



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO
DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS - HOSPITAL
“AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA”- ESSALUD ICA
JUNIO, AGOSTO 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

BACHILLER: TREYCI MARÍA ROJAS DIOSES

ASESOR: HARRY RAUL LEVEAU BARTRA

ICA- PERÚ

2017

DEDICATORIA:

Mis padres por su apoyo incondicional que me ha permitido ser una persona de bien en mi formación profesional.

.

AGRADECIMIENTO:

A mi familia, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la depresión en el paciente adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza”- Essalud de Ica en agosto - octubre del 2017.
Metodología: Estudio no experimental, transversal, prospectiva, descriptiva.
Población 76 pacientes adultos mayores en hemodiálisis.

RESULTADOS: Los pacientes adultos mayores con tratamiento sustitutivo de la función renal tienen un grado de depresión, leve el 26.3%, moderada el 43.4%, y grave 30.3%. La depresión leve es más prevalente en los de 60 a 64 años, 50%, la moderada entre 70 a 74 años 55.6% y la grave en los mayores de 75 a más años 56.5%. La depresión leve es más prevalente en el sexo femenino 40%, la moderada tiene cierto predominio en el masculino 46.3%, y el grave es más prevalente en el masculino 39.1%. La depresión leve es más prevalente en el viudo 33.3%, el moderado en el separado 55.6% y el grave en el soltero 40.9%. La depresión leve es más prevalente en los que perciben como adecuado el cuidado familiar 37.1%, la moderada tiene cierta predominancia en el grupo que percibe como adecuado el cuidado familiar 45.7% y la grave es más prevalente en los que perciben el cuidado familiar como inadecuado 41.5%. La depresión leve es similar según tiempo en tratamiento, la depresión moderada es más prevalente en los que se encuentran con 2 a más años en tratamiento, la depresión grave es más prevalente en los que están con menos de 2 años en tratamiento. La depresión leve es más prevalente en los que no presentan enfermedades concomitantes 35.5%, la moderada es más prevalente en los que no presentan enfermedad concomitante 51.6%, y la depresión grave es más prevalente en los que presentan alguna enfermedad concomitante 42.2%.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal presentan en su totalidad un grado de depresión, que es más grave cuando es mayor de 74 años, ser de sexo masculino, tener una percepción inadecuada de cuidado familiar, tener menos de 2 años en tratamiento, y tener alguna enfermedad concomitante; el estado civil no presenta diferencias.

PALABRAS CLAVE: Depresión, adultos mayores, tratamiento sustitutivo renal

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the depression in the elderly patient with renal replacement therapy in the hemodialysis service of the “Augusto Hernández Mendoza”- Essalud Hospital in Ica in August - October, 2017. Methodology: Non-experimental, transversal, prospective, descriptive study. Population 76 elderly patients on hemodialysis.

RESULTS: Elderly patients with renal function replacement therapy some degree of depression, mild 26.3%, moderate 43.4%, and severe 30.3%. Mild depression is more prevalent in the 60-64 year olds, 50%, the moderately aged 70-74 years old 55.6%, and the severe in the elderly from 75 to more years is 56.5%. Mild depression is more prevalent in females 40%, moderate males has a 46.3% prevalence, and severe males is more prevalent in males 39.1%. Mild depression is more prevalent in the widow 33.3%, the moderate in the separate 55.6% and the severe in the single 40.9%. Mild depression is more prevalent in those who perceive family care as adequate 37.1%, moderate illness has a certain predominance in the group that perceives family care as adequate 45.7% and severe illness is more prevalent in those who perceive family care as inadequate 41.5%. Mild depression is similar according to time in treatment, moderate depression is more prevalent in those with 2 to more years in treatment, severe depression is more prevalent in those who are under 2 years in treatment. Mild depression is more prevalent in those who do not have concomitant diseases 35.5%, moderate is more prevalent in those who do not have concomitant disease 51.6%, and severe depression is more prevalent in those with a concomitant disease 42.2%.

CONCLUSION: Patients with renal replacement therapy have a degree of depression, which is more severe when they are over 74 years of age, are male, have an inadequate perception of family care, are less than 2 years old treatment, and have a concomitant disease; civil status does not differ.

KEY WORDS: Depression, elderly, renal replacement therapy.

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema principal	3
1.2.2. Problemas secundarios	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	31
2.5.2. Definición operacional de la variable	31
2.5.3. Operacionalización de las variables	33
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1. Diseño de la Investigación	35
3.1.1. Tipo de investigación	35
3.1.2. Nivel de investigación	35

3.1.3. Método	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y Muestra de la Investigación	35
3.3.1 Población	35
3.3.2. Muestra	36
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	36
3.4.1. Técnicas	36
3.4.2. Instrumentos	36
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPITULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	56
- Matriz de consistencia	57
- Modelo de Instrumento	59
- Consentimiento informado	65

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°		Pág.
1	Depresión en el paciente adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio - agosto del 2017.	40
2	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según edad Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio - agosto del 2017.	41
3	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según sexo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	42
4	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según estado civil del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud Ica en junio – agosto del 2017.	43
5	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según percepción de apoyo familiar del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	44
6	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según tiempo de tratamiento del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” -Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	45
7	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según enfermedades concomitantes del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	46

GRÁFICOS

N°		Pág.
1	Depresión en el paciente adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	40
2	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal – Servicio de hemodiálisis según edad del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	41
3	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal – Servicio de hemodiálisis según sexo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	42
4	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal - Servicio de hemodiálisis según estado civil del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud Ica en junio – agosto del 2017.	43
5	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal – Servicio de hemodiálisis según percepción de apoyo familiar del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	44
6	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal – Servicio de hemodiálisis según tiempo de tratamiento del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	45
7	Frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal – Servicio de hemodiálisis según enfermedades concomitantes del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en junio – agosto del 2017.	46

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud mental creciente en el mundo, destacándose como la cuarta causa de morbilidad a nivel mundial, se estima que a futuro una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo, llegando en el 2020 a constituir una de las principales causas de discapacidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (OMS).

En consecuencia, este fenómeno se presenta con gran magnitud en la población peruana, considerando de forma específica a los pacientes que son tratados con hemodiálisis en la ciudad de Ica, motivando a experimentar cambios en la forma de otorgar cuidados al paciente por parte de enfermeras, incluyendo el planteamiento de un cuidado integral con enfoque familiar que prevenga, fortalezca y recupere la salud del individuo.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos; tanto del que la padece como de su familia ya que la misma ocupa un rol fundamental en el desenvolvimiento del paciente ante la enfermedad.¹

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados, y sobre todo si se encuentra con una limitación importante como es, el estar en hemodiálisis.

En la investigación diseñada según el esquema de la Universidad Alas Peruanas se orienta a determinar la prevalencia y grados de depresión en este particular tipo de pacientes adultos mayores donde el rol de la enfermera cada vez cobra mayor importancia.

CAPÍTULO: I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

La prevalencia de los trastornos depresivos, es similar en los países occidentales y menor en países del lejano oriente, con tasas que oscilan entre 4 a 20%. Esto puede reflejar la verdadera variación, en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos, sesgos de selección de muestras, tasas de respuesta a la encuesta, características metodológicas de las encuestas, y problemas con la portabilidad cultural de los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.²

La Third National Health and Examination Survey (NHANES III) ha estimado que la prevalencia de insuficiencia renal crónica en adultos en los Estados Unidos es de 11% de éste 3.3 % (5.9 millones) se encuentran en estadio 1; 3% (5.3 millones) en estadio 2; 4.3% (7.6 millones) en estadio 3; 0.2% (400.000) estadio 4 y 0.2% (300.000) estadio 5.²

En Latinoamérica más de un 20% de las personas, que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etáreo se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

La incidencia de pacientes con insuficiencia renal terminal (IRCT) en el reporte del año 2014 fue de 16.9 por millón de habitante en Perú 73.2 por millón de habitante, Colombia 102.6 por millón de habitante, Bolivia 43.4 por millón de habitante, Puerto Rico 310 por millón de habitante y México 284 por millón de habitante. La diabetes sigue siendo la causa principal de insuficiencia renal crónica.³

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados, en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos.

En el Perú en el 2016 la población adulta mayor es de 9.9%. La depresión en este grupo etáreo es de 9.8% y en el paciente en hemodiálisis es mucho mayor. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno, en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.⁴

Los adultos mayores con depresión, tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas, como las enfermedades renales, pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

El paciente en hemodiálisis, es un paciente que tiene un perfil especial que por su condición de limitación en muchas de sus actividades está muy

propenso a presentar estados de depresión muchas veces severos sobre todo si su núcleo familiar no le favorece.

Por lo que observando esta realidad en el Hospital Augusto Hernández Mendoza y no existiendo estudios en estos pacientes sobre depresión es que se aborda el tema.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuál es la depresión en el paciente adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio, Agosto del 2017?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según edad del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según sexo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según estado civil del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según percepción de apoyo familiar del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según tiempo de tratamiento del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según enfermedades concomitantes del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la depresión en el paciente adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según edad del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.
- Precisar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según sexo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.
- Evaluar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según estado civil del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.

- Indicar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según percepción de apoyo familiar del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.
- Determinar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según tiempo de tratamiento del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.
- Precisar la frecuencia de depresión del adulto mayor, con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según enfermedades concomitantes del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La labor de enfermería se orienta a la atención integral de paciente, por lo tanto un paciente que se encuentra con tratamiento sustitutivo de la función renal, tiene múltiples enfermedades siendo uno de los más relevantes la depresión, que por su naturaleza hace que el paciente se sienta triste, abandonado, limitado y con pérdida de su libertad y poder de decisión para con él y con los demás por lo que esta condición debe ser identificada y tratada en sus inicios pues es en ese momento en que el tratamiento brinda mejores resultados.

Y, en el tratamiento la labor de enfermería es importante, pues conocedora de las limitaciones que esta enfermedad produce, es que debe enfocar el tratamiento conjunto tanto al paciente como a su entorno.

Es el profesional de enfermería quien a través del cuidado y la educación desarrolla acciones orientadas a la satisfacción de sus necesidades, desde una perspectiva holística, considerando no solo el aspecto físico sino también la parte emocional que le permitan fortalecer la autoestima de este grupo etéreo.

