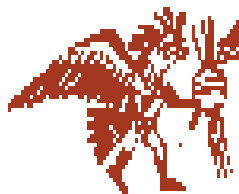


**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**



**TESIS**

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
DE UN CENTRO DE DIALISIS DE LIMA, 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**Br. JUAN JOSÉ CORDANO CALLAÑAUPA**

**LIMA – PERÚ**

**2016**

Con gran amor y respeto dedico esta tesis a mi Madre, quien ha sido ejemplo de perseverancia viva, a mi familia por ser mi fuente de motor para seguir adelante; y a Dios por mantenerme en la lucha de una vida digna, siempre en la búsqueda del camino del amor y del bien común.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestros guías en el ámbito profesional, a quienes conocí durante mi formación profesional y sirvieron de guía en el desarrollo personal y de la praxis. Mención especial al psicólogo Walter Capa Luque, guía en el ámbito académico de investigación, mi profunda admiración en su desempeño profesional.

A mi adorada Angélica, mi madre, que ha sabido forjar en mi persona, con su ejemplo vivo, un hombre de lucha y de ideales firmes, con la convicción de vivir dignamente con amor y respeto.

A mi adorada Patricia, fuente de mi inspiración latente, de mis motivaciones y del amor que le profeso a la vida.

Y finalmente a los pacientes, quienes son la razón de existir de una profesión tan hermosa y requerida, sobre todo en el ámbito clínico; por lo cual nos exige a ser mejores profesionales cada día.

## RESUMEN

En este trabajo de investigación se tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima, 2015. El diseño que se utilizó fue no experimental de tipo descriptivo. Se utilizó una muestra no probabilística de 86 pacientes. El instrumento de evaluación fue el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (IDB - II). Se realizó el análisis psicométrico del instrumento obteniéndose confiabilidad y validez satisfactoriamente. Los resultados indican que el 23.3% presentan depresión a nivel severo, el 48.8% de los pacientes presentan un nivel de depresión moderado y un 26.7% se caracteriza por presentar un nivel leve, de la muestra total de los pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica. Asimismo, el análisis de las dimensiones de la depresión, según el IDB - II (Somático – Afectivo y Cognitivo), se hallaron altos porcentajes de depresión en un nivel leve y moderado, además tomando en cuenta el género, los hombres presentan con un 54.7% y las mujeres con un 45.3% del total de la muestra. En conclusión, el nivel de depresión más significativo, reportado por los pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de diálisis de Lima, es el nivel moderado, lo que indicaría la comorbilidad existente entre una enfermedad terminal con el estado emocional del paciente.

**Palabras clave:** Depresión, Enfermedad Renal Crónica, Pacientes, Niveles de depresión, Comorbilidad.

## ABSTRACT

In this research work had as objective to determine the level of depression in patients with diagnosis of chronic renal illness on hemodialysis treatment of a National Hospital of Lima, 2015. The design that was used was non-experimental descriptive. Is used a shows no probability of 86 patients. The instrument of evaluation was the Beck Depression Inventory - Second Edition (IDB - II). Is carried out the analysis psychometric of the instrument obtaining is reliability and validity satisfactorily. The results indicate that 23.3% have depression at the severe level, 48.8% of the patients present a moderate level of depression and 26.7% are characterized by presenting a sligh level of the total simple of patients with a chronic renal illness. Similarly, the analysis of the dimensions of depression, according to IDB – II (Somatic – Affective and Cognitive), high percentages of depressiom were found at a mild and moderate level, taking into account gender, men presented 54.7% and women 45.3% of the total simple. In conclusion, the most significant level of depression reported by chronic renal illness patients at a Lima dialysis center is the moderate level, which would indicate the comorbidity between a terminal illness and the patient´s emotional state.

**Key words:** depression, chronic renal illness, patients, levels of depression, comorbidity.

## ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Introducción	xi

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1	Descripción de la realidad problemática	14
1.2	Delimitación de la investigación	15
1.2.1	Delimitación temporal	15
1.2.2	Delimitación geográfica	15
1.2.3	Delimitación social	16
1.3	Formulación del problema	16
1.3.1	Problema principal	16
1.3.2	Problemas secundarios	16
1.4	Objetivos de la investigación	17
1.4.1	Objetivo general	17
1.4.2	Objetivos específicos	17
1.5	Justificación de la investigación	17

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1	Antecedentes de la investigación	21
2.2	La Enfermedad Renal Crónica (ERC)	26
2.3	Bases teóricas de la depresión	28
2.3.1	Definición conceptual de la depresión	28
2.3.2	Características diagnósticas de la depresión	29
2.3.3	Etapas de adquisición de la depresión	33
2.3.4	Causas de la depresión	35
2.3.5	Tipos de la depresión	42
2.3.6	Modelos y Enfoques Teóricos de la depresión	44
2.3.7	Dimensiones de la depresión	47
2.3.8	Niveles de la depresión	48
2.3.9	Factores de riesgo de la depresión	50
2.3.10	Criterios de gravedad de la depresión	54

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

3.1	Tipo de la investigación	57
3.2	Diseño de la investigación	57
3.3	Población y muestra de la investigación	57
3.3.1	Población	57
3.3.2	Muestra	57
3.4	Variables, dimensiones e indicadores	58
3.5	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	59
3.5.1	Técnicas	59

3.5.2	Instrumentos	59
3.6	Procedimientos	60

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

4.1	Resultados	63
4.2	Discusión de Resultados	70
	Conclusiones	76
	Recomendaciones	77
	Referencias bibliográficas	79
	Anexos	83



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Criterios de episodio depresivo del CIE-10	31
Tabla 2	Clasificación comparativa de los trastornos del estado de ánimo	32
Tabla 3	Definición Operacional de la Depresión	58
Tabla 4	Niveles de Depresión en pacientes con diagnóstico ERC, que reciben tratamiento de Hemodiálisis.	63
Tabla 5	Niveles de Depresión según la dimensión Somático – Afectivo en pacientes con ERC.	64
Tabla 6	Niveles de Depresión según la dimensión Cognitivo en pacientes con ERC.	65
Tabla 7	Niveles de Depresión según el género en pacientes con ERC	66
Tabla 8	Estimaciones del Nivel de Confiabilidad	67
Tabla 9	Estimaciones de las correlaciones Nivel – Ítems de la dimensión Somático - Afectivo.	68
Tabla 10	Estimaciones de las correlaciones Nivel – Ítems de la dimensión Cognitivo.	69
Tabla 11	Normas percentilares para el Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con diagnóstico ERC.	70
Tabla 12	Puntajes directos categorizados para la depresión en pacientes con diagnóstico ERC.	70
Tabla 13	Matriz de consistencia de la depresión	89

## LISTA DE FIGURAS

FIG. N° 1	Niveles de Depresión en pacientes con diagnóstico ERC, que reciben tratamiento de Hemodiálisis.	63
FIG. N° 2	Niveles de Depresión según la dimensión Somático – Afectivo en pacientes con ERC.	64
FIG. N° 3	Niveles de Depresión según la dimensión Cognitivo en pacientes con ERC.	65
FIG. N° 4	Niveles de Depresión según el género en pacientes con ERC.	66

## INTRODUCCIÓN

La depresión se establece como un trastorno mental que afecta al estado de ánimo del individuo. Pudiendo manifestarse de diferentes maneras, como por ejemplo: sensaciones de culpa, temor, cólera y angustia, afectando de manera negativa en las actividades diarias del individuo, repercutiendo a nivel familiar y a nivel social, causando preocupación y aflicción por parte de personas que rodean a la persona afectada.

La depresión, hoy más que nunca, es un problema de salud público en el mundo, y según la OMS en el año 2011, destaca como la quinta causa de morbilidad a nivel mundial, estimando que en el 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, viéndose sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

La depresión relacionada con los pacientes que tienen por diagnóstico a la Enfermedad Renal Crónica, 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. Por tal razón, Aguilera (2007) indica que dichos pacientes presentan muchos niveles de alteraciones emocionales, que se asocian con los síntomas físicos, por causa de la Enfermedad Renal Crónica y al tratamiento de Hemodiálisis.

La motivación de realizar este trabajo de investigación, es el tratar de conocer la prevalencia y el nivel de la depresión, en este caso en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, quienes reciben tratamiento alternativo de Hemodiálisis, para posteriormente poder favorecer a la investigación y desarrollo de nuevas alternativas y/o estrategias de intervención terapéutica, en favor del paciente y su entorno familiar. Basados en la sensibilización del profesional multidisciplinario de la salud y en la adaptación al paciente.

Por razones didácticas y en concordancia con la estructura formal de la tesis, el contenido del presente informe se desarrolla en los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, contiene el planteamiento metodológico, considerando la descripción de la realidad problemática, delimitando la investigación que sustentan los problemas de investigación, también se señalan los objetivos que se persigue y la justificación e importancia de la investigación.

El Capítulo II, contiene el marco teórico, los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación y las bases teóricas.

El Capítulo III, se presenta la metodología, el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de la recolección de datos y procedimientos.

Capítulo IV, se presenta el análisis e interpretación de resultados, donde se analiza estadísticamente los resultados de la variable.

Finalmente, encontraremos las conclusiones a las que se han arribado luego de la investigación científica y las recomendaciones pertinentes.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 Descripción de la realidad problemática

La depresión se refiere a un trastorno del estado de ánimo que surge a partir de distorsiones cognitivas principalmente, es decir, la existencia de pensamientos erróneos y dolorosos que tiene la persona acerca de sí y que además cree que son correctos (Beck, 1983). El incremento de este trastorno se ve reflejado en las diferentes sociedades del mundo.

Según la OMS en el 2011, refiere estadísticamente que es la enfermedad neurótica más difundida en nuestra época, afecta no sólo a las personas de edad madura, como consecuencia de la acumulación a lo largo de su vida de pérdidas y decepciones, sino también a los jóvenes, abrumados por las expectativas de sus padres y enfrentados con los agresivos desafíos de la competitividad.

La depresión relacionada con los pacientes que tienen por enfermedad a la Enfermedad Renal Crónica, 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. Por tal razón, Aguilera (2007) resalta que tales pacientes presentan muchos niveles de alteraciones emocionales, que se asocian con los síntomas físicos, por causa de la Enfermedad Renal Crónica y al tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.

En los pacientes las reacciones emocionales van variando de acuerdo al grado de intensidad, siendo fundamental el aspecto cognitivo y la capacidad de afronte que el paciente manifieste ante el impacto de la enfermedad renal crónica, sobre todo en los cambios de estilo de vida, tanto en lo nutricional como en el desarrollo y/o limitaciones de sus funciones físicas; buscando adaptarse a la nueva condición de vida, que va de la mano con el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, de 3 a 4 horas en una frecuencia de tres veces por semana.

Entonces, como podemos entender, este es un proceso que implica adaptarse a las transiciones que impactan severamente en la esfera emocional, física y social; implicando cambios y generando dificultades, hasta llegar a un momento de aceptación y adaptación de las nuevas circunstancias; y ante todo este proceso, la presencia de la depresión es una respuesta natural.

La importancia de realizar este trabajo de investigación, es el tratar de conocer la prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, en este caso en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, quienes reciben tratamiento alternativo de Hemodiálisis.

Con los resultados que se obtengan se pretenderá conocer los niveles de depresión asociada a la Enfermedad Renal Crónica, para que sea de conocimiento y así posteriores investigaciones respectivas favorezcan en gran medida la búsqueda de nuevas formas de atención por parte de profesionales del área y por ende, motivar para velar por el cuidado integral de sus pacientes, buscando la calidad de vida del individuo y su familia.

## **1.2 Delimitación de la investigación**

### **1.2.1 Delimitación temporal**

La ejecución de la investigación se llevará a cabo entre el periodo del mes de Julio a Diciembre del año 2015, para concluir correctamente los objetivos de la investigación.

### **1.2.2 Delimitación geográfica**

La presente investigación se llevará a cabo en un Centro de Diálisis, perteneciente a un Hospital Nacional del departamento de Lima.

### **1.2.3 Delimitación social**

La investigación se realizará con pacientes que tienen por diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, que reciben tratamiento de Hemodiálisis en un hospital nacional, perteneciente al departamento de Lima.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.3.1 Problema principal**

¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima, 2015?

### **1.3.2 Problemas secundarios**

¿Cuál es el nivel de depresión, en la dimensión somático – afectivo, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?

¿Cuál es el nivel de depresión, en la dimensión cognitiva, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?

¿Cuál es el nivel de depresión, según el género, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?



## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

Identificar el nivel de depresión, en la dimensión somático – afectivo, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.

Identificar el nivel de depresión, en la dimensión cognitiva, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.

Identificar el nivel de depresión, según el género, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.

## **1.5 Justificación de la Investigación**

La importancia de realizar este trabajo de investigación, es el tratar de conocer la prevalencia y el nivel de la depresión, en este caso en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, quienes reciben tratamiento alternativo de Hemodiálisis. Para posteriormente poder favorecer a la investigación y desarrollo de nuevas alternativas y/o estrategias de intervención terapéutica, en favor del paciente y su entorno familiar. Basados en la sensibilización del profesional multidisciplinario de la salud y en la adaptación al paciente.

