

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA”**

**TESIS**

**Presentado por:**

**Bach: NOELIA KARINA CANAVIRI MENDEZ**

**Para optar el Título Profesional de:**

**Médico Cirujano.**

**Asesor: Jorge Martin Q.**

**TACNA – PERÚ**

**2010**

## **DEDICATORIA**

### **Con todo mi ser:**

A Jesús que dio su vida por mí.

### **Con todo mi amor:**

A mis padres Luis y Flora.

Mis hermanos José Luis y Daniela.

A mi sobrino José armando.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios; por ser la razón de mi existir.

Mis padres; que siempre han estado en todo momento apoyándome.

Mis hermanos; siempre juntos viendo al frente; a pesar de las dificultades.

Mi sobrino; quien me hace pasar momentos agradables.

Los pacientes; sin ellos la medicina no tiene razón de ser además nos permiten crecer como seres humanos.

Mis maestros; quienes me transmitieron conocimientos científicos de la vida y forjaron el carácter necesario para poder desempeñarme profesionalmente; espero no decepcionarlos.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN  | 8  |
| <br><b>CAPITULO I</b>   |    |
| <br><b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>                         |    |
| 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA                                | 10 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA                                   | 11 |
| 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN                              | 11 |
| 1.3.1. Objetivo general   | 11 |
| 1.3.2. Objetivos específicos                                    | 11 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN  | 12 |
| 1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS                                     | 13 |
| <br><b>CAPITULO II</b>  |    |
| <br><b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>                               |    |
| <b>ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>                         | 15 |
| <b>2. MARCO TEÓRICO</b>   | 18 |
| 2.2. Aspectos históricos de la depresión                        | 18 |
| 2.3. Depresión  | 18 |
| 2.3.2. Causas de la depresión                                   | 21 |
| 2.3.3. Clínica de la depresión                                  | 24 |
| 2.3.4. Modelo cognitivo de depresión de Beck                    | 25 |
| <b>2.4. Episodios depresivos</b>                                | 26 |
| 2.4.1. Definición.  | 26 |
| 2.4.2. Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) | 28 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4.3. Clasificación según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) | 33        |
| <b>2.5. Insuficiencia Renal</b>  | <b>35</b> |
| 2.5.1. Insuficiencia renal   | 35        |
| 2.5.2. Insuficiencia renal aguda   | 35        |
| 2.5.3. Insuficiencia renal crónica   | 35        |
| 2.5.4. Cuadro clínico  | 36        |
| 2.5.5. Etiopatogenia de la insuficiencia renal   | 36        |
| 2.5.6. Hemodiálisis  | 38        |
| 2.5.7. Diálisis peritoneal   | 41        |
| 2.5.7. Aspectos psicológicos en la insuficiencia renal   | 42        |
| 2.5.8. Personalidad y respuesta a la enfermedad crónica  | 47        |
| 2.5.9. Trastornos depresivos en pacientes que reciben diálisis                                     | 48        |
| <b>2.6. Psicometría de la depresión</b>  | <b>50</b> |
| 2.6.1. Evaluación de la depresión  | 51        |
| 2.6.2. Escala de Zung  | 51        |
| <br>   |           |
| <b>CAPITULO III</b>  |           |
| <br>   |           |
| <b>HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES</b>   |           |
| 3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES   | 53        |
| <br>   |           |
| <b>CAPITULO IV</b>   |           |
| <br>   |           |
| <b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>   |           |
| 4.1. DISEÑO  | 56        |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 4.2. | ÁMBITO DE ESTUDIO                                  | 56 |
| 4.3. | POBLACIÓN Y MUESTRA                                | 56 |
| 4.4. | CRITERIOS DE INCLUSIÓN                             | 57 |
| 4.5. | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN                             | 57 |
| 4.6. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE<br>RECOLECCIÓN DE DATOS | 57 |

## **CAPÍTULO V**

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>5.1.</b> | <b>PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS</b> | <b>58</b> |
| <b>5.2.</b> | <b>TRABAJO DE CAMPO</b>                   | <b>58</b> |
|             | RESULTADOS                                | 59        |
|             | DISCUSIÓN                                 | 81        |
|             | CONCLUSIONES                              | 85        |
|             | RECOMENDACIONES                           | 86        |
|             | REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA                  | 87        |
|             | ANEXOS                                    | 91        |

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis experimentan una serie de procesos psicobiológicos que repercuten directamente sobre su estado de ánimo y entorno en general. **Objetivos:** Identificar la prevalencia y el grado de depresión de los pacientes que reciben Hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD-Tacna. **Material y métodos:** Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población y la muestra están conformadas por 64 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. **Resultados:** el 92,2% de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna tienen depresión, de estos el 32,8% tienen depresión leve, 31,3% tienen depresión moderada y el 28,1% tienen depresión severa.: El sexo, edad, ocupación, grado de instrucción, estado civil, religión, dependencia económica, número de hijos apoyo familiar, comorbilidad, número de sesiones y tiempo de terapia no estarían asociados a la depresión con valores  $p$  mayores de 0,05. **Conclusiones:** la prevalencia de depresión en los pacientes que asisten a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna es alta.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es reconocida como un problema de salud pública. En países como Estados Unidos, la incidencia alcanza el 13%, debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento del número de casos de Diabetes e Hipertensión Arterial. Entre sus complicaciones médicas más frecuentes se encuentran: la anemia; los trastornos nutricionales, minerales y óseos; el elevado riesgo cardiovascular y las dislipidemias. <sup>(1)</sup>

El ingreso de un paciente en un programa de diálisis periódicas supone un punto de inflexión importante en su vida y en muchas ocasiones marca un antes y un después. Ha de adaptarse a una situación nueva, con el temor a lo desconocido, la sensación de dependencia, el sufrimiento por la situación personal y por ver sufrir al entorno familiar, que sumados al deficiente estado de salud, pueden generar actitudes que llegan a condicionar la evolución de la enfermedad. <sup>(2)</sup>

A menudo se infraestima los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes sometidos a diálisis, centrando nuestra dedicación y esfuerzos al tratamiento diálítico. Sin embargo, no es infrecuente que el conseguir los objetivos terapéuticos no lleve asociada una percepción de mejoría en la calidad de vida por parte del paciente. Entre los principales factores desencadenantes de estrés estarían: el miedo a la muerte, miedo a “la máquina”, síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o que aparecen como consecuencia del mismo (mareos, hipotensiones, cansancio fácil, disminución de la lívido, impotencia), incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimagen. <sup>(2)</sup>

La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas incluyen cambios en la actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal. <sup>(3)</sup>

La prevalencia de los trastornos afectivos en los pacientes con patologías crónicas difiere, según los diversos autores, entre 25 y 50% y algunos llegan hasta 70% <sup>(4)</sup>.

Debido a que la depresión es una alteración psiquiátrica relacionada con la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) y en los sujetos que son incluidos en los programas de hemodiálisis. A través de este trabajo de investigación queremos precisar la prevalencia y grado del estado depresivo que acompaña al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. <sup>(3)</sup>

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos afectivos en general, y la depresión en particular figuran entre las enfermedades mas frecuentes del adulto. La OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula que la frecuencia de los cuadros depresivos, en el sentido de la prevalencia diaria, es el 3 a 5 % de la población total, lo cual representa de 120 a 200 millones de personas que sufren depresión <sup>(5)</sup>.

En los estudios sobre los factores desencadenantes de la depresión, autores como BECK, GREENBERG SCHARF y MILLER, afirman que la presencia de una enfermedad física es la quinta causa más frecuente. De igual manera, dichos autores manifiestan que en la mayoría de los casos, el convivir con una enfermedad crónica terminal, genera grandes dosis de estrés para el paciente y su familia; pudiendo ir acompañada por significativos niveles de depresión. <sup>(6)</sup>.

La Insuficiencia Renal Crónica, es en la actualidad cada vez más común en niños, adolescentes y adultos. En ellos y en especial los adultos resulta doloroso tener que enfrentarse a una enfermedad que diariamente va destruyendo su organismo, más aún es triste tener que enfrentar también el sufrimiento y dolor del entorno familiar. Los pacientes con la Insuficiencia Renal Crónica que reciben hemodiálisis, vemos como esta problemática se extiende cada día en la población, no respetando edades, sexo, raza, religión, países y condiciones sociales <sup>(6)</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia y grado de depresión de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión –ESSALUD-III de Tacna?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia y el grado de depresión de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD-Tacna.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la prevalencia del grado de depresión en pacientes que reciben hemodiálisis y relacionar según los factores sociodemográficos: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, religión, dependencia económica número de hijos y apoyo familiar.
2. Identificar la prevalencia del grado de depresión en pacientes que reciben hemodiálisis y relacionar según los factores clínicos: tiempo de terapia, comorbilidad, y número de sesiones por semana.

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país , los casos de insuficiencia renal van en aumento, esto es alarmante ya que no sólo significa el deterioro de la salud física del paciente y un costoso tratamiento, que en el caso de tratarse de un paciente asegurado, el estado cubre los gastos en su mayoría, teniendo en cuenta también los gastos de una dieta balanceada e indispensable y la parte emocional la cual se ve afectada ya que el paciente está obligado a seguir un tratamiento que presenta diferentes alternativas cada una estas con sus propias ventajas y desventajas; entre estas alternativas tenemos: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.<sup>(7)</sup>

La Hemodiálisis purifica y filtra la sangre por medio de una máquina que libera al organismo temporalmente de desechos nocivos y de sal y agua en exceso, este proceso ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el balance adecuado de sustancias importantes como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato en el organismo. Las sesiones de hemodiálisis varían de 1 a 3 veces por semana las mismas que dependen del estado de cada paciente; cada sesión dura entre 3 a 4 horas. Este tratamiento es complejo ya que la capacidad funcional del riñón mejora pero es muy difícil para estos pacientes entender ya que para muchos de ellos es un verdadero sacrificio llegando incluso en algunos momentos a rehusarse seguir con el tratamiento, luego que el médico les explica en que consiste. Debido a este proceso, la enfermedad puede parecer una carga que sólo prolonga el sufrimiento. Si el paciente se retira del tratamiento de diálisis o se rehúsa a iniciarlo, es posible que viva unos pocos días o varias semanas, dependiendo de su salud y de la función renal que presente <sup>(8)</sup>

La justificación es que en la ciudad de Tacna no se ha realizado este tipo de trabajo habiendo una indiferencia con la falta de apoyo hacia este tipo de pacientes ante este nuevo ritmo de vida originado por el tratamiento al que tienen que

someterse dichos pacientes, se observa un cambio significativo en su estado de ánimo, el cual se ve resquebrajado, de modo que se evidencia no sólo la afección física de esta enfermedad (cambio de coloración en la piel, baja de peso, etc.), sino también la afección de su salud mental que en muchos casos es dejada de lado, olvidando que ésta es un factor decisivo en la recuperación del paciente.

Por otro lado es importante realizar esta investigación para poder comprobar si existe depresión en este tipo de pacientes y si es así categorizar el grado de depresión y su asociación con diferentes factores demográficos para luego plantear una serie de medidas con el propósito de brindar ayuda psicológica para mejorar sus condiciones de vida.

En estudios de investigación, se acepta que la **Escala de Depresión de Zung** discrimina bastante bien la presencia de cuadros depresivos según el puntaje que logra el sujeto en su autoevaluación. El citado instrumento, además, ha sido validado para uso en población peruana por Novara <sup>(9)</sup>.

## **1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

1. Hemodiálisis: Procedimiento para eliminar las impurezas y sustancias de desechos de la sangre. Utilizado en el tratamiento de la insuficiencia renal y en diferentes procesos tóxicos. <sup>(8)</sup>

2. Depresión: Alteración de la conducta caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperanza secundaria a tragedia, pérdida de familiares, patologías terminales, etc.

<sup>(10)</sup>

3. Test Psicométrico: Es un método complementario de exploración que ayudan a una mejor evaluación psicológica del individuo, así como a la medición de los componentes de la enfermedad mental.<sup>(11)</sup>
4. Test de Zung: Es una escala para la automedición de la depresión comprende una lista de 20 ítems.<sup>(12)</sup>
5. Insuficiencia renal: Esta se refiere al daño temporal o permanente de los riñones que resulta en la pérdida de la función normal de los mismos. Existen dos tipos de Insuficiencia renal aguda, Una de inicio abrupto y potencialmente reversible y otra crónica; la cual progresa lentamente en al menos tres meses y pueden terminar en IRC.<sup>(8)</sup>
6. Insuficiencia Renal Aguda (IRA): La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome caracterizado por la disminución rápida del filtrado glomerular (horas o días), retención de productos de desechos nitrogenados y alteración del equilibrio hidroelectrolítico y acidobásico.<sup>(13)</sup>
7. Insuficiencia Renal Crónica (IRC): Es cuando los riñones fallan permanentemente en su función y el individuo necesita diálisis o trasplante (TFG<15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> por ≥3 meses).<sup>(8,13)</sup>
8. Depresión leve: Puntuación de 28 a 41 según la escala de Zung.<sup>(12)</sup>
9. Depresión moderada: Puntuación de 42 a 53 según la escala de Zung.<sup>(12)</sup>
10. Depresión severa: Puntuación por encima de 53 según la escala de Zung.<sup>(12)</sup>

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### **Belkys J Atencio Atencio, Eligio Nucette Ríos (Venezuela-2004)**

