

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA,
ENERO–MARZO DEL 2019”**

**Tesis presentada por la bachiller:
YURI MUÑOZ QUISPE
Para optar el título profesional de
Médico Cirujano**

**Tutor:
DR. ALFREDO VILCA ARENAS**

AREQUIPA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

“A mis padres porque todo lo que soy se los debo a ellos, a mis hermanos (as) por su apoyo incondicional en todo momento. A mi tutor por haberme guiado y encaminado, para que salga adelante la presente investigación”.

AGRADECIMIENTO

“Agradezco a la Facultad de Medicina y a los docentes por haberme impartido sus conocimientos que servirán para mi desempeño profesional”.

Y a todas aquellas personas que ayudaron en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEORICO	8
CAPÍTULO II: MÉTODOS	20
CAPÍTULO III:RESULTADOS.....	26
CAPÍTULO IV: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	38
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS.....	50

RESUMEN

La depresión es el trastorno psicopatológico más asociado a la Enfermedad Renal Crónica cuyo diagnóstico y tratamiento pasan desapercibidos en la práctica médica, el mismo que genera efectos negativos en el curso de la enfermedad y el paciente; el presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar la depresión en pacientes con tratamiento en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. La investigación es de tipo cuantitativo, diseño de carácter descriptivo-prospectivo, de corte transversal. Aplicación de técnica psicométrica para la recolección de datos con el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados obtenidos de una población de 80 pacientes fueron: Un 87.5% de los pacientes evidencia la presencia de depresión, sobresaliendo entre sus niveles la depresión severa en un 55%; y el 56.3% es de género masculino; 55.0% con un tiempo de tratamiento <1año, 26.3% son convivientes; 52.5% se encuentra mayor e igual a 78 años; 11.3% con educación superior; En el análisis bivariado entre depresión y edad, existe una mayor relación entre los pacientes que presentan depresión severa con edades entre los 78 años a mas, también se evidencia relación entre la depresión y el estado civil evidenciándose que los pacientes que tienen depresión severa son separados y viudos con un 30.1%.

Conclusión: La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo enero-marzo fue de 87.5%. según el inventario de depresión de Beck-II los niveles de depresión fueron; leve 10%, moderada 22.5% y severa 55%.

Palabras Clave: Depresión - Enfermedad Renal Crónica – Beck

ABSTRACT

Depression is the psychopathological disorder most associated with chronic kidney disease whose diagnosis and treatment go unnoticed in medical practice, which generates negative effects in the course of the disease and the patient; the present study was carried out with the objective of characterizing depression in patients with treatment at the Hemodialysis Center of the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa. The research is quantitative, descriptive-prospective design, cross-sectional. Application of psychometric technique for data collection with the Depression Inventory of Beck II. The results obtained from a population of 80 patients were: An 87.5% of the patients evidenced the presence of depression, excelling between its levels the severe Depression by 55%; and 56.3% is male; 55% with less than one year of treatment, 26.3% live together; 52.5% it is greater than and equal to 78 years; 11.3% with higher education; In the bivariate analysis between depression and age, there is a greater relationship between patients who have severe depression with ages between 78 and over, and there is also evidence of a relationship between depression and marital status, showing that patients who have severe depression are separated. and widowers with 30.1%.

Concluding: The prevalence of depression in patients with chronic kidney disease undergoing Hemodialysis at the Hospital Regional Honorio Delgado in the period January-March was 87.5%. according to the depression inventory of beck-II the levels of depression were; slight 10%, moderate 22.5% and severe 55%.

Keywords: Depression - Chronic Kidney Disease – Beck

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La depresión y la Enfermedad Renal Crónica son patologías que se caracterizan por la asociación de su comorbilidad y mortalidad de los pacientes, y que en los últimos años su tendencia diagnóstica es creciente lo que resulta alarmante en la práctica médica.

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así, es poco diagnosticada y pasa desapercibida en estos pacientes. La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. Aun cuando la depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida precipita un episodio depresivo. Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, como su jornada laboral a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal con normalidad, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto se agrega los estresores que irá apareciendo como consecuencia de los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento, etc.

(1)

La depresión aumenta el riesgo de mortalidad, particularmente a consecuencia de la enfermedad cardiovascular. Esto es importante entre los pacientes con ERC ya que la causa más común del fallecimiento es la enfermedad cardiovascular. Los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización. La evidencia indica que algunos de los resultados adversos en los pacientes con ERC pueden

ser prevenidos o retrasados mediante un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. (2)

En el comunicado de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología se considera: A la ERC, como un trastorno incurable que afecta cerca del 10% de la población global, en el mismo se hace un llamado para prevenir la ERC y a mejorar el acceso al tratamiento. Advierten, además, que, si no se toman acciones para prevenirla, más personas la padecerán y los países tendrán que lidiar con mayores costos sanitarios en un futuro. (3)

La presente investigación caracteriza la Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, tratados en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, para lo cual se utilizó una escala psicométrica: El test de Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), cabe señalar que esta es un instrumento estandarizado para medir la severidad de la depresión y usado por los investigadores.

Para encauzar la investigación se plantearon los siguientes objetivos: **El objetivo general** de la investigación es determinar las características de la depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis.

Los objetivos específicos: El **primero** Identificar los niveles de depresión en pacientes con ERC en Hemodiálisis; el **segundo** es, identificar las características epidemiológicas de los pacientes tratados con Hemodiálisis y el **tercero**, relacionar los niveles de Depresión en los pacientes con diagnóstico de ERC con el tiempo de tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado.

EL presente trabajo se realizó debido a la alta prevalencia de personas con Enfermedad Renal Crónica, considerada esta patología como un problema de salud pública a nivel mundial, además con altas tendencias diagnosticas en la región de Arequipa.

Con ello se pretende que los resultados del estudio constituyan un aporte científico y social, conociendo así a partir de este punto: algunas características clínicas y epidemiológicas, tales como: Los picos de prevalencia, grados de depresión, asociación de esta morbilidad con factores sociodemográficos que predominan en nuestra región, que estén presentes en los pacientes con ERC que reciben tratamiento en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.

La información obtenida podrá ser utilizada para poder modificar o replantear políticas públicas en materia de salud por parte del gobierno nacional, regional y local, que permitan efectivizar el abordaje de dichos pacientes que padecen esta enfermedad, y prevenir posibles irregularidades en la secuencia del tratamiento.

