

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA EN EL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL
III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO 2017”**

TESIS

PRESENTADA POR:

GENY APAZA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017”

TESIS PRESENTADA POR:
 GENY APAZA QUISPE



PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
 MEDICO CIRUJANO

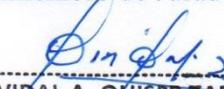
APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE: 

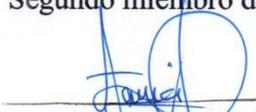
 DR. ALBERTO ASCENCIO CAYAN
 Médico Cirujano
 M.Sc. ALBERTO LORENZO ASCENCIO CAYAN
 Presidente de Jurado

PRIMER MIEMBRO: 

 CARLOS A. QUISPE CUENCA
 CMP 38187 RNE 22573 Y 025340
 PEDIATRA NEONATOLOGO
 MC. CARLOS ALBERTO QUISPE CUENCA
 Primer miembro de Jurado

SEGUNDO MIEMBRO: 

 DR. VIDAL A. QUISPE ZAPANA
 CIRUJANO GENERAL
 CIRUJANO DE TORAX Y C.V.
 Ms. VIDAL AVELINO QUISPE ZAPANA
 CMP. 17537 RNE. 8875/14417
 Segundo miembro de Jurado

DIRECTOR / ASESOR: 

 Dra. Tania R. Aguilar Portugal
 MEDICO CIRUJANO
 MC. TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL
 Director/Asesor de Tesis

ÁREA: Ciencias Clínicas
 TEMA: Depresión

FECHA DE SUSTENTACIÓN 29-DICIEMBRE-2017

DEDICATORIA

A Carlitos, estuviste en todo el camino,
con todas las piedras y tropiezos; con
mucho probabilidad nunca entenderás
estas cosas convirtiéndote así en la mayor
y mejor razón de mi vida.

A mis padres Pablo y Leonarda por su
incondicional apoyo, esfuerzo y
cariño permitiendo así la culminación
de esta etapa de mi vida.

A mis hermanos por Rosa, Patricia y
Mario por la confianza depositada en
mí.

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano por albergarme en su recinto y prodigarme la educación recibida.

A mis jurados: Dr. Vidal Quispe Zapana y al Dr. Carlos Alberto Quispe Cuenca, quienes cuentan con mi mayor aprecio y gratitud.

A mi director de tesis: Dr. Alberto Ascencio Cayán por su apoyo y amistad.

A mi asesor de tesis: Dra. Tania Roxana Aguilar Portugal por su aporte constante en la investigación, paciencia y dedicación.

Al director del EsSalud Puno por haberme permitido efectivizar el presente trabajo de investigación.

Al director del Sermedial S.A.C. Puno por haberme permitido ejecutar la presente investigación.

Al Dr. Vidmard Mengoa Herrera y las Licenciadas en Enfermería, por su apoyo y dirección durante la realización de la presente investigación.

A los pacientes del Centro de Hemodialisis Sermedial S.A.C. por su participación en forma desinteresada, constituyéndose así en el pilar de la investigación.

A los amigos que en este transcurso tuve la suerte y el gusto de conocer Enver y Julio.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN10

ABSTRACT.....11

I. INTRODUCCIÓN.....12

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 13

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 15

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 16

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 16

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 17

 OBJETIVO GENERAL..... 17

 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

II. REVISIÓN DE LITERATURA18

2.1. REFERENCIA TEÓRICA 18

 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO..... 18

 LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 22

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 24

 A NIVEL INTERNACIONAL..... 24

 A NIVEL NACIONAL..... 29

 A NIVEL LOCAL 31

III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO	32
3.2. TIPO DE ESTUDIO	33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	33
3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	33
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
3.5. TÉCNICA DE EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	34
ESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	35
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	37
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	38
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
4.1. RESULTADOS	42
4.2 DISCUSIÓN	51
V. CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES.....	57
VII. BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: CLASIFICACIÓN EN GRADOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, CATEGORÍAS DE LA FILTRACIÓN GLOMERULAR Y ALBUMINURIA.	Pag. N° 23
---	------------

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla N° 1: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIÁLISIS, DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017Pag. N° 42
- Tabla N° 2: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: NIVELES DE DEPRESIÓN, SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II EN PACIENTES CON ERC, EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017 Pag. N° 43
- Tabla N° 3: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017Pag. N° 44
- Tabla N° 4: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017 Pag. N° 45
- Tabla N° 5: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN LA EDAD EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017 Pag. N° 46
- Tabla N° 6: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017 Pag. N° 47
- Tabla N° 7: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017Pag. N° 48
- Tabla N° 8: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: SEGÚN OCUPACION EN PACIENTES CON ERC, TRATADOS EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017.Pag. N° 49
- Tabla N° 9: NIVEL DE DEPRESIÓN Y TIEMPO DE TRATAMIENTO, EN PACIENTES CON ERC CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO, JUNIO-AGOSTO DEL 2017Pag. N° 50

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

CV	Cardiovascular.
DIPAC	Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
ESSALUD	Seguro Social de Salud.
ERC	Enfermedad Renal Crónica.
ERT	Enfermedad Renal Terminal.
FGc	Filtración Glomerular calculada
FOSPOLI	Fondo de Salud de la Policía Nacional.
HD	Hemodiálisis.
IMC	Índice de Masa Corporal.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	La Organización Panamericana de la Salud.
PMP	Paciente por millón de Población.
SLANH	La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.
TDM	Trastorno Depresivo Mayor.
TRR	Terapia de Reemplazo Renal.
TSR	Terapia Sustitutiva Renal

RESUMEN

La Depresión es el trastorno psicopatológico más asociado a la Enfermedad Renal Crónica cuyo diagnóstico y tratamiento pasan desapercibidos en la práctica diaria, lo cual, a su vez, tiene un efecto negativo en el curso de la enfermedad; el presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar la depresión en pacientes con tratamiento en el Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno. La investigación es de tipo cuantitativo, diseño de carácter descriptivo-prospectivo, de corte transversal. Aplicación de técnica psicométrica para la recolección de datos con el Inventario de Depresión de Beck II. Los resultados obtenidos de una muestra de 47 pacientes fueron: Un 81% de los pacientes evidencia la presencia de depresión, sobresaliendo entre sus niveles la Depresión Moderada; 60% es de género masculino; 38% con un tiempo de tratamiento entre 1-5 años, 64% son casados; 51% se encuentran entre los 58-77 años; 53.2% con educación superior, 88% con algún tipo de actividad laboral; En el bivariado entre depresión y tiempo de tratamiento, existe una mayor relación entre los pacientes que presentan depresión moderada y reciben tratamiento entre los 6-10 años seguido de la relación existente entre depresión severa y tiempo de tratamiento entre 1-10 años lo cual se contrarresta con la baja relación de depresión leve en pacientes que superan los 15 años de tratamiento. Concluyendo: La prevalencia de depresión es alta en pacientes con ERC atendidos en el Centro de Hemodiálisis, con parámetros que superan las estimaciones a nivel internacional, además prevalece la Depresión Moderada y severa.

Palabras Clave: Depresión, Enfermedad Renal Crónica, Beck.

ABSTRACT

Depression is the psychopathological disorder most associated with chronic kidney disease whose diagnosis and treatment go unnoticed in daily practice, which in turn has a negative effect on the course of the disease; the present study was carried out with the objective of characterizing depression in patients with treatment in the Hemodialysis Center of Hospital III EsSalud Puno. The research is of a quantitative type, descriptive-prospective, cross-sectional design. Application of psychometric technique for data collection with the Depression Inventory of Beck II. The results obtained from a sample of 47 patients were: 81% of the patients demonstrated the presence of depression, with Moderate Depression standing out among its levels; 60% is male; 38% with a treatment time between 1-5 years, 64% are married; 51% are between 58-77 years old, 53.2% with higher education, 88% with some type of work activity; In the bivariate between depression and treatment time, there is a greater relationship between patients who have moderate depression and receive treatment between 6-10 years followed by the relationship between severe depression and treatment time between 1-10 years, which is it counteracts with the low relation of slight depression in patients that overcome the 15 years of treatment. Concluding: The prevalence of depression is high in patients with CKD treated in the Hemodialysis Center, with parameters that exceed the international estimates, in addition moderate and severe depression prevails.