Se llevó a cabo un estudio sobre “Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis” en la Unidad de Diálisis y Trasplante Renal del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Maracaibo (Venezuela). La muestra fue de 62 pacientes, de edades entre 12 y 66 años. 27.4% presentó depresión utilizando la escala de Zung y 20,7% presentó depresión leve y 6,7% depresión moderada. El 79.0% tuvo ansiedad utilizando la escala de Hamilton. Los porcentajes mas altos para depresión están entre 17-36 años (48.9%) y 42-51 años (32,6%) para ansiedad. El sexo femenino presentó (70,5%) para depresión y el sexo masculino (48.9%) para ansiedad. El 17.65% de los pacientes deprimidos realizó Educación Universitaria, 29.4% con Educación Media y 47.0% con sólo Educación Primaria. De los pacientes ansiosos, 20.4% Educación Universitaria, 36.73% con Educación Media y 34.7% con Educación Primaria. La mayoría de los pacientes son desempleados: 53.2% de deprimidos y 26.5% de ansiosos. La ocupación mas frecuente es el oficio en el hogar: 29.4% de deprimidos y 30.6% de ansiosos. Otras ocupaciones son menos frecuentes. La mayoría casados. 47.0% para los deprimidos y 51.0% para los ansiosos. Los solteros fueron 35.2% (deprimidos) y 34.6% (ansiosos).<sup>(14)</sup>

**Méndez Durán Antonio, Rivera Ayala Lidia Luz (México-2007)**

Estudio prospectivo y transversal “Frecuencia de depresión en pacientes de Hemodiálisis del Hospital General Regional No. 25 del IMSS, realizado en la unidad de HD del Hospital General Regional (HGR) No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social Se incluyeron 35 pacientes, 23 masculinos (66%) y 12 femeninos (34%), con edad promedio de 48 años (rng: 21-71); 24 portaron fístula arteriovenosa interna y 11 catéter de Mahurkar, todos recibieron HD de alta eficiencia y eritropoyetina humana recombinante; la estancia promedio en HD fue de 28 meses (rango: 6-68). Las patologías agregadas fueron: Nefropatía Diabética (54.2%), Nefropatía Hipertensiva (25.7%), glomerulonefritis crónica (17.1%) y nefropatía por gota (3%). los pacientes que iniciaron la terapia en menos de 2 años (38,7%) tiene alta frecuencia de depresión La frecuencia de depresión fue del 11% (4) para depresión leve, 17% (6) depresión moderada y 72% (25) depresión severa. No se encontró diferencia estadística al correlacionar el grado de depresión con las variables estudiadas ( $p=0.78$ ).<sup>(15)</sup>

**Esquivel Molina Carlos Gerardo, Prieto Fierro José Guadalupe(México-2009)**

En un estudio sobre “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis” se obtuvo como resultado: En 54 sujetos, con edad media de  $51.4 \pm 13.5$  DE la calidad de vida, según el inventario: SF12, salud física, 32.56 IC 95% (29.70, 35.41) y SF12, salud mental, 51.81 (48.62, 54.99). Los grados de depresión fueron: leve, 18.2% (10); moderada, 20% (11); y severa, 14.5% (8).<sup>(16)</sup>

**Adriana María Diez Canseco Muñoz (Trujillo-2004)**

En un estudio sobre “niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según algunos factores demográficos, el tipo de tratamiento médico y tiempo de enfermedad”. La muestra fue de 71 pacientes. Se concluyó que el 66.7% de la población tienen depresión, se ubica en niveles que van desde Leve (37.5%) a Moderado (29.2%) y Severo (5.6%). Los pacientes mayores de 50 años (32,5%) , el sexo femenino (72,4%) tiene depresión , tienen estudios secundarios (37,8%) , son católicos (68,2%), no realizan actividad laboral (45,1%), se encuentran casados (35%), pacientes con mas tiempo de enfermedad recibiendo hemodiálisis de mas de 10 años (43,5%) tienen depresión. <sup>(17)</sup>

**Rosario Amador, Eugenia Pons Raventos (Málaga-2002)**

En un estudio “depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis en Málaga” de 108 pacientes en un programa de hemodiálisis periódica procedentes del Centro “El Cónsul”, de FMC en Málaga. El 54,29% de los pacientes tienen depresión en algún grado (34.29% leve, 14.29% moderada, 5.71% severa). En el caso de la ansiedad. El análisis de los datos muestra que tan solo el 27.55% de los pacientes tienen ansiedad moderada o severa (17.35% moderada y 10.20% severa). <sup>(2)</sup>

**Norma Susana Ortega Madrigal, María Martínez (México-2004)**

En un estudio “bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis” integrada por 35 pacientes. De estos 51% corresponden al sexo masculino, los de mayor demanda están entre la cuarta y sexta década de la vida, con una media de 50 años, 32% tiene un nivel académico bajo (primaria incompleta) y 17% analfabetas; en cuanto a la ocupación 23% permanecen inactivos. Respecto a la percepción que tienen sobre el factor tratamiento, 69% perciben la hemodiálisis como un tratamiento que mejora y limpia el organismo, 97% manifestaron renuencia a otra

terapia sustitutiva como la diálisis peritoneal; las causas están relacionadas con la infección, dolor y temor y porque no siempre la familia los apoya. En los factores inherentes a la enfermedad la hemodiálisis fue considerada por todos como un tratamiento bueno que proporciona mejoría rápida, con un manejo inmediato y oportuno ante complicaciones, una vigilancia eficaz del personal de enfermería a quien considera responsable de proporcionarle los cuidados con esas características. Se encontró que el 71% tiene ansiedad y el 40% depresión severa. <sup>(18)</sup>

## MARCO TEÓRICO

### 2.2. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN

#### 2.1.1. GRECIA

Corresponde a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y descripciones clínicas de la melancolía. En su obra Corpus Hippocraticum describe el tipus melancolicus, con tendencia a padecer este trastorno en primavera y otoño y cuya causa es un exceso de bilis negra. También describe la manía, aunque se limita a considerarla como un estado inespecífico de agitación psicomotriz. Además integra en una teoría: “TEORÍA DE LOS HUMORES” los conocimientos hasta entonces dispersos. Relacionó los cuatro humores con las estaciones del año y sus cualidades climáticas, lo cual determinaba los temperamentos del hombre. <sup>(19)</sup>

| HUMOR          | ESTACIÓN  | CUALIDADES        |
|----------------|-----------|-------------------|
| Sangre         | Primavera | Templado y húmedo |
| Bilis amarilla | Verano    | Caliente y seco   |
| Bilis negra    | Otoño     | Frío y seco       |
| Flema          | Invierno  | Frío y húmedo     |

### **2.1.2. EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO**

Alejandro Trajano concibió la manía como una forma de melancolía que progresa hacia la locura agitada y nos proporciona descripciones clínicas de ambos estados. <sup>(20)</sup>

Paracelso, ya entrando al renacimiento, resaltó el curso periódico de la manía y la melancolía. También diferenció entre causa endógena y causa exógena. <sup>(19)</sup>

### **2.1.3. SIGLO XVIII**

Philippe Pinel y Johhan Heinroth describieron como melancolía lo que hoy en día consideraríamos mas bien un cuadro de esquizofrenia residual y denominaron manía a lo que corresponde al estado de agitación de la esquizofrenia. <sup>(20)</sup>

William Cullen recoge la visión que había hasta esa época de la enfermedad; la melancolía se consideraba como un trastorno afectivo con euforia y depresión, pero la manía era un trastorno intelectual (el componente afectivo pasaba a un segundo plano). Cullen la consideraba como una demencia <sup>(20)</sup>

### **2.1.4. SIGLO XIX**

Falret por primera vez, propone la enfermedad maniaco-depresiva como se entiende hoy; en el paso de la melancolía a la manía observó una metamorfosis mas que una transformación. <sup>(20)</sup>

Griesinger y Kalhlbaum apoyaron una visión más unitaria de los distintos fenómenos psicopatológicos y concibieron, a partir de la teoría de la psicosis única, la concepción de que la melancolía y manía eran estudios de una enfermedad mental.

Kraepelin, en la 6ª. Edición de su tratado de psiquiatría expone la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, en función del pronóstico. <sup>(20)</sup>

### **2.1.5. SIGLO XX**

Leonhard, en 1957, establece una diferencia entre las depresiones bipolares y las unilaterales, con el apoyo posterior de Perris y Angst. Los tres autores se enfrentan pues a la idea de la psicosis unitaria. <sup>(20)</sup>

Cassano y otros autores en los últimos años plantean los distintos tipos de depresiones (con o sin manía, con historia familiar de trastorno afectivo, con fases de manía farmacógena, con oscilaciones en el estado de ánimo que no llegan a configurar fases de manía, etc.) como un espectro de trastornos afectivos que iría desde la depresión monopolar a la depresión bipolar mas grave <sup>(20)</sup>

## **2.2. DEPRESIÓN**

### **2.2.1. DEFINICIÓN**

Depresión viene del latín depresión: hundimiento tal es el estado experimentado por quienes la padecen, una sensación de hundirse lenta y gradualmente. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. <sup>(21)</sup>

#### **Otras definiciones**

Decaimiento del ánimo o de la voluntad. <sup>(21)</sup>

Es un trastorno que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración

importantes con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. <sup>(21)</sup>

La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas. <sup>(21)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a la depresión como un trastorno de la afectividad en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. <sup>(22)</sup>

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), la describe como humor disfórico diciendo así: “pérdida de interés o insatisfacción en toda o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperado, irritable, preocupados...” <sup>(22)</sup>

La depresión usualmente responde al tratamiento, sin embargo en algunas personas puede ser una enfermedad que las acompaña durante toda la vida. <sup>(22)</sup>

La remisión completa de un episodio depresivo, si bien dificultosa, mejoraría el pronóstico de la depresión mayor, dado que la remisión parcial parece ser un importante factor de riesgo para las recaídas, fundamentalmente las tempranas. <sup>(23)</sup>

### **2.3. 2. CAUSAS DE DEPRESIÓN <sup>(21)</sup>**

- Herencia
- Factores bioquímicos
- Situaciones estresante

- Estacionalidad
- Personalidad

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por unos o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición.<sup>(21)</sup>

### **Herencia**

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad. Sin embargo no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.<sup>(21)</sup>

### **Factores bioquímicos**

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel importante en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y neuropéptidos como la somatostatina.<sup>(24)</sup>

Lo que aun no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.<sup>(21)</sup>

### **Situaciones estresantes**

Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras y el divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica. <sup>(21)</sup>

### **Estacionalidad**

Trastorno afectivo estacional: se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión. <sup>(21)</sup>

### **Personalidad**

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el afecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. <sup>(21)</sup>

Aparentemente los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo. <sup>(21)</sup>

### 2.3.3. CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas y signos de la depresión se focalizan en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva, y neurovegetativa. <sup>(25)</sup>

La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales y en las que antes le ocasionaban placer. <sup>(25)</sup>

Prefiere estar triste desesperanzada, desanimada. A menudo recurre a expresiones como: “me siento dentro de un hoyo”, “creo que toqué fondo”. <sup>(21)</sup>

Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa de peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos aunque no haya apetito y también el peso <sup>(21,25)</sup>

Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnía). <sup>(25)</sup>

El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. <sup>(25)</sup>

En el otro extremo, hay lentificación motora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos. Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr. <sup>(26)</sup>

A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. La persona cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles

mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que el no vale nada. <sup>(25)</sup>

Hay sentimiento de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas. Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas. <sup>(21)</sup>

Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso lleva a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir. No obstante estar convencido de que el y los demás estarían mejor si fallecieran. <sup>(21)</sup>

También se presenta síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias. <sup>(21, 25)</sup>

No todas las personas que están en fases depresivas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los mismos síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo. <sup>(21)</sup>

#### **2.3.4. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE BECK**

En su investigación, Beck comprobó que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamiento negativo, que no se observaban en aquellos pacientes no deprimidos. Estos pensamientos estaban referidos a las siguientes técnicas. <sup>(20)</sup>

**a) Una visión negativa de si mismo**

El individuo negativo manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a si mismo y supone que los demás también lo rechazarán. <sup>(20)</sup>

**b) Consideración negativa del mundo**

Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren en el logro de los objetivos de la vida. <sup>(20, 26)</sup>

**c) Consideración negativa del futuro**

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán otros males mayores. <sup>(20)</sup>

**2.4. EPISODIOS DEPRESIVOS****2.4.1. DEFINICIÓN:**

Son sucesos o eventos, que se caracterizan porque el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio (según su intensidad y su

duración) y en cada individuo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: <sup>(27)</sup>

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. <sup>(27)</sup>

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad: leve moderado o severo. Habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. <sup>(27)</sup>

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas somáticos son: <sup>(27)</sup>

- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- Pérdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de los anteriores características estén definitivamente presentes.

#### **2.4.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10):**

##### **EPISODIOS DEPRESIVOS <sup>(27, 28)</sup>**

- ✓ F32.0 Episodios depresivos leve.
- ✓ F32.1 Episodio depresivo moderado.
- ✓ F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- ✓ F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- ✓ F32.4 Otros episodios depresivos.
- ✓ F32.5 Episodio depresivo sin especificación.

## **F32.0 Episodios depresivos leve.**

### **Pautas para el diagnóstico:**

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga, suelen considerarse como los síntomas mas típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. <sup>(28)</sup>

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tienen alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. <sup>(27, 28)</sup>

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos: <sup>(27)</sup>

### **F32.00 Sin síndrome somático**

Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno. <sup>(27)</sup>

### **F32.01 Con síndrome somático**

Se satisfacen las pautas del episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o mas de los síntomas somáticos si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría. <sup>(28)</sup>

**F32.1 Episodio depresivo moderado.****Pautas para el diagnóstico:**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. <sup>(28)</sup>

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social o doméstica. <sup>(27, 28)</sup>

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático: <sup>(28)</sup>

**F32.10 Sin síndrome somático:**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos. <sup>(28)</sup>

**F32.11 Con síndrome somático:**

Se satisfacen totalmente la pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes solo dos o tres pero con gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). <sup>(28)</sup>

### **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. <sup>(28)</sup>

#### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos esta justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente dos semanas, pero si los síntomas particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. <sup>(28)</sup>

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. <sup>(28)</sup>

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2 y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las

ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de lo que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. <sup>(28)</sup>

#### **F32.4 Otros episodios depresivos.**

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. <sup>(28)</sup>

Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivo (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezcla de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsultas de hospitales generales). <sup>(28)</sup>

#### **F32.5 Episodio depresivo sin especificación.**

Incluye: <sup>(28)</sup>

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

### **2.4.3. Clasificación según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV):<sup>(29)</sup>**

La DSM IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La encontramos en dos categorías: como episodio y como trastorno. En ambos casos quedan abolidas las finas delimitaciones cualitativas presentes en las descripciones clínicas de la psiquiatría clásica, poniéndose en primer plano las diferencias cuantitativas propias de un prognatismo que elabora clasificaciones cuyo principal objetivo es la eficacia medicamentosa. Desde el Anafranil en 1958, y después toda la gama de antidepresivos, terminaron por disolver la especificidad psiquiátrica de las depresiones.<sup>(29)</sup>

#### **Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor:<sup>(29)</sup>**

A- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (a) estado de ánimo deprimido o (b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- (a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio paciente (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- (b) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio paciente u observan los demás).
- (c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (d) Insomnio o hipersomnia cada día.