Hoy en día, la población con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica se ha acrecentado de manera exorbitante, siendo necesaria la apertura de nuevos centros especializados en el tratamiento de dicha enfermedad. Sin embargo se ha dejado de lado lo que parece un tipo de alianza con la enfermedad física; habiendo poco o insuficiente capacidad de intervención para este tipo de pacientes que cada día sufre de manera recurrente, afectando no sólo la salud propia sino además a su entorno.

Por otro lado, referente a la importancia de la investigación, éstas se encuadran en tres campos fundamentales: teórico, práctico y metodológico:

En lo que respecta al Campo Teórico, genera conocimientos acerca de la presencia de la depresión, establecido por niveles, según el aporte de Aaron Beck, teniendo la característica particular que estará relacionado a pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, generando datos exclusivos para el caso.

Teniendo en cuenta que desde el 2006, según MINSA, la depresión es una de las 5 primeras causas de morbi – mortalidad en el Perú, se vincula entonces de manera agravante ya que la depresión aparecería cuando existe la pérdida de la capacidad de interesarse por la vida, justo cuando se le ha diagnosticado tal enfermedad crónica, cambiando el rumbo de su forma de afrontar su vida y cambiando todo un estilo de vida, muchas veces frustrante.

Asimismo en el Campo Práctico, con los resultados que se obtengan se pretenderá sugerir una adecuada relación de ayuda al paciente con depresión asociada a la Enfermedad Renal Crónica, para que de esta forma se pueda mejorar la convivencia con la enfermedad respectiva y por ende con su calidad de vida.

Rodríguez et al. (1990) agrega que el resultado efectivo o inefectivo de las respuestas de afrontamiento a la enfermedad depende no sólo de los esfuerzos individuales que la persona enferma realiza, sino también de la manera en la que su entorno social responde a dichos esfuerzos, es decir básicamente del entorno familiar.

Desde el punto de vista profesional, aún existen limitaciones en el campo de acción para con estos pacientes en particular, refiriéndome tanto a la cantidad de profesionales clínicos como a la escasa capacitación y actualización, llevando a cabo tan solo evaluaciones y entrevistas de rutina, sin llegar a intervenir de manera propicia y efectiva con un Plan de Acción determinado que sea específico en cuanto a la depresión en pacientes con la Enfermedad Renal Crónica.

Finalmente, con referencia al Campo Metodológico, hace también su aportación en la revisión del Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (IDB-II), un instrumento de autoreporte creado por Beck, Steer y Brown en el 2006; el cual consta de 21 ítems diseñados con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV, tanto en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años con o sin diagnóstico psiquiátrico. Este a su vez, fue utilizado por Romero (2011), donde se ofrecen nuevas evidencias sobre la calidad del instrumento en su idoneidad (validez) y precisión (confiabilidad), destacando las cualidades favorables del instrumento como de las limitaciones que presenta. Esta investigación servirá de referencia para futuros estudios psicométricos de carácter confirmatorio o bien para justificar la necesidad de construir nuevos instrumentos para evaluar el constructo de la depresión.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Antecedentes de la investigación**

### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Páez, Jofré, Azpiroz y Bortoli (2009) ejecutaron una investigación que tuvo por objetivo investigar los niveles de depresión diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica. El diseño que empleó el autor fue no experimental de tipo descriptivo. La muestra perteneció a un total de 30 pacientes (de los cuales 15 fueron mujeres y 15 varones) que comprendían edades entre 25 y 85 años, de la ciudad de San Luis, Argentina. Todos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Se utilizaron instrumentos de recolección de datos tales como la entrevista semiestructurada para pacientes dializados y el Inventario de Depresión de Beck-II. Los resultados obtenidos expresaron que el 56,7% de los participantes presentó algún grado de depresión. Siendo la depresión estado con mayor porcentaje en los pacientes de menos edad en las primeras semanas de iniciado el tratamiento hemodialítico. Además es resaltante la depresión en los pacientes adultos mayores y que no realizan actividades laborales.

Por otra parte, Morano y Barrera (2000) realizaron un estudio transversal de tipo descriptivo donde determinó la importancia del estado mental del paciente, que podría ser la causa de las distintas prevalencias e incidencias en la población de pacientes que reciben diálisis. La muestra estuvo conformada por 59 pacientes del Departamento de Unidad Renal del Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, Colombia. La recolección de datos se realizó a través de la Escala para depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck-II. Conforme a los resultados, se reportaron un 42% de depresión en la población, con una pobre concordancia entre los dos instrumentos empleados y con los criterios del DSM-IV. Los síntomas más asociados con la depresión fueron la anhedonia, el insomnio y la disminución de la libido, al igual que en otras investigaciones.

En Colombia, Rueda y Díaz (2008) realizaron una investigación transversal, correlacional de tipo descriptiva que tuvo por objetivo calcular la prevalencia del trastorno depresivo mayor y la asociación entre síntomas depresivos y factores de riesgos conocidos. La muestra estuvo conformada por 1.505 adultos seleccionados al azar en la ciudad de Bucaramanga. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que incluyó la escala auto administrada para depresión de Zung. En los resultados no se encontró asociación entre síntomas depresivos con la edad ni con consumo de café, pero sí en forma positiva con ser mujer, historia de intento de suicidio, historia clínica de cefalea y familiar de cefalea diaria crónica, historia de pérdidas significativas recientes y tener dificultades laborales o familiares. Se encontró que 328 personas tenían síntomas depresivos de importancia clínica, lo que, luego de ajustar por el muestreo y el potencial sesgo de selección, representa que el 22,3% de las personas encuestadas los presentaban.

Por otra parte, Aguilera (2007) realizó una investigación transversal, correlacional de tipo descriptiva donde determinó la prevalencia de la depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en una muestra de 20 pacientes, comprendidos entre las edades de 18 y 79 años de un hospital regional de Valdivia, Chile. Se utilizaron instrumentos como; el Cuestionario de Beck, el índice de Barthel y un cuestionario sociodemográfico, en los resultados se evidenció que existe una relación significativa con las variables depresión y pacientes con IRCT, teniendo mayor prevalencia en hombres, procedentes de zonas urbanas y sin pareja estable, a su vez estos pacientes, tenían más de una patología asociada.

En Ecuador, Muriel (2007) ejecutó un estudio transversal de tipo comparativo, que tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la depresión en pacientes que padecen una enfermedad crónica. La muestra estuvo formada por 108 pacientes de dos grupos diferentes, el

primero que reciben tratamiento endocrinológico y el segundo que recibe tratamiento de hemodiálisis, correspondientes a un hospital público de Quito. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Hamilton. Los resultados manifestaron que existe una relación comparativa significativa entre las variables depresión y los pacientes con una enfermedad crónica.

En el País Vasco, Magaz (2003) realizó una investigación cuasi – experimental de tipo comparativo, que tuvo como objetivo reconocer los efectos psicológicos de la insuficiencia Renal crónica en función a los diferentes tratamientos médicos. La muestra estuvo integrada por 388 pacientes que fueron divididos en 3 grupos en función del tratamiento que estaban recibiendo hemodiálisis hospitalaria (177), diálisis peritoneal continua ambulatoria (47) y trasplante renal (164); de personas con IRC que estaban en tratamiento dialítico en 12 Centros Dialíticos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck II y el Perfil de Salud de Nottingham. En los resultados todos los indicadores de depresión existían diferencias estadísticamente significativas, estando más deprimidos los sujetos de los grupos de diálisis; que difieren entre sí ( $p < 0,05/3$ ). En resumen, nuestros resultados señalan que los pacientes con mejor estado emocional se encuentran en el grupo de los trasplantados, que experimentan menos ansiedad y depresión que los sometidos a diálisis, sin diferencias entre los dos grupos de pacientes dializados.

Mera (2007) ejecutó una investigación que tuvo por objetivo determinar cómo perciben su calidad de vida los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El diseño fue transversal de tipo descriptivo. La muestra fue constituida por 22 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, atendidos en el Centro de Diálisis

“DIALSUR” de Osorno, Chile. Como instrumentos de recolección se utilizaron el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36. Conforme a los resultados, respecto a la edad del grupo en estudio, se puede apreciar que la mayoría (81.7%), se encuentra en el rango de edad de 50 a >70 años, que corresponde a la etapa de Adulto Madura y Adulto Mayor de Erikson. A su vez, la mayoría de éstos (54.5%), corresponden al sexo femenino y sólo un 27.2% al sexo masculino. De esto, se puede mencionar que la mayoría de las mujeres son dueñas de casa. Y por otro lado se puede deducir que a menor edad, menor es el número de pacientes en diálisis. Respecto a las patologías crónicas asociadas que presenta el grupo estudiado, se puede apreciar que un 49% presentan Hipertensión Arterial, un 41% presentan Diabetes Mellitus y un 10% presentan Ceguera. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados presentan más de una de estas patologías a la vez, lo que podría deducir que en cierta medida su calidad de vida podría en cierta medida ya estar afectada. Respecto al número de patologías asociadas que presenta cada paciente, se puede apreciar que la mayoría (68%), presenta dos o más patologías, además de la Insuficiencia renal crónica.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Romero (2010) realizó una investigación que tuvo por objetivo describir las características de las representaciones del Self en un grupo de pacientes diagnosticadas con Depresión Mayor: “evaluación de un Hospital Nacional de Lima”. El diseño que utilizó fue transversal de tipo descriptivo. La muestra perteneció a 25 pacientes mujeres pertenecientes al consultorio externo de un hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana, provenientes de distritos del cono este de Lima, que tienen un rango de edad entre 20 y 40 años de edad, donde aproximadamente el 72% contaban con estudios técnicos o superiores.



Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos como: Entrevista de Evaluación de las descripciones del Self y el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II). Los resultados evidenciaron que existen diferencias significativas en las representaciones mentales del Self entre el grupo clínico y el grupo de contraste.

Paredes (2005) ejecutó una investigación transversal de tipo correlacional, que tuvo por objetivo identificar en su estado natural las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. La muestra estuvo conformada por 40 sujetos mayores de 20 años, diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que se atienden en un hospital del seguro social de Lima, Perú. La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta personal, del cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE) y del inventario de entrevista de soporte social de Arizona (IESSA), en ese orden. Conforme a los resultados, un porcentaje significativo de los participantes recibió el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal entre los intervalos de 1 a 3 años (32.5%) y de 7 a más años (30%); mientras que un menor porcentaje se encontró entre los intervalos de 1 mes a 1 año (15%), de 3 a 5 años (12.5%) y de 5 a 7 años (10%) anteriores a la fecha de evaluación. Además del diagnóstico de insuficiencia renal, los participantes describieron poseer otro(s) diagnóstico(s) asociado(s), tales como hipertensión (35%), anemia (10%), diabetes mellitus (10%) y hepatitis C (10%). Por otro lado, un porcentaje significativo de los participantes (32.5%) indicó no poseer ningún tipo de diagnóstico médico separado de la IRCT. Actualmente, la mayoría de los participantes se halla bajo el tratamiento de hemodiálisis (90%), el cual fue mencionado como el tratamiento de mayor uso en el pasado (92.5%), seguido por el trasplante renal (5%) y por la diálisis peritoneal (2.5%).

## 2.2 La Enfermedad Renal Crónica (ERC)

También denominada Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por otros autores como Aguilera (2007), Magaz (2003) y Millán (2009). Donde se refiere que esta enfermedad consiste en el fallo del funcionamiento de ambos riñones, cuya actividad fisiológica se reduce en un 90%, este deterioro irreversible y progresivo de los riñones, afecta no sólo la función renal, sino que consecuentemente involucra el deterioro de la salud integral de la persona.

Según Magaz (2003) plantea en su publicación que los riñones son los encargados de eliminar desechos y toxinas del organismo, además de regular el equilibrio químico y líquido del organismo interno, controlan la presión sanguínea a través de la secreción de hormonas y participan en la producción de glóbulos rojos. En conclusión, los riñones son fundamentales en el equilibrio interno u homeostasis.

Para Aguilera (2007) sostiene que las causas más comunes de ERC son la glomerulonefritis, la hipertensión arterial, la diabetes, y cardiopatías, produciendo síntomas y signos como: trastornos alimenticios (inapetencia), vómitos, cefaleas, trastornos del sueño (insomnio), fatiga, irritabilidad, falta de tonicidad muscular, sequedad de piel, palidez, calambres, halitosis, entre otros indicadores clínicos.

Por lo tanto, el fallo del funcionamiento renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se estipula por su duración y el daño que genera el fallo renal. El fallo renal agudo es una parada repentina y súbita del funcionamiento de los riñones, requiriendo el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, hasta su normal funcionamiento o en el peor de los casos se podría convertir en crónico. En el fallo renal crónico, la función de los riñones va disminuir de manera progresiva e irreversible, a lo largo de meses y hasta de años, llegando a provocar la llamada

Insuficiencia Renal Crónica Terminal (también llamada Enfermedad Renal Crónica en nuestro medio), donde sólo hay un funcionamiento renal inferior al 10%.

