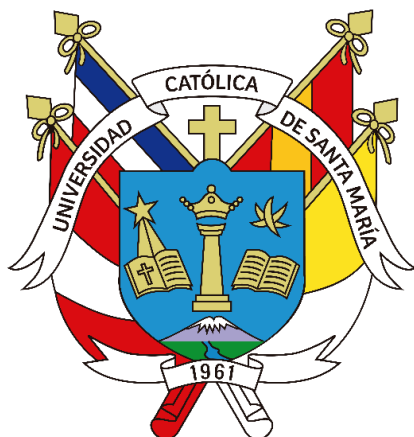


Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tesis presentada por los bachilleres:

Vizcarra Jiménez, Alisson Gabriela

Bolige Uñapilco, Bárbara Angie

Para optar el título profesional de:

Medica Cirujana

Asesora:

Dra. Montesinos Valencia Lily

Eufemia

Arequipa- Perú

2023

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Abril del 2023

Dictamen: 009307-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 009307, presentado por:

2016101912 - VIZCARRA JIMENEZ ALISSON GABRIELA

2016100192 - BOLIGE UÑAPILCO BARBARA ANGIE

Titulado:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR



29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR



45044338 - LUZA CASAVERDE EDWIN WILDER
DICTAMINADOR



Dedicatoria

*A Dios con mucho amor y gratitud por darme la fortaleza todos los días para seguir adelante,
guiarme y darme salud para poder terminar mi carrera.*

*A mí misma por ser tan valiente, resiliente y perseverante con mis sueños, por encontrar siempre ante
cualquier obstáculo algo positivo y mucho que aprender, y por amar tanto la carrera de Medicina.*

*A mis padres Yudy y Edgard por su gran amor, apoyo incondicional y ejemplo de perseverancia en
todo el proceso y termino de mi carrera.*

A mi hermana Astrid por siempre estar para mí, brindarme su consejo y motivación, y ser mi persona.

A Ali por ser mi compañera de tesis, de carrera y de vida por aceptar emprender este viaje juntas.

A mis primos que fueron mis personas vitamina y me ayudaron a lograr mis metas.

*Y a mis amigos que son la familia que escogí por estar para escucharme, aconsejarme e incentivarme
a seguir mis sueños.*

Barbara Angie

*Agradezco a Dios, por darme el aliento de vida cada día, brindarme su bendición, ser mi guía en la
vida, permitirme culminar con éxito mi anhelada carrera, darme salud y fortaleza en todo momento.*

*A mis padres Lizbett y Raimundo, por su amor, confianza, por siempre estar a mí lado en todo
momento, así sea a nivel espiritual, y por apoyarme incondicionalmente desde el inicio de mi vida;
siendo mis modelos de grandes profesionales y personas.*

*A mis abuelos, Maria y Sigifredo, por cuidarme, amarme y apoyarme durante mi corta vida,
guiándome siempre para ser una mejor persona cada día, siendo mi ejemplo de resiliencia infinita.*

A mis abuelos paternos, Alicia y Pedro, porque a pesar de la distancia cuento con su amor y apoyo.

*A mi hermano Fabricio, canon de perseverancia, por brindarme risas y amor incondicional en todo
momento.*

*A la vida, ya que puso en mi ella grandes amigas, dentro de ellas a Barbie, mi compañera de tesis, las
cuales aprecio mucho y estaré eternamente agradecida, ya que son gran parte de mi felicidad y de mi
tesis xd.*

Alisson Gabriela

Agradecimiento

A la Universidad Católica de Santa María y a nuestros maestros, por sus enseñanzas brindadas que contribuyeron a nuestra formación tanto profesional y como seres humanos.

A todos y cada una de las personas de mi hermosa familia y amigos cercanos que nos acompañaron en esta etapa y siguieron de cerca nuestros estudios.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza donde realizamos nuestro internado y que nos apoyaron facilitándonos las instalaciones y la muestra para nuestro estudio.

A nuestros pacientes del servicio de hemodiálisis de la unidad de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa que participaron voluntariamente en nuestro estudio, ya que sin su ayuda esto no hubiese sido posible.



RESUMEN

Introducción y Objetivo: La enfermedad depresiva en la población de mayor edad es un problema de salud común y grave que se asocia con comorbilidad, deterioro del funcionamiento, haciendo uso excesivo de recursos de atención médica y aumento de la mortalidad (incluido el suicidio). La depresión en la vejez permanece infradiagnosticada e inadecuadamente tratada. En América Latina se ha observado que dentro el espectro de trastornos afectivos, la depresión es la enfermedad psiquiátrica más común en los adultos mayores; sin embargo, muchas veces se confunde con estados de ánimo, sobre todo cuando se presentan dos o más comorbilidades desencadenando así dificultad en un posible diagnóstico oportuno, así como muchas personas mayores tienen dificultad para reconocer los síntomas afectando así directamente en su calidad de vida de estas personas.

Así como se ha evidenciado el impacto emocional de la hemodiálisis, en donde el diagnóstico erróneo es común en pacientes con ERC, por ende, es imperante un manejo integral del paciente, dado que puede afectar el cumplimiento del tratamiento del paciente.

Por lo cual, nuestro objetivo con esta investigación es determinar los factores sociodemográficos asociados al nivel de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE.

Metodos: El presente estudio es de campo, descriptivo, transversal y de asociación simple. Se evaluó el grado de depresión según la escala de Yesavage en pacientes con nefropatía crónica sometidos a terapia dialítica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa en el 2023.

Resultados: Se estudiaron 80 pacientes, donde se evidencio que el 100% de los adultos mayores nefrópatas en hemodiálisis tienen depresión, y de este total el 50% presentan un grado de depresión moderada, mientras que un 28.75% tienen un grado de depresión severa, el 45% son de rango de edad de 60 a 65 años, el 55% son varones, el 65% son de procedencia de Arequipa, el 91.25% son dependientes económicamente y no laboran, el 38.75% son viudos, el 40% tienen de nivel de instrucción secundaria completa, 98.75% no fueron diagnosticados de depresión previamente, el 60% tenía como etiología de la ERC la diabetes y el 23.75% la hipertensión arterial, el 45% tenía como tiempo en tratamiento de hemodiálisis menos de 6 meses, el 97.5% tenía como frecuencia de hemodiálisis 3 veces a la semana, y el 46.25% estaba hospitalizado. En el análisis bivariado se muestra una relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el estado civil ($p=0.03$), a su vez también se encontró dependencia entre las variables del nivel de depresión y la hospitalización del nefrópata ($p=0.01$)

Conclusiones: Se encontró que el 100% de los adultos mayores nefrópatas en hemodiálisis tienen depresión, y de este total el 50%, 28.75% y 21.25% presentan un grado de depresión moderada, severa y leve respectivamente.

Palabras Claves: Depresión - adulto mayor – hemodiálisis.

ABSTRACT

Introduction and Objective: Depressive illness in the older population is a common and serious health problem that is associated with comorbidity, impaired functioning, excessive use of health care resources, and increased mortality (including suicide). Depression in old age remains underdiagnosed and inadequately treated. In Latin America it has been observed that within the spectrum of affective disorders, depression is the most common psychiatric illness in older adults; However, it is often confused with mood states, especially when two or more comorbidities are present, thus triggering difficulties in a possible timely diagnosis, as well as many older people have difficulty recognizing the symptoms, thus directly affecting their quality of life. of these people.

Just as the emotional impact of hemodialysis has been evidenced, where misdiagnosis is common in patients with CKD, therefore comprehensive patient management is imperative, since it can affect patient compliance with treatment.

Therefore, our objective with this research is to determine the sociodemographic factors associated with the level of depression in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis of the HRHDE.

Methods: The present study is field, descriptive, cross-sectional and simple association. The degree of depression was evaluated according to the Yesavage scale in patients with chronic kidney disease undergoing dialysis therapy in the Honorio Delgado Espinoza Arequipa Regional Hospital in 2023.

Results: 80 patients were studied, where it was evidenced that 100% of older adults with nephropathy on hemodialysis have depression, and of this total, 50% present a degree of moderate depression, while 28.75% have a degree of severe depression, 45% % are between the ages of 60 and 65, 55% are male, 65% are from Arequipa, 91.25% are economically dependent and do not work, 38.75% are widowed, 40% have a level of complete secondary education, 98.75% were not previously diagnosed with depression, 60% had diabetes as the etiology of CKD and 23.75% arterial hypertension, 45% had less than 6 months in hemodialysis treatment, 97.5% they had hemodialysis frequency 3 times a week, and 46.25% were hospitalized. The bivariate analysis shows a statistically significant relationship between the level of depression and marital status ($p=0.03$), in turn, a dependency was also found between the variables of the level of depression and the hospitalization of the nephropathy ($p=0.01$).

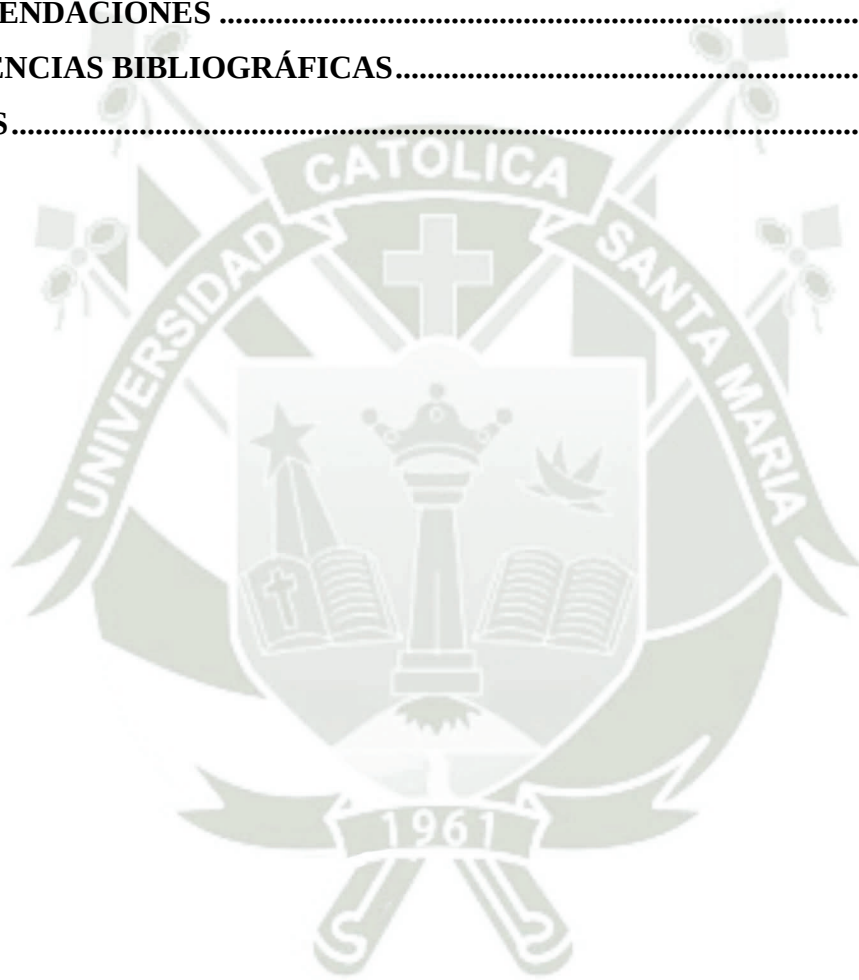
Conclusions: It was found that 100% of older adults with nephropathy on hemodialysis have depression, and of this total, 50%, 28.75%, and 21.25% present a degree of moderate, severe, and mild depression, respectively.

Keywords: Depression - elderly – hemodialysis.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii	
AGRADECIMIENTO.....	iii	
RESUMEN.....	iv	
ABSTRACT.....	v	
INTRODUCCIÓN	viii	
CAPITULO I		
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1	
1.1 Enunciado del problema.....	1	
1.2 Descripción del problema.....	1	
1.3 Justificación.....	4	
2. OBJETIVOS	.6	
2.1 Objetivo General.....	.6	
2.2 Objetivo Específico.....	.6	
3. MARCO TEÓRICO.....	7	
3.1 Adulto Mayor	7	
3.2 Depresión.....	10	
3.3 Enfermedad Renal Crónica.....	28	
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	32	
5. HIPOTESIS.....	39	
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		40
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	41	
1.1 Técnicas	41	
1.2 Instrumentos.....	41	
1.3 Materiales.....	42	
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42	
2.1 Ubicación Espacial	42	
2.2 Ubicación Temporal	42	
2.3 Unidades de estudio	42	
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44	

3.1 Organización	44
3.2 Recursos.....	44
3.3 Validación de Instrumentos.....	45
3.4 Criterios para el manejo de resultados.....	46
CAPITULO III RESULTADOS.....	47
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	85



INTRODUCCIÓN

Debido a su mayor gravedad, al elevado riesgo de suicidio y a las dificultades que plantea su diagnóstico, la depresión en los ancianos se considera actualmente un importante problema de salud pública.

Los aspectos más importantes que definen las características del grupo de edad avanzada son los problemas mentales, físicos y biológicos. Este primer componente es crucial para las personas mayores porque aumenta significativamente el aislamiento social, la disminución del apoyo social y familiar y la pérdida de prestigio social y económico. La disminución de la capacidad y los recursos de las personas mayores para adaptarse a las nuevas circunstancias agrava este problema. Al igual que la salud física se caracteriza por la frecuente aparición de trastornos somáticos incapacitantes, los síntomas depresivos también pueden empezar a aparecer debido a enfermedades físicas y afecciones neurodegenerativas.

Según la OMS, alrededor del 15% de los adultos mayores de 60 años sufren de enfermedades mentales. Así como, se evidencia que a nivel global el número de adultos mayores, se triplicó respecto a la población joven; e incluso el 25% sufrirá de algún trastorno mental por limitación funcional, soledad, abandono, enfermedades crónicas o discapacidad. Los pensamientos suicidas son cada vez más comunes debido a la depresión.

En América Latina, se ha visto que la depresión es más común entre los adultos mayores y esta es enmascarada en su gran parte, ya que al presentar dos o más enfermedades se confunde con el estado anímico y no se logra llegar a un diagnóstico oportuno, así como muchos adultos mayores tienen dificultad para reconocer síntomas y manifestar de ellos a sus familiares cercanos, por lo cual la calidad de vida de estas persona se ven afectadas (1).

Se ha demostrado que en más del 75% de los pacientes de la tercera edad predominan los síntomas somáticos, y hasta en el 30% de los pacientes la somatización es el primer signo de depresión (1).