Antecedentes

- “Sanavi S. y Afshar R. En la publicación de su artículo científico: “Depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis de mantenimiento convencional: efectos de la enfermedad sobre la adecuación de la diálisis”, Irán, 2012, se efectuó para valorar la frecuencia de depresión y los factores relacionados entre pacientes sometidos a HD.” Usaron cuestionarios de Beck. Resultados: La frecuencia de depresión entre la población estudiada fue del 70%, y el 26.7% de pacientes experimentaba depresión grave. En este estudio no se identificó una correlación entre la edad; sexo; enfermedad subyacente; duración de la hemodiálisis; antecedentes de trasplante renal; estado conyugal; profesión; hemoglobina; concentración sérica de albúmina y la depresión ($p > 0.05$). La frecuencia de las sesiones de HD por semana y la adecuación de la diálisis (Kt/V) se correlacionaron significativamente con la gravedad de la depresión ($p=0.01$ y $p=0.04$). Concluyeron: Respecto a la elevada prevalencia de depresión entre pacientes sometidos a HD, en esta población parece necesario un examen de cribado en busca de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes (4)

- Fan L. et al. En el estudio: “Depresión y mortalidad por todas las causas en pacientes en hemodiálisis”, el 2014, EEUU. En 323 pacientes que recibieron Hemodialisis, los síntomas depresivos se evaluaron usando la escala del Centro de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para evaluar la asociación entre depresión y mortalidad. Resultados: La edad media fue de 62.9 ± 16.5 años, el 46% de sujetos eran mujeres y el 22% eran afroamericanos. La puntuación basal media CES-D fue 10.7 y 154 participantes murieron; al ajustar por edad, sexo, raza, la causa principal de la insuficiencia renal, la edad de diálisis y el acceso, la depresión inicial se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas. Al evaluar CES-D dependiente del tiempo, la depresión siguió asociada con un mayor riesgo de mortalidad en el modelo totalmente ajustado. Conclusiones: Los mayores síntomas de depresión se asocian con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con Hemodiálisis. La relación se atenuó con el ajuste de las condiciones mórbidas, lo que sugiere una relación compleja entre las características clínicas y los síntomas de depresión (5)
- En la investigación de Gómez L.et al. “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes de Hemodiálisis”, análisis descriptivo, observacional y de corte transversal, en 56 pacientes con un mínimo de un mes en Hemodiálisis del Hospital Palamós, España el 2014. Los resultados revelaron que se analizaron 49 pacientes, siendo el 25% mujeres. La media de edad fue de 67,2 años, una vendimia de diálisis de 39,9 meses (SD: 43,8) y un IMC promedio de 26,9 (DE: 4,5). La sintomatología depresiva representada en el 42,9% (95% IC 33,7% -60,6%) y los síntomas de ansiedad en 32,7% (IC del 95% 21,2% -46,6%) según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Concluyendo: que existe una alta prevalencia de ansiedad y Depresión en pacientes con ERC en Hemodiálisis. Un bajo IMC se asocia con ansiedad y Depresión, mayor edad con depresión, y la ansiedad es más común en las mujeres (6)

- Vásquez M. et al. en la investigación: “Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis”, un estudio observacional y analítico de casos y controles., en muestra estuvo conformada por 40 casos y 40 controles, pacientes del Departamento de Nefrología del hospital general de zona (México) que recibieron tratamiento durante el año 2011. En los resultados se detectó depresión en 27.7%. No se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Ser ama de casa, saber leer y escribir, haber padecido por más de cinco años la enfermedad renal crónica y ser miembro de una familia extensa tiene un riesgo asociado crudo positivo, sin embargo, los intervalos de confianza y el valor de p no resultaron significativos en ninguno de ellos. Se concluyó que el estudio fue de utilidad porque permitió identificar la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. (7)

- En su trabajo Villagómez F. et al: “Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México”, un estudio tipo observacional y transversal. Se aplicó el inventario de depresión de Beck II a 225 pacientes del programa de hemodiálisis de 5 hospitales de atención médica del área metropolitana de Monterrey. Los resultados fueron: La prevalencia global de depresión fue de 47,1% (106), de los cuales, 43 (19,1%) tenían depresión leve, 31 (13,8%) depresión moderada y 32 (14,2%) depresión severa. Se usó también medidas de frecuencia, χ^2 de Pearson y estimación de riesgo, y se encontró significación estadística en relación con el turno nocturno, sexo femenino, tiempo dentro del programa y número de sesiones. Se llegó a las conclusiones que la prevalencia global de depresión en la población estudiada fue alta y por tanto debe utilizarse la detección de depresión de forma sistemática a todos los pacientes del programa de hemodiálisis, estandarizando un protocolo de atención en cada hospital para mejorar la calidad de la atención. (8)

- León Astudillo en su tesis: “Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo asociados en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de la Unidad Renal

del Austro 2009”, un estudio transversal en 134 pacientes se aplicó el test de Beck y se halló los siguientes resultados: La prevalencia de depresión fue del 45.5%; en el sexo masculino, el 27.8%; en las mujeres, el 57.5%; en los menores de 45 años, el 30.0%; entre los 45 y 65, el 50.8% y, en los mayores a 64, el 54.8%. La relación de depresión con el tiempo menor a uno y cinco años de permanencia en el tratamiento de hemodiálisis proporcionó una RP de 1.0 (con los dos factores de riesgo) (IC 95% 0.7-1.5 y 0.6-1.6) $p=0.952$ y 0.932 respectivamente; con la falta de apoyo familiar, RP 0.9 (IC 95% 0.5 – 1.5) $p=0.591$ y con la Diabetes Mellitus tipo 2, RP de 1.9 (IC 95% 1.3-2.8) y $p=0.000$. Se concluyó: La prevalencia de depresión fue del 45.5%. Se relacionó positivamente con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y no hubo relación positiva ni negativa con el tiempo de permanencia en tratamiento de hemodiálisis ni con la falta de apoyo familiar. (9)

- Concha A., En la investigación que realizo con el objetivo: Determinar el nivel depresión y apoyo social en 100 pacientes con ERC estadio V en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2014. Métodos: Estudio observacional y transversal, se usó la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala de Percepción de Apoyo social de Zimet. Encontrando que la mayoría de los pacientes con ERC estadio V en Hemodiálisis presentaron un grado severo de depresión según la escala del CES-D). Además, los pacientes en su mayoría percibían un bajo apoyo social de parte de su familia y entorno social (10)
- Cordaño J. En el trabajo: “Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de un Centro de Diálisis de Lima, 2015”; tesis de diseño experimental de tipo descriptivo que contaba con una muestra de 86 pacientes. El instrumento de evaluación fue el inventario de Depresión de Beck (IDB – II). Concluyó: El nivel de depresión más significativo es el nivel moderado, lo que indicaría la comorbilidad existente entre una enfermedad terminal con el estado emocional del paciente (11)

- Angulo, J. en su tesis, tuvo por objetivo determinar los niveles de depresión en 31 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en tratamiento de Hemodiálisis en Iquitos, el 2016, mediante el Test de Zung. En un estudio de tipo descriptivo transversal, determinando que los niveles de depresión en los pacientes con diagnóstico de IRC se caracterizan por la existencia de un mayor porcentaje del nivel moderado (44%) y severo (44%), y en menor porcentaje el nivel grado máximo (8%) y normal (4%).
(12)

- Rodrigo M. en su tesis (2017): “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado”; estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, que contaba con una población de 45 pacientes. Como instrumento de evaluación se usó la escala de ansiedad y la depresión de Hamilton. Resultados: 57.78% fueron varones y 42,22% fueron mujeres en edades entre los 18 y 65 años, el 8.89% eran iletrados, 22.22% tenían educación primaria, 42.22% tenía secundaria, 17.78% técnico y 8.89% educación superior. El estado civil fue soltero en 31.11%, casado 35.56% o conviviente en 26.67%, siendo viudos 6.67%. Además se encontró depresión en 94.34% de pacientes, siendo esta leve en 31.11% casos, moderado 35.56%, severa en 15.55%, muy severo 11.11%. Concluyó: los niveles de depresión son elevados en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, siendo la depresión moderada la más prevalente.
(13)