En la actualidad, el tratamiento sustitutivo para tratar la Insuficiencia Renal Crónica más apropiado y utilizado es la Diálisis, que puede ser de dos tipos: hemodiálisis y diálisis peritoneal, donde en la hemodiálisis se utiliza y ocupa un filtro artificial conectado a una máquina. En cambio la diálisis peritoneal, tiene como vía principal de conexión el peritoneo de la persona como barrera de filtración.

En virtud de lo anteriormente señalado, la hemodiálisis se realiza en hospitales y/o centros especializados, donde los pacientes que padecen de ERC deben asistir cada tres días por semana o en su defecto según la gravedad de la situación, donde se encontrarán conectados al dializador de 3 a 4 horas, con el fin de compensar la pérdida de las funciones endocrinas o metabólicas de los riñones, es así que permanecerán dependientes a este tratamiento o hasta que reciban un trasplante renal con éxito. (Aguilera, 2007; p. 11).

Para Millán (2009) detalla que es importante que el paciente con esta enfermedad reciba una preparación tanto médica (con los exámenes auxiliares previos) como emocional (preparación psicológica), así como un retraso del inicio de la diálisis, donde se intentará trabajar con administración de medicamentos (corticoides). Ya que muchas veces las personas al ser informados de forma repentina de la necesidad de iniciar la terapia de reemplazo renal, como la hemodiálisis, podrían experimentar reacciones de adaptación o duelos más complicados. Cabe señalar que para el bienestar del paciente será fundamental desarrollar habilidades para adaptarse a esta dolencia, sobre todo al conjunto de síntomas físicos y psicológicos que conllevan esta enfermedad.

## **2.3 Bases Teóricas de la depresión**

### **2.3.1 Naturaleza Conceptual de la Depresión**

En 2007, Aguilera refirió que la depresión es un desorden mental que daña el ánimo del individuo. Se puede manifestar de diferentes formas, como sensaciones de culpabilidad, temor y angustia, perjudicando las actividades cotidianas de la persona, pudiendo terminar en ocasiones en suicidio.

Según Alberdi, Taboada y Castro (2006) se entiende por depresión a un conjunto de síntomas afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad y sensación de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida; así como también síntomas cognitivos, volitivo hasta inclusive síntomas somáticos.

Para Goncalves, Gonzáles y Vásquez (2008) incluyen a la depresión dentro del conjunto de los trastornos del estado de ánimo, siendo la principal manifestación un ánimo bajo.

Se denomina depresión a “un trastorno de la afectividad es decir del estado de ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona, come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa”. (Ferre, 2007; p.5).

En 2008, Orellana y Munguía sostuvieron que la depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con insuficiencia renal crónica, pero aun así pasa desapercibida, que puede suponerse como una respuesta a la pérdida, que puede ser real, anticipada o una fantasía, lo cual es común en este tipo de pacientes.

Según Alonso (2009) la depresión “es el hundimiento vital global o parcial de la persona; donde sus causas son diversas”. (p. 443).

De acuerdo con Romero (2010) el término depresión es utilizado para designar una amplia variedad de condiciones emocionales que van desde las sensaciones de tristeza o un cierto descenso en el nivel de ánimo cotidiano, hasta la configuración de una entidad clínica de gravedad considerable, que puede ir acompañada de diferentes síntomas psicológicos y fisiológicos, perturbando el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos.

### **2.3.2 Características Diagnósticas**

Según Alberdi et al. (2006) plantea que la depresión en líneas generales, se refieren a criterios en común para el DSM IV como para el CIE 10, estableciendo características de diagnóstico con bastante aproximación.

En cuanto a la sintomatología refiere que “aun cuando su presentación suele ser muy variada, y en ocasiones inconexa, se suelen explicar, de forma didáctica, agrupados en cuatro grupos de síntomas: los afectivos propiamente dicho, somáticos, cognitivos y conductuales”. (Goncalves et al, 2008; p.39).

Según Palomo y Jiménez (2009) plantean que los síntomas de la depresión se clasifican en cuatro grupos:

- a.** Síntomas afectivos: Estos síntomas involucran cambios del estado de ánimo asociado con tristeza, tendencia al llanto, pesimismo, desilusión, falta de esperanza.
- b.** Síntomas cognitivos: Proviene de la graduación del ánimo sobre la visión negativa que la persona hace de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva de Beck). En lo personal, manifiesta ideas de desvalorización, de inutilidad y de minusvalía.

Una visión fatalista de su futuro, sin posibilidad de resurgir, con tendencia a la desesperanza, también son notorias las ideas de autodestrucción y el intento suicida. Disminuye la atención y concentración, pérdida subjetiva de memoria, además se puede apreciar una lentitud mental o del pensamiento (bradipsiquia).

- c. Síntomas volitivos: Aquí aparecen las deficiencias o ausencias a nivel de la voluntad, como: falta de iniciativa, abulia, apatía, incapacidad para tomar decisiones cotidianas, el desánimo y la anergia llevan a un deterioro de la actividad personal y laboral.
  
- d. Síntomas somáticos: Alteran los ciclos biológicos básicos del ser humano, como son los trastornos del sueño y del apetito. La alteración del sueño se ve caracterizado por el insomnio. En cuanto al apetito existe una disminución, al igual que existe en el deseo sexual. Además aparecen otros síntomas que representan la somatización como las cefaleas, dolores musculares o lumbalgias.

El Ministerio de Salud de Chile en el 2013, indica los siguientes criterios diagnósticos para la depresión, según CIE 10 y DSM IV-TR:

- A. Duración de al menos dos semanas del episodio depresivo.
  
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos, en ninguna de las etapas de la vida de la persona.
  
- C. Este episodio no se atribuye cuando existe el uso y abuso de sustancias psicoactivas o el caso de trastorno mental orgánico.

Deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas para codificar el síndrome somático:

- (1) Desinterés o incapacidad para disfrutar actividades placenteras.
- (2) Disminución o ausencia de reacciones emocionales ante situaciones que habitualmente generan una respuesta emocional.
- (3) Despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio).
- (4) Malhumor depresivo por las mañanas.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotriz (observada o referida por terceras personas).
- (6) Disminución del apetito.
- (7) Pérdida de peso (5% o más en el último mes).
- (8) Disminución de la libido de manera notoria.

Tabla 1

*Criterios de episodio depresivo del CIE-10*

<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES DEL EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE 10</b>
A: Episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas
B: Episodio no atribuible a uso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C: Síndrome somático.
* Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades normalmente placenteras.
* Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
* Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual.
* Empeoramiento matutino del humor depresivo.
* Presencia de enlentecimiento motor o agitación
* Pérdida marcada del apetito.
* Pérdida del peso de al menos 5% en el último mes.
* Notable disminución del interés sexual.
<b>CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO</b>
* Presentando dos síntomas de cada grupo debe diagnosticarse episodio depresivo leve
* Para diagnosticar de moderado, se deben tener dos del primer grupo y al menos tres (preferiblemente cuatro) del segundo.
* Para diagnosticar de episodio grave, deben tenerse los tres primeros síntomas y al menos cuatro del segundo, además con una intensidad grave.

Fuente: *Lizondo (2008)*

Según el DSM IV, en el 2002, en relación con los Criterios Diagnósticos del CIE-10 establece lo siguiente:

Los Criterios Diagnósticos del CIE-10 refieren diez síntomas, a comparación del DSM-IV, donde la ausencia de autoestima se presenta como un síntoma distinto del sentimiento de culpa). La CIE-10 plantea criterios diagnósticos diferentes por cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor, indicando: el nivel leve, un mínimo de 4 de los 10 síntomas; el nivel moderado; 6 de 10 síntomas; y el nivel grave, 8 de 10 síntomas. También la fórmula diagnóstica es distinta, ya que la CIE-10 exige la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, desinterés y pérdida de energía, en el caso de los episodios depresivos de nivel leve y moderado. En el caso del episodio depresivo grave se requieren los 3 síntomas.

Tabla 2

*Clasificación Comparativa de los trastornos del estado de ánimo.*

DSM-IV-TR	
F32.x	Trastorno depresivo mayor, episodio único
F33.x	Trastorno depresivo mayor, recidivante
F34.1	Trastorno distímico
F32.9	Trastorno depresivo no especificado
CIE-10	
<b>F32</b>	<b>Episodios depresivos</b> (leve, moderado, grave)
<b>F33</b>	<b>Trastorno depresivo recurrente</b>
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
F33.9	Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Fuente: *Palomo y Jiménez (2009)*



### **2.3.3 Etapas de adquisición de la depresión**

#### **2.3.3.1 Edad de inicio**

En cuanto a la aparición de la depresión refiere que “el pico de edad de inicio del desorden depresivo mayor (DDM) es la cuarta década de vida. Sin embargo, los primeros episodios pueden ocurrir a cualquier edad desde la niñez hasta la senectud, apreciándose que aquellos con depresión menor tienen cinco veces más riesgo de presentar DDM a edades más tempranas que aquellos sin esta sintomatología”. (Mori y Caballero, 2010, p. 87).

#### **2.3.3.2 Curso**

Según Ferre (2007) los episodios depresivos mayores desaparecen en su totalidad en 2/3 de los casos y reaparecen en 1/3 de los casos. La depresión no puede ser contemplada como un episodio de enfermedad aislado, sino como una enfermedad crónica, que incapacita en los episodios intercurrentes. Además cuantos más episodios se padezcan más probabilidad de presentar otros episodios depresivos.

Por otro lado en el 2010, Mori y Caballero plantean que la mayoría de episodios depresivos remite completamente, ya sea espontáneamente (particularmente para los casos leves) o con tratamiento, mas no así la enfermedad. Los episodios depresivos podrían perdurar de meses a un año. Los síntomas depresivos a nivel de depresión mayor, menor, distimia o depresión subumbral, son todos componentes integrales que representan una etapa diferente de intensidad, frecuencia, actividad y cronicidad de la enfermedad. Los análisis manifiestan que los pacientes son sintomáticos durante el 60% del tiempo; sobre todo a nivel de depresión menor, distimia o subumbral.

Las fases donde se presentan los síntomas activos de la enfermedad son mezcladas esporádicamente con fases inactivas, cuando los pacientes se encuentran asintomáticos. Cada nivel de severidad de los síntomas depresivos está relacionado con una afectación psicosocial significativa, la cual se incrementa progresivamente con la severidad de los síntomas. Es por tal razón, que es insostenible que la depresión pertenezca a una entidad clínica única, cuyo cuadro clínico se caracteriza por diferentes y diversos patrones clínicos contra la proposición alterna que los desórdenes depresivos, cada una con distintos substratos biológicos y particulares características psicopatológicas.

De acuerdo con Palomo y Jiménez (2009) el curso es muy variable, pudiéndose presentar incremento de síntomas con aparición de depresión mayor, remisión de los síntomas, o aparición de sintomatología maníaca o hipomaníaca. Donde además se pudo comprobar que un 5,1% de los pacientes tenían dos o más síntomas de hipomanía, sin llegar a cumplir criterios diagnósticos.

Los pacientes con distimia presentan un considerable deterioro en la esfera interpersonal. Sin embargo, cuando se habla de un trastorno crónico se relaciona con el deterioro psicosocial.

#### 2.3.3.3 Morbi – mortalidad

La depresión es un fuerte factor de riesgo para todas las causas de mortalidad. Los hallazgos son confusos de si el riesgo de mortalidad es independiente de la carga de la enfermedad o un factor relacionado. Para algunas condiciones sin embargo, como la enfermedad coronaria, es claro que el riesgo de mortalidad asociado con depresión no es totalmente explicado por la severidad médica de la enfermedad. En depresión, la mortalidad adicional también es debida al suicidio, especialmente en aquellos que han tenido una depresión mayor

inadecuadamente tratada. Las personas jóvenes y adultos jóvenes que mueren por suicidio también tienen altas tasas de depresión, a menudo conjuntamente con otra alteración psiquiátrica como dependencia al alcohol (Mori y Caballero, 2010; p. 88).

En el 2009, Palomo y Jiménez refieren que al comparar la mortalidad de los pacientes unipolares con la población sana se detecta una elevada mortalidad entre los depresivos, especialmente en la vejez. Varios estudios han hallado que el porcentaje de muertes por suicidio es mayor en los pacientes unipolares que en los bipolares, sin embargo otros no hallan tal diferencia. El riesgo es más alto durante los dos primeros años tras una hospitalización, tras este periodo, el riesgo se estabiliza. Frecuentemente el suicidio ocurre en los primeros estadios de la enfermedad.

Existen indicios de un alto riesgo entre depresiones unipolares para diferentes alteraciones somáticas como: enfermedades coronarias, lesiones vasculares del sistema nervioso central y periférico, patología a nivel respiratorio, úlcera péptica, diabetes mellitus, disfunciones tiroideas y alteraciones hormonales.