Como complicaciones de la depresión, según las tasas de suicidio en los Estados Unidos, se evidencia que son más altas entre los ancianos, representando el 20% de suicidios, las personas mayores de 65 años, y así consigo siendo la depresión la enfermedad psiquiátrica más fuertemente asociada (2).

Los recientes cambios demográficos han provocado el envejecimiento de la población, lo que ha aumentado la prevalencia de enfermedades como la depresión. Es esencial una gestión integral de los

casos, centrada en la prevención primaria y secundaria de la depresión en los ancianos, ya que el médico de atención primaria suele ser el primero en tratar con estos pacientes.

Del mismo modo, es crucial que conozcamos los criterios diagnósticos para realizar un diagnóstico rápido e iniciar el tratamiento. Por otro lado, comprender el curso de acción correcto disminuirá los síntomas depresivos, la ideación suicida, la recaída y la recurrencia de los síntomas. La psicoterapia, las terapias psicosociales, los antidepresivos y la terapia electroconvulsiva se utilizan con frecuencia como métodos de tratamiento. Por lo tanto, el propósito de este proyecto de tesis es esclarecer la relación de los factores sociodemográficos y el nivel de depresión en los adultos mayores; ya que al nosotros estar en un futuro próximo a la atención primaria de salud de atención primaria debemos estar al tanto de esta población vulnerable, para poder actuar así sobre la prevención primaria, secundaria de la depresión en los adultos mayores (3).





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y los niveles de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el H.R.H.D.E. en Arequipa 2023?

1.2 Descripción del Problema

a) Área de conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría Geriátrica
- Línea: Trastornos afectivos: Depresión

b) Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Dimensión	Unidad / categoría	Escala
Independiente	Edad	60 años - 65 años 66 años – 71 años 72 años – 77 años 78 años a más	Años	Nominal
	Sexo	- Masculino - Femenino	Género	Nominal
	Estado civil	- Soltero(a) - Casado(a) - Viudo(a) - Separado(a) - Conviviente - Divorciado(a)	Estado civil	Nominal
	Grado de instrucción	- Analfabeto - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria	Nivel de educación	Nominal

		completa • Secundaria incompleta • Superior completa • Superior incompleta		
	Lugar de procedencia	• Arequipa • Cusco • Puno • Moquegua • Tacna • Otras ciudades	Lugar de procedencia	Nominal
	Etiología de la Enfermedad Renal Crónica	• Diabetes mellitus. • Hipertensión arterial. • Lupus eritematoso sistémico. • Poliquistosis renal. • Uropatía obstructiva. • No filiada. • Otras	Causa que propició la Insuficiencia Renal.	Nominal
	Tiempo de Tratamiento	• Menos de 6 meses • De 6 a 12 meses • De 1 a 2 años. • De 3 a 5 años • Más de 5 años.	Tiempo de Tratamiento de Hemodiálisis	Ordinal

	Tiempo de frecuencia de hemodiálisis	• 1 vez a la semana • 2 veces por semana • 3 veces por semana • Más de 3 veces por semana	Cualitativa	Nominal
	Estado financiero	• Económicamente dependiente • Económicamente independiente	Cualitativa	Nominal
	Estado laboral	• Laboralmente activo (trabaja) • Laboralmente inactivo (no trabaja)	Cualitativa	Nominal
	Paciente hospitalizado	• Sí • No	Cualitativa	Nominal
Dependiente	Nivel de depresión (según respuesta directa al cuestionario “test de Yesavage)	Puntuación: • Normal: 0-9. • Leve:10-11. • Moderada:12-19. • Severa: 20-30	Casuística	Ordinal

c) Interrogantes básicas

- 1.2.3.1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023?
- 1.2.3.2 ¿Cuáles-son-los-niveles-de-depresión-en los adultos mayores con enfermedad renal-crónica- en- hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023?}

1.2.3.3 ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y los niveles de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023?

1.2.3.4 ¿Existe asociación entre el tiempo, frecuencia de hemodiálisis, la etiología de enfermedad renal crónica y si están hospitalizados actualmente o no, con los niveles de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal-crónica-en-hemodiálisis-del HRHDE, Arequipa 2023?

d) Tipo, diseño y nivel de investigación:

El presente estudio es de campo, descriptivo, transversal y de asociación simple

1.3 Justificación

La depresión unipolar es bastante común e incapacitante. Según estudios comunitarios realizados en 14 países diferentes, se prevé que la depresión mayor unipolar tenga una prevalencia de por vida del 12 % y sea la undécima causa más importante de discapacidad y mortalidad en todo el mundo, según la OMS. La depresión mayor es la segunda causa principal de discapacidad en los Estados Unidos, mientras que el trastorno depresivo crónico (distimia) es la vigésima.

Además, la depresión mayor es altamente recurrente. Después de la recuperación de un episodio, la tasa estimada de recurrencia durante dos años es superior al 40 por ciento; después de dos episodios, el riesgo de recurrencia dentro de los cinco años es de aproximadamente el 75 por ciento. (1)

La enfermedad depresiva relacionada con la edad es una afección médica importante y generalizada que está relacionada con la comorbilidad, el deterioro funcional, el uso excesivo de servicios médicos y el aumento de la mortalidad (incluido el suicidio). La depresión en la vejez continúa sin ser diagnosticada ni tratada. Los hombres mayores en los Estados Unidos, en particular los afroamericanos e hispanoamericanos mayores, tienen más probabilidades de experimentar depresión no diagnosticada. A medida que la población envejece, los efectos de la depresión no tratada en la vejez en la salud pública empeorarán con el tiempo. Dado que los entornos de

atención primaria representan más del 80% de la terapia de salud mental para personas mayores deprimidas. Incluso cuando se reconoce, la depresión con frecuencia no se trata en la atención general. Un deber clave del médico de atención primaria es la identificación y el tratamiento de la depresión en la vejez. Los pacientes pueden beneficiarse de la medicina, la psicoterapia y el diagnóstico temprano.

Es posible subestimar la verdadera prevalencia de las enfermedades depresivas en las personas mayores. Aunque solo una pequeña cantidad de estudios epidemiológicos han incluido participantes en este rango de edad, este grupo puede tener una mayor prevalencia de síntomas depresivos.

La depresión provoca un aumento tanto de la discapacidad como de la calidad de vida. La depresión relacionada con la edad está vinculada a más visitas a la consulta del médico y a urgencias, mayor consumo de fármacos, precios más elevados de los medicamentos con y sin receta, mayor riesgo de consumo de alcohol o drogas ilícitas, estancias hospitalarias más prolongadas y, en general, mayores costes de tratamiento. Las tasas de morbilidad y mortalidad por condiciones médicas y psiquiátricas se ven afectadas negativamente por la depresión de la vejez, que también tiende a ser un trastorno persistente o recurrente (4).

La esperanza media de vida al nacer pasó de 47 años en 1900 a casi 79 años en 2014. En 2030, habrá más de 70 millones de personas mayores, es decir, más del 20% de la población. Más de 2.000 millones de personas tendrán más de 60 años en todo el mundo en 2050, lo que representa más del 20% de la población mundial.

Con la extensión de la esperanza de vida han surgido nuevos conceptos de salud y bienestar en la vejez. Si bien la mortalidad por infecciones ha disminuido recientemente, las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares han superado a las infecciones como las principales causas de muerte entre las personas mayores. Los adultos que viven hasta la vejez experimentan altas tasas de enfermedades crónicas; el 80% tiene una o más condiciones crónicas y el 50% tiene dos o más.

El desarrollo de problemas geriátricos (deterioro cognitivo, caídas, incontinencia, problemas visuales o auditivos, bajo índice de masa corporal, mareos) está estrechamente relacionado con la dependencia en las actividades de la vida diaria. No siempre es cierto que el envejecimiento provoque una disminución de las funciones y la independencia. Al evaluar

el estado actual de los ancianos en nuestra comunidad e identificar el problema, podremos abordar este enigma y, posteriormente, prevenir o mejorar la calidad de vida de los ancianos. Las intervenciones basadas en la evidencia para abordar estas cuestiones son cada vez más cruciales dada la alta frecuencia y el impacto de las enfermedades crónicas entre los pacientes de edad avanzada para maximizar tanto la cantidad como la calidad de vida de las personas mayores. (5).

Finalmente, era inevitable que durante el transcurso de nuestro internado en el Departamento de Medicina Interna y Cirugía del HRHDE, ignoráramos el hecho de que una parte considerable de los pacientes con enfermedad renal crónica reciben tratamiento de hemodiálisis, que esta condición se acompaña frecuentemente de trastornos del estado de ánimo como depresión, ansiedad y estrés, y cómo estos factores afectan la progresión de la enfermedad renal crónica y su manejo. Esto despertó nuestro interés por llevar a cabo este estudio porque, al determinar la prevalencia, los factores de riesgo y las causas de la depresión entre los ancianos con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis, estos hallazgos pueden actuar como base para futuras investigaciones y también sugerir estrategias para tratar la salud mental. y brindar un manejo integral a estos pacientes.

Por lo tanto, el presente trabajo se realizará recopilando información y conversando con pacientes adultos mayores que reciben hemodiálisis en el Hospital Honorio Delgado Espinoza. Esto se realizará previa aprobación del hospital y de acuerdo a los requerimientos de las políticas de investigación de la Universidad Católica Santa María, haciendo factible la realización del trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo-General:

- Determinar los factores sociodemográficos asociados al nivel de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023.

2.2. Objetivos Específicos:

- Establecer los factores sociodemográficos en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023.
- Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores con-enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023.
- Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y los niveles de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del- HRHDE, Arequipa 2023.
- Evaluar la asociación- entre el tiempo, frecuencia de hemodiálisis, la etiología de enfermedad renal crónica y si están hospitalizados actualmente o no, con los niveles de depresión en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en- hemodiálisis del HRHDE, Arequipa 2023

3. MARCO TEORICO

3.1. EL ADULTO MAYOR

3.1.1 Definición :

La OMS define al adulto mayor como una persona de más de 60 años, sea hombre o mujer. Según Craig (1994), el adulto mayor atraviesa diferentes etapas, las cuales se dividen:

a) Mayores jóvenes (60-69 años): Este grupo de edad anuncia el inicio de un cambio significativo, ya que deben adaptarse a las nuevas estructuras de roles y enfrentar las ganancias y pérdidas de la edad, tales como conexiones sociales reducidas, ingresos reducidos y expectativas sociales (6).

b) Senectud de mediana edad (70-79 años): Debido a que pierden amigos y familiares con más frecuencia a medida que envejecen, las personas de esta franja de edad tienen menos oportunidades de socializar y participar en grupos formales. También expresan preocupación por sus problemas de salud, que son más graves en este grupo. Por último, pero no por ello menos importante, se observa una

disminución de la actividad sexual, que suele estar relacionada con la muerte del cónyuge (6).

c) Senectos viejos (80-89): A la mayoría de los miembros de este grupo les resulta difícil participar y adaptarse a su entorno. Necesitan un entorno único y de fácil acceso que les ofrezca aislamiento, estimulación y les ayude a mantener sus vínculos sociales y culturales (6).

d) Senectos Ancianos (90 años y más): Una persona de noventa años puede modificar sus actividades para aprovechar al máximo las capacidades que aún posee cuando sus condiciones de salud tienden a empeorar (Craig, 1994) (6).

Los cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales son factores que intervienen en el envejecimiento, es decir, el deterioro del funcionamiento de todo el organismo. El agotamiento de las capacidades biopsicosociales de los ancianos conduce a muchos cambios en sus roles y estatus, que mantienen en la familia y la sociedad. La falta de obligaciones dentro de la familia, el grupo y/o el lugar de trabajo puede causar malestar social y provocar cambios importantes en la personalidad del individuo. (Santesteban, et al., 2008) (7).

3.1.2 Categorías de Clasificación del Adulto Mayor

Se ha clasificado a los adultos mayores:

A. Adulta Mayor Activa Saludable.

El envejecimiento activo, según la Organización Mundial de la Salud, es el proceso de maximizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento con éxito es un estado en el que las personas son capaces de utilizar mecanismos de adaptación psicológica y social para superar las limitaciones físicas, lograr una sensación de bienestar y una elevada autoevaluación de la calidad de vida, así como un sentimiento de satisfacción personal (7). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son los objetivos clave para este grupo demográfico (7).

B. Adulta mayor enferma.

Se describe como una enfermedad que puede ser aguda, subaguda o crónica, con diversos grados de gravedad, pero que normalmente no es incapacitante y no encaja en la categoría de pacientes mayores frágiles o geriátricos.

El tratamiento de las lesiones, la rehabilitación y el fomento de acciones preventivas son los objetivos clave. En función de las exigencias de la persona mayor y del tipo y la complejidad del daño, la terapia se administrará preferentemente en un centro médico más avanzado (7).

C. Adulta mayor Frágil.

Se describe como alguien que cumple dos o más de los siguientes criterios :

Edad	80 años a más.
Dependencia parcial	Según Valoración funcional del Índice de Katz
Deterioro cognitivo	Sea leve o moderado, según valoración cognitiva Test de Pfeiffer.
Manifestaciones depresivas	Según Valoración del estado afectivo, Escala abreviada de Yesavage.
Riesgo social	Según la escala de valoración Socio - familiar.
Caídas	Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
Pluripatología	Tres o más enfermedades crónicas.
Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial	Entre los cuales podrían presentarse, el déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, Epoc, insuficiencia cardiaca reciente y otros.
Poli farmacología	Ingesta de tres o más fármacos por patología crónica y por más 6 semanas.
Hospitalizaciones recientes	Que sean en los últimos 12 meses.
Índice de masa corporal (IMC)	Menor a 23 ó mayor a 28.

Fuente: Toro G, Yepes R, Palacio A. Fundamentos de Medicina Psiquiatría de Toro 5ta Edición. Medellín, Colombia. 2010. p. 171-172. (7)

Los objetivos principales de esta categoría son la prevención y el tratamiento; en función del tipo de lesión y de las necesidades de la persona mayor, puede ser tratada en un centro médico o derivada a un centro de mayor complejidad.

D. Paciente Geriátrico Complejo .

Paciente que cumple tres o más de los requisitos siguientes

- Mayor de 80 años.
- Pluripatología: Presencia de tres o más enfermedades crónicas.
- La enfermedad principal (Katz: dependencia total) es incapacitante.
- Daño cerebral significativo.
- Problema social existente respecto a su juicio sociofamiliar sobre su nivel de salud.
- Un paciente terminal es alguien que padece cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca terminal u otras afecciones con un pronóstico inferior a seis meses.