La investigación contribuirá con engrosar la poca información, que se tienen sobre la depresión en este grupo de pacientes, en una institución que cada vez trata a más pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, la que mejorará la imagen institucional pues al brindar un tratamiento personalizado, los pacientes se sentirán satisfechos en bien de ellos mismo y de la institución.

1.5 LIMITACIONES

Los resultados obtenidos solo tienen alcance, para pacientes adultos mayores hemodializados en el Hospital Augusto Hernández Mendoza no siendo lo mismo para otros nosocomios pues el Seguro Social es una institución que atiende a pacientes con un perfil diferente a los demás nosocomios. El paciente es encuestado cuando nos brinda su autorización en la sala de espera de la Unidad de Diálisis mientras espera su turno, con el apoyo de los familiares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes Internacionales

Murillo E. 2016. Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento. El objetivo de este estudio fue medir la prevalencia de depresión entre pacientes mexicanos con Enfermedad Renal Terminal en hemodiálisis de mantenimiento (HDM) y evaluar la relación con el tiempo transcurrido (< 1 año o ≥ 1 año) desde el inicio de la terapia. Métodos: se realizó un estudio de tipo transversal en un hospital urbano del Instituto Mexicano del Seguro Social y 81 individuos de 30 – 69 años de edad fueron incluidos. El inventario de depresión de Beck (IDB) fue aplicado y se realizó un análisis estratificado. Resultados: la prevalencia general de depresión (≥ 16 puntos, IDB) fue 42.0 % y 35.6 % y 50.0 % en el grupo con < 1 año o ≥ 1 año en tratamiento respectivamente ($p = 0.191$). Conclusiones: nuestros hallazgos sugieren que la prevalencia de depresión es alta entre pacientes adultos en HDM y parece ser independiente del tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia.⁵

Gómez L. 2015. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis España. Objetivo. Conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis. Metodología: Estudio transversal durante el primer trimestre del 2012. Realizado en el servicio de hemodiálisis del hospital de Palamós.

Se incluyeron pacientes en programa crónico de hemodiálisis que llevaban como mínimo un mes. Resultados: Se analizaron 49 pacientes, 25% fueron mujeres, la edad media 67,2 años, tiempo en Hemodiálisis 39,9 meses (DE:43,8), IMC 26,9 (DE:4,5), turno de mañana 52,9 % y tarde 50,9 %. La sintomatología depresiva representa 42,9% (IC95% 33,7%-60,6%) y la ansiosa 32,7 % (IC95% 21,2%-46,6%) según la escala HADS (Escala de depresión y Ansiedad Hospitalaria). Conclusiones: Existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. La mayor edad con la depresión y la ansiedad es más frecuente en mujeres. ⁶

Villagómez L. 2014. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. Objetivos: Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión en pacientes del programa de hemodiálisis de 5 hospitales de atención médica del área metropolitana de Monterrey, ubicada en el noroeste de México. Material y métodos: Estudio observacional, transversal. Se aplicó el inventario de depresión de Beck II a 225 pacientes. 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. Conclusiones: La prevalencia global de depresión en la población estudiada fue alta.⁷

Perales C. 2012. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. España. Objetivo: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis. Método: Se evaluó la CVRS de 39 pacientes en hemodiálisis. Resultados: Los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión es el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. Conclusiones: Estos resultados tienen unas claras implicaciones clínicas respecto a los aspectos a los que debe orientarse la

intervención psicológica destinada a la mejora de la CVRS en los enfermos renales.⁸

Capote E. 2012. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Cuba. Objetivo: Evaluar la calidad de vida y la depresión en este grupo de pacientes. Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal que incluyó a los pacientes con 60 años y más de edad atendidos en el Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Se utilizó el índice de Karnofsky para valorar calidad de vida, y la escala de depresión de Hamilton para valorar depresión. Resultados: El 44 % del total de pacientes eran adultos mayores. El 60 % tenía una buena calidad de vida y el 76,6 % presentó elementos clínicos compatibles con la depresión. Al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados significativos estadísticamente (χ^2 de Pearson= 6,087; $p= 0,014$; OR= 2,091). La intensidad de la depresión también tuvo relación con la calidad de vida (χ^2 de Pearson= 8,750 y $p= 0,013$). Conclusiones: La depresión en estos pacientes es muy frecuente, situación que se debe tener en cuenta por su influencia sobre la calidad de vida.⁹

Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Ordóñez, J. Osorio, J. Chavarriaga, L. 2013. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Colombia. Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio transversal en 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Resultados: Las prevalencias de sintomatología depresiva fueron similares por sexo y edad ($p > 0.05$). Adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión ($p < 0.001$). Altos niveles de ansiedad (OR = 2.74), deterioro funcional (OR = 2.82), ningún grado de formación académica (OR = 3.70) y mujeres parcialmente dependientes (OR = 21.89) se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión

($p < 0.05$). Conclusión: En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva.¹⁰

Antecedentes nacionales

Villanueva C. 2014. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital De EsSalud en Lima – Perú. El objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud, Lima – Perú, 2014. Se utilizó el diseño no experimental y de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo correlacional. Los datos fueron recolectados usando el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) para valorar calidad de vida, y el Inventario de Depresión de Beck II. La muestra estuvo conformada por 39 participantes, el 53.8% pertenece al género masculino. Al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p=.000$). Se evidenció que existe una relación significativa entre las variables depresión y la calidad de vida.¹¹

Banda I. 2012. Factores epidemiológicos de depresión en pacientes hemodializados en el Hospital Nacional PNP, Lima - Perú en Setiembre 2012 a Diciembre del 2012. Introducción: Los pacientes con ERC (Enfermedad renal crónica) suelen presentar diversos grados de depresión asociada a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por Enfermedad Renal Crónica (ERC) y la hemodiálisis (HD). Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos de depresión y el grado de depresión en pacientes con ERC y HD. Diseño: Descriptivo, transversal. Lugar: Unidad de hemodiálisis del servicio de nefrología. Se encuestaron 95 pacientes (45 mujeres) de edades comprendidas entre 18 y 65 años con diagnóstico de ERC, en tratamiento de HD con depresión por Inventario de Depresión de Beck-II. Principal medida de resultados: Nivel de depresión. Resultados: La mayoría de nuestro universo fue varón con una media de edad de 56.7 años, casados sin antecedentes familiares de depresión cuya etiología de ERC más

frecuente es diabetes mellitus, sin tratamiento previo. Encontramos depresión moderada en el 38,9 por ciento y depresión grave en el 34.7 por ciento.¹²

Antecedentes locales o regionales

Pévez C. 2011. Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor Hospital Augusto Hernández Mendoza. 2011. Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, que incluyó una muestra de 175 pacientes con artritis reumatoide atendidos en el consultorio de reumatología. Resultados: La mayoría de los pacientes fueron adultos (135; 77,1%), de sexo femenino (162; 92,6%), con antecedente personal (77,1%) y familiar (53,7%) de depresión, moderado o alto compromiso articular (40,57% y 55,43%, respectivamente). La depresión se halló en 28 (16%) de ellos y se asoció a la ubicación de la vivienda ($p=0,001$), el grado de dependencia ($p=0,000$) y el compromiso articular ($p=0,024$). Conclusiones: la depresión mayor está presente en los pacientes con artritis reumatoide y se asocia a la zona donde se ubica la vivienda, así como al grado dependencia y el compromiso articular de la enfermedad.¹³

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Definición: Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza o falta de placer, problemas en la psicomotricidad, apetito, sueño, impulsos, pensamientos, somatizaciones.

Es episódico y recurrente afecta globalmente a la persona y a quienes le rodean.

Epidemiología:

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. El riesgo de padecerla incrementa 1.5 a 3.0 veces si la enfermedad la padecen parientes en primer grado, en comparación con aquellos cuyos familiares en primer grado que no la padecen.

Existe asociación entre depresión y edad, altas tasas de incidencia de depresión ocurren entre adultos jóvenes (12 a 24 años), y las bajas ocurren entre personas de 65 años de edad o más.

La prevalencia en el curso de la vida llega a ser del 17% y en el caso de la depresión leve recurrente del 11%, todos los estudios coinciden que la incidencia es el doble en las mujeres y fácilmente se desarrolla como enfermedad crónica.

Un estilo de vida poco saludable puede ser muy común entre personas deprimidas. Cualquiera que sea la causa, los datos sugieren que los médicos deben estar alerta en casos de depresión que ocurran en el contexto de otras enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, cuando la depresión es diagnosticada en presencia de otras enfermedades, el tratamiento debe ser considerado y discutido con el paciente.

La depresión puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, un entorno que se suele dar de manera constante en un hemodializado, las principales psicopatologías diagnosticadas en los dializados son los trastornos cognitivos y depresivos en un 36%.¹⁴

Un tercio de individuos con desórdenes depresivos experimentan un curso crónico prolongado de 2 años o más, caracterizado por episodios prolongados de la enfermedad y remisiones incompletas entre los episodios. Las formas crónicas de la depresión incluyen los desórdenes de depresión mayor crónica, desórdenes distímicos, depresión doble y desórdenes depresivos mayores recurrentes.

Por otra parte, de los pacientes que padecen una depresión doble, solo el 39% tiene una remisión completa de depresión mayor y distimia durante los primeros 2 años. Los síntomas residuales depresivos después de un episodio de depresión mayor han sido reportados como un factor de riesgo de recaídas en pacientes con antecedentes de distimia.¹⁵

La presencia de desórdenes depresivos mayores y distimia es muy frecuente en mujeres y varones. Los estudios muestran que un 21.3% de las mujeres y un 13,7% de los varones experimenta un desorden de depresión mayor y que el 8% de las mujeres y el 4.8% de los varones experimentan distimia.

Clasificación de la población adulta mayor

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados, así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

Persona adulta mayor autovalente: Es la persona de 60 a más años capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica que permanece en diálisis, vive día a día a la espera de un trasplante que podría prolongar su vida, e incluso podría dejar al margen algunos acontecimientos que potencian la alteración del ánimo, como la pérdida de la visión a causa de la diabetes, enfermedad concomitante que se presenta en la mayoría de los casos de insuficiencia renal crónica. La vida de los pacientes en diálisis se ve gravemente afectada, aún más, en las personas no videntes que se dializan. La falta de visión los posiciona en un lugar de soledad e incomunicación, todo es extraño, ven obstaculizada la posibilidad de conocer el mundo de la diálisis y a las personas que interactúan con él.