Keywords: Depression, Chronic Kidney Disease, Beck.

I

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica y la Depresión son dos patologías que se caracterizan por la asociación de su comorbilidad y mortalidad, además de su tendencia diagnóstica ascendente en forma alarmante en la práctica médica.

Los trastornos depresivos son enfermedades mentales con alta prevalencia en la población general y en estudios de poblaciones específicas estos valores han sido mayores (1).

En el comunicado de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología se considera: A la ERC, como un trastorno incurable que afecta cerca del 10% de la población global, llamando a prevenir la ERC y a mejorar el acceso al tratamiento. Advierten, además, que si no se toman acciones para prevenirla y evitar que progrese a sus estados avanzados, más personas la padecerán y los países tendrán que lidiar con mayores costos sanitarios en el futuro (2).

La presente investigación pretende caracterizar la Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, tratados en el Centro de Hemodiálisis del hospital III EsSalud de Puno, para lo cual se utilizó una escala psicométrica: El test de Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), cabe resaltar que esta es un instrumento estandarizado para medir la severidad de la depresión.

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

Los objetivos específicos: El primero Identificar los niveles de depresión en pacientes con ERC en Hemodiálisis; el segundo es, identificar las características epidemiológicas de los pacientes tratados con Hemodiálisis y el tercero, relacionar los niveles de Depresión en los pacientes con diagnóstico de E.R.C con el tiempo de tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital III EsSalud Puno.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La OMS define: A la Depresión como un trastorno mental frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (3).

La evidencia indica que algunos de los resultados adversos en los pacientes con ERC pueden ser prevenidos o retrasados mediante un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (4).

Los problemas mentales, sociales y de conducta son componentes importantes de la salud mental por su alta prevalencia, su impacto en el funcionamiento laboral y social y su asociación con el bienestar y la calidad de vida (5).

Para cualquier persona, la enfermedad como su tratamiento son el punto de partida para generar stress, por lo que, la terapia de sustitución renal es una fuente adicional junto a factores de riesgos genéticos y ambientales que aceleran la emergencia de trastornos ansiosos-depresivos, lo cual a su vez conlleva el abandono de terapias sustitutivas o por iniciativa, la solicitud a suspender su tratamiento (6). Estos pacientes corren un gran riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, por lo cual necesitan pasar por procesos de adaptación social y psicológica (7).

En el Perú la ERC se constituye en un problema de salud pública por su tendencia en el incremento del número de pacientes, por su carga de enfermedad, tendencia ascendente, elevados costos del tratamiento que esta genera y su rol en el mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (8). Se estima que más del 50% de la población que potencialmente requiere algún tipo de TSR no la está recibiendo. Existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de éstos pacientes (9). En el Perú, se estima que representa el 6% de los gastos en salud en EsSalud y el 50% de los gastos en el SIS. Cifras similares a otros países emergentes (8).

Las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cerro de Pasco, Huancavelica, Puno y San Martín son las regiones donde existe serias carencias para la oferta de servicios de TRR (8).

Según los datos sobre mortalidad en la población general del Ministerio de Salud (MINSA) del 2013, el 3,5% de las muertes a nivel nacional fueron atribuidas a insuficiencia renal (IR), con tasas altas en el departamento de Puno (9,8%), muy por encima del promedio nacional. Así mismo, en el departamento, existen distritos en donde la IR puede estar registrada como causa de hasta el 28% de las muertes de la población, como en el caso del distrito de Moho, o 26,7% en el distrito de Huancané (comunicación personal con la Dirección de Salud de Puno) (10).

Por lo expuesto se puede mencionar que no existen estudios referenciales a nivel nacional, que precisen la frecuencia de pacientes con ERC que vienen siendo hemodializados en nuestro país, siendo, ya establecida esta patología como un problema de salud pública, por ende, tampoco se cuenta con datos a nivel regional o local que enmarquen los niveles de incidencia o prevalencia depresiva en estos pacientes, y además en general permitan caracterizar al poblador de altura con ERC.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de la Depresión en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento en el Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo de junio-agosto del 2017?

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H Existe una alta incidencia de depresión moderada en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis en el Hospital III EsSalud Puno.

H₀ No existe una alta incidencia de depresión moderada en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis en el Hospital III EsSalud Puno.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los efectos psicológicos que se genera en los pacientes con ERC, provoca un gran impacto, no solo en el paciente, en los familiares sino también en el personal de salud que lo acompañan en dicho procedimiento.

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

Se pretende que los resultados del estudio se constituyan en un importante aporte científico y social, conociendo así a partir de este punto: algunas características clínicas y epidemiológicas, tales como: Los picos de prevalencia, grados de depresión, asociación de esta morbilidad con factores sociodemográficos que predominan en nuestra localidad, que estén presentes en los pacientes con ERC que reciben tratamiento en el Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno.

La información obtenida puede ser utilizada para poder modificar o replantear políticas a nivel institucional, que permitan efectivizar el abordaje de dichos pacientes que

padece esta enfermedad, así como, prevenir posibles irregularidades en la secuencia del tratamiento.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características de la depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los niveles de depresión, en pacientes con ERC en Hemodiálisis

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes tratados con Hemodiálisis.
- Relacionar los niveles de Depresión en los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con el tiempo de tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital III EsSalud Puno.

II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. REFERENCIA TEÓRICA

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Son procesos patológicos que surgen de un mecanismo desencadenante innato que inicialmente es adaptativo, pero se ha alterado, y cuya función es regular el nivel de energía y actividad, se caracterizan por una alteración en la regulación del ánimo, comportamiento y afecto (11).

LA DEPRESIÓN

Se dice: Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas llevan a un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos (12).

DEFINICIÓN. - (Psicología), Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la

tristeza normal, o la del duelo, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, grave y persistente (12).

Por lo general, en Psiquiatría se utilizan 2 sistemas clasificatorios de la Depresión: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), perteneciente a la OMS, y la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, por el texto revisado de su cuarta edición (DSM-IV-RT) (13).

Según la CIE-10, se puede especificar si el episodio actual es leve, moderado o severo, en remisión parcial o total, con o sin síntomas psicóticos, y de acuerdo a la DSM IV, los cuadros depresivos se diagnostican como episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, o depresión en el trastorno bipolar y la ciclotimia (12).

A decir del autor D'Alessandro, el paciente con Trastorno Depresivo Mayor (uno de los más frecuentes) no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convertiría en trastorno bipolar, episodio depresivo, por lo menos debe tener dos semanas consecutivas de evolución y que se caracteriza por la presencia de al menos uno de dos síntomas principales:

- 1) Humor depresivo.
- 2) Disminución del interés, o placer en todas o casi todas las actividades.

Éstos se deben acompañar de al menos cuatro de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o inhibición psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de marcada desesperanza o de culpa inapropiada con la realidad, disminución en sus capacidades cognitivas (memoria, atención, o

concentración) y pensamientos recurrentes de muerte, acompañados de ideas suicidas o sin ellas. La duración mínima del episodio (14).

El trastorno depresivo persistente (trastorno distímico) consiste en un conjunto de síntomas depresivos constantes y crónicos (por al menos dos años), que por lo regular son menos intensos, menos numerosos (o con ambas características), que los observados en la depresión mayor, pero sus consecuencias funcionales pueden ser equivalentes o incluso más intensas (14).

IMPACTO EMOCIONAL DE LA HEMODIÁLISIS

La investigación de la depresión y otros trastornos mentales entre los pacientes con ERC es muy importante porque el subdiagnóstico es frecuente y puede perjudicar la adhesión de los pacientes al tratamiento. Se supone que los pacientes en diálisis tienen más problemas psicológicos que aquellos en tratamiento conservador (7).

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

Todo paciente dializado atraviesa por tres etapas psicológicas: Experimenta los síntomas, toma conciencia, reflexiona y analiza el proceso que le tocó vivir, sin embargo, otros pacientes van a tener una actitud pasiva y dependiente, sin proyectos propios y viven centrados en su enfermedad, se marginan socialmente, con altibajos emocionales, tensión familiar y manifestaciones psicopatológicas (15).