- (e) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (g) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día ( ya sea una atribución objetiva o una observación ajena)
- (i) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente si un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. <sup>(29)</sup>

C.- los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. <sup>(29)</sup>

D.- los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. <sup>(29)</sup>

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. <sup>(29)</sup>

Respecto a este último criterio, vemos que el episodio depresivo puede responder tanto a lo que Kraepelin denominaba acceso melancólico hasta hoy entendemos como un síntoma neurótico. <sup>(29)</sup>

En el Diagnostic and Statical Manual of Mental disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric

Association( Asociación Americana de Psiquiatría) se describen dos tipos de trastorno bipolar: tipo I y tipo II. <sup>(29)</sup>

En el **tipo I** (anteriormente conocido como trastorno maniaco-depresivo), ha habido al menos un episodio maniaco completo; sin embargo, las personas con este tipo de trastorno también pueden experimentar episodios de depresión mayor. <sup>(21)</sup>

En el **tipo II**, los periodos de hipomanía implican síntomas maníacos menos severos que alteran con, al menos, un episodio depresivo mayor. Cuando los pacientes tienen un periodo de empeoramiento, pueden estar en un estado maniaco, un estado depresivo o una combinación de ambos. <sup>(21)</sup>

## **2.5. INSUFICIENCIA RENAL**

### **2.5.1. Insuficiencia renal**

Esta se refiere al daño temporal o permanente de los riñones que resulta en la pérdida de la función normal de los mismos. Existen dos tipos de Insuficiencia renal aguda, Una de inicio abrupto y potencialmente reversible y otra crónica; la cual progresa lentamente en al menos tres meses y pueden terminar en IRC. <sup>(8)</sup>

### **2.5.2. Insuficiencia Renal Aguda (IRA)**

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome caracterizada por la disminución rápida del filtrado glomerular (horas o días), retención de productos de desechos nitrogenados y alteración del equilibrio hidroelectrolítico y acidobásico. <sup>(13)</sup>

### **2.5.3. Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**

Es cuando los riñones fallan permanentemente en su función y el individuo necesita diálisis o trasplante (TFG<15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> por ≥3 meses. <sup>(8, 13)</sup>

#### 2.5.4. CUADRO CLÍNICO (25)

| Insuficiencia Renal Aguda  | Insuficiencia Renal Crónica   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Rash</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Hiporexia</li> <li>• Vómito severo</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Dolor en región torácica posterior</li> <li>• Calambres</li> <li>• Anuria</li> <li>• Historia de infección reciente</li> <li>• Palidez cutánea</li> <li>• Epistaxis</li> <li>• Historia de tomar ciertos medicamentos</li> <li>• Historia de trauma</li> <li>• Inflamación de los ojos</li> <li>• Masa abdominal detectable</li> <li>• Exposición a metales o solventes tóxicos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiporexia</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Prurito</li> <li>• Piel seca</li> <li>• Malestar general</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Calambres</li> <li>• Infecciones urinarias recurrentes</li> <li>• Incontinencia urinaria</li> <li>• Palidez cutánea</li> <li>• Mal aliento</li> <li>• Hipoacusia</li> <li>• Masa abdominal palpable</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Alteración en el estado de alerta</li> <li>• Sabor metálico en la boca</li> </ul> |

#### 2.5.5. ETIOPATOGENIA DE DEPRESIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL

Se ha sugerido que la Interleucina 1 (IL-1), el factor de necrosis tumoral (FNT) y la IL-6; que son citoquinas proinflamatorias, son secretadas básicamente por los monocitos y funcionan como base para la respuesta inflamatoria en los pacientes que reciben hemodiálisis. Los niveles séricos de la IL-1 y el FNT, son más elevados en los pacientes en hemodiálisis que entre los individuos normales y la

sobresecreción de estas citoquinas se ha descrito en casos de amiloidosis, desnutrición y aterogénesis así como también se ha sugerido una asociación entre esta sobresecreción en pacientes con IRC en hemodiálisis y depresión. Se ha reportado que estas citoquinas pueden ser sobre secretadas por el estrés y así producir depresión. Esto se apoya en que los antidepresivos reducen la secreción de citoquinas proinflamatoria tales como IL1, IL2 y FNT. Según *Lee* (2004), después de la administración de antidepresivos por 8 semanas los niveles de IL1 disminuyeron considerablemente, pero la IL6 aumentó. <sup>(30)</sup>

Estudios previos han demostrado que la IL6 disminuye después de cuatro semanas de tratamiento, considerándosela actualmente como una citoquina pleiotrópica, con efecto tanto proinflamatorio como antiinflamatorio; sugiriéndose también que su excreción es controlada en gran parte por el cortisol, que disminuye la IL6. Una hipótesis planteada sobre el estrés en los pacientes sometidos a hemodiálisis es la activación del eje hipotálamo-hipofisiario, que conlleva un aumento de cortisol, esto mantiene a la IL6 en un nivel bajo, la estabilización del eje con los antidepresivos disminuirá el nivel de cortisol y después de esto se puede aumentar la IL6 paradójicamente, la cual ejerce un efecto antiinflamatorio sobre la IL1 y el FNT. <sup>(30)</sup>

Cuando la IRC es producto de una enfermedad sistémica, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Colagenopatías, el pronóstico empeora sustancialmente en comparación con los casos en que existe una enfermedad localizada en los riñones. <sup>(31)</sup>

La definición se establece con base en una excreción anormal de albúmina o reducción de la función renal, según la filtración glomerular medida o estimada, que persiste durante más de tres meses. La National Kidney Foundation la clasifica de la siguiente manera: <sup>(31)</sup>

- Estadío 1:  $FG \geq 90$  mL/min por  $1,73 \text{ m}^2$  y albuminuria persistente.
- Estadío 2: FG entre 60 y 89 mL/ min por  $1,73 \text{ m}^2$ .
- Estadío 3: FG entre 30 y 59 mL/ min por  $1,73 \text{ m}^2$ .
- Estadío 4: FG entre 15 y 29 mL/ min por  $1,73 \text{ m}^2$ .
- Estadío 5:  $FG < 15$  mL/min por  $1,73 \text{ m}^2$  o enfermedad renal terminal.

Distintos grupos postulan la instauración de la diálisis a partir del cuarto (3) o del quinto estadío. <sup>(31)</sup>

### **2.5.6. HEMODIÁLISIS**

La Hemodiálisis, es una técnica de depuración extracorpórea en la que se pone en contacto, a través de una membrana semipermeable la sangre con un líquido de diálisis de características predeterminadas que sustituye las funciones de excreción de solutos, eliminación de líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-básico y electrolítico en la insuficiencia renal Terminal. <sup>(8)</sup>

#### **Funcionamiento de la hemodiálisis**

Un aparato de hemodiálisis tiene un filtro especial llamado un dializador o riñón artificial, el cual limpia la sangre. Para que la sangre pase por dializador el médico tiene que establecer un acceso o entrada a los vasos sanguíneos. Esto se hace con cirugía menor, generalmente en el brazo. Se pueden crear tres tipos de accesos distintos: una fístula, un injerto o un catéter. <sup>(32)</sup>

La fístula es la primera opción de acceso. Se realiza uniendo una arteria a una vena cercana, debajo de la piel, para crear un vaso sanguíneo de mayor tamaño. Este tipo de acceso es el preferido porque presenta menos complicaciones y dura más tiempo. Por lo menos seis meses antes de que necesite comenzar a dializarse deberá

ser evaluado por un médico especialista. La fístula se deberá crear temprano (varios meses antes de iniciar la diálisis), para que tenga suficiente tiempo para cicatrizar y esté lista para el momento en que necesite tratamiento. Si los vasos sanguíneos no son adecuados para una fístula se puede usar un injerto. En este caso se une una arteria a una vena cercana con un tubo blando y pequeño de material sintético que se coloca debajo de la piel. Cuando la fístula o el injerto hayan cicatrizado le colocarán dos agujas, una en el lado de la arteria y otra en el lado de la vena de la fístula o el injerto, cada vez que reciba tratamiento. Las agujas se conectan a tubos plásticos. Un tubo lleva la sangre al dializador en donde se limpia, y el otro tubo regresa la sangre limpia a su cuerpo. El tercer tipo de acceso, llamado catéter, se inserta en una vena grande del cuello o del tórax. Este tipo de acceso generalmente se utiliza cuando se requiere diálisis por un periodo de tiempo corto. Los catéteres también se pueden usar como accesos permanentes, pero sólo cuando no es posible crear una fístula o un injerto. Los catéteres se pueden conectar directamente a los tubos de diálisis y por lo tanto no se utilizan agujas. Se lo derivará a un cirujano especialista para establecer el acceso vascular. <sup>(32)</sup>

El dializador o filtro se compone de dos partes: una para la sangre y otra para un líquido de lavado denominado dializado. Una membrana delgada separa las dos partes. Las células sanguíneas, las proteínas y otros elementos importantes permanecen en la sangre porque son demasiado grandes para pasar a través de la membrana. Los productos de desecho más pequeños como la urea, la creatinina y el líquido en exceso pasan a través de la membrana y son eliminados. El dializado o líquido de lavado se puede modificar para sus necesidades Especiales. <sup>(32)</sup>

### **¿Cuánto tiempo toma cada tratamiento de hemodiálisis?**

Los tratamientos de hemodiálisis generalmente se hacen tres veces por semana. Cada tratamiento dura aproximadamente cuatro horas, pero se puede necesitar más tiempo para asegurar que se eliminen suficientes desechos y líquido. La duración de la diálisis dependerá de: <sup>(32)</sup>

- El grado de funcionamiento de los riñones.
- Cuánto peso líquido aumenta de un tratamiento a otro.
- Su peso.
- Cuánto producto de desecho tiene en la sangre.
- El tipo de riñón artificial que use su centro de diálisis.

El médico indicará la cantidad de diálisis que se necesita. Los estudios demuestran que la cantidad adecuada de diálisis su salud general mejora, se siente mejor, se previenen las hospitalizaciones y puede vivir más tiempo. <sup>(32)</sup>

### **Complicaciones**

Los problemas de acceso vascular son la razón más común para la hospitalización entre personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Algunos de los problemas comunes son infección, bloqueo por coagulación y mala circulación. Estos problemas pueden impedir que sus tratamientos den resultado hasta se podría tener que someter a repetidas cirugías para lograr un acceso que funcione adecuadamente. <sup>(32)</sup>

Otros problemas pueden ser causados por cambios rápidos en el agua y el equilibrio químico de su cuerpo durante el tratamiento. Los calambres musculares y la hipotensión (una disminución repentina de la presión arterial) son dos efectos

secundarios comunes. La hipotensión puede hacerle sentir débil, mareado o mal del estómago. <sup>(32)</sup>

Probablemente se necesite de tiempo para adaptarse a la hemodiálisis. Los efectos secundarios a menudo se pueden tratar rápida y fácilmente, por lo que debe informar al médico y al personal de diálisis de cualquier efecto secundario que sufra. Puede evitar muchos efectos secundarios si lleva una dieta adecuada, limita el consumo de líquidos y toma sus medicamentos según las instrucciones. <sup>(32)</sup>

### **2.5.7. DIÁLISIS PERITONEAL**

Es un proceso de intercambio de solutos y fluidos a través de la membrana peritoneal, que sirve como la superficie dialítica. Por medio de difusión y movimientos de los solutos, la urea, la creatinina y el potasio pasan a la cavidad peritoneal, mientras que el bicarbonato y calcio fluyen en sentido inverso a través de un gradiente de concentración y por convección. Los procesos empleados son: diálisis peritoneal ambulatoria continua y diálisis peritoneal con ciclaje automatizado continuo. <sup>(31)</sup>

Las metas de la terapia de reemplazo renal son: prolongar la vida, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria. La elección del tipo de diálisis debe considerar factores psicológicos y socioculturales. <sup>(31)</sup>

El tratamiento de elección para los estadios avanzados de la IRC es el trasplante renal, fundamentalmente porque el pronóstico funcional y de calidad de vida es mejor al compararlo con quienes reciben diálisis. Obtener una preparación médica y emocional, así como un retraso del inicio de la diálisis. <sup>(31)</sup>

### **2.5.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL**

Según Andía M, Irene. Propone seis fases de ajuste o etapas de duelo del paciente renal crónico (33)

#### **Etapas de ajuste del con Insuficiencia Renal Crónico**

##### **Shock:**

- Capacidad de asumir o comprender la magnitud de lo sucedido.
- Confusión.

##### **Negación:**

- Resistencia al tratamiento.
- Confirmar diagnóstico.
- Continúa como si nada pasara.
- No acepta la enfermedad.
- Por qué a mí y no a otro.

##### **Cólera:**

- Ira
- Actitud agresivo-pasiva.
- Incumple recomendaciones.
- Agresividad dentro del sistema familiar.
- Actitud rebelde.