El objetivo principal de este grupo es la atención multidisciplinar completa, que requiere una atención especializada a los ancianos. Esta atención incluye el tratamiento y la rehabilitación. Los equipos interdisciplinarios dirigidos por expertos de institutos, hospitales estatales, hospitales regionales y hospitales de referencia vendrán después del primer equipo. Los miembros de un equipo sanitario multidisciplinar prestan atención integral en el domicilio a los MAP y a sus familias mediante la prestación de cuidados geriátricos integrales, que incluyen la atención domiciliaria. Esta atención se presta a los pacientes ancianos que están inmovilizados y no pueden acudir a un centro médico debido a una minusvalía. Consecuencias similares se aplican a las personas que hacen caso omiso de la atención especializada, independientemente del daño identificado o de cualquier comorbilidad (médica o quirúrgica, transmisible o no), o en caso de que no se presenten a las citas programadas con cualquier especialidad (7).

3.2 DEPRESIÓN

3.2.1 Definición:

Según la OPS, la depresión es una enfermedad común pero peligrosa que afecta a la capacidad de las personas para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida cotidiana. A la depresión contribuyen factores genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos. La depresión es un estado de melancolía y/o disminución del interés o disfrute por las actividades que se convierte en un trastorno cuando es lo suficientemente grave como para mermar la capacidad de una persona para llevar a cabo sus tareas cotidianas.

Según la OMS, la depresión es una enfermedad mental prevalente. La depresión es la principal causa de discapacidad y contribuye significativamente a la carga global de morbilidad, ya que se calcula que afecta al 5% de los adultos de todo el mundo y afecta más a las mujeres que a los hombres.

Los episodios depresivos mayores, según la definición del DSM-5-TR, “son periodos de al menos dos semanas, en los que el individuo se siente deprimido (o incapaz de disfrutar de la vida), y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte” (8). También se incluyen las personas que han tenido uno o más episodios depresivos mayores, pero no maníacos ni hipomaníacos (8).

3.2.2 Depresión en el Adulto Mayor

Los cambios neurológicos relacionados con la edad en los ancianos con depresión incluyen una disminución del número de neuronas, una reducción de la producción de neurotransmisores y sus receptores, y daños estructurales en el sistema nervioso central provocados por enfermedades crónicas. La hipertensión arterial sistémica, como ejemplo. Respaldan las alteraciones de la actividad cerebral que podrían estar relacionadas con los trastornos del estado de ánimo. Así, los síntomas depresivos eran peores en los pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares que afectaban a todo el hemisferio izquierdo.

Por el contrario, alteraciones estructurales más sutiles (micro infartos, degeneración de la sustancia blanca y degeneración de los ganglios basales) pueden dar lugar a un deterioro cognitivo, y si la disminución de la reserva neuronal no se compensa suficientemente, puede repercutir gravemente en la función y el campo emocional del paciente. Está claro que los individuos con deterioro cognitivo grave siempre experimentan

Además, se ha demostrado que el tronco encefálico, concretamente el locus cereleus, que envía fibras a la mayor parte del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral, contiene cantidades modestas de neuronas liberadoras de norepinefrina. También se encuentran numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe de la protuberancia inferior y la médula oblonga, que proyectan fibras a numerosas regiones del sistema límbico y otras muchas partes del cerebro. Una teoría para estas enfermedades es que el sistema límbico, los ganglios basales y el hipotálamo han resultado dañados. Las personas que presentan daños en estas regiones, sobre todo en el hemisferio no dominante, pueden ser más propensas a tener síntomas depresivos.

Dado que el sistema límbico y los ganglios basales están interconectados, el sistema límbico contribuye al desarrollo de las emociones. En individuos con depresión, las alteraciones en el sueño, el apetito y el comportamiento sexual, así como los cambios fisiológicos en factores endocrinos, inmunológicos y metabólicos, apuntan a un hipotálamo disfuncional. Según los estudios, las personas deprimidas con frecuencia tienen niveles más altos de corticosteroides en la sangre y la orina, lo que les dificulta controlar la liberación de cortisol, que daña el hipocampo (7).

3.2.3. Etiología de la Depresión

En cuanto a la patogenia de la depresión en el anciano, en primer lugar es importante recalcar que dentro de los factores causantes en esta población son esencialmente los psicosociales, los factores patogénicos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales), siendo los mismos que provocan los trastornos del estado de ánimo en otras edades (1).

La enfermedad de la depresión es compleja. Existe evidencia de que los neurotransmisores cerebrales serotonina, norepinefrina y dopamina se alteran en gran medida como desencadenantes, como se ha demostrado en grupos de pacientes sin descompensación de factores estresantes. Sin embargo, el trauma, la muerte de un ser querido, las relaciones desafiantes o cualquier escenario estresante pueden iniciar un episodio depresivo en alguien que nunca ha tenido antecedentes familiares de depresión (9).

Según últimos estudios demuestran que la depresión y la exposición crónica al estrés causan atrofia de las neuronas en las regiones cerebrales corticales y límbicas implicadas en la depresión, y los estudios de imágenes cerebrales demuestran una conectividad alterada y una función de red en los cerebros de los pacientes deprimidos. Los estudios de la base neurobiológica de estas alteraciones se han centrado tanto en las neuronas glutamato excitatorias principales como en las interneuronas inhibitoras GABA. Demuestran

deficiencias estructurales, funcionales y neuroquímicas en los dos tipos neuronales principales que podrían conducir a la degradación de la integridad de la señal en las regiones corticales y del hipocampo. No se han identificado los mecanismos moleculares que subyacen a estos cambios, pero se cree que están relacionados con los efectos excitotóxicos inducidos por el estrés en combinación con niveles elevados de glucocorticoides suprarrenales y citocinas inflamatorias (así como con otros factores ambientales) (9).

La evidencia clínica y preclínica demuestra déficits en la señalización de glutamato y GABA en MDD, lo que plantea preguntas sobre la vulnerabilidad de estos principales sistemas de neurotransmisores y si los mecanismos homeostáticos están involucrados en el inicio y/o desarrollo de la enfermedad. Así como se demuestra el impacto funcional de las alteraciones del glutamato y el GABA en las respuestas sinápticas y conductuales en modelos de roedores, incluida la inducción de efectos similares a los depresivos y la reversión con antidepresivos de acción rápida. Algunas evidencias apuntan a GABA como el principal determinante, ya que la manipulación de la señalización de BDNF conduce a déficits iniciales en GABA, pero no en glutamato (10).

La vulnerabilidad de las interneuronas GABA, particularmente SST, podría estar relacionada con la actividad tónica de estas interneuronas en el control de las neuronas excitatorias, y la falla de estas neuronas relacionada con la edad o la enfermedad conduciría a un desequilibrio y esto asociado a cambios desadaptativos que causan la degradación de la integridad de la señal. La depresión también podría resultar de alteraciones a nivel de sistemas (p. ej., hiperactividad de la DMN) junto con alelos de susceptibilidad genética, muchos de los cuales influyen en la neurotransmisión, así como factores de riesgo ambientales (estrés y trauma) y relacionados con el sexo (fluctuaciones de esteroides ováricos) (9). Dentro de los puntos más resaltantes a desarrollar, se describen los siguientes:

A. Genético: Un historial familiar de depresión aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle la afección, aunque también puede surgir una depresión grave sin uno, lo que indica que otras variables también pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la depresión. Los estudios encontraron que la influencia genética era más significativa en pacientes con tipos de enfermedades más graves y síntomas de depresión endógenos, según estudios realizados, se hayo alteraciones en marcadores genéticos de la enfermedad subyacente se ubicados en los cromosomas x 4, 5, 11, 18 y 21 independientemente de las influencias ambientales o educativas.

La falta de neurotransmisores como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina en los sitios receptores cruciales del cerebro se ha relacionado con la depresión. La teoría de las aminas cerebrales y la depresión tienen una larga historia

juntas. Un factor crucial en la preparación del cuerpo para reaccionar ante condiciones estresantes es la catecolamina norepinefrina. Numerosos procesos psicobiológicos, como el estado de ánimo, la ansiedad, la excitación, el estado de alerta, la irritabilidad, el pensamiento, la cognición, el apetito, la agresión y la frecuencia, están estrechamente regulados por las neuronas que contienen serotonina cardíaca. Los neurotransmisores como la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina están desequilibrados en pacientes con depresión, según una de las teorías más conocidas sobre la química cerebral (11).

Según estudios se ha informado que “Casi 200 genes están asociados con la depresión, algunos de los cuales están asociados con una mayor fuerza a través de cambios anatómicos, vías neurales o vías hormonales, dentro de las cuales las más resaltantes: el gen COMT afecta el volumen del hipocampo, los alelos FKBP5 afectan el Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal relacionado con las hormonas ACTH y cortisol, el gen BDNF relacionado con la gravedad del trastorno depresivo mayor, gen 5-HTTLPR que codifica el transportador de recaptación de serotonina y otros” (11).

- B. Psicológico:** Eventos más allá de la capacidad de manejo de un individuo para hacerles frente, dentro de ellos: la muerte de una persona importante, padecimiento de una enfermedad crónica, problemas serios de relación, estrés, dificultades financieras, procedimientos de divorcio deficientes, redes de apoyo social deficientes, cambios en la estructura familiar, traumas físicos o psíquicos, consumo del alcohol o drogas; algunas mujeres pueden ser más propensas a la depresión después de dar a luz, debido a los cambios hormonales y físicos, asociado a las nuevas responsabilidades de un recién nacido pueden ser especialmente difíciles de manejar (7).
- C. Sociales:** Las relaciones sociales e interpersonales son importantes para los humanos, por lo que la depresión puede surgir de la interrupción percibida de estas relaciones (7).
- D. Comorbilidad:** Las personas mayores con depresión con frecuencia tienen problemas mentales y generales concurrentes, lo que hace que la depresión sea un factor de riesgo y un mal predictor de varias enfermedades.

Por otro lado, la depresión en las personas mayores es más riesgosa cuando existe una condición médica; porque debido a que tienen un efecto perjudicial en la salud mental de quienes los padecen, los siguientes problemas médicos necesitan un cuidado especial (7).

- Enfermedad cerebrovascular: Recientemente se han identificado dos síndromes depresivos relacionados con esta comorbilidad: la depresión post-

evento cerebrovascular, que se define como la depresión que se desarrolla después de un evento cerebrovascular clínicamente aparente, y la depresión vascular, que se refiere a la depresión de inicio en ancianos compatible con factores de riesgo vascular, déficits neuropsicológicos, y resonancia magnética compatible con hiperintensidades de los ganglios basales y sustancia blanca frontal.

- Enfermedad coronaria: En este momento, la depresión se reconoce como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluidos infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y eventos cerebrovasculares.
- Cáncer: La presencia de este se han relacionado con la presencia de depresión en adultos mayores, siendo directamente proporcional la gravedad de este con el nivel de depresión pudiendo volverse más frecuente y grave; dentro de los cuales los cánceres de páncreas, pulmón y cuello se asocian en gran frecuencia con esta enfermedad.
- Enfermedades del sistema nervioso: La incidencia de depresión en personas mayores con enfermedades neurológicas está entre el 10% y el 40%, y la incidencia de depresión en pacientes con enfermedad de Parkinson es ligeramente superior. En este trastorno, los síntomas depresivos a menudo preceden a los síntomas motores, y es frecuente el infra diagnóstico o el sobrediagnóstico. El primero ocurre cuando se atribuye erróneamente a la enfermedad de Parkinson la apatía, el retraso psicomotor y el deterioro cognitivo, mientras que los signos de la enfermedad, como alteración de la expresión facial, alteración de la voz y lentitud de movimientos, se interpretan como parte de los síntomas clínicos, un cuadro de depresión, que a menudo se diagnostica demasiado.
- La depresión y la enfermedad de Alzheimer están frecuentemente conectadas. La asociación fue del 10 % en las primeras etapas de la enfermedad, pero fue del 60 % o más en los casos más graves. Sin embargo, en comparación con los que no tienen la enfermedad, estos pacientes suelen experimentar síntomas depresivos menos graves. Es importante destacar que el deterioro cognitivo leve y la depresión están relacionados, y que se cree que esta correlación es un indicador poderoso de la demencia de Alzheimer.

3.2.4 Manifestaciones Clínicas De La Depresión

El paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas subsiguientes dentro de las manifestaciones que se están presentando, durante dos semanas como mínimo, en donde el paciente ha estado abatido durante la mayor parte del día.

- Anhedonia, que es caracterizado por el desinterés y nulo placer por cosas y/o acciones que les parecía grata, siendo este el síntoma más temprano de depresión (12).
- Tristeza patológica, el cual aparece sin razón o después de un acontecimiento significativo. Es un sentimiento abrumador muy profundo, tanto es así que el paciente se siente deprimido, como si estuviera perdiendo el gusto, alegría de vivir, con una creencia de que no se puede dar amor o afecto, lo que aumentará sus sentimientos de culpa.
- El estado de ánimo deprimido, y anhedonia, estos pueden considerarse si son informados por el paciente u observados por otros.
- Pérdida de apetito y pérdida de peso, así como algunas personas comen más siendo clasificados como manifestación específica atípica
- Problemas para dormir, reportados por más del 75% de las personas que se despiertan temprano en la mañana, o duermen más de lo habitual (manifestación específica atípica).
- Las personas con depresión a menudo se quejan de sentirse cansadas, lo que llaman cansancio o falta de energía.
- Enlentecimiento psicomotor, el habla o movimientos corporales pueden ser lentos; a veces, pausas notables antes de responder preguntas o tomar medidas. El volumen del habla puede ser muy bajo, a veces inaudible. Algunos pacientes simplemente dejan de hablar excepto cuando responden preguntas directas. En un extremo, puede desarrollarse un mutismo completo.
- Algunas personas deprimidas se sienten tan ansiosas que desarrollan agitación, manifestándose como: palmas sudorosas, un andar inestable o una incapacidad para quedarse quieto.
- Baja autoestima o culpa.
- Algunas personas tienen dificultades de concentración tan graves (reales o percibidas) que a veces se les diagnostica erróneamente como demencia.
- Los pensamientos relacionados con la muerte, los deseos de muerte y las ideas suicidas se encuentran entre los signos más graves de depresión, ya que existe una posibilidad real de que se lleven a cabo.