#### **2.3.4 Causas de la depresión**

Según Hall (2003) la depresión tiene una multicausalidad que puede incluir la muerte de algún familiar, una enfermedad, la pérdida del empleo o algún factor estresante o emocional que sea desencadenante, que puede ser a nivel personal, familiar o social.

A continuación se plantean las principales teorías etiopatogénicas que pretenden explicar los principios fisiológicos y psicológicos de la depresión:

#### 2.3.4.1. Causas Genéticas

Existen datos suficientes que inclinan una responsabilidad genética en los trastornos afectivos aunque no son del todo determinantes, como el medio de transmisión. La síntesis sobre los estudios de gemelos realizados sugiere un factor genético. También presentan riesgo de morbilidad en familiares de pacientes bipolares es el siguiente: padres (12%), hermanos (21%) e hijos (25%). Además el riesgo de enfermedades unipolares es elevado y similar en referencia a los padres y hermanos (Vallejo, 2011; p. 432).

En el 2009, el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIHM - EEUU), indicaron el incremento de riesgo según la gravedad del caso y un principio jerárquico donde los familiares esquizoafectivos que padecen este trastorno, además de los familiares con trastornos bipolares, manifiestan una alta incidencia entre los familiares de primer rango, sugiriendo una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse sin antecedentes familiares depresivos; ya que es de mayor riesgo la influencia de múltiples genes que se interaccionan junto con otros factores socio ambientales.

El modo de transmisión es controvertido, según Palomo y Jiménez (2009), se puede manifestar que los trastornos afectivos son enfermedades complejas, por el cual el patrón hereditario no sigue leyes simples, no definiendo de manera categórica la predisposición a la enfermedad, tanto de los factores condicionantes o desencadenantes de la misma. Cabe señalar que la distimia (también las denominadas depresiones menores) tiene una mínima base genética.

Por último, los estudios comparativos con otras instituciones indican que los trastornos bipolares son genéticamente independientes de otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y de la paranoia.

#### 2.3.4.2. Causas Bioquímicas

Dentro del campo de la investigación, este es uno de los campos con mayor aporte científico. Podemos presentar las siguientes hipótesis:

##### a. Hipótesis Noradrenérgica:

Vallejo (2011) refiere que esta hipótesis, que fue planteada por Shildkraut en 1965, plantea que los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA). Mostrando resultados químicos del MHPG, metabolito de la NA central. Los estudios detectan una notable disminución de MHPG urinario en depresiones bipolares y además resultados más amplios en otros tipos de depresiones.

En conclusión, esta hipótesis se interpreta mostrando ciertos datos frecuentes en las depresiones como prueba de un déficit de NA central, causado por una desregulación hipotalámica, siendo ésta la base del desarrollo de algunas depresiones endógenas.

##### b. Hipótesis Indolamínica:

En 1965, Coppen propone que en la depresión existe un déficit de serotonina (5-HT). Siendo los datos más relevantes que proceden de estudios del 5-HIAA en el LCR. Los estudios, en su mayoría, han relacionado este descenso de 5-HT con el módulo sintomático que determina el suicidio - agresión - pérdida de control de impulsos.

La serotonina es una hormona que está involucrada en la regulación de varias funciones fisiológicas, además del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura), por lo que se le atribuyen numerosas patologías, además de los trastornos afectivos, sin determinar claramente su nosología, proyectando hacia dimensiones psicopatológicas (Palomo y Jiménez, 2009; p. 328).

c. Teoría de la hipersensibilidad colinérgica

Según Vallejo (2011), señala que Janowsky en 1972, plantea que la actividad colinérgica central podría actuar un papel fundamental a la ruptura del equilibrio permanente entre colinérgico – adrenérgico, a favor de los primeros en los pacientes depresivos (colinergia) y a favor de lo segundo en cuadros maníacos (adrenalina).

d. Además existen otras teorías con menor aceptación; como la disfunción dopaminérgica, que refiere que la manía se encuentra vinculada con una hipersensibilidad dopaminérgica y la depresión (sobre todo la inhibida) con la dopamina central disminuida.

En conclusión, las depresiones a nivel bioquímico no forman parte de un grupo homogéneo, al contrario ya que según la estructura del sustrato biológico de cada persona determina la heterogeneidad de los casos.

Por tal razón, es evidente que cada sistema neuroquímico no actúa de forma independiente, sino por el contrario, existen múltiples y diversas interacciones entre ellos.

Por otro lado, según estudios recientes, refieren que la hipótesis acerca de la posibilidad de que en la depresión exista una hipersensibilidad de ciertos receptores, que a través de un mecanismo retroactivo negativo produce la disminución de los neurotransmisores descritos (Vallejo, 2011; p. 435).

#### 2.3.4.3. Causas de Implicación Neuroendocrina

Para Palomo y Jiménez (2009) existe evidencia de pruebas de la alteración del eje hipotálamo-hipófisis en las depresiones endógenas. Estas anormalidades a nivel hormonal pueden estar descritas en un marcador neuroendocrinológico, llamado el Test de Supresión para Dexametasona (TSD). Pudiendo así reconocer la alteración del complejo hipotálamo – hipofisario.

Por otro lado, la especificidad hallada para la melancolía en los primeros estudios (95%) disminuyó considerablemente (50%), ya que el TSD se encuentra alterado en los diversos trastornos psiquiátricos.

Es importante resaltar, la inexistencia de un perfil clínico diferencial entre supresores y no supresores, salvo en los casos con antecedentes familiares afectivos, hipersomnia y las ideas de insuficiencia, más constantes entre los no supresores.

#### 2.3.4.4. Causas Neurofisiológicas y Neuroanatómicas

Según Vallejo (2011), señala que en las depresiones existe un estado de hiperactivación neurofuncional y además disfunciones de la actividad vegetativa, así como una lenta y escasa reactividad, sobre todo en los depresivos inhibidos. Pero indica que ante el examen de EEG convencional no ha podido brindar datos concluyentes y convincentes. Por otro lado, los resultados de los potenciales invocados no son claros y específicos, estando aún sujetos a investigaciones que los vinculen con aspectos psicopatológicos determinantes.

También es importante el estudio del patrón del sueño en este campo, ya que se pudo percibir un perfil convencional en los depresivos endógenos, con las características siguientes:

- a. Trastornos del sueño, en la continuidad y eficacia.
- b. Disminución del sueño en los estadios 3 y 4.
- c. Se acorta la latencia REM por debajo de 60 minutos.
- d. Acumulación del REM en la primera mitad de la noche.
- e. Aumento de la cantidad y densidad REM.

Posiblemente la disminución de la LREM no sólo sea un marcador de estado, sino también puede ser marcador de rasgo. Por tal razón, los pacientes con mayor acortamiento de LREM tienen peor pronóstico en cuanto a recaídas y los que presentan fuertes y grandes reducciones de LREM, tienden corresponder a depresiones severas, de manera frecuente las depresiones psicóticas, y una pobre respuesta al tratamiento farmacológico.

#### 2.3.4.5. Causas Psicológicas

Para Palomo y Jiménez, en el 2009, de los modelos experimentales y conductistas, de las teorías cognitivas de la psicología, el fenómeno denominado learned helplessness (que se traduce como desesperanza aprendida o indefensión) es posiblemente uno de los modelos que se aproxima al paradigma conductista en la depresión. Fue planteado en 1967, por Seligman y su equipo de la Universidad de Pennsylvania. Se aprecia que se detalla un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas, debido a que no se identifica la relación entre determinadas respuestas y la calma de los estímulos aversivos.

Cabe señalar que este fenómeno ha sido estudiado con poca frecuencia en el hombre, se plantea que en la depresión humana, se aprecia una historia existencial que se caracteriza cuando se percibe a sí mismo como perdiendo el control sobre tales situaciones externas reforzadoras, lo cual le lleva a las vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, que son características propias de la depresión.



Como complemento, Vallejo (2011) refiere que los distintos modelos experimentales aplicables a la distimia y depresiones menores, pueden resumirse en los siguientes procesos:

- a. Disminución en la frecuencia del refuerzo positivo.
- b. Aprendizaje social por imitación.
- c. Desesperanza aprendida (o también llamado indefensión).
- d. Control por los estímulos.

Cabe agregar que también se encuentran los experimentos de Harlow y Harlow referente a la privación social en primates. Donde la separación, total o parcial, de los congéneres importantes afectivamente (madre, compañeros) consecuentemente causan en el animal un estado de inhibición motora y conductual, como trastorno del sueño, disminución en el apetito y una considerable disminución de peso.

Por tal razón, las conclusiones que se extraen de estos trabajos experimentales sobre el tema, tanto de la investigación animal como humana, según Akiskal y McKinney (1975) plantean lo siguiente:

- a. Los eventos de separación son indicadores notables como posibles factores estresantes precipitantes de la depresión.
- b. No son categóricos ni específicos del padecimiento depresivo.
- c. La separación del vínculo afectivo no necesariamente es causa suficiente para la depresión.
- d. También cabe señalar, que tampoco la separación es un antecedente necesario para la depresión.
- e. Por último, la separación puede ser consecuencia, pero no la causa del trastorno depresivo.

### 2.3.5 Tipos de depresión

En 2013, el Ministerio de Salud de Chile, a través de su Guía Clínica, refirió que los Trastornos Depresivos se pueden clasificar, según su intensidad, como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Continuando lo establecido por Palomo et al. (2009), la depresión leve puede ser caracterizada respecto a la obtención de puntuaciones en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios necesarios para la depresión. Además el DSM-IV agrega a la depresión leve con la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves y de presentar un deterioro leve en su funcionamiento.

Esta Guía contiene los criterios de clasificación diagnóstica para la depresión contenidos en el CIE-10, para el Episodio Depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros episodios depresivos, episodio depresivo sin especificación. De igual manera se incluyen los trastornos depresivos recurrentes episodio actual leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, actualmente en remisión, otros trastornos depresivos recurrentes, trastornos depresivos recurrentes sin especificación.

El Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009) refieren en su Guía Clínica sobre la depresión que se debe tener en cuenta que la evaluación de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo y controvertido debiendo considerar las comorbilidades con trastorno post traumático, trastorno por consumo de sustancias, riesgo y conductas suicidas, estresores psicosociales significativos o situaciones relacionadas con conflictos

bélicos, además de la cronicidad del cuadro depresivo recurrente, por más de dos años de mantenimiento de síntomas.

Por otra parte, el Instituto Nacional de la Salud Mental NIH – EEUU (2009) indica que existen varios tipos de trastornos depresivos, siendo los más conocidos el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

**a. El Trastorno Depresivo Grave:**

Llamado también depresión grave, caracterizada por una combinación de síntomas que influyen de manera negativa con la capacidad para efectuar y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras, como: trabajar, dormir, estudiar, comer, entre otras. Impidiendo desenvolverse con normalidad. Un episodio depresivo grave puede ocurrir solo una vez, a lo largo de la vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

**b. El Trastorno Distímico:**

También llamado distimia, caracterizado por los síntomas de larga duración (dos años o más), sus síntomas son menos graves, no incapacita a la persona pero sí impide desarrollar una vida normal con bienestar. Las personas que padecen distimia pueden vivenciar uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Otras formas de trastorno depresivo manifiestan características diagnósticas ligeramente distintas a las descritas anteriormente, pudiendo desarrollarse bajo ciertas circunstancias:

**c. Depresión psicótica:** sucede cuando la enfermedad depresiva grave está asociada con alguna forma de psicosis; presentando alucinaciones y delirios, además de una ruptura con la realidad.

**d.** Depresión posparto: Relacionado en el caso de las mujeres que se producen tras el parto, El inicio de este episodio depresivo se desarrolla en las primeras cuatro semanas. Entre los síntomas más comunes tenemos: preocupación por la integridad del recién nacido y cambios del estado del ánimo (labilidad emocional).

**e.** El trastorno afectivo estacional: Se encuentra caracterizado por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. Este tipo de depresión está condicionada a factores socio ambientales, además que influye en algunos tipos de personalidad que tienen mayor predisposición a la depresión, ya que generalmente este tipo de depresión desaparece durante la primavera y el verano. Este trastorno puede tratarse de manera eficaz con la terapia de luz.

### **2.3.6 Enfoques y Modelos Teóricos de la depresión**

Winokur (1997; cit. por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) sugirió que clínicamente la depresión es un trastorno de diversas dimensiones caracterizado por múltiples sintomatologías que pueden estar presentes o no, en cada caso en particular. Por lo que propone que no todas las depresiones se refieren a las mismas causas, entonces en lo que se refiere a su etiología la depresión es heterogénea. Por tal razón, actualmente existen múltiples teorías que buscan explicar la etiología de la depresión.

#### **2.3.6.1. Teorías Conductuales**

Según Vázquez et al. (2000) refiere que las teorías conductuales más que un conjunto de técnicas, se caracterizan principalmente por utilizar un método científico. Siendo la conducta observable, medible y

cuantificable, es por eso que los tratamientos conductuales de la depresión se centralizan en los determinantes de la conducta más que en la historia de aprendizaje.