**Depresión:**

- Disminución de la autoestima.
- Sensación de desamparo.
- Sentimientos de tristeza, pena.
- Retraimiento.
- Pérdida de interés.
- Sentirse una carga familiar.

**Reacción a la independencia:**

- Sentimientos ambivalentes.
- Conductas regresivas.
- Indecisión.

**Aceptación:**

- Aclara dudas.
- Motivación por elegir modalidad de tratamiento.
- Utiliza todos sus recursos.
- Recursos Adaptativos

**Hernando, L. (2005)**, manifiesta que cada paciente recurre a modalidades propias para tolerar el peso psicológico de la enfermedad y adaptarse a la situación del tratamiento propio de la IRCT. Sin embargo, hay recursos que, en grado variable, son adoptados por la mayoría de los pacientes. Entre ellos se resumen respecto a: <sup>(34)</sup>

**a) La Dependencia:**

Por la naturaleza del tratamiento, el paciente necesita establecer relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia y del medio hospitalario. Requiere la atención de una persona que le ayude a organizarse a quien delega buena parte de sus cuidados. En el caso de personas con características previas extremadamente independientes tienden a presentar más dificultades en la aceptación de este tipo de relación, tanto respecto de otros como del tratamiento en sí. <sup>(34)</sup>

**b) La Regresión:**

Se observa que un grado intenso de dependencia suele ir asociado a una regresión, es decir un retorno a formas más tempranas del pensamiento y del comportamiento. En el paciente se reactivan pautas infantiles que promueven en el otro, ya sea familiar o médico, asuma tareas, decisiones y cuidados hacia él. <sup>(34)</sup>

**c) La Negación:**

Al experimentar debido a su condición, intensos sentimientos de desesperanza e incertidumbre y ansiedad de muerte, el paciente se protege con la negación, el desconocimiento en algún grado de la gravedad de su enfermedad y actuando, en algunas ocasiones como si olvidara que ésta existe. <sup>(34)</sup>

Los diferentes recursos antes mencionados ayudan a la adaptación del paciente y deben ser respetados por el equipo. Se hace necesaria una intervención solamente si estos se transforman en una conducta que interfiere con el tratamiento: la negación extrema puede, por ejemplo, provocar la inasistencia a las sesiones de diálisis o al incumplimiento de las restricciones dietéticas. La regresión extrema puede disminuir las posibilidades de rehabilitación. <sup>(34)</sup>

**d) Depresión:**

Estudios psicopatológicos de los pacientes que están en tratamiento dialítico se ha centrado en la depresión. Entre estos pacientes la depresión es más frecuente que en la población sana, pero no mayor que en otros enfermos crónicos. <sup>(34)</sup>

La falta de apoyo familiar, la personalidad dependiente e insatisfecha, las tendencias pasivas muy marcadas y la historia previa de depresión son aspectos que pueden favorecer las tendencias suicidas. No tratar tempranamente este cuadro aumenta los riesgos de hospitalización, de mortalidad y suicidio. <sup>(34)</sup>

**e) Incumplimiento**

La conducta de cumplimiento con todas las indicaciones médicas se torna difícil de lograr, aun más en aquellos pacientes con un bajo nivel de adaptación. Las trasgresiones más comunes son las de dieta, especialmente la ingesta de líquido, y de la medicación como el calcio, entre otros. La falta a las sesiones de diálisis es menos común e indica problemas más serios (depresión, negación extrema, etc.). <sup>(34)</sup>

El grado de cumplimiento del tratamiento también depende de la comprensión y la aceptación que tenga el paciente, y de la convicción de que su participación influye en el resultado. Las carencias en este sentido pueden suplirse con intervenciones (educativas y psicoterapéuticas) del equipo multidisciplinario y con apoyo familiar. <sup>(34)</sup>

**f) Disfunción Sexual.**

En la enfermedad renal, al igual que en otras enfermedades crónicas, se deteriora la capacidad sexual. Se expresa en la disminución del deseo y frecuencia de relaciones o en su interrupción, muchas veces definitiva, hasta en un 80% de los casos. Los factores que afectan a la sexualidad pueden ser de orden físico y psicosocial. <sup>(34)</sup>

El desequilibrio hormonal, los trastornos vasculares y el efecto de la medicación, en particular la antihipertensiva, se suman a la dificultad para manejar los cambios corporales, el temor a dañar los accesos vasculares, a las diferentes reacciones emocionales (cólera, depresión, ansiedad), a la regresión y a la dinámica de los roles familiares; por ejemplo, es común el cambio de roles en la pareja en que la esposa asume una función maternal hacia el paciente. <sup>(34)</sup>

**g) Disfunción de la actividad cognitiva.**

Las funciones que se ven más afectadas en el área intelectual son: la atención, la memoria inmediata y la capacidad de concentración. Estas alteraciones se observan hasta en un 55% de los casos. Es común, además la limitación de la productividad intelectual y de la expresión de emociones. En la medida que la capacidad de comprensión esté más deteriorada, la adaptación al programa de rehabilitación será más difícil. <sup>(34)</sup>

**h) Inactividad Laboral**

A pesar de los avances médicos en la adecuación de la diálisis, el porcentaje de los pacientes sin actividad laboral oscila entre el 45% y el 75% y es más elevado en la mujer que el hombre. El estado físico, la compatibilidad del tratamiento dialítico

con su empleo previo, el nivel de educación y la actitud del paciente frente a sus limitaciones son las variables que más afectan la productividad laboral en dichos pacientes. <sup>(34)</sup>

### **2.5.9. PERSONALIDAD Y RESPUESTA A LA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

**Vásquez, J. (2002)**, considera que la reacción de los pacientes crónicos ante una enfermedad varía de acuerdo a los rasgos de personalidad que puedan presentar, siendo este un aporte importante para una mayor comprensión del proceso de aceptación de la enfermedad, podemos mencionar entre los rasgos de personalidad: <sup>(35)</sup>

1. **Pacientes Dependientes:** Se caracterizan por reaccionar con miedo y adoptan actitudes regresivas que les llevan a conductas dependientes y exigentes de atención. <sup>(35)</sup>
2. **Pacientes Obsesivos:** Los caracteriza una conducta ordenada y rígida, temen la pérdida de control y reaccionan con mayor rigidez e intolerancia ante su diagnóstico. Una vez aceptada la enfermedad, suelen ser cumplidores meticulosos de las indicaciones médicas. <sup>(35)</sup>
3. **Pacientes con rasgos Paranoides:** Suelen mostrarse siempre suspicaces y celosos, por lo que les costará confiar en los tratamientos y en el personal médico. Suelen ser malos observadores de los tratamientos y presentaran la tendencia de reaccionar de manera negativa a las críticas y recomendaciones. <sup>(35)</sup>

### **2.5.10. TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE RECIBEN DIÁLISIS**

La insuficiencia renal crónica (IRC) es reconocida como un problema de salud pública. En países como Estados Unidos, la incidencia alcanza el 13%, debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento del número de casos de diabetes e hipertensión arterial. Entre sus complicaciones médicas más frecuentes se encuentran: la anemia, los trastornos nutricionales, minerales y óseos secundarios, el elevado riesgo cardiovascular y las dislipidemias. Los métodos empleados para realizarla son hemodiálisis y diálisis peritoneal; factores psicológicos y socioculturales deben ser considerados como elementos a tomar en cuenta a la hora de definir la terapia de elección para el reemplazo de la función renal. <sup>(36)</sup>

Las poblaciones de pacientes con patología cardíaca, pulmonar, gastrointestinal y reumatológica, entre otras, tienen una alta prevalencia e incidencia de entidades psiquiátricas, de las cuales los trastornos afectivos son los más frecuentes y los que han sido más estudiados. <sup>(36)</sup>

El abordaje psiquiátrico de los pacientes que reciben diálisis incluye el descartar una serie de patologías muy variadas pero con presentaciones clínicas similares, como es el caso del delirium, alteraciones cognitivas secundarias, síntomas psicóticos y hasta manía. Cuando se habla de pacientes que reciben diálisis, los trastornos psiquiátricos más frecuentes son la ansiedad y depresión en sus distintas presentaciones. <sup>(36)</sup>

La evaluación de esta última se complica por su traslape sintomatológico con la IRC (16). Clínicamente ambas comparten elementos como la reducción del apetito, energía, libido y concentración. Lo anterior ha generado que distintos estudios (que emplean escalas diferentes) encuentren incidencias que varían entre 6-38% (20). Por

lo tanto el diagnóstico clínico debe contemplar los siguientes elementos: antecedentes personales y familiares de depresión y suicidio, pobre autoestima, anhedonia, desesperanza, desesperación, incontinencia afectiva e ideación suicida activa o pasiva.<sup>(36)</sup>

Otro factor contribuyente a la elevada tasa de depresión en quienes reciben diálisis es la alta prevalencia de trastornos del sueño y enfermedad cerebrovascular. El alto porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus en esta población hace pensar en la carga emocional de una enfermedad crónica pero también en posible lesión cerebrovascular de pequeños vasos. La depresión vascular en ocasiones puede ser clínicamente indistinguible de la depresión clásica y la mayoría de los estudios ha demostrado falta de respuesta a los antidepresivos.<sup>(36)</sup>

En un estudio realizado por Murray y colaboradores, se encontró que el deterioro cognitivo moderado y severo es frecuente en los que reciben hemodiálisis y que generalmente pasa desapercibido por el equipo tratante.<sup>(36)</sup>

El paciente con IRC además es portador de una serie de alteraciones del eje neuroendocrino, en la cual sobresale el hiperparatiroidismo que frecuentemente puede generar sintomatología depresiva, que en ocasiones se asocia con un complejo sindrómico compuesto por enlentecimiento psicomotor, alteraciones inespecíficas de la memoria y atención, letargo, estupor, apatía confusión mental y síntomas ansiosos. En otros casos, contribuyentes adicionales a nivel fisiopatológico para la sintomatología depresiva son la anemia, la dependencia a cocaína o heroína e infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida así como síndromes dolorosos manejados con antiinflamatorios no esteroideos (que en ocasiones son la causa de la IRC). El abordaje del paciente que recibe diálisis debe incluir equipos multidisciplinarios que empleen estrategias psicoterapéuticas, donde se consideren elementos individuales, familiares e interacciones desde el punto de vista sistémico

que se generan dentro de la unidad de diálisis. La evaluación por parte de psiquiatría de enlace debe descartar hemorragias cerebrales, hematomas subdurales producto de la anticoagulación y bajo nivel de plaquetas, convulsiones y desequilibrios hidroelectrolíticos. La depresión en pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis genera más hospitalizaciones, más retiros voluntarios del proceso dialítico y mayor mortalidad. Es posible que exista un círculo vicioso entre depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y enfermedad cerebrovascular. Podría por lo tanto tratarse de una patología mucho más compleja de lo que inicialmente se consideró, que al tener elementos de lesión permanente como en la enfermedad cerebrovascular, explican la pobre respuesta a los antidepresivos en estos pacientes. Lo anterior además se complica por la escasa atención que reciben estas variables, que generalmente pasan desapercibidas. <sup>(37)</sup>

## **2.6. PSICOMETRÍA DE LA DEPRESIÓN**

Dentro de la clínica psiquiátrica existen métodos complementarios de exploración, que ayudan a una mejor evaluación psicológica del individuo, así como a la medición de los componentes de la enfermedad mental, es decir, existe una amplia variedad de instrumentos para ayudarnos a reunir información referente a cuestiones de importancia, manejo y tratamiento de los individuos. <sup>(38)</sup>

También podríamos denominarlos métodos de evaluación conductual, ya que tratan de reunir información sobre diversas áreas de funcionamiento del individuo y detectar conductas- problemas. <sup>(38)</sup>

### **2.6.1. Evaluación de la depresión**

En los últimos años se han utilizado importantes progresos en la evaluación psicométrica, siendo una de las áreas que mas se han desarrollado la de la depresión. Se han presentado diferentes tipos de instrumentos de evaluación (pruebas autoinforme, entrevistas, escalas de valoración).<sup>(38)</sup>

Dentro de las escalas de autoinforme, pero evaluando mas específicamente la depresión tenemos:<sup>(38)</sup>

Inventario de depresión de Beck (1961)

Escala de depresión de Zung (1965)

Escala de depresión del centro de estudios de epidemiología. Radloff.

De las escalas de valoración podemos citar:

Escala de depresión de Hamilton (1960)

Escala de depresión de Montgomery y Asberg (1979).

En el presente estudio se utilizará la escala de Zung.

### **2.6.2. ESCALA DE ZUNG**

Ideado por Zung en 1965, fue traducida y validada al castellano por Conde. Es mucho mas sencilla de manejar y mas objetivable. Esta escala para la auto medición de la depresión (EAMD), comprende una lista de 20 ítems, cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente conocidos como desordenes depresivos.<sup>(38)</sup>

Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezados por: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES y SIEMPRE; estos ítems se responden según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes de 1 a 4 en los positivos (depresivos) o inversamente de 4 a 1 en los negativos de ánimo conservado. Valores inferiores a 28 se consideran normales, mientras que los superiores indican depresión, según el siguiente puntaje: <sup>(12)</sup>

- Leve de 28-41
- Moderado de 42-53
- Grave por encima de este.