Según el DSM-5-TR, la conducta o expresión en cuestión debe ocurrir casi a diario para que se considere síntoma de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, los

Tabla 1. Factores de riesgo en la depresión senil

PREDISPONENTES	CONTRIBUYENTES	PRECIPITANTES
Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos)	Situación socioeconómica	Crisis propias de la edad
Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión	Dinámica familiar	Abandono
Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica)	Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación	Sentimientos de desesperanza
	Pertenencia a un grupo étnico específico	Aislamiento
	Formas de violencia	Violencia
	Comorbilidad orgánica y mental	Muerte de familiares y allegados
		Pérdidas económicas
		Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades
		Discapacidad y disfuncionalidad
		Dependencia

Elaborado a partir de: Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. [geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com) (revista electrónica) [consultado 15/10/2004]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>

pensamientos de suicidio o muerte solo deben ser recurrentes. También es necesario un intento de suicidio o un plan de suicidio particular.

Los criterios del DSM-5-TR no incluyen todos los posibles síntomas de depresión, por lo que debemos tener esto en cuenta; el llanto, las fobias, las obsesiones y las compulsiones son algunos ejemplos. Como muchos pacientes consumen más alcohol cuando están deprimidos, los pacientes pueden experimentar sentimientos de impotencia, inutilidad o desesperanza, así como síntomas de ansiedad, incluidos ataques de pánico. El indicador de gravedad indica los síntomas psicóticos que solo experimenta un pequeño porcentaje de pacientes, como la pérdida de contacto con la realidad y el desarrollo de delirios o alucinaciones (8).

3.2.5 Factores de Riesgo de la Depresión en el Anciano

La depresión es un proceso complicado y multidimensional, y depende de una serie de factores de riesgo, muchos de cuyas conexiones se desconocen. Los estudios sobre los factores de riesgo de la depresión tienen ciertas limitaciones porque, en primer lugar, puede ser difícil separar las variables que afectan el inicio, el mantenimiento y/o la remisión de la depresión; segundo, hay una gran cantidad de factores de riesgo que interactúan y pueden tener tanto causas como efectos (13,14).

Sin embargo, se ha identificado, que de entre algunos factores de riesgo para suicidio están: el que el adulto mayor viva solo, sea de género masculino, con un núcleo familiar en destitución, en su mayoría separado o viudo, sea dependiente de sustancias (abuso de alcohol o drogas), presente comorbilidad psiquiátrica, e intento de suicidio previo (2).

Por último, en el estudio Gomez, A se identificó como algunos factores precipitantes, predisponentes y contribuyente al estado de depresión en adultos mayores.

Fuente: Adela-Emilia Gómez Ayala, La depresión en el anciano, Offarm: farmacia y sociedad, ISSN 0212-047X, Vol. 26, N°. 9 (OCT), 2007, págs. 80-94, <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062> (1)

3.2.6 Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (Cie-10)

- F32.0 Episodio depresivo leve.
 - Los signos más destacados son: estado de ánimo depresivo; pérdida de interés y disfrute; y aumento del cansancio. Para que el diagnóstico sea concluyente, deben estar presentes al menos dos de estos tres, además de al menos otros dos síntomas de los criterios descritos en el cuadro. No siendo necesario que ninguno de los síntomas sea extremadamente grave, y deben transcurrir al menos dos semanas a lo largo del período depresivo (15).
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
 - Además de al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los otros síntomas, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas que se asocian con mayor frecuencia a los episodios depresivos leves (F32.0). Aunque esto no es necesario si hay numerosos síntomas presentes, es probable que varios de los síntomas estén presentes en un grado extremo, y de igual forma deben transcurrir al menos dos semanas a lo largo del episodio melancólico.
 - Por último, la continuación de las actividades sociales, profesionales o domésticas suele ser bastante difícil para un paciente que experimenta este grado de episodio depresivo (15).
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

- A menos que la inhibición sea un rasgo claro, el paciente suele presentar ansiedad o agitación significativas durante un episodio depresivo mayor. Es probable que la pérdida de autoestima, los remordimientos o los sentimientos de inutilidad sean significativos y, en situaciones especialmente graves, existe un alto riesgo de suicidio en los casos muy graves. Se cree que los episodios depresivos graves suelen incluir prácticamente síntomas físicos (15). Debe haber ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

	LEVE	MODERADO	GRAVE
Síntomas principales: 1. Humor depresivo (vivencia de tristeza) 2. Pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia) 3. Fatigabilidad (cansancio)	2 síntomas	2 síntomas	Los tres síntomas
Otros síntomas: a) Disminución de la atención y concentración b) Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves) d) Perspectiva sombría del futuro e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) Trastornos del sueño g) Pérdida del apetito	Al menos 2	3 ó 4	Al menos 4
Intensidad de los síntomas	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad grave
Interferencia: dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema
Duración	Al menos dos semanas		

Fuente: World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326> (15)

A. Depresión leve: Dentro de los síntomas se pueden identificar por los síntomas asociados con la tristeza normal. Los cambios en la enfermedad leve incluyen en los distintos niveles:

- La negación de los sentimientos, la rabia, la ansiedad, la culpa, la impotencia, la desesperanza, la melancolía y la depresión son ejemplos de comportamientos afectivos.
- Reducción de los sollozos, la ansiedad, la inquietud y la falta de compromiso en el comportamiento.

- Cognitivas: culparse a sí mismo, ambivalencia, culpar a los demás, miedo a la pérdida.
- Los síntomas físicos incluyen anorexia o atracones, hipersomnia o insomnio, dolores de cabeza y dolor en el pecho (7).

B. Depresión moderada: Los síntomas asociados con este grado incluyen:

- Afectivo: sentimientos de tristeza, exclusión, impotencia, sentimiento de abandono, desesperanza, depresión y pesimismo, baja autoestima, y dificultad para experimentar alegría en las actividades.
- Comportamiento: enlentecimiento psicomotor, postura decadente, habla lenta, expresión verbal limitada, posiblemente acusaciones de fracaso o excusas, aislamiento social egocéntrico; posible uso de drogas; ocasionalmente comportamiento autodestructivo, menos atención a la limpieza personal.
- Los síntomas cognitivos incluyen procesos mentales lentos, problemas para concentrarse, obsesiones y pensamientos recurrentes. El habla y el comportamiento también pueden indicar ideas suicidas.
- Fisiológicas: anorexia o polifagia, insomnio o aumento de la somnolencia, amenorrea, disminución de la libido, dolor de cabeza, molestias somáticas como dolor de espalda, pecho o estómago, falta de energía, fatiga y letargo; sentirse mejor por la mañana pero empeorar con el tiempo. Esto podría deberse a las variaciones diarias en las concentraciones de neurotransmisores que afectan el estado de ánimo y los niveles de actividad (7).

C. Depresión severa: Un aumento en los síntomas de la depresión moderada es lo que la distingue. Los signos más graves incluyen:

- Afectivo: Sentimientos de total desesperanza, desesperanza, inutilidad. Los sentimientos de indiferencia parecen no tener tono emocional, sensación de vacío en general, letargo, soledad, tristeza, anhedonia.
- Comportamiento: Retraso psicomotor muy severo en el que los movimientos físicos literalmente inmovilizan al paciente o movimientos rápidos y espasmódicos sin rumbo fijo. Dentro de ellos: sentarse encorvado, caminar lento, torpeza, poca comunicación, falta de higiene y cuidado personal. El aislamiento social es común y las personas tienden a no socializar con los demás.

- Cognitiva: Predomina el pensamiento engañoso, superando los delirios somáticos y de abuso, el desconcierto, la impotencia y las alucinaciones que muestran una percepción errónea del entorno así como la autoburla, ideas suicidas y culpa.
- El estreñimiento, la retención de orina, la amenorrea, la impotencia, la disminución de la libido, la anorexia, la pérdida de peso, los problemas para conciliar el sueño y levantarse temprano en la mañana, así como el empeoramiento de los síntomas matutinos que mejoran a medida que avanza el día, son signos de enfermedad sistémica. Al igual que con la depresión moderada, el descanso puede reflejar las fluctuaciones diarias en los niveles de neurotransmisores que afectan los estados de ánimo activos (7).

D. Trastorno Depresivo Recurrente

- Cuando se refiere un episodio depresivo, no tiene antecedentes de episodios independientes de manía o estados de ánimo elevados, ni de exceso de energía. Sin embargo, los episodios transitorios de aumento moderado del estado de ánimo y actividad excesiva (hipomanía) ocasionalmente son provocados por la terapia antidepressiva y pueden ocurrir justo después de un episodio de depresión. Las ideas tradicionales de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena están todas presentes en los tipos más graves de enfermedad depresiva recurrente. El episodio inicial puede comenzar a cualquier edad, desde la infancia hasta la vejez, puede comenzar repentinamente o aparecer sigilosamente, y durar desde unas pocas semanas hasta muchos meses (15).
- Incluso después de experimentar numerosos episodios depresivos, un paciente con un trastorno depresivo recurrente nunca pierde del todo la posibilidad de experimentar un episodio maníaco. Si en tal situación se produce un episodio maníaco, el diagnóstico debe modificarse a trastorno bipolar (15). Los criterios diagnósticos para este trastorno son los siguientes:

- G1.** Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 o F32.3), con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.
- G2.** En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-).
- G3.** *Criterio de exclusión usado con más frecuencia.* El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Fuente: World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326> (15)

3.2.7 Diagnóstico De La Depresión

La depresión adulta todavía se diagnostica principalmente clínicamente, lo que se basa en el historial médico y el examen físico del paciente para detectar síntomas depresivos (1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos Mentales y del Comportamiento, ICD-10) son los dos criterios diagnósticos para la depresión que se emplean con mayor frecuencia en entornos clínicos y experimentales, los cuales son los siguientes (15).

Criterios Diagnósticos de Depresión
G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo. G3. <i>Criterio de exclusión usado con más frecuencia.</i> El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Fuente: World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326> (15)

La CIE-10 define la depresión como leve, moderada o grave; siendo los criterios diagnósticos para cada grado los siguientes:

Criterios Diagnósticos de Depresión Leve
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes: 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas. 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras. 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad. C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro: 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación. 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva). 6. Cualquier tipo de alteración del sueño. 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Criterios Diagnósticos de Depresión Moderada
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0. C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.
Criterios Diagnósticos de Depresión Severa sin Síntomas Psicóticos
A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0. C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho. D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.
Criterios Diagnósticos de Depresión Severa con Síntomas Psicóticos
A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D. C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1). D. Presencia de cualquiera de los siguientes: 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia —criterio G1.1.b, c) y d) de F20.0-F20.3— (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio. 2. Estupor depresivo.

Fuente: *World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326> (15)*

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) Quinta Edición de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría emplea criterios clínicos para identificar la depresión y la clasifica en varios grupos según la cantidad y gravedad de sus signos y síntomas (8).

A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información o de la observación por parte de otras personas:
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días Trastorno de depresión mayor.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o casi todos los días
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E) Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.
Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofenatural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Fuente: American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. [\(8\)](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787)

3.2.8 Impacto Emocional de la Hemodiálisis

Debido a que los diagnósticos erróneos son frecuentes y pueden tener un impacto en la adherencia del paciente al tratamiento, es crucial investigar la depresión y otras enfermedades psiquiátricas en pacientes con ERC. Se cree que los pacientes de diálisis experimentan más problemas de salud mental que las personas que toman medicamentos convencionales (16).

Las modificaciones en el estilo de vida provocadas por cambios anatómicos, limitaciones funcionales e impotencia física median los impactos en las personas. Todo paciente de diálisis pasa por tres etapas psicológicas: experimentar los síntomas, percibir, reflexionar y analizar los procesos que debe vivir. Sin embargo, algunos pacientes de diálisis adoptan una actitud pasiva y dependiente, sin conciencia de sí mismos ni atención a su enfermedad. Como resultado, son marginados socialmente, experimentan altibajos emocionales y desarrollan problemas familiares y síntomas psicológicos con el tiempo (13,17).

3.2.9 Factores Sociodemográficos De La Depresión

- **Edad:** En los adultos mayores, la enfermedad puede provocar la aparición de un trastorno depresivo mayor en la infancia o más tarde. La prevalencia de la enfermedad depresiva mayor parece estar aumentando en los extremos de la vida, entre los menores de 10 años y los mayores de 50 años, según nuevas estadísticas epidemiológicas (14,18).

Las comorbilidades múltiples, la institucionalización y la dependencia de las actividades fundamentales de la vida diaria son solo algunos de los factores de riesgo que tienen las personas mayores que aumentan la incidencia de la enfermedad (14,18).

- **Sexo:** Frecuentemente se encuentra que las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de tener una enfermedad depresiva mayor. Esto es cierto independientemente de la nación o cultura. Se han presentado varias teorías sobre por qué existe esta discrepancia, incluidas las variaciones en las hormonas en juego, los resultados del parto, las variaciones en los factores estresantes psicosociales experimentados por hombres y mujeres, el género y la adquisición de comportamientos indefensos (14,19).
- **Estado Civil:** Las personas con enfermedad depresiva mayor tienen más probabilidades de ser solteras, divorciadas o de haber terminado recientemente una relación cercana (14).
- **Grado de instrucción:** Varias publicaciones muestran el impacto positivo de obtener educación superior en los aspectos fisiológicos y psicosociales de la calidad de vida; este hallazgo parece plausible y se ha confirmado en la población general (14,20).