Por tal razón, plantean que el modelo conductual es principalmente un fenómeno aprendido que tiene relación con interacciones negativas entre la persona y su entorno (como las relaciones sociales). Siendo estas interacciones de mucha influencia con el entorno y que a su vez pueden ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, creando interrelaciones recíprocas. En consecuencia, estas estrategias conductuales se utilizan con el propósito de modificar los patrones poco adaptativos a nivel conductual, cognitivo y emocional.

#### 2.3.6.2. Teorías Cognitivas

Según Vázquez et al. (2000) las terapias cognitivas son tradicionalmente filosóficas, y más aun recientemente a la psicopatología, considerando que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Haciendo énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede causar un trastorno depresivo. Las investigaciones hacen la valoración de que los sujetos depresivos tienden a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos, como el autoconcepto, la autovaloración, entre otros.

Por tal motivo, este enfoque cognitivo plantea una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas asociadas con la depresión. Aquí encontramos y la teoría cognitiva de Beck y la reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida; siendo estas dos teorías cognitivas las que tienen el mayor respaldo entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

### 2.3.6.3. Teorías Psicodinámicas

Según los estudios e investigaciones de Freud y Abraham, la escuela psicodinámica considera a la melancolía como un estado vivencial de “pérdida del objeto amado”. Por tal razón, la depresión se presenta como un estado emocional de duelo por el objeto libidinoso perdido, donde se produce una internalización y se da lugar al instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado. Apareciendo luego la retroflexión de la hostilidad. Es en la etapa oral, que tal objeto es incorporado según la actitud canibalística, por lo que quedaría introyectado y formaría parte del propio sujeto que se encontraría en grave conflicto (Palomo y Jiménez, 2009; p. 330).

### 2.3.6.4. Teorías Biológicas

Según Vázquez et al. (2000) indican que a pesar de las diversas investigaciones realizadas en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, aún es mínimo el conocimiento sobre el desempeño y la funcionalidad de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión.

Por otro lado, la mayoría de las teorías de la depresión manifiestan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. Esa investigación está centrada principalmente en el papel que desempeñan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; sugiriendo así, desde el punto de vista biológico, que la depresión puede entenderse como una anomalía en la regulación en los siguientes sistemas neuroconductuales:

- Facilitación conductual e inhibición conductual.
- Grado de respuesta al estrés.
- Ritmos biológicos.
- Procesamiento ejecutivo cortical de la información.

## **2.3.7 Dimensiones de la depresión**

### **2.3.7.1 Somático Afectivo**

Por lo general se consideran que algunos síntomas depresivos, de aquí llamados “somáticos” indican un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos similares como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Para Ruiz (2011) se puede decir que esta dimensión se refiere al conjunto de sensaciones físicas y de sentimientos, relacionado con la depresión. Esta dimensión está caracterizada con indicadores como: sentimiento de fracaso, culpa, castigo, autoinsatisfacción, autocríticas, pensamiento suicida, agitación y pérdida de interés.

### **2.3.7.2 Cognitivo**

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.

En la depresión, la relación entre cognición y depresión, está en relación directa con las creencias de pérdida o derrota. Aaron Beck, considera que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, estos patrones de pensamiento (Lizondo y Llanque, 2008).

Los pensamientos automáticos son cogniciones superficiales relativamente estables, transitorias y específicas para cada situación; suelen ser rápidos y parecen reflejos. Se constituyen como el resultado de la activación de las reglas de procesamiento de información, es decir, un producto de los procesos y de las estructuras que comprenden los esquemas, que finalmente influyen en la repetición del contenido central y su tono emocional acompañante (Freeman y Oster, 1997).

Además, agregan que los indicadores en esta dimensión son: tristeza pesimismo, pérdida del placer, llanto, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, sueño, irritabilidad, cambios de apetito, problema de concentración, cansancio, desinterés sexual.

### **2.3.8 Niveles de la depresión**

En el 2012, Ruiz refiere que según el CIE 10 la depresión se encuentra a 4 niveles: depresión leve (F32.0), depresión moderada (F32.1), depresión grave sin síntomas psicóticos (F32.2) y depresión grave con síntomas psicóticos (F32.3) , generalmente la sintomatología refiere que la persona padece un humor depresivo, desinterés emocional, además de una pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad, además de trastornos del sueño y del apetito, entre otras.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave, se basa en una complicada valoración clínica, que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes.

La clasificación más conocida, establece tres tipos de síntomas: Cognitivos, Afectivos y Motores o conductuales. Según Beck, la valoración negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, conforman la tríada depresiva, un elemento importante a resaltar.

#### **a) Episodio Depresivo Leve:**

La persona padece de dos o tres síntomas del criterio B, que son:

- ✓ Humor depresivo en la mayor parte del día.
- ✓ Desinterés o incapacidad para disfrutar de actividades placenteras.
- ✓ Fatiga y disminución de la vitalidad.



La persona con un episodio depresivo leve se encuentra afectada, pero está apta para proseguir la mayoría de sus actividades cotidianas.

b) Episodio Depresivo Moderado:

En este episodio depresivo se requiere de al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, sumando como mínimo seis síntomas en total. Los síntomas del criterio C son los siguientes:

- ✓ Baja autoestima
- ✓ Sentimientos de autoreproche y de culpabilidad.
- ✓ Pensamientos e ideas suicidas.
- ✓ Disminución en la capacidad de pensamiento y concentración.
- ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- ✓ Cambios en el apetito (con pérdida progresiva del peso corporal)
- ✓ Alteración del sueño

La persona con un episodio depresivo moderado es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades cotidianas.

c) Episodio Depresivo Grave:

En el episodio grave se requiere la existencia de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, sumando un total de 8 síntomas, como mínimo. Las personas con este tipo de depresión manifiestan síntomas marcados y angustiantes, sobretodo la pérdida de la autoestima, los sentimientos de inutilidad y de autoreproche.

La persona con un episodio depresivo grave se ve imposibilitado de seguir con sus actividades cotidianas; ya que se encuentra perturbado con constantes ideas suicidas presentando síntomas somáticos importantes. Puede llegar a presentar sintomatología psicótica, como delirios o alucinaciones, dependiendo de la cronicidad de la depresión.

### **2.3.9 Factores de riesgo**

En 2009, el Ministerio de Salud de España (tomado del DSM IV TR) plantea que un factor de riesgo es toda aquella situación que eleva las posibilidades de generar una enfermedad o de que suceda algún suceso dañino para la integridad de la persona.

Los factores de riesgo no siempre son las causas, ya que mantienen una relación causa – efecto, y que podrían usarse para la prevención de la salud. La depresión en cuanto a los niños y adolescentes es una caja de pandora, ya que presenta múltiples factores de riesgo, interactuando entre sí muchas veces y además pueden tener un efecto acumulativo. Por tal motivo plantea dos categorías:

#### **2.3.9.1. Factores familiares y del entorno**

Partiendo en que el primer agente socializador es la familia, muchas veces los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en favor o en contra para el desarrollo de la depresión.

##### **a) Riesgos familiares:**

La depresión de los padres es considerado un factor de riesgo vital, que se asocia con depresión en su descendencia. Planteando que los hijos de padres depresivos presentan una posibilidad entre tres y cuatro veces mayor de desencadenar trastornos del humor; ya que el entorno familiar en el que se desarrolla el niño parece jugar un papel trascendental siendo muy común la existencia de conflictos conyugales o los desacuerdos emocionales entre uno de los padres y el niño.

Sumado a eso, están los factores de riesgo relacionados con las formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, además de la explotación infantil y la deserción escolar.

Así como los eventos vitales negativos, El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, el hacinamiento y la falta de servicios básicos para vivir. También están el divorcio de los padres, la muerte de un familiar o amigo, entre otros (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; véase Ministerio de Salud de España, 2009).

b) Riesgos en relación con el entorno:

La depresión a nivel juvenil está determinada por factores psicosociales, donde se resulta la búsqueda de la identidad ante una promisoría construcción de su personalidad. Por tal razón, la prevalencia de conflictos interpersonales y más aún el rechazo por parte de los miembros de su entorno social, generan que incrementen los problemas de relación social.

Es así, que los niños y adolescentes con pocas amistades presentan una mayor probabilidad de desencadenar depresión, así como aislamiento social, deserción escolar y trastornos de conducta, generando conductas disociales, tales como el pandillaje la delincuencia, el consumo de sustancias psicoactivas, promiscuidad sexual, entre otros.

Otros factores de riesgo importantes son el vivir en estructuras familiares diferentes de los padres naturales, en un clima hostil y de humillación, como lo son: la burla delante de otros, la indiferencia o el trato degradante,) son también factores de riesgo de depresión.

### 2.3.9.2. Factores individuales

#### a) Sexo:

Los trastornos depresivos son casi iguales en niños que en niñas. Pero, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos depresivos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino, teniendo una explicación a nivel fisiológico

Por tal razón, la depresión es más común en mujeres que en hombres. Habiendo factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Siendo el Instituto Nacional de Salud Mental de E.E.U.U. (2009) y Vallejo (1999) refieren que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos.

#### b) Factores de riesgo genéticos y bioquímicos:

Habiéndose comentado con anterioridad los niños o adolescentes con trastornos depresivos reflejan una historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Siendo los factores genéticos menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.

Garber (2006; cit. por Ministerio de Salud de España, 2009) refiere que no queda claro el peso del factor genético y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, se realizaron estudios en gemelos donde manifestaron que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40 - 70% por la presencia de factores genéticos.

Sin embargo, la manifestación clínica de la depresión es aún desconocida en el mecanismo de acción de la genética. Por otra parte, algunos autores, expresan que la influencia del entorno es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que en otros, la influencia de la genética tiene mayor crédito para el desarrollo de los cuadros clínicos más graves de depresión mayor.

Se detallaron algunas evidencias que indicaron alteraciones en los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal manifestando que podrían estar involucradas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Además, el incremento en los niveles de cortisol y de dehidroepiandrosterona predice el inicio de la depresión en subgrupos de adolescentes con factores de riesgos psicosociales elevados de presentarla. Por otra parte, pareciera que existen alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión (Torgersen, 2008; véase Ministerio de Salud de España, 2009).

#### c) Factores psicológicos

Bhatia (2007; cit. por Ministerio de Salud de España, 2009), detalla que el temperamento está conformado por una estructura genético-biológica, la experiencia y el aprendizaje influyen en su desarrollo y expresión, dentro de su entorno social.

Manifestando que la afectividad negativa, es la tendencia a vivenciar estados emocionales negativos, acompañadas de elementos conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de atención y concentración). La afectividad negativa se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas; ya que genera una mayor reactividad frente a los estímulos negativos y o estresores.

Se da lugar a la sensación de abandono y ante la pérdida de la autoestima, ante la aparición de eventos vitales estresantes, relacionándose a la afectividad negativa, dificultando el afrontamiento y aumentando la posibilidad de sufrir depresión en comparación con otras personas que no presentan estas características.

Por último, tienen un alto riesgo de depresión aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, así como los que presentan déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta (Garber, 2006; véase Ministerio de Salud de España, 2009).

### **2.3.10 Criterios de gravedad**

En cuanto al impacto de la depresión, Vallejo (2011) sostiene que la depresión afecta todos los niveles del curso de la Insuficiencia Renal Crónica y sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo, complican el curso de la enfermedad a varios niveles. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados, que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco, perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande.

#### **a. Depresión en ancianos:**

Palomo y Jiménez (2009), refieren que la depresión es más común en los ancianos que la población en general. Diversos estudios apuntan que la depresión en los adultos mayores se puede relacionar con el bajo nivel socioeconómico, ante la pérdida de un cónyuge, además de estar diagnosticado con alguna enfermedad física, también el hecho de vivir en abandono o aislamiento social.

En este grupo de población hay tendencia a infra diagnosticar. Esto puede ser porque se manifiesta más a menudo con síntomas somáticos, debido a la comorbilidad de otras enfermedades adyacentes, además existe la tendencia de la añoranza al pasado, que muchas veces los envuelve en una situación de nostalgia y depresión.

**c. Depresión en niños y adolescentes:**

Como anteriormente se mencionó, esta población es vulnerable por la necesidad de dependencia en los primeros años de desarrollo. La fobia escolar y aferrarse a los padres se puede entender como síntomas de depresión en niños.

El mal rendimiento académico, la deserción escolar el uso de sustancias psicoactivas, el comportamiento antisocial, la promiscuidad sexual, la fuga del hogar y la rebeldía ante la figura de autoridad serían indicadores de depresión en adolescentes (Palomo y Jiménez, 2009).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**



### **3.1 Tipo de la investigación**

Según Hernández, Fernández y Bautista (2006) el estudio tiene un alcance de tipo descriptivo porque identifica, describe y analiza los niveles de depresión.

### **3.2 Diseño de la investigación**

De acuerdo a la denominación, el presente estudio es no experimental, de corte transversal en la medida que la variable de estudio será evaluada tal como se da en el contexto natural, sin manipular deliberadamente la variable y la recolección de datos será realizado en un único momento (Hernández et al., 2006).

### **3.3 Población y muestra de la investigación**

#### **3.3.1 Población**

La población en estudio está conformada por 110 pacientes diagnosticados de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima.

