos. En base la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria utilizado por los

autores se observaron que en la variable ansiedad: un 67,3% presentaban ausencia de trastornos, un 20,4% un resultado dudoso y un 12,2% un trastorno de ansiedad definido, mientras que en la variable depresión un 53,1% no presentaba un trastorno depresivo, 20,4% poseía un resultado dudoso y un 26,5% con trastorno de depresión. Respecto a la correlación entre variables la ansiedad con el IMC de los pacientes presentó una relación estadísticamente significativa, al igual que la variable mujer con ansiedad, concluyendo que las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres y que a mayor IMC mayor es la ansiedad en los pacientes. La variable depresión posee una relación estadísticamente significativa con la variable edad elevada, de este modo los autores concluyen que, a mayor edad, más altos es el nivel de depresión.

Bertolacni Martínez, Beatriz & Pereira Custódico, Rodrigo (43) en su investigación “Relación entre la salud mental y bienestar espiritual en pacientes sometidos a hemodiálisis: un estudio de correlación.” Utilizaron una muestra de 151 pacientes de un Centro Médico de Brasil. Los resultados de esta investigación destacaron que una mala salud mental se relacionaba con bajo ingreso económico en el hogar, el estrés psicológico se asoció a una menor edad y con la variable sexo femenino en los pacientes sometidos a HD. La variable ideación suicida se relacionó con el consumo de alcohol, la ansiedad de alto rendimiento con menor tiempo de en HD y los trastornos del sueño con mayor tiempo en HD. Respecto a la variable bienestar espiritual se encontró que una relación estadísticamente significativa entre un menor bienestar

espiritual se relacionaba con mala salud mental, presencia de estrés psicológico, trastornos de sueño y problemas psicosomáticos. De este estudio los autores concluyen que las situaciones estresantes que afectan a los pacientes sometidos a HD se asocian con la aparición de síntomas psiquiátricos, especialmente depresión y ansiedad. Además, una alteración negativa en el bienestar espiritual resulta un predictor para estrés psicológico, trastornos del sueño, problemas psicosomáticos y la salud mental.

Rodríguez M, Castro M, Merino J, (44) en su investigación “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados”. Obtuvieron una muestra de 90 pacientes, entre 22 y 89 años de edad pertenecientes a centros de diálisis de la ciudad de Concepción, Chile. Para medir la calidad de vida utilizaron el cuestionario SF-36. El 88,9% de la muestra declaró practicar alguna religión. Los meses en hemodiálisis fluctuaban entre 4 y 168 meses. En las funciones analizadas en este estudio se pesquisó que un 76,7% presentaba una limitación física, un 70% declara que su condición física afecta en desempeño laboral, entre un 44,4 y 51,1% reconoce problemas emocionales en su actividad cotidiana, un 64,4% presenta un dolor corporal, un 50% reconoce que siempre o casi siempre posee energía mientras que el otro 50% declara estar cansado, en la variable salud mental un 71,1% de los pacientes manifiesta que sólo algunas veces, alguna vez o nunca ha estado nervioso, mientras que un 28,9% reconoce tener esa condición siempre o casi siempre, un 44,5% de ellos presentó en algún grado sentimientos de tristeza y desánimo. Un 88,9% practicaba algún tipo de religión,

por lo cual la espiritualidad podría ser considerada como agente protector y de apoyo para abordar a este tipo de paciente. Además, manifiestan que la familia es un pilar fundamental en pacientes sometidos a enfermedad crónica, ya que esto permite que los pacientes se sientan protegidos y acompañados, disipando de esta forma sus miedos y angustias. Por lo que las consideraciones de las características biosociodemográficas, podrían influir en la mejora de la salud mental si estas se consideran como herramientas de apoyo, en la creación de estrategias que contribuyan al beneficio de los pacientes.

Arechabala et al (17) en su investigación “Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores” realizada en Santiago, Chile, a 162 diadas de cuidador y paciente sometido a hemodiálisis. En los resultados encontraron que del total de la muestra un 40% fueron mujeres con un promedio de edad 56 años. Un 61,5% de los casos la causa de la ERCT fue diabetes mellitus o hipertensión arterial. El promedio de comorbilidades fue de 2 enfermedades, y el promedio de tiempo en HDC fue de 61 meses, con una mediana de 48 meses. Respecto a los cuidadores 75% fueron mujeres con una edad promedio de 50 años. El tiempo que llevaba en su rol de cuidador informal fluctuaba entre 59 meses, con una mediana de 48 meses y dedicando a esta actividad un promedio 18 horas diarias. La totalidad de los cuidadores tenían algún lazo de consanguinidad con el paciente en su mayoría cónyuges. Se destaca que un 40,74% de los pacientes presentan síntomas depresivos en algún grado, relacionándose estadísticamente con las

mujeres. Respecto a la variable de autopercepción de ser una carga se encontró una relación positiva y significativa con la presencia de síntomas depresivos.



3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.

3.1 Objetivo General:

Identificar la salud mental y su relación con el bienestar espiritual y las características biosociodemográficas, en pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos el Hospital las Higueras Talcahuano, periodo 2017.

3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características biosociodemográficas de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Las Higueras, Talcahuano.
- Identificar el bienestar espiritual en sus dos dimensiones de los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital "Las Higueras" Talcahuano.
- Identificar la Salud Mental en sus tres categorías de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Las Higueras, Talcahuano.
- Establecer la relación entre las características biosociodemográficas y la salud mental de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Las Higueras, Talcahuano.
- Establecer la relación entre nivel de bienestar espiritual y la salud mental, de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Las Higueras, Talcahuano.

4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN: (Definición nominal y operacional en anexo 1).

4.1 Variable Dependiente:

- ❖ Salud mental: esta variable posee tres categorías:
 - Ausencia de psicopatología.
 - Sospecha de psicopatología.
 - Presencia de psicopatología.

4.2 Variables Independientes:

- ❖ Variables biosociodemográficas.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Estado civil.
 - Número de personas con quien vive.
 - Escolaridad.
 - Situación laboral.
 - Ingresos económicos per capita.
 - Residencia.
 - Consumo de alcohol (cantidad y frecuencia).
 - Tiempo en hemodiálisis
 - Patologías agregadas que padece.
- ❖ Nivel de bienestar espiritual.
 - Bienestar espiritual religioso.

- Bienestar espiritual existencial.
- Bienestar espiritual.



5. MATERIAL Y METODO.

5.1 Tipo de estudio:

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo, correlacional de corte transversal no probabilístico intencional.

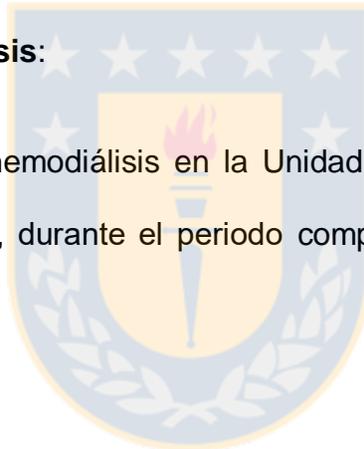
5.2 Marco muestral:

5.2.1 Unidad de análisis:

Persona sometida a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos del Hospital “Las Higueras” Talcahuano, durante el periodo comprendido entre febrero y marzo 2017.

5.2.2 Universo:

Total de personas correspondiente a 53, que realicen hemodiálisis en la Unidad de Crónicos del Hospital “Las Higueras” Talcahuano, durante el periodo comprendido entre febrero y marzo 2017. En consideración al tamaño de la población se decidió trabajar con la totalidad de ella, por lo que inicialmente no se realizó cálculo de tamaño de muestra, considerando que se podrían producir perdidas de pacientes por distintos motivos.



5.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes que realizaron tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Crónicos hospital “Las Higueras” Talcahuano.
- Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

5.4 Criterios de exclusión:

Quedan excluidos de este estudio, los pacientes:

- Que realizaban tratamiento de hemodiálisis en otro centro.
- Pacientes que realicen hemodiálisis en la Unidad de Agudos, del hospital Las Higueras, Talcahuano.
- Que se negaron a participar.

5.5 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información.

El reclutamiento de la muestra se realizó presencialmente, a través de una invitación verbal donde se explicó en términos sencillos el estudio y su relevancia para los pacientes sometidos a hemodiálisis, durante la realización de terapia dialítica. A los pacientes que accedieron a participar en el estudio se les hizo entrega del Consentimiento Informado (Anexo 2), junto con ello la investigadora procedió aplicar el instrumento a través de una entrevista individualizada a cada paciente.

El Instrumento Recolector de Datos incluyó tres partes, constituido por dos escalas, y un cuestionario de datos biosociodemográficos creado por la autora.

Parte A.- Para la variable Salud Mental, se utilizó la escala de salud de Golberg GHQ-12 (Anexo 3), validada en Chile. Su uso se encuentra aprobado por el Ministerio de Salud, siendo mencionada en la guía GES de depresión. Trucco y Cols citado por Guic S^a (45) et al, describen una adecuada confiabilidad y validez del instrumento traducido, en una muestra de funcionarios de salud y proponen un punto de corte de cuatro puntos para diferenciar entre caso y control. Los autores utilizaron la Escala de Golberg previamente en Chile en su estudio “Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago”. Esta escala, de tipo Likert, evalúa la presencia de trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría, otorga cuatro opciones de respuesta en cada pregunta, las dos primeras poseen un puntaje de 0 y las dos finales un puntaje de 1. Con un puntaje igual o mayor a cinco se debe derivar para su confirmación diagnóstica.

En base a los resultados existen tres categorías:

- 0 a 4 puntos = ausencia de psicopatología.
- 5 a 6 puntos = sospecha de patología subumbral.
- 7 a 12 puntos = indicativo de presencia de psicopatología

Parte B.- Escala de Bienestar espiritual: para esta variable se utilizó la escala de Bienestar Espiritual de Ellison (Anexo 4), validada al español por los propios autores. Posee un coeficiente de confiabilidad de 0.93 (bienestar espiritual

general), 0.96 (bienestar en la dimensión religiosa) y 0.86 (bienestar en la dimensión existencial). El mismo autor señala que la escala ha sido empleada en poblaciones de diferentes culturas, traducida y validada en diferentes idiomas, incluido el español (46) .Esta escala tiene 20 ítems con graduación de tipo Likert de 1 a 6 que van desde “total acuerdo” hasta “total desacuerdo” pasando por acuerdo moderado, acuerdo, desacuerdo y desacuerdo moderado. La escala se compone de dos subescalas: una para la dimensión existencial y otra para la religiosa, por lo cual genera tres resultados: el nivel de bienestar espiritual total, nivel de bienestar de la dimensión religiosa y nivel de bienestar de la dimensión existencial.

Parte C.- Cuestionario de características biosociodemográficas (Anexo 5): Incluyó edad, sexo, estado civil, número de personas con quien vive, escolaridad, situación laboral, ingresos económicos per capita, residencia urbana o rural, consumo de alcohol, tiempo en hemodiálisis, presencia de enfermedades crónicas; de los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital “Las Higueras” Talcahuano.

Los datos se recolectaron durante la realización del tratamiento de hemodiálisis, a través de una entrevista realizada por la investigadora a los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital “Las Higueras”, Talcahuano, Cabe destacar que la autora aclaró las dudas que los pacientes presenten durante la aplicación del instrumento. Se llevó a cabo una prueba piloto en el Servicio de Medicina del hospital Las Higueras, Talcahuano, a

pacientes que se encontraran en terapia de hemodiálisis en otro centro. De este modo la autora evaluó la comprensión, claridad y tiempo utilizado en responder las preguntas. La prueba piloto estuvo compuesta por diez pacientes, el análisis de este desencadenó que el instrumento fuera aplicado por la autora y no autoplicado como se planteó inicialmente, a causa que la mayoría de los participantes presentaban deterioro de la agudeza visual.