- **Situación laboral y situación socioeconómica:** Los que continúan trabajando mientras reciben diálisis son una minoría, aunque muchos dicen que pueden hacerlo. Debido a las diferentes circunstancias socioeconómicas, así como a los efectos de la enfermedad renal crónica y su tratamiento se les hace exitosamente trabajar, muy pocos pacientes que se sometieron con éxito a un trasplante renal calificaron su calidad de vida como excelente y sigan trabajando (14).
- **Lugar de Procedencia:** Los datos de encuestas de EE. UU. muestran una prevalencia del 18 % en caucásicos, del 13 % en pacientes afrocaribeños y del 10 % en afroamericanos, pero la gravedad del trastorno depresivo mayor en pacientes de piel blanca es menor que en los otros dos grupos (21).
- **Factores psicológicos:** Algunos estudiosos sostienen que la presencia de elementos psicológicos conductuales o dinámicos es más significativa en la etiología de la depresión, particularmente en casos de depresión menos severa. Al examinar las diferencias entre el duelo normal y el anormal, Freud puso el ejemplo del duelo. Llegó a la conclusión de que durante el duelo normal, una persona lamenta la pérdida de un ser querido, un objeto o una idea y se siente deprimida, perdida e incapaz de disfrutar nada. El duelo hace que una persona se aleje progresivamente del difunto y desarrolle un interés por otras cosas o personas. En los casos de duelo aberrante, la persona muestra rasgos inconscientes borrosos y se comporta como si la pérdida fuera más grave. Estos hallazgos han llevado a la hipótesis de que la identificación con el difunto y la ambivalencia de un niño pequeño hacia sus padres son las causas de la depresión patológica. La pérdida de seres queridos durante la infancia y el divorcio parecen aumentar la depresión y hacer que las personas sean más susceptibles al sufrimiento en el futuro (7).
- **Factores cognitivos:** El modelo de Beck, que sostiene que el procesamiento de la información está significativamente influenciado por esquemas negativos, pensamientos automáticos, trastornos cognitivos y creencias disfuncionales, sirve como marco principal para la investigación sobre la participación de variables cognitivas en la depresión (20).
- **Factores genéticos y familiares:** Los estudios sobre familias y ascendencia proporcionan evidencia de que existe un componente genético en la depresión. Los familiares de primer grado de los pacientes tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de sufrir un trastorno depresivo mayor que la población general. Las tasas de concordancia de gemelos homocigotos masculinos fueron del 37 %, las tasas de concordancia de mujeres fueron del 31 % y las tasas de concordancia de gemelos monocigóticos fueron del 23 % y el 25 %. La heredabilidad se encontró entre el 36 % y el 75 % en varios estudios, lo que indica un componente genético (8).

- **Hospitalización:** Se ha demostrado en varias publicaciones que las personas hospitalizadas presentan múltiples factores de riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo, en particular los trastornos depresivos. En 1996, García et al. observó una incidencia del 28,4% en pacientes mayores de 65 años hospitalizados. Dado que una persona deprimida tiene mayores tasas de morbilidad y mortalidad, así como más días de hospitalización, este factor tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, así como en la progresión de su condición actual y de referencia (22).

3.2.10 Tratamiento De La Depresión

Es obvio que el tratamiento de la depresión implica una estrategia minuciosa y adaptada a cada paciente, dado que ahora se reconoce que es una enfermedad crónica y debilitante que requiere métodos de atención colaborativa entre la atención general y la especializada. El tratamiento de la depresión es un manejo conjunto tanto del ámbito psicológico como farmacológico (23).

- A. **Tratamiento psicológico:** La psicoterapia es una de las muchas modalidades terapéuticas que han cambiado con el tiempo. Se denomina psicoterapia a una intervención terapéutica completa, planificada e intencionada basada en los trastornos del comportamiento vinculados a causas y variables psicosociales y psicosomáticas. Y para lograr este objetivo se usan métodos psicoterapéuticos para disminuir, o eliminar los síntomas, transformar patrones y actitudes del comportamiento y poder mejorar la salud mental del paciente (24).

Existen diferentes tipos de modelos psicoterapéuticos que se diferencian en el fundamento teórico así como en el desarrollo formal del proceso de sus técnicas. En psicoterapia, se producen continuamente nuevas estrategias, ya sea dentro del mismo enfoque o mediante aproximaciones entre otras orientaciones. Es fundamental evaluar las variables dependientes del terapeuta, en particular su experiencia profesional y su formación en psicoterapia, así como su adecuación al manual de tratamiento mediante evaluaciones independientes. Se pueden tener diferentes formatos ya sea grupal o individual en cuanto a un mismo tratamiento psicológico, y en cuanto al tiempo de tratamiento también varía y esto en conjunto influye en el resultado, eficiencia y eficacia del tratamiento.

Uno de los pilares del tratamiento de la depresión es la terapia psicológica que incluye tanto la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal.

- **Terapia cognitivo conductual:** Consiste en cambiar las acciones disfuncionales, los pensamientos negativos distorsionados relacionados con circunstancias particulares y las actitudes poco útiles relacionadas con la depresión. El especialista opta por una práctica educativa e indaga la motivación del paciente y que este se involucre en su tratamiento, y de

esta manera pueda reevaluar sus comportamientos y como estos son influenciados ante pensamientos netamente negativos. Con este enfoque, el paciente debe poner en práctica las nuevas habilidades fuera de las sesiones haciendo deberes y experimentando con otros hábitos (25).

- **Terapia Interpersonal:** Al inicio el objetivo de este tipo de terapia era ser base del tratamiento de mantenimiento de la depresión, luego con el tiempo evoluciona a un tratamiento más independiente y actualmente se utiliza en una variedad de trastornos diferentes. La terapia interpersonal se centra en las interacciones interpersonales actuales del paciente y en su entorno social inmediato. La terapia consta de tres fases, cada una de las cuales dura entre 12 y 16 semanas, y las sesiones semanales constituyen la fase aguda de la atención. El manejo psicoterapeuta es individualizado y específico de cada paciente, incluso si los pacientes tienen una sintomatología parecida, la terapia es completamente diferente para cada uno, y también depende de cada una de las diferentes áreas de su vida: el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits interpersonales. El objetivo de las sesiones de terapia es ayudar a la comprensión de los acontecimientos interpersonales recientes y al descubrimiento de posibles soluciones (14).
- **Terapia Ocupacional:** Se define como el conjunto de actividades para ocupar el tiempo libre, conocidas también como programa de ocio, dentro de ellos también podemos considerar a la actividad física, los juegos de mesa, los ejercicios mentales, etc, actividades que sirven para renovar el estado de ánimo y prevenir la depresión (26).

B. Tratamiento farmacológico: En general este tipo de tratamiento se reserva en caso de episodios de depresión moderados a severos, y solo en algunos casos puntuales en episodios leves. La gran mayoría de fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión tienen el mismo lugar de acción sobre el sistema monoaminérgico con el objetivo final de la regulación de los diferentes neurotransmisores como lo son la serotonina, dopamina y noradrenalina que juegan un papel importante en la neurobiología de la depresión. En la selección de la medicación influye la reacción previa a un antidepresivo concreto. Los cuatro pilares de la terapia farmacológica son los antidepresivos, los ansiolíticos, los hipnóticos y los antipsicóticos (25).

- Los antidepresivos, entre ellos el tratamiento de primera línea, los inhibidores selectivos de la receptación de Serotonina (ISRS) como la fluoxetina, (Prozac), la Paroxetina (Seroxat). Algo que recalcar en este grupo de fármacos es que tienen un

periodo de latencia de respuesta terapeutica de dos a tres semanas y su accion requiere un tiempo no inferior a 6 meses para la presentacion de sus efectos.

- Los Ansiolíticos se usan cuando el paciente posee síntomas ansiosos.
- Los Hipnóticos generalmente son usados cuando se presentan cuadros patologicos en el sueño.
- Los Antipsicóticos, el uso de estos esta mas asociado cuando se presentan alucinaciones de ideas delirantes.

3.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

3.3.1 Definición y Etiología de la Enfermedad Renal Crónica

Se denomina enfermedad renal crónica a la existencia de una insuficiencia renal estructural o funcional, o una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 mt², sin otros indicios o síntomas de enfermedad renal, que dura tres meses o más, independientemente del motivo. Los adultos mayores de 30 años tienen una prevalencia media del 8%.

La etiología de la ERC difiere en todo el mundo. A continuación, se enumeran los principales trastornos que con mayor frecuencia conducen a la ERC y, en última instancia, a la insuficiencia renal terminal (IRT) (14):

- Diabetes mellitus tipo 2 hasta en un 30% a 50%
- Diabetes mellitus tipo 1 en un 4%
- Hipertensión en un 27%
- Glomerulonefritis primaria en un 8%
- Nefritis tubulointersticial crónica en un 4%
- Enfermedades hereditarias o quísticas en un 3%
- Glomerulonefritis secundaria o vasculitis en un 2%
- Discrasias de células plasmáticas o neoplasias en un 2%
- Nefropatía por células falciformes en menos del 1% de los pacientes

3.3.2 La edad como factor de riesgo no modificable en la Enfermedad Renal Crónica

Un factor de riesgo establecido para la enfermedad renal crónica es la edad avanzada. Sin embargo, aparte del deterioro funcional normal relacionado con la edad (a menudo conocido como el "riñón del anciano"), no es un factor determinante de la progresión en sí mismo. A pesar de que el exitus del paciente compite con la llegada a diálisis en el análisis

multivariante y de que los pacientes de más edad que acuden a consulta por enfermedad renal crónica exacerbada son menos proteinúricos, en muchos artículos se ha concluido que la edad avanzada aparecía paradójicamente como un factor protector. La aparente prevención de la insuficiencia renal terminal por enfermedad renal avanzada se perdería si ajustáramos esta cifra en función de la proteinuria. Se discute acaloradamente si una proteinuria elevada y una tasa de filtración glomerular reducida son signos de enfermedad o simplemente la progresión inevitable de la edad. Se presume que según a los cambios de la hemodinámica renal con el envejecimiento, disminuye aproximadamente 1 ml/mn/año a partir de los 40 años. Con el desarrollo del envejecimiento se constata esclerosis glomerular, atrofia tubular, y esclerosis vascular. Pero también hay adultos mayores en que no se observa el descenso esperado del filtrado (23).

3.3.3 La Enfermedad Renal Crónica en el Adulto Mayor

Como es generalmente sabido, la ERC está relacionada con un mayor riesgo de muerte por todas las causas. Por ejemplo, los pacientes mayores de 65 años no tienen un mayor riesgo de morir si su TFG está entre 59 y 50 mL/min/1,73 m² que si su TFG es superior a 60 mL/min. Debido a este descubrimiento, ahora no está claro si el descenso de la TFG que se produce con el envejecimiento debe clasificarse como "enfermedad" o "declive relacionado con la edad" (27).

En la cuarta década de la vida, el riñón humano crece hasta alcanzar un peso medio de 400 g y una longitud de 12 cm. Después, la masa renal disminuye de forma natural un 10% al año. Como resultado de este proceso hay menos nefronas funcionales y adelgazamiento cortical. La glomeruloesclerosis, la arteriosclerosis, la atrofia tubular y la fibrosis intersticial son ejemplos de alteraciones histológicas. La prevalencia de la nefroangiosclerosis osciló entre el 2,7% a los 18-29 años y el 75% a los 70-77 años en un estudio de 1.200 pacientes sanos donantes de riñón. El número de nefronas del organismo puede determinarse mediante la TFG, que cuenta las tasas de filtración de todas las nefronas activas (28). La TFG en personas sanas suele oscilar entre 120 y 130 ml/min/1,73 m², aunque varía con la edad, el tamaño corporal y el sexo. En consecuencia, se han publicado fórmulas para calcular la TFG a partir de la concentración sérica de sustancias químicas endógenas filtradas por el glomérulo. En la actualidad, se considera que la creatinina es el marcador endógeno más utilizado, a partir del cual se han desarrollado fórmulas como la de Cockcroft-Gault, que calcula el aclaramiento de creatinina en ml/min sin tener en cuenta la superficie corporal total, la MDRD, que sí tiene en cuenta una superficie corporal total estándar de 1,73 m², y la más reciente ecuación CKD-EPI, desarrollada en 2009 y que utiliza las mismas variables que la MDRD pero validada con un método más (27).

Es de suma importancia recalcar el hecho de que estas fórmulas se crearon basándose en la creatinina sérica, que no es el mejor indicador de la función renal en la población de edad avanzada. Esto se debe a que, después de los 60 años, se produce una disminución constante de la excreción de creatinina en orina, que refleja la pérdida de masa muscular relacionada con el envejecimiento. En la actualidad no hay acuerdo aparente sobre la forma más precisa de determinar la TFG en los ancianos. Los tres algoritmos mencionados sobrestiman la TFG real en las personas mayores de 65 años y no se han verificado en la población mayor de 70 años. En varios estudios se concluye que con estos resultados los autores preferían utilizar CKD-EPI, al ser este examen más extrapolable a diferentes grupos étnicos y etarios, principalmente empleando tanto creatinina como cistatina (CKD-EPI cr-cis), por presentar mayor exactitud y precisión (28).

Los pacientes ancianos con ERC que son frágiles lo experimentan con frecuencia. La fragilidad es una afección geriátrica especialmente frecuente en la población renal y se caracteriza por debilidad, problemas de movilidad, problemas de equilibrio y poca reserva. También está relacionada con una mayor sensibilidad a los acontecimientos estresantes. Muchos autores afirman que el fenotipo de fragilidad incluye la disminución de la masa magra, a menudo conocida como sarcopenia. Evidentemente, la sarcopenia empeora con el deterioro de la función renal y es bastante común en aquellos que reciben diálisis. La fragilidad es más común a medida que las personas envejecen cronológicamente y a medida que progresa su enfermedad renal; esto se debe a los estados patológicos de pérdida de proteínas y energía, anemia, inflamación, acidosis y desequilibrios hormonales. En un estudio, se estimó que los pacientes mayores con ERC que no necesitaban diálisis tenían una prevalencia de fragilidad del 14%; esta proporción ascendía al 40-70% en los que sí la necesitaban, y esto aumentaba el riesgo de muerte en 2,5 veces. Debido a su significativo impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, numerosos estudios sugieren que la fragilidad debe ser reconocida y no infradiagnosticada para iniciar un tratamiento adecuado en los pacientes con ERC (29).

Los cambios en las capacidades físicas y cognitivas tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes renales. Los niveles más elevados de cistatina C se han relacionado con un peor estado cognitivo en términos de atención, función ejecutiva y nominación en ancianos con enfermedad renal crónica. Esto se debe a que se ha demostrado en numerosos estudios que la ERC es un factor de riesgo somático independiente para el deterioro de la función cognitiva. Una disminución de la fuerza muscular y del rendimiento físico sería el resultado del efecto sobre la oxigenación muscular causado por la ERC, que también puede causar anemia crónica. Por otro lado, se ha encontrado una asociación entre la

TFG, la anemia y las limitaciones de movilidad que afectarían a la supervivencia de los pacientes ancianos (30). Por tanto, la anemia aumentaría el riesgo de deterioro cognitivo y de caídas, pero la ERC podría influir en el rendimiento físico debido a la disfunción metabólica, independientemente de otras variables, lo que aumentaría el riesgo de muerte en los ancianos. Existen varios tratamientos de los que no se dispone de datos suficientes para justificar su uso en los ancianos, independientemente de que la disminución del FG se deba a la propia ERC o a un cambio fisiológico asociado al envejecimiento. Aunque con frecuencia no se incluyen en los ensayos clínicos más significativos, ciertas variables importantes, como la calidad de vida o la preservación de un estado funcional independiente, son cruciales para las personas mayores con ERC y lo son aún más para las personas que reciben hemodiálisis. Así pues, las preferencias, comorbilidades y circunstancias socioeconómicas de cada paciente anciano deben tenerse en cuenta a la hora de modificar las normas de práctica clínica (31).