#### **3.3.2 Muestra**

La muestra está comprendida por 86 pacientes, de los cuales 47 son varones y 39 mujeres, de entre 18 y 75 años de edad, con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana, pertenecientes a un Centro de Diálisis de un Hospital Nacional de Lima.

### 3.4 Variables, dimensiones e indicadores

Tabla 3  
*Definición Operacional de la Depresión*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS / ÍNDICES		
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>Somático - Afectivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de fracaso.</li> <li>• Culpa</li> <li>• Castigo</li> <li>• Autoinsatisfacción</li> <li>• Autocríticas</li> <li>• Pensamiento suicida</li> <li>• Agitación</li> <li>• Pérdida de interés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3</li> <li>• 5</li> <li>• 6</li> <li>• 7</li> <li>• 8</li> <li>• 9</li> <li>• 11</li> <li>• 12</li> </ul>	<b>Ítems:</b>  1 = 0 pts 2 = 1 pts 3 = 2 pts 4 = 3 pts	<b>Nivel:</b>  Mínima Depresión: 0 – 13 pts  Depresión Leve: 14 – 19 pts  Depresión Moderada: 20 – 28 pts  Depresión Grave: 29 – 63 pts
	<b>Cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Pérdida del placer</li> <li>• Llanto</li> <li>• Indecisión</li> <li>• Inutilidad</li> <li>• Pérdida de energía</li> <li>• Sueño</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Cambios de apetito</li> <li>• Problema de concentración</li> <li>• Cansancio</li> <li>• Desinterés sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 4</li> <li>• 10</li> <li>• 13</li> <li>• 14</li> <li>• 15</li> <li>• 16</li> <li>• 17</li> <li>• 18</li> <li>• 19</li> <li>• 20</li> <li>• 21</li> </ul>		

### **3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **3.5.1 Técnicas**

La encuesta, que es un método de investigación basado en una serie de preguntas dirigidas a sujetos que constituyen una muestra representativa de una población con la finalidad de describir y/o relacionar características personales, permitiendo así generalizar las conclusiones (Latorre, Del Rincón y Arnal, 2003).

#### **3.5.2 Instrumentos**

Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II):

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II) es un instrumento de autoreporte creado por Beck, Steer y Brown (2006), el cual consta de 21 ítems diseñados con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV, tanto en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años con o sin diagnóstico psiquiátrico. En cada uno de los ítems se presentan cuatro frases alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, de las cuales el individuo debe elegir aquella que describe mejor su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que se completa el instrumento. Respecto a la corrección, cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida (se debe tomar en cuenta el valor más alto en caso de que la persona marque más de una alternativa) y la suma directa de los puntajes permite categorizar el grado de depresión del sujeto en 4 niveles distintos; depresión mínima o clínicamente no significativa (0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19), depresión moderada (20 a 28) y depresión severa (29 a 63).

Respecto a su versión anterior, el BDI-A, esta edición del Inventario de Depresión de Beck es considerada un instrumento de medición más fino para la detección de trastornos depresivos, ya que se incluyen más ítems con la finalidad de abarcar los criterios del DSM-IV-TR para el episodio depresivo y el trastorno distímico, lo cual además aporta a la validez de contenido de la prueba.

En nuestro medio, si bien no se cuenta con una adaptación local de este instrumento, Romero (2010) utilizó la adaptación argentina, para un estudio de investigación en una población de un Hospital Psiquiátrico en Lima. Dado que constituye la única versión sudamericana para adultos, además de contarse con datos acerca de sus propiedades psicométricas en población peruana aportados por las investigaciones antes mencionadas.

Cabe mencionar, que para fines convenientes en nuestro estudio de investigación, se modificaron algunas palabras como: “como de costumbre” por “como antes”, presentadas en las afirmaciones de determinados ítems, para darle una connotación más clara y una mejor comprensión de parte de los pacientes encuestados. Estos ítems están referidos a los números: 4, 7, 13, 14, 19 y 21.

### **3.6 Procedimientos**

Se estableció el contacto con la Jefatura del Departamento de Nefrología del Centro de Diálisis de un Hospital Nacional de Lima y se obtuvo su aprobación para la aplicación de los instrumentos en pacientes que cumplieran con las características antes mencionadas.

Se coordinó con el personal de Enfermería y con el Psicólogo, responsables de dicho departamento, para la posterior presentación del evaluador el día pactado para la aplicación del instrumento de evaluación respectiva, luego de tal presentación, se dejó a este a solas

con la paciente. Se explicó el objetivo de la investigación y se hace firmar el consentimiento informado (ver Anexo III), detallando la forma de aplicación del instrumento, que será de forma anónima, asegurando la total confidencialidad.

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta personal, del Inventario de Depresión de Beck II (IDB II). Para tal efecto se contó con la colaboración de un interno de psicología, nominado por el Psicólogo responsable del área de hemodiálisis para contactar a los pacientes que podían colaborar con la investigación; en el momento adecuado del tratamiento hemodialítico. El recojo de información se realizó en 4 fechas distintas, divididos en 2 sesiones para el turno mañana y turno tarde y 2 sesiones para el turno noche. El ambiente donde se desarrolló el procedimiento fue en la sala de espera del Centro de Diálisis de dicho nosocomio, que está conformado por 10 sillas y 02 bancas largas de madera, además de 01 mesa de recepción para firmar la asistencia a dicho Centro.

A continuación se procedió a la confección de datos, realizando la transcripción y calificación de cada prueba, de acuerdo a las pautas que establece el instrumento aplicado, para luego estructurar una matriz en el programa Excell 2013. Posteriormente se trasladó la base de datos cuantitativamente a una base de datos en el programa SPSS 18 y se calculó los estadísticos descriptivos de la muestra general y de cada grupo en cuanto a las variables socio-demográficas y las variables clínicas estudiadas. Así mismo, se obtuvo los estadísticos pertinentes para la descripción, el análisis y la discusión de resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados

En la Tabla 4 se aprecia que 48.8% de los pacientes presentan un nivel de depresión moderado y un 26.7% se caracteriza por presentar un nivel leve. Quienes presentan depresión severa representan al 23.3% y el 1.2% presenta la ausencia de depresión de la muestra total de los pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 4

*Niveles de Depresión en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica, que reciben tratamiento de Hemodiálisis.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	01	1,2
Leve	23	26,7
Moderada	42	48,8
Severa	20	23,3
Total	86	100,0

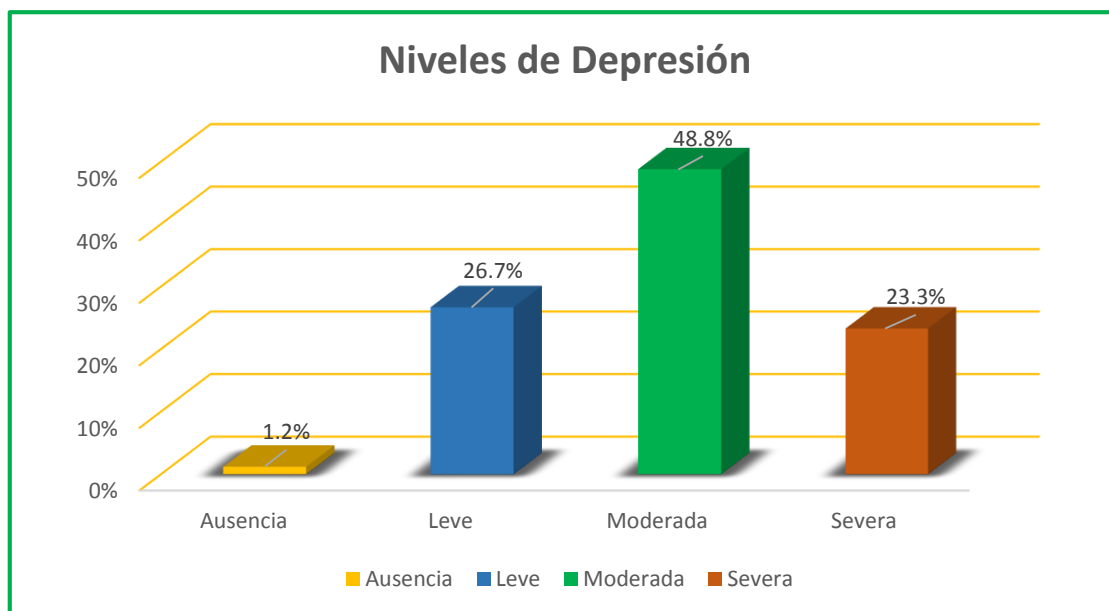


Figura 1. *Niveles de Depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.*

En la Tabla 5 se aprecia que en la dimensión Somático – Afectivo, el 44.2% de los pacientes presentan un nivel de depresión leve y un 36.0% se caracteriza por presentar un nivel moderado. Quienes presentan depresión severa representan al 23.3% y el 1.2% presenta la ausencia de depresión de la muestra total de los pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 5

*Niveles de Depresión según la dimensión Somático – Afectivo en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	01	1,2
Leve	38	44,2
Moderado	31	36,0
Profundo	16	18,6
Total	86	100,0

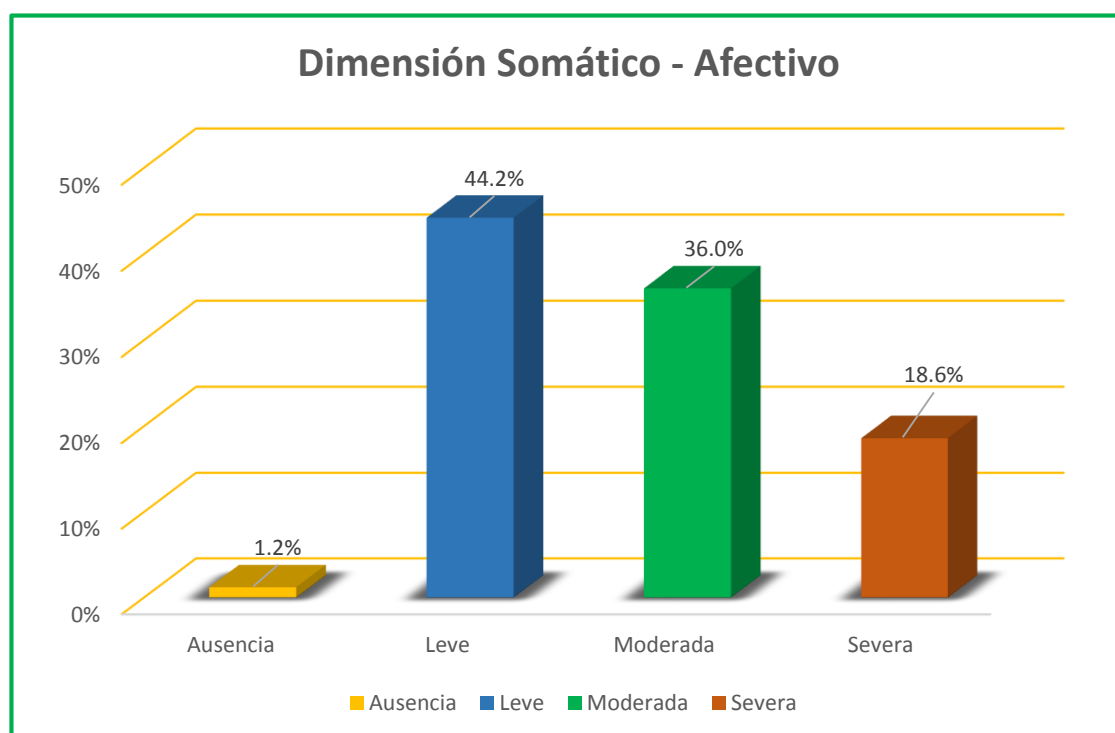


Figura 2. *Niveles de Depresión según la dimensión Somático – Afectivo en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*



En la Tabla 6 se aprecia que en la dimensión Cognitiva, el 46.5% de los pacientes presentan un nivel de depresión moderado y un 31.4% se caracteriza por presentar un nivel leve. Quienes presentan depresión severa representan al 19.8% y el 2.3% presenta la ausencia de depresión de la muestra total de los pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 6

*Niveles de Depresión según la dimensión Cognitiva en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	02	2,3
Leve	27	31,4
Moderado	40	46,5
Severo	17	19,8
Total	86	100,0