5.6 Procesamiento y Análisis de los datos.

Los datos fueron recopilados en una base de datos Excel Microsoft Office, para luego ser exportados al software estadístico SPSS 17.0 versión en español, con licencia de la Universidad de Concepción, realizando un análisis estadístico de tipo descriptivo y correlacional para cada variable.

Estadística descriptiva: Se empleó distribución de frecuencias, medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, también se aplicó medidas de variabilidad como lo son rangos y desviación estándar que dependerá del nivel de medición de las variables. Para la correlación entre dos variables paramétricas se utilizó correlación de Pearson y pruebas de chi cuadrado (χ^2) para variables no paramétricas. El análisis de cada variable se acompañó de gráficos y tablas de acorde al tipo de variable.

Una vez realizado el análisis de los datos obtenidos en la investigación, los resultados se harán llegar a la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital Las Higueras, Talcahuano, para informar de los resultados obtenidos en la

investigación, los cuales harán entrega de los resultados a los pacientes incluidos en el estudio.



6. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS.

Para el desarrollo de esta investigación fue necesario acceder a datos de los pacientes a través del instrumento aplicado por la autora. Cada paciente participó de forma voluntaria y tuvo la libertad de retirarse del estudio, sin que esto afectara la atención recibida en su centro de diálisis.

A lo largo del estudio se respetó en todo momento los requisitos éticos de Ezequiel Emanuel (47) (48):

- **Valor:** la presente investigación posee un valor clínico. Las relaciones positivas de las variables secundarias permitieron identificar los individuos con mayor riesgo de patología psiquiátrica, y factores que se consideran protectores para mantener una salud mental con ausencia de psicopatología.
- **Validez científica:** la presente investigación utilizó instrumentos validados y de fácil comprensión, facilitando la obtención de resultados confiables que generaron herramientas de guía en el proceso de enfermería.
- **Selección equitativa del sujeto:** para este estudio la autora utilizó la población total de pacientes sometidos a hemodiálisis en Hospital Las Higueras, Talcahuano, participaron 53 pacientes, solo uno se negó a participar. Se invitó a todos los pacientes a participar en el estudio, aplicando solo los criterios de inclusión e exclusión, todos los pacientes hemodializados cumplieron con los requisitos.

- **Relación Riesgo-Beneficio:** esta investigación no presentó riesgo de daño para quienes participaron en ella, y el beneficio de este permitirá a la autora y al equipo encargado del cuidado de ellos a conocer el estado de la salud mental y las variables que van en pro de favorecer la ausencia de psicopatología.
- **Evaluación independiente:** con el fin de evitar resultados dudosos en la investigación el presente proyecto fue sometido previo a su realización al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de Concepción y fue aprobado por la unidad de investigación de Hospital Las Higueras, Talcahuano.
- **Consentimiento informado:** esta investigación constó con la aprobación previa a la participación, mediante la firma del Consentimiento Informado (Anexo 2) por parte de cada paciente. En este se explicó el fin de la investigación, permitiendo a los participantes decidir si concordaba con sus intereses y valores
- **Respeto a los sujetos inscritos:** a lo largo de toda la investigación se respetó a los pacientes; cada paciente fue libre de abandonar el estudio si lo deseaba, la firma del consentimiento informado no obligaba al paciente a terminar el estudio, solo un paciente abandono el estudio. Cabe destacar que se respetó la confidencialidad y anonimato de cada participante en todo momento.

Los resultados obtenidos en la presente investigación se harán llegar a la Unidad de Diálisis, la cual hará entrega de los resultados a los participantes de la investigación.



7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En este estudio participaron 53 personas que recibían terapia de hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, durante los meses de febrero y marzo del año 2017. La descripción de la muestra se realizó en función de estadística descriptiva de las variables biosociodemográficas, bienestar espiritual y finalmente de la variable independiente salud mental. Luego se procedió a utilizar estadística bivariada para verificar la relación de la variable principal con las independientes. Algunas de las variables biosociodemográficas se reagruparon para facilitar su descripción. Para las pruebas estadísticas se utilizó el programa SPSS versión 17, patentado por la Universidad de Concepción. Se utilizó medidas de tendencia central para la descripción de la muestra, tablas de frecuencia y gráficos para ordenar y analizar los datos obtenidos.

7.1 ANALISIS UNIVARIADO.

Tabla 7-1. Distribución nominal y porcentual de las características biosociodemográficas de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017.

VARIABLES	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	30	56,6
	Femenino	23	43,4
EDAD	Adulto joven	7	13,2
	Adulto medio	24	45,3
	Adulto mayor	22	41,5
ESTADO CIVIL	Casado	30	56,6
	Soltero	9	17,0
	Separado	6	11,3
	Viudo	5	9,4
	Convive	3	5,7
INGRESOS PER CAPITA (DECILES SEGÚN INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA)	Decil 1	3	5,7
	Decil 2	5	9,4
	Decil 3	8	15,1
	Decil 4	8	15,1
	Decil 5	8	15,1
	Decil 6	7	13,2
	Decil 7	7	13,2
	Decil 8	4	7,5
	Decil 9	2	3,8
	Decil 1	1	1,9

Fuente: Badilla E. Salud Mental de pacientes hemodializados y su relación con el bienestar espiritual y características biosociodemográficas, en el Hospital Las Higueras Talcahuano periodo 2017.

La tabla describe cuatro variables biosociodemográficas de los 53 pacientes que participaron en este estudio. En ella se observa que más de la mitad de la muestra estuvo compuesta por hombres (56,6%), el porcentaje restante estuvo compuesto por mujeres (43,4%), no se consideró otras variantes en la sexualidad.

La variable edad se categorizó según los parámetros de la Organización Mundial de la Salud, otorgando tres categorías adulto joven, medio y mayor (anexo 5). El mayor porcentaje de los participantes se encontraba en la categoría de adulto medio (45,3%). La media de la edad fue de 58,9 años.

La variable estado civil presentó cinco categorías, en las cuales se distribuyeron los 53 participantes. En ella destaca que más de la mitad de la muestra resultó ser casado (56,6%), en segundo lugar, se encontraron los solteros (17%) las otras tres como se observa en la tabla obtuvieron puntajes menores.

Los ingresos económicos se calcularon en base los ingresos totales y la cantidad de personas que conformaban el núcleo familiar, generando los ingresos per cápita de los participantes. Según el Instituto Nacional de Estadística de Chile, se generaron diez categorías llamadas deciles (anexo 6), tres de estos primaron sobre los otros siete en igual proporción, siendo los

percentiles tres, cuatro y cinco (15,10%) los con mayores porcentajes, estos encasillan ingresos desde \$74.970 a \$154.166 por persona. En segundo lugar, se ubicaron los percentiles 6 y 7 (13,2%) incluyendo ingresos de \$154.167 a \$250.663 por persona, en tercer lugar, se ubicó el decil 2 el resto obtuvieron una menor incidencia. La media de los ingresos per capita fue \$291.004.



Tabla 7-2: Segunda parte: Distribución nominal y porcentual de las características biosociodemográficos de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017.

VARIABLES	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUMERO DE PERSONAS CON QUIEN VIVE	0	6	11,3
	1	7	13,2
	2-4	36	67,9
	5-11	4	7,5
ESCOLARIDAD	Ninguna	2	3,9
	Básica	15	28,3
	Media	27	50,9
	Superior	9	17,0
SITUACION LABORAL	Pensionado	44	83,0
	Trabajador independiente	4	7,5
	Estudiante	3	5,7
	Trabajador dependiente	2	3,8
RESIDENCIA	Urbana	52	98,1
	Rural	1	1,9
CONSUMO DE ALCOHOL	No	51	96,2
	Si	2	3,8
TIEMPO EN HEMODIALISIS EN MESES	3-6	5	9,4
	7-12	8	15,1
	13-36	6	11,3
	37-42	4	7,5
	43-60	1	1,9
	61 y más	29	54,7

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla muestra la continuación de las variables biosociodemográficas.

En la variable cantidad de personas con quien vive se encontró que más de las tres cuartas partes de los participantes no vivían solos (88,6%), más de la mitad vivía con dos a cuatro personas (67,9%) y menos de un quinto de la muestra vivía solo (11,3%). La media de la cantidad de personas con quien vivía el paciente fue de 2,55 personas.

La escolaridad de los participantes se dividió en cuatro categorías el requisito fue haber cursado al menos un año en cada categoría, así se encontró que la mayoría de los participantes poseían estudios formales, más de la mitad la muestra poseía al menos estudios de enseñanza media (50,9%) y menos de un quinto no poseían estudios formales (3,9%). Cabe destacar que el total de los participantes sabían leer y escribir.

En la variable situación laboral la tabla muestra que sobre tres cuartos de los participantes se encontraban pensionados (83%), las categorías trabajador dependiente, independiente y estudiante obtuvieron un pequeño porcentaje de incidencia.

Casi la totalidad de la muestra refirió vivir en la zona urbana (98,1%).

El mayor porcentaje de la muestra refirió no consumir alcohol (96,2%).

La variable tiempo en hemodiálisis se dividió en rangos para mejorar su análisis, de este modo la tabla muestra que más de la mitad de muestra llevaba 61 meses o más meses en tratamiento de HD (5,1 años) (54,7%), menos de un quinto llevaban 3-6 meses en tratamiento de HD (9,4%), y un pequeño

porcentaje llevaban 43 a 60 meses (3,5 a 3 años) en tratamiento de HD (1,9%).

La media del tiempo en hemodiálisis fue de 94 meses.

Tabla 7-3: Patologías agregadas de pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPERTENSIÓN	44	83,0
DIABETES	27	50,9
HIPOTIROIDISMO	5	9,4
EPOC	3	5,7
ENFERMEDAD CORONARIA DE TRES VASOS.	2	3,8
DANO HEPÁTICO CRÓNICO	2	3,8
ARTROSIS	2	3,8
LUPUS	1	1,9
SECUELADO DE TBC	1	1,9
CARDIOMEGALIA	1	1,9
OSTEOPOROSIS	1	1,9
INSUFICIENCIA CARDIACA	1	1,9
TENDINITIS	1	1,9

Fuente: ídem tabla 7-1

Dentro de las patologías crónicas agregadas a la ERC de los pacientes hemodializados la diabetes e hipertensión predominaron sobre las otras patologías crónicas. La hipertensión se encontró presente por sobre las tres cuartas partes de los participantes (83%), la diabetes por su parte igual tuvo una incidencia alta, afectando a la mitad de los participantes en la población (50,9%), otras patologías presentaron menor incidencia.

Tabla 7-4: Salud Mental según la Escala de Golberg en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
SALUD MENTAL	Ausencia de psicopatología	31	58,5
	Sospecha de psicopatología	8	15,1
	Presencia de psicopatología	14	26,4

Fuente: ídem a la tabla 7-1.

La tabla muestra la clasificación de la Salud Mental (variable principal), cabe destacar que el instrumento utilizado no otorga un diagnóstico definitivo, solo una probable sospecha que debiese ser confirmada por un especialista. El mayor porcentaje de los participantes presentó ausencia de psicopatología (58,5%), sosteniendo que este porcentaje de la muestra no posee síntomas de depresión, trastornos ansiosos o hipocondría. Un poco más del cuarto de muestra (26,4%) se ubica dentro de la categoría presencia de psicopatología, asumiendo que este grupo presenta síntomas que dan pie a la duda de que los participantes padecieran alguna alteración de salud mental. El menor porcentaje de la muestra presenta sospecha de psicopatología (15,1%). La suma de la sospecha y presencia de psicopatología (41,5%), no supera a la ausencia de psicopatología, siendo esta predominante en la población.



