

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". NOVIEMBRE 2016

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

RIGORES R., MARIANA C.I. V – 18186534

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Francis Scovino C.I. 9826222, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **21/04/2017**


Prof. Francis Scovino (Pdte)

C.I. 9826222

Fecha 21/04/2017

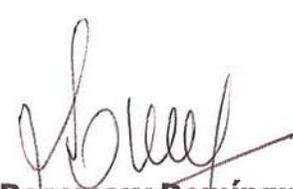

Prof. Elita Tabete

C.I. 8.969483

Fecha 21/04/2017

TG: 02-17




Prof. Rosemary Domínguez

C.I. 6068754

Fecha 21-04-17

**DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
NOVIEMBRE 2016**



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización de Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



**DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA".
NOVIEMBRE 2016**

Autor: Mariana Rigores Ruan

Valencia, Abril 2017



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización de Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



**DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA".
NOVIEMBRE 2016**

Autor: Mariana Rigores Ruan

Tutor: Francis Scovino

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Valencia, Abril 2017

DEDICATORIA

Primero que todo quiero dedicarle este trabajo al que todo lo hace posible: Dios, que iluminas cada uno de mis pasos, llenas de gracia cada uno de mis días, mostrándome tu amor infinito hacia mí.

A mi familia por ser un apoyo incondicional en los buenos momentos pero sobretodo en los más duros, y a alguien que ya no está mi abuela Ana, a ti que inclusive sin estar ya en este mundo no dejas de inspirarme.

A mis compañeros, mis once incansables guerreros, sin su apoyo hoy esto no sería posible.

A la Dra. Francis Scovino y a todo el personal maravilloso del servicio de Nefrología particularmente a la Unidad de Hemodiálisis por haberme abierto las puertas cuando mil ventanas se habían cerrado.

A todas aquellas personas que de una u otra manera me mostraron su apoyo incondicional y me brindaron su ayuda.

Y por último pero no menos importante a todos y cada uno de mis pacientes por haberme dado y enseñado tanto, esto sin duda alguna también es para ustedes.

ÍNDICE GENERAL

	pp
Índice de Tablas y Gráficos.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Objetivos	4
Metodología.....	5
- Tipo y diseño de la investigación.....	5
- Población y Muestra.....	5
- Criterios de Inclusión.....	5
- Instrumento de Recolección de datos.....	5
- Procedimiento.....	5
- Análisis Estadístico.....	6
Presentación y Análisis de los Resultados	7
Discusión.....	9
Conclusiones.....	11
Recomendaciones.....	12
Referencias Bibliográficas.....	13
Anexos.....	15

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	pp
Tabla 1	
Distribución según edad y género de pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	17
Tabla 2	
Distribución según causas más frecuentes de enfermedad renal en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	18
Tabla 3	
Distribución de acuerdo a la presencia y grado de depresión según el género en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	19
Tabla 4	
Asociación entre el sexo y la presencia de depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	20
Gráfico 1	
Correlación entre la edad y el puntaje en el test de Beck I-II en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en Noviembre 2016	21
Tabla 5	
Asociación entre el grado de depresión y los grupos de edad en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	22
Grafico 2	
Correlación entre el tiempo en hemodiálisis y el puntaje en el test de Beck I-II en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016	23
Tabla 6	
Asociación entre el grado de depresión y el tiempo en hemodiálisis en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.....	24

**DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
NOVIEMBRE 2016**

Autor: Mariana Rigores Ruan
Año: 2016

RESUMEN

Las enfermedades crónicas se han relacionado a lo largo de los años con depresión como es el caso de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), particularmente los que se encuentran en Hemodiálisis (HD). **Objetivo:** Analizar la presencia y grado de depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el mes de Noviembre del 2016 **Metodología:** Estudio descriptivo-correlacional, de corte transversal que muestra mediante el Test de Beck I-II la presencia y grado de depresión en los pacientes en ERC y la relación con la edad y tiempo en HD en 50 pacientes estudiados. **Resultados:** El 60% de los pacientes se encontraban deprimidos, el grado de depresión más frecuente fue el leve con un 38 %. Las causas más frecuentes de ERC en HD fueron la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. Los pacientes más jóvenes y con menor tiempo en hemodiálisis se deprimen más. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes presentaban depresión, existe una correlación inversa entre tiempo en HD y Depresión, y entre las variables edad y depresión.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Enfermedad Renal Crónica, Hemodiálisis.