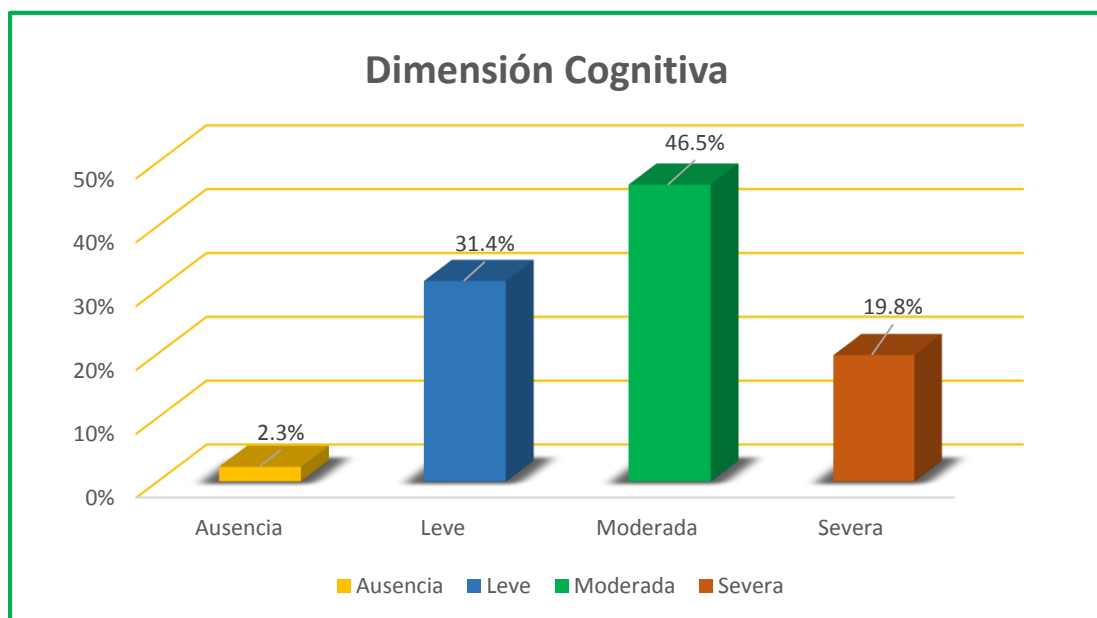


Figura 3. *Niveles de Depresión según la dimensión Cognitiva en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

En la Tabla 7 se aprecia según el género, que en el nivel de depresión severa del 23.3%, el 14% pertenece a los hombres y el 9.3% a las mujeres. En el nivel moderado del 48.8%, el 27.9% pertenece a los hombres y el 20.9% a las mujeres. En cuanto a la depresión leve del 26.7%, el 11.6% pertenece a los hombres y el 15.1% a las mujeres. Por último, el 1.2% de los hombres presenta ausencia de depresión; todo esto de la muestra total de los pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 7

*Niveles de Depresión según el género en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

Niveles	Mujeres %	Hombres %	Total
Ausencia	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (1.2)
Leve	13 (15.1)	10 (11.6)	23 (26.7)
Moderado	18 (20.9)	24 (27.9)	42 (48.8)
Severo	8 (9.3)	12 (14.0)	20 (23.3)
Total	39 (45.3)	47 (54.7)	86 (100)

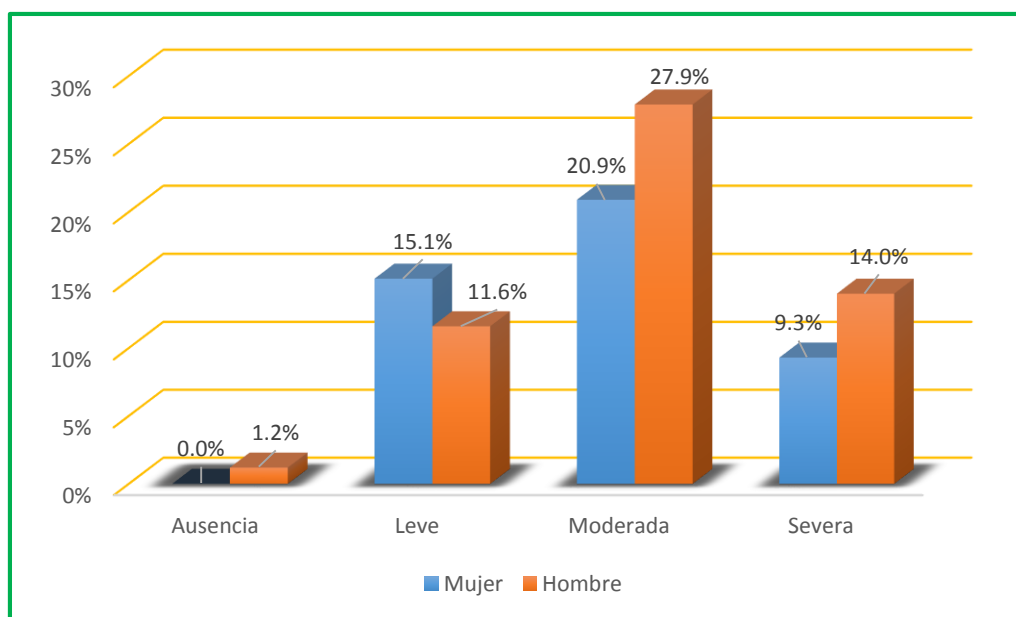


Figura 4. *Niveles de Depresión según el género en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

## Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II

### Confiabilidad

En la Tabla 8 se presenta las estimaciones de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices del Alpha de Cronbach para cada dimensión del Inventario de Depresión de Beck II. Los coeficientes Alpha son elevados en las dimensiones Cognitivo y Somático - Afectivo porque superan los valores del punto de corte de 0.70, generalmente aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos.

Tabla 8

*Estimaciones de la Confiabilidad mediante los Índices del Alpha de Cronbach para cada dimensión del Inventario de Depresión de Beck II*

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
TRISTEZA	22,49	43,241	,277	,828
PESISMISMO	22,27	43,045	,251	,829
FRACASO PASADO	22,29	43,009	,224	,831
SENTIMIENTO PLACER	22,43	42,930	,266	,829
CULPABILIDAD	22,22	41,139	,444	,822
SENTIMIENTO CASTIGO	22,08	43,017	,166	,835
DESAGRADO	22,24	41,481	,363	,825
AUTOCRITICA	22,23	41,616	,406	,823
IDEA SUICIDA	22,13	39,642	,525	,817
LLANTO	22,03	37,822	,631	,810
AGITACION	22,08	42,193	,320	,827
PERDIDA INTERES	22,00	41,318	,412	,823
INDECISION	22,27	41,798	,350	,826
INUTILIDAD	22,08	40,617	,446	,821
PERDIDA DE ENERGIA	22,20	40,866	,448	,821
CAMBIOS DEL SUEÑO	21,50	40,159	,582	,816
IRRITABILIDAD	22,12	41,045	,438	,822
CAMBIOS DE APETITO	21,62	41,604	,387	,824
FALTA DE CONCENTRACION	22,13	40,795	,476	,820
CANSANCIO O FATIGA	22,03	41,493	,376	,825
DESINTERES POR EL SEXO	21,74	39,463	,470	,820

## Validez

Tabla 9

*Estimaciones de las correlaciones Nivel – Ítems de la dimensión Somático – Afectivo.*

		Total de Somático-Afectivo
Total de Somático-Afectivo	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	
	N	86
d3.FRACASO PASADO	Correlación de Pearson	,375**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d5.CULPABILIDAD	Correlación de Pearson	,593**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d7.DESAGRADO	Correlación de Pearson	,523**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d6.SENTIMIENTO CASTIGO	Correlación de Pearson	,389**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d8.AUOCRTICA	Correlación de Pearson	,553**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d9.IDEA SUICIDA	Correlación de Pearson	,674**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d11.AGITACION	Correlación de Pearson	,450**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d12.PERDIDA INTERES	Correlación de Pearson	,514**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86

Tabla 10

*Estimaciones de las correlaciones Nivel – Ítems de la dimensión Cognitivo.*

		Total de Cognitivo
Total de Cognitivo	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	
	N	86
d1.TRISTEZA	Correlación de Pearson	,354**
	Sig. (bilateral)	.001
	N	86
d2.PESISMISMO	Correlación de Pearson	,322**
	Sig. (bilateral)	.003
	N	86
d4.SENTIMIENTO PLACER	Correlación de Pearson	,401**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d10.LLANTO	Correlación de Pearson	,733**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d13.INDECISION	Correlación de Pearson	,435**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d14.INUTILIDAD	Correlación de Pearson	,565**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d15.PERDIDA DE ENERGIA	Correlación de Pearson	,552**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d16.CAMBIO DEL SUEÑO	Correlación de Pearson	,705**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d17.IRRITABILIDAD	Correlación de Pearson	,566**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d18.CAMBIO DE APETITO	Correlación de Pearson	,522**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d19.FALTA DE CONCENTRACION	Correlación de Pearson	,536**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d20.CANSANCIO O FATIGA	Correlación de Pearson	,467**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86
d21.DESINTERES POR EL SEXO	Correlación de Pearson	,568**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	86

## Baremos

En la Tabla 11 se presenta las normas percentilares para el Inventario de Depresión de Beck II para la población de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 11

*Normas percentilares para el Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

Percentil	Depresión	Percentil	Depresión
1	13.00	50	21.00
5	16.35		
10	16.35	55	21.00
15	18.00	60	22.00
20	18.00	65	22.00
25	19.00	66	23.00
30	19.00	70	24.00
33	20.00	75	25.60
35	20.00	80	31.95
40	20.00	85	34.30
45	21.00	90	38.30

Teniendo en cuenta los valores percentilares (Pc 33 y Pc 66) de la Tabla 4, los niveles de depresión quedan establecidos del siguiente modo (véase Tabla 12).

Tabla 12

*Puntajes directos categorizados para la depresión en pacientes con diagnóstico Enfermedad Renal Crónica.*

Categoría	Pc	Pd
Ausencia	9 a 18	0 a 13
Leve	26 a 45	14 a 19
Moderado	46 a 70	20 a 24
Severo	71 a 99	25 a 63

## 4.2. Discusión de Resultados

A continuación se discuten los hallazgos del presente estudio, haciendo una descripción de la prevalencia de la depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Posteriormente se discuten los hallazgos de acuerdo a las variables de las dimensiones y género; finalmente se presentan las conclusiones y limitaciones de la investigación.

Podemos apreciar en cuanto al nivel de depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica que el 48.8% de los pacientes indican un nivel de depresión moderado, siendo una característica importante la pérdida de interés por la vida, afectando de manera directa a otras esferas de la vida del paciente, tanto en lo personal, familiar y social. En menor porcentaje un 23.3% presentan depresión severa, cabe resaltar la importancia de este indicador, ya que aproximadamente la cuarta parte del total de la muestra presente este nivel de depresión donde los síntomas son más angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas. Existe cierta aproximación con los resultados de Aguilera (2007) que nos presenta un 42% de nivel de depresión moderada y el 15.2% de nivel grave, reafirmando la comorbilidad existente entre una enfermedad terminal con el estado emocional del paciente. Se podría plantear que la gravedad de la depresión, en cuanto al nivel moderado y grave, implicaría la cronicidad de la enfermedad en este tipo de pacientes, haciendo más difícil la adherencia al tratamiento y así complicando de manera directa en el tratamiento de hemodiálisis (tanto en intra diálisis como en post diálisis), que realizan los pacientes en una frecuencia de tres veces por semana, provocando en ellos alteraciones físicas como náuseas, hipertensión e hipotensión arterial, hasta un paro cardiaco. En estas circunstancias el soporte familiar es una arista fundamental para un mejor afrontamiento de la enfermedad (Paredes, 2005). Siendo sugerente además el soporte familiar que va ligado al fortalecimiento emocional, asumiendo nuevas perspectivas en su capacidad de afrontamiento y fortalezas del yo.

En el contexto de lo analizado, resulta importante la atención multidisciplinaria en el campo de la salud (que involucra la labor directa del médico nefrólogo, enfermera, psicólogo y la asistente social) para favorecer el desarrollo de una salud integral para el paciente, desde la necesidad y atención de su enfermedad tanto física como emocional; y para su familia tanto para el acompañamiento adecuado del paciente y de una mejor aceptación de la enfermedad del paciente.

En cuanto al nivel de depresión, en la dimensión Somático – Afectivo, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica se aprecia que 36.0% indica un nivel moderado y un 23.3% depresión severa, ambos niveles suman un 59.3% siendo de consideración por sus características clínicas, donde el paciente las experimenta como un enlentecimiento y dificultad para pensar y participar en el mundo. Se ve principalmente en el plano de las conductas, en lo que hace a la falta de iniciativa, inercia e inactividad. Además se observa en el paciente desinterés por su cuidado personal. Se plantea que este resultado es vital ya que en la dimensión Somático – Afectivo se incluyen las características de la depresión tales como: sentimiento de fracaso, culpa, castigo, autoinsatisfacción, autocríticas, pensamiento suicida, agitación y pérdida de interés. Siendo características que van a estar directamente relacionadas con el vínculo afectivo tanto intrapersonal como interpersonal. Ya que se plantean como la primera parte de la depresión en su estadio inicial, afectando el yo y el entorno. En tal situación, Muriel (2007) plantea que la manifestación de las enfermedades crónicas es un factor determinante para el incremento de la depresión, avanzando por etapas o niveles, pasando desde una simple tristeza hasta desencadenar una depresión severa con ideas de suicidio. Por consiguiente, se sugiere plantear estrategias de salud preventiva con un enfoque multiaxial y multidisciplinario, para poder afrontar de la mejor manera la enfermedad crónica, donde el aporte psicológico debe partir de la aceptación de la enfermedad para una mejor adherencia al tratamiento médico; así como un programa de autoestima y fortalezas del yo, adaptado para el paciente como para el entorno familiar.