El caso es que, todos los factores estresantes presentes en el paciente que se hemodializado afectan de una u otra forma los estados de ánimo, y con eso, la vida del individuo.

De tal modo, que describe a la persona como “un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo”. Además, la salud, depende de cómo la persona, tras la retroalimentación, ha experimentado el significado que para él representa su grado de bienestar o de enfermedad, y la conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre ambos.¹⁶

Existen tres niveles en los cuales puede actuar enfermería:

- “Prevención primaria” Son las acciones que se realizan antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión, aún no se produce la reacción, pero se conoce el grado de riesgo. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción, para esto se debe reforzar el enfrentamiento o la propia línea.

- “Prevención secundaria” Son las intervenciones o tratamientos que se entregan después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa, tras la aparición de los síntomas de la depresión.

Se emplean los recursos del paciente para estabilizar el sistema y reducir la reacción.

- “Prevención terciaria” Se produce después del tratamiento activo y acompaña al restablecimiento del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad, de esta forma, se conduce nuevamente a la prevención primaria.

Enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un paciente, de ésta forma, se hace necesario complementar una visión integral de las distintas disciplinas que interactúan en el bienestar de las personas y promover el cuidado de la salud, mejorar la calidad de vida, prevenir factores de riesgos y, quizás lo más importante, favorecer el cambio de rol, de “paciente” a “sujeto participante” en el cuidado y prevención de su salud.¹⁷

Síntomas principales de la depresión:

Los síntomas psicológicos incluyen:

- Bajo estado de ánimo o tristeza continua.
- Sentirse desesperado e impotente.
- Baja autoestima.
- Sentir ganas de llorar.
- Sensación de sentimiento de culpa.
- Sentirse irritable e intolerante con los demás.
- No tener la motivación o interés en las cosas.
- Dificultad para tomar decisiones.
- No conseguir ningún disfrute de la vida.
- Sentirse ansioso o preocupado.
- Tener pensamientos suicidas o pensamientos de hacerse daño.

Los síntomas físicos incluyen:

- Moverse o hablar más lentamente de lo habitual.
- Cambios en el apetito o el peso (por lo general disminuye, pero a veces aumenta).
- Estreñimiento.
- Dolores inexplicables.
- Falta de energía.
- Falta de interés en el sexo (pérdida de la libido).
- Cambios en su ciclo menstrual.
- Trastornos del sueño (por ejemplo, resulta difícil conciliar el sueño por la noche o despertarse muy temprano en la mañana).

Los síntomas sociales incluyen:

- No hacer bien su trabajo.
- Participar en un menor número de actividades sociales y evitar el contacto con los amigos.
- Descuidar sus aficiones e intereses.
- Tener dificultades en su hogar y la vida familiar.

Depresión según intensidad:

- ✓ Depresión leve tiene algún impacto en su vida diaria.
- ✓ Depresión moderada tiene un impacto significativo en su vida diaria.
- ✓ Depresión severa hace que sea casi imposible la vida cotidiana, algunas personas con depresión severa pueden tener síntomas psicóticos.

El Trastorno Depresivo Mayor puede ser único o recurrente, y presentar una intensidad leve, moderada o severa.

Trastorno distímico o distimia: Ánimo depresivo la mayor parte del día, la mayor parte de los días por un período no inferior a dos años sin

estar más de dos meses libre de síntomas y sin trastorno mayor del ánimo o manía.

Se caracteriza por dos o más de los siguientes:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnio.
- Falta de energía vital.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.^{18,19}

Factores de riesgo de depresión en adultos mayores

Estos pueden ser: factores personales, sociales, familiares, genéticos y cognitivos.

Factores personales: Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia.

Factores sociales: El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Factores familiares: Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente,

encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Factores genéticos: Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano, se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

Factores cognitivos: Los rasgos neuróticos de la personalidad, se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor, y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor.

Frecuentemente se observa la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo de depresión en el adulto mayor. Se sabe que las personas que pertenecen a este grupo de edad tienen una mayor predisposición biológica para el desarrollo de la depresión (por ejemplo, de causa vascular), aunque su frecuencia sea menor comparada con la de los adultos. Esto es así porque parece ser que los individuos de estas edades desarrollan una protección psicológica, secundaria a aspectos relacionados con una selectividad socioemocional y con la experiencia acumulada a lo largo de la vida.

Un estudio longitudinal de 2 años de seguimiento (de 1.164 personas mayores o iguales de 65 años); y otro de 10 años de seguimiento a 131 individuos, concluían que los factores predictores del inicio y de la persistencia de depresión tenían que ver con:

- Mayores resultados en la valoración basal de la depresión.
- Mala salud general auto manifestada.
- Bajo apoyo social (por ejemplo, soledad).
- Menor confianza.
- Múltiples enfermedades crónicas.
- Pobre capacidad funcional.
- Disminución de la agudeza visual.
- Percepción negativa de los cambios vitales.
- Escasa percepción de la capacidad para influir sobre los demás en situación basal.

Para la identificación de estos factores de riesgo es menester profundizar en la valoración neurológica. Se sugiere hacer hincapié en la necesidad de que el enfermero sepa explorar las cinco áreas: nivel de conciencia, estado emocional, intelecto, conducta y lenguaje. En este sentido las herramientas de que dispone el enfermero consisten en la observación estructurada y sistemática y la implementación de preguntas específicas con el fin de estimular cada una de estas áreas, tomando palabras de Florence Nightingale, la observación indica cómo está el paciente, la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar.

Las patologías neurológicas constituyen la causa de la mayoría de los trastornos crónicos, la pérdida de la función neurológica se asocia comúnmente a la pérdida de la función musculoesquelética y muchas veces ésta es la causa de inmovilidad en estos sujetos de atención.

Por su parte la inmovilidad representa un factor de riesgo para diversos sistemas: la integridad de la piel provocando úlceras por presión, el sistema digestivo generando estreñimiento y en relación a la circulación puede desencadenar trombosis venosa profunda.²⁰

A estos factores de riesgo se les van añadiendo otros más recientes como son aquellas personas mayores que ejercen de cuidadores, de los nietos, o de enfermos afectados de demencia (la sintomatología depresiva está presente en un 30-83%).

La depresión mayor ha sido identificada también como un factor de riesgo inverso para el desarrollo de otras enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2, y enfermedad cardiaca isquémica.

La depresión menor se asocia con una pobre autopercepción del estado de salud, con un incremento del uso de fármacos psicotrópicos, con una menor percepción de soporte social, con un estado civil no casado y con un conjunto de alteraciones entre las que podríamos citar:

- Un elevado riesgo de depresión mayor al multiplicar por 5.5 su riesgo, por lo que puede considerarse como un signo de alarma precoz para la misma.
- Un exceso de discapacidad.
- Un mayor uso de los servicios sanitarios.
- Mayores tasas de mortalidad, sobre todo en mujeres.
- Mayor deterioro de la salud por la presencia de enfermedades médicas.

Los factores de riesgo para la depresión crónica se encuentran más relacionados con el soporte social, con la presencia del control en la toma de decisiones más externalizado y con la salud física, que no con la severidad de la depresión mayor o con la historia familiar.

La edad suele intensificar el efecto perjudicial de los acontecimientos vitales estresantes recientes, y disminuye el efecto perjudicial de la alteración funcional en la depresión mayor crónica.²¹

2.2.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), también llamada Nefropatía en etapa terminal, es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, con incapacidad del organismo para la conservación del equilibrio de líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual determina un aumento en los niveles normales de uremia, produciendo retención de desechos en la sangre. Algunas de las causas más comunes de IRC son la hipertensión arterial, diabetes, glomerulonefritis y enfermedades del corazón, produciendo síntomas y signos como: falta de apetito, vómitos, cefaleas, insomnio, fatiga, irritabilidad, falta de tonicidad muscular, prurito, sequedad de piel, palidez, calambres, mal aliento entre otros.

En Perú, las etiologías más frecuentes de IRCT en adultos son:

- Diabetes I y II : 30.4 %
- Hipertensión arterial : 11.4 %
- Glomerulonefritis crónica : 10.2 %
- Desconocida : 24.4 % (diagnóstico en etapa terminal)

Principales manifestaciones clínicas:

Endocrino Metabólicas:

a) Intolerancia a los carbohidratos: Con respecto al metabolismo glucídico debe tenerse en cuenta que los estadios iniciales del síndrome urémico (característica principal de la IRC) existe una franca disminución del requerimiento insulínico en los diabéticos, debido a la escasa eliminación de insulina y al defecto de degradación de la misma a nivel renal.

b) Déficit de vitamina D: La hipovitaminosis D que se produce por déficit de su síntesis a nivel renal ocasionada por el compromiso parenquimatoso y por la hiperfosfatemia.

c) Hiperparatiroidismo: El hiperparatiroidismo es, de regla, secundario y se produce como consecuencia de una sostenida hipocalcemia que caracteriza a los primeros estadios de síndrome urémico y por defecto de degradación de la parathormona a nivel renal.

d) Impotencia e infertilidad: La impotencia e infertilidad se observa en más del 50% de pacientes con IRC y parece estar vinculadas con alteraciones del eje hipotálamo gonadal.²²

Inmuno-hematológicas:

a) Disfunción plaquetaria.

b) Anemia.

c) Alteración de la función de los leucocitos.

Gastrointestinales:

a) Anorexia, náuseas, vómitos, aliento urémico.

b) Estomatitis, gingivitis, parotiditis.

c) Gastritis, duodenitis.

d) Hemorragia digestiva.

e) Pancreatitis.

Cardiovasculares: a) Hipertensión arterial b) Arritmias c) Insuficiencia cardíaca d) Pericarditis e) Progresión a aterosclerosis. La pericarditis ha sido considerada, clásicamente, un signo de mal pronóstico. La hipertensión arterial puede ser causa o consecuencia del fallo renal crónico.

La insuficiencia cardíaca puede responder a sobrecargas hidrosalinas importantes, a daños valvulares asociados, endocarditis bacteriana compromiso miocárdico primario, disfunción diastólica o sistólica por hipertrofia y dilatación. Las arritmias, generalmente tienen que ver con el comportamiento del potasio.