**DEPRESSION IN PATIENTS OF THE HEMODIALYSIS UNIT
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
NOVEMBER 2016**

Author: Mariana Rigores Ruan
Year: 2016

ABSTRACT

Chronic diseases have been associated over the years with depression, such as chronic kidney disease (CKD), particularly those found in hemodialysis (HD). **Objective:** To analyze the presence and degree of depression in patients of the Hemodialysis Unit of the Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" in November 2016. **Methodology:** Descriptive-correlational study, cross-sectional study showing the presence and degree of depression in patients with CKD and the relationship with age and time in HD in 50 patients studied. **Results:** 60% of the patients were depressed, the most frequent degree of depression was the light one with 38%. The most common causes of CKD in HD were Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. Younger patients with less time on hemodialysis are more depressed. **Conclusions:** The majority of the patients presented depression, there is an inverse correlation between time in HD and Depression, and between the variables age and depression

KEY WORDS: Depression, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la prevalencia de la depresión ha aumentado a nivel mundial, convirtiéndose, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la una de las condiciones médicas de mayor importancia. Se considera que para el año 2020 esta enfermedad constituirá el segundo problema de mayor importancia en cuanto a la producción de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares ¹.

Existen algunas enfermedades de carácter crónico cuyas fisiopatologías se asocian fuertemente al estrés oxidativo, estado que se caracteriza por la producción de radicales libres y especies reactivas de oxígeno en forma desmedida, sobrepasando las defensas antioxidantes fisiológicas. Trayendo consigo mayor prevalencia de depresión que en la población normal. Dentro de estas patologías se encuentran la Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y la Enfermedad Renal Crónica (ERC), siendo la última la que presenta cifras significativamente mayores ².

Los problemas psicológicos de los enfermos renales no siempre se toman en consideración e influyen en la producción de síntomas corporales y en su calidad de vida ³. Es por eso, que resulta de vital importancia la evaluación no solo desde el punto de vista de su enfermedad de base, sino también desde el aspecto psiquiátrico. Para lograr así un manejo integral de los mismos, ya que cada día son más los pacientes que cursan con ERC, por ejemplo en Venezuela, existen 4.175 pacientes con esta afección por cada millón de habitantes ⁴.

Estas cifras explican el motivo por el cual tantos investigadores se han abocado al estudio de este trastorno psíquico en pacientes con ERC. En tal sentido Cuesta ⁵, en su investigación realizada en España en el año 2014, expresa que a menudo se infraestiman los niveles de depresión y ansiedad

de los pacientes sometidos a diálisis, centrando dedicación y esfuerzos únicamente al tratamiento dialítico. Sin embargo, es frecuente que a pesar de conseguir los objetivos terapéuticos, estos no vengán acompañados de una percepción de mejoría por el paciente si no se brinda apoyo psicológico ⁵.

También Yáñez, en el año 2013, en su investigación acerca de las enfermedades neuropsiquiátricas en pacientes de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en la ciudad de Valencia, plantea que la presentación de las mismas pueden ser de variada intensidad y etiología, muchas veces secundarias a condiciones médicas en su mayoría patologías crónicas ⁶.

Igualmente Atencio et al. ⁷ indican en su estudio realizado en Argentina en el año 2008, que debido a que la depresión y la ansiedad son alteraciones psiquiátricas relacionadas con la ERC y en los sujetos que son incluidos en los programas de hemodiálisis, es importante investigar en estos pacientes estos dos trastornos, realizar un diagnóstico precoz e indicar el tratamiento adecuado, para mejorar sus condiciones generales ⁷.

Mientras que en otra investigación realizada en España en el año 2015 por Huertas M et al. afirman que la depresión es muy frecuente en pacientes renales, lo que aumenta la no adherencia y el incumplimiento de las restricciones dietéticas y los intentos suicidas indirectos. Y sugieren que la intervención psicológica en pacientes en HD con mayores índices de depresión podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo renal ⁸.

La ERC consiste en una enfermedad crónica, no transmisible, caracterizada por la pérdida progresiva por más de 3 meses e irreversible de la función renal, suele ser silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones ya son altamente invasivas y costosas, particularmente en su etapa terminal en la cual la capacidad de la filtración glomerular se encuentra por debajo del 10% ameritando en muchos casos hemodiálisis (HD) ⁹.

Este procedimiento consiste en la utilización de un equipo especializado que permite mediante la conexión del paciente a la máquina, la eliminación de productos tóxicos para el organismo y del exceso hídrico en los mismos ⁴.

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial y glomerulonefritis hasta en un 75% de los casos, lo que demuestra que esta entidad es la consecuencia de otras patologías las cuales no lograron ser controladas y progresaron irreversiblemente.^{3,10} Cada día son más pacientes los que padecen ERC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que hasta un 10% de la población mundial la padece en cualquiera de sus estadíos ¹¹.