- Pila A. en su tesis (2014): “Influencia de los factores sociodemográficos en la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis”; un estudio observacional prospectivo, transversal, con un diseño correlacional; en una población de 92 pacientes. Se usó el inventario de Depresión de Beck II y la ficha de recolección de datos. Los resultados: se halló depresión leve 17.39%, moderado 23.91% y severa en 53.26%. Además se encontró 5.43% de pacientes sin depresión. También en

cuanto la edad se encontró que depresión a moderada a severa tuvieron 55.73 años, los que presentaron depresión leve o ausente fue 42.9 años ($p < 0.05$). El nivel de instrucción con mayor casos de depresión correspondió a pacientes analfabetos, los pacientes con bajo nivel de instrucción tuvieron 1.23% veces más riesgo de presentar depresión. Se presentó mayor casos de depresión en el sexo femenino con 82.61% y en el sexo masculino 71.74% ($p < 0.05$; OR: 1.87). (14)

- Toledo O. en su tesis (2012): “Nivel de depresión en pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional III Honorio Delgado”; un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal según Altman, en una población de 64 pacientes. Para la recolección de datos se usó la escala la depresión de Hamilton. Resultados: el mayor porcentaje de pacientes presento depresión severa y muy severa (73.2%), el nivel de depresión fue similar en ambos sexos, con algunas variaciones por ejemplo la depresión severa fue más frecuente en varones, el mayor porcentaje de paciente deprimidos se encontró en pacientes mayor e igual 51 años de edad, respecto al grado de instrucción fue más frecuente en pacientes que concluyeron estudios de primaria y secundaria y también casados. (15)

1. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia y qué factores de riesgo asociados a depresión existen en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo enero-marzo del 2019?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2.2. Objetivos específicos:

- a. Establecer la prevalencia de depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en Hemodiálisis
- b. Determinar la relación de depresión con los factores sociodemográficos como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil.
- c. Determinar la asociación del tiempo de hemodiálisis y la etiología de enfermedad renal crónica con la depresión en la población estudiada.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEORICO

1. Trastornos del estado de animo

Son procesos patológicos que surgen de un mecanismo desencadenante innato que inicialmente es adaptativo, pero se ha alterado, y cuya función es regular el nivel de energía y actividad, se caracterizan por una alteración en la regulación del ánimo, comportamiento y afecto (16)

1.1. La depresión

La depresión es una enfermedad médica, caracterizada fundamentalmente por humor depresivo y pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la padecen. (36)

La depresión es considerada como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, grave y persistente (17)

La literatura científica ha utilizado varias notaciones para referirse a la depresión. Beck, Rush, Shaw y Emery la definen como “un estado anormal del organismo caracterizado por signos y síntomas tales como bajo estado de ánimo, actitud pesimista, falta de espontaneidad y signos vegetativos específicos”. De acuerdo a la definición proporcionada por Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, la depresión es un estado interno de aflicción y abatimiento a nivel cognitivo y conductual, que influye significativamente en el quehacer total de la persona.

La OMS proporciona una definición más completa, pues manifiesta que se trata de un trastorno mental que se caracteriza por síntomas tales como tristeza,

pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (18)

1.2. ETIOLOGIA

La depresión es una enfermedad de generación multifactorial. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes.

1.3. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DEPRESION

- **Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda arrasadora, tanto que el paciente se siente en baja, tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir, se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- **Desgano y anhedonia:** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
- **Ansiedad:** Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un transfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico. Estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida, quienes la producen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- **Insomnio:** Al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano. En algunos casos puede presentarse la hipersomnia.
- **Alteraciones de pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes pensamientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde la memoria se debilita y la distracción se torna fuerte.

- **Alteraciones somáticas:** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos, así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- **Alteraciones del comportamiento:** El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- **Perdida de placer:** En lo sexual, se llega a las impotencias en el hombre o la frigidez en la mujer, también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte.
- **Culpa excesiva:** Siente en exceso la carga de una culpa inexistente lo cual puede desembocar en delirios, pensamiento suicida: los pacientes presentar una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- **Disminución de la energía:** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana.

1.4. Impacto emocional de la hemodiálisis

La investigación de la depresión y otros trastornos mentales entre los pacientes con ERC es muy importante porque el subdiagnóstico es frecuente y puede perjudicar la adhesión de los pacientes al tratamiento. Se supone que los pacientes en diálisis tienen más problemas psicológicos que aquellos en tratamiento conservador. (19)

El impacto sobre el individuo está dado por las perturbaciones en el estilo de vida, derivado de los cambios anatómicos, el déficit funcional y la discapacidad física que se presenta en ellos.

Todo paciente dializado atraviesa por tres etapas psicológicas: Experimenta los síntomas, toma conciencia, reflexiona y analiza el proceso que le toca vivir, sin embargo, otros pacientes van a tener una actitud pasiva y dependiente, sin

proyectos propios y viven centrados en su enfermedad, se marginan socialmente, con altibajos emocionales, tensión familiar y manifestaciones psicopatológicas (20).

1.5. Depresión en enfermedades médicas

El síndrome depresivo se puede relacionar con la enfermedad médica de diversas maneras, es posible que la enfermedad médica cause depresión, que la propicie en alguien susceptible o que la depresión sea secundaria a los problemas generados por la enfermedad médica o que ambas coexistan por azar. (21)

Por otra parte, dentro de las enfermedades infecciosas, los pacientes con SIDA sufren con frecuencia cuadros depresivos mayores además de los trastornos adaptativos. En los pacientes con Tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos, siendo la depresión una de las más frecuentes, ya que es el impacto de una enfermedad crónica, su larga duración, así como la desinformación de la misma, lo que va a generar que la persona desarrolle una depresión, presentando sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento, entre otros. (22)

Los pacientes con disfunción tiroidea presentan un riesgo potencial para los trastornos depresivos, los episodios depresivos son más frecuentes en pacientes con hipotiroidismo que en aquellos que presentan hipertiroidismo. (23)

1.6. Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos

de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. (24)

1.7. Factores sociodemográficos

- **Edad:** El trastorno depresivo mayor también puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada (por las enfermedades del adulto mayor). Según los últimos datos epidemiológicos, la incidencia del trastorno depresivo mayor parece estar aumentando entre los sujetos menores de 10 años y mayores de 50 años.
- **Sexo:** Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es el doble en las mujeres que en los varones. Para explicar esta diferencia se ha propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida. (25)
- **Nivel de estudios y situación socioeconómica:** En varias publicaciones se demuestra el efecto positivo sobre las dimensiones físicas y psicosociales de la calidad de vida de un mayor nivel de estudios, hallazgo que parece lógico y que también se ha demostrado en la población general. (26)
- **Situación conyugal:** El trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que no mantiene relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas.
- **Situación laboral:** El porcentaje de pacientes en diálisis que sigue trabajando es escaso, a pesar de que muchos de ellos reconocen ser capaces de hacerlo. Esta situación no sólo se debe al impacto de la enfermedad renal crónica y su tratamiento sino a diversos factores socioeconómicos, como demuestra el hecho de que es infrecuente que pacientes que han recibido un trasplante renal con éxito y que valoran su calidad de vida como excelente reanuden su trabajo.