3.3.4 Diagnostico de la Enfermedad Renal Crónica

Para que se diagnostique una ERC, deben estar presentes anomalías morfológicas, histológicas o bioquímicas. La mayoría de las enfermedades renales son asintomáticas hasta una fase muy avanzada, momento en el que sólo pueden diagnosticarse mediante pruebas específicas. Entre otras alteraciones morfológicas que se pueden observar mediante ecografía, podemos distinguir entre nefrocalcinosis, hidronefrosis, contornos irregulares, hipotrofia renal y poliquistosis renal. Las biopsias renales permiten detectar anomalías histológicas. Los cambios biológicos que pueden variar incluyen hematuria o leucocituria, proteinuria y/o albuminuria expresada en miligramos por día (mg/d) en el caso de recogida de orina de 24 horas, o más sencillamente por la relación entre proteinuria y/o albuminuria y creatininuria expresada en milimoles (mg/mmol) o miligramos por gramo (mg/g), respectivamente. (31).

La presencia de afectación renal o de marcadores de insuficiencia renal -definida como una tasa de filtración glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m²- durante al menos tres meses o más es necesaria para demostrar el carácter crónico de la enfermedad renal. Pueden explorarse algunos criterios porque no siempre es sencillo demostrar que una enfermedad es crónica. Entre ellos, la ecografía renal puede revelar una reducción del grosor del parénquima, de la diferenciación corticomedular o del tamaño del riñón. Por ejemplo, la existencia de hipocalcemia, anemia arregenerativa normocítica y creatinina anterior aberrante son indicadores biológicos de la cronicidad de esta enfermedad (32).

3.3.5 Tratamiento De La Enfermedad Renal Crónica

El manejo de la enfermedad renal crónica se basa en 5 pilares objetivos como lo son la actitud ante factores evitables o reversibles, la prevención o el retraso de la progresión de la enfermedad renal crónica, el tratamiento de las complicaciones inherentes a la enfermedad renal, la prevención de la nefrotoxicidad y la preparación del paciente para la terapia de reemplazo renal (33).

Como medidas generales, tenemos las siguientes

- Modificar la posología de la medicación para tener en cuenta la tasa de filtración glomerular prevista.
- Instaurar un tratamiento renal sustitutivo con la implantación de un injerto arteriovenoso.
- Tratar las causas reversibles de la insuficiencia renal.
- Prepararse para el tratamiento renal sustitutivo e iniciarlo, incluida la hemodiálisis (en casa o en un centro), la diálisis peritoneal (continua o intermitente) y el trasplante de riñón (de donante vivo o fallecido), que es la opción preferida y tiene resultados superiores a largo plazo.

Tras establecer un acceso vascular estable en un brazo no dominante, se puede llevar a cabo la hemodiálisis. La fístula arteriovenosa suele ser el acceso vascular elegido. Los injertos arteriovenosos y los catéteres tunelizados para hemodiálisis son las opciones adicionales para el acceso de hemodiálisis. La fístula arteriovenosa tiene un alto índice de permeabilidad y las infecciones son infrecuentes. Otro aspecto crucial a tener en cuenta es que la fístula arteriovenosa puede alcanzar flujos mayores y reducir la probabilidad de recirculación (34).

Tras insertar un catéter peritoneal, se lleva a cabo la diálisis peritoneal. En cuanto a las ventajas y los resultados, los distintos estudios sobre hemodiálisis y diálisis peritoneal son iguales. Los beneficios y los resultados a largo plazo son comparables, y los factores asociados son exclusivos de cada persona y afectarán sobre todo a los pacientes dializados. La edad, la presencia de diabetes, la urgencia o el inicio planificado de la diálisis, la adherencia a este método terapéutico, las complicaciones y las comorbilidades asociadas preexistentes son condiciones que se enumeran sucesivamente en las distintas investigaciones; estas condiciones repercuten en los resultados y la supervivencia al tratamiento; en consecuencia, son similares para la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que a su vez dependerán de las complicaciones derivadas del tratamiento (35).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 Locales

En su estudio "Depresión en el Adulto Mayor por Aislamiento Social en el Contexto de la Pandemia de Covid-19", Coaguila Quispe y Velásquez Cahui, con una población muestra de 45 adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Esmeraldas, no fue necesario hacer un muestreo probabilístico. El estudio se realizó en el Distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa 2021. Se utilizó el Cuestionario de Depresión de Yesavage, versión de 15 ítems, para recopilar datos para este estudio y evaluar la depresión en las personas mayores. La evaluación del Centro de Salud de Esmeraldas de los adultos mayores que experimentaban aislamiento social como resultado de la pandemia de Covid-19 reveló que el 64% de ellos tenían signos de probable depresión y el 27% tenían síntomas de depresión establecida. Estos ancianos eran principalmente mujeres y tenían entre 78 y 85 años, lo que los convierte en el grupo con más probabilidades de sufrir depresión. Las conclusiones del estudio sugieren que la depresión establecida es más frecuente en las personas mayores y que la mayoría de los adultos mayores presentan depresión probable (36).

En su estudio titulado "Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero-Marzo 2019", Muñoz Quispe Yuri identificó a la depresión como el trastorno psicopatológico más comúnmente asociado a la ERC cuyo diagnóstico y tratamiento pasan desapercibidos en la práctica médica habitual. Esto tiene efectos negativos en la evolución de la enfermedad y del paciente. La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño de carácter descriptivo-prospectivo, de corte transversal. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II en el enfoque psicométrico para la recogida de datos. Los resultados del estudio fueron los siguientes, de 80 pacientes, 87,5% tenían depresión, y 55% depresión grave. Entre los datos sociodemográficos importantes cabe destacar que el 56,3% de la población eran hombres, el 55,0% llevaban menos de un año en tratamiento, el 26,3% vivían en pareja y el 52,5% tenían más de 78 años. Además, el 11,3% tenía estudios superiores. En cuanto al análisis bivariante de la relación entre depresión y edad, los pacientes con depresión grave tienen más probabilidades de tener 78 años o más. También se desprende de la relación entre depresión y estado civil que los pacientes con depresión grave tienen más probabilidades de estar divorciados o ser viudos (30,1%). Según los hallazgos del estudio, el 87,5% de los pacientes en hemodiálisis con enfermedad renal crónica que fueron atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado durante los meses de enero y marzo de 2019

reportaron tener depresión. Según el Inventario de Depresión de Beck-II, la depresión leve afectaba hasta al 10% de las personas, la moderada al 22,5% y la grave al 55% (14).

Entre su trabajo titulado "Nivel de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020", Gonzales Gutiérrez Alicia tenía como objetivo determinar la severidad de la depresión y la variación de la severidad entre los pacientes adultos mayores que reciben atención médica de los servicios de medicina de hombres y mujeres hospitalizados. La técnica empleada para el estudio fue la entrevista y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, para medir los indicadores, entre ellos, los niveles de depresión (Normal 0 - 3 puntos, Depresión leve de 4 - 5 puntos, Depresión moderada 6 -10 puntos y Depresión severa <10 puntos). Se utilizaron en una muestra de 80 adultos mayores, y los datos se procesaron estadísticamente para determinar el nivel de depresión en los servicios médicos del hospital. En el servicio médico varonil, 50% de los adultos mayores mostraron depresión moderada y 12.5% de ellos depresión severa; en el servicio médico femenino, hasta 67.5% de ellos mostraron depresión moderada y 25% de ellos depresión severa. Más de la mitad de los adultos mayores hospitalizados en el servicio médico femenino del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa presentan depresión moderada, y una cuarta parte depresión severa, según la conclusión del estudio, que encontró una diferencia significativa entre las variables estudiadas (37).

4.2 Nacionales

Con un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo, diseño no experimental, el estudio de Carraco Garca, Jackeline Esthefanie sobre "Depresión en los Adultos Mayores de la Agrupación Familiar 21 de Mayo, San Juan de Lurigancho - 2020" utilizó un método de muestreo por conveniencia en 50 adultos mayores entre 60 y 85 años. Se encontraron los siguientes hallazgos: el 2% de los adultos mayores tiene depresión leve, el 38% de los adultos mayores tiene depresión severa y el 60% de los adultos mayores tiene depresión moderada. Hasta el 50% de los encuestados en la agrupación familiar de asentamientos humanos el 21 de mayo declararon tener algún nivel de depresión. Según el componente de satisfacción con la vida de la encuesta realizada a 50 personas mayores, el 8% de los adultos mayores tiene depresión leve, el 38% tiene depresión moderada y el 54% tiene depresión grave. El estudio también revela que, de las 50 personas encuestadas, el 20% de los adultos mayores tiene depresión grave, el 32% tiene depresión leve y hasta el 48% tiene depresión moderada, según la dimensión de actividades e intereses. Según las investigaciones sobre la dimensión del estado de ánimo, hasta el 12% de los adultos mayores padecen depresión grave, el 38% depresión leve y el 50% depresión moderada.

En cuanto a la dimensión del deterioro cognitivo, el 16% de los adultos mayores padece depresión grave, el 28% depresión leve y el 56% depresión moderada. En cuanto al factor socioeconómico, el 60% de las personas mayores sufre depresión grave, frente al 40% que tiene depresión leve (38).

En su estudio "Depresión y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el hospital Arzobispo Loayza, lima 2014", Concha Chirinos, Andrea utilizó una metodología observacional y transversal. Para medir la severidad de la depresión utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y para medir el apoyo social utilizó la Escala de Percepción de Apoyo Social de Zimet. Se obtuvieron los siguientes resultados: de los 100 pacientes en hemodiálisis con ERC estadio V hospitalizados y entrevistados, el 50% tenían entre 30 y 59 años, el 62% eran mujeres, el 53% llevaban entre 3 y 6 meses en hemodiálisis, la hipertensión arterial era la comorbilidad más frecuente hasta el 46%, y la duración media de la estancia era de 5 días. Cuando se evaluó el apoyo social mediante la escala de percepción del apoyo social, se descubrió que el 68% de los pacientes pensaba que había poco apoyo social disponible, mientras que la escala de evaluación de la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos reveló que el 65% de los pacientes en hemodiálisis tenían una depresión de moderada a grave. El 90,7% de los pacientes con depresión grave tenían un bajo apoyo social, según una investigación sobre la relación entre depresión y apoyo social. Se descubrió que un sentimiento pobre de apoyo social estaba sustancialmente correlacionado con la edad, el sexo femenino y los tiempos cortos de hemodiálisis, aunque la correlación con las comorbilidades y la duración de la estancia hospitalaria no fue estadísticamente significativa en ninguno de los casos. En contraste con las comorbilidades y los días pasados en el hospital, se descubrió que la edad media, el sexo femenino y el poco tiempo en hemodiálisis estaban fuertemente relacionados con un grado más grave de depresión en los pacientes en hemodiálisis. Según los resultados de la investigación, la mayoría de los pacientes con ERC en estadio V que recibían hemodiálisis presentaban un nivel significativo de depresión según la escala CES-D y, como consecuencia, la mayoría de los pacientes consideraban que su familia y su entorno no les proporcionaban suficiente apoyo social (39).

Juan Cordano Callaupa realizó una investigación descriptiva no experimental titulada "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en un centro de diálisis de Lima, 2015" para su tesis. Se contó con una muestra no probabilística de 86 casos. El Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI - II) fue el instrumento de evaluación empleado. Se completó el estudio psicométrico del instrumento, cuyos resultados

mostraron buena confiabilidad y validez. Según los resultados del estudio, la depresión leve afecta hasta al 26,7% de todos los pacientes con diagnóstico de ERC, al 48,8% de los pacientes con depresión moderada y al 23,3% de los pacientes con depresión grave. Asimismo, el estudio de la BID-II sobre las dimensiones de la depresión, que evalúa las regiones somática, emocional y cognitiva, reveló porcentajes significativos de depresión leve y moderada, con un 54,7% de varones y un 45,3% de mujeres. El estudio descubrió que la depresión moderada era el tipo de depresión más frecuente que experimentaban los pacientes con enfermedad renal crónica en una clínica de diálisis de Lima. Esto sugiere una conexión entre el estado mental del paciente y una enfermedad terminal como la enfermedad renal crónica (40).

En su investigación sobre "Estado depresivo y características clínicas asociadas en el paciente con enfermedad renal crónica que recibe terapia de diálisis", Paéz Perea, Alicia. Según otros estudios citados en "Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo Arequipa 2016", la depresión es una condición psicopatológica frecuente en personas con enfermedades crónicas, siendo la enfermedad renal terminal o enfermedad renal crónica una de las más representativas, pero frecuentemente subdiagnosticada. El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa realizó en 2016 un estudio transversal y observacional para evaluar el nivel de depresión, medido con el test de Hamilton, en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis. Se eligió una muestra de 152 pacientes, de los cuales el 46,71% recibía diálisis peritoneal continua ambulatoria y el 53,29% hemodiálisis. Los pacientes que recibían hemodiálisis tenían una edad media de 61,28 ± 14,26 años, mientras que los que recibían diálisis peritoneal tenían una edad media de 51,27 ± 14,28 años. Los varones eran algo más prevalentes en ambos tipos de diálisis (53,52% en diálisis peritoneal y 56,79% en hemodiálisis, respectivamente). La estancia media en hemodiálisis del estudio fue de 50,16 ± 44,98 meses (con un rango de 3 meses a 20 años), mientras que la estancia media en diálisis peritoneal fue de 57,74 ± 59,34 meses (con un rango de 3 meses a 3,5 años). Las causas del 28,40% de los casos en el grupo de hemodiálisis variaron, incluyendo hipertensión (28,10%), nefropatía diabética (29,53%) y otras. Hubo variaciones sustanciales entre los grupos para el grupo de diálisis peritoneal, con un 32,39% de causas desconocidas, un 15,49% de hipertensión y un 12,68% de diabetes o glomerulopatías. El 96,30% de los pacientes en hemodiálisis experimentaron depresión, en comparación con el 76,06% de los pacientes en diálisis peritoneal; la depresión en el primer grupo fue grave en el 76,54% de los pacientes, mientras que alcanzó este nivel en el 14,08% del segundo grupo, donde las diferencias fueron significativas. Se determinó que la hemodiálisis está más

estrechamente asociada a la depresión en los pacientes en diálisis y que es necesario seguir investigando para comprender plenamente esta conexión (25).