Cabe destacar que la ERC tiene una alta prevalencia e incidencia y desafortunadamente de no ser trasplantado el paciente, el desenlace es mortal a corto o mediano plazo, sin embargo técnicas como la HD permiten brindar una opción terapéutica a los mismos, pero en vista de su complejidad, dependencia e invasividad, teniendo en cuenta que en su mayoría los pacientes ameritan de 2 a 3 sesiones semanales, de 3 a 5 horas cada una, para lograr un control óptimo de su enfermedad esto resulta difícil de afrontar para el paciente ⁷.

Si bien la terapia dialítica permite a las personas prolongar su vida, estos pacientes sufren cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social tanto para ellos como para su familia ¹². Es un problema real que las enfermedades crónicas y terminales como la ERC afectan la calidad de vida en las personas, aumentando la prevalencia de los trastornos psicológicos como la depresión que va de un 20 al 50% y algunos llegan hasta el 70% ¹¹. La depresión es la condición psicopatológica más común entre estos pacientes, aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida ^{13,3}.

La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, y los pacientes en hemodiálisis han pasado por muchas. Pueden ver cómo han perdido en muchas ocasiones su libertad económica, la función renal normal,

el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, esto influye en la disminución de la calidad de vida del paciente y como consecuencia tiene un impacto negativo entre los enfermos con ERC. A su vez pudiesen agregarse factores que irán apareciendo, como las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento¹¹.

Es por ello que el manejo integral de los pacientes con patologías crónicas como la ERC, es de interés para todo el personal de salud. En especial para el médico internista, ya que estos manejan no solo la ERC, sino también las enfermedades causantes de la misma. Por lo que recae en ellos, la gran responsabilidad del diagnóstico y manejo oportuno de los trastornos depresivos en éstos pacientes.

Por las razones antes expuestas la presente investigación pretendió analizar la presencia y el grado de depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el mes de noviembre de 2016; motivado a la importancia de su estudio ¹⁴.

Objetivo General

Analizar la presencia y grado de depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en Noviembre 2016

Objetivos Específicos

1. Caracterizar los pacientes que se encuentran en hemodiálisis según edad y género
2. Determinar las causas más frecuentes de la enfermedad renal.
3. Determinar presencia y grado de depresión según el género.
4. Relacionar presencia y grado de depresión con la edad.
5. Relacionar presencia y grado de depresión con el tiempo en hemodiálisis.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal, serie de caso y no experimental.

La población estuvo conformada por pacientes en hemodiálisis, que acudieron a la unidad de hemodiálisis de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en noviembre 2016. La muestra fue de tipo intencional, no probabilística, integrada por cincuenta (50) pacientes en hemodiálisis que acudieron en el período antes señalado y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: no tener patología psiquiátrica diagnosticada antes del inicio del plan de hemodiálisis, encontrarse en hemodiálisis y no presentar encefalopatía.

La investigación se llevó a cabo cumpliendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, según el Código de Bioética y Bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Se mantuvo la confidencialidad en la identificación de los participantes en el estudio y los datos obtenidos fueron utilizados solo para fines científicos. Los pacientes que cumplieron con los criterios establecidos por la investigación, fueron informados sobre los objetivos de la investigación, así como de los posibles beneficios de la misma, seguidamente se les solicitó que firmaran una carta de consentimiento informado (Anexo A).

A quienes decidieron de manera libre participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado, se les practicó el examen físico y el llenado de una ficha con datos relacionados con la edad, género, tiempo en hemodiálisis y etiología de la enfermedad renal (Anexo B).

Se procedió a la aplicación del Test de Beck I-II (Anexo B) el cual es un instrumento validado conformado por 21 ítems que se utiliza con la finalidad de determinar presencia y gravedad de depresión. Cada ítem tiene

entre cuatro y siete posibles respuestas, con una puntuación de 0-3 o de 0-7 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 63. Usándose los siguientes puntos de corte: 0-13: No depresión; 14-19: Depresión leve; 20-28: Depresión moderada; y 29-63: Depresión grave. Se tomó como punto de corte un puntaje mayor o igual a 14 puesto que la sintomatología de la uremia puede potencialmente mimetizar los síntomas depresivos.

Los datos recolectados fueron analizados usando el programa estadístico PAST versión 2.09. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias y de asociación. La normalidad de las variables cuantitativas se corroboró mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizan los siguientes estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas que se adaptaron a la Normal (edad y puntaje en el test de Beck I-II): media aritmética, desviación estándar (DE), valores máximos y mínimos. El tiempo en hemodiálisis no se adaptó a la Normal, por lo cual se describe con la mediana y los percentiles 25 y 75. Se hicieron comparaciones de proporciones con la prueba Z. Para establecer posibles relaciones entre las variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado (χ^2). Se buscó la correlación entre la edad y el puntaje en el test de Beck I-II con el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (ρ). En todos los casos se asumió un nivel de significancia de $P < 0,05$.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se estudió una muestra de cincuenta (50) pacientes con ERC que se encontraban en hemodiálisis. Su distribución según edad y género se presenta en la Tabla 1. 54 % (27) pertenecían al género femenino y 46 % (23) al género masculino, sin diferencias estadísticamente significativas ($Z = 0,60$; $P = 0,27$). No se consiguió asociación estadísticamente significativa entre la edad y el género (Tabla 1: $\chi^2 = 3,13$; 5 grados de libertad; $P = 0,67$).