Otras manifestaciones: Neuromusculares: a) Neuropatía b) Encefalopatía urémica c) Asterixis d) Coma. Dermatológicas a) Prurito b) Escarcha urémica c) Hiperpigmentación.²³

Respaldo normativo para la atención integral de salud al adulto Mayor en el Perú

En el marco normativo que contextualiza al adulto mayor en el Perú, confluyen tanto leyes como planes, lineamientos y otras regulaciones que norman a favor de los mismos. El objetivo principal de este marco normativo es generar condiciones óptimas para el desarrollo de la población adulta mayor, es así que surge la "Ley de las Personas Adultas Mayores", N0 28803, aprobada en el Congreso de la República del Perú, el 19 de julio 2006.

El incremento demográfico de la población adulta mayor y la inexistencia de una legislación específica para hacer valer los derechos fundamentales.²⁴

2.2.3. INSUFICIENCIA RENAL Y DEPRESIÓN

Implicaciones Físicas

Hemodiálisis. - Aunque la tecnología de la hemodiálisis ha mejorado con respecto al confort que provee, permite que el paciente tenga una dieta más equilibrada, que tenga presiones arteriales tolerables, previene la nefropatía urémica además de que ha mejorado la tasa de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes; también tiene algunos inconvenientes de la propia enfermedad que son al final factores estresantes.

Estresores físicos de la diálisis incluyen: hipotensión, náusea, vómito, calambres musculares, cefalea, dolor de pecho, fatiga, disfunción sexual (impotencia en varones), formación negativa de la propia imagen corporal.

Implicación Laboral

Uno de los cambios a nivel de la vida cotidiana en pacientes con insuficiencia renal terminal en diálisis es que hay una reducción de sus actividades laborales o de estudio, es muy difícil desempeñar este tipo de actividades ya que tienen que acudir a realizarse hemodiálisis 3 veces

por semana generando dificultades para poder desempeñar o realizar esas actividades con normalidad.

En el caso de los pacientes trasplantados esto se mantiene ya que hay temor al rechazo del injerto por sobreesfuerzo, infecciones y otras circunstancias que podrían afectarlo. Pero también hay limitantes sociales laborales que impedirán que ellos se reincorporen a sus actividades ya que se habrá creado una percepción de limitación física.

Introduce a la vida del paciente con insuficiencia renal crónica y a su familia otro estresor ya que inevitablemente la misma enfermedad produce un cambio drástico en la dinámica familiar que muchas veces es difícil de revertirla aun cuando ha habido trasplante.²⁵

Implicaciones Psicológicas

El paciente con IRCT presenta diversos grados de alteraciones emocionales tales como ansiedad y depresión asociadas a la sintomatología orgánica y las limitaciones impuestas por la IRC y el tratamiento.

El impacto psicológico de la insuficiencia renal terminal está directamente relacionado con el tratamiento que recibe cada paciente, con el modo en el que evoluciona la enfermedad (síntomas físicos) y las enfermedades concomitantes. También está relacionada con la forma de afrontar y adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad.²⁶

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración psicológica y conductual, y con la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.²⁷

En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a

las sesiones o actitudes excesivamente infantiles. Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquellos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensar en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos.

Por otro lado, la enfermedad surge dentro del contexto familiar y afecta a las relaciones y dinámicas que se establecen en el seno de la misma. Del tipo de dinámica familiar depende la forma en que las transacciones interpersonales se lleven a cabo.

Una posibilidad extrema es que el sujeto indiferenciado se fusione con la familia; es decir, que su yo esté tan revuelto con el de los demás de la familia, que no vive su vida en forma individual, sino en forma emocional y grupal. Otra posibilidad extrema es que se desconecte; es decir, que se aleje completamente de la familia al no resolver su problemática y crearle una gran ansiedad.

Como parte de esta experiencia de la vida y de la enfermedad, se accede al conjunto de subjetividades personales desde la mirada de quien padece la enfermedad renal crónica terminal por medio de la narrativa personal. Lo que permite esta narrativa del padecer es atravesar de manera transversal los diversos filtros institucionales que marginan a los sujetos de ámbitos y actividades sociales comunes correspondientes a una experiencia social sin la enfermedad.²⁸

2.2.4. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:

Se requiere valorar al adulto mayor desde una perspectiva integral que permita identificar los problemas emocionales que presentan.

En este contexto la enfermera juega un rol importante en la atención del adulto mayor ya que se encuentra capacitada para brindar una atención integral en forma oportuna, segura, continua y humanística, la cual se basa en la esencia del cuidado que tiene como objetivo facilitar la participación del paciente geriátrico en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades, sobre todo si se considera la gran limitación que presenta el paciente en hemodiálisis.

El profesional de enfermería es, dentro del equipo de salud, el que cumple la función más integral respecto del adulto mayor ya que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del anciano en la que no intervenga ya que es quien está constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería.

Peplau, una de las teóricas, se refiere a enfermería como un proceso altamente significativo, terapéutico e interpersonal, tanto para el paciente como para la enfermera.

Es así como, el papel que juega enfermería entorno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas, ya que nuestras actividades (educativa, administrativa, asistencial) van dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo, sin olvidar la capacitación continua que deben realizar las enfermeras que trabajan con adultos mayores con gran limitación como son los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal.

La familia en estas circunstancias juega un importante rol, pues son ellos los que llevarán la responsabilidad de hacer que el adulto mayor hemodializado se sienta útil, activo, con sensación de poder y acompañado.

Como resultado de las intervenciones se tendrá un mayor número de adultos mayores motivados, con las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes propios de la edad, adhiriéndose a sus tratamientos, mostrando actitudes de autocuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios de la edad.

El paciente con su tratamiento sustitutivo de la función renal es un paciente que se encuentra con una serie de limitaciones físicas, funcionales y psicológicas y ello es una enorme carga para el mismo y para su familia que genera depresión; que la enfermera debe sopesar a fin de intervenir con el paciente y con la familia a fin de que el paciente no se sienta un peso para la familia.

El paciente se encuentra horas en el tratamiento sustitutivo que la enfermera durante su recargada labor debe buscar momentos para levantar la autoestima del paciente y que el tratamiento sea placentero en la medida posible.²⁹

TEORÍA DE ENFERMERÍA: HILDEGARD PEPLAU

Relación enfermero-paciente

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, describe cuatro fases en la relación entre enfermero y paciente: Orientación, Identificación, Aprovechamiento, y Resolución. Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

- Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
- Identificación: El enfermero facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

- **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
- **Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

Así la labor de enfermería sobre la base de la teoría de Peplau es promover en el enfermo que no está solo en su enfermedad que sienta el apoyo familiar y profesional a fin de superar o adaptarse a una nueva forma de vivir compatible con sus aspiraciones.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

DEPRESIÓN.- Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

ADULTO MAYOR.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.

FACTOR DE RIESGO.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL.- La enfermedad renal terminal es una enfermedad renal grave o un fallo renal crónico que ha reducido el funcionamiento del riñón a un 10 por ciento o menos de lo normal y que obliga al paciente a someterse a diálisis o a un trasplante para poder sobrevivir.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.- Se define como la disminución de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, instaurados en horas a días.

DEPRESIÓN CRÓNICA. - Aquella depresión mayor en la que se cumplen criterios diagnósticos durante dos o más años.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE. - Durante un episodio depresivo grave, la persona puede experimentar baja autoestima, sentimientos de inutilidad o de culpa significativa, angustia o agitación considerable o, en algunos casos, inhibición de la conducta. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Durante este episodio la persona tiene una gran dificultad para continuar con sus actividades laborales, familiares y sociales.

EPISODIO DEPRESIVO LEVE. - Durante un episodio depresivo leve, la persona suele presentar ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrute, y aumento de la fatiga. También presenta algunas dificultades para llevar a cabo sus actividades laborales, familiares y sociales, aunque es probable que no las deje de hacer por completo. El episodio debe durar al menos dos semanas y ninguno de los síntomas está presente en un grado intenso.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO. - Durante un episodio depresivo moderado, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Habitualmente, la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades laborales, familiares y sociales.

DEPRESIÓN RESISTENTE. - Aquella cuyos síntomas se mantienen tras dos o más ensayos con antidepresivos y se considera que no responden al tratamiento agudo a aquellos pacientes que no responden a un único ensayo de tratamiento.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. - Son las habilidades concretas y específicas que utilizan las personas cuando se enfrentan a una situación.

FLUCTUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO. - Cambios en el estado de ánimo que pueden variar entre momentos de euforia a momentos de tristeza.

ANHEDONIA. - Incapacidad para experimentar placer. Pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reacción a los estímulos habitualmente placenteros.

HEMODIÁLISIS. - Tratamiento sustitutivo de la función renal que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas tóxicas de la sangre.

FUNCIÓN RENAL. - Rol del riñón de eliminar las sustancias toxicas del organismo en estado líquido.

DIÁLISIS. - Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES. - Patologías que ocurren durante el mismo período de tiempo de una enfermedad.

2.4. Hipótesis de la investigación

2.4.1. Hipótesis General

No aplica

2.5 VARIABLES

Variable independiente

Depresión en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal

Indicador: Presente, ausente

Variable dependiente

-Edad

-Sexo

- Estado civil

- Percepción de apoyo familiar

- Tiempo de tratamiento

-Enfermedades concomitantes

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

-Depresión en pacientes adultos mayores con tratamiento sustitutivo de la función renal. - Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza o falta de placer, problemas en la psicomotricidad, apetito, sueño, impulsos, pensamientos, somatizaciones.

-Edad. - Años de vida.

-Sexo. - Conjunto de personas que tienen características generales comunes.

-Estado civil. - Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

- Percepción de apoyo familiar. - Apreciación que el paciente tiene de apoyo por parte de la familia.

-Tiempo de tratamiento. - Tiempo que se encuentra recibiendo sustituto de la función renal.

-Enfermedades concomitantes. - Patologías que ocurren durante el mismo período de tiempo de una enfermedad.

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

- Depresión en pacientes adultos mayores con tratamiento sustitutivo de la función renal. - Variable categórica que será medido en escala nominal.

- Edad. - Variable que se categorizará en grupos etáreos y se medirá en escala ordinal.