- **Factores psicológicos:** Muchos autores postulan que, en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales. Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y factores inconscientes son oscuros para la persona. Basado en estos estudios postuló que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto y la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los períodos tempranos de la vida. Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales. (27)
- **Factores cognitivos:** La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. (26)
- **Factores genéticos y familiares:** Los estudios familiares y de pedigrí están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La concordancia en gemelos monocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23% y 25% respectivamente. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36% a 75%, lo que demuestra claramente un componente genético. (28)

1.8. Diagnostico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-5)

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas.

El Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición (DSM-5) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración. (29)

- A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información o de la observación por parte de otras personas:

1. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días Trastorno de depresión mayor.
2. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
3. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

4. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o casi todos los días
 7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 8. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

2. La enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica se define como la presencia de daño renal o una tasa de filtración glomerular (GFR) menor a $60 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$, que persiste durante 3 meses o más, independientemente de la causa. (30)

Las causas de la ERC varían globalmente, y las enfermedades primarias más comunes que causan la ERC y, en última instancia, la enfermedad renal terminal (ERT) son las siguientes

- Diabetes mellitus tipo 2 (30% a 50%)
- Diabetes mellitus tipo 1 (3.9%)
- Hipertensión (27.2%)
- Glomerulonefritis primaria (8.2%)
- Nefritis tubulointersticial crónica (3,6%)

- Enfermedades hereditarias o quísticas (3.1%)
- Glomerulonefritis secundaria o vasculitis (2.1%)
- Discrasias de células plasmáticas o neoplasias (2.1)
- Nefropatía por células falciformes (SCN), que representa menos del 1% de los pacientes con ESRD en los Estados Unidos

El diagnóstico de ERC se basa en la demostración de anomalías morfológicas, histológicas o biológicas. La mayoría de las enfermedades renales son asintomáticas hasta un estadio tardío y requieren la realización de pruebas específicas para poder demostrarlas. De las anomalías morfológicas, detectadas mediante ecografía, se pueden identificar, entre otras, asimetría renal, contornos irregulares, hipotrofia renal, riñones grandes poliquísticos, hidronefrosis, nefrocalcinosis. Con la biopsia renal se detectan las anomalías histológicas. Las anomalías biológicas son variables: proteinuria y/o albuminuria expresadas en miligramos al día (mg/d) en caso de recogida de orina de 24 horas o más sencillamente por la relación entre proteinuria y/o albuminuria y creatininuria en miligramos por milimoles (mg/mmol) o miligramos por gramo (mg/g), hematuria o leucocituria. Para confirmar el carácter crónico de la enfermedad renal, los marcadores de afectación renal o la insuficiencia renal, definida por una TFG menor de 60 ml/min/1,73 m², deben tener más de 3 meses de evolución. (31)

No siempre resulta fácil demostrar la cronicidad. Para ello, se pueden estudiar algunos criterios. La ecografía renal puede mostrar una disminución del tamaño de los riñones, una disminución de la diferenciación corticomedular o una disminución del grosor del parénquima. Los signos biológicos de cronicidad son la presencia de hipocalcemia, anemia arregenerativa normocítica y creatinina anterior anormal.

2.1. Tratamiento

Medidas Generales

- ✓ Ajuste de las dosis del fármaco para el nivel de la tasa de filtración glomerular estimada (GFR)

- ✓ Preparación de la terapia de reemplazo renal mediante la colocación de una fístula o injerto arteriovenoso.

Tratar las causas reversibles de la insuficiencia renal

Preparación e inicio de la terapia de reemplazo renal

- ✓ Hemodiálisis (domiciliaria o en el centro)
- ✓ Diálisis peritoneal (continua o intermitente)
- ✓ Trasplante de riñón (donante vivo o fallecido): es el tratamiento de elección con mejores resultados a largo plazo.

La hemodiálisis se realiza después de colocar un acceso vascular estable en un brazo no dominante. El acceso vascular preferido es la fístula AV. Las otras opciones de acceso a la hemodiálisis son el injerto AV y los catéteres de hemodiálisis tunelizados. La tasa de permeabilidad de la fístula AV es buena y las infecciones son poco frecuentes. Se pueden lograr flujos más altos a través de la fístula AV, y hay menos posibilidades de recirculación.

La diálisis peritoneal se realiza después de colocar un catéter peritoneal.

Las investigaciones que se han realizado acerca de la diálisis peritoneal y hemodiálisis, con respecto a sus beneficios y resultados son equivalentes. Los resultados a largo plazo son similares y cuyos factores asociados son inherentes a la persona y son aquellos que ejercerán mayor influencia sobre los pacientes dializados. Por otra parte, las condiciones que son enlistadas en las diferentes investigaciones son: la edad, la presencia de diabetes, inicio de la diálisis urgente o programado, adherencia a este método terapéutico, complicaciones y las comorbilidades asociadas existentes; las cuales influyen en los resultados y la supervivencia al tratamiento, por lo tanto; son similares para la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que a su vez dependerán de las complicaciones derivadas. (32)

CAPÍTULO II:

MÉTODOS

1. **Ámbito y periodo de estudio**

El estudio se realizó en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado correspondiente a la Red Arequipa-Caylloma, dicho establecimiento se encuentra ubicado en el distrito José Luis Bustamante y Rivero de la provincia de Arequipa. Siendo un establecimiento de salud referencia del sur del Perú, durante el periodo enero a marzo de 2019. Dicha unidad cuenta con dos ambientes, clasificados en A y B, en el primero se cuenta con 11 máquinas, en ella cada paciente recibe de 1 a 3 sesiones de hemodiálisis por semana, los días martes, jueves y sábado, se cuenta con 03 turnos, y los días lunes, miércoles y jueves con 04 turnos; en el ambiente B consta de 16 máquinas de hemodiálisis, cada paciente recibe de 1 a 3 sesiones de hemodiálisis por semana, haciendo 02 turnos por día.

2. Población: La población en estudio estuvo conformada por el total de pacientes que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, considerados los criterios de inclusión y exclusión haciendo un total de 80 pacientes.

Criterios de selección

❖ Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica sometidos a hemodiálisis del Hospital Honorio Delgado Espinoza, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que dieron su consentimiento por escrito.
- ✓ Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que se beneficiaron de terapia de sustitución renal, durante los meses enero, febrero y marzo.

- ✓ Pacientes que se encuentren lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona durante la entrevista.

❖ **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis que fueron diagnosticados previamente de depresión.
- ✓ Pacientes que se encuentren afectado su capacidad cognitiva, aquellos días en que el instrumento será aplicado para la realización del estudio.
- ✓ Pacientes con discapacidad auditiva.
- ✓ Pacientes con Enfermedad renal Crónica en tratamiento con diálisis peritoneal.
- ✓ Menores de 18 años de edad

3. Técnicas y procedimientos

a) Tipo de estudio: Para alcanzar los objetivos de la investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo-prospectivo de corte transversal en el tiempo, buscando determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión.

b) Producción y registro de datos: Para realizar la recolección de datos se solicitó permiso con el objetivo de acceder a las instalaciones de la institución, mediante documentos dirigidos: A la Dirección del hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Con el permiso obtenido se procedió a revisar las fichas clínicas de los pacientes, para posteriormente previa a la aplicación de los instrumentos de evaluación, se requirió de los pacientes, el consentimiento informado, dándoles una breve explicación sobre el propósito de la investigación.