Ilustración 2: Tendencia a la ausencia de psicopatología en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

Fuente: ídem a la tabla 7-1

El gráfico anterior muestra el análisis de las respuestas obtenidas en la Escala de Golberg, la menor alteración equivalente al obteniendo un puntaje de 0 en la escala, se encontró :

En primer lugar, se encontró que la mayoría de los participantes no presentaron una alteración en la toma de decisiones con un 83% de los 53 participantes. En segundo lugar, las personas refirieron que se encontraban felices pese a sus circunstancias con 81,1%, y, en tercer lugar, las personas refirieron que han logrado hacer frente a sus dificultades pese a sus

circunstancias con un 77,4%.

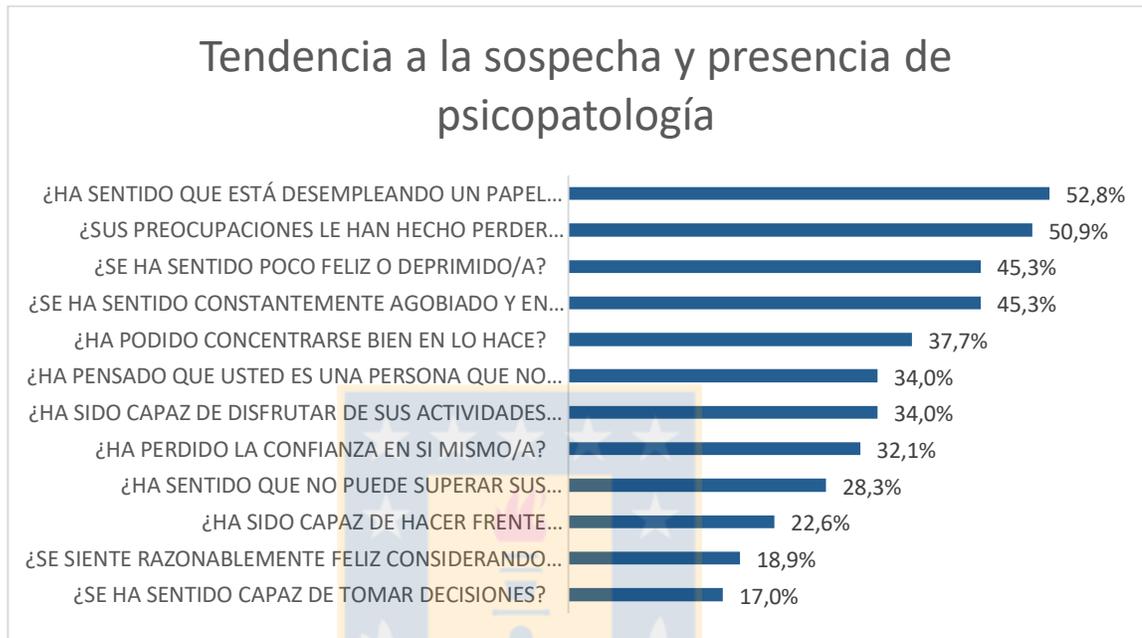


Ilustración 3: Tendencia a la presencia y sospecha de psicopatología en los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos en el Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

Fuente: ídem a la tabla 7-1

El gráfico muestra el análisis de las respuestas de la Escala de Golberg, las principales alteraciones pesquisadas por el instrumento fueron:

En primer lugar, se encontró que más de la mitad de los participantes (52,8%) poseían una alteración de la percepción del papel que desarrollan en la vida. En segundo lugar, la mitad de la población (50,9%) refirió que la calidad del sueño ha sido afectada por sus preocupaciones y en tercer lugar, se ubicaron dos

preguntas con igual incidencia encontrándose que más de un tercio de la población refirió que se ha sentido deprimido o decaído en el último tiempo (45,3%), y en igual proporción los participantes se han sentido contantemente agobiados y tensión (45,3%).

Tabla 7-5: Bienestar espiritual religioso de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje	
BIENESTAR ESPIRITUAL RELIGIOSO	Válido	MODERADO	52	98,1%
	Perdidos	NO RESPONDE	1	1,9%

Fuente: ídem a la tabla 7-1.

La tabla muestra que todos los participantes que respondieron a la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison presentaron un puntaje correspondiente a la categoría de Bienestar Espiritual moderado, sin variación en los 52 pacientes a excepción de uno que no completó la escala.

Tabla 7-6: Bienestar espiritual existencial de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017.

BIENESTAR ESPIRITUAL EXISTENCIAL	Nivel		Frecuencia	Porcentaje
	Válido	BAJO	1	1,9%
		MODERADO	51	96,2%
		Total	52	98,1%
Perdidos		1	1,9%	

Fuente: ídem a la tabla 7-1

El Bienestar Espiritual existencial predominó en la población la categoría de bienestar espiritual moderado por sobre las otras (96,2%), solo un mínimo porcentaje presento un BEE bajo (1,9%), al igual que en la tabla anterior hubo una pérdida de datos.

Tabla 7-7: Bienestar Espiritual de los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Crónicos de Hospital las Higueras Talcahuano, 2017.

BIENESTAR ESPIRITUAL	Nivel		Frecuencia	Porcentaje
	Válido	MODERADO	52	98,1
Perdidos		1	1,9	

Fuente: ídem a la tabla 7-1

La totalidad de muestra cumplió con un puntaje equivalente al nivel de bienestar moderado (98,1%) sin variación dentro del total que completó este ítem del instrumento.

7.2 ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES.

Tabla 7-8: Relación entre el nivel de Salud Mental y el sexo de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano.

SEXO	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Masculino	Frecuencia	20	3	7
	Porcentaje dentro del sexo	66,7	10,0	23,3
Femenino	Frecuencia	11	5	7
	Porcentaje dentro del sexo	47,8	21,7	30,4

Fuente: ídem tabla 7-1.

La tabla muestra la relación del sexo con la salud mental, encontrándose que en ambos sexos primó la ausencia de psicopatología por sobre las otras categorías, en el sexo femenino más de un tercio presentaba ausencia de psicopatología y en los hombres dos tercios presentaron ausencia de psicopatología. En las categorías de sospecha y presencia de psicopatología las mujeres se ubicaron por sobre los hombres. Al comparar ambos sexos se puede deducir que el sexo femenino posee mayor tendencia a trastornos de salud mental en comparación con los hombres con un χ^2 0,328 y un valor p 2,227, por lo cual, esta relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 7-9: Relación entre el nivel de Salud Mental y la edad de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano, 2017.

CATEGORÍA DE EDAD	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Adulto joven (18-35 años)	Frecuencia	6	0	1
	Porcentaje dentro de la edad	85,7	0,0	14,3
Adulto medio (36-64 año)	Frecuencia	14	3	7
	Porcentaje dentro de la edad	58,3	12,5	29,2
Adulto mayor (65 años y más)	Frecuencia	11	5	6
	Porcentaje dentro de la edad	50,0	22,7	27,3

Fuente: ídem a la tabla 7-1

La tabla muestra que en la variable edad en todas las categorías prima la ausencia de psicopatología, pero a medida que aumentaba la edad este porcentaje va disminuyendo, en la categoría sospecha de psicopatología se encontró que más de un quinto de los adultos mayores (22,7%), poseían sospecha de psicopatología y un poco más de décimo (12,5%) de los adultos medios. La tabla muestra que a medida que aumenta los años de vida los porcentajes de ausencia y sospecha de psicopatología aumentan, paralelo a ello el porcentaje de ausencia de psicopatología disminuye, por lo cual, se

deduce que a mayor edad existe mayor probabilidad de padecer alteraciones en la salud mental. Los resultados no se consideran estadísticamente significativa con un χ^2 de 0,458.

La variable edad con el puntaje de la Escala de Golberg presentan una correlación mínima de Pearson de +0,115, por tanto, se deduce que a mayor edad existe una mayor probabilidad de que las personas presenten alteraciones en la salud mental.



Tabla 7-10: Relación entre el nivel de Salud Mental y el estado civil de los pacientes hemodiálizados en la Unidad de Crónicos de Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

ESTADO CIVIL	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Soltero	Frecuencia	7	0	2
	Porcentaje dentro del estado civil	77,8	0,0	22,2
Viudo	Frecuencia	2	2	1
	Porcentaje dentro del estado civil	40,0	40,0	20,0
Casado	Frecuencia	18	4	8
	Porcentaje dentro del estado civil	60,0	13,3	26,7
Separado	Frecuencia	3	0	3
	Porcentaje dentro del estado civil	50,0	0	50,0
Convive	Frecuencia	1	2	0
	Porcentaje dentro del estado civil	33,3	66,7	0

Fuente: ídem tabla 7-1.

En relación al estado civil según la Escala de Golberg se encontró que, tanto en los solteros como en los casados el mayor porcentaje se encuentra en la categoría de ausencia de psicopatología, en la sospecha de psicopatología se encontró que más de la mitad (66,7%) de las personas que convivían en unión

libre presentaban sospecha de psicopatología y en la presencia de psicopatología la mitad de los separados poseían sospecha de psicopatología. Los resultados obtenidos mostraron que los casados y solteros presentan mayor tendencia a la ausencia de psicopatología, en comparación con las otras categorías, de este modo no se encontró una relación directa entre la salud mental con el estado civil.

Tabla 7-11: Relación entre la Salud Mental y estar en pareja en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos, Hospital Las Higueras Talcahuano.

Estado civil recodificado E.C.		Salud mental		
		Ausencia de Psicopatología	Sospecha de Psicopatología	Presencia de Psicopatología
Sin pareja	Frecuencia	12	2	6
	Porcentaje dentro E. C.	60	10	30
Con pareja	Frecuencia	19	6	8
	Porcentaje dentro E. C	57,6	18,2	24,2

Fuente: ídem a tabla 7-1.

Para efectos estadísticos la variable estado civil se recodifico en dos categorías, donde los pacientes solteros presentaron mayor tendencia a presentar ausencia de psicopatología en comparación con los usuarios que se encontraban en pareja, pese a ello la diferencia porcentual entre ambos grupos

es mínima, por lo que no se logró establecer una relación entre la salud mental y el estado civil.

Tabla 12: Relación entre el nivel de Salud Mental y la escolaridad de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017.

ESCOLARIDAD	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Ninguna	Frecuencia	0	1	1
	Porcentaje dentro de escolaridad	0	50	50
Enseñanza básica	Frecuencia	6	4	5
	Porcentaje dentro de escolaridad	40	26,7	33,3
Enseñanza media	Frecuencia	17	3	7
	Porcentaje dentro de escolaridad	63,3	11,1	25,9
Nivel superior	Frecuencia	8	0	1
	Porcentaje dentro de escolaridad	88,9	0%	11,1

Fuente: ídem a la tabla 7-1.

La tabla presenta que las personas sin escolaridad formal presentaron mayor tendencia a la psicopatología presentando igual proporción en la categoría de sospecha y presencia de psicopatología (50%). En la categoría de ausencia de

psicopatología sobre tres cuartos (88,9%) de las personas con estudios superiores poseían ausencia de psicopatología, más de la mitad (63,3%) de las personas con estudios de enseñanza media poseían ausencia de psicopatología al igual que dos quintos (40%) de las personas con estudios de enseñanza media. En la categoría de presencia de psicopatología una persona sin estudios formales representando la mitad de ellas se ubicó en la ausencia de psicopatología, en segundo lugar, un tercio (33,3%) de las personas con estudios de enseñanza básica, un cuarto (25,9%) de las personas con estudios de nivel medio poseían presencia de psicopatología, y solo un poco más de un décimo (11,1%) de las personas con estudios superiores presentaban presencia de psicopatología. En la tabla se observa que a medida que aumentan los años de escolaridad los porcentajes en la categoría de ausencia de psicopatología aumentan, a la vez en las categorías de sospecha y presencia de psicopatología disminuyen, por lo cual se deduce que un mayor nivel de escolaridad se relaciona con una ausencia de psicopatología, pese a esto estas relaciones no se consideran estadísticamente significativa con un χ^2 de 0,141.