LA DEPRESIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

En el desarrollo y tratamiento de las enfermedades crónicas dentro de los trastornos mentales, la depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, esta prevalencia puede ser hasta dos o tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas.

Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas. Así, la evidencia muestra que las personas con depresión, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas que quienes no sufren problemas de salud mental (16).

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Está claramente establecida la prevalencia de la depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica asociada con morbilidad y mortalidad, sin embargo, en esta población resulta difícil evaluar la depresión, por lo que la mayoría, no tienen tratamiento. Actualmente se estima una prevalencia de 20 a 30% de depresión en estos pacientes.

El índice de prevalencia de depresión mayor es elevado en estos pacientes es de 53%, lo cual enfatiza la importancia de este trastorno en pacientes en hemodiálisis por su alto impacto en la mortalidad y en el índice de supervivencia, por lo que el diagnóstico temprano de la depresión es crucial (6).

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La definición actual de ERC es: Anomalías estructurales o funcionales del riñón, por más de 3 meses, con implicaciones para la salud, por una disminución progresiva (17).

El diagnóstico clínico se realiza a partir de uno de estos dos criterios, presentes por más de 3 meses:

1. Presencia de marcadores de daño renal, en cualquiera de los siguientes estudios:

- En estudios de laboratorio (orina o sangre).
- En estudios de imagen.
- En estudios histopatológicos.

2. Anomalías anatomopatológicas (Con o sin disminución del filtrado glomerular)

Filtrado glomerular $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$.

En la orina, los marcadores de daño renal más usados son la proteinuria, hematuria y la albuminuria (micro o macroalbuminuria). En la sangre, la creatinina por sí sola no mide la función renal (18).

ESTATIFICACIÓN DE LA ERC

La gravedad de la ERC se clasifica en cinco estadios en base a la reducción persistente de la Filtración Glomerular calculada (FGc), para lo cual, son necesarias dos evaluaciones de la FGc y el grado de albuminuria, que se calcula a partir de la concentración sérica de creatinina, junto con la edad, peso corporal, sexo y raza (19).

A mayor albuminuria, mayor riesgo de progresión de la ERC, complicaciones y mortalidad. Se recomienda cuantificar la albuminuria por el índice de albúmina/creatinina en orina (expresada en mg/g): si es menor de 30 mg/g, es normal; si está entre 30-300mg/g es microalbuminuria, y si es mayor de 300 mg/g es macroalbuminuria (20).

CLASIFICACIÓN DE LA ERC: SEGÚN LA FILTRACIÓN GLOMERULAR Y ALBUMINURIA		
Categorías de la Filtración Glomerular		
CATEGORÍA	FILTRACIÓN GLOMERULAR	DESCRIPCIÓN
G ₁	≥90	Normal o elevado
G ₂	60-89	Ligeramente disminuido
G _{3a}	45-59	Ligera o moderadamente disminuido
G _{3b}	30-44	Moderada o gravemente disminuido
G ₄	15-29	Gravemente disminuido
G ₅	<15	Falla renal
Categorías de Albuminuria		
CATEGORÍA	COCIENTE A/C	DESCRIPCIÓN
A ₁	<30	Normal o ligeramente elevado
A ₂	30-300	Moderadamente elevado
A ₃	>300	Muy elevado

Figura N° 1 Clasificación en grados de la Enfermedad Renal Crónica, categorías de la Filtración Glomerular y albuminuria.

Fuente: National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39(2 Suppl 1): S1- 266.

FACTORES PRONÓSTICOS DE PROGRESIÓN DE LA ERC

Se define como las variables determinantes del riesgo de complicaciones en la ERC, cuando el filtrado glomerular es menor de 60 mL/min/1,73 m², y como insuficiencia renal Crónica terminal (IRCT) cuando existe una disminución de la función renal con un filtrado glomerular menor de 15 mL/min/1,73 m², momento en que los pacientes, según su valoración clínica y complicaciones, requieren de diálisis o de trasplante renal. A diferencia de la lesión Renal aguda, que puede corregirse con la consiguiente mejoría de la función renal, el deterioro renal no se suele corregir en la ERC, por lo que persiste el deterioro de la función, con lo cual puede empeorar progresivamente aunque la enfermedad que la había desencadenado esté inactiva (15).

En este contexto, la hipertensión arterial (HTA) y la proteinuria destacan como los factores más potentes de progresión, siendo, a su vez, factores de riesgo modificables de ERC (21).

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL INTERNACIONAL

Sanavi S. y Afshar R. En la publicación de su artículo científico: “Depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis de mantenimiento convencional: efectos de la enfermedad sobre la adecuación de la diálisis”, Irán, 2012, se efectuó para valorar la frecuencia de depresión y los factores relacionados entre pacientes sometidos a HD.

Usaron cuestionarios de Beck. Resultados: La frecuencia de depresión entre la población estudiada fue del 70%, y el 26.7% de pacientes experimentaba depresión grave. Concluyeron: Respecto a la elevada prevalencia de depresión entre pacientes sometidos a HD, en esta población parece necesario un examen de cribado en busca de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes (22).

Julián J. et al. En su investigación el 2012, Con el objetivo de analizar la situación laboral de las personas con ERC en función del TSR: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal manual (DPCA), diálisis peritoneal automática (DPA) o trasplante (Tx), por medio de un análisis descriptivo en 8 hospitales españoles. Resultados: Sólo el 33,3% de los pacientes con ERC en edad laboral están trabajando. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de ocupados entre hombres (40,1%) y mujeres (22,9%), también diferencias en los pacientes en DPA (47,8%), y el menor, el de los pacientes en HD (21,7%). Conclusiones: La ERC y los TSR son un importante factor de incapacidad laboral. Los pacientes en activo optan mayoritariamente por un tratamiento de DPA; casi la mitad de los pacientes en DPA están trabajando, mientras que en HD apenas trabaja uno de cada cinco pacientes en edad laboral (23).

Liu X. et al. En su revisión “Prevalencia y factores relacionados con los síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis (HD) en el norte de China”. Estudio de diseño transversal, en 227 pacientes con ERC con tratamiento de Hemodiálisis (HD). En el Centro de Estudios Epidemiológicos entre el 2012-2013, se utilizó para medir los síntomas depresivos. La información sobre la calidad de vida (QOL), las actividades de la vida cotidiana (ADL), el estatus de apoyo social, el estilo de afrontamiento, la autoeficacia, la resiliencia del ego y las características demográficas se recolectaron en

una entrevista frontal. El análisis de regresión logística multivariante se utilizó para explorar factores relacionados a síntomas depresivos. Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con HD fue del 29.1%. Conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos es alta en pacientes con ERC en HD en el norte de China. Actividades de la vida diaria, apoyo familiar, "aceptación-renuncia", estilo de afrontamiento y resiliencia del ego se asociaron independientemente con síntomas depresivos (24).

Fan L. et al. En el estudio: “Depresión y mortalidad por todas las causas en pacientes en hemodiálisis”, el 2014, EE. UU. En 323 pacientes que recibieron HD, los síntomas depresivos se evaluaron usando la escala del Centro de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para evaluar la asociación entre depresión y mortalidad. RESULTADOS: La edad media fue de 62.9 ± 16.5 años, el 46% de sujetos eran mujeres y el 22% eran afroamericanos. La puntuación basal media CES-D fue 10.7 y 154 participantes murieron; al ajustar por edad, sexo, raza, la causa principal de la insuficiencia renal, la edad de diálisis y el acceso, la depresión inicial se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas. Al evaluar CES-D dependiente del tiempo, la depresión siguió asociada con un mayor riesgo de mortalidad en el modelo totalmente ajustado. CONCLUSIONES: Los mayores síntomas de depresión se asocian con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con Hemodiálisis. La relación se atenuó con el ajuste de las condiciones comórbidas, lo que sugiere una relación compleja entre las características clínicas y los síntomas de depresión (25).