En la confección de la escala para la automedición de depresión (EAMD) de Zung se ha tomado ciertas precauciones necesarias. Al paciente le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están escritos como síntomas positivos y la otra mitad como negativos. Por ejemplo la afirmación “me siento triste y decaído” es positiva; la segunda “por las mañanas me siento mejor”, es una declaración negativa, porque refleja lo opuesto a lo que sienten la mayoría de pacientes deprimidos, que suelen sentirse peor en las mañanas. <sup>(12)</sup>

Se ha omitido una posible columna cuyo encabezamiento sería NUNCA, para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mensurables. Además se usa un número par de columnas, de preferencia a un número impar para impedir la posibilidad de que el paciente marque una columna central con el fin de dar una apariencia de promedio. La EAMD no pretende diferenciar la depresión como enfermedad, de la depresión como síntoma. Más bien, sirve para detectar y medir cuantitativamente la intensidad del episodio depresivo sin dar un diagnóstico definitivo. <sup>(12)</sup>

## CAPITULO III

## 3. VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

## 3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE                          | INDICADOR                    | CATEGORIZACIÓN  | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------------------------|------------------------------|---|--------------------|
| <b>Factores sociodemográficos</b> | <b>Sexo</b>                  | Femenino<br>Masculino                                   | Nominal            |
|                                   | <b>Edad</b>                  | 20-29<br>20-39<br>40-49<br>50-59<br>60<                 | Ordinal            |
|                                   | <b>Situación laboral</b>     | Ocupado<br>Desocupado                                   | nominal            |
|                                   | <b>Nivel de estudios</b>     | Analfabeto<br>Primaria<br>Secundaria<br>Superior        | ordinal            |
|                                   | <b>Estado civil</b>          | Soltero<br>Casado<br>Unión libre<br>Divorciado<br>Viudo | nominal            |
|                                   | <b>Religión</b>              | Católico<br>otros<br>ateo                               | nominal            |
|                                   | <b>Dependencia económica</b> | Dependiente<br>Independiente                            | nominal            |
|                                   | <b>Apoyo familiar</b>        | nada<br>un poco<br>mucho                                | nominal            |
|                                   | <b>Número de hijos</b>       | No tiene hijos<br>1-2<br>3-4                            | ordinal            |

|                             |  |  |         |
|-----------------------------|--|--|---------|
|                             |  | >5 hijos   |         |
| <b>Factores clínicos</b>    | <b>Comorbilidad</b>                                | Diabetes Mellitus<br>HTA<br>Obesidad<br>Glomerulonefritis<br>Otras | nominal |
|                             | <b>Número de sesiones por semana</b>               | 1 vez<br>2 veces<br>3 veces  | ordinal |
|                             | <b>Tiempo desde que inicio la terapia</b>          | < 5 años<br>5-10<br>11-15<br>>16 años                              | ordinal |
| <b>Episodios depresivos</b> | <b>Escala de Zung</b>                              | Leve(28-41)<br>Moderado(42-53)<br>Severo >53                       | Ordinal |
|                             | Me siento triste y deprimido                       |  |         |
|                             | Por las mañanas me siento mejor que por las tardes |  |         |
|                             | Tengo ganas de llorar y a veces lloro              |  |         |
|                             | Me cuesta mucho dormir en la noche                 |  |         |
|                             | Como igual que antes                               |  |         |
|                             | Todavía me siento atraído por el sexo opuesto      |  |         |
|                             | Noto que estoy adelgazando                         |  |         |
|                             | Estoy estreñado                                    |  |         |
|                             | El corazón me late mas rápido que antes            |  |         |
|                             | Me canso por cualquier cosa                        |  |         |
|                             | Mi mente esta tan despejada que antes              |  |         |
|                             | Hago las cosas con la misma facilidad que antes    |  |         |
|                             | Me siento intranquilo y no puedo estar quieto      |  |         |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | Tengo esperanza y confié en el futuro             |  |  |
|  | Me siento mas irritable que antes                 |  |  |
|  | Encuentro fácil tomar decisiones                  |  |  |
|  | Siento que soy útil y necesario para la gente     |  |  |
|  | Encuentro agradable vivir                         |  |  |
|  | Creo que seria mejor para los demás si me muriera |  |  |
|  | Me gustan las mismas cosas que solían agradarme   |  |  |

## **CAPITULO IV**

### **4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO**

Descriptivo: ya que describe el porcentaje de frecuencia de cada uno de los episodios depresivos con respecto a la edad, sexo, estado civil, situación laboral, grado de instrucción, antecedentes familiares, enfermedades concomitantes y el tiempo en que recibe el tratamiento.

Transversal: Porque el presente estudio describe lo mencionado antes; en un momento dado de tiempo.

#### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

Está constituido por pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna

#### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población y la muestra están conformadas por 64 pacientes atendidas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna del año 2010 que cumplían con los criterios de inclusión

#### 4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que acuden a la unidad de Hemodiálisis para recibir su tratamiento.
- Edad: a partir de los 20 años.
- Sexo: masculino o femenino.
- Mostrar una actitud de colaboración.
- Mostrar interés en completar los distintos ítems del test.

#### 4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que reciben diálisis peritoneal.
- Edad: menores de 20 años.
- Pacientes con deterioro neurológico.
- No mostrar una actitud de colaboración.

#### 4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se explicó el procedimiento para el llenado de dichas encuestas, se utilizó las técnicas de entrevista, se orientó acerca de algunas palabras no conocidas por algunos de los pacientes, a continuación se realizó la evaluación psicológica, luego se hizo la sumatoria del puntaje correspondiente a cada encuesta y finalmente se clasificó las encuestas de los pacientes de acuerdo al puntaje establecido para cada episodio depresivo detectado.

El instrumento utilizado para el Screening de depresión es la **escala de Zung**, compuesto por 20 ítems, validada para la detección de los episodios depresivos

## CAPITULO V

### 5.1. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

- Se usó tablas con valores absolutos y relativos.
- Chi cuadrado para contraste de variables asociadas a grados de depresión con valor P significativo  $<0.05$ .
- Programas: Excel para la tabulación, SPSS-15 para las pruebas estadísticas y epi- info para base de datos.

### 5.2. TRABAJO DE CAMPO

Se procedió en una primera instancia a solicitar el permiso al Director del Hospital de EsSALUD de Tacna “Daniel Alcides Carrión” para la entrada a la unidad de hemodiálisis de dicho hospital para realizar las encuestas en dichos pacientes.

Para lograr los objetivos descritos se procedió a la aplicación de la encuestas a los pacientes que reciben hemodiálisis.

## 5.2. RESULTADOS

### GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.

**TABLA N°01: EDAD DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

| Edad                | Sexo      |        |          |        | Total |        |
|---------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                     | Masculino |        | Femenino |        |       |        |
|                     | N         | %      | n        | %      | n     | %      |
| <b>20 a 29 años</b> | 4         | 11,8%  | 2        | 6,7%   | 6     | 9,2%   |
| <b>30 a 39 años</b> | 1         | 2,9%   | 3        | 10,0%  | 4     | 6,3%   |
| <b>40 a 49 años</b> | 5         | 14,7%  | 7        | 23,3%  | 12    | 18,8%  |
| <b>50 a 59 años</b> | 9         | 26,5%  | 8        | 26,7%  | 17    | 26,6%  |
| <b>60 a mas</b>     | 15        | 44,1%  | 10       | 33,3%  | 25    | 39,1%  |
| <b>Total</b>        | 34        | 100,0% | 30       | 100,0% | 64    | 100,0% |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°01, los pacientes que reciben hemodiálisis, según intervalos de edad en relación al sexo, la muestra se encuentra distribuida: 20 a 29 años; 6 (9,2%), los pacientes de sexo masculino son 4 (11,8%) y los de sexo femenino 2 (6,7%). Pacientes de 30 a 39 años; 4 (6,3%), los pacientes de sexo masculino son 1 (2,9) y los de sexo femenino 3 (10,0%). Pacientes de 40 a 49 años; 12 (18,8%), pacientes de sexo masculino 5 (14,7%) y los de sexo femenino 7 (23,3%). Pacientes de 50 a 59 años; 17 (26,6%), pacientes de sexo masculino son 9 (26,5%) y los de sexo femenino 8 (26,7%) finalmente los pacientes mayores de 60 años; 25 (39,1%), pacientes de sexo masculino son 15 (44,1%) y los de sexo femenino 10 (33,3%).

Por lo tanto, el mayor porcentaje de los pacientes que reciben hemodiálisis son mayores de 60 años y son de sexo masculino.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°02: PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN A: OCUPACIÓN, GRADO DE  
INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y RELIGIÓN.**

| variables                   |                    | N  | %      |
|-----------------------------|--------------------|----|--------|
| <b>Ocupación</b>            | <b>Ocupado</b>     | 19 | 29,7%  |
|                             | <b>Desocupado</b>  | 45 | 70,3%  |
|                             | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |
| <b>Grado de Instrucción</b> | <b>Analfabeto</b>  | 6  | 9,4%   |
|                             | <b>Primaria</b>    | 18 | 28,1%  |
|                             | <b>Secundaria</b>  | 25 | 39,1%  |
|                             | <b>Superior</b>    | 15 | 23,4%  |
|                             | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |
| <b>Estado Civil</b>         | <b>Soltero</b>     | 8  | 12,5%  |
|                             | <b>Casado</b>      | 31 | 48,4%  |
|                             | <b>Unión libre</b> | 10 | 15,6%  |
|                             | <b>Viudo</b>       | 9  | 14,1%  |
|                             | <b>Divorciado</b>  | 6  | 9,4%   |
|                             | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |
| <b>Religión</b>             | <b>Católico</b>    | 48 | 75,0%  |
|                             | <b>Otras</b>       | 15 | 23,4%  |
|                             | <b>Ateo</b>        | 1  | 1,6%   |
|                             | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |

Fuente: anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°02, la ocupación de los pacientes que reciben hemodiálisis, se encuentra distribuida: ocupado son 19 (29,7%) y los desocupados 45 (70,3%). El grado de instrucción: analfabeto son 6 (9,4%), primaria 18 (28,1%), secundaria 25 (39,1%) y superior 15 (23,4%). El estado civil: soltero son 8 (12,5%), casados 31 (48,4%), unión libre 10 (15,6%), viudo 9 (14,1%) y divorciado 6 (9,4%). La religión: católicos son 48 (75%), otras 15 (23,4%) y ateo 1 (1,6%).

Por lo tanto, del total de pacientes que reciben hemodiálisis la mayoría están desocupados, cerca de la mitad tienen estudios secundarios, la mayoría son casados y un gran número del total de los pacientes son católicos.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°03: PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN AL APOYO FAMILIAR, DEPENDENCIA  
ECONÓMICA Y NÚMERO DE HIJOS.**

|                              |                       |    |        |
|------------------------------|-----------------------|----|--------|
| <b>¿Su familia lo apoya?</b> | <b>Nada</b>           | 10 | 15,6%  |
|                              | <b>Un poco</b>        | 27 | 42,2%  |
|                              | <b>Mucho</b>          | 27 | 42,2%  |
|                              | <b>Total</b>          | 64 | 100,0% |
| <b>Dependencia económica</b> | <b>Dependiente</b>    | 34 | 53,1%  |
|                              | <b>Independiente</b>  | 30 | 46,9%  |
|                              | <b>Total</b>          | 64 | 100,0% |
| <b>Número de hijos</b>       | <b>Ninguno</b>        | 7  | 10,9%  |
|                              | <b>1 a 2 hijos</b>    | 17 | 26,6%  |
|                              | <b>3 a 5 hijos</b>    | 31 | 48,4%  |
|                              | <b>Mas de 5 hijos</b> | 9  | 14,1%  |

Fuente: anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°03: El apoyo familiar de los pacientes que reciben hemodiálisis se encuentra distribuida: los pacientes que no tienen apoyo familiar son 10 (15,6%), los pacientes que cuentan con poco apoyo familiar son 27 (42,2%) y los que reciben mucho apoyo familiar son 27 (42,2%). La dependencia económica: son dependientes 34 (53,1%) e independientes 30 (46,9%). El número de hijos: no tienen hijos 7 (10,9%), tienen de 1 a 2 hijos 17 (26,6%), tienen de 3 a 5 hijos 31 (48,4%) y los pacientes que tienen mas de 5 hijos son 9 (14,1%).

Por lo tanto, cerca de la mitad de los pacientes que reciben hemodiálisis cuentan con mucho apoyo familiar, la mayoría de los pacientes tienen de 3 a 5 hijos y poco mas de la mitad son dependientes

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°04: PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN AL TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y  
NÚMERO DE SESIONES.**

|                                     |                    | N  | %      |
|-------------------------------------|--------------------|----|--------|
| <b>Tiempo hemodiálisis</b>          | <b>en</b>          |    |        |
|                                     | <b>&lt;5años</b>   | 40 | 62,5%  |
|                                     | <b>5-10</b>        | 16 | 25,0%  |
|                                     | <b>11-15</b>       | 6  | 9,4%   |
|                                     | <b>&gt;16 años</b> | 2  | 3,1%   |
|                                     | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |
| <b>Sesiones hemodiálisis/semana</b> | <b>de</b>          |    |        |
|                                     | <b>1 vez</b>       | 1  | 1,6%   |
|                                     | <b>2 veces</b>     | 8  | 12,5%  |
|                                     | <b>tres veces</b>  | 53 | 82,8%  |
|                                     | <b>4 veces</b>     | 2  | 3,1%   |
|                                     | <b>Total</b>       | 64 | 100,0% |

Fuente: anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna.

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°04, el intervalo del tiempo de inicio de hemodiálisis del total de pacientes se encuentra distribuida: los que reciben menos de 5 años 40 (62,5%), 5 a 10 años 16 (25%), 11 a 15 años son 6 (9,4%), y los pacientes que reciben la terapia mas de 16 años son 2 (3,1%). El número de sesiones por semana: los que reciben 1 vez por semana es 1 (1,6%), 2 veces por semana 8 (12,5%), 3 veces por semana 53 (82,8%) y finalmente los que reciben 4 veces por semana son 2 (3,1%).