Tabla 7-13. Relación entre el nivel de Salud Mental y situación laboral en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano. 2017.

SITUACIÓN LABORAL	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Estudiante	Frecuencia	3	0	0
	Porcentaje dentro de situación laboral	100,0	0	0
Pensionado	Frecuencia	23	8	13
	Porcentaje dentro de situación laboral	52,3	18,2	29,5
Trabajador independiente	Frecuencia	3	0	1
	Porcentaje dentro de situación laboral	75,0	0	25,0
Trabajador dependiente	Frecuencia	2	0	0
	Porcentaje dentro de situación laboral	100	0	0

Fuente: ídem a la tabla 7-1

La tabla presenta que la totalidad de los estudiantes al igual que los trabajadores dependientes se ubicaron en la ausencia de psicopatología (100%). Tres cuartas partes (75%) de los trabajadores independientes poseían ausencia de psicopatología y más de la mitad de los pensionados (52,3%) presentaron ausencia de psicopatología. En la categoría de sospecha psicopatología solo los pensionados se ubicaron en ella con 18,2% de su

población. En la presencia de psicopatología se encontró que casi un tercio de los pensionados (29,5%) y un cuarto de los trabajadores (25%) independientes poseían presencia de psicopatología. Los hallazgos obtenidos no permiten establecer una relación entre la situación laboral y la salud mental de los participantes con un χ^2 de 0,709.

Tabla 7-14. Relación entre el nivel de Salud Mental y actividad en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano. 2017.

ACTIVIDAD		NIVEL DE SALUD MENTAL		
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Trabaja o estudia	Frecuencia	8	0	1
	Porcentaje dentro de actividad	88,9	0	11,9
Pensionado	Frecuencia	23	8	13
	Porcentaje dentro de actividad	52,3	18,2	29,5

Fuente: ídem a la tabla 7-1

Al recodificar la variable situación laboral se obtuvo la variable actividad obteniendo dos categorías los pensionados y aquellos que realizaban una actividad como estudiar o trabajar. La tabla muestra que realizar una actividad se relaciona con mayor frecuencia a la ausencia de psicopatología (88,9%) en comparación con aquellos que se encuentran pensionados (52,3%), deduciendo

que realizar alguna actividad favorece la ausencia de psicopatología. Pese a ellos esta relación es estadísticamente significativa con un χ^2 de 0,116.

Tabla 7-15: Relación entre el nivel de Salud Mental y el número de personas con que viven los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

Número de personas con que vive (NDP)	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
0	Frecuencia	4	1	1
	Porcentaje dentro NDP	66,7	16,7	16,7
1	Frecuencia	5	0	2
	Porcentaje dentro NDP	71,4	0,0	28,6
2-4	Frecuencia	20	7	9
	Porcentaje dentro NDP	55,6	19,4	25,0
5-11	Frecuencia	2	0	2
	Porcentaje dentro NDP	50,0	0,0	50,0

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla muestra que en relación entre el número de personas con quien vivían los pacientes hemodializados según la Escala de Golberg se encontró

que, en todas las categorías primo la ausencia de psicopatología, destacando que casi tres cuartos (71,4%) de las personas que vivían con una persona poseían ausencia de psicopatología. En la categoría de sospecha de psicopatología destaca que casi un quinto (19,4%) de las personas que vivían con dos a cuatro personas. En la presencia de psicopatología el mayor porcentaje lo obtuvieron las personas que vivían con una persona (28,6%).

Las relaciones mencionadas no permiten relacionar claramente la salud mental con la cantidad de personas que viven con los pacientes hemodializados. En todas las categorías primó la ausencia de psicopatología, por lo cual la tabla no permite establecer una relación entre la cantidad de personas con quien vive y la salud mental, las relaciones obtenidas presentan χ^2 de 0,732.

La cantidad de personas con quien vive con el puntaje de la Escala de Golberg poseen una correlación de Pearson mínima 0,12 deduciendo que mayor número de personas con quien vive, mayor es la probabilidad de presentar sospecha o presencia de psicopatología.

Tabla 7-16. Correlación entre el nivel de salud mental y los ingresos per capita de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017.

		GHQ	INGRESOS PER CAPITA
Escala de Golberg (GHQ)	Correlación de Pearson	1	-0,112
	Significancia		0,425

Fuente: ídem a tabla 7-1

La tabla muestra que, a mayor cantidad de ingresos por persona, el resultado de la Escala de Golberg es menor, con una correlación de Pearson mínima de -0,112. De este modo la tabla indica que a mayor ingreso por integrante del grupo familiar menor es la probabilidad de poseer trastornos de salud mental.

Tabla 7-17: Correlación entre el nivel de Salud Mental y el tiempo en hemodiálisis en los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017.

		GHQ	TIEMPO EN HD
Escala de Golberg (GHQ)	Correlación de Pearson	1	-0,143
	Significancia		0,306

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla presenta que el tiempo en hemodiálisis posee una relación inversamente proporcional con la salud mental con una correlación mínima de Pearson -0,143. En base a lo expuesto se deduce que el mayor tiempo en hemodiálisis se relaciona con una ausencia de psicopatología, es decir, con una mejor salud mental.

Tabla 7-18: Correlación entre el nivel de Salud Mental y bienestar espiritual religioso de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano 2017.

		GHQ	BER
Escala de Golberg (GHQ)	Correlación de Pearson	1	-0,268
	Significancia		0,55

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla muestra una relación inversamente proporcional entre el bienestar espiritual religioso y la salud mental de los pacientes hemodializados con una correlación de Pearson baja de -0,268, según los instrumentos utilizados se establece que mientras mayor sea el puntaje en la subescala de bienestar espiritual religioso existe una mayor probabilidad de que las personas no presenten psicopatologías.

Tabla 7-19: Correlación entre el nivel de Salud Mental y bienestar espiritual existencial de los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano, 2017.

		GHQ	BEE
Escala de Golberg (GHQ)	Correlación de Pearson	1	-0,308
	Significancia		0,026

Fuente: ídem a la tabla 7-1.

La tabla expone que el bienestar espiritual existencial presenta una relación

inversamente proporcional con la salud mental, con una correlación de Pearson baja de -0,308. En base a lo expuesto se sostiene que un mayor puntaje en la subescala bienestar espiritual existencial se relaciona con la ausencia de psicopatologías.

Tabla 7- 20: Correlación entre el nivel de Salud Mental y el bienestar espiritual en pacientes hemodializados en la unidad de crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017.

		GHQ	BE
Escala de Golberg (GHQ)	Correlación de Pearson	1	-0,345
	Significancia		0,12

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla muestra una relación inversamente proporcional entre la salud mental y el bienestar espiritual de los pacientes hemodializados, con una de correlación de Pearson baja de -0,345. Ante esto se sostiene que a mayor bienestar espiritual mayor es la probabilidad de que los pacientes no presenten alteraciones en la salud mental.

Tabla 7-21: Relación entre el nivel de Salud Mental y presencia de diabetes en pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017.

Diabetes Mellitus (DM)	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Si padece DM	Frecuencia	10	7	10
	Porcentaje dentro DM	37,0	25,9	37,0
No padece DM	Frecuencia	21	1	4
	Porcentaje dentro no DM	80,8	3,8	15,4

Fuente: ídem a tabla 7-1

La tabla muestra la relación presencia de diabetes y la salud mental de los participantes. En ella se observa que las personas que padecen diabetes tienen mayor tendencia a presentar sospecha y presencia de psicopatología (55,9%), superando el porcentaje de aquellos que se ubicaron en la ausencia de psicopatología (37%). Más de las tres cuartas partes de las personas que no padecen diabetes (80,8%) se ubican en la categoría de ausencia de psicopatología. En base a lo expuesto, se deduce que las personas con diabetes mellitus poseen mayor probabilidad de presentar depresión y trastornos del ánimo con χ^2 significativo de 0,04.

Tabla 7-22: Relación entre el nivel de Salud Mental y presencia de hipertensión en pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras Talcahuano,2017.

HIPERTENSION (HTA)	NIVEL DE SALUD MENTAL			
		Ausencia de psicopatología	Sospecha de psicopatología	Presencia de psicopatología
Si padece HTA	Frecuencia	25	8	11
	Porcentaje dentro HTA	56,8	18,2	25,0
No padece HTA	Frecuencia	6	0	3
	Porcentaje dentro no HTA	66,7	0,0	33,3

Fuente: ídem a tabla 7-1.

La tabla muestra que más de la mitad las personas que tienen hipertensión (56,8%) se ubican en la ausencia de psicopatología, menos de un cuarto de estas en la sospecha de psicopatología (18,2%), y un cuarto de estas en la presencia de psicopatología.

Más de la mitad de las personas que no presentan hipertensión se ubicaron en la ausencia de psicopatología (66,7%), en la sospecha de psicopatología no hay incidencia, en la presencia de psicopatología se ubica casi un tercio de estos (33,3%).

La tabla muestra que no existe relación entre la patología hipertensión y la salud mental de los participantes, con un χ^2 de 0,37.

8. DISCUSIÓN

Dentro de los hallazgos encontrados más de la mitad de la población presentaba ausencia de psicopatología con un 58,5%, mientras que un 15,1% se ubicó en la categoría de sospecha de psicopatología, y la presencia de psicopatología estuvo presente en un poco más de un cuarto de los participantes del estudio con un 26,4%.

Es relevante destacar que la Escala de Golberg no otorga un diagnóstico específico de salud mental, solo genera la sospecha, la cual debe ser confirmada por un especialista. En los resultados obtenidos evidenciaron que un alto porcentaje se encuentra libre de sospecha de alteraciones de la salud mental como depresión, trastornos del ánimo, inadecuación social e hipocondría, pero la sumatoria los porcentajes de sospecha y presencia de psicopatología se encontró que más de un tercio de los entrevistados podrían presentar una alteración en la salud mental. Este porcentaje resulta importante dado las complicaciones que estas pudiesen generar directamente en ellos como los años de vida saludable perdidos o problemas como la presencia de enfermedades infectocontagiosas; resulta importante resaltar que los pacientes hemodializados están frecuentemente sometidos a procedimientos invasivos por lo cual el profesional de enfermería debe cumplir un rol fundamental en la prevención de infecciones de estos pacientes, respetando la técnica aséptica en los procedimientos realizados y educando constante a los usuarios

favoreciendo de este modo su propio autocuidado (22) (31)

En el caso de que los pacientes dialíticos con sospecha y presencia de psicopatologías, fueran diagnosticados por un especialista, con algún trastorno del ánimo presentarían similitud con otros autores nacionales que presentaron que el 40% de la muestra presentó algún grado de depresión y otro internacional con similares porcentajes (16) (17) Resulta importante mencionar que las personas que se ubican en la categoría de sospecha o presencia de psicopatología pudiesen no padecer trastornos de la salud mental, afectando así la relación entre ambas investigaciones.