Villagómez L. y cols. En su análisis: “Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México”, 2014, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión en estos pacientes. En un estudio

observacional, transversal. Resultados: La prevalencia global de depresión fue de 47,1% (106), de los cuales, 43 (19,1%) tenían depresión leve, 31 (13,8%) depresión moderada y 32 (14,2%) depresión severa. Concluyendo: La prevalencia global de depresión en la población estudiada fue alta. Debe utilizarse la detección de depresión de forma sistemática a todos los pacientes del programa de hemodiálisis, estandarizando un protocolo de atención en cada hospital para mejorar la calidad de la atención (26).

En la investigación de Gómez L. et al. "Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes de Hemodiálisis", análisis descriptivo, observacional y de corte transversal, en 56 pacientes con un mínimo de un mes en Hemodiálisis del Hospital Palamós, España el 2014. Los resultados revelaron que se analizaron 49 pacientes, siendo el 25% mujeres. La media de edad fue de 67,2 años, una vendimia de diálisis de 39,9 meses (SD: 43,8) y un IMC promedio de 26,9 (DE: 4,5). La sintomatología depresiva representada en el 42,9% (95% IC 33,7% -60,6%) y los síntomas de ansiedad en 32,7% (IC del 95% 21,2% -46,6%) según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Concluyendo: que hay una alta prevalencia de ansiedad y Depresión en pacientes con ERC en Hemodiálisis. Un bajo IMC se asocia con ansiedad y Depresión, mayor edad con depresión, y la ansiedad es más común en las mujeres (27).

Bezerra G, et al. En Brasil, realizaron un estudio transversal, 2015, cuyo objetivo de investigar la ocurrencia de síntomas depresivos entre individuos >18 años con ERC en tratamiento conservador y Hemodiálisis, aplicándose cuestionarios: sociodemográficos y el inventario de depresión de Beck (BID). Resultados: De 147 pacientes, con una edad media de 54 ± 16 años, siendo el 61% varones; respecto al tratamiento: el 65,3% estaba en Hemodiálisis y el 34,6% en tratamiento conservador. El diagnóstico previo de alteración mental en el 12,9% de los pacientes; 29 (19,7%) tuvieron seguimiento con

psicólogo o psiquiatra; 61 (41,4%) se interesaron en recibir tratamiento especializado. De acuerdo al BID, 47 (31,9%) pacientes presentaron síntomas depresivos, siendo 22 (14,9%) leves, 14 (9,5%) moderados y 7 (4,7%) síntomas severos. Entre los pacientes en Hemodiálisis, 30 (31,2%) tuvieron síntomas depresivos, mientras que entre los pacientes en tratamiento conservador la frecuencia de síntomas depresivos fue del 25,5%). Concluyendo que gran número de pacientes con ERC presentaban síntomas depresivos, en ambos tratamientos, concluyendo que no hay diferencias significativas entre estos 2 grupos (7).

Murillo E. y cols. En un estudio transversal el 2016, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de la depresión en pacientes con Enfermedad Renal terminal en Hemodiálisis de mantenimiento (MHD) y evaluar la relación con el tiempo transcurrido (<1 año o ≥ 1 año) desde el inicio del tratamiento. En un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social con 81 individuos de 30 - 69 años de edad. El inventario de Depresión de Beck (IDB) fue aplicado y se realizó un análisis estratificado. Resultados: la prevalencia general de depresión (≥ 16 puntos, BID) fue 42,0% y 35,6% y 50,0% en el grupo con <1 año $0 \geq 1$ año en tratamiento respectivamente). Teniendo como conclusiones en sus hallazgos que la prevalencia de depresión es alta entre pacientes adultos en HDM y pareciendo ser independiente del tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia (28).

Perales CM., Duschek, S. y Reyes GA., en España, el objeto de su estudio del 2016, fue comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos autoinformados y el estado de ánimo (depresión y ansiedad) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con ERC. El método usado fue por análisis de regresión múltiple en 52 pacientes sometidos a Hemodiálisis. Las medidas incluyeron a) la encuesta de salud SF-

36, b) la escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R) y c) la escala de ansiedad y depresión en el Hospital (HADS). Entre sus conclusiones, se tiene que los resultados indican que el estado de ánimo es un predictor superior de los componentes físicos y mentales de la CVRS en pacientes en comparación con el número y la gravedad de los síntomas físicos. Subrayando la importancia de evaluar los estados emocionales negativos en pacientes renales como base para su intervención, lo que puede facilitar la reducción del impacto de la ERC en la CVRS (29).

Gonçalves F. y de Lima M. el 2016, en su investigación:” Síndrome depresivo: Un estudio con pacientes y sus familiares en el contexto de la Enfermedad Renal Crónica”, Este estudio tuvo como objetivo medir los síntomas depresivos en pacientes renales crónicos y sus familiares y relacionarlos con las variables sociodemográficas. El estudio incluyó a 50 pacientes y 50 miembros de la familia, que respondieron a un cuestionario sociodemográfico y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se encontró una tasa del 20% de la depresión en pacientes, la tasa más alta entre los pacientes individuales (50%). En los miembros de la familia, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 46%, con una correlación positiva entre el tiempo de atención y depresión. La incidencia de la depresión que se encontró entre los familiares de los pacientes levanta la necesidad de atención psicosocial a este grupo, que a veces es tratado como subprioridad y no siempre son asistidos por las políticas de salud pública (30).

A NIVEL NACIONAL

Montoya J. y cols; en una muestra de 175 pacientes del EsSalud-Lambayeque, 2012-

2013, el propósito de la investigación en el estudio descriptivo transversal, fue calcular la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad Renal crónica terminal (ERCT) en Hemodiálisis. Obteniendo una proporción esperada para ansiedad de 52.3%. Por medio de la ficha de recolección de datos, la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. Resultados: Se encontró una frecuencia de depresión de 62,3% (109/175); siendo leve en un 83,5% (91/109), moderada en 14,7% (16/109) y severa en 1,8% (2/109). La ansiedad estuvo presente en el 69,7% (122/175), siendo leve en 40,2% (49/122), moderada en 26,2% (32/122) y severa en 33,6% (41/122) (31).

Concha A., En la investigación que realizo con el objetivo: Determinar el nivel depresión y apoyo social en 100 pacientes con ERC estadio V en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2014. Métodos: Estudio observacional y transversal, se usó la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala de Percepción de Apoyo social de Zimet. Encontrando que la mayoría de los pacientes con ERC estadio V en Hemodiálisis presentaron un grado severo de depresión según la escala del CES-D). Además, los pacientes en su mayoría percibían un bajo apoyo social de parte de su familia y entorno social (32).

Cordaño J. En el trabajo: “Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de un Centro de Diálisis de Lima, 2015”; tesis de diseño experimental de tipo descriptivo que contaba con una muestra de 86 pacientes. El instrumento de evaluación fue el inventario de Depresión de Beck (IDB – II). Concluyó: El nivel de depresión más significativo es el nivel moderado, lo que indicaría la comorbilidad existente entre una enfermedad terminal con el estado emocional del paciente (33).

Angulo, J. en su tesis, tuvo por objetivo determinar los niveles de depresión en 50

pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en tratamiento de Hemodiálisis en Iquitos, el 2016, mediante el Test de Zung. En un estudio de tipo descriptivo transversal, determinando que los niveles de depresión en los pacientes con diagnóstico de IRC se caracterizan por la existencia de un mayor porcentaje del nivel moderado (44%) y severo (44%), y en menor porcentaje el nivel grado máximo (8%) y normal (4%) (34).

A NIVEL LOCAL

Previamente se debe aclarar que se consideró este estudio, por ser el único reportado, con una vinculación lejana al mismo grupo muestral. Cahuana R. En su tesis: “Calidad de vida de personas con hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas en el hospital III EsSalud –Puno, 2015”, mediante el método no experimental, correlacional y diseño transversal en su estudio, uso el cuestionario KDQOL-36. Resultados: El 45.8% de pacientes se encuentran entre los 40-59 años, 61.4% de sexo masculino, 48.2% con educación superior, 55.4% con trabajo activo y 80.7% casados/convivientes además el 57.8% tuvo como origen la nefropatía hipertensiva y 72.3% tuvo como morbilidad la hipertensión arterial. Al hacer una correlación entre las variables descubrió que 32.5% pacientes mayores de 60 años tenían mala calidad de vida. Concluyendo: La calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis tiene relación significativa con la edad, grado de instrucción ocupación estado civil, causas de IRC y comorbilidad (35).