4.3 Internacionales

Según la investigación de Calderón M. Diego sobre la "Epidemiología de la depresión en la tercera edad", la demencia y la depresión son las dos condiciones neuropsiquiátricas que afectan con mayor frecuencia a los ancianos. Existen variables biológicas y sociales cambiantes que afectan a la depresión en este colectivo. El objetivo de la revisión de la bibliografía publicada después de los años 2000 era avanzar en la comprensión de la epidemiología de la depresión en los ancianos. Las personas mayores experimentan mayores tasas de morbilidad y enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, que a la larga conducen a una dependencia cada vez mayor. Las personas mayores sufren con frecuencia demencia y depresión; según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), la incidencia en Ecuador era del 39%. Debido a que los adultos mayores tienen características únicas que incluyen las enfermedades que padecen, el entorno en el que residen, sus circunstancias sociales e incluso algunos aspectos demográficos como el trabajo y el estado civil, entre otros, la depresión en esta población tiene características únicas. Según un estudio realizado en Perú, en el que se demostró que la tristeza está vinculada a problemas físicos y a la minusvalía, la soledad es un factor de riesgo tanto para la depresión masculina como para la femenina. Además, es fundamental destacar que la depresión es un proceso complejo con varios factores contribuyentes, y que se ha demostrado que está correlacionada con la falta de apoyo de la red social. Sólo el 38% de los adultos tailandeses mayores de 80 años que declararon sufrir depresión contaban con una red social sólida. La prevalencia de la depresión en los ancianos varía en América Latina; por ejemplo, oscila entre el 26% y el 66% en México y entre el 15,97% entre los pacientes hospitalizados con depresión y el 9,8% en la población general de Perú. En Colombia, una investigación ambulatoria descubrió depresión en el 11,5% de las mujeres y el 4% de los hombres; un estudio multicéntrico descubrió depresión en el 47% de los pacientes hospitalizados; y la encuesta nacional de salud descubrió depresión en individuos mayores en un rango del 49 al 60%. Por otro lado, la depresión es más frecuente en Chile, donde las tasas oscilan entre el 7,6% y el 16,3%. La evaluación de la literatura reveló que la demencia y la depresión son las dos condiciones neuropsiquiátricas más comunes entre los ancianos, y que ambas condiciones son más comunes en las naciones en desarrollo debido a las diferencias en el desarrollo socioeconómico. El impacto en la calidad de vida, las comorbilidades y la ideación suicida son factores significativos cuando se trata de la depresión en los ancianos. Para

poder adoptar medidas eficaces y preventivas, es fundamental conocer los factores de riesgo de la depresión en los ancianos. Con el fin de actuar lo más rápidamente posible, en esta investigación se aconseja identificar la ideación suicida durante la interacción inicial con el paciente geriátrico, si es posible en la atención primaria de salud (41).

El estudio de Suzan Sanavi y Reza Afshar "Depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis convencional de mantenimiento: Efectos de la enfermedad en la adecuación de la diálisis" se basa en el hecho de que los pacientes con enfermedad renal crónica y que reciben hemodiálisis experimentan con frecuencia problemas psicológicos y tienen una mayor frecuencia de depresión. Además, las comorbilidades crónicas afectan significativamente a las tasas de mortalidad y a la calidad de vida. El objetivo fue evaluar la prevalencia de la depresión y las variables asociadas entre los pacientes en hemodiálisis. Participaron en el estudio 120 pacientes que recibían hemodiálisis estándar de mantenimiento y respondieron a cuestionarios de detección de la depresión de Beck. Se recopilaron datos mediante un cuestionario, anamnesis y resultados de pruebas. Durante el análisis de los datos se utilizaron la prueba de X² y la prueba de Spearman con el programa SPSS versión 16. Según los resultados, la depresión afectaba al 70% de la población estudiada, y hasta el 26,7% de los pacientes presentaba depresión grave. No se demostró que la edad, el sexo, la enfermedad subyacente, la duración de la hemodiálisis, los antecedentes de trasplante renal, el estado civil, el empleo, la hemoglobina, la concentración de albúmina sérica y la depresión estuvieran correlacionados. Además, se demostró que existía una fuerte correlación entre el grado de depresión y tanto el número como la calidad de los tratamientos de hemodiálisis semanales. Según las conclusiones del estudio, una prueba de detección de la enfermedad en esta población parece impensable debido a la elevada prevalencia de la depresión entre los pacientes en hemodiálisis. Sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento precoces podrían ser factibles y ayudar a los pacientes con estas características específicas a vivir mejor (24).

En su estudio sobre la "Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis", Lidia Gómez Vilaseca, Nuria Pac Gracia, Mónica Manresa Traguany, Sandra Lozano Ramírez y Julio Leonel Chevarria Montesinos mencionan investigaciones previas sobre el hecho de que los pacientes en hemodiálisis presentan síntomas y trastornos emocionales como ansiedad y depresión; a continuación, llegan a la conclusión de que existen pocos estudios que evalúen el diagnóstico mediante el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). En los tres primeros meses de 2012, se realizó una investigación transversal en la unidad de hemodiálisis del hospital de Palamós. Se registraron la edad, el sexo, la talla, el peso, el índice de masa corporal, el índice de

Charlson, la duración en hemodiálisis y el número de medicamentos de los pacientes del programa de hemodiálisis crónica que recibían hemodiálisis desde hacía al menos un mes. El nivel de depresión se evaluó mediante la escala HADS, que es la traducción española de la escala de Caro-Ibáñez. Según los resultados, de una muestra de 49 pacientes, el 25% eran mujeres, con una edad media de 67,2 años, una duración de la hemodiálisis de 39,9 meses, un IMC de 26,9 y turnos de 52,9% por la mañana y 50,9% por la tarde. Según la escala HADS, se demostró que la ansiedad constituía el 32,7% y la sintomatología depresiva el 42,9%. La depresión se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la mayor edad, el menor índice de masa corporal y el turno de mañana, mientras que la ansiedad se correlacionó con el menor índice de masa corporal y el sexo femenino. Según las conclusiones del estudio, los pacientes en hemodiálisis con enfermedad renal crónica experimentan con frecuencia ansiedad y tristeza. A su vez, la tristeza y la ansiedad están relacionadas con la edad avanzada, un índice de masa corporal bajo y la ansiedad es más frecuente en las mujeres. Por último, el estudio recomienda una mayor vigilancia, tratamiento y gestión de los cambios emocionales en las personas con enfermedad renal crónica (42).

Víctor Hugo Vázquez-Martínez, Margarita Ortega-Padrón y Denisse Ayme Cervantes-Vázquez realizaron en su investigación un estudio analítico y observacional de casos y controles titulado "Factores asociados a la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis". Los participantes fueron pacientes del servicio de nefrología del hospital general que recibieron tratamiento en 2011 y que aceptaron participar en el estudio firmando el permiso informado asociado. La muestra estuvo compuesta por 40 casos y 40 controles. Para realizar el estudio se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems y una encuesta sobre factores sociodemográficos. Se investigaron los factores de depresión, estructura familiar, estado civil, empleo, número de años con enfermedad renal crónica y estar en hemodiálisis. La depresión estaba presente en un 27,7% de los casos. No se demostró que la depresión y las familias disfuncionales estuvieran relacionadas. Un riesgo asociado positivo está relacionado con ser ama de casa, saber leer y escribir, padecer una enfermedad renal crónica durante más de cinco años y pertenecer a una familia extensa; sin embargo, los intervalos de confianza y el valor p no fueron significativos para ninguno de estos factores. El último hallazgo del estudio fue que es fundamental detectar la depresión en las personas que reciben terapia de hemodiálisis. Además, se propone incluir a más personas en futuros estudios para reforzar la validez de los resultados (43).

5. HIPÓTESIS

Dado que la enfermedad depresiva es un cuadro que tiene múltiples factores de riesgo y siendo la población adulta mayor en hemodiálisis y con enfermedad renal crónica una población de riesgo, es probable que existan factores sociodemográficos asociados a los niveles de depresión en esta población.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, Y MATERIALES

1.1. Técnicas

La técnica
entrevista y ficha
datos.

1.2.

El

ITEM	Respuesta que indica depresión	ITEM	Respuesta que indica depresión
1	NO	16	SI
2	SI	17	SI
3	SI	18	SI
4	SI	19	NO
5	NO	20	SI
6	SI	21	NO
7	NO	22	SI
8	SI	23	SI
9	NO	24	SI
10	SI	25	SI
11	SI	26	SI
12	SI	27	NO
13	SI	28	SI
14	SI	29	NO
15	NO	30	NO

INSTRUMENTOS

utilizada será la
de recolección de

Instrumentos

instrumento para la

variable Depresión, es la cedula de la entrevista, es la Escala de Depresión geriátrica (GDA) de Yesavage de 1982 (Anexo 1) la cual consta de 30 preguntas en la que conceptualiza todos los síntomas cognitivos, emocionales y físicos.

El tipo de respuesta de los ítems es dicotómico (si – no). Su objetivo es identificar niveles de depresión en adultos mayores de 60 años a más, en forma rápida y sencilla. En donde cada ítem cuya respuesta coincida con la respuesta asignada, que indica depresión, se puntuará con 1, en caso contrario será 0.

Fuente: Delgado Delaude, Aída Jeannina (1993). La Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S) en la población anciana de Lima Metropolitana. Un estudio de adaptación. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología, Universidad Ricardo Palma. En: Universidad Ricardo Palma, Biblioteca Central, Tesiteca. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (44).

Este instrumento fue adaptado a la población peruana, por la autora Delgado Belaunde Aida, quien llevó a cabo un proceso de confianza y validación de la prueba constatada con los 30 ítems, obteniendo así una alta validez y confiabilidad de 0.8117 (Spearman-Brown – Dos mitades) y 0.8613 (Kuder Richardson – Consistencia Interna) (44).

La puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes; de 0 a 9 puntos indicaría no depresión, leve de 10 a 11 puntos, 12 a 19 indicaría depresión moderada y de 20 a 30 puntos indicaría depresión severa (44).

Además, para la toma de datos y los factores sociodemográficos se utilizará una ficha de recolección de datos (Anexo 2)

1.3. Materiales

- Computadora con sistema operativo Windows 10, Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016 y SAS. 2002. Institute Inc.
- Material de escritorio: Papel, lapicero.
- Ficha de recolección de datos.
- Hojas de consentimiento informado
- Recursos humanos: investigadores y pacientes

1. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

- a) **Ámbito general:** La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del departamento de Arequipa – Perú
- b) **Ámbito Específico:** Unidad de Hemodiálisis - Servicio de Nefrología

2.2 Ubicación Temporal

La presente investigación tuvo como tiempo de inicio el mes Noviembre del año 2022 y se finalizó el mes de Abril del año 2023.

2.3 Unidades de Estudio

Las unidades de estudio fueron cada uno de los adultos mayores (mujer o varón) registrados y asistentes con enfermedad crónica en tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del HRHDE, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

2.3.1. Universo

Adultos mayores con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el mes de Abril del 2023.

2.3.2. Muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

Dónde:

$$n = \frac{N * p * q}{\frac{(N - 1) * E^2}{Z_{\alpha}^2} + p * q}$$

Donde:

N= tamaño de población= 105

n= tamaño de muestra

Za2= coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% =
1.96

p= prevalencia de depresión en pacientes renales crónicos =0.77

q= 1-p= 0.23

E= error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud =
0.05

$$n = \frac{105 * 0.77 * 0.23}{\frac{(105 - 1) * 0.05^2}{1.96^2} + 0.77 * 0.23} = 75.9681$$

Nuestra muestra requiere de 76 adultos mayores, de ambos sexos, que cumplieron los criterios de inclusión para los objetivos del estudio actuales, cuyas edades oscilan entre 60 y 100 años

2.3.3. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores hombres y mujeres de 60 años a más, que padezcan de enfermedad renal crónica en tratamiento en la unidad de hemodiálisis del HRHDE, cuando se realizó la investigación
- Que no padezcan deterioro cognitivo, demencia y esquizofrenia
- Que acepten participar voluntariamente.

2.3.4. Criterios de Exclusión

- Personas menores de 60 años
- Que padezcan de deficiencias físicas que no le permita realizar el test

- Que presenten deterioro cognitivo
- Que presente comorbilidad psiquiátrica
- Que no deseen participar voluntariamente.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1 Organización

- Una vez aprobado el proyecto de tesis, se solicitará la autorización respectiva al director del Hospital Honorio Delgado Espinoza para la toma de datos.
- Las investigadoras acudirán al servicio de Nefrología, a la unidad de Hemodiálisis, para revisar el libro de pacientes que están en tratamiento de hemodiálisis en el mes de Marzo-Abril del 2023, para así poder constatar las fechas de evaluación y entrevista, a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
- Una vez concluida la etapa de reconocimiento, se procederá a realizar el test y entrevista a cada una de las personas que cumplan con los criterios antes mencionados.
- Posteriormente se realizará el análisis estadístico y luego se redactará el informe final de la investigación.

3.2 Recursos

a. Humanos:

- Investigadores:
 - Alisson Gabriela, Vizcarra Jimenez
 - Bárbara Angie, Bolige Uñapilco
- Asesor:
 - Lily Eufemia Montesinos Valencia

b. Institucionales:

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

c. Materiales:

- Cuestionario digital
- Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- Impresora

d. Financieros:

- El trabajo, procesamiento e impresión del documento final será autofinanciado por las investigadoras.

3.3 Validación de los Instrumentos

La ficha de recolección de datos, es sólo para el recojo de información, por lo que no requiere de validación.

El instrumento para la variable Depresión, es la cédula de entrevista, Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage el cual mide el nivel de depresión en los adultos mayores. Este instrumento fue adaptado por la autora Delgado Delaunde Aida, analizó cada ítem mediante el método de discriminación de escalas de Edwards y Kilpatrick, además de la prueba de T de Student, encontrando una alta validez, además obtuvo una confiabilidad de 0.81 de Spearman Brown y 0.86 de Kuder-Richardson (44).

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

Se diseñará en el software Microsoft Excel 2016 una base de datos con el objetivo de ordenar y procesar la información obtenida de la entrevista y ficha de recolección de datos. Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente.

En este estudio descriptivo se procederá con la creación de una hoja de cálculo, para tabular variables sociodemográficas en una plantilla de Excel; para recabar las respuestas: Microsoft Office XP y finalmente, se realizará el análisis de cada variable y se establecerá la relación que existe entre éstas. Se generarán tablas univariadas con frecuencias absolutas y relativas, la relación entre variables categóricas, se realizará con la prueba Chi² y Fisher, con una significancia del 5%, y para el análisis de datos se empleará el paquete estadístico SAS. 2002. Institute Inc.