Por lo tanto, más de la mitad de los pacientes están recibiendo la terapia en menos de 5 años y un gran porcentaje del total de pacientes reciben 3 sesiones por semana

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°05: PACIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE  
HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN A LA COMORBILIDAD.**

|                          |              | N  | %      |
|--------------------------|--------------|----|--------|
| <b>Diabetes Mellitus</b> | <b>No</b>    | 41 | 64,1%  |
|                          | <b>Sí</b>    | 23 | 35,9%  |
|                          | <b>Total</b> | 64 | 100,0% |
| <b>HTA</b>               | <b>No</b>    | 16 | 25,0%  |
|                          | <b>Sí</b>    | 48 | 75,0%  |
|                          | <b>Total</b> | 64 | 100,0% |
| <b>Obesidad</b>          | <b>No</b>    | 63 | 98,4%  |
|                          | <b>Sí</b>    | 1  | 1,6%   |
|                          | <b>Total</b> | 64 | 100,0% |
| <b>Glomerulonefritis</b> | <b>No</b>    | 64 | 100,0% |
|                          | <b>Sí</b>    | 0  | 0,0%   |
|                          | <b>Total</b> | 64 | 100,0% |
| <b>Otros</b>             | <b>Total</b> | 18 | 28,3%  |

Fuente: anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna.

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°05, en la muestra de estudio 23 (35,9%) del total de pacientes presentan Diabetes Mellitus, 48 (75%) tienen Hipertensión Arterial (HTA), 1 (1,6%) tiene Obesidad y finalmente ningún paciente tiene Glomerulonefritis.

Por lo tanto la mayoría de los pacientes tienen Diabetes Mellitus así como también Hipertensión Arterial (HTA).

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°06: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES QUE  
ASISTEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.**

| <b>Depresión (T. de Zung)</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| <b>Normal</b>                 | 5        | 7,8%     |
| <b>Leve</b>                   | 21       | 32,8%    |
| <b>Moderado</b>               | 20       | 31,3%    |
| <b>Severo</b>                 | 18       | 28,1%    |
| <b>Total</b>                  | 64       | 100,0%   |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°06, la prevalencia de depresión según la escala de Zung se observa que 5 (7,8%) del total de pacientes no tiene depresión, 21 (32,8%) presenta depresión leve, 20 (31,3%) tiene depresión moderada y finalmente 18 (28,1%) tiene depresión severa.

Por lo tanto la prevalencia de depresión en los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión es de 92,2%.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°07: GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN AL SEXO Y EDAD.**

| Variables |              | Depresión (T. de Zung) |       |      |       |          |       |        |       |       |        | P    |
|-----------|--------------|------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|------|
|           |              | Normal                 |       | Leve |       | Moderado |       | Severo |       | Total |        |      |
|           |              | n                      | %     | N    | %     | n        | %     | N      | %     | n     | %      |      |
| Sexo      | Masculino    | 5                      | 14,7% | 12   | 35,3% | 11       | 32,4% | 6      | 17,6% | 34    | 100,0% | 0,06 |
|           | Femenino     | 0                      | 0,0%  | 9    | 30,0% | 9        | 30,0% | 12     | 40,0% | 30    | 100,0% |      |
|           | Total        | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |      |
| Edad      | 20 a 29 años | 2                      | 33,3% | 1    | 16,7% | 2        | 33,3% | 1      | 16,7% | 6     | 100,0% | 0,48 |
|           | 30 a 39 años | 0                      | 0,0%  | 3    | 75,0% | 0        | 0,0%  | 1      | 25,0% | 4     | 100,0% |      |
|           | 40 a 49 años | 1                      | 8,3%  | 5    | 41,7% | 3        | 25,0% | 3      | 25,0% | 12    | 100,0% |      |
|           | 50 a 59 años | 1                      | 5,9%  | 4    | 23,5% | 6        | 35,3% | 6      | 35,3% | 17    | 100,0% |      |
|           | 60 a mas     | 1                      | 4,0%  | 8    | 32,0% | 9        | 36,0% | 7      | 28,0% | 25    | 100,0% |      |
|           | Total        | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |      |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

## INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°07, los grados de depresión según la escala de Zung en relación al sexo: los pacientes que no tienen depresión 5 (7,8%) se encuentra en el sexo masculino 5 (14,7%), sin encontrarse en la mujeres. La depresión leve 21 (32,8%) se encuentra en el sexo masculino 12 (35,3%) y en sexo femenino 9 (30,0%). La depresión moderada 20 (31,3%), se encuentra en el sexo masculino 11 (32,4%) y en el sexo femenino 9 (30%). La depresión severa 18 (28,1%) en el sexo masculino 6 (17,6%) y en el sexo femenino 12 (40%). Con un valor  $p$  significativo 0,06.

Los grados de depresión en relación a las edades: los pacientes que no tienen depresión se encuentra en el intervalo 20 a 29 años 2 (33,3%), sin encontrarse pacientes sin depresión en las edades de 30 a 39 años, en el intervalo de 40 a 49 años 1 (8,3%) no tiene depresión, de 50 a 59 años 1 (5,9%) y en los pacientes mayores de 60 años 1 (4%). La depresión leve: en el intervalo de 20 a 29 años 1 (16,7%), de 30 a 39 años 3 (75%), de 40 a 49 años 5 (41,7%), de 50 a 59 años 4 (23,5%) y mayores de 60 años 8 (32%). La depresión moderada: en el intervalo de 20 a 29 años 2 (33,3%), sin encontrarse en pacientes de 30 a 39 años, de 40 a 49 años 3 (25%), de 50 a 59 años 6 (35,3%) y mayores de 60 años 9 (36%). La depresión severa: en el intervalo de 20 a 29 años 1 (16,7%), de 30 a 39 años 1 (25%), de 40 a 49 años 3 (25%), de 50 a 59 años 6 (35,3%), y pacientes mayores de 60 años 7 (28%). Con un valor  $p$  no significativo de 0,48.

Por lo tanto, la depresión moderada a severa se ve más comprometida en las mujeres que en varones y las edades más comprometidas en la depresión es a partir de los 50 años sin significancia estadística.

**TABLA N°8: GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN,  
GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y RELIGIÓN.**

|                             |                    | Depresión (T. de Zung) |       |      |       |          |       |        |        |       |        | P     |
|-----------------------------|--------------------|------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|
|                             |                    | Normal                 |       | Leve |       | Moderado |       | Severo |        | Total |        |       |
|                             |                    | N                      | %     | n    | %     | N        | %     | N      | %      | n     | %      |       |
| <b>Ocupación</b>            | <b>Ocupado</b>     | 2                      | 10,5% | 8    | 42,1% | 4        | 21,1% | 5      | 26,3%  | 19    | 100,0% | 0,594 |
|                             | <b>Desocupado</b>  | 3                      | 6,7%  | 13   | 28,9% | 16       | 35,6% | 13     | 28,9%  | 45    | 100,0% |       |
|                             | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1%  | 64    | 100,0% |       |
| <b>Grado de Instrucción</b> | <b>Analfabeto</b>  | 0                      | 0,0%  | 1    | 16,7% | 2        | 33,3% | 3      | 50,0%  | 6     | 100,0% | 0,578 |
|                             | <b>Primaria</b>    | 1                      | 5,6%  | 7    | 38,9% | 3        | 16,7% | 7      | 38,9%  | 18    | 100,0% |       |
|                             | <b>Secundaria</b>  | 2                      | 8,0%  | 8    | 32,0% | 11       | 44,0% | 4      | 16,0%  | 25    | 100,0% |       |
|                             | <b>Superior</b>    | 2                      | 13,3% | 5    | 33,3% | 4        | 26,7% | 4      | 26,7%  | 15    | 100,0% |       |
|                             | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1%  | 64    | 100,0% |       |
| <b>Estado Civil</b>         | <b>Soltero</b>     | 1                      | 12,5% | 2    | 25,0% | 3        | 37,5% | 2      | 25,0%  | 8     | 100,0% | 0,813 |
|                             | <b>Casado</b>      | 2                      | 6,5%  | 8    | 25,8% | 11       | 35,5% | 10     | 32,3%  | 31    | 100,0% |       |
|                             | <b>Unión libre</b> | 1                      | 10,0% | 4    | 40,0% | 2        | 20,0% | 3      | 30,0%  | 10    | 100,0% |       |
|                             | <b>Viudo</b>       | 0                      | 0,0%  | 3    | 33,3% | 3        | 33,3% | 3      | 33,3%  | 9     | 100,0% |       |
|                             | <b>Divorciado</b>  | 1                      | 16,7% | 4    | 66,7% | 1        | 16,7% | 0      | 0,0%   | 6     | 100,0% |       |
|                             | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1%  | 64    | 100,0% |       |
| <b>Religión</b>             | <b>Católico</b>    | 2                      | 4,2%  | 13   | 27,1% | 20       | 41,7% | 13     | 27,1%  | 48    | 100,0% | 0,02  |
|                             | <b>Otras</b>       | 3                      | 20,0% | 8    | 53,3% | 0        | 0,0%  | 4      | 26,7%  | 15    | 100,0% |       |
|                             | <b>Ateo</b>        | 0                      | 0,0%  | 0    | 0,0%  | 0        | 0,0%  | 1      | 100,0% | 1     | 100,0% |       |
|                             | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1%  | 64    | 100,0% |       |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°8, el grado de depresión en relación a la ocupación: los pacientes sin depresión se encuentran ocupados realizando alguna actividad laboral 2 (10,5%), y los desocupados 3 (6,7%). Los pacientes con depresión leve: están ocupados 8 (42,1%) y los desocupados 13 (28,9%). Los pacientes con depresión moderada: están ocupados 4 (21,1%) y los desocupados 16 (35,6%). Los pacientes con depresión severa: los ocupados 5 (26,3%) y los desocupados 13 (28,9%). Con un valor *p* no significativo de 0,594.

El grado de depresión en relación al grado de instrucción, sin depresión: no hay analfabetismo, 1(5,6%) tiene estudios primarios, 2 (8%) tiene estudios secundarios y 2 (13,3%) tienen estudios superiores. Depresión leve: 1 (16,7%) presenta analfabetismo, 7 (38,9%) tienen estudios primarios, 8 (32%) tienen estudios secundarios y 5 (33,3%) tienen estudios superiores. Depresión moderada: 2 (33,3%) presenta analfabetismo, 3 (16,7%) tiene estudios primarios, 11 (44%) tienen estudios secundarios y 4 (26,7%) tienen estudios superiores. Depresión severa: 3 (50%) presenta analfabetismo, 7 (38,9%) tienen estudios primarios, 4 (16%) tienen estudios secundarios y 4 (26,7%) tienen estudios superiores. Con valor *p* no significativo de 0,578.

El grado de depresión en relación al estado civil, pacientes sin depresión: soltero 1 (12,5%), casados 2 (6,5%), unión libre 1 (10%), divorciado 1 (16,7%). depresión leve: soltero 2 (25%), casado 8 (25,8%), unión libre 4 (40%), viudo 3 (33,3%), divorciado 4 (66,7%). Depresión moderada: soltero 3 (37,5%), casado 11 (35,5%), unión libre 2 (20%), viudo 3 (33,3%), divorciado 1 (16,7%). Depresión severa: soltero 2 (25%), casado 10 (32,3%), unión libre 3 (30%), viudo 3 (33,3%). Con valor *p* no significativo de 0,813.

El grado de depresión en relación a la religión, pacientes sin depresión: 2 (4,2%) son católicos, 3 (20%) pertenecen a otras religiones. Depresión leve: 13 (27,1%) son católicos, 8 (53,3%) pertenecen a otras religiones. Todos los pacientes con depresión moderada son católicos 20 (41,7%). Depresión severa: 13 (27,1%) son católicos, 4 (26,7%) pertenecen a otras religiones. con valor  $p$  significativo de 0,02.

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes mayores de 60 años que tienen depresión no realizan actividad laboral (jubilada, incapacitada), la mayoría tienen estudios primarios y secundarios, una gran parte de los pacientes con depresión están casados y la mayoría son católicos.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°09: GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN AL APOYO  
FAMILIAR, DEPENDENCIA ECONÓMICA Y NÚMERO DE HIJOS.**

|                       |                | Depresión (T. de Zung) |       |      |       |          |       |        |       |       |        | P     |
|-----------------------|----------------|------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|
|                       |                | Normal                 |       | Leve |       | Moderado |       | Severo |       | Total |        |       |
|                       |                | n                      | %     | N    | %     | N        | %     | N      | %     | n     | %      |       |
| ¿Su familia lo apoya? | Nada           | 1                      | 10,0% | 3    | 30,0% | 4        | 40,0% | 2      | 20,0% | 10    | 100,0% | 0,854 |
|                       | Un poco        | 2                      | 7,4%  | 7    | 25,9% | 8        | 29,6% | 10     | 37,0% | 27    | 100,0% |       |
|                       | Mucho          | 2                      | 7,4%  | 11   | 40,7% | 8        | 29,6% | 6      | 22,2% | 27    | 100,0% |       |
|                       | Total          | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |       |
| Dependencia económica | Dependiente    | 3                      | 10,0% | 11   | 36,7% | 11       | 36,7% | 5      | 16,7% | 30    | 100,0% | 0,288 |
|                       | Independiente  | 2                      | 5,9%  | 10   | 29,4% | 9        | 26,5% | 13     | 38,2% | 34    | 100,0% |       |
|                       | Total          | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3% | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |       |
| Número de hijos       | Ninguno        | 1                      | 14,3% | 1    | 14,3% | 3        | 42,9% | 2      | 28,6% | 7     | 100,0% | 0,813 |
|                       | 1 a 2 hijos    | 2                      | 11,8% | 7    | 41,2% | 5        | 29,4% | 3      | 17,6% | 17    | 100,0% |       |
|                       | 3 a 5 hijos    | 1                      | 3,2%  | 11   | 35,5% | 10       | 32,3% | 9      | 29,0% | 31    | 100,0% |       |
|                       | mas de 5 hijos | 1                      | 11,1% | 4    | 44,4% | 2        | 22,2% | 2      | 22,2% | 9     | 100,0% |       |
|                       | Total          | 5                      | 7,8%  | 23   | 35,9% | 20       | 31,3% | 16     | 25%   | 64    | 100,0% |       |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°09, el grado de depresión en relación al apoyo familiar: los pacientes sin depresión que no cuentan con apoyo familiar 1 (10%), pacientes que cuentan con un poco apoyo familiar 2 (7,4%), los que cuentan con mucho apoyo familiar 2 (7,4%). Depresión leve: 3 (30%) no tienen apoyo, 7 (25,9%) un poco, 11 (40,7%). Depresión moderada: no tienen apoyo 4 (40%), un poco 8 (29,6%), mucho 8 (29,6%). Depresión severa: 2 (20%) no tienen apoyo familiar, 10 (37%) un poco y 6 (22,2%) refieren mucho apoyo familiar. Con valor  $p$  no significativo de 0,854.