III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

El Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno, hace efectivo el tratamiento de los pacientes asegurados que acuden al local de la clínica Sermedial, dicha institución tiene convenio interinstitucional con el Centro de Hemodiálisis, la misma que otorga servicios privados de terapia de Hemodiálisis a pacientes particulares o asegurados con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

La clínica Sermedial, se ubica en el departamento de Puno, provincia de Puno, distrito de Puno, se encuentra al sur de la ciudad, a una altitud de 3810 msnm en la Urb. Aprovisa manzana 1B Lote 5; local que atiende en tres turnos por día, cuenta con personal rotativo por turno, además cuenta con un equipo multidisciplinario: Médicos nefrólogos, departamento de Psicología, enfermeras especialistas en Nefrología y diálisis, personal técnico de Enfermería, etc.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Para alcanzar los objetivos de la investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo-prospectivo de corte transversal en el tiempo, buscando determinar la prevalencia y características de la depresión.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por 51 pacientes diagnosticados con enfermedad Renal Crónica que se encuentran en tratamiento en el Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno.

MUESTRA

El tamaño muestral reajustado es el mismo que la población siendo considerados los criterios de inclusión y exclusión haciendo un total de 47 pacientes que pertenecen al Centro de Hemodiálisis del Hospital III EsSalud Puno.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis.
- Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que registraron más de un mes en

tratamiento con Hemodiálisis.

- Pacientes que se encontraron lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona durante la entrevista y que hayan firmado el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no desearon participar del estudio.
- Pacientes en los cuales se encontraba afectado su capacidad cognitiva, aquellos días en que fue aplicado el instrumento para la realización del estudio.
- Pacientes con discapacidad auditiva.
- Pacientes con Enfermedad renal Crónica en tratamiento con diálisis peritoneal.
- Pacientes con otras patologías psicológicas.
- Pacientes que pertenecen al FOSPOLI (Fondo de Salud de la Policía Nacional).
- Menores de 18 años de edad.

3.5. TÉCNICA DE EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Para realizar la recolección de datos se solicitó permiso para el acceso a las instalaciones de la institución, mediante documentos dirigidos: A la Dirección del hospital EsSalud III Puno y al Director del Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C.

2. Revisión de fichas clínicas de los pacientes.
3. Previo a la aplicación del instrumento de evaluación, se requirió de los pacientes, el consentimiento informado, como también se aprovechó las circunstancias, para dar una explicación breve del propósito del mismo.
4. La técnica utilizada fue psicométrica, mediante la aplicación de una entrevista estructurada creada por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, cuyo contenido se detalla en el anexo A.

La información se obtuvo a través de la adecuación de un cuestionario simple dispuesto de la siguiente manera:

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

ESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ITEM I

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

ITEM II

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

Es una escala psicométrica, breve, es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, se elaboró con la finalidad de determinar la existencia y severidad de

síntomas depresivos, adicionalmente es fuente complementaria de datos que ayude a realizar un diagnóstico de trastorno depresivo, puede ser aplicada a partir de los 13 años.

En el presente estudio se utilizó la versión española traducida y adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Es un instrumento útil en la evaluación de las dimensiones generales de la Depresión. Los ítems del BDI-II, cubren: Todos los criterios sintomáticos para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido (36).

Para la investigación, se consideró esta prueba, porque los datos obtenidos de la comparación entre varias pruebas, como :El Inventario de Beck, la escala de Hamilton para depresión, el cuestionario de las nueve preguntas y la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión; en una recopilación de estudios, sugieren un mayor resultado mediante la prueba de Beck, por lo que se ha convertido en la herramienta de elección para el diagnóstico de depresión en pacientes con Enfermedad Renal Terminal (6).

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

- El test presenta en cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos también en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito), el cual fue administrado por el investigador con la lectura individualizada a cada paciente, consignando la respuesta dada, con el consentimiento de éste.

- En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera el

formato de los ítems tipo Likert, es decir, la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

- Se puede obtener una puntuación total en el BDI-II que varía de 0 a 63.

Los parámetros referenciales para la escala depresiva son:

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

La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable. Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves (37).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento utilizado es producto recabado de la adaptación española del Inventario

de Depresión de Beck (BDI-II), que está basado en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio (38).

Las ventajas de este inventario bien investigado son su alta consistencia interna, capacidad para discriminar entre sujetos deprimidos y no deprimidos, y contenido mejorado y validez estructural. En consecuencia, los investigadores pueden beneficiarse de esta herramienta simple, breve, confiable y validada para diseñar investigaciones en una variedad de entornos (39).

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

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

Se realizó el análisis Univariado para determinar la frecuencia de depresión, niveles de depresión; características epidemiológicas, expresados mediante una distribución de frecuencias y porcentajes (%); y el Bivariado de depresión versus tiempo de tratamiento.

Se representó los datos mediante Tablas, además de determinarse las frecuencias, medidas de tendencia central y estimación de proporciones.

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



DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables Independientes	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo que ha vivido la persona, expresado en años, al momento del estudio.	18-37 años 38-57 años 58-77 años 78-97 años
Sexo	Peculiaridad de un individuo que lo distingue en hombre o mujer.	. Masculino Femenino
Estado Civil	Situación civil en relación a la existencia de una pareja en el momento del estudio.	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo
Nivel de Instrucción	Grado alcanzado dentro del sistema formal de educación.	Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta

<p>Tiempo de Tratamiento</p>	<p>A partir del diagnóstico de ERC hasta la actualidad.</p>	<p>< 1 año 1-5 años 6-10 años. 11-15 años. >15 años.</p>
<p>Ocupación</p>	<p>Situación contractual en que la persona realiza actividades con recompensa monetaria.</p>	<p>Ama de casa Estudiante Empleado Público Independiente Dependiente</p>
<p>Nivel De Depresión</p>	<p>Nivel de Depresión que presenta el paciente en el momento de la evaluación.</p>	<p>Límites normales: 0-13 pts Depresión Leve: 14-19 pts Depresión moderada: 20-28 pts Depresión Severa: 29- 63 pts</p>

IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1: Frecuencia de depresión en pacientes con ERC, tratados en el Centro de hemodiálisis, del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

Frecuencia de depresión	N°	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Normal	9	19.15%	19.15%
Depresión	38	80.85%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio

Elaboración: La investigadora

La **Tabla N° 1**, muestra un 80.85 % de frecuencia de depresión, es decir, 38 pacientes con diagnóstico de depresión y un 19.15% con características de normalidad representados por 9 pacientes de un total de 47 pacientes.

TABLA N° 2: Características clínicas: niveles de depresión, según el inventario de depresión de beck II en pacientes con ERC, en el centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

NIVEL DE DEPRESIÓN	N°	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Normal	9	19.15%	19.15%
Leve	9	19.15%	38.30%
Moderado	19	40.43%	78.72%
Severo	10	21.28%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio
Elaboración: La investigadora

En la Tabla N° 2, La presente, permite observar un 40.43%, con nivel de depresión moderado; seguido de un 19.15% con nivel de depresión leve y con características de normalidad un 19.15%, Haciendo un total de 100%.

TABLA N° 3: Características epidemiológicas: según sexo en pacientes con ERC, tratados en el Centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

SEXO	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE
		(%)	ACUMULADO (%)
Masculino	28	59.57%	59.57%
Femenino	19	40.43%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio
Elaboración: La investigadora

La Tabla N° 3, admite un 60% de sexo masculino, dicho de otra manera, 28 pacientes de este género, por ende, el porcentaje de pacientes de sexo femenino llega al 40% reflejado por 19 pacientes del total, que hacen un global del 100%, además se establece una relación varón/mujer de 3:2.