Finalmente los resultados se presentan a través de tablas y/o gráficos de distribución de frecuencia, facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico y variables estudiadas.



CAPÍTULO III RESULTADOS



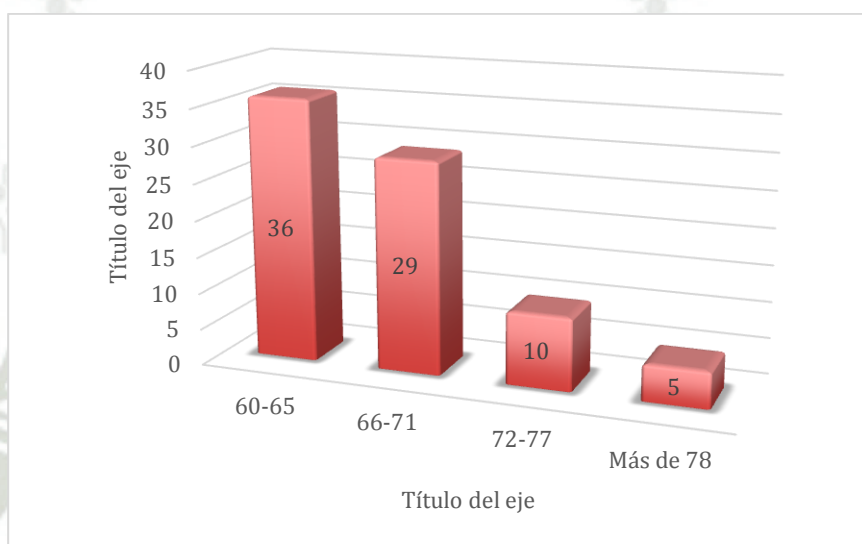
**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla y Gráfico 1

**Registro del rango de edad de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en
hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.**

Rango de edad (años)	N	%
60-65	36	45.00
66-71	29	36.25
72-77	10	12.50
Más de 78	5	6.25
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°1 se puede evidenciar que respecto a la variable de edad, se encontró que el 45% (36) de los pacientes estudiados tienen una edad de 60 a 65 años, 36.25% (29) presentan una edad de 66 a 71 años siendo el siguiente porcentaje de mayor cantidad; 12.5% (10) presentan una edad de 72 a 77 años y por último 6.25% (5) presentan más de 78 años.

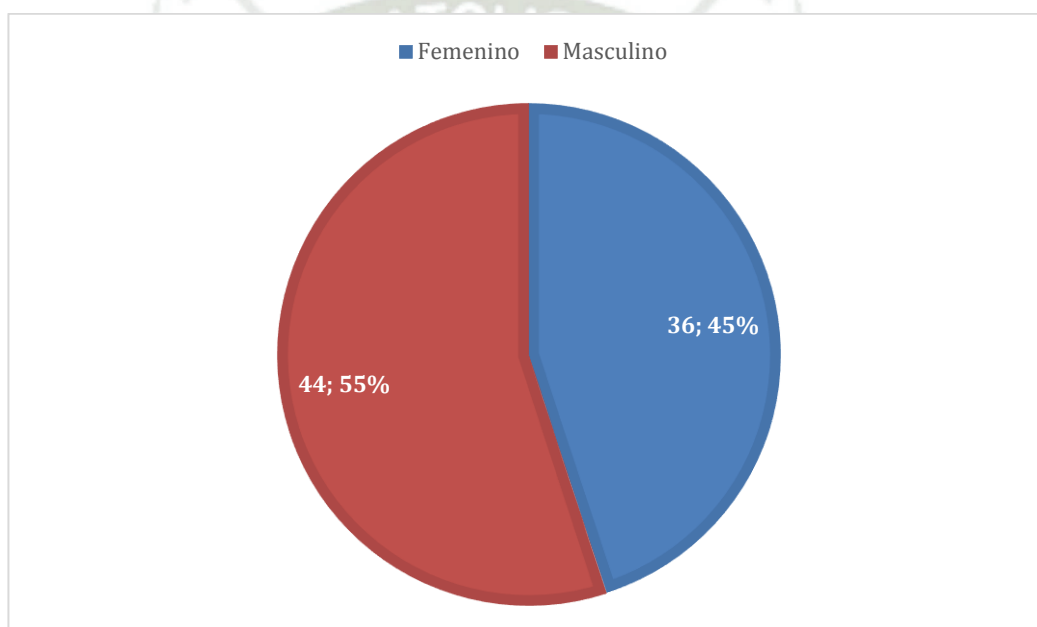
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 2

**Registro del sexo de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis
del HRHDE considerados en la encuesta.**

Sexo	n	%
Femenino	36	45
Masculino	44	55
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°2 se evidencia que el 55% (44) de pacientes entrevistados son de género masculino y el 45% (36) son de sexo femenino.

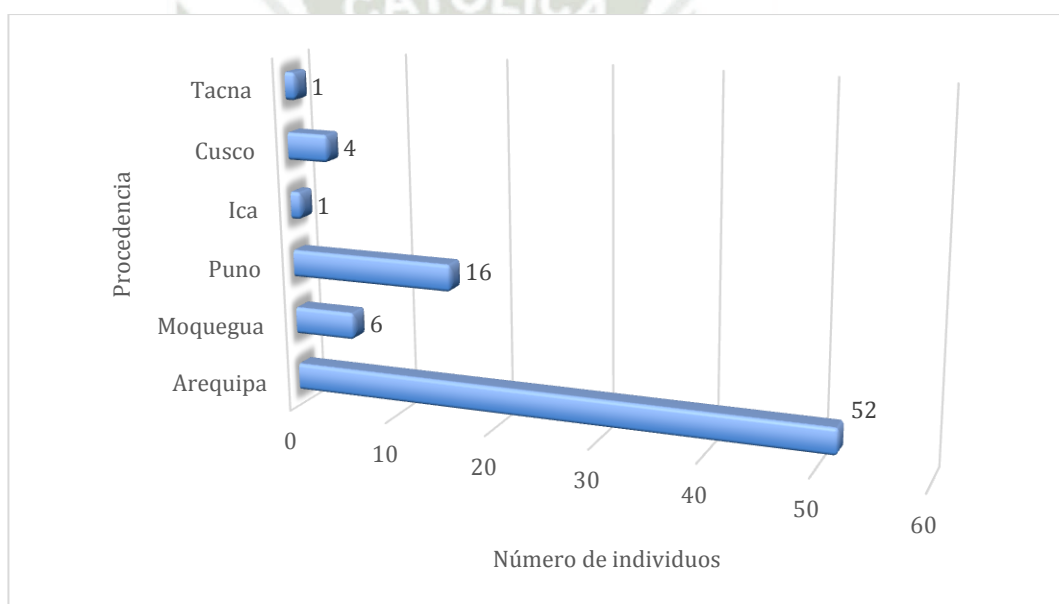
**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla y Gráfico 3

**Registro de la procedencia de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en
hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.**

Ciudad de procedencia	n	%
Arequipa	52	65
Moquegua	6	7.5
Puno	16	20
Ica	1	1.25
Cusco	4	5
Tacna	1	1.25
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°3 se evidencia que, del total de pacientes entrevistados, 52 pacientes eran procedentes de Arequipa correspondiente al 65%, 16 personas son procedentes de Puno (20%), 6 pacientes (7.5%) son procedentes de Moquegua, 4 pacientes (5%) son procedentes de Cuzco y 1 persona (1.25%) es procedente de Ica y 1 de Tacna (1.25%).

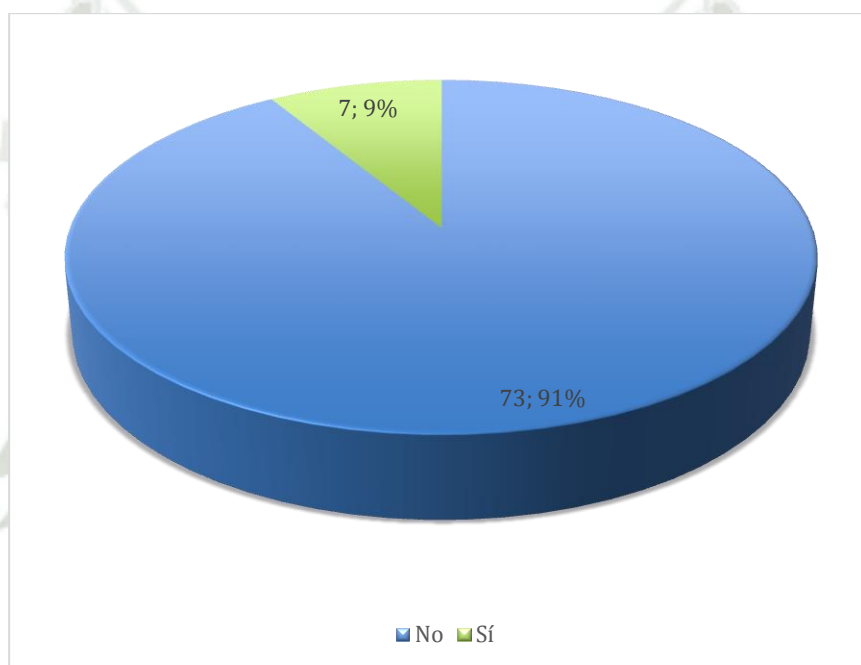
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 4

Registro de la situación laboral de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Situación laboral (se encuentra laborando)	n	%
No	73	91.25
Sí	7	8.75
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°4 se evidencia que el 91.25% (73) de pacientes entrevistados no se encuentran laborando a comparación del 8.75% (7) que aún se encuentran laborando durante su tratamiento de hemodiálisis.

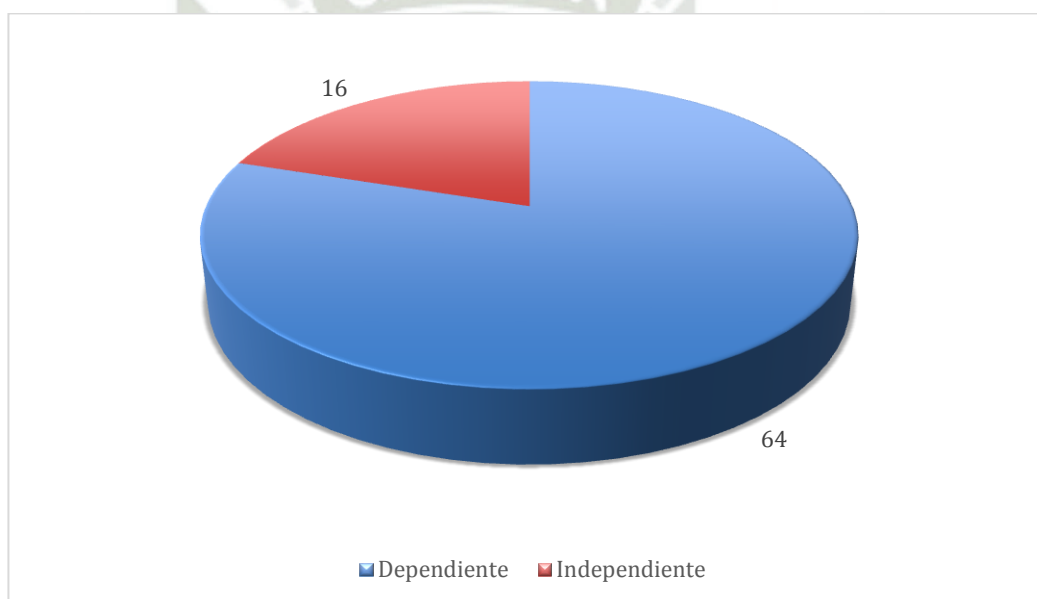
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 5

Registro de la dependencia económica en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Dependencia económica	N	%
Si	73	91.25
No	7	8.75
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°5 se evidencia que el 91.25% (73) de pacientes entrevistados son dependientes económicamente de algún familiar y/o contacto cercano a comparación del 8.75% (7) que son independientes económicamente durante su tratamiento de hemodiálisis.

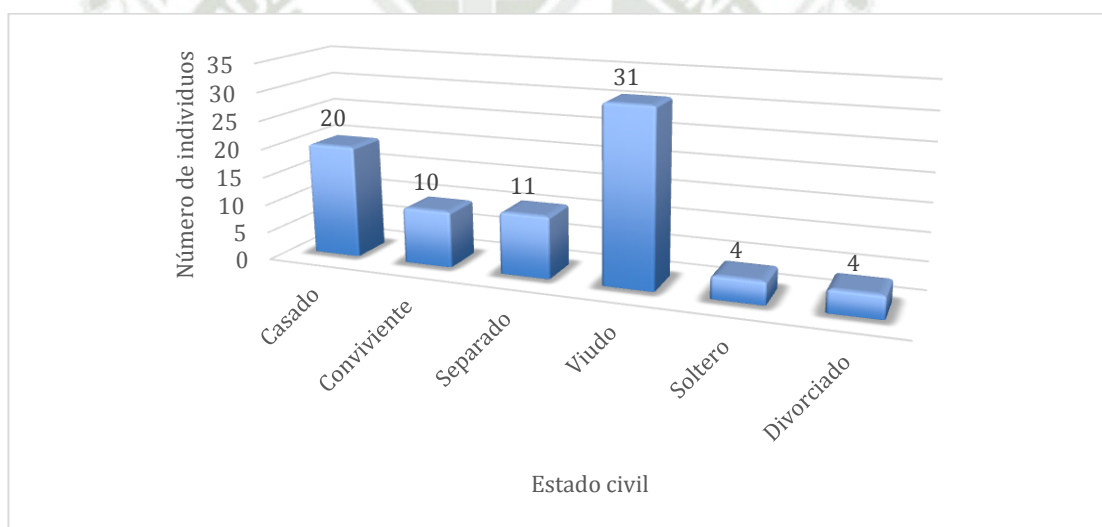
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 6

Registro del estado civil de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Estado civil	n	%
Casado	20	25.00
Conviviente	10	12.5
Separado	11	13.75
Viudo	31	38.75
Soltero	4	5.00
Divorciado	4	5.00
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°6 se evidencia que, respecto al estado civil de nuestros pacientes entrevistados, el 38.75% (31) son viudos (as), 25% (20) son casados, 13.75% (11) son separados, 12.5% (10) son convivientes, 5% (4) son solteros y 5% (4) divorciados.