La edad tuvo un promedio de 51,1 años, desviación estándar de 15,89 años, valor mínimo 21 años y máximo 76 años.

Las causas más frecuentes de enfermedad renal fueron Hipertensión Arterial (36 %), Diabetes Mellitus (28 %), Poliquistosis Renal (10 %), Glomerulopatía (8 %), Lupus Eritematoso Sistémico e Hipoplasia Renal con 6 % cada uno (Tabla 2).

En cuanto a la prevalencia de depresión en pacientes con ERC en HD, 60 % (30) de los pacientes presentó algún grado de depresión, con predominio estadísticamente significativo ($Z = 1,8$; $P = 0,03$). La prevalencia de depresión leve fue 38 % (19 pacientes), de depresión moderada 20 % (10 pacientes) y de depresión severa 2 % (una paciente).

Respecto a la distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia y grado de depresión según el género, no se consiguió asociación estadísticamente significativa entre las variables (Tabla 3: $\chi^2 = 3,57$; 3 grados de libertad; $P = 0,31$), sin embargo, entre los pacientes con depresión leve 57,9 % eran mujeres, entre los pacientes con depresión moderada 70 % eran mujeres y la única paciente que presentó depresión severa era mujer, sin diferencias estadísticamente significativas ($P > 0,05$).

Tampoco se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de depresión en los pacientes estudiados (Tabla 4: $\chi^2 = 1,77$; 1 grado de libertad; $P = 0,18$). 70,4 % (19 de 27) de las mujeres

presentó depresión y 47,8 % (11 de 23) de los hombres tuvo algún grado de depresión, sin diferencias estadísticamente significativas ($Z = 1,33$; $P = 0,09$).

La correlación entre la edad y el puntaje en el test de Beck I-II se muestra en el Gráfico 1. Se consiguió una correlación negativa y estadísticamente significativa entre dichas variables, a mayor edad menor puntaje en el test y viceversa (Gráfico 1: $\rho = - 0,522$; $P = 0,0001$).

La asociación entre el grado de depresión y los grupos de edad permite evidenciar que entre los 19 pacientes con depresión leve 31,6 % tenía entre 50 y 59 años y entre los 10 pacientes con depresión moderada 40% tenía entre 50 y 59 años. No se detectó asociación estadísticamente significativa entre las variables (Tabla 5: $\chi^2 = 24,53$; 15 grados de libertad; $P = 0,053$).

La correlación entre el tiempo en hemodiálisis y el puntaje en el test de Beck I-II se muestra en el Gráfico 2. Se evidenció una correlación negativa y estadísticamente significativa entre dichas variables, a mayor tiempo en hemodiálisis menor puntaje en el test y viceversa (Gráfico 2: $\rho = - 0,528$; $P = 0,0001$).

La asociación entre el grado de depresión y el tiempo en hemodiálisis permite corroborar que entre los 19 pacientes con depresión leve 73,7 % tenía entre 0 y 1 mes en hemodiálisis y 21,1 % entre 2 y 3 meses; por otra parte, entre los 10 pacientes con depresión moderada 70% tenía entre 0 y 1 mes en hemodiálisis y 20 % entre 2 y 3 meses. No se detectó asociación estadísticamente significativa entre las variables (Tabla 6: $\chi^2 = 20,87$; 12 grados de libertad; $P = 0,06$).

DISCUSIÓN

La ERC por su condición de ser una enfermedad crónica y degenerativa, se ha relacionado ampliamente con la depresión. Por lo que se ha logrado determinar que la prevalencia de depresión en pacientes con ERC es elevada. En el presente trabajo se determinó que más de la mitad de la muestra estudiada presentaba depresión en alguno de sus grados, lo que supera lo señalado por Perales, Duschek y Reyes, en su investigación en la cual se destaca que de un 20 a 30 % de los pacientes en HD se encontraban deprimidos ¹⁵.

En este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa con respecto a la distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia y grado de depresión según el género, en contraste con los resultados de Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez e Hinestroza. Quienes plantean que el sexo femenino presentó porcentajes altos para depresión superando del 70% probablemente influenciado por factores hormonales, sociales y al tamaño de la muestra estudiada ^{7,16}.