Estudios similares en el ámbito internacional obtuvieron resultados opuestos a los encontrados en la presente investigación, en Argentina se pesquisó que el 56,7% de su muestra presentaban algún grado de depresión, el 3,3% de un nivel alto de ansiedad de estado y el 23,3% manifestaba altos niveles de ansiedad de rasgo (10). En Perú encontraron que el 58,4% padecía algún grado de depresión (49) En Girona, España un estudio similar encontró que el 42,9% de su muestra presentaba síntomas depresivos, paralelo a ello los trastornos de ansiedad se encontraron presentes en un 67,3% de la muestra. (13) En Madrid, España se encontró que el 42,9% de su población exhibía algún grado de depresión, mientras que el 32,7% manifestaban síntomas ansiosos. (12) En la Habana Cuba se encontró que en los pacientes hemodializados un 52,6% poseía síntomas depresivos (14) Los resultados obtenidos en la presente investigación solo presentan similitud con un escaso número de estudios,

presentando mayor discrepancia con estudios internacionales, pese a la similitud en las poblaciones estudiadas, la diferencia percibida con las referencias empíricas, donde las psicopatologías con diagnóstico específicos primaron en las poblaciones, podría deberse a causas multifactoriales, como los diferentes instrumentos utilizados por los autores, número de personas incluidas en el estudio, sexo, tiempo en hemodiálisis entre otras.

Este estudio estuvo compuesto principalmente por hombres (56,6%) concordando con las estadísticas nacionales expuestas por la Sociedad Chilena de Nefrología, la cual expone que dentro de la población sometida a hemodiálisis el sexo masculino prima sobre el femenino también con la internacional, además coincide con estudios realizados en el extranjero, donde presentaron un mayor porcentaje de varones en sus resultados, posiblemente causado por mayor adherencia terapéutica que presentan las mujeres a los controles de salud (2) (7) (12) (13) (16) (17) (50) Las mujeres poseen mayor tendencia a presentar alteraciones en la salud mental frente a los hombres, concordando con estudios internacionales. (14) (13) (43) La literatura no presenta una explicación clara de la relación del sexo femenino con las psicopatologías, solo se hace alusión a que posee factores característicos que pudiesen alterar la salud mental, como una mayor exposición o una mayor respuesta ante el estrés cotidiano, concentraciones más altas de monoaminoxidasa que influirían en las concentraciones de las aminas biógenas y los cambios endocrinos que se producen con la menstruación y en

la menopausia. (14) Lo anterior sumado a las repercusiones del rol de mujer en la sociedad chilena como dueña de casa, madre, trabajadora e inclusive en algunas ocasiones jefas de hogar y/o cuidadoras informales e un tercero dependiente, alterarían la capacidad de respuesta a situaciones estrés del sistema nervioso, impidiendo una suplementación del rol por parte de ellas, de este modo no se lograría experimentar una transición saludable de tipo salud-enfermedad, además este rol social, pudiese facilitar la aparición de transiciones simultaneas, alterando aún más su nivel de salud mental (40)

El estudio estuvo compuesto exclusivamente por mayores de edad, acorde a los criterios de inclusión y exclusión del estudio. La investigación arrojó que a mayor edad, existe una mayor sospecha de tener psicopatologías con una correlación de Pearson mínima de 0,115, en este punto se debe resaltar que a medida que el ser humano adquiere años de vida se va adaptando a constantes cambios fisiológicos y sociales como como la presencia de múltiples comorbilidades y el cese de la vida laboral, de modo que a mayor edad la persona experimenta distintas transiciones paralelas a la de salud-enfermedad, generando una disminución de la capacidad de respuesta al estrés experimentado por los pacientes hemodializados, facilitando así la aparición de alteraciones en la salud mental. Estos resultados coinciden con estudios similares en el ámbito internacional, considerando de esta forma que la mayor edad se relaciona positivamente con alteraciones en la salud mental como depresión y trastornos de ansiedad (10) (13)Al mismo tiempo se contradicen

con otro estudio realizado en Brasil donde se encontró que los trastornos depresivos se relacionaban significativamente con una menor edad, discordando de este modo con los hallazgos obtenidos en la investigación y otros estudios similares, los autores consultados no especificaron la causante de sus resultados. (43) Es de relevancia destacar que los pacientes de mayor edad, correspondiente a la categoría de adultos mayores suelen padecer otras comorbilidades además de la ERCT, por lo que el pronóstico para ellos suele ser más desalentador, favoreciendo la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, infiriendo así que a mayor edad las personas poseen mayor posibilidad de presentar trastornos del ánimo. (14)

En el estado civil de los pacientes hemodializados más de la mitad de la muestra se encontraba con pareja 62,3% y el 37,7% sin pareja, llamó la atención que los pacientes sin pareja presentaron mayor tendencia a la ausencia de psicopatología en comparación con aquellos que poseían pareja, la diferencia porcentual encontrada fue tan solo 2,4%, por lo cual no permite establecer una relación clara con χ^2 0,69, pese a que las referencias empíricas, asocian el estar en pareja con una mejor salud mental, generado por la compañía y/o el vínculo afectivo otorgado por un tercero, que disminuye los sentimientos de soledad y angustia, proporcionándole apoyo al paciente y al equipo de salud, facilitando el camino a la adherencia terapéutica y a la compensación de la patología, dicho fenómeno no se logró demostrar con los resultados de la presente investigación, cabe destacar que no se valoró otro

tipo de redes de apoyo en el estudio, como la familia o amigos cercanos, por lo cual, este resultado pudiese ser producto de otra variable no pesquisada en el estudio, autores nacionales mencionan a la familia de los pacientes hemodializados como factores protectores en todas las esferas de calidad de vida, destacando la salud mental. (14) (44) (52)

En relación al número de personas con las que vivían los pacientes hemodializados, se encontró que la menor proporción vivía solo con 11,3% de incidencia, mientras que el mayor porcentaje vivía con 2 a 4 personas correspondiendo al 67,9% de la población. Al aplicar la correlación de Pearson con el número de personas versus el puntaje obtenido en la Escala de Golberg se encontró una correlación positiva mínima 0,12 deduciendo que mientras mayor es el número de las personas con quien vive, mayor es el puntaje en la Escala de Golberg, por ende, existe mayor probabilidad de padecer alguna alteración en la salud mental. La literatura consultada no hace alusión a los resultados encontrados, sin embargo, la autora considera que un gran número de personas dentro de la misma vivienda pudiese generar otras condiciones estresantes como hacinamiento y relaciones interpersonales inadecuadas favoreciendo de este modo el aumento de agentes estresantes que pudiesen afectar a los pacientes hemodializados.

En la escolaridad de la población se encontró que más de la mitad de la muestra tenía al menos estudios de nivel medio con un 50,9%, mientras que solo un pequeño porcentaje de ella no presentaba estudios formales con solo

un 3,9%, esto a causa de las diversas políticas educativas que van en pro de disminuir la desigualdad en la población (53) (54). A mayor nivel de estudios en los pacientes, mayor es la probabilidad de que no posean alteraciones en la salud mental. El mayor desarrollo cognitivo presente en este grupo de la población facilitaría la adaptación al nuevo rol que deben adquirir los pacientes hemodializados, por lo cual estos no desarrollarían psicopatologías, gracias a su adaptación ante los sucesos generados en la transición de salud enfermedad y la adquisición de un nuevo rol en su vida como agente de su autocuidado.

La situación laboral de los pacientes hemodializados estuvo mayoritariamente compuesta por pensionados con un 83%, este fenómeno se relaciona con la edad donde primaban los adultos medios y mayores, además de la incompatibilidad de la terapia dialítica con la jornada laboral (17) (18) (16). En este aspecto se debe considerar que los pacientes pensionados, experimentan otro tipo de transiciones como el cese laboral, además de una alteración del rol de jefe/a de hogar y otras comorbilidades, por lo cual, la presencia de psicopatologías podría estar afectadas por transiciones simultáneas a la de salud-enfermedad. Estudios similares destacan que los pacientes que trabajaban tenían mejor salud mental en comparación con aquellos que se encontraban pensionados, dado las complicaciones económicas que ellos presentaban, aludían que las pensiones escasamente cubrían sus necesidades de salud (10) (51) De este modo realizar una actividad favorece no solo la recreación de los pacientes, sino que también les genera un sentimiento de

satisfacción en otras áreas como la económica y el sentido de autosuficiencia y mantenimiento de su rol como jefe de hogar (51) .

Los ingresos económicos se ubicaron en igual proporción en los percentiles tres, cuatro y cinco con un 15,1%. Los resultados muestran que a mayor ingreso por persona existe menor probabilidad de presentar psicopatologías, al respecto un estudio similar realizado en Brasil que la sospecha y presencia de psicopatologías se relacionaban con menores ingresos económicos. (43) Un ingreso económico bajo en los pacientes hemodializados genera un mayor grado de estrés, esto sumado a las comorbilidades de la terapia dialítica, facilitarían la presencia de alteraciones en la salud mental. Las jornadas dialíticas resultan extensas y difícilmente compatibles con una jornada laboral normal, por lo cual, si el jefe/a de hogar era inicialmente el paciente hemodializado, su rol estaría dificultado por dicho tratamiento, facilitando la aparición de sentimientos negativos como angustia y preocupación, precursado la aparición de psicopatologías. (51)

El consumo de alcohol no mostró gran variación en la población, exhibiendo que el 96,2% no consumía alcohol, evidenciando el cumplimiento terapéutico de la población a una de las restricciones dietéticas de la patología, considerado como factor protector, ya que otros autores se pesquisaron que el consumo de alcohol se relacionaba con la ideación de muerte (43) .El consumo de alcohol en los pacientes hemodializados no solo podría ser una causa de la depresión, sino que también pudiese ser un método afrontamiento ineficaz o de escape

frente a las comorbilidades que afectan al paciente dialítico generando un proceso de simbiosis entre ambos fenómenos.

El mayor porcentaje de los pacientes del estudio presentaban un tiempo de terapia dialítica de 61 y más meses, el rango del tiempo en hemodiálisis fluctuó entre los 3-393 meses, dentro de las categorías establecidas en la descripción de esta variable se enfatizó en separar a los pacientes que llevasen menos de seis meses del resto, dado que la literatura sostiene que los pacientes hemodializados tardan seis meses en completar su proceso de adaptación en el proceso de salud-enfermedad. Los resultados obtenidos manifiestan que a mayor tiempo en hemodiálisis los pacientes presentan un menor puntaje en la Escala de Golberg con una correlación mínima de Pearson de $-0,143$, de este modo la investigación sostiene que, a mayor tiempo en terapia de hemodiálisis los pacientes poseen una menor probabilidad de presentar psicopatologías, pese a ello, al analizar las distintas categorías de edad se encontró que a medida que los años aumentan la incidencia de presencia de psicopatología aumentaba, por lo cual se deduce que el tiempo favorece la presencia de alteraciones en la salud mental, al respecto la literatura informa que el menor tiempo en hemodiálisis se relacionaba con la presencia de trastornos ansiosos, el transcurso del tiempo dentro de la terapia dialítica facilita el proceso de adaptación al nuevo rol de los pacientes, a causa del constante trabajo del equipo de profesionales del centro de hemodiálisis y las relaciones que establecen los pacientes entre sí, durante las entrevistas los pacientes refirieron

que han tenido un apoyo constante del equipo así como de sus compañeros de turno, con los cuales forman lazos de amistad y resultan un apoyo en las transiciones vivenciadas en el proceso de la enfermedad, estas relaciones se favorecen a causa de la frecuencia que comparten un mismo espacio físico, equivalente al tiempo de la terapia de hemodiálisis tres veces a la semana por cuatro horas. Estudios internacionales refieren que el mayor tiempo en hemodiálisis inicialmente favorece la salud mental, pero pasado los 5 a 10 años aproximadamente esta relación se vuelve inversamente proporcional dado a las repercusiones del tratamiento a larga data, generando trastornos del ánimo en los pacientes (14) (43) (52) Los pacientes que presentaban un periodo menor a un año, una obtuvieron una diferencia relevante entre aquellos que llevaban un periodo menor a seis meses en terapia dialítica, con aquellos que se encontraban por sobre este rango, por lo cual no se logró establecer diferencia significativa entre el periodo de adaptación a la terapia y un tiempo mayor en ella.