TABLA N° 4: Características epidemiológicas: según estado civil en pacientes con ERC, tratados en el Centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

ESTADO CIVIL	N°	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO (%)
SOLTERO	6	12.77%	12.77%
CASADO	30	63.83%	76.60%
CONVIVIENTE	6	12.77%	89.36%
SEPARADO	4	8.51%	97.87%
VIUDO	1	2.13%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio

Elaboración: La investigadora

En la Tabla N° 4, permite observar el estado civil de casado, representando el 63.83% del total de pacientes en estudio, también vemos que en menor porcentaje a pacientes viudos llegando al 2% del global de pacientes en estudio, con 30 y 1 pacientes respectivamente.

TABLA N° 5: Características epidemiológicas: según la edad en pacientes con ERC, tratados en el Centro de hemodialisis del hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

Edad	N°	Porcentaje (%)	Porcentaje
			Acumulado (%)
18-37 años	5	10.64%	10.64%
38-57 años	18	38.30%	48.94%
58-77 años	20	42.55%	91.49%
78-97 años	4	8.51%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio
Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra al 51.06 % de pacientes que tienen una edad comprendida entre los 58-77 años; seguido del 38.30%, grupo comprendido entre los 38-57 años, también vemos que en menor porcentaje los pacientes son del grupo comprendido entre los 78-97 años haciendo un 8.51%, de un total de 47 pacientes en estudio.

TABLA N° 6: Características epidemiológicas: según grado de instrucción en pacientes con ERC, tratados en el centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

EDUCACIÓN	N°	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO (%)
Primaria Incompleta	5	10.64%	10.64%
Primaria Completa	3	6.38%	17.02%
Secundaria incompleta	6	12.77%	29.79%
Secundaria Completa	8	17.02%	46.81%
Superior	25	53.19%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio

Elaboración: La investigadora

La **Tabla N° 6**, muestra al 53.19%, que tiene educación superior representados por 25 pacientes, en contraposición con el 6%, comprendido por 6 pacientes que poseen primaria completa llegando al 100% del total los pacientes en estudio.

TABLA N° 7: Características epidemiológicas: según tiempo de tratamiento en pacientes con ERC, tratados en el centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

TIEMPO		PORCENTAJE	
DE	N°	PORCENTAJE	ACUMULADO
TRATAMIENTO		(%)	(%)
< 1 año	10	21.28%	21.28%
1 - 5 años	18	38.30%	59.57%
6 - 10 años	15	31.91%	91.49%
11 - 15 años	3	6.38%	97.87%
> 15 años	1	2.13%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio
Elaboración: La investigadora

La presente Tabla permite observar un 38% de pacientes tienen un tratamiento de 1-5 años, representados por 18 pacientes, seguido de un 31.91% del grupo de pacientes entre 6-10 años representado por 15 pacientes del total en estudio, antagónicamente vemos que en menor porcentaje los pacientes poseen un tratamiento mayor a 15 años llegando al 2%, haciendo un total del 100%.

TABLA N° 8: Características epidemiológicas: según ocupación en pacientes con ERC, tratados en el centro de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

OCUPACIÓN	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE
		(%)	ACUMULADO (%)
Ama de casa	2	4.26%	4.26%
Estudiante	1	2.13%	6.38%
Dependiente	22	46.81%	53.19%
Independiente	19	40.43%	93.62%
Cesante	3	6.38%	100.00%
TOTAL	47	100.00%	

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio
Elaboración: La investigadora

La presente tabla, muestra que el 47% de pacientes son trabajadores dependientes comprendido por 22 pacientes, seguido de los trabajadores independientes que hacen un 41% representados por 19 pacientes y el menor porcentaje son estudiantes representados por el 2% del global de pacientes en estudio.

TABLA N° 9: Nivel de depresión y tiempo de tratamiento, en pacientes con ERC con tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital III ESSALUD Puno, junio-agosto del 2017

TIEMPO DE TRATAMIENTO	NIVEL DE DEPRESIÓN								TOTAL	
	Normal	(%)	leve	(%)	Moderado	(%)	Severo	(%)	N°	(%)
< 1 año	1	2.13%	1	2.128%	7	14.89%	1	2.13%	10	21.28%
1 - 5 años	6	12.77%	3	6.383%	5	10.63%	4	8.51%	18	38.30%
6 - 10 años	1	2.13%	3	6.383%	7	14.89%	4	8.51%	15	31.91%
									3	
11 - 15 años	1	2.13%	1	2.128%	0	0.00%	1	2.13%		6.38%
> 15 años	0	0.00%	1	2.128%	0	0.00%	0	0.00%	1	2.13%
									47	
TOTAL	9	19.15%	9	19.15%	19	40.43%	10	21.28%		100.00%

Fuente: Registro de datos de los pacientes en estudio

Elaboración: La investigadora

La Tabla N° 9, muestra un 15% en cada grupo, representados por 7 pacientes cada uno, presentando depresión moderada tanto en el grupo con tratamiento menor a 1 año y el grupo de 6-10 años en tratamiento; se observa además un 9% representado por 4 pacientes en dos grupos que presentan depresión grave en los grupos con 1-5 años y 6-10 años respectivamente en contraposición se observa solo un 2% de pacientes que superan

los 15 años de tratamiento con depresión leve. no observándose en este mismo grupo de pacientes ni depresión moderada ni severa que a su vez es seguido por el grupo con un tiempo de tratamiento entre 11-15 años que presenta un 2% representado por un paciente con depresión leve y en este mismo grupo con un 2% representado por un paciente con depresión severa.

4.2 DISCUSIÓN

La literatura revisada respecto a la depresión indica niveles altos en pacientes con ERC. Respecto al objetivo general del presente estudio, los resultados demuestran que la frecuencia de la depresión en los pacientes con ERC que reciben terapia sustitutiva de hemodialisis es contundente con un 81% del total de pacientes en estudio y en un porcentaje reducido la depresión es mínima, ausente o el ánimo es normal representado por el 19% de los pacientes en estudio, viendo que se correlaciona con los resultados obtenidos con Sanavi S.Y Afshar R. (22) , que hallaron una frecuencia de depresión hasta en un 70% entre pacientes sometidos a HD y Murillo E. y cols (28) ; en sus conclusiones sugieren que la prevalencia de depresión es alta entre pacientes adultos en HDM. Además los resultados obtenidos en nuestra revisión superan las estimaciones a las que hacen referencia Fan L. et al (25), quienes consideran que la depresión es común entre las personas con ERC y que hay una probabilidad de que la prevalencia de la depresión sea más alta entre los pacientes en hemodiálisis, con tasas estimadas que oscilan entre el 23% y el 42%.

Considerando el primer objetivo específico en la muestra estudiada se encontró que luego de ser aplicado el instrumento de evaluación, los niveles de Depresión Moderado y Severo, se hallaba en forma preponderante entre todos los casos estudiados, resultados concordantes con los efectos obtenidos por Cordaño J (33) y Angulo J. (34), en sus

trabajos de tesis realizados en el ámbito nacional, Lima e Iquitos respectivamente y en el ámbito internacional Sanavi S. y Afshar R. (22). A su vez estos mismos resultados son discordantes en cuanto al nivel de depresión obtenido por Montoya J. y cols (40), obteniendo estos autores niveles de Depresión Leve con el uso de la escala de Zung, valores que lindan entre: Depresión leve en un 83,5% (91/109), moderada en 14,7% (16/109) y severa en 1,8% (2/109).

En cuanto a las características epidemiológicas: según el sexo, no es posible cotejar los valores obtenidos en la muestra en razón de que las proporciones entre uno y otro género son disímiles, se obtiene un 60% de pacientes de sexo masculino, por consiguiente, no se puede aseverar que exista mayor o menor depresión según el género, en uno u otro grupo.

En cuanto a las características epidemiológicas: según estado civil, la condición que prima es la de pacientes casados la cual se extrapola con los pacientes viudo. Liu X. et al (24), encontraron que los pacientes con un estado de ánimo más bajo es porque tienen menos apoyo de un núcleo familiar, este apoyo es muy valorado, los miembros de la familia deberían brindar más consejos y ayuda a estos pacientes.