Igualmente se encontró que las causas más frecuentes de ERC fueron HTA, DM, Poliquistosis Renal, Glomerulopatías, Lupus Eritematoso Sistémico e Hipoplasia Renal resultados que coinciden con los de Soriano, en los que se determinó que la HTA y la DM son las principales causas de ERC. En vista de la alta prevalencia de estas patologías crónicas por los estilos de vida poco saludables de la población, trayendo como consecuencia el desarrollo de complicaciones como la ERC ^{17,18}.

También se evidenció una correlación negativa entre la edad y el puntaje en el test de Beck I-II, demostrando que a mayor edad menor puntaje en el test y viceversa, resultados comparables con el estudio de Mora, Gudiño, Riestra, Mouthar, Salazar y Morales, quienes plantean que la depresión es significativamente más frecuente en personas jóvenes lo cual

podiera atribuirse a que en edades más avanzadas las actividades realizadas no demandan tanta capacidad físicas ni estrés como en los pacientes jóvenes, disminuyendo así la sensación de incapacidad que genera depresión ^{7,13}.

Cabe destacar que fue posible determinar una correlación de tipo negativa y estadísticamente significativa, entre el tiempo en hemodiálisis y el puntaje en el test de Beck I-II, estableciendo que a mayor tiempo en hemodiálisis menor puntaje en el test y viceversa, resultados comparables con los de Mesa, Vázquez y Álvarez en donde se observó que en los pacientes que tenían menos de cinco años en HD presentaban mayor presencia de depresión que los que tenían más de cinco años ⁹.

Demostrando así la importancia que tiene la aceptación y confrontación de la enfermedad, y la importancia del manejo multidisciplinario de los mismos, desde el momento del inicio de la terapia hasta su seguimiento en el proceso ya que al principio el temor al complejo tratamiento y el miedo al futuro pueden dominar la psique del paciente ⁷.

De igual forma se encontró que el grado de depresión más frecuente fue el leve, lo cual es comparable con el estudio realizado por Amador, Pons y Espinosa. En donde se encontró que la depresión leve alcanzaba 34,29% de los pacientes que se encontraban deprimidos ^{4,19}. Al contrario que lo evidenciado por Villagomez, Gómez y Rosales que determinaron en su estudio que el grado de depresión más frecuente fue el moderado, estas diferencias pudieran ser secundarias a factores socio culturales ²⁰.

CONCLUSIONES

Se concluye que la mayoría de los pacientes mostraron estar deprimidos en cualquiera de sus grados, sin embargo el grado más frecuente fue la depresión leve.

Dentro de las etiologías de la ERC, la HTA y DM encabezan la lista, debido a la alta prevalencia de estas últimas, que bien sea a mediano o corto plazo desencadenaran la ERC.

Cabe destacar que en los pacientes con ERC no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género que mayormente presenta depresión. Sin embargo se observó una tendencia mayor en el género femenino.

De igual forma es importante mencionar, que en los pacientes con mayor tiempo en hemodiálisis, se encontró menor presencia de depresión que en los que la recientemente la iniciaban. Y finalmente se pudo determinar que los pacientes más jóvenes tienden a deprimirse más que los pacientes de mayor edad.

RECOMENDACIONES

Es fundamental el manejo multidisciplinario del paciente con ERC en HD, con Medicina Interna, Nefrología y Psiquiatría y deber de todo el personal médico evaluar y canalizar integralmente los pacientes que ingresan a la Unidad de HD, con la finalidad de conocer su estado basal y brindarles la ayuda psicológica necesaria para enfrentar y soportar las limitaciones que supone la hemodiálisis, para así proveerlos de recursos psicológicos que le permitan mejorar su calidad de vida.

Se sugiere que dentro del manejo del paciente con ERC en HD se incluya la valoración psicológica y psiquiátrica para determinar la presencia de depresión con la finalidad que en caso de existirla la misma sea diagnosticada a tiempo, se logre indicar un tratamiento adecuado y se haga seguimiento.