La técnica utilizada fue la psicométrica, mediante la aplicación de una entrevista estructurada creada por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, cuyo contenido se detalla en el anexo 3. La información se obtuvo a través de la adecuación de un cuestionario simple dispuesto de la siguiente manera:

- a) Como Ítem I, en la parte superior del cuestionario se tomaron en cuenta los datos generales del enfermo, con la finalidad de recolectar información sociodemográfica básica.
- b) En el Ítem II, se desarrolló: El Inventario de Depresión Beck II.

ESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ITEM I

Información sociodemográfica de la población: Sexo, edad, tiempo de tratamiento, Etiología de la enfermedad renal crónica, estado civil, ocupación, nivel de instrucción.

ITEM II

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Es una escala psicométrica, breve, es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, se elaboró con la finalidad de determinar la existencia y severidad de síntomas depresivos, adicionalmente es fuente complementaria de datos que ayude a realizar un diagnóstico de trastorno depresivo, puede ser aplicada a partir de los 13 años.

En el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Es un instrumento útil en la evaluación de las dimensiones generales de la Depresión. Los ítems del BDI-II, cubren: Todos los criterios sintomáticos para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (33).

Para la investigación, se consideró esta prueba, porque los datos obtenidos de la comparación entre varias pruebas, como: El Inventario de Beck, la escala de Hamilton para depresión, el cuestionario de las nueve preguntas y la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión; en una recopilación de estudios, sugieren un mayor resultado mediante la prueba de Beck, por lo que se ha convertido en la herramienta de elección para el diagnóstico de depresión en pacientes con Enfermedad Renal Terminal.

Este Inventario consta de 21 ítems, que contempla en cada uno de ellos, aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas que debe elegir el paciente, siempre ordenadas por su gravedad, la que mejor se aproxima a su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el inventario

- El test presenta en cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos también en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito), el cual fue administrado por el investigador con la lectura individualizada a cada paciente, consignando la respuesta dada, con el consentimiento de éste.
- En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera el formato de los ítems tipo Likert, es decir, la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.
- Se puede obtener una puntuación total en el BDI-II que varía de 0 a 63.

Los parámetros referenciales para la escala depresiva son:

- ✓ Población dentro de límites normales: 0-13 puntos
- ✓ Depresión leve: 14-19 puntos
- ✓ Depresión moderada: 20-28 puntos
- ✓ Depresión Severa: 29-63 puntos

La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable. Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves (33).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado es producto recabado de la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que está basado en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio (34).

Las ventajas de este inventario bien investigado son su alta consistencia interna, capacidad para discriminar entre sujetos deprimidos y no deprimidos, y contenido mejorado y validez estructural. En consecuencia, los investigadores pueden beneficiarse de esta herramienta simple, breve, confiable y validada para diseñar investigaciones en una variedad de entornos (35).

c) Técnica de análisis de datos

En este estudio descriptivo, se procedió con la creación de una hoja de cálculo, para tabular variables socio-demográficas en una plantilla de Excel; para recabar las respuestas: Microsoft Office XP y finalmente, se realizó el análisis de cada variable y se estableció la relación que existe entre éstas.

Se generaron tablas univariadas con frecuencias absolutas y relativas, la relación entre variables categóricas, se realizó con la prueba Chi², con una significancia del 5%, y para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSSv.23.0.

Los resultados se presentan a través de Tablas y/o gráficos de distribución de frecuencia, facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO	ESCALA
Depresión	Desorden afectivo.	Normal. Depresión Leve. Depresión Moderada. Depresión severa .	Test validado: Beck II Depression Inventory.	Ordinal
Edad	Tiempo transcurrido	18-37 años 38-57 años 58-77 años 78- a mas años	Ficha sociodemográfica	Ordinal
Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino	Ficha sociodemográfica	Nominal
Estado civil	Estado civil.	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo	Ficha sociodemográfica	Nominal
Nivel de Instrucción	Nivel de educación terminado	Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior completa Superior incompleta	Ficha sociodemográfica	Ordinal
Etiología de la enfermedad renal crónica	Causa que propició la Insuficiencia Renal.	Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial. Lupus eritematoso sistémico. Poliquistosis renal. Uropatía obstructiva. No filiada. Otras.	Ficha sociodemográfica y/o historia clínica	Ordinal
Tiempo de tratamiento	Tiempo de tratamiento de hemodiálisis	< 1 año 1-5 años 6-10 años. 11-15 años. >15 años.	Ficha sociodemográfica y/o historia clínica	Ordinal

CAPÍTULO III:

RESULTADOS

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”

TABLA N° 1

GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019

Depresión	Nº.	%
Normal	10	12.5
Leve	8	10.0
Moderada	18	22.5
Severa	44	55.0
TOTAL	80	100

La **Tabla N° 1** muestra que el 55.0% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen un grado de depresión severa, mientras que el 10.0% de los pacientes tienen un grado de depresión leve.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA N° 2

**EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Edad	Nº.	%
18-37 años	8	10.0
38-57 años	16	20.0
58-77 años	14	17.5
78 a mas	42	52.5
TOTAL	80	100

La Tabla N°. 2 muestra que el 52.5% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen 78 años a más, mientras que el 10.0% de los pacientes tienen 18-37 años.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA N° 3

**SEXO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Sexo	N°.	%
Masculino	45	56.3
Femenino	35	43.8
TOTAL	80	100

La Tabla N° 3 muestra que el 56.3% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 son del sexo masculino, mientras que el 43.8% de los pacientes son de sexo femenino.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA Nº 4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Estado civil	Nº.	%
Soltero	14	17.5
Casado	14	17.5
Conviviente	21	26.3
Separado	19	23.8
Viudo	12	15.0
TOTAL	80	100

La Tabla Nº 4 muestra que el 26.3% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 son convivientes, mientras que el 15.0% de los pacientes son viudos.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA N° 5

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Nivel de instrucción	Nº.	%
Primaria completa	9	11.3
Primaria incompleta	14	17.5
Secundaria completa	30	37.5
Secundaria incompleta	18	22.5
Superior completa	9	11.3
TOTAL	80	100

La Tabla N° 5 muestra que el 37.5% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen secundaria completa, mientras que el 11.3% de los pacientes tienen primaria completa.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA N° 6

**ETIOLOGÍA SOBRE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Etiología	Nº.	%
Diabetes mellitus	43	53.8
Hipertensión arterial	14	17.5
Lupus eritematoso sistémico	10	12.5
Poliquistosis renal	5	6.3
Uropatía obstructiva	6	7.5
No filiada	1	1.3
Otros	1	1.3
TOTAL	80	100

La Tabla N° 6 muestra que el 53.8% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen diabetes mellitus, mientras que el 1.3% de los pacientes presentan otras etiologías.