En relación a las características epidemiológicas: según grupo etéreo, se encontró que las edades de los pacientes adoptan el rango entre los 18 y 83 años, se encontró además que el grupo mayoritario de pacientes con ERC-Hemodializados, se encuentra entre los 58-77 años, según los intervalos planteados, seguido del grupo comprendido entre los 38-57 años, del total de pacientes en estudio, ubicando la mayor frecuencia de los pacientes dentro de los ancianos y adultos mayores. Según el autor Castro M. et al. (6), la edad está dentro de los factores de riesgo para ERC, es común, especialmente en mayores de 65 años de edad, este factor va de la mano con la disminución gradual de la

filtración glomerular que merma con la edad, pero según el autor varios estudios han demostrado que en los adultos mayores el riesgo de progresión a insuficiencia renal terminal disminuye con la edad, es decir, la mayoría de los pacientes con ERC morirán a causa de un evento cardiovascular antes de progresar a la etapa terminal todo esto Debido a la complejidad de la patogénesis de la ERC.

Las características epidemiológicas: según nivel de instrucción, 53.2% tienen una educación superior del total de pacientes en estudio, también vemos que en menor porcentaje nuestros pacientes poseen primaria completa llegando al 6% de los pacientes en estudio. Cahuana R (35) dentro de sus resultados considera que el grado de instrucción es un factor determinante en la calidad de vida que le permiten obtener al paciente formas y hábitos de vida, teniendo en consideración que la depresión es un indicador de calidad de vida.

En las características epidemiológicas: según tiempo de tratamiento en Centro de Hemodiálisis, se recopiló que el 38% de los pacientes tienen un tiempo de tratamiento entre 1-5 años, seguido del grupo entre 6-10 años, resultados que se asemejan a los obtenidos por Gómez L. et al (27) quienes obtienen una vendimia de diálisis de 39,9 meses (SD: 43,8).

En las características epidemiológicas: según ocupación, se obtiene que el 88% de los pacientes son personas con algún tipo de actividad laboral, ya sea en forma dependiente o independiente. Resultados que son discordantes con los resultados obtenidos por Julián J. et al (23), que presenta entre sus resultados a pacientes en HD, de los cuales apenas uno de cada cinco pacientes que se ubican en edad laboral, trabajan; asimismo consideran que la ERC y los TSR son un importante factor de incapacidad laboral.

En relación al análisis bivariado que se hace entre la depresión y el tiempo de tratamiento de los pacientes con ERC, se observa una relación entre los pacientes que presentan depresión moderada y un tiempo de tratamiento inicial menor a 1 año así como con los pacientes que reciben tratamiento entre los 6-10 años; seguido del grupo en el que se establece una relación entre depresión severa y tiempo de tratamiento entre 1-10 años datos que se contrarrestan con baja presencia de depresión leve en el grupo que supera los 15 años de tratamiento.

V

CONCLUSIONES

PRIMERO

La prevalencia de depresión corresponde a porcentajes altos en pacientes con ERC atendidos en el Centro de Hemodiálisis con un 80.85% de los casos estudiados, parámetros que superan las estimaciones a nivel internacional.

SEGUNDO

El nivel de depresión más significativo, reportado por los pacientes con ERC atendidos en el Centro de Hemodialisis, es el nivel moderado, lo que indicaría la comorbilidad existente entre una enfermedad crónica con el estado emocional del paciente.

TERCERO

En cuanto a las características epidemiológicas: en el presente estudio no es posible cotejar los valores obtenidos en la muestra en razón de que las proporciones entre uno y otro género son disímiles; los casados corresponde al grupo más vulnerable ; la

depresión en pacientes hemodializados implica gran preponderancia en el nivel de instrucción que corresponde al nivel de educación superior; la mayoría de los pacientes tienen algún tipo de actividad laboral ya sea en forma dependiente o independiente; las edades adoptan el rango entre 18 y 83 años, el grupo mayoritario se comprende entre los 38-77 años, por lo cual la población preponderante de paciente hemodializados es de ancianos y adultos mayores. Según tiempo de tratamiento en Centro de Hemodiálisis, se recopiló que la mayor parte de pacientes tienen un tiempo de tratamiento entre 1-5 años.

CUARTO

Existe una relación estrecha entre niveles de depresión moderada y severa con el tiempo de tratamiento inicial y el que se encuentra entre los 10 primeros años de tratamiento respectivamente; así como, en pacientes que superan los 15 años de tratamiento se observan pocos registros de depresión leve y escasos datos de depresión moderada y severa en este grupo.

VI

RECOMENDACIONES

1. En esta primera etapa se hace alcance de resultados, con un enfoque epidemiológico, sugerimos la realización de trabajos de investigación que logren profundizar en el tema, con una mirada preventiva promocional. Para afianzar el propósito del estudio es necesario continuar el estudio en pacientes con ERC, por ser una patología crónica y ahondar en el por qué hay gran prevalencia en el grupo muestral de pacientes que tienen un alto nivel de instrucción u alguna ocupación.

2. Para fortalecer el programa de hemodiálisis se sugiere el acompañamiento al paciente, en el área psiquiátrica y brindar medidas de soporte que le permitan en forma simultánea tanto al inicio de tratamiento como durante el seguimiento un mayor conocimiento y mejor enfoque de la evolución del paciente, así tal vez establecer como política de atención el abordaje multidisciplinario.

3. Nuestro estudio sugiere aplicar y efectivizar programas dirigidos también al paciente y al entorno familiar, a fin de lograr un mayor control y monitorización de la patología de base y reducir los índices de comorbilidad, con este fin, mostrar y hacer un propósito de concientizar al paciente sobre los costes de la Enfermedad Renal Crónica, también, incidir en promover programas de promoción respecto de los factores de riesgo.

VII

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaime Santander, Romero, Hitschfeld A, Zamora A.V.SCIELO-Revista chilena de Neuro-psiquiatría: Prevalencia de ansiedad y Depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.[Internet].2011[Citado:2017-dic-2].Disponible-en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100006.
2. OPS/OMS. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la Enfermedad Renal y a mejorar el Acceso al Tratamiento.[Internet].2015-[Citado:2017-Jul-25].Disponible-en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologiaenfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.
3. OMS. Depresión. [Internet]; 2017 [Citado:2017-jul-26]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
4. Guillén Cadena D, Aristizábal Hoyos, Flores Atilano B, Beltrán Lugo N. Revista CONAMED; Suplemento-1: Anclado a Una Máquina: Vivencias de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica. [Internet]. 2015 [Citado 2017-ago-27].- Disponible-en:

5. <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/artic le/view/237/394>.
6. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Informe Científico. Lima: Multidisciplinario; 2013. Report N°: XXIX.
7. Castro Martínez M.G, Rubio Guerra A.F. Controversias en Nefrología. In Velasco DJA, editor. México, D. F.: Editorial Alfil, S. A.; 2013. p. 561.
8. Bezerra da Silva Junior G, de Oliveira Barbosa AM, Pinheiro Ferreira da Silva, Nunes da Silva, Rocha Lima G, Cunha Santana C, et al. Nefrología Latinoamericana: Síntomas Depresivos en la Enfermedad Renal Crónica: Una Comparación entre Pacientes en Diálisis versus Tratamiento Conservador.[Internet].2017[Citado:2017-ago-16.Disponible-en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2444903217300239>.
9. Loza Munarriz C, Ramos Muñoz W. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PERÚ. DGE. MINSA. Publicación. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2016.
10. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Taype-Rondan A. La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Med Perú. 2016; 33(2):130-7.
11. Herrera-Añazco, Percy, Willer, Hildegart, Taype-Rondan, Álvaro, Exposición a Arsénico Como Factor Asociado a la Alta Mortalidad Atribuida a Insuficiencia Renal En Puno. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet] 2016,33[Fecha-de-consulta:2017-Jul-26]Disponible-en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797031>
12. Montañés Rada F, De Lucas Taracena MT. MedicLatina-EBSCO host; Aspectos evolucionistas de los trastornos afectivos, revisión crítica y propuesta de un nuevo modelo.34 Issue 4, p264-276. 13p. [Internet].; 2006[Citado:2017-oct-

- 20]. Disponible-en:
search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=22761121&site=ehost-live
13. Zarragoitia Alonso I. Depresión: Generalidades y Particularidades. Primera ed. Remedios Hernández, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
 14. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10th ed. La OPS Pd editor. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
 15. D'Alessandro. Urgencias en psiquiatría: Dirigido a Médicos Generales y Psiquiatras. 1st ed. Oscar Mestre E, editor. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2008.
 16. Magrans Buch C, Barranco Hernández, Ibars Bolaños. In Prieto Acosta E, editor. Hemodiálisis y Enfermedad Renal Crónica. Primera ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2016. p. 16-27.
 17. Diez-Canseco, Ipince, Toyama, Benate-Galvez, Galán Rodas, Medina Verástegui, et al. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica: Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. [Internet]; 2014 [Citado:2017-dic-2]. Disponible-en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342014000100019&script=sci_abstract.
 18. Calderón Márquez. Manual de Función Renal y Enfermedades más Frecuentes. Primera ed. Aldrete Velasco, editor. México, D. F.: Alfil, S. A.; 2011.
 19. Farreras Valenti P, Rozman C. Medicina Interna. In Farreras-Rozman. Farreras-Rozman-Medicina Interna-Sección VI-Nefrología. Decimoctava edición ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 829-836.