Realizar más estudios de investigación sobre este tema, ya que cada día afecta a mayor cantidad de pacientes que acuden a los centros de salud de nuestro país. Cabe mencionar que este tipo de enfermedades genera incapacidad en los pacientes y eleva de manera importante los gastos en el sector de salud pública, pero el conocer más información acerca de este tema, hacer detección temprana de este tipo de patologías generara beneficios económicos y sociales a corto y largo plazo para el sector salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antúñez M, Bettiol A. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Médica Colombiana*. 2016. 41(2): 102-10
2. Tapia, Alexis. Estrés oxidativo y depresión: ¿Un posible rol etiológico?. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2005. 43(4): 329-336
3. Murillo E, Macías A, Higareda M. Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54(4):429-33
4. Rubio R, Sánchez N, Jiménez M, Kanahan D, Oria C. Comparación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes nefróticas sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis y su relación con el nivel socioeconómico. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) y unidades de diálisis extrahospitalarias. *Avances en Ciencias de la Salud*. 2012; 1(2): 14-21
5. Cuesta Cortez. Soporte social y su relación con las estrategias de afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal del Hospital del less Ambato. *Psicología Clínica*. 2015.
6. Yanez D. Determinación de trastornos neuropsiquiátricos en pacientes oncohematológicos hospitalizados. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Julio 2012- Abril 2013. 2013
7. Atencio B, Nucette E, Colina J, Sumalave H, Gómez F, Hinestroza D. Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos Venezolanos de psiquiatría y Neurología*. 2004; 50(103): 35-41.
8. Huertas-Vieco M, Pérez R, Albalade M, Sequera P, Ortega M, Puerta M, et al. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*. 2014; 34(6): 737-42.
9. Mesa M, Vázquez Y, Álvarez N. Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. 2013; 10(3): 1-7
10. Remón C, Quirós P, Pérez V, Torán D, Tejuco F, Merino M, et al. Informe del registro de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal de Andalucía: período 1999-2004. *Nefrología*. 2006; 26(1): 45-55.
11. Orellana M, Munguía A. Insuficiencia Renal y Depresión. *Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH*. 2008; 1(3): 10-12
12. Guerra V, Sanhueza O, Cáceres M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas,

- médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(5): 1-10
13. Mora R, Gudiño A, Riestra A, Mouthar S, Salazar A, Morales M. Síntomas depresivos en pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis en Valencia, Venezuela. *Salus.* 2009; 13(2): 30-32.
 14. Vázquez V, Ortega M, Cervantes D. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. *Atención Familiar.* 2016; 23(1): 29-33
 15. Perales C, Duschek S, Reyes G. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología.* 2013; 33(6):816-25
 16. Rebollo P et al. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología.* 2001;21:191-9
 17. Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2004; 24 (6): 27-34
 18. Sosa N, Polo R, Méndez S, Sosa M. Caracterización de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *MediSur.* 2016; 14 (4): 1-7
 19. Amador R, Pons E, Espinosa C. Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: La creatividad para combatirlas. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2009; 1(34): 30-35
 20. Villagomez L, Gómez S, Rosales L. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *Diálisis y Transplante.* 2009; 35(3): 98-102

ANEXO A

Carta de Consentimiento Informado

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016

El objetivo del estudio será: Establecer la presencia de Depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016

Se me ha explicado que mi participación consistirá en primera instancia en un interrogatorio con su respectivo llenado de ficha de información personal y, con un examen físico para determinar compromiso de la enfermedad y finalmente la elaboración de un test para determinar la presencia o no de depresión con el propósito de un posterior análisis.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se me plantee, acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, sobre los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará, en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma del investigador

0424-4050249 Número telefónico al que puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

ANEXO B

Ficha de recolección de Datos - Test de Beck I-II

Edad: Sexo: Estado civil: Tiempo en hemodiálisis:
 Etiología de la Enfermedad Renal:

1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

- No pienso en suicidarme
- Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10) Llanto

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que de costumbre
- Lloro por cualquier cosa
- Tengo ganas de llorar pero no puedo

11) Agitación

- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12) Pérdida de interés

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13) Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito
- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

Tabla 1

Distribución según edad y género de pacientes de la Unidad de Hemodiálisis.
Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016

		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Grupos de edad (años)	21 a 29	n	4	5	9
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	30 a 39	n	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	40 a 49	n	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	50 a 59	n	4	9	13
		%	30,8%	69,2%	100,0%
	60 a 69	n	8	7	15
		%	53,3%	46,7%	100,0%
	70 a 76	n	3	1	4
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Total	n	23	27	50
		%	46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

$\chi^2 = 3,13$; 5 grados de libertad; $P = 0,67$.

Tabla 2

Distribución según causas más frecuentes de enfermedad renal en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
 Noviembre 2016.

Causas de enfermedad renal	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	18	36,0
Diabetes Mellitus	14	28,0
Poliquistosis Renal	5	10,0
Glomerulopatía	4	8,0
Lupus Eritematoso Sistémico	3	6,0
Hipoplasia Renal	3	6,0
Obstructiva	2	4,0
Vejiga Neurogénica	1	2,0
Total	50	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

Tabla 3

Distribución de acuerdo a la presencia y grado de depresión según el género en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.

		Género del paciente		Total
		Masculino	Femenino	
Grado de depresión	No depresión (0-13 puntos)	N 12	8	20
		% 60,0%	40,0%	100,0%
	Depresión leve (14-19 puntos)	N 8	11	19
		% 42,1%	57,9%	100,0%
	Depresión moderada (20-28 puntos)	N 3	7	10
		% 30,0%	70,0%	100,0%
	Depresión severa (29-63 puntos)	N 0	1	1
		% 0,0%	100,0%	100,0%
Total		N 23	27	50
		% 46,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

$\chi^2 = 3,57$; 3 grados de libertad; P = 0,31.