Dentro de las patologías asociadas sólo la diabetes mellitus presentó relación con la variable salud mental, los pacientes que padecen diabetes presentaban mayor tendencia a padecer psicopatologías en comparación con aquellos que no, con un χ^2 de 0,04. Al respecto la literatura no hace alusión a ello, aunque si encontró que los pacientes que vivenciaban síntomas como fatiga, anemia, entre otras tendrían mayor relación con las psicopatologías. Estos síntomas podrían ser resultados de la descompensación de la diabetes , aunque de igual

manera de la ERC, por lo cual la literatura consultada no genera resultados que apoyen los hallazgos obtenidos (12).

El bienestar espiritual en sus dos dimensiones no mostró variabilidad en sus tres categorías, el bienestar espiritual resultó una constante de bienestar moderado, mientras que en el bienestar existencial se observó un pequeño porcentaje con un bienestar bajo con 1,9%, en contraste con un bienestar moderado de 96,2%. El bienestar espiritual mostró una correlación de Pearson inversamente proporcional, concluyendo de este modo que el bienestar espiritual favorece la ausencia de psicopatologías en los pacientes hemodializados. En el ámbito internacional en Brasil se detectó que el estrés psicológico se relaciona con un menor bienestar espiritual en sus dos dimensiones (43). De este modo podemos inferir que el bienestar espiritual resultaría un agente protector de las alteraciones del ánimo de los pacientes hemodializados, dado que al mejorar su relación tanto con un ente mayor, así como la visión de sí mismos con el entorno facilitaría el proceso de adaptación a la transición de tipo salud enfermedad que experimentan constantemente los pacientes hemodializados. La literatura menciona que la espiritualidad disminuye los problemas para conciliar el sueño, aumenta la funcionalidad en el diario vivir y a la vez favorece la funcionalidad diurna por lo cual, esta variable disminuiría síntomas somáticos como cansancio, favoreciendo una sensación de bienestar general que influye en las emociones de las personas, favoreciendo un buen estado de ánimo, siendo un factor protector de la salud

mental de los pacientes hemodializados. (42) (55)



9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten concluir que los pacientes hemodializados en la Unidad de Crónicos del Hospital Las Higueras, Talcahuano durante el periodo de febrero y marzo del año 2017 poseen mayor tendencia a no padecer alteraciones en la salud mental con 58,5%. La presencia de psicopatología solo se presentó en un poco más de cuarto de la población con 26,4%, este porcentaje no determina un diagnóstico, por lo cual el porcentaje libre de alteraciones de salud mental pudiese ser mayor. Los resultados permiten deducir que la mayoría de los pacientes hemodializados experimentan una transición saludable, vivenciando una suplementación de un nuevo rol en su vida, siendo apoyados por el equipo de salud y de las referencias grupales que corresponden a las personas que se encuentran en el mismo turno de terapia dialítica, con los cuales forman lazos de amistad y a la vez actúan como guía en el proceso de la transición salud-enfermedad y las transiciones paralelas a ella.

La población del estudio presentó un perfil biosociodemográfico particular, concluyendo que el mayor porcentaje de esta se encuentra en la categoría de adulto medio con un 45,3%, en segundo lugar, los adultos mayores con un 41,5%, y en menor proporción los adultos jóvenes 13,2%. Los resultados permitieron concluir que las personas de mayor edad poseen mayor tendencia a presentar presencia de psicopatología con una correlación de Pearson de

0,115. Las personas de mayor edad atraviesan transiciones paralelas a de salud-enfermedad, por cuanto la suplementación de su nuevo rol, se ve dificultada, aumentando los agentes estresantes favoreciendo la aparición de síntomas de psicopatologías.

Más de la mitad de la población eran hombres (56,5%), cabe destacar que solo se consideraron la variable hombre y mujer, no considerando de este modo otra variación de orientación sexual. El sexo femenino presentó una relación positiva con las alteraciones en la salud mental, al contrario de los hombres, concluyendo que las mujeres poseen mayor tendencia a padecer alteraciones en la salud mental con un χ^2 de 0,328. Este resultado se relaciona con los diversos roles que desempeña el sexo femenino dentro del núcleo familiar, los cuales se ven afectados con el tratamiento de HD, generando la insuficiencia del rol, aumentando los agentes estresantes en las mujeres, facilitando de este modo la presencia de síntomas que aumenten la sospecha de psicopatologías.

Más de la mitad de la población se encontraba con pareja con un 62,3% y el 37,7% sin pareja . Los resultados obtenidos en la presente investigación no permiten establecer una relación entre el estado civil y la salud mental.

Casi el 90% de la población no vivía solo, el rango de esta variable fluctuaba entre 0 a 11 personas, la gran mayoría vivía con 2 a 4 personas con el 67,9%, mientras que un pequeño porcentaje de esta vivía solo con solo el 11,3%. Un mayor número de personas en el hogar mayor es la probabilidad de presentar una alteración en la salud mental con una correlación mínima de Pearson

+0,76.

Los ingresos de los pacientes correspondieron a per capita calculados con la cantidad de personas con quien vivían y los ingresos totales, el rango de este 0 y \$611.000 y más; la población estudiada se distribuyó a lo largo de los diez percentiles, pero la mayor cantidad se ubicó entre los percentiles tres, cuatro y cinco, correspondiendo a ingresos entre \$74.970 y \$154.156 por persona, a medida que avanza el percentil los porcentajes disminuyen, por lo cual los ingresos de la población se encuentran contenidos principalmente bajo los \$250.663 per capita. Los hallazgos obtenidos presentaron una relación positiva entre la salud mental y los ingresos per capita, con una correlación mínima de Pearson de -0,112, concluyendo de este modo que a mayor ingreso menor es el puntaje de la Escala de Golberg y por ende se favorece la ausencia de psicopatología. Un ingreso económico mayor evita la insuficiencia del rol de jefe de hogar de los pacientes, por lo cual, la familia no se ve abruptamente afectada en el ámbito económico facilitando la transición salud-enfermedad, evitando otra transición simultánea.

Considerando el nivel de educación de la población casi en su totalidad presentó estudios formales, solo el 3,9% no ingresó al sistema educacional tradicional de Chile, y la mitad de la población al menos cursó un año de enseñanza media (50,9%), el nivel de educación básica igual obtuvo un porcentaje considerable de 17%, pese al perfil de edad que poseían los pacientes. A mayor nivel educacional menor es la probabilidad de padecer

alteraciones en la salud mental, aunque no generó una relevancia estadísticamente significativa. (χ^2 0,141). Posiblemente por el mayor desarrollo cognitivo, el cual facilita una nueva visualización de la insuficiencia del rol, dando pie a el desarrollo de procesos internos en cada paciente, que dan pie a la suplementación del nuevo rol.

Respecto a la situación laboral los resultados permiten concluir que el mayor porcentaje de la población se encontraba pensionado con un 83%, al relacionar la salud mental con la situación laboral se encontró que realizar alguna actividad como estudiar o trabajar favorece la ausencia de psicopatología mientras que el estar pensionado tiende en comparación con las otras categorías a padecer alteraciones en la salud mental. El cese de las actividades laborales conlleva a transiciones paralelas al tipo salud enfermedad, aumentando los agentes estresantes que afectan a cada paciente, por lo que, se aumentan los agentes estresantes en los pacientes impidiendo que las transiciones sean saludables, pese a los esfuerzos de agentes externos como el equipo de salud o los compañeros de turno de hemodiálisis.

El tiempo en tratamiento de hemodiálisis fue muy variable, abarcó de 3 y 393 meses, destacando que el mayor porcentaje se encontraba por sobre los 61 meses en tratamiento. Los resultados obtenidos permiten concluir que a mayor tiempo en hemodiálisis menor es la probabilidad de no padecer alteraciones en la salud mental con una correlación de Pearson -0,143, durante los primeros años. Un mayor tiempo en terapia facilita el proceso de adaptación y

suplementación de rol que viven los pacientes hemodializados, facilitando la adaptación de los pacientes a los constantes agentes estresantes, permitiendo que experimenten una transición saludable, pese a ello el paso de los años facilitaría la aparición de comorbilidades, pre cursando la aparición de sentimientos negativos, alterando la salud mental.

El consumo de alcohol en la población fue muy escaso solo el 3,98% reconoció consumir alcohol, pero solo ocasionalmente, podríamos concluir que en este ámbito la población presenta adherencia terapéutica hacia las conductas prohibidas por el equipo de hemodiálisis adquiriendo su nuevo rol como agente de su autocuidado, el consumo de alcohol obtuvo una relación con la salud mental de la población.

Casi la totalidad de la población vivía en zona urbana, solo una persona vivía en zona rural, aunque esta se encontraba muy cercana a la urbanización, no encontrado relación con la salud mental de los pacientes.

Además de la ERCT los pacientes presentaban otras patologías, primando la hipertensión y la diabetes mellitus, siendo las principales causantes de la ERC, cabe mencionar que se encontraron patologías de tipo musculo esqueléticas, respiratorias y fisiopatológicas, no asociadas a la ERC por lo cual la población estudiada es vulnerable en otros aspectos. Solo la diabetes mellitus presentó una relación positiva con los trastornos de salud mental, concluyendo que padecer diabetes se relaciona positivamente con la presencia de alteraciones en la salud mental con un χ^2 0,04, los síntomas asociados a la diabetes

mellitus facilitarían la aparición de sentimientos negativos y facilitarían la aparición de otras transiciones que alterarían la capacidad de respuesta de los pacientes.

En el bienestar espiritual existencial casi la totalidad presento un bienestar espiritual existencial moderado, mientras que solo una sola persona presento un bienestar espiritual existencial bajo. El en bienestar espiritual religioso se encontró en la totalidad de la población se ubicó en la categoría de moderado. La suma de las dos subcategorías presentó un bienestar espiritual moderado para toda la población. Al relacionar la salud mental con el bienestar espiritual se encontró una correlación de Pearson de 0,345, concluyendo que la ausencia de psicopatología se relaciona positivamente con un puntaje elevado en la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison, de este modo un bienestar espiritual moderado o alto favorece la ausencia de psicopatología, siendo una factor protector en la suplementación del rol que adquieren los pacientes hemodializados, por otro lado es importante rescatar que las personas que comparten un turno de terapia desarrollan lasos, siendo las referencias grupales de cada individuo que se comienza la terapia de HD, otorgando una mirada distinta de la transición vivenciada, ayudando a cada individuo a ver otro lado distinto de su realidad.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal dificultad presentada en este estudio, se encontró en la recolección de datos, realizada exclusivamente durante las primeras dos horas de terapia dialítica, en el cual los usuarios prefieren descansar, por lo cual fue necesario un elevado número de visitas, en los tres turnos que se encontraban en terapia dialítica.



11. SUGERENCIAS.

Este estudio se desarrolló en una población acotada, por lo cual se sugiere en un futuro realizar un estudio con un universo mayor.

Por otro lado, se sugiere realizar un estudio similar en centro privados y públicos para comparar la realidad de ambos sistemas de salud.



12. ANEXOS

12.1. Anexo 1: **Definición de variables nominales y operacionales.**

Salud mental:

- Nominal: “Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.
- Operacional: Se utilizará el cuestionario de salud de Golberg, consta de 12 preguntas con respuesta de tipo Likert, cada pregunta posee 4 opciones de respuesta, donde las primeras dos poseen 0 puntos y las dos últimas poseen un puntaje de 1. El puntaje total da el resultado de salud mental que posee el paciente. Evidenciando de este modo 3 categorías:
 - Ausencia de psicopatología: 0 a 4 puntos
 - Sospecha de psicopatología: 4 a 6 puntos.
 - Presencia de psicopatología: 7 a 12 puntos.