El grado de depresión en relación a la dependencia económica: los pacientes que no tienen depresión son dependientes 3 (10%) e independientes 2 (5,9%) Depresión leve: 11 (36,7%) son dependientes y 10 (29,4%) son independientes. Depresión moderada: 11 (36,7%) son dependientes y 9 (26,5%) son independientes. Depresión severa: 5 (16,7%) son dependientes y 13 (38,2%) son independientes. Con valor  $p$  no significativo de 0,288.

El grado de depresión en relación al número de hijos: los pacientes que no tienen depresión 1 (14,3%) no tienen hijos, 2 (11,8%) tienen de 1 a 2 hijos, 1 (3,2%) tienen de 3 a 5 hijos, 1 (11,1%) tienen mas de 5 hijos. Depresión leve: 1 (14,3%) no tienen hijos, 7 (41,2%) tienen 1 a 2 hijos, 11(35,5%) tienen 3 a 5 hijos, 4 (44,4%) tienen mas de 5 hijos. Depresión moderada: 3 (42,9%) no tienen hijos, 5 (29,4%) tienen 1 a 2 hijos, 10 (32,3%) tienen 3 a 5 hijos y 2(22,2%) tienen más de 5 hijos. Depresión severa: 2 (28,6%) no tienen hijos, 3 (17,6%) tienen 1 a 2 hijos, 9 (29%) tienen 3 a 5 hijos y 2 (22,2%) tienen más de 5 hijos. Con valor  $p$  no significativo de 0,813.

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes que tienen depresión tienen apoyo de la familia, la gran parte de los pacientes no dependen económicamente de algún familiar, y la mayoría de los pacientes con depresión leve tienen entre 3 y 5 hijos.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°10: GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA  
COMORBILIDAD.**

|                          |              | Depresión (T. de Zung) |       |      |       |          |        |        |       |       |        | P     |
|--------------------------|--------------|------------------------|-------|------|-------|----------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|
|                          |              | Normal                 |       | Leve |       | Moderado |        | Severo |       | Total |        |       |
|                          |              | n                      | %     | n    | %     | n        | %      | n      | %     | n     | %      |       |
| <b>Diabetes Mellitus</b> | <b>No</b>    | 4                      | 9,8%  | 13   | 31,7% | 14       | 34,1%  | 10     | 24,4% | 41    | 100,0% | 0,69  |
|                          | <b>Sí</b>    | 1                      | 4,3%  | 6    | 26,1% | 8        | 34,8%  | 8      | 34,8% | 23    | 100,0% |       |
|                          | <b>Total</b> | 5                      | 7,8%  | 19   | 32,8% | 22       | 31,3%  | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |       |
| <b>HTA</b>               | <b>No</b>    | 3                      | 18,8% | 3    | 18,8% | 5        | 31,3%  | 5      | 31,3% | 16    | 100,0% | 0,201 |
|                          | <b>Sí</b>    | 2                      | 4,2%  | 18   | 37,5% | 15       | 31,3%  | 13     | 27,1% | 48    | 100,0% |       |
|                          | <b>Total</b> | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3%  | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |       |
| <b>Obesidad</b>          | <b>No</b>    | 5                      | 7,9%  | 21   | 33,3% | 19       | 30,2%  | 18     | 28,6% | 63    | 100,0% | 0,525 |
|                          | <b>Sí</b>    | 0                      | 0,0%  | 0    | 0,0%  | 1        | 100,0% | 0      | 0,0%  | 1     | 100,0% |       |
|                          | <b>Total</b> | 5                      | 7,8%  | 21   | 32,8% | 20       | 31,3%  | 18     | 28,1% | 64    | 100,0% |       |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°10, el grado de depresión en relación a las patologías agregadas: tienen diabetes: 6 (26,1%), 8 (34,8%), 8 (34,8%) para depresión leve, moderada y severa respectivamente. Con un valor *p* no significativo.

Los pacientes que tienen hipertensión arterial (HTA): 18 (37,5%), 15(31,3%), 13(27,1%) para los pacientes con depresión leve, moderada y severa respectivamente. Con valor *p* no significativo de 0,201.

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes con depresión tienen Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

**PREVALENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD DE TACNA.**

**TABLA N°11: GRADO DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN AL TIEMPO DE  
HEMODIÁLISIS Y NÚMERO DE SESIONES**

|  |                    | Depresión (T. de Zung) |       |      |       |          |       |        |        |       |        | P     |
|--|--------------------|------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|
|  |                    | Normal                 |       | Leve |       | Moderado |       | Severo |        | Total |        |       |
|  |                    | N                      | %     | n    | %     | n        | %     | n      | %      | N     | %      |       |
| <b>Tiempo en hemodiálisis</b>          | <b>&lt;5años</b>   | 4                      | 10,0% | 9    | 22,5% | 13       | 32,5% | 14     | 35,0%  | 40    | 100,0% | 0,9   |
|  | <b>5-10</b>        | 1                      | 6,3%  | 5    | 31,3% | 5        | 31,3% | 5      | 31,3%  | 16    | 100,0% |       |
|  | <b>11-15</b>       | 0                      | 0,0%  | 1    | 16,7% | 2        | 33,3% | 3      | 50,0%  | 6     | 100,0% |       |
|  | <b>&gt;16 años</b> | 0                      | 0,0%  | 1    | 50,0% | 0        | 0,0%  | 1      | 50,0%  | 2     | 100,0% |       |
|  | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 16   | 25%   | 20       | 31,3% | 23     | 35,9%  | 64    | 100,0% |       |
| <b>Sesiones de hemodiálisis/semana</b> | <b>1 vez</b>       | 0                      | 0,0%  | 0    | 0,0%  | 0        | 0,0%  | 1      | 100,0% | 1     | 100,0% | 0,061 |
|  | <b>2 veces</b>     | 3                      | 37,5% | 1    | 12,5% | 1        | 12,5% | 3      | 37,5%  | 8     | 100,0% |       |
|  | <b>3 veces</b>     | 2                      | 3,8%  | 14   | 26,4% | 18       | 34,0% | 19     | 35,8%  | 53    | 100,0% |       |
|  | <b>4 veces</b>     | 0                      | 0,0%  | 1    | 50,0% | 1        | 50,0% | 0      | 0,0%   | 2     | 100,0% |       |
|  | <b>Total</b>       | 5                      | 7,8%  | 16   | 25%   | 20       | 31,3% | 23     | 35,9%  | 64    | 100,0% |       |

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en abril 2010; en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de ESSALUD-Tacna

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°11, el grado de depresión en relación al tiempo de inicio de hemodiálisis, depresión leve: 14 (35%) han iniciado su terapia de hemodiálisis en menos de 5 años, 5 (31,3%) en un intervalo de 5 a 10 años, 1 (16,7%) en 11 a 15 años y solo 1 (50%) hace mas de 16 años. Depresión moderada: 13 (32,5%) han iniciado hace menos de 5 años, 5 (31,3%) en un intervalo de 5 a 10 años y 2 (33,3%) en el intervalo de 11 a 15 años. Depresión severa: 9 (22,5%) han iniciado hace menos de 5 años, 5 (31,3%) en un intervalo de 5 a 10 años, 3(50%) en el intervalo de 11 a 15 años y un solo paciente inicio hace mas de 16 años. Con un valor  $p$  no significativo de 0,9.

Los pacientes con depresión leve reciben 3 sesiones por semana 19 (35,8%), depresión moderada 18 (34%) y 3 sesiones por semana en los pacientes con de presión severa 14 (26,4%). Con valor  $p$  significativo de 0,061.

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes con depresión han iniciado su terapia hace menos de 5 años y reciben 3 veces por semana.

## DISCUSIÓN

En la presente tesis se ha investigado sobre prevalencia y grado de depresión en los pacientes de la unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

De acuerdo con los resultados encontrados se puede afirmar que existe una alta prevalencia de depresión en los pacientes que reciben hemodiálisis.

El 92,2% de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna. El 32,8% tienen depresión leve; el 31,3% tienen depresión moderada y el 28,1% tienen depresión severa. Según Amador y Pons <sup>(2)</sup> en su estudio realizado en Málaga con 108 pacientes encontró que el 54,29% de los pacientes tenían depresión en algún grado (34,29% leve, 14,29% moderada, 5,71% severa); para Atencio y Ríos <sup>(14)</sup> el 27,4% tienen depresión a su vez (20,7% depresión leve; 6,7% depresión moderada); para, Méndez y Rivera <sup>(15)</sup> el 11% tenían depresión leve, 17% depresión moderada y 72% depresión severa, datos similares encontró Esquivel y Prieto <sup>(16)</sup> en México encontrando depresión leve 18,2%; moderada 20%; y severa 14,5%.

En nuestro estudio la depresión leve es más frecuente; estadísticamente hay diferencia entre depresión leve y moderada de 1,5 y la diferencia entre la depresión moderada a grave es de 3,2. Al igual encontró Amador y Pons <sup>(2)</sup>, Atencio y Ríos <sup>(14)</sup> por lo contrario para Méndez y Rivera <sup>(15)</sup> es más frecuente la depresión severa; para Esquivel y Prieto <sup>(16)</sup> es más frecuente la depresión moderada. Según resultados mencionados se evidencia diferentes prevalencias de depresión, que podrían estar condicionados por factores en cada hospital, tal vez algunos pacientes estén recibiendo tratamiento psiquiátrico y tratamiento psicológico pero otros no.

La depresión es más frecuente en los pacientes mayores de 60 años con 36%; con valor  $p$  no significativo de 0,48; demostrando que la edad no está asociado a la depresión, aunque la población estudiada es pequeña. Según Diez Canseco Muñoz<sup>(17)</sup> la depresión es más frecuente en los pacientes mayores de 50 años con 32,58%; mientras que Atencio y Ríos<sup>(14)</sup> señala que la mayoría de los pacientes con depresión se presenta en las edades de 17 a 36 años con 48,96%, considerando que la población estudiada incluía solo pacientes entre las edades de 12 a 66 años y en nuestro estudio la población es a partir de los 20 años y la mayoría son adultos mayores consecuentemente no comparables.

El sexo femenino presenta porcentajes no muy altos para depresión 40%. muy cercano al sexo masculino 35,5%, teniendo en cuenta que los pacientes que tienen depresión leve es más frecuente en el sexo masculino y los que tienen depresión severa es más frecuente en el sexo femenino con valor  $p$  es de 0,06; por lo que podríamos decir que el sexo estaría asociado a la depresión, posiblemente a una muestra más numerosa la asociación estadística podría ser mas concluyente. En los trabajos descritos por Atencio y Ríos<sup>(14)</sup> se encontró que el 70,5% del sexo femenino tiene depresión; Diez Canseco Muñoz<sup>(17)</sup> trabajo realizado en Trujillo en el año 2004 con un total de 71 pacientes encontró 72,4% en el sexo femenino. En todos ellos la depresión fue más frecuente en mujeres.

El 35,6% son desocupados; con valor  $p$  no significativo. Según Diez Canseco Muñoz<sup>(17)</sup> el 45,1% se encuentran desocupados; para Atencio y Ríos<sup>(14)</sup>; el 53,2% están desempleados. Teniendo en cuenta que en nuestro estudio la mayoría de los pacientes con depresión son jubilados, algunos tienen descanso médico; pero para algunos pacientes les es difícil llevar una vida normal sintiéndose incapacitado por la

enfermedad para realizar un trabajo. Tal vez el no realizar alguna actividad laboral esté exacerbando dichos episodios depresivos.

El 44% tienen estudios secundarios; con valor  $p$  no significativo de 0,578 el cual no estaría asociado a la depresión; según Diez Canseco Muñoz <sup>(17)</sup>; el 37,8% tenían estudios secundarios; sin embargo Atencio y Ríos <sup>(14)</sup> encontró que el 47,6% solo estudiaron la primaria. Estos resultados al parecer dependen del tipo de hospital en que se realizaron dichos estudios, ya que Diez Canseco Muñoz lo realizó en un hospital de ESSALUD de Trujillo al igual que Méndez y Rivera lo realizó en un hospital del seguro social pero no utilizó la variable del grado de instrucción, sin embargo en el estudio realizado por Atencio y Ríos no se especifica el tipo de hospital.

El 41,7% de los pacientes con depresión son católicos, con valor  $p$  significativo de 0,02; por lo cual la religión estaría asociada estadísticamente a la depresión; similar encontró Ortega Madrigal y otros <sup>(18)</sup>; el 88% son católicos. Sin embargo no debemos olvidar que la mayoría de la población en general es católica, por lo tanto no podríamos afirmar que la religión católica esté asociada a la depresión.

El 35,5% de los pacientes son casados; con valor  $p$  no significativo de 0,813 el cual no está asociado a la depresión; según Atencio y Ríos <sup>(14)</sup> el 47% son casados; para Diez Canseco Muñoz <sup>(17)</sup> el 35% son casados.

El 35,5% tienen de 3 a 5 hijos; el 40,7% reciben mucho apoyo familiar y el 36,7% de los pacientes con depresión dependen económicamente; todos con valor  $p$  no significativo. Por lo tanto estas variables no estarían asociadas a la depresión.