- Sexo. - Variable dicotómica que se medirá en escala nominal.

- Estado civil. - Variable categórica que se medirá en escala nominal.

- Percepción de apoyo familiar. - Variable categórica que se medirá en escala nominal.

- Tiempo de tratamiento. - Variable que se categorizará en intervalos de tiempo y se medirá en escala ordinal.

- Enfermedades concomitantes. - Variable dicotómica que se medirá en escala nominal.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Depresión en pacientes adultos mayores con tratamiento sustitutivo de la función renal	V. D.	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza o falta de placer, problemas en la psicomotricidad, apetito, sueño, impulsos, pensamientos, somatizaciones	Variable categórica que será medido en escala nominal	Depresión	Si No	Inventario de Beck	Paciente
Edad	V. I.	Años de vida cronológica	Años	Edad	Grupos etáreos	Ficha de datos	Paciente

Sexo	V. I.	Características sexuales	Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Ficha de datos	Paciente
Estado civil	V. I.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Estado civil	Estado civil	Soltero, Casado Viudo Divorciado	Ficha de datos	Paciente
Percepción de apoyo familiar	V. I.	Apreciación de apoyo familiar	Apreciación	Apoyo familiar	Inadecuada Adecuada	Ficha de datos	Paciente
Tiempo de tratamiento	V. I.	Tiempo de tratamiento	Tiempo	Tiempo	Años en tratamiento	Ficha de datos	Paciente
Enfermedades concomitantes	V. I.	Enfermedades asociadas	Enfermedades	Enfermedades concomitantes	Presente Ausente	Ficha de datos	Paciente

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, porque no se modificó la variable, transversal por que la medición es una sola vez, prospectiva pues los datos son obtenidos a propósito de la investigación.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, pues solo se describe la variable de estudio.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo pues después del análisis de cada característica se podrá tener una conclusión global

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica, exclusivamente en la Unidad de Hemodiálisis.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Paciente adulto mayor que se encuentre con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital

“Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica entre Junio - Agosto del 2017 que es de 96 adultos mayores.

3.3.2. MUESTRA

Se estudió en la población según criterio de inclusión, se estimó 20% de pacientes excluidos.

N = 76

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes adultos mayores en hemodiálisis que deseen participar en el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes adultos mayores que no desean participar del estudio.

Pacientes que tienen limitaciones para responder el cuestionario.

Pacientes adultos mayores menores de 60 años de edad.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

La técnica que se utilizó fue la encuesta a los pacientes dializados con el fin de obtener información de cada paciente en lo referente a datos personales, y estado de ánimo.

El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Depresión de Beck-II de Beck, Steer y Brown, para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos.

3.4.2. INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. - Para los datos generales como: Edad, sexo, estado civil, tiempo de tratamiento y enfermedades concomitantes.

CUESTIONARIO DE BECK.

Este Inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella

frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, la que mejor se aproxima a su estado durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida. La puntuación total varía de 0 a 63.

En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Los puntos de corte figuran de la siguiente manera.

- Población Normal (sin depresión):	0-13 puntos
- Depresión leve:	14-19 puntos
- Depresión moderada:	20-28 puntos
- Depresión grave:	29- 63 puntos

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se realizó el Inventario de Depresión de Beck-II, para determinar la adaptabilidad del instrumento a nuestra realidad.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El paciente es encuestado luego que nos brinde su autorización en la sala de espera de la Unidad de Diálisis mientras espera su turno, con el apoyo de los familiares.

A la información obtenida mediante la encuesta y el inventario de depresión de Beck se le aplicó un análisis cuantitativo mediante el software Excel 2016. Las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos fueron porcentajes (%), los cuales son representados a través de tablas y gráficos, según la naturaleza de cada variable.

La información cuantitativa se recolecta y procesa en una base de datos de Excel 2016. Para el análisis estadístico además se utilizó el programa SPSS v23 para determinar las tablas descriptivas.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

Los pacientes fueron informados sobre los objetivos, la naturaleza, el tiempo de duración del estudio, finalidades de la investigación, y el carácter anónimo y confidencial de los datos que brindaron.

Los datos son analizados en forma global y los resultados solo serán de utilidad para la investigación.

Previamente se le lee el consentimiento informado a fin de que autorice la aplicación del cuestionario y las preguntas generales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 01
DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS
DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA” ESSALUD DE ICA EN
JUNIO - AGOSTO DEL 2017

DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Leve	20	26.3%
Moderada	33	43.4%
Grave	23	30.3%
Total	76	100.0%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que en su totalidad los pacientes adultos mayores con tratamiento sustitutivo de la función renal tienen cierto grado de depresión, y en su mayoría es de tipo moderada 43.4% (33), seguida de la grave 30.3% (23) y la leve 26.3% (20)

Gráfico N° 01

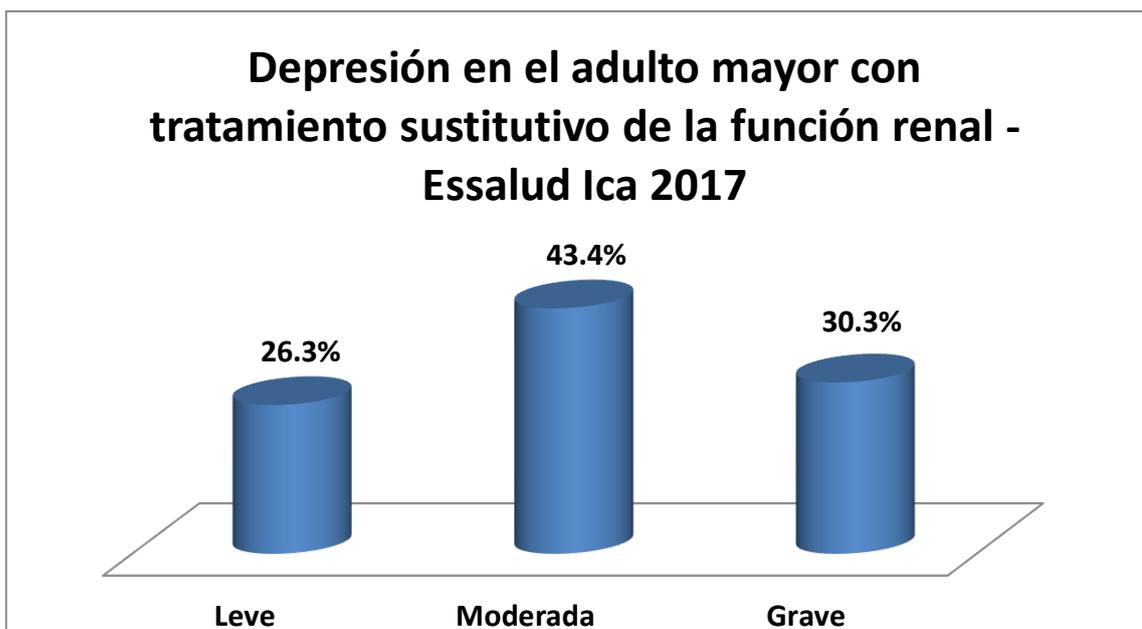


Tabla N° 02

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN EDAD DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017

DEPRESIÓN	60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a más años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LEVE	4	50.0%	8	44.4%	6	22.2%	2	8.7%	20	26.3%
MODERADA	3	37.5%	7	38.9%	15	55.6%	8	34.8%	33	43.4%
GRAVE	1	12.5%	3	16.7%	6	22.2%	13	56.5%	23	30.3%
TOTAL	8	100%	18	100%	27	100%	23	100%	76	100%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que la depresión leve es más prevalente en los grupos etáreos de 60 a 64 años 50%(4), la moderada entre 70 a 74 años 55.6% (15) y la grave en los de 75 a más años 56.5% (13).

Gráfico N° 02

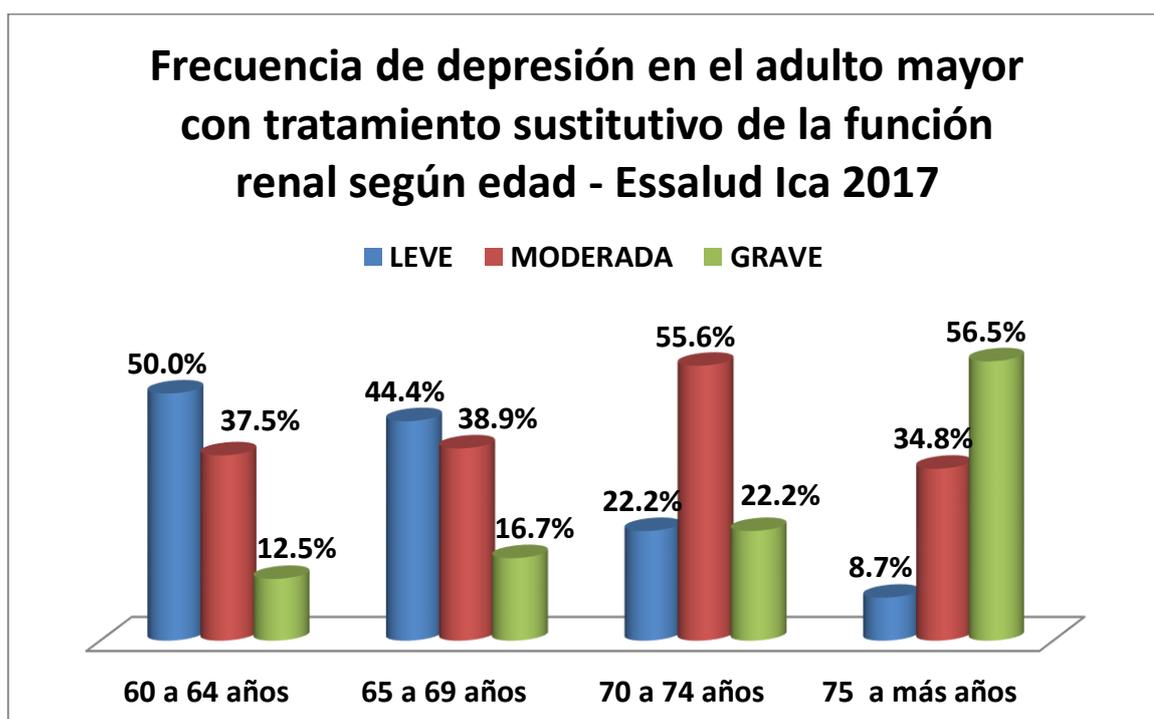


Tabla N° 03

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN SEXO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017

DEPRESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	N	%	N	%	N	%
LEVE	6	14.6%	14	40.0%	20	26.3%
MODERADA	19	46.3%	14	40.0%	33	43.4%
GRAVE	16	39.1%	7	20.0%	23	30.3%
TOTAL	41	100%	35	100%	76	100%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que la depresión leve es más prevalente en el sexo femenino 40% (14), la moderada es similar en ambos sexos con cierto predominio del masculino 46.3% (19), y el grave es más prevalente en el sexo masculino 39.1% (16).