Bienestar Espiritual:

- Nominal: Sentido de interconexión armoniosa en la trascendencia espiritual que existe a través y más allá del tiempo y el espacio, la cual se logra a través de un proceso de crecimiento dinámico y de integración.

- Operacional: La escala de Ellison se compone de dos subescalas, donde encontramos bienestar espiritual existencial y bienestar espiritual religioso. Las respuestas corresponden a tipo Likert, y van de puntaje 1 a 6.

Los puntajes obtenidos de las 20 preguntas de la escala, corresponden

a:

- 20-40 puntos= Bienestar espiritual bajo.
- 41-99 puntos = Bienestar espiritual moderado.
- 100-120 puntos= Bienestar espiritual alto.

a) Bienestar espiritual existencial:

- Nominal: Dimensión vertical que dice respecto a la satisfacción en la conexión personal con Dios o con algo que se considere como absoluto.
- Operacional: Se calcula contando solo 10 preguntas del total de 20 que representa esta subcategoría.

- 10-20 puntos= Bienestar espiritual existencial bajo.
- 21-49 puntos= Bienestar espiritual existencial moderado.
- 50-60 puntos= Bienestar espiritual existencial alto.

b) **Bienestar espiritual religioso**: Dimensión horizontal que se refiere a la percepción de la persona en relación al propósito de la vida independiente de una referencia religiosa.

- 10-20 puntos= Bienestar espiritual religioso bajo.

- 21-49 puntos= Bienestar espiritual religioso moderado.
- 50-60 puntos= Bienestar espiritual religioso alto.

Edad:

- Nominal: Es el tiempo cronológico de vida de una persona desde el nacimiento hasta la fecha de investigación.
- Operacional: Se medirá por años cumplidos, a través de una pregunta directa, y solo serán números enteros.

Sexo:

- Nominal: Son las características anatomofisiológicas, que difieren al hombre y a la mujer.
- Operacional: 1= masculino; 2=femenino.

Estado civil:

- Nominal: Condición legal y/o convivencia con un tercero como consecuencia de un vínculo amoroso.
- Operacional: 1= soltero/a; 2=casado/a; 3=viudo/a ; 4=separado/a; convive=5

Escolaridad:

- Nominal: Nivel de escolaridad alcanzado por los pacientes hemodializados.
- Operacional: 0=ninguno; 1= educación básica incompleta; 2=educación básica completa; 3= educación media incompleta; 4=educación media completa; 5=educación técnica completa; 6=educación universitaria; 7= post grado.

Situación laboral:

- Nominal: Situación ocupacional formal dentro de la sociedad por el cual se recibe remuneración.
- Operacional: 1= cesante; 2= trabajador independiente; 3=trabajador dependiente; 4=pensionado.

Ingresos económicos per capita:

- Nominal: ingreso monetario total del grupo familiar, repartido entre el número de personas que lo conforman.
- Operacional: Se medirá a través de una pregunta directa, considerando el ingreso total en números positivos dividido por el número de personas que componen el núcleo familiar.

Residencia:

- Nominal: Sector geográfico de la comuna en el que se vive.
- Operacional: 1=urbano; 2=rural.

Número de Personas con que vive:

- Nominal: Personas con las que convive día y noche, y además comparten la casa.
- Operacional: Se medirá a través de números enteros

Consumo de alcohol:

- Nominal: Corresponde a la ingesta de bebidas alcohólicas, y a la frecuencia de este consumo.
- Operacional: Se clasificará en:
 - A= consume alcohol (1= si ; 2=no)
 - B= frecuencia de consumo de alcohol (1= dos veces al mes; 2= una vez

a la semana; 3= 2 o tres veces a la semana; 4=otro frecuencia).

Tiempo en hemodiálisis:

- Nominal: Corresponde al tiempo en meses que el paciente, lleva sometido al tratamiento de hemodiálisis.
- Operacional: Se medirá a través de una pregunta cerrada en meses. Se considerará solo números positivos.

Patologías agregadas que padece:

- Nominal: Corresponde a todas aquellas patologías exceptuando la IRCT, que padezcan los pacientes hemodializados.
- Operacional: Se categorizará en 1=diabetes; 2= hipertensión; 3= otras.



12.2 Anexo 2: Consentimiento Informado

SALUD MENTAL Y SU RELACION CON EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y CARACTERISTICAS BIOSOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES HEMODIALIZADOS

Paciente de hemodiálisis del Hospital Las Higueras Talcahuano

El aquí firmante conscientemente autoriza su inclusión al estudio: **“Salud mental y su relación con el bienestar espiritual y características biosociodemoraficas en pacientes hemodializados”**, investigación que es conducida por la Enfermera Elizabeth Badilla Aguilera , (alumna del programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción), cuyo email es: ebadilla@udec.cl. La investigación fue previamente aprobada por el comité de ética de la Universidad de Concepción y del Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Objetivo del Estudio: Identificar la salud mental y su relación con el bienestar espiritual y las características biosociodemográficas, en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital las Higueras Talcahuano, periodo 2017.

La recolección de los Datos: se efectuará individualmente a través de la aplicación del instrumento aplicado por la autora, que consta de dos escalas validadas y un cuestionario de datos biosociodemográficos.

El propósito del Estudio es: proporcionar herramientas a los profesionales de enfermería que contribuyan a mejorar la salud mental de los pacientes

sometidos hemodiálisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder, las preguntas del instrumento, que la investigadora le aplicará, lo que tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

No existen riesgos asociados a la participación, sino más bien va en propio beneficio, ya que se presentarán los resultados a la Institución para que en conjunto establezcan herramientas que vayan en pro de mejorar la salud mental del servicio de hemodiálisis. **Si usted lo requiere, le será entregada información o se le pondrá en contacto con el equipo de salud mental de su institución, para establecer una terapia de apoyo.** Como también favorecerá la función investigadora de enfermería, ya que permitirá identificar herramientas que vayan en pro de mejorar la salud mental de los pacientes de hemodiálisis.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, manteniendo su reserva y los resultados de sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas, por lo que en una eventual publicación, en una revista científica o expuestas en un congreso de investigación, se mantendrá el anonimato y confidencialidad y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los ya explicados.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer todas las preguntas que requiera, igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento

sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta, no le parece o crean duda, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas, sin que esto lo afecte o sea informado a su superior, ni al establecimiento en el cual se desempeña.

El objeto de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no.

Se le hará entrega de una copia de esta ficha de consentimiento y puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto puede contactar a la investigadora al teléfono anteriormente mencionado.

Declaro que:

- Se me han expuesto las razones de la realización del estudio.
- He tenido la posibilidad de negarme a ser incluido en el estudio.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la aplicación del instrumento.
- Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

Por lo tanto acepto participar en este estudio.

Desde ya le agradezco su participación.

Nombre del Participante	Firma	del	Participante
Fecha			

Nombre del Investigador	Firma	del	Investigador
-------------------------	-------	-----	--------------

Fecha

(Elizabeth Badilla Aguilera)

17.940.580-6



Representante Dirección HHT	Firma del Representante	Fecha
-----------------------------	-------------------------	-------

(Dra. Sánchez)

12.3 Anexo 3: Escala de salud de Golberg GHQ-12

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	RESPUESTAS
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	No en absoluto	
		Igual que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
3	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	
		Igual lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos capaz que lo habitual	
		Mucho menos capaz que lo habitual	
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	
		Igual que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	
		Igual que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
7	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	
		Igual lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
8	¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos capaz que lo habitual	
		Mucho menos capaz que lo habitual	
9	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Más que lo habitual	
		Mucho más que lo habitual	
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos feliz que lo habitual	
		Mucho menos feliz que lo habitual	

12.4 Anexo 4: Escala de bienestar espiritual de Ellison

Bayat, M. et al. (2016) (mailto:bsb@psyc.queensu.ca)
Transaction ID: 6198218482127049

Escala de BE

En cada una de las oraciones, marque con un círculo la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal:

CA = Completamente de acuerdo D = En desacuerdo
MA = Moderadamente de acuerdo MD = Moderadamente en desacuerdo
A = De acuerdo CD = Completamente en desacuerdo

Ejemplos de preguntas

a. No sé cuántos granos de arena hay en la playa.	<input checked="" type="radio"/> CA	MA	A	D	MD	CD
b. Yo sé mi nombre.	<input checked="" type="radio"/> CA	MA	A	D	MD	CD
c. No sé cuántos años tengo.	CA	MA	A	D	MD	<input checked="" type="radio"/> CD
1. No encuentro mucha satisfacción al orar en privado con Dios.	CA	MA	A	D	MD	CD
2. No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy.	CA	MA	A	D	MD	CD
3. Creo que Dios me ama y creo que si le importo.	CA	MA	A	D	MD	CD
4. Creo que la vida es una experiencia positiva.	CA	MA	A	D	MD	CD
5. Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias.	CA	MA	A	D	MD	CD
6. Siento que mi futuro es incierto.	CA	MA	A	D	MD	CD
7. Tengo una relación personal significativa con Dios.	CA	MA	A	D	MD	CD
8. Me siento pleno y satisfecho con la vida.	CA	MA	A	D	MD	CD
9. No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios.	CA	MA	A	D	MD	CD
10. Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida.	CA	MA	A	D	MD	CD
11. Creo que a Dios le preocupan mis problemas.	CA	MA	A	D	MD	CD
12. No disfruto casi nada de la vida.	CA	MA	A	D	MD	CD
13. No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga.	CA	MA	A	D	MD	CD
14. Me siento bien con respecto a mi futuro.	CA	MA	A	D	MD	CD
15. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo.	CA	MA	A	D	MD	CD
16. Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad.	CA	MA	A	D	MD	CD
17. Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios.	CA	MA	A	D	MD	CD
18. La vida no tiene mucho significado.	CA	MA	A	D	MD	CD
19. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar.	CA	MA	A	D	MD	CD
20. Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia.	CA	MA	A	D	MD	CD

Note: The original English language Escala de BE (EDE) (SWB Scale) is in the Journal of Psychology and Theology, 1983, 11(4), p. 340. English SWB Scale © 1982 and Spanish SWB Scale (Escala de BE) © 1994, 1996 by Craig W. Ellison and Raymond F. Paloutzian. All rights reserved. Translation by courtesy of Kay C. Bruce and Ted Stagner. Not to be duplicated unless express written permission is granted by the copyright holders or by Life Advance. See www.lifeadvance.com.

12.5 Anexo 5: Datos biosociodemográficos.

Marque con una X o el número, correcto según corresponda:

Edad en años:

Sexo: Femenino Masculino

Estado civil: Soltero/a Viudo/a Casado
Separado/a Convive(unión libre)

Escolaridad: ninguna enseñanza básica :
Enseñanza media Enseñanza superior

Situación laboral: Cesante Trabajador independiente
Trabajador dependiente Pensionado

Ingresos económicos total del hogar:

Cantidad de personas con quien vive:

Residencia: Urbana Rural

Consumo de alcohol: consume alcohol (1= si ; 2=no)

Si

Dos veces al mes una vez a la semana

tres veces a la semana otro frecuencia

Cual

Tiempo en meses en hemodialisis:

Patologías agregadas a una Insuficiencia Renal Crónica:

Diabetes

Hipertensión

Otras

Cuales:

12.6 Anexo 6: clasificación de adultos según la OMS.

CATEGORIA	EDAD
Adulto joven	18- 35 años
Adulto medio	36-64 años
Adulto mayor	65 años y más.