Tabla 4

Asociación entre el sexo y la presencia de depresión en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.

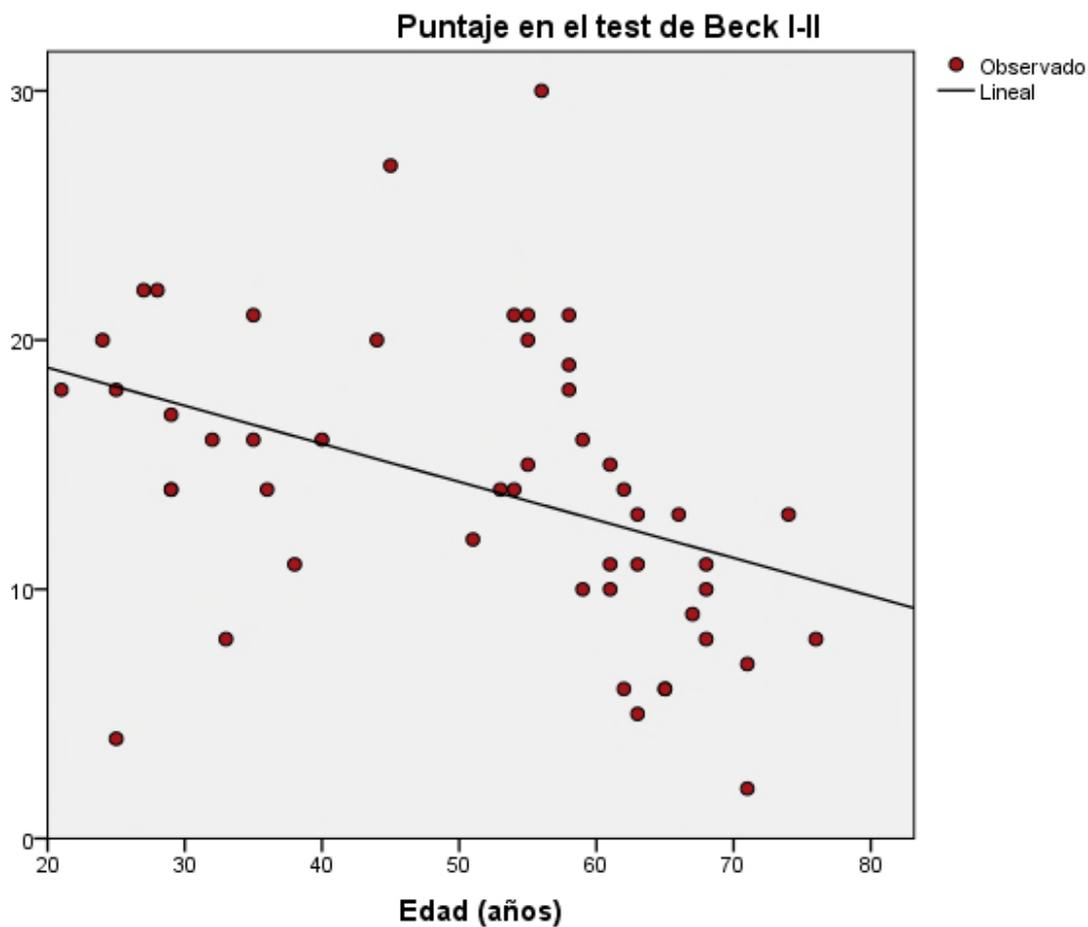
			Presencia de depresión		Total
			Ausente	Presente	
Sexo del paciente	Masculino	N	12	11	23
		%	52,2%	47,8%	100,0%
	Femenino	N	8	19	27
		%	29,6%	70,4%	100,0%
Total	N	20	30	50	
	%	40,0%	60,0%	100,0%	

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

$\chi^2 = 1,77$; 1 grado de libertad; P = 0,18.

Gráfico 1

Correlación entre la edad y el puntaje en el test de Beck I-II en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
Noviembre 2016.



$$\rho = -0,522; P = 0,0001$$

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

Tabla 5

Asociación entre el grado de depresión y los grupos de edad en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Noviembre 2016.