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”

TABLA N° 7

**TIEMPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Tiempo de tratamiento	Nº.	%
<1 año	44	55.0
1-5 años	34	42.5
6-10 años	1	1.3
11-15 años	1	1.3
TOTAL	80	100

La Tabla N° 7 muestra que el 55.0% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen <1 año de tratamiento, mientras que el 1.3% de los pacientes tienen de 11-15 años de tratamiento.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

**TABLA N° 8
RELACION SOBRE LA EDAD Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Edad	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
18-37 años	1	1.3	2	2.5	5	6.3	0	0.0	8	10.0
38-57 años	2	2.5	2	2.5	4	5.0	8	10.0	16	20.0
58-77 años	3	3.8	2	2.5	3	3.8	6	7.5	14	17.5
78 a mas	4	5.0	2	2.5	6	7.5	30	37.5	42	52.5
TOTAL	10	12.5	8	10.0	18	22.5	44	55.0	80	100

$X^2=18.41$ $P<0.05$ $P=0.03$

La Tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.41$) muestra que el grado de depresión y la edad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$)

Asimismo, se observa que el 37.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen 78 años a mas, mientras que el 1.3% de los de pacientes con grado de depresión normal tienen de 18-37 años.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

**TABLA Nº 9
RELACION SOBRE EL SEXO Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Sexo	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Masculino	6	7.5	3	3.8	14	17.5	22	27.5	45	56.3
Femenino	4	5.0	5	6.3	4	5.0	22	27.5	35	43.8
TOTAL	10	12.5	8	10.0	18	22.5	44	55.0	80	100
		X ² =5.28		P>0.05		P=0.15				

La Tabla Nº 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.28$) muestra que el grado de depresión y el sexo no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Asimismo, se observa que el 27.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa son de sexo masculino, mientras que el 5.0% de los de pacientes con grado de depresión moderada son de sexo femenino.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

**TABLA Nº 10
RELACION SOBRE EL ESTADO CIVIL Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Estado civil	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Soltero	1	1.3	1	1.3	2	2.5	10	12.5	14	17.5
Casado	1	1.3	3	3.8	6	7.5	4	5.0	14	17.5
Conviviente	6	7.5	3	3.8	6	7.5	6	7.5	21	26.3
Separado	1	1.3	1	1.3	2	2.5	15	18.8	19	23.8
Viudo	1	1.3	0	0.0	2	2.5	9	11.3	12	15.0
TOTAL	10	12.5	8	10.0	18	22.5	44	55.0	80	100

$\chi^2=22.62$ $P<0.05$ $P=0.03$

La Tabla Nº 10 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=22.62$) muestra que el grado de depresión y el estado civil presentan relación estadística significativa ($P<0.05$)

Asimismo se observa que el 18.8% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa están separados, mientras que el 1.3% de los de pacientes con grado de depresión normal son viudos.

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”

TABLA Nº 11

RELACION SOBRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019

Nivel de instrucción	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Primaria completa	3	3.8	0	0.0	2	2.5	4	5.0	9	11.3
Primaria incompleta	1	1.3	2	2.5	1	1.3	10	12.5	14	17.5
Secundaria completa	3	3.8	3	3.8	11	13.8	13	16.3	30	37.5
Secundaria incompleta	2	2.5	1	1.3	2	2.5	13	16.3	18	22.5
Superior completa	1	1.3	2	2.5	2	2.5	4	5.0	9	11.3
TOTAL	10	12.5	8	10.0	18	22.5	44	55.0	80	100
	$X^2=14.44$		$P>0.05$		$P=0.27$					

La Tabla Nº 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.44$) muestra que el grado de depresión y el nivel de instrucción no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Asimismo se observa que el 16.3% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen educación secundaria completa mientras que el 1.3% de los de pacientes con grado de depresión normal tienen educación superior completa.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

**TABLA N° 12
RELACION SOBRE ETIOLOGIA Y EL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Etiología	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Diabetes mellitus	7	8,8	4	5,0	10	12,5	22	27,5	43	53,8
Hipertensión arterial	1	1,3	2	2,5	3	3,8	8	10,0	14	17,5
Lupus eritematoso sistémico	1	1,3	1	1,3	2	2,5	6	7,5	10	12,5
Poliquistosis renal	0	0,0	1	1,3	1	1,3	3	3,8	5	6,3
Uropatía obstructiva	1	1,3	0	0,0	1	1,3	4	5,0	6	7,5
No filiada	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3
Otros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
TOTAL	10	12,5	8	10,0	18	22,5	44	55,0	80	100,0
	$X^2=7.71$		$P>0.05$		$P=0.98$					

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.71$) muestra que el grado de depresión y la etiología no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 27.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen diabetes mellitus.

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HRHDE DE AREQUIPA, ENERO–MARZO DEL 2019”**

TABLA N^o. 13

**RELACION SOBRE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO Y EL GRADO DE
DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. ENERO–MARZO DEL 2019**

Tiempo	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		N ^o .	%
	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%		
<1 año	5	6,3	6	7,5	11	13,8	22	27,5	44	55,0
1-5 años	5	6,3	1	1,3	7	8,8	21	26,3	34	42,5
6-10 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
11-15 años	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3
TOTAL	10	12,5	8	10,0	18	22,5	44	55,0	80	100

$X^2=12.93$ $P>0.05$ $P=0.16$

La Tabla N^o. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.93$) muestra que el grado de depresión y el tiempo de tratamiento no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Asimismo se observa que el 27.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen menos de 1 año de tratamiento.

CAPÍTULO IV:

DISCUSION Y COMENTARIOS

La literatura revisada respecto a la depresión indica niveles altos en pacientes con enfermedad renal crónica. Respecto al objetivo general del presente estudio, los resultados demuestran que la frecuencia de la depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica, que reciben terapia sustitutiva de hemodiálisis es alta con un 87.5% del total de pacientes en estudio y en un porcentaje reducido la depresión es mínima, o ausente representado por el 12.5% de los pacientes en estudio, viendo que se correlaciona con los resultados obtenidos con Sanavi S.Y Afshar R. (4), que hallaron una frecuencia de depresión hasta en un 70% entre pacientes sometidos a HD y Fan L. et al concluye: Los mayores síntomas de depresión se asocian con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con Hemodiálisis. La relación se atenuó con el ajuste de las condiciones mórbidas, lo que sugiere una relación compleja entre las características clínicas y los síntomas de depresión.

Considerando el primer objetivo específico en la muestra estudiada se encontró que luego de ser aplicado el instrumento de evaluación, el 55.0% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero–Marzo del 2019 tienen un grado de depresión severa, mientras que el 10.0% de los pacientes tienen un grado de depresión leve, resultados concordantes con los efectos obtenidos por Cordaño J (11) y Angulo J. (12), en sus trabajos de tesis realizados en el ámbito nacional, Lima e Iquitos respectivamente.

En **La Tabla Nº 1** Se muestra que el 87.5 % de los pacientes estudiados tienen depresión y de estos el 55.0% presenta un grado de depresión severa, mientras que el 10.0% de los pacientes tienen un grado de depresión leve.