12.7 Anexo 7: Percentiles según el INE:

DECIL	INGRESOS
1°decil	desde \$0 a \$48.750 ingresos por persona.
2°decil:	desde \$48.751 a \$74.969 ingresos por persona.
3°decil	desde \$74.970 a \$100.709 ingresos por persona.
4°decil	desde \$100.710 a 125.558 ingresos por persona.
5°decil	desde 125.559 a \$154.166 ingresos por persona
6°decil	desde \$154.167 a \$193.104 ingresos por persona.
7°decil	desde \$193.105 a \$250.663 ingresos por persona.
8°decil	desde \$250.664 a \$352.743 ingresos por persona.
9°decil	desde \$352.744 a \$611.728 ingresos por persona.
10°decil	desde 611.729 y mas

13. BIBLIOGRAFIA

1. Kramer Verónica, Adasme Marcela, Bustamante M. José, Jalil Jorge, Navarrete Carlos, Acevedo Mónica. Agregación de factores de riesgo cardiovascular y conciencia de enfermedad en trabajadores de un hospital universitario. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Mayo [citado 2015 Jun 23] ; 140(5): 601-608. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000500007&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000500007.
2. Veliz-Rojas Lizet, Mendoza-Parra Sara, Barriga Omar A. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2015 Ene [citado 2018 jun 15] ; 32(1): 51-57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100008
3. Chacón Javier, Sandoval Daniela, Muñoz Reinaldo, Romero Tomás.
Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2015 Abr [citado 2015 Jun 23] ; 34(1): 18-27. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000100002
4. minsal. www.minsal.cl. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 15]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17-PRIMEROS-RESULTADOS.pdf>.

5. minsal. www.minsal.cl. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 15].
Disponible en:
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/01/2017.10.24_ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA.pdf.
6. M V. insuficiencia renal cronica ¿ Qué debemos conocer para el manejo cotidiano? In cardiología sad, editor. Programa de actualizacion continua de la sociedad argentina cardiología. argentina; 2011. p. 1-13. Disponible en:[http://educacion.sac.org.ar/pluginfile.php/2972/mod_page/content/2/1 - Dr. Veltri.pdf](http://educacion.sac.org.ar/pluginfile.php/2972/mod_page/content/2/1-Dr_Veltri.pdf)
7. Instituto Nefrología Chile. Sociendad chilena de Nefrología. [Online]. [cited 2016 mayo 12]. Disponible : <http://www.nefro.cl/site/>
8. Herrera- Añazco Percy, Pacheco-Mendoza Josmel, Taype-Rondan Alvaro. La enfermedad renal crónica en el Perú: Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta méd. peruana [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Oct 15] ; 33(2): 130-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172016000200007&scr ipt=sci abstract>
9. Ministerio de Salud Chile. Minsal. [Online].; 2015 [cited 2015 mayo 12].
Disponible en:
www.minsal.cl.
10. Páez AE, Jofré MJ, Azpiricoz CR, Bortoli MAD. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de diálisis. Universitas Psychologica(Internet) (2009); (citado Oct 3 2016) 8 (1) 117-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168010>

11. Mariné Alonso M, García Melián M. Lista de verificación para la identificación de peligros ambientales en unidades de hemodiálisis. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 Abr [citado 2018 Nov 5] ; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100005
12. Arribas Cobo Patricia, García Estévez Sonia, Díaz de Argote Cervera Pilar, Quesada Armenteros M^a Trinidad, Liébana Pamos Beatriz, Andrés Díez Vanesa. Prevalencia de fatiga postdiálisis, depresión y dolor del paciente en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 [citado 2018 Oct 16] ; 17(Supl 1): 27-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500016
13. Gómez Villaseca Lidia, Manresa Traguany Mónica, Pac Gracia Nuria, Lozano Ramírez Sandra. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 24] ; 17(Supl 1): 26-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500015&lng=es.
14. Capote Leyva Eliseo, Torres Lio-Coo Vladimir. Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Jun 23] ; 43(1): 61-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100008

15. Sánchez Lamolda M^a Ángeles, Malagón Rodríguez M^a Ángeles, Alonso Hernández Nemesia. Incidencia de las demencias en hemodiálisis: Apoyo al cuidador principal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Jun 23] ; 16(1): 31-35. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000100005&lng=es.%20
<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000100005>.
16. Perales-Montilla Carmen M., Duschek Stefan, Reyes-del Paso Gustavo A.. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 23] ; 33(6): 816-825. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021169952013000700009
17. Arechabala, María Cecilia, Catoni, María Isabel, Palma, Eugenia, Barrios, Silvia (2011) Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Rev Panam Salud Publica*;30(1) 74-79, jul. 2011. Disponible en
https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700011
18. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman P, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2008; Vol 52 , Issue 1 , 128 – 136. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18440682>
19. Minsal. minsal.cl. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto 19]. Available from: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

20. Poblete Fernando C, Sapag Jaime C, Bossert Thomas J. Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile: Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Feb [citado 2015 Jun 25] ; 136(2): 230-239. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200014
21. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Guia de Practica Clinica. Santiago: Gobierno de Chile, Minsal; 2013. disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/722754637c08646e04001011f014e64.pdf>
22. Demas G, Carlton E. Ecoimmunology for psychoneuroimmunologists: Considering context in neuroendocrine-immune-behavior interactions. Brain Behav Immun. 2015 febrero; 44-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218837>
23. Marsiglia I. La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad. Gac Méd Caracas. 2009 Septiembre; 117(3) pag 148-151.
Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159114004668>.
24. Aneth Rivas Castro, Ángela Romero Cárdenas, Mirith Vásquez Munive, Carlos Canova Barrios. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. Revi Cultura Cuidado Enfermería. 2013;vol 10(1). pags 17-26.
Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003029>

25. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Sep 23] ; 16(3): 33-39. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es.%20
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.
26. Linda Eby NJB. Cuidados de enfermería en salud mental. segunda ed. Martin-Romo M, editor. Madrid: Pearson Educación S:A; 2010. pag 7-24
27. Meleis Ibrahim A. Transitions Theory; Middle range and situation specife theories in nursing research and practice Zuccarini M, editor. New York: Springer Publishing Company; 2010.
28. Gómez Alejandro, Bórquez Pamela. Suicidio por interrupción de hemodiálisis en un paciente con nefropatía crónica: análisis de un caso. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Jul 23] ; 140(6): 771-774. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600012&lng=es.%20
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600012>
29. Sociedad Chilena de Nefrología. www.nefro.cl citado el 10 Oct 2018.
Disponible en :
<https://www.nefro.cl/v2/biblio/rgistro/23pdf>
30. Guerra Guerrero Verónica Teresa, Díaz Mujica Alejandro E., Vidal Albornoz Katherine. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Jul 23] ; 26(2) : . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007

31. Rocha, Maria Tereza Ferreira Barros; et.al. El papel de la enfermería en la sesión de hemodiálisis. Revista Multidisciplinar Científica Centro del Conocimiento. edición especial de la Salud. Año 02, Vol. 04. pp 39-52, noviembre de 2017. Disponible en:
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/hemodialisis>
32. José Manuel Gil Cunquero, Belén Marrón. La realidad y las percepciones de las infecciones en Dialisis. Rev Nefrologia. 2010; 2010;1:56-62. Disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-la-realidad-y-la-percepcion-de-las-infecciones-en-dialisis-X201375751000233X>
33. Rodríguez Calero Miguel Ángel, Amorós Cerdá Sylvia M., Pérez Juan Eva, Hernández Sánchez Daniel. Antisépticos para la prevención de la infección relacionada con catéteres vasculares: revisión sistemática. Index Enferm [Internet]. 2015 Dic [citado 2015 Sep 23] ; 24(4): 270-274. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300018&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300018.
34. Valencia Yábar Magda, Cieza Zevallos Javier. Factores asociados a la Infección por Hepatitis C en casos incidentes en hemodiálisis crónica. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2009 Ene [citado 2015 Sep 23] ;29(1):11-16. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292009000100002&lng=es.

35. López Revuelta K , Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV , Moreno J. Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. Gestión del proceso hemodiálisis. Nefrología (internet) 22(4). Disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-aplicacion-gestion-por-procesos-nefrologia-gestion-del-proceso-hemo>
36. Joana Fornés Vives. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados 2º edición. Fornes. Editorial Medica Panamericana. 2011.
37. Organización Panamericana de la salud. [Online].; 2013 [cited 2015 junio 10].
Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
38. Sánchez-Herrera Beatriz. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Aquichán [Internet]. 2009 Ene [citado 2015 Sep 23];9(1): 8-22. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/164> .
39. Mesquita Ana C, Costa Valcanti Avelino, Neves Barreto Maiara, Alves Nogueira Denismar, Souza Terra Fábio de, Cássia Lopes Chaves Érika de. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Sep 23] ; 23(4): 219-223. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300006&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006.
40. I. EO. Teoría de las Transiciones. In AM R. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2015. p. 368-379.

41. Lopes Gildete Barreto, Martins Maria Tereza Silveira, Matos Cácia Mendes, Amorim Josete Leão de, Leite Eneida Barreto, Miranda Eva Alves et al . Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2007 [cited 2015 Sep 23] Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600017&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600017.
42. Abilio Reig-Ferrer , M. Dolores Arenas , Rosario Ferrer-Cascales , M. Dolores Fernández-Pascual , Natalia Albaladejo-Blázquez , M. Teresa Gil , Vanesa de la Fuente. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. Rev Nefrología. 2012 abril; 32(6). Pag 731- 742 . Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v32n6/especial.pdf>
43. Bertolaccini B, Pereira R. Relationship between mental health and spiritual well being among hemodialysis patients: a correlation study. Sao Paulo Medica Journal. 2014; 132(1). pag 23-27. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24474076>
44. Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Cienc. enferm. [Internet]. 2005 Dic [citado 2015 Sep 23] ; 11(2): 47-55. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007 .

45. Guic S Eliana, Mora O Pablo, Rey C Ricardo, Robles G Alfonso. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 Abr [citado 2015 Sep 23] ; 134(4): 447-455. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400007&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000400007
46. Sánchez Herrera, B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2009;XXVII(1):86-95.Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198009>
47. Lolas Stepke F, Quezada Sepúlveda A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas [Internet]. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003 [citado 2018, noviembre]. Disponible en:
<http://www.libros.uchile.cl/258>
48. Rodríguez Yunta Eduardo. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas cioms 2002. Acta bioeth. [Internet]. 2004 [citado 2018 Nov 15] ; 10(1): 37-48. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005
49. Carlos Alberto Villanueva Peña, Jaime Casas Caruajulca, Sara Richard Pérez. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de Essalud Lima- Perú. Revista de Investigación Universitaria. 2015 marzo; 4(1). Disponible en:
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/133>

50. Millán-González Ricardo, Gómez-Restrepo Carlos, Gil Laverde Fabián Armando, Oviedo Lugo Gabriel Fernando, Villegas Salazar Felipe. 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. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2009 Dec [cited 2015 Sep 23] ; 38(4): 622-636. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502009000400004&lng=en.
51. Mesa BM, Vázquez AY, Álvarez MNR. Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana (Internet) 2013. 10 (3).* Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133e.pdf>
52. Miguel Valenzuela J, Labarrera P, Rodríguez P. Educación en Chile: Entre la continuidad y las rupturas. principales hitos de las políticas educativas. *REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN. N.º 48 (2008), pp. 129-145,* Disponible en: <http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/100110.pdf>
53. Cobo Sánchez José Luis, Pelayo Alonso Raquel, Iburguren Rodríguez Emilio, Aja Crespo Ainhoa, Saenz de Buruaga Perea Araceli, Incera Setién M^a Elena et al . Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2011 Jun 14(2): 98-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000200004&lng=es.
54. Yang JY et al. Impact of spiritual and religious activity on quality of sleep in hemodialysis patients. *Pud Med. (Internet) 26 (3)*Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18305384>

55. Del Picó Rubio, Jorge. (2011). Evolución y actualidad de la concepción de familia: una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. *Ius et Praxis*, 17(1), 31-56. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122011000100003