Gráfico N° 03

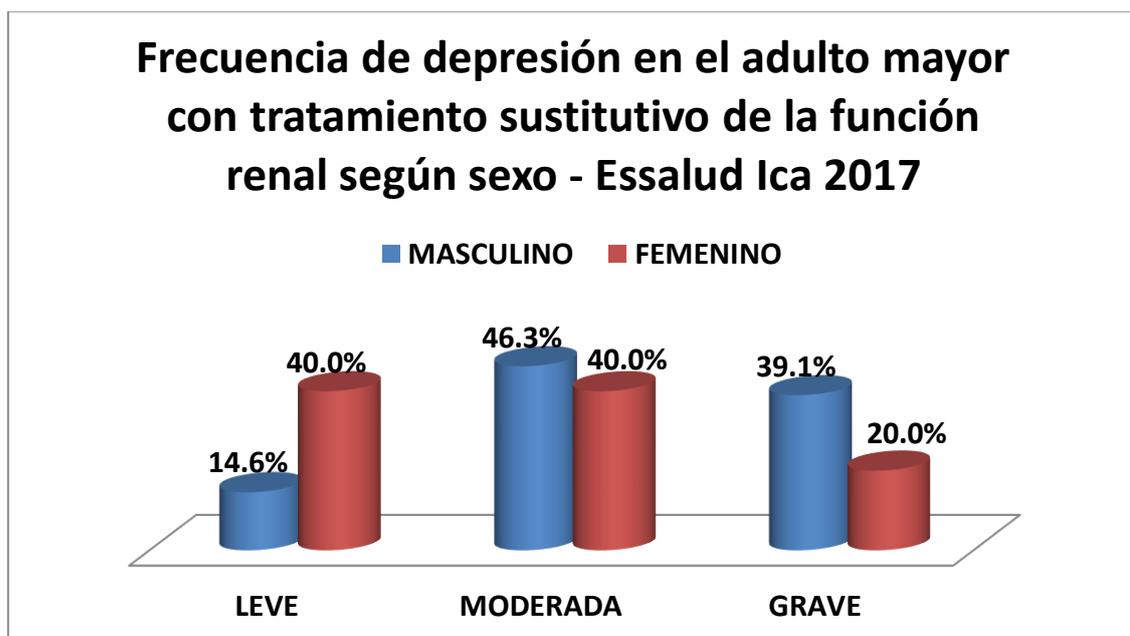


Tabla N° 04

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS
SEGÚN ESTADO CIVIL DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA” ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017**

DEPRESIÓN	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LEVE	6	27.3 %	7	25.9 %	3	33.3 %	4	22.2%	2	26.3 %
MODERADA	7	31.8 %	1	44.5 %	4	44.5 %	10	55.6%	3	43.4 %
GRAVE	9	40.9 %	8	29.6 %	2	22.2 %	4	22.2%	2	30.3 %
TOTAL	2	100%	2	100%	9	100%	18	100%	7	100%
	2		7						6	

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que la depresión leve es más prevalente en el viudo 33.3% (3), el moderado en el divorciado 55.6% (10) y el grave en el soltero 40.9% (9).

Gráfico N° 04

Frecuencia de depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal según estado civil Essalud Ica 2017

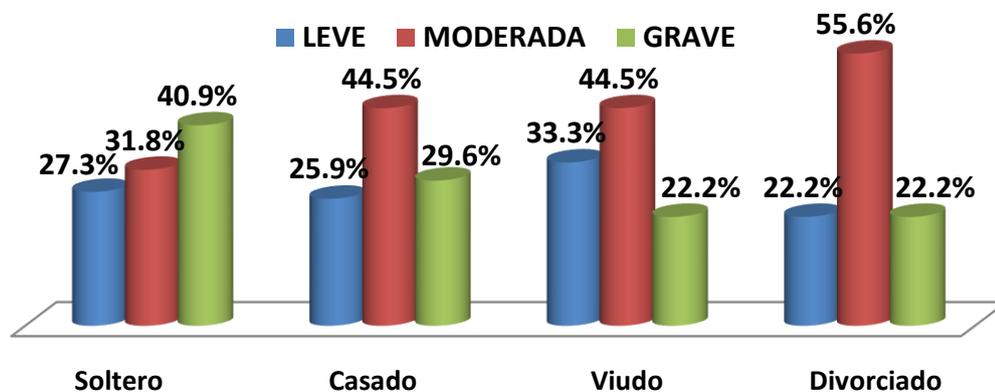


Tabla N° 05

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017

DEPRESIÓN	INADECUADO		ADECUADO		Total	
	N	%	N	%	N	%
LEVE	7	17.0%	13	37.1%	20	26.3%
MODERADA	17	41.5%	16	45.7%	33	43.4%
GRAVE	17	41.5%	6	17.2%	23	30.3%
TOTAL	41	100%	35	100%	76	100%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

Se observa que en la depresión leve son más prevalentes en los que perciben como adecuado el cuidado familiar 37.1% (13), la moderada tiene prevalencia similar con cierta predominancia en el grupo que percibe como adecuado el cuidado familiar 45.7% (16) y la grave es más prevalente en los pacientes que perciben el cuidado familiar como inadecuado 41.5% (17).

Gráfico N° 05

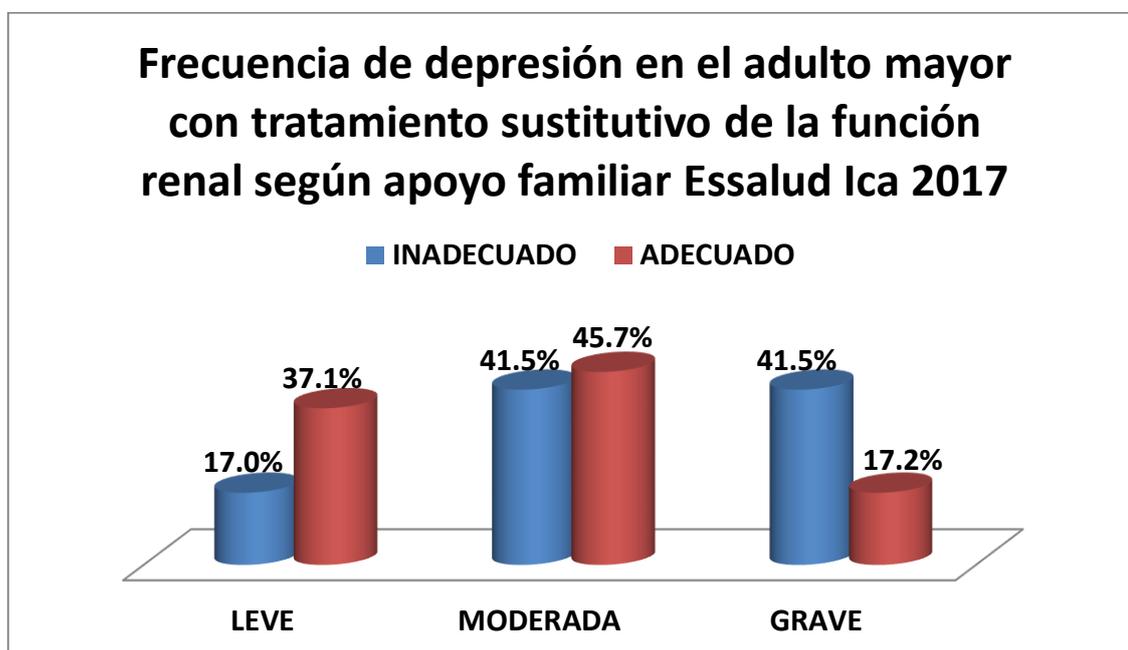


Tabla N° 06

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017

DEPRESIÓN	Menos de 2 años		2 a 4 años		Más de 4 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LEVE	6	27.3%	9	24.3%	5	29.4%	20	26.3%
MODERADA	7	31.8%	18	48.6%	8	47.1%	33	43.4%
GRAVE	9	40.9%	10	27.1%	4	23.5%	23	30.3%
TOTAL	22	100%	37	100%	17	100%	76	100%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que la depresión leve es similar según tiempo de tratamiento, la depresión moderada es más prevalente en los que se encuentran con 2 a 4 años de tratamiento, mientras que la depresión grave es más prevalente en los que están con menos de 2 años en tratamiento.