20. Goldman, Schafer I. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. En GOLDMAN, SCHAFER I, editors. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 25th ed. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 832-849.
21. Kasper DL, Fauci S, Hauser L, Longo L, Jameson J, Loscalzo J. HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE., editor. Principles of Internal Medicine. Nineteenth edition ed. México-D.F: Mc Graw-Hill; 2016. p. 1813.
22. Schrier W. Manual de nefrología. 7th ed. Schrier RW, editor. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
23. Sanavi S, Afshar R. Diálisis y Transplante, Ene–Mar 2012, Vol. 33; Páginas 13-16. [Internet]. 2012 [Citado 2017 Julio 26]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dialis.2011.06.006>.
24. Julián Mauro JC, Molinuevo Tobalina A, Sánchez González C. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. [Internet].; 2012 [Citado 2017 Diciembre 4]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrolo-articulo-la-situacion-laboral-del-paciente-con-enfermedad-renal-cronica-funcion-X0211699512001645>.
25. Liu, Yang, Yao, Zhang, Sun, Zhu, et al. BMC Psiquiatría. [Internet]; 2017 [Citado:2017-Oct-2]. Disponible-en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382415>.
26. Fan L, Sarnak MJ, Tighiouart H, Drew DA, Kantor AL, Lou KV, et al. PubMed: Depresión y Mortalidad por Todas las Causas en Pacientes en Hemodiálisis. [Internet]. 2014 [Citado:2017 -Dic- 6]. Disponible en: 10.1159 / 000363539.
27. Villagómez Fuentes, Gómez García S, Rosales Salinas E. Diálisis y Trasplante: Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. [Internet]; 2014 [Citado:2017 -Nov- 26]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886284514000022>.

28. Gómez Vilaseca L, Manresa Traguany M, Pac Gracia N, Lozano Ramírez. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. [Internet] vol.17; 2014 [Citado: 2017 - set-2]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22542884201400050015.
29. Murillo Zamora E, Macías de la Torre, Higareda Almaraz. Medigraphic literatura Biomédica-Instituto Mexicano del Seguro Social- México: Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento. [Internet]; 2016 [Citado: 2017 -jul- 18]. Disponible-en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=66914>.
30. Perales Montilla M, Duschekb, Reyes del Paso A. Revista de la Sociedad Española de Nefrología: Calidad de vida relacionada con la salud en la Enfermedad Renal Crónica: Relevancia Predictiva del Estado de Animo y la Sintomatología Somática. [Internet].; 2016 [Citado: 2017-jul-23]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v36n3/0211-6995-nefrologia-36-03-00275.pdf>.
31. Gonçalves Costa, de Lima Coutinho DP. SÍNDROME DEPRESIVA: UM ESTUDO COM PACIENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA, Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v.7, [Internet]; 2016. [Citado: 2017-dic-2]. Disponible-en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n1/a04.pdf>.
32. Montoya Fernández, Suarez Chumacero F. Repositorio de Tesis USAT: Depresión y Ansiedad en Pacientes en Hemodiálisis, Lambayeque 2012-2013 [Tesis]. [Internet]; 2014 [Citado: 2017-jun-28]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/298>.
33. CONCHA CHIRINOS. Universidad Católica de Santa María: DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS, HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014 [Tesis]. [Internet].; 2014

- [Citado:2017-Julio-15].Disponible-en:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4823>.
34. Cordaño Callañaupa J. Universidad Alas Peruanas-Repositorio Institucional UAP; Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de diálisis de Lima, 2015[Tesis]. [Internet]; 2016 [Citado 2017-Jun-30].Disponible-en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4920>.
35. Angulo López J. Universidad Científica del Sur-Repositorio Institucional: Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal que reciben tratamiento de Hemodiálisis en la Clínica RENOSALUD, Iquitos-2016[Tesis].[Internet].2017[Citado:2017-jul-13].Disponible-en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/187>.
36. Cahuana Cáceres R. "Calidad de vida de personas con Hemodiálisis y su Relación con Variables Sociodemográficas, Médico-clínicas en el Hospital III EsSalud –Puno, 2015". Tesis. Puno: UNA, Puno; 2015.
37. Sanz, Vázquez, Navarro. Research Gate. [Internet]. 2003 [Citado 2017-Jun-12]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/39206406>.
38. Sanz , Gutiérrez , Gesteira , García Vera. CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR LAS PUNTUACIONES EN LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL “INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II” (BDI II). [Online].[cited:2017-nov-11.Available-from:
<http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>.
39. Sanz. Papeles del Psicólogo. Vol. 34(3), pp. 161-168. [Internet]. 2013 [Citado 2017-Dic-2].Disponible en:
<http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632902.pdf>.
40. Pang Wang Y, Gorenstein. Revista Brasileira de Psiquiatria-vol.35 no.4 São Paulo Oct./Dic. [Internet]. 2013 [Citado:2017-Nov-18]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>.

41. Montoya Fernández, Suarez Chumacero F. Repositorio de Tesis USAT. [Internet];2014[Citado:2017-Jun-28].Disponible-en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/298>.
42. "Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas". Factográfico de Salud-feb-2016: Enfermedades Renales. Estadísticas mundiales. [Internet].2016.[Citado:2017-Oct.-30.Disponible-en: <http://www.sld.cu/anuncio/2016/02/16/factografico-de-salud-feb-2016-enfermedades-renales-estadisticas-mundiales>.
43. OMS/Organización Mundial de la Salud-Centro de prensa. OMS | Organización Mundial de la Salud-Comunicado de prensa conjunto: OMS | Banco Mundial. [Internet]; 2016 [Citado 2017 Octubre 2]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
44. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. libro de Psiquiatría de la Colección de Fundamentos de Medicina. Quinta edición ed. Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, Palacio Acosta A, editors. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
45. Gómez Vilaseca L, Manresa Traguany M, Pac Gracia N, Lozano Ramírez. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. [Internet].; 2014 [Citado 2017 setiembre-2].disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842014000500015.
46. Black DW, Andreasen NC. Introductory Textbook of Psychiatry. 6th ed. Morales Saavedra, editor. México, D.F.: El Manual Moderno; 2015.
47. Liu, Yang, Yao, Zhang, Sun, Zhu, et al. BMC Psiquiatría. [Internet]. 2017 [Citado:2017-Oct-2].Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382415/>.

ANEXOS

Anexo A: Cuestionario

BDI II	
Nombre: -----	Estado civil:----- Edad: -----Sexo:-----
Ocupación:-----	Nivel de Instrucción: ----- Fecha:-----
Tiempo de Tratamiento:-----	

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

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

<p>0 No me siento como un fracasado.</p>	
<p>5) Sentimiento de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>8) Autocritica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>6) Sentimiento de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>9) Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría, si tuviese la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>7) Disconformidad con uno mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>	<p>10) Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>

<p>11) Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</p> <p>12) Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13) Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14) Desvalorización</p>	<p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15) Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16) Cambios en los hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p>
---	--

<p>0 No siento que yo sea valioso.</p>	
<p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p>17) Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18) Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es un mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es un mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19) Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p>	<p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no me puedo concentrar en nada.</p> <p>20) Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21) Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>