A nivel local se concuerda con los estudios realizados por Rodrigo M. (2017), Pila A. (2014) quienes encontraron 94.34 % y 94.57% de depresión

respectivamente (13) (14). Sin embargo, es preciso señalar que los trabajos en mención fueron realizados en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado, específicamente en el ambiente A que cuenta con 11 máquinas, para pacientes internados.

Nuestro trabajo se ha ampliado a todos los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis del HRHDE, es decir tanto a los ambientes A y B, tanto a los pacientes internados y pacientes ambulatorios, por lo que los resultados varían, pero en proporciones mínimas.

La Tabla Nº. 2 muestra que el 52.5% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis tienen 78 años a más, mientras que el 10.0% de los pacientes tienen 18-37 años.

Se encuentra una diferencia ligera respecto al estudio realizado por León Astullido (9), quien encontró depresión en 54.8 % de pacientes mayores a 64 años, lo que nos demuestra que pacientes de tercera edad serían los más afectados.

La Tabla Nº 3 muestra que el 56.3% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis son del sexo masculino, mientras que el 43.8% de los pacientes son de sexo femenino.

Este resultado no es cotejable con los antecedentes, toda vez que la cantidad de pacientes de ambos sexos varían significativamente en las investigaciones.

La Tabla Nº 4 muestra que el 26.3% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis son convivientes, mientras que el 15.0% de los pacientes son viudos.

La relación de depresión con el estado civil no tiene mucha significancia, ya que nuestra población contó con más personas con estado civil conviviente, los resultados reflejan el mismo tamaño.

La Tabla Nº 5 muestra que el 37.5% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen secundaria completa, mientras que el 11.3% de los pacientes tienen primaria completa.

Concordamos con Rodrigo M. (13), quien en su tesis “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado”, encontró un 42.22% de pacientes con ERC tenía secundaria completa, y el 22.22% tenían primaria completa.

Se advierte que los resultados no varían significativamente, manteniendo resultados en porcentajes similares. De lo que podemos concluir que los pacientes con secundaria completa vienen siendo los más proclives a la depresión, además nos llama la atención, ya que los pacientes con menor grado de instrucción (primaria completa), son los menos afectados, los resultados deben ser materia de futuras investigaciones, para determinar las razones de la misma.

La Tabla Nº 6 muestra que el 53.8% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen diabetes mellitus, mientras que el 1.3% de los pacientes presentan otras etiologías.

La Tabla Nº 7 muestra que el 55.0% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Enero–Marzo del 2019 tienen <1 año de tratamiento, mientras que el 1.3% de los pacientes tienen de 11-15 años de tratamiento.

Este resultado refleja la cantidad de pacientes de acuerdo al tiempo de tratamiento, y la relación que existe con la depresión, es de acuerdo al tamaño de la población, es decir existe una alta población de pacientes con tratamiento <1 año.

La Tabla Nº 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.41$) muestra que el grado de depresión y la edad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$)

Con ello se corrobora que la relación de depresión con la edad es significativa, y mientras más avanzada sea la edad del paciente con ERC, más incidente es la depresión, y un alto riesgo de comorbilidad en caso no se le asista por un profesional psiquiátrico.

La Tabla Nº 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.28$) muestra que el grado de depresión y el sexo no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Los resultados no son significativos para la presente investigación.

La Tabla Nº 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=22.62$) muestra que el grado de depresión y el estado civil presentan relación estadística significativa ($P<0.05$)

Llama nuestra atención que los pacientes con estado civil convivientes, sean los que más incidencia tengan con la depresión, por lo que las unidades de hemodiálisis deben dar atención a este problema.

La Tabla Nº 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.44$) muestra que el grado de depresión y el nivel de instrucción no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Los resultados demuestran que no existe relación estadística significativa, por lo que no se tomó en cuenta para las conclusiones ni recomendaciones.

La Tabla Nº 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.71$) muestra que el grado de depresión y la etiología no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 27.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen diabetes mellitus.

La Tabla Nº 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.93$) muestra que el grado de depresión y el tiempo de tratamiento no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$)

Asimismo se observa que el 27.5% de pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa con grado de depresión severa tienen menos de 1 año de tratamiento.

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA: La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo enero-marzo fue de 87.5%. Según el inventario de depresión de Beck-II los niveles de depresión fueron; leve 10%, moderada 22.5% y severa 55%.

SEGUNDA: Se encontró relación estadística significativa para las variables edad y estado civil, pero no se encontró relación estadística significativa para las variables sexo y nivel de instrucción.

TERCERA: No se encontró relación estadística significativa para las variables tiempo de hemodiálisis y la etiología de enfermedad renal crónica.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios similares con mayor población tanto en hospitales del MINSA como de ESSALUD, con el fin de obtener datos de gran aproximación a nuestra realidad.
2. Fortalecer el programa de hemodiálisis con el apoyo de la especialidad de psiquiatría con el fin de reducir los índices de comorbilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orellana M, Munguía A. Insuficiencia Renal y Depresión. Revista del postgrado de psiquiatría. Honduras [Internet]; 2008 [Citado: 2019 -Feb-08]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v12n2/1688-4221-cp-12-02-205.pdf>
2. Guillén Cadena D, Aristizábal Hoyos, Flores Atilano B, Beltrán Lugo N. Revista CONAMED; Suplemento-1: Anclado a Una Máquina: Vivencias de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica. [Internet]. 2015 [Citado: 2019-Feb-08]. Disponible-en: <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/237/394> .
3. OPS/OMS. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la Enfermedad Renal y a mejorar el Acceso al Tratamiento.[Internet].2015-[Citado:2019-Feb-08].Disponible-en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologiaenfermedad-renalmejorar.
4. Sanavi S, Afshar R. Diálisis y Transplante, [Internet]. 2012 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: http://www.sedyt.org/revistas/2012_33_1/depresion.pdf
5. Liu, Yang, Yao, Zhang, Sun, Zhu, et al. BMC Psiquiatría. [Internet]; 2017 [Citado:2019-Feb-09].Disponible-en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382415> .
6. Gómez V, Pac G, Manresa T, Lozano R y Chevarria M. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. Gerona-España. [Internet]; 2015 [Citado: 209 -Feb-09]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>
7. Vasquez Martinez V, Ortega Padron M, Cervantes Vasquez D. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad renal del austro 2009. Cuenca-Ecuador.

- [Internet]; 2014 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3959/1/MEDMI32.pdf>
8. Villagómez Fuentes, Gómez García S, Rosales Salinas E. Diálisis y Trasplante: Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. [Internet]; 2014 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886284514000022>
 9. León Austillo E, Vintimilla Maldonado J. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. Mexico. [Internet]; 2014 [Citado:2019-Feb-09]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1405887116300748/1-s2.0-S1405887116300748-main.pdf?_tid=c5fd86c8-c87b-48b5-ba95f67d07851609&acdnat=1546790888_5c3b2bc4e21d37af912056231db3435
 10. Concha Chirinos. Universidad Católica de Santa María: Depresión y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica Estadio V en Programa de Hemodiálisis, hospitalizados En El Hospital Arzobispo Loayza, Lima. [Internet]. 2014 [Citado: 2019-Feb-09]. Disponible-en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4823> .
 11. Cordaño Callañaupa J. Universidad Alas Peruanas-Repositorio Institucional UAP; Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de diálisis de Lima, 2015 [Tesis]. [Internet]; 2016 [Citado 2019-Feb-09]. Disponible-en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4920>.
 12. Angulo López. Depresión en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal que reciben tratamiento de hemodialisis en la clínica Renosalud, Iquitos –2016. [Internet]; 2016 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/187/ANGULO-1-Trabajo-Depresi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Rodrigo M. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2017.