Gráfico N° 06

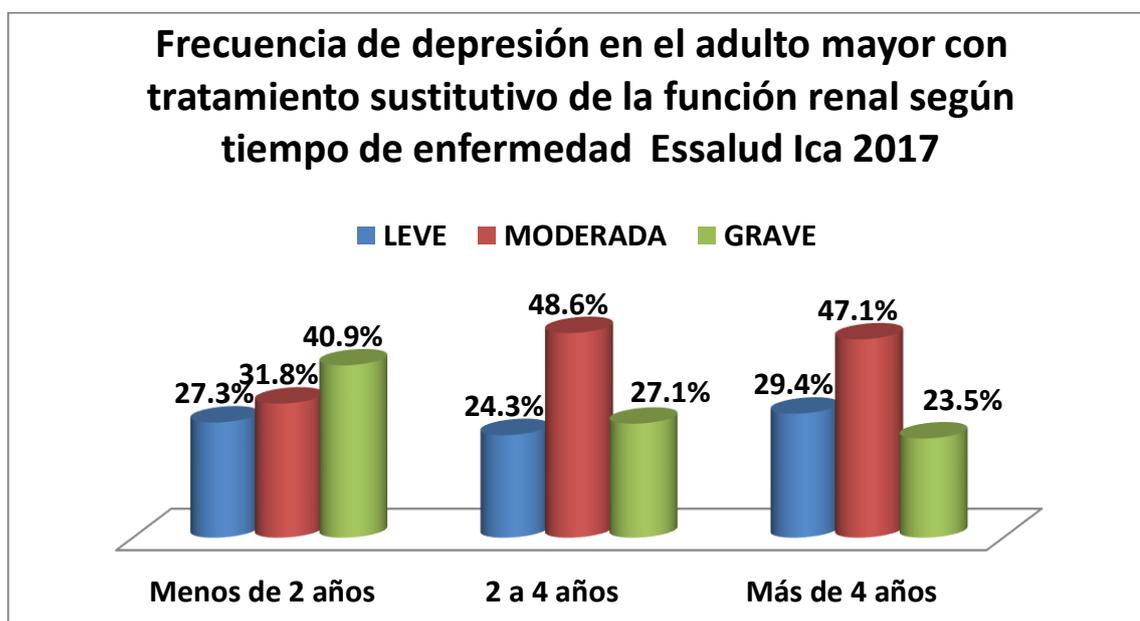


Tabla N° 07

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SEGÚN ENFERMEDADES CONCOMITANTES DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD DE ICA EN JUNIO – AGOSTO DEL 2017

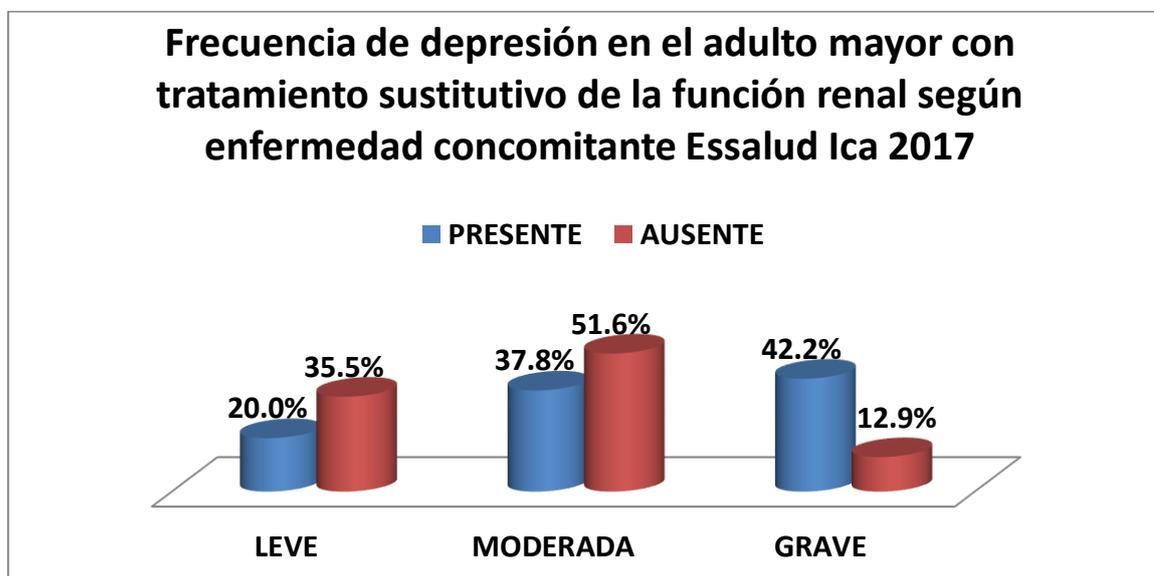
DEPRESIÓN	PRESENTE		AUSENTE		Total	
	N	%	N	%	N	%
LEVE	9	20.0%	11	35.5%	20	26.3%
MODERADA	17	37.8%	16	51.6%	33	43.4%
GRAVE	19	42.2%	4	12.9%	23	30.3%
TOTAL	45	100%	31	100%	76	100%

Fuente: H°AHM°ESSALUD-ICA

En la tabla se muestra que en la depresión leve es más prevalente en los que no presentan enfermedades concomitantes 35.5% (11), la depresión moderada es más prevalente en los que no presentan enfermedad concomitante 51.6% (16), mientras que la depresión grave es más prevalente en los que presentan alguna

enfermedad concomitante 42.2% (19) como son diabetes, hipertensión arterial o accidentes cerebro vasculares.

Gráfico N° 07



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la investigación sobre la depresión en los adultos mayores, con tratamiento sustitutivo de la función renal, se encuentra que ello se relaciona con algunas variables socio epidemiológicos, en general en la tabla N° 01 se observa que todos los pacientes tienen algún grado de depresión por su condición de ser pacientes, con sustituto de la función renal encontrándose que el 26.3% tienen depresión leve, el 43.4% tienen depresión moderada y el 30.3% tienen depresión grave. Banda I.¹² encuentra en Lima Perú depresión moderada en el 38,9% y

depresión grave en el 34.7%. Al respecto Gómez L.⁶ en España encuentra que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis También Villagómez L⁷. en México concluye que la prevalencia global de depresión en la población estudiada fue alta además Perales C. concluye en su estudio realizado en España que la depresión es el principal predictor de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. Y Capote E.⁹ en Cuba encuentra asociación entre depresión y calidad de vida, todo ello indica que la depresión en parte de una cadena de fenómenos adversos a la vida del paciente con sustituto de la función renal. De igual manera en Perú Villanueva C.¹¹ concluye lo antes mencionado, que existe una relación significativa entre las variables depresión y la calidad de vida, pues la depresión disminuye la autoestima de los pacientes que también se observó en el estudio, lo que repercute en la calidad de vida.

En la tabla N° 02 se muestra que la depresión leve predomina en los de 60 a 64 años de edad, la moderada en los de 70 a 74 años de edad y la grave en los de 75 a más años de edad, ello en función de que los de mayor edad tiene asociación con otras variables más como enfermedades concomitantes, más tiempo en tratamiento y la tolerancia a la enfermedad es menor por lo que la depresión en este grupo etáreo es más manifiesto, aunque Murillo E.⁵ encuentra alta depresión en los adultos mayores con enfermedad renal terminal en hemodiálisis sin que este se relacione con el tiempo de tratamiento, lo que se debería a otras variables como la distracción durante el tratamiento u otras que se desarrollan en estos lugares y que no se realizan en Ica.

En la tabla N° 03 se determinó que la depresión también se encuentra relacionada, con el sexo pues la depresión leve es más manifiesta en el sexo femenino, mientras que la grave en el sexo masculino ello en función de que el sexo femenino, es más tolerante a las circunstancias adversas que el sexo opuesto, sin contar con algunas variables favorecedoras que presentan los del sexo femenino que hacen que toleren mejor las circunstancias adversas, como es el de tener más apoyo familiar. Banda I.¹² en Lima Perú encuentra mayor

prevalencia de pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal en el sexo masculino.

En la tabla N° 04 se determinó que la depresión leve predomina en los viudos 33.3%, la moderada en los divorciados 44.4% y la grave en los solteros 40.9% aunque las diferencias no son significativas, pero se manifiesta tendencia a como se muestran los resultados. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Banda I. en Lima pues no encontró diferencias según su estado civil, ello se debería que la realidad de Lima no dista significativamente con la de Ica.

En la tabla N° 05 se corroboró lo que se venía manifestando, la depresión leve es más frecuente en los que perciben el apoyo familiar como adecuado, mientras que en la depresión grave son más frecuentes en los que perciben el apoyo familiar como inadecuado. Lo que indica la importancia del apoyo familiar y profesional ante una enfermedad tan limitante como es el estar con tratamiento sustitutivo de la función renal. Al respecto Banda I.¹² encuentra que el no tener apoyo familiar como es el caso de los que no tiene parejas no se relaciona con el grado de presión pues la condición de casado no influyó en el estado anímico del paciente.

En la tabla N° 06 se compara los grados de depresión con la variable tiempo en tratamiento, encontrándose que al depresión leve es similar en los grupos comparado, la depresión moderada es más frecuente en los grupo de 2 a 4 años y más de 4 años, mientras que la depresión grave es más frecuente en los que se encuentran con menos de 2 años en tratamiento, probablemente porque aún no acepta la condición de su enfermedad que le limita en muchas actividades que normalmente pudo desarrollar cuando se encontraba sano. Sin embargo Murillo E. en México concluye que los hallazgos sugieren que la prevalencia de depresión es alta entre pacientes adultos y parece ser independiente del tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia⁵ probablemente se debería a que las condiciones en que el paciente lleva su enfermedad son diferentes a los que se llevan en la ciudad de Ica, que podría ser por el mayor poder adquisitivo que tiene este País.

En la tabla N° 07 las diferencias son marcadas pues las que tienen mayores limitaciones, tanto por el tratamiento sustitutivo de la función renal, como por

otras enfermedades concomitantes la depresión se hace más intensa, así se determinó que la depresión leve predomina en los que no tienen enfermedades concomitantes 35.5%, o es depresión moderada 51.6% mientras que en la depresión grave se encuentra sobre todo en los que presentan otras enfermedades concomitantes 42.2%, como es la diabetes hipertensión arterial, limitaciones físicas por accidente cerebrovasculares con. Estrada, A. encuentra en Colombia que en general, la pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva.¹⁰ Es de mencionar además que Pévez C.¹³ en Ica encuentra depresión en pacientes que presentan otras enfermedades que cursan en forma concomitantes a la enfermedad de fondo que el tratamiento sustitutivo de la función renal.

CONCLUSIONES

- 1.- En su totalidad los pacientes adultos mayores, con tratamiento sustitutivo de la función renal tienen cierto grado de depresión, leve el 26.3%, moderada el 43.4%, y grave en 30.3%.
- 2.- La depresión leve es más prevalente en los grupos etáreos de 60 a 64 años, 50%, la moderada entre 70 a 74 años 55.6% y la grave en los mayores de 74 años en 56.5%.
- 3.- La depresión leve es más prevalente en el sexo femenino 40%, la moderada es similar en ambos sexos con cierto predominio del masculino 46.3%, y el grave es más prevalente en el sexo masculino en 39.1%.
- 4.- La depresión leve es más prevalente en el viudo en 33.3%, el moderado en el paciente divorciado en 55.6% y el grave en el soltero en 40.9%.
- 5.- La depresión leve es más prevalente en aquellos pacientes que perciben como adecuado el cuidado familiar 37.1%, la moderada tiene prevalencia similar,

con cierta predominancia en el grupo que percibe como adecuado el cuidado familiar 45.7% y la grave es más prevalente en los pacientes que perciben el cuidado familiar como inadecuado en 41.5%.