En cuanto a la depresión en relación a los factores clínicos; el 35% de los que han iniciado la terapia hace menos de 5 años tienen depresión leve; con valor  $p$  no significativo de 0,9; muy similar encontró Méndez y Rivera <sup>(15)</sup> en su estudio realizado en México del 2007; en donde el 38,7% de los pacientes que han iniciado hemodiálisis tenían depresión, por lo contrario según Díez Canseco Muñoz <sup>(17)</sup> el 43,5% de los pacientes que han iniciado hace más de 10 años tenían depresión. Tal vez en los primeros años de terapia les es difícil aceptar que deben recibir hemodiálisis y cambiar su estilo de vida.

El 35,8% de los pacientes que reciben hemodiálisis tres veces por semana tienen depresión leve con valor  $p$  significativo de 0,06; por la población pequeña, se podría considerar que el tener que recibir esa cantidad de sesiones por semana está asociado a la depresión.

El 37,5% de los pacientes con depresión tienen Hipertensión Arterial y el 34,8% tienen Diabetes Mellitus con valores  $p$  no significativo; el cual no estaría asociado a la depresión; por el contrario, según Méndez y Rivera <sup>(15)</sup> encontró que la Nefropatía Diabética (54.2%) es más frecuente que la Nefropatía Hipertensiva (25.7%), Recordando que tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes Mellitus tratadas inadecuadamente conlleva a una Insuficiencia Renal.

## CONCLUSIONES

PRIMERA: La prevalencia de depresión de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna es el 92,2% de los cuales 32,8% tienen depresión leve; 31,3% tienen depresión moderada y el 28,1% tienen depresión severa.

SEGUNDA: La edad, sexo ocupación, estado civil, grado de instrucción, apoyo familiar, dependencia económica y número de hijos no estarían asociado a la depresión ya que los valores  $p$  son mayores de 0,05. Se obtuvo que la religión católica tiene significancia estadística con un valor  $p$  de 0,02 pero no consideramos que este relacionado a la depresión, porque la mayoría de la población en general son católicos.

TERCERA: La comorbilidad, número de sesiones, tiempo de terapia no estarían asociados a la depresión ya que los valores  $p$  son mayores de 0,05.

## RECOMENDACIONES

1. Siendo la prevalencia elevada, se recomienda que se identifique los episodios depresivos mediante la evaluación psiquiátrica a los pacientes que ingresan a la Unidad de Hemodiálisis, y así detectar síntomas depresivos, para brindarle el soporte psicológico que necesitan.
2. Se recomienda al Hospital Daniel Alcides Carrión proporcionar servicios psiquiátrico y psicológico capacitados para la atención psiquiátrica y psicológica y disminuir el efecto de la depresión sobre la vida de cada paciente.
3. Que se continúen en realizar trabajos de investigación considerándose el presente estudio como el inicio de la detección de episodios depresivos, para posteriormente hacer una comparación de la variación de la prevalencia en un tiempo determinado. También se recomienda la realización de estudios de investigación que comprenda otros factores que podrían estar interviniendo en la depresión como por ejemplo, si reciben o no tratamiento psiquiátrico y psicológico y un estudio sobre la calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas R, Kanso A, Sedor JR. (2008) “Chronic kidney disease and its complications”. <http://nefrologia-urologia.blogspot.com/2008/05/insuficiencia-renal-cronica-aspectos.html>.
2. Rosario Amador Coloma y otros (2009) “Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirla”.  
[http://www.revistaseden.org/files/2126\\_P%C3%A1ginas%20de%202009-11.pdf](http://www.revistaseden.org/files/2126_P%C3%A1ginas%20de%202009-11.pdf)
3. Jiménez Díaz, M<sup>a</sup> C et al. (1998) “Perfiles de personalidad en pacientes en hemodiálisis. (Jul-Agost): 53-57.
4. Kimmel PL, Levi NB. (2003) “Psicología y rehabilitación”. En: Daurgidas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálisis. 2a ed. Barcelona: Masson, pp. 431-437.
5. Cotrina, J. Y Cuba, C. (2003). “Grados de depresión del paciente hemodializado”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería Universidad nacional de Trujillo
6. Burton, P. (1997). “Comparación de la expectativa de vida en pacientes en tratamiento ambulatorio de diálisis peritoneal continua, hemodiálisis y trasplante renal”. Revista Lancet, vol. 1, pp. 115-119
7. Alfredo, R. (2006). Sociedad Peruana de nefrología. de:  
<http://www.spn.org.pe/modules/news/article.php?storyid=2>
8. Harrinson. T (2005). “Medicina Interna del Riñón” Interamericana Mc Graw Hill. España. Madrid. 16<sup>o</sup> Edicion. Vol. II. Pag. 1836.
9. A. Perales y otros. (2002) “Salud Mental en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Trujillo”.  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2003\\_n21/pdf/salud\\_mental.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/salud_mental.pdf)
10. Cabrejos, J. (1999). “La depresión en medicina y cirugía” Tesis para obtener el título de licenciado en medicina. Universidad de San Marcos. Lima.  
<http://www.org.depression.com>.

11. Jaime Aliaga Tovar.(2007)“Tests Psicométricos,Confiability y Validez”  
<http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf>
12. W. Zung. Evaluación de la depresión 1995. Pág. 7-11.
13. Farreras, P. & Rozman, C. (2005). “Medicina Interna”. Volumen I. 13º Edición. Edit. Harcourt Brace. España Madrid
14. Belkys J. y otros (2004). “Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis”. Venezuela-Diciembre.  
<http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol50n103/articulo5n103.pdf>
15. Méndez Durán Antonio y otros (2007). “Frecuencia de depresión en pacientes de hemodiálisis crónica del Hospital General Regional No. 25 del IMSS”. México-.  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=51629&id\\_seccion=106&id\\_ejemplar=5230&id\\_revista=18](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=51629&id_seccion=106&id_ejemplar=5230&id_revista=18)
16. Carlos Gerardo Esquivel Molina y otros (2009). “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en México”.  
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre2009/MI%206-6%20CALIDAD.pdf>
17. Diez Canseco, M. (1999). “Niveles de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal”. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Universidad Privada César Vallejo. Trujillo.  
<http://www.tesis/psicología/depresión.com>
18. Norma Susana Ortega Madrigal y otros. “Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis”. Artículo científico del Hospital General de Zona No. 1 Tepic, Nayarit. De México.  
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/182EFDCE-D3FC-479D-8D22-2FE4D0AF4F2F/0/bienestar20.pdf>

19. Cabaleiro, Ana Paula y otros. Tesis. Depresión y Subjetividad. Universidad de Mar de Plata. Facultad de Psicología 2000.pag.1-48.  
[www.herrerros.com.ar/melanco/tesis.htm](http://www.herrerros.com.ar/melanco/tesis.htm).
20. Díaz Álvarez, A. Exploraciones psicológicas. Psicodiagnóstico. Evaluación de la depresión.  
[www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion\\_sociedad/manual/a8n4.html](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a8n4.html).
21. Antonini, Celia. Respuestas a la Depresión. 2003.  
[www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion.php](http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion.php).
22. Diccionario Lexus de la Salud. Mosby/Doyma. Libros, S.A. Edición en Español, impreso en Colombia por printer Colombiana, S.A. 1996. Pág.45
23. Pintor L. Tornes, Navarro y Gastó C. “ La remisión parcial es un factor de riesgo para las recaídas temprana en la depresión mayor”.Vol.118. Octubre 2002. Pág. 1-8.
24. Pérez Anau, F.A. Biología de los Trastornos afectivos. Centre de Salut Mental Prat de Llobregat. Barcelona.Vol.56-Número 1288. Pág. 57. 2003.
25. Carlos J.G. Sisto (2004) “Clínica de depresión”  
<http://www.herrerros.com.ar/melanco/sisto.htm>
26. García López. “Depresión severa en niños y adolescentes”. Centro par servicios de salud mental. Estados Unidos. 1996. [www.informacionparapadres.org/depresion.htm](http://www.informacionparapadres.org/depresion.htm).
27. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades (CIE).10ª Edición. ESSALUD. Protocolo y Estándares. Lima S.A.2004. Pág. 1-19.
28. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades (CIE).10ª. Edición ESSALUD. Protocolo y estándares. Edigraf Lima. S.A. 1999. Pág. 52
29. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV). Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson S.A. 1994.
30. Orellana M, Munguía A. (2008) “insuficiencia renal y depresion”.  
<http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2008/pdf/Vol1-3-2008-5.pdf>
31. Ricardo Millán González. (2009) “Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis”

- [http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/0309artrev9\\_una\\_entidad\\_polimorfa\\_y\\_multifactorial.pdf](http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/0309artrev9_una_entidad_polimorfa_y_multifactorial.pdf)
32. L. Williams (2009) “ National Kidney Foundation”  
[http://www.kidney.org/ATOZ/pdf/hemodialysis\\_sp.pdf](http://www.kidney.org/ATOZ/pdf/hemodialysis_sp.pdf)
33. Verónica Carré Álvarez (2006) “Relación entre el nivel de inteligencia emocional y el nivel de depresión en los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de La Ciudad De Trujillo”.  
[ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicología/tesis\\_ps/.../T230.doc](http://ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicología/tesis_ps/.../T230.doc)
34. Conesa, X (2004). La Depresión. Barcelona – España. Extraído el 26 de junio del 2006 <http://www.mailxmail.com/curso/vida/depresion/capitulo2.htm>
35. Vásquez, J. (1999). Atención Primaria en Psiquiatría 3º Edición. Edit Grupo Aula Médica. España.
36. Delmez JA, Yan G, Bailey J, Beck GJ, Beddhu S, Cheung AK (2005), et al. “Cerebrovascular Disease in Maintenance Hemodialysis Patients:Results of the HEMO Study. Am J Kidney Dis”; 47(1):131-138.
37. Gálvez JF. (2009). “Cambios Hormonales en el Hospital General: Aproximación desde la Psiquiatría de Enlace a la Psiconeuroendocrinología Clínica. Avances en Psiquiatría Biológica”. Asociación de Psiquiatría Biológica.
38. Duch Campodarbe, R.F. y otros. (2004). “Psicometría de la Ansiedad, la Depresión y el Alcoholismo en la Atención Primaria”. Pág. 209, 211,219  
[www.semergen.es/pdf/numero3\\_99/209-221.pdf](http://www.semergen.es/pdf/numero3_99/209-221.pdf)

# **ANEXOS**

**ANEXO-1**  
**ENCUESTA**

**I.- COMPLETE LO SIGUIENTE:**

1. Sexo:  
Masculino ( )      femenino ( )
  
2. ¿Cuántos años tiene?
  
3. ¿Qué ocupación tiene  
Ocupado ( )    desocupado ( )
  
4. ¿Cuál es su grado de instrucción?  
Analfabeto(a) ( )    Primaria ( )    Secundaria ( )    Superior ( )
  
5. ¿Cuál es su estado civil?  
Soltero ( )    casado ( )    unión libre ( )    viudo ( )    divorciado ( )
  
6. ¿A qué religión pertenece?  
Católico ( )    otros ( )    ateo ( )
  
7. ¿su familia lo apoya?  
nada ( )    un poco ( )    mucho ( )
  
8. ¿De quién depende económicamente?  
Dependiente ( )    independiente ( )
  
9. ¿Cuál es el tiempo desde el inicio en que recibe hemodiálisis?  
<5años ( )    5-10( )    11-15( )    >16( )
  
10. ¿Qué comorbilidades (enfermedades) presenta?  
Diabetes Mellitus ( )    HTA ( )    obesidad ( )    Glomerulonefritis ( )  
otros ( )
  
11. ¿Cuántas sesiones de hemodiálisis por semana le realizan?  
1 ves ( )    2 veces ( )    3 veces ( )

## ANEXO-2

## CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LA ESCALA DE ZUNG

| SÍNTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS                                   | ÍTEMS DE LA EAMD                                  | Nº DEL ÍTEM |
|---|---|-------------|
| <b>I. AFECTIVOS PERSISTENTES</b>  |   |             |
| Deprimido, triste, melancólico  | me siento triste y decaído                        | (1)+        |
| Accesos de llanto   | tengo ganas de llorar y a veces lloro             | (3)+        |
| <b>II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS</b>                                    |   |             |
| Exageración de los síntomas en la mañana mejorando conforme pasa el día | por las mañanas me siento mejor                   | (2)-        |
| Sueño: despertar temprano   | me cuesta mucho dormir en la noche                | (4)+        |
| Apetito: disminución de la ingestión de los alimentos                   | como igual que antes                              | (5)-        |
| Pérdida de peso   | noto que estoy adelgazando                        | (7)+        |
| Sexuales: libido disminuido   | todavía me siento atraído por el sexo opuesto     | (6)-        |
| Gastrointestinales: constipación  | estoy estreñado                                   | (8)+        |
| Cardiovasculares: taquicardia   | el corazón me late mas rápido que antes           | (9)+        |
| Musculo esqueléticos: fatiga  | me canso por cualquier cosa                       | (10)+       |
| <b>III. EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS</b>                                   |   |             |
| Agitación psicomotor  | me siento intranquilo y no puedo estar quieto     | (13)+       |
| Retardo psicomotor  | hago las cosas con la misma facilidad que antes   | (12)-       |
| Confusión   | mi mente esta tan despejada como antes            | (11)-       |
| Sensación de vacío  | encuentro agradable vivir                         | (18)-       |
| Desesperanza  | tengo esperanzas y confié en el futuro            | (14)-       |
| Indecisión  | encuentro fácil tomar decisiones                  | (16)-       |
| Irritabilidad   | me siento mas irritable que antes                 | (15)+       |
| Disgustos   | me gustan las mismas cosas que solían agradarme   | (20)-       |
| Desvalorización personal  | siento que soy útil                               | (17)-       |
| Ideas suicidas  | creo que seria mejor para los demás si me muriera | (19)+       |