14. Pila A. Influencia de los factores sociodemográficos en la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2014.
15. Toledo O. Nivel de depresión en pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional III Honorio Delgado [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2012.
16. Montañés Rada F, De Lucas Taracena MT. MedicLatina-EBSCO host; Aspectos evolucionistas de los trastornos afectivos, revisión crítica y propuesta de un nuevo modelo. Issue 4, p264-276. 13p. [Internet].; 2006 [Citado:2019-Feb-09]. Disponible-en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=22761121&site=ehost-live>.
17. Zarragoitia Alonso I. Depresión: Generalidades y Particularidades. Primera ed. Remedios Hernández, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
18. OMS. Depresión. [Internet]; 2017 [Citado: 2019-Feb-09]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> .
19. Castro Martínez M.G, Rubio Guerra A.F. Controversias en Nefrología. In Velasco DJA, editor. México, D. F.: Editorial Alfil, S. A.; 2013. p. 561.
20. D'Alessandro. Urgencias en psiquiatría: Dirigido a Médicos Generales y Psiquiatras. 1st ed. Oscar Mestre E, editor. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2008.
21. López Ibor. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An Med Interna. Madrid. 2007; 24: 209-211.
22. Riquero P. Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012. Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Internet]; 2003 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/337/1/TL_Riquero_Paz_Paola.pdf
23. Ljiljana Radanovic-Grguric et. al. Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides. The European Journal of Psychiatry. Croacia. [Internet]; 2003

- [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n3/original1.pdf>
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España. [Internet]; 2014 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diaagnostico.html
25. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ma Edición. Editorial: Lippincott Williams & Wilkins 2010. p. 527-530.
26. Rivera Q. Insuficiencia Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. Loja-ecuador. [Internet]; 2016 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12388/1/tesis%20tribunal%20calidad%20de%20vida%20y%20depresion..pdf>
27. Toro G, Yepes R, Palacio A. Fundamentos de Medicina Psiquiatría de Toro 5ta Edición. Medellín, Colombia. 2010. p. 171-172.
28. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).5ta edición. Editorial Médica Panamericana. España y Latinoamérica. 2014. pp. 160-161.
29. Sanz, J. y Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (autores), Manual de Psicopatología, Volumen II (pp. 272-298). Madrid: McGraw-Hill.
30. Quiroga, Rodríguez-Palomaresa , G. de Arribaa. Insuficiencia renal crónica. Medicine [Internet]; 2015; [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en:
www.medicineonline.es/es-insuficiencia-renal-cronica-articulo-S0304541215001481
31. J Boffa. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. Tratado de medicina [Internet]; 2015; [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en:
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541015728035

32. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. Madrid-España. [Internet]; 2013 [Citado: 2019 -Feb-09]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
33. Sanz, Vázquez, Navarro. Research Gate. [Internet]. 2003 [Citado 2019-Feb-09]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/39206406>.
34. Sanz , Gutiérrez , Gesteira , García Vera. CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR LAS PUNTUACIONES EN LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL "INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II" (BDI II). [Internet]. [Citado: 2019-Feb 09]. Disponible en: <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>.
35. Sanz. Papeles del Psicólogo. Vol. 34(3), pp. 161-168. [Internet]. 2013 [Citado 2019-Feb-09]. Disponible en: <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632902.pdf>.
36. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Ministerio de Salud. Lima, [internet] 2008 [Citado 2019-Mar-10], disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_guias_practica_clinica_salud_mental_psiquiatria.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yuri Muñoz Quispe, Bachiller en Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, me encuentro realizando un estudio sobre “PREVALENCIA Y FACTORES RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA ENERO–MARZO DEL 2019”. Por tal motivo se la realizará una encuesta con varias preguntas a usted. Tomará aproximadamente 30 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como edad, sexo, estado civil y se le solicitará que nos colabore llenando unos formularios con sus datos sobre la depresión; toda la información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es saber si Ud. posee algún factor de riesgo para depresión; la finalidad de buscar una estrategia para la solución del problema.

Se me ha explicado todas las preguntas de la encuesta y he dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión de mi persona en este estudio sabiendo que los datos obtenidos se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma: _____

ANEXO 2

ITEM I: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUCCIONES: En este cuestionario te pedimos que contestes y/o marques con la mayor sinceridad y rapidez posible a todas las preguntas que te hacemos en esta ficha. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

1. **Nombre:**.....

2. **Fecha:**

3. **Edad:**

4. **Sexo:**

- Masculino ()
- Femenino ()

5. **Estado civil:**

- Soltero ()
- Conviviente ()
- Viudo ()
- Casado ()
- Separado ()

6. **Ocupación:**

7. **Nivel de instrucción:**

- Primaria Completa ()
- Secundaria Incompleta ()
- Primaria Incompleta ()
- Superior completa ()
- Secundaria Completa ()
- Superior incompleta ()

8. **Fue Diagnosticado previamente con depresión:**

- SI ()
- NO ()

9. **Etiología de la enfermedad renal crónica:**

- Diabetes Mellitus. ()
- Hipertensión arterial. ()
- Lupus eritematoso sistémico. ()
- Poliquistosis renal. ()
- Uropatía obstructiva. ()
- No filiada. ()
- Otras:.....

10. **Tiempo de tratamiento en hemodiálisis:**

ANEXO 3

ITEM II: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le pareciesen igualmente apropiados, marque el número más alto.

<p>1) Tristeza</p> <p>0 = me siento triste</p> <p>1 = Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2 = Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p>3 = Me siento tan triste o tan infeliz, que no puedo soportarlo.</p>	<p>2) Pesimismo</p> <p>0 = No me siento desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 = Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 = No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 = Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.</p>
<p>3) Fracaso</p> <p>0 = No me siento como un fracasado.</p> <p>1 = He fracasado más que la que hubiera debido.</p> <p>2 = Cuando miro hacia atrás veo: muchos fracasos.</p> <p>3 = Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>4) Pérdida de Placer</p> <p>0 = Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 = No disfruto tanto de las cosas tanto como solía hacerlo.</p> <p>2 = Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 = No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>
<p>5) Sentimiento de Culpa</p> <p>0 = No me siento particularmente</p>	<p>6) Sentimiento de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p>

<p>culpable.</p> <p>1 = Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 = Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 = Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7) Disconformidad con uno mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>	<p>8) Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>9) Pensamiento o deseos suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría, si tuviese la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>10) Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<p>11) Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o</p>	<p>12) Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p>

haciendo algo	
<p>13) Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>14) Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>
<p>15) Perdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>16) Cambios en los hábitos de sueños</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
<p>17) Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>	<p>18) Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es un mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es un mucho mayor que lo</p>

	<p>habitual</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p>19) Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no me puedo concentrar en nada.</p>	<p>20) Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p>21) Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	