6.- La depresión leve es similar según tiempo en tratamiento, la depresión moderada es más prevalente en los que se encuentran con 2 a 4 más años en tratamiento, mientras que la depresión grave es más prevalente en los que están con menos de 2 años en tratamiento.

7.- La depresión leve es más prevalente en los que no presentan enfermedades concomitantes en 35.5%, la moderada es más prevalente en los que no presentan enfermedad concomitante en 51.6%, mientras que la depresión grave es más prevalente en los que presentan alguna enfermedad concomitante en 42.2%.

RECOMENDACIONES

1.- El paciente en tratamiento sustitutivo de la función renal, es un paciente con gran limitación sobre todo el tiempo utilizado para la diálisis, por lo que la depresión tendrá lugar siempre en estos pacientes en diferentes grados, recomendándose que el personal de enfermería debe cubrir estas limitaciones con consejos e información sobre la mejor manera de llevar a cabo esta enfermedad. Requerir apoyo de personal de salud (Nutrición, Psicología y Psiquiatría).

2.- Insistir sobre todo en el grupo etáreo mayor, pues son los más vulnerables, recomendándole a la familia a fin de que colabore con el tratamiento conjunto en pro de distraer y hacer del paciente un ciudadano útil.

3.- El grupo vulnerable es el sexo masculino, recomendándose que, sin descuidar al sexo femenino, promover mayor cuidado al paciente masculino, en un trabajo conjunto con la familia, fomentando que el paciente se encuentre siempre acompañado y querido por sus familiares y por la sociedad donde

incluso puede cumplir ciertos roles adaptando sus horarios a las necesidades del paciente.

4.- La depresión no está en relación con el estado civil, pero debe tenerse mejor empeño en los que se encuentran solos que son aquellos como los solteros, viudo y divorciados.

5.- En los pacientes que están en hemodiálisis la compañía y el cuidado es pilar fundamental para superar las deficiencias y limitaciones que esta enfermedad trae por lo que la familia en su conjunto debe recibir sesiones educativas por el profesional de enfermería indicando en que consiste esta enfermedad y que efectos colaterales puede traer la hemodiálisis a fin de que puedan afrontar y comprender al paciente. Por lo tanto, la intervención de enfermería es también a los familiares a fin de que el paciente no perciba abandono familiar.

6.- La depresión tiene una presencia predominante en aquellos pacientes que no tienen mucho tiempo en tratamiento, pues les cuesta adaptarse al nuevo estilo de vida por lo tanto se recomienda tener mayor énfasis en este grupo de pacientes a fin que, con las orientaciones puedan afrontar y superar en el menor tiempo posible esta condición de vida, siendo de gran importancia la visita de psicólogos en este periodo, evitar cambios bruscos en los estilos de vida lo que se logra con ayuda conjunta a fin de que el paciente no se sienta disminuido y continúe con sus labores de siempre.

7.- Si la condición de paciente hemodializado le produce depresión, a ello se agrega la presencia de otras enfermedades como diabetes e hipertensión, que también limitan y dependen al paciente de un tratamiento de por vida, pues entonces son estos pacientes con mayor intensidad de depresión por lo que son los que deben tener un trato más minucioso y monitoreados de cerca siendo el grupo de mayor vulnerabilidad de presentar suicidios, por lo tanto fomentar distracciones periódicas ayudaría a evitar depresiones, ello a través de visitas o acudir a centros de esparcimiento como lozas deportivas o parques de recreación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima) 2015. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
- 2.- OMS. 2013. Estadísticas sanitarias Mundiales. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf.
- 3.- Loza C. (2016). Análisis de la situación de la Enfermedad Renal Crónica en el Perú. Dirección General de Epidemiología. Sociedad Peruana de Nefrología Mayo-2016. Disponible en: www.dge.gob.pe/portal/docs/renace/JornadaCientifica/miercoles21/ASISCNEP CE.pdf.
- 4.- INEI Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2016. Situación de la Población Adulta Mayor Octubre-Noviembre-Diciembre 2016. Informe Técnico N° 1 – Marzo 2017. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>.

- 5.- Murillo E. 2016. Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):429-33.
- 6.- Gómez L. 2015. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Enferm Nefrol 2015: Abril-Junio; 18 (2): 112/117. España.
- 7.- Villagómez L. 2014. Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. Dial Traspl. 2014;35(3):98---102 México.
- 8.- Perales C. 2012. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.
- 9.- Capote E. 2012. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Cuba. Revista Cubana de Medicina Militar. 2012;41(3): 237-247.
- 10.- Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Ordóñez, J. Osorio, J. Chavarriaga, L. 2013. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Colombia.
- 11.- Villanueva C. 2014. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital De EsSalud en Lima – Perú, 2014. Revista de Investigación Universitaria, 2015, Vol. 4 (1): 42-50.
- 12.- Banda I. 2012. Factores epidemiológicos de depresión en pacientes hemodializados en el Hospital Nacional PNP, Lima - Perú en Setiembre 2012 a Diciembre del 2012. Lima; s.n; 2013. 55 p. tab, graf.
- 13.- Pévez C. 2011. Características sociodemográficas y clínicas asociadas a depresión mayor Hospital Augusto Hernández Mendoza.
- 14.- Gabela M. 2012. Valoración del perfil del estado de salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica en fase terminal de la unidad de diálisis satélites del instituto ecuatoriano de seguridad social respecto a los pacientes que recibieron un trasplante renal en el hospital metropolitano de Quito desde abril 2010 hasta octubre del 2012. Quito Ecuador.

- 15.- López S. (2016). Depresión Mayor. Actualización 2016. Recomendaciones SEMERGEN. Mayo 2016. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/307211535>.
- 16.- González A. (2014). Apoyo emocional de la enfermera y depresión en el paciente hemodializado - Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. 2014 Trujillo.
- 17.- Universidad Internacional de Valencia. Tecnología y Salud. Los niveles de prevención de enfermedades. Características fundamentales. 2017.
- 18.- Cevallos J. 2012. Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012. Ecuador.
- 19.- Pupiales A. 2012. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012. Ecuador.
- 20.- OMS. La salud mental y los adultos mayores. Abril 2016. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/.
- 21.- Del Rio R. 2015. Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional- 2015 Lima. Perú.
- 22.- Montero M. Familia e insuficiencia renal crónica terminal. Enfermedad y Familia. Primera Edición, mayo 2014. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
- 23.- Gamarra G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. Acta Med Colomb. 2013 jul; 38(3):116-117.
- 24.- Presidencia de la república del Perú. Diario oficial el Peruano. Normas Legales/ jueves, 25 de mayo de 2017. Disponible en: busquedas.elperuano.com.pe/.../ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-140724.

- 25.- Giera L. Análisis del estado de ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en nuestros centros de Hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2014; 17 Suppl (1): 9/31. Chile.
- 26.- Pérez C. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2015: Abril-Junio; 18 (2): 89/96. Chile.
- 27.- Rivera A, Montero L, Sandoval R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Ment.* 2012 Ago; 35(4): 329-337.
- 28.- Ardian Santos M. Nivel de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis del Centro de Diálisis del Cono Norte Lima - Perú 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, 2015.
- 29.- Mena Gómez I. (2014). Las teorías de enfermería y la relación enfermera paciente: aplicación para la práctica. *Revista Científica de Enfermería*. Vol. XV, N° 10. Enero – junio 2014.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRÍZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INSTRUMENTO	FUENTE
<p>V. Dependiente</p> <p>Depresión</p> <p>V. Independientes</p> <p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>-Estado civil</p> <p>-Percepción de apoyo familiar</p> <p>-Tiempo de tratamiento</p> <p>-Enfermedades concomitantes</p>	<p>¿Cuál es la prevalencia de depresión en el paciente adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017?</p>	<p>Determinar la prevalencia de depresión en el paciente adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - Essalud de Ica en Junio - Agosto del 2017.</p>	<p>Determinar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según edad del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p> <p>Precisar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según sexo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p> <p>Evaluar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según estado civil del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p>	<p>Inventario de Beck.</p>	<p>Paciente</p>

			<p>Indicar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según percepción de apoyo familiar del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p> <p>Determinar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según tiempo de tratamiento del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p> <p>Precisar la frecuencia de depresión del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal en el servicio de hemodiálisis según enfermedades concomitantes del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud de Ica en Junio-Agosto del 2017.</p>		
--	--	--	---	--	--

ANEXO 2



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha _____

DATOS DE FILIACIÓN:

Edad: _____

Sexo: Masculino ()
Femenino ()

Cuál es la percepción que tiene Usted con respecto al apoyo familiar que recibe en este estado actual

(Inadecuado) (Adecuado)

Tiempo de Tratamiento:

Estado civil

(Soltero) (Casado) (Viudo) (Divorciado)

¿Alguna otra enfermedad crónica presenta Usted junto a su enfermedad renal?

(Si) (NO)

¿Cuál? Especifique

(Diabetes) (Hipertensión arterial) (Amputaciones) (Heridas) (Otras)



ESCALA DE DEPRESIÓN BECK

Para completar el cuestionario, lea cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual

Puntuación

Nivel de depresión*

- 0-10Estos altibajos son considerados normales.
11-20Leve perturbación del estado de ánimo.
21-30Depresión moderada.
31-63Depresión grave.

ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADORA RESPONSABLE: TREYCI MARÍA ROJAS DIOSES

TITULO: DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL - SERVICIO DE HEMODIÁLISIS - HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD ICA JUNIO - AGOSTO 2017

Se me ha solicitado mi participación en la investigación que pretende conocer mi estado de salud psíquica (estado de ánimo) y alguna información sobre mi estado civil, edad tiempo de enfermedad y tratamiento y enfermedades asociadas que puedo presentar.

Al dar mi autorización de este estudio, yo estoy de acuerdo con que se me entregue el cuestionario y la ficha de datos que resolveré con toda tranquilidad y a voluntad.

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados sobre mi persona.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora responsable del proyecto
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

PACIENTE