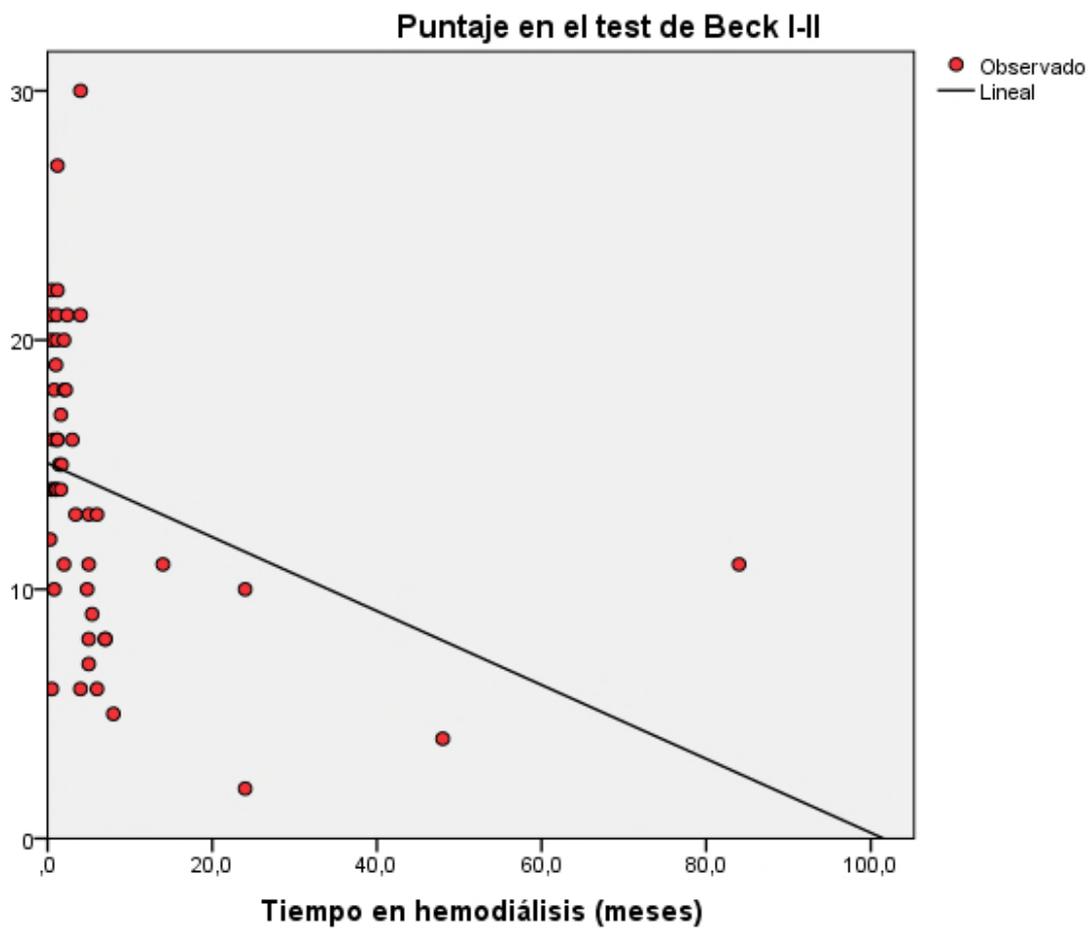
		Grupos de edad (años)						Total	
		21 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 76		
Grado de depresión	No depresión	n	1	2	0	2	12	3	20
		%	5,0%	10,0%	0,0%	10,0%	60,0%	15,0%	100,0%
	Depresión leve	n	5	3	1	6	3	1	19
		%	26,3%	15,8%	5,3%	31,6%	15,8%	5,3%	100,0%
	Depresión moderada	n	3	1	2	4	0	0	10
		%	30,0%	10,0%	20,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Depresión severa	n	0	0	0	1	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	n	9	6	3	13	15	4	50
		%	18,0%	12,0%	6,0%	26,0%	30,0%	8,0%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

$\chi^2 = 24,53$; 15 grados de libertad; $P = 0,053$.

Gráfico 2

Correlación entre el tiempo en hemodiálisis y el puntaje en el test de Beck I-II en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.



$$\rho = -0,528; P = 0,0001$$

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

Tabla 6

Asociación entre el grado de depresión y el tiempo en hemodiálisis en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Noviembre 2016.

		Tiempo en hemodiálisis (meses)					Total	
		0 a 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	8 y más		
Grado de depresión	No depresión	n	3	1	7	3	6	20
		%	15,0%	5,0%	35,0%	15,0%	30,0%	100,0%
	Depresión leve	n	14	4	0	1	0	19
		%	73,7%	21,1%	0,0%	5,3%	0,0%	100,0%
	Depresión moderada	n	7	2	1	0	0	10
		%	70,0%	20,0%	10,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Depresión severa	n	0	0	1	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		n	24	7	9	4	6	50
		%	48,0%	14,0%	18,0%	8,0%	12,0%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación. (Rigores, 2016)

$\chi^2 = 20,87$; 12 grados de libertad; P = 0,06.