Por otra parte, referente al nivel de depresión, en la dimensión Cognitiva, se puede evidenciar que el 46.5% de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica manifiestan un nivel de depresión moderado y un 19.8% nivel de depresión severa, considerando que un total del 66.3% presenta características de gravedad considerables sobre la valoración negativista que el individuo hace de su persona, del mundo y del futuro (triada cognitiva de Beck). Respecto a sí mismo, manifiesta ideas de inutilidad y menosprecio, expresando una visión fatalista de su futuro, sin posibilidad de resurgir, con tendencia a la desesperanza, también son notorias las ideas de autodestrucción y el intento suicida. También existe un déficit en la atención y concentración, pérdida subjetiva de memoria, además se puede apreciar una lentitud mental o del pensamiento. Siendo las características de ésta dimensión: tristeza, pesimismo, pérdida del placer, llanto, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, sueño, irritabilidad, cambios de apetito, problema de concentración, cansancio, desinterés sexual.

Por tal razón, Romero (2010) expresa que diversos autores coinciden en señalar que la presencia de trastornos comórbidos en cuadros depresivos suele estar asociada a un mayor nivel de alteración en el nivel de funcionamiento cotidiano frente a los casos sin comorbilidad (Rush et al, 2005), presentando niveles más pobres de funcionamiento físico y mental, mayor severidad en la presentación de síntomas y mayor índice de afecciones psicósomáticas. Como se indica esto en referencia a la dimensión Cognitiva, esto repercutiría en la calidad de los recursos a nivel personal y social del individuo.

Por consiguiente, es necesaria la pronta acción profesional del psicólogo; reforzando estrategias e intervenciones terapéuticas no sólo para el paciente sino además para su entorno familiar, estableciendo vínculos cercanos y significativos (Bronisch & Hecht, 1990). Siendo la Terapia Cognitiva, la más indicada en los niveles de depresión leve, ya que ésta terapia se encuentra direccionada hacia la modificación del estilo cognitivo de los pacientes depresivos, señalada por Beck (Scott, 1996; véase Vallejo, 2011).

En relación al nivel de depresión, según el género, se refiere al género masculino un 27.9%, que indica un nivel moderado, como indicador más elevado, generando en ellos una alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales, pasando por una idea de minusvalía y de incompetencia. Esto trae como consecuencia la falta de conciencia de la enfermedad física, agregando a eso una mala adherencia al tratamiento clínico médico, que le exige cambios en su estilo de vida, desde lo nutricional, sexual, social y actividades laborales y físicas. Por otra parte, el 14.0% representa el nivel de depresión severo en pacientes de género masculino; manifestando las características anteriormente detalladas, pero generando una gran alteración en la funcionalidad del paciente, asomando ideas suicidas y síntomas psicóticos; siendo el principal desencadenante de esta condición la inactividad laboral como consecuencia del desarrollo de la enfermedad.

Por el contrario, los pacientes del género femenino presentan en el nivel de depresión moderado un 20.9%, siendo este indicador el más elevado, en cuanto a los niveles de depresión, este resultado trae como consecuencia el pensamiento de abandono y de disminución de autoestima. El 9.3% manifiesta el nivel de depresión severa en este género, no solo afectando de manera directa a otras esferas de la vida del paciente, tanto en lo personal, familiar y social, sino que además presenta ideas delirantes y suicidas. Muchas veces esto se complica porque la mujer se ve estigmatizada por patrones socioculturales de vulnerabilidad ante la enfermedad y de indefensión ante cualquier peligro; siendo un agravante para la complicación de la enfermedad física. Por tal razón, la depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Siendo el Instituto Nacional de Salud Mental de E.E.U.U. (2009) y Vallejo (1999) refieren que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos.

Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en general, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.

En tal sentido, se sugiere para los pacientes además de la educación preventiva de la salud, una formación psicosocial en cuanto al afronte del estrés y la capacidad de resiliencia, siendo fundamental la formación de la autoestima desde el primer agente socializador que es la familia; permitiendo una visión diferente en cuanto a la resolución de conflicto, en tal caso esta sugerencia favorece al paciente y a su entorno familiar a la aceptación de la enfermedad y una correcta adherencia al tratamiento clínico, causando consecuencias favorables que irán desde la mejoría física del paciente hasta el alargue de los años a través de una óptima calidad de vida. Resaltando la importancia de un enfoque multiaxial y multidisciplinario, para el paciente y su entorno familiar. Focalizando un tipo de atención diferenciada en ambos géneros, prevaleciendo un trabajo basado en la autoestima y fortalezas del yo en las mujeres, así como nuevas alternativas de participación y desempeño físico, social y laboral en los varones.

## CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis correspondiente en la prevalencia de la depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de un centro de diálisis de Lima, se pueden exponer las siguientes conclusiones:

1. El nivel de depresión más significativo, reportado por los pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de diálisis de Lima, es el nivel moderado con un 48.8%, lo que indicaría la comorbilidad existente entre una enfermedad terminal con el estado emocional del paciente. Se podría plantear que la gravedad de la depresión, en cuanto al nivel moderado y grave, implicaría la cronicidad de la enfermedad en este tipo de pacientes.
2. Por otro lado, en la dimensión Somático - Afectivo, se resaltan porcentajes elevados en el nivel leve y moderado, lo que evidenciaría que estas características van a estar relacionadas con el vínculo afectivo tanto intrapersonal como interpersonal. En tal razón, se determina la presencia de la depresión inicialmente, afectando singularmente el yo y el entorno.
3. En referencia a la dimensión Cognitiva, se manifiestan resultados considerables en los niveles moderado y severo, con un total del 66.3%, presentando características de gravedad considerables sobre la visión negativa que la persona hace de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva de Beck). Se puede establecer que en esta dimensión existe una mayor severidad en la presentación de síntomas y mayor índice de afecciones psicósomáticas.
4. En cuanto, al nivel de depresión según el género, los resultados arrojan un mayor porcentaje referente al sexo masculino. Aunque la depresión, según la OMS, sea más común en mujeres, en los hombres tiene una postura objetiva al suicidio. Esto se puede evidenciar ya que los hombres experimentan la depresión de manera distinta, que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos, siendo la mujer más vulnerable por los cambios hormonales y un mal afrontamiento al estrés.

## RECOMENDACIONES

Tomando como referencia las conclusiones expuestas, se presentan a continuación algunas recomendaciones que podrían contribuir en beneficio de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que tienen depresión.

1. Es conveniente realizar la detección de la depresión en todas las evaluaciones de los pacientes, independientemente del lugar de tratamiento y la especialidad de atención, sobre todo cuando son diagnosticados con una enfermedad crónica o terminal.
2. Se debe elaborar un plan terapéutico, de acuerdo al nivel de depresión (leve, moderada, severa), teniendo en cuenta la disponibilidad y actitud del paciente así como su entorno social y/o familiar. A través de la psicoeducación, la psicoterapia individual y familiar, buscando fortalecer el bienestar y la salud integral del paciente. Para así poder reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de la depresión y disminuir el impacto de la depresión en las personas afectadas, su familia y la sociedad.
3. Estimar el riesgo de la depresión a nivel severo, mediante un interrogatorio y evaluación dirigida de los factores de riesgo como: depresión, ausencia de soporte familiar, abandono de tratamiento; que muchas veces no son notorias en el paciente, sino que cuentan con un rango de severidad.
4. Proponer programas de capacitación y desarrollo profesional, que permita al personal de salud, involucrado con estos pacientes, incrementar sus competencias en sus respectivas áreas, con el consecuente beneficio tanto para los pacientes como para la institución laboral, lo cual permite la retroalimentación constante para un fortalecimiento personal y profesional. Asegurando la participación de los profesionales hacia una atención focalizada tanto en el aspecto físico como psicológico.

5. Por otro lado, el abordaje del paciente que recibe diálisis deben realizarlo todo un equipo multidisciplinario, donde se incorpore y desarrollen nuevos protocolos de atención especializadas para este tipo de pacientes, empleando, adaptando e implementando nuevas estrategias psicoterapéuticas, donde se consideren los elementos individuales y familiares, obteniendo así beneficios en la adherencia al tratamiento, en pro de una mejor calidad de vida de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, P. (2007). *Prevalencia de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Tratamiento de Hemodiálisis*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Medicina Escuela de Posgrado de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 8(3), 563 – 601.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Revista SERGAS*, 6(11), 1 – 6.
- Alonso, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Revista Mexicana Salud Mental*, 32(6), 443 – 445.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona, España: Masson.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Revista Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183 – 197.
- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V. Caballo, (comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1, pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Ferre, F. (2007). *Guía para afrontar la depresión*. Madrid, España: Fundación Juan José López-Ibor – Fundación Arpegio.
- Goncalves, F., Gonzáles, V., & Vázquez, J. (2008). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gustavo, A. (2009) *Manual Práctico de Psicopatología*. Montevideo, Uruguay: UNESU.
- Hall, V. (2003). *Depresión: Fisiopatología y Tratamiento*. Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos – Universidad de Costa Rica.
- Heinze, G., & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la Depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. (Tesis de licenciatura inédita). Escuela de Posgrado de la Universidad Autónoma del Estado de México, Atlacomulco.
- Hernández, R., Fernández, C. y Bautista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov>.
- Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- Lizondo, G., & Llanque, C. (2008). Depresión. *Revista Pateña de Medicina Familiar*, 5(7), 24 – 31.
- Lizondo, G., & Llanque, C. (2005). Enfoque Cognitivo de la Depresión. *Revista Pateña de Medicina Familiar*, 2(1), 50 – 51.
- Magaz, A. (2007). *Efectos Psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Deusto. Bilbao, España.
- Mera, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Medicina Escuela de Posgrado de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Millán, R. (2009). *Depresión en pacientes que reciben diálisis*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 522 – 533.
- Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. (2013). *Guía Clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e040010e64.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Galicia, España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia Natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86 – 90.
- Muriel, J. (2007). *Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades: Estudio comparativo entre pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*



- en Hemodiálisis*. (Tesis doctoral inédita). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Orellana, M., & Munguía, A. (2008). Insuficiencia Renal y Depresión. *Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 1(3), 10 - 12.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & Bortoli, M. (2009). Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117 – 124.
- Palomo, T., & Jiménez, M. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid, España: Diapasón.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y Soporte Social en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Romero, E. A. (2010). *Representaciones mentales del Self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rueda, M., Díaz, L., & Rueda, E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159 – 168.
- Ruiz, A. (2012). *Terapia Cognitiva Conductual bajo trance hipnótico en casos de depresión leve*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil. Ecuador.
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck - II (BDI-II). *Revista Clínica y Salud*, 16(2), 121 – 142.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología*. Barcelona, España. Masson & Elsevier.
- Vásquez, C., & Sáenz, J. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Revista Psicología Conductual*, 8(3), 417 – 449.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN BDI-II

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

#### 1) Tristeza

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

#### 2) Pesimismo

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

#### 3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería

- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

#### **4) Pérdida de placer**

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

#### **5) Sentimientos de culpabilidad**

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

#### **6) Sentimientos de castigo**

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

#### **7) Desagrado hacia uno mismo/a**

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

#### **8) Autocrítica**

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre

- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

### **9) Pensamientos o deseos de suicidio**

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

### **10) Llanto**

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

### **11) Agitación**

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

### **12) Pérdida de interés**

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

### **13) Indecisión**

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre

- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

#### **14) Sentimientos de inutilidad / Desvalorización**

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

#### **15) Pérdida de energía**

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

#### **16) Cambios en el sueño**

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.

#### **17) Irritabilidad**

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

### **18) Cambios en el apetito**

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

### **19) Dificultades de concentración**

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

### **20) Cansancio o fatiga**

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

### **21) Pérdida de interés por el sexo**

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

## ANEXO II

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente participar en el Proyecto de Investigación que conduce el alumno de Psicología Juan José Cordano Callañaupa con la aprobación del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor los trastornos depresivos y se me ha explicado que llenaré un cuestionario acerca de mi forma de pensar, sentir y comportarme recientemente, luego de lo cual se me hará una breve entrevista que será grabada. Se me ha explicado que tanto las respuestas al cuestionario como el contenido de la grabación son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas ni a mis datos personales. Así mismo, se me ha informado que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

---

***Firma***

---

***Fecha***



Tabla 13

*Matriz de consistencia de la Depresión*

<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>
¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima?	Determinar el nivel de depresión en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima.
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
¿Cuál es el nivel de depresión, en la dimensión somático – afectivo, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?	Identificar el nivel de depresión, en la dimensión somático – afectivo, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.
¿Cuál es el nivel de depresión, en la dimensión cognitiva, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?	Identificar el nivel de depresión, en la dimensión cognitiva, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.
¿Cuál es el nivel de depresión, según el género, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis?	Identificar el nivel de depresión, según el género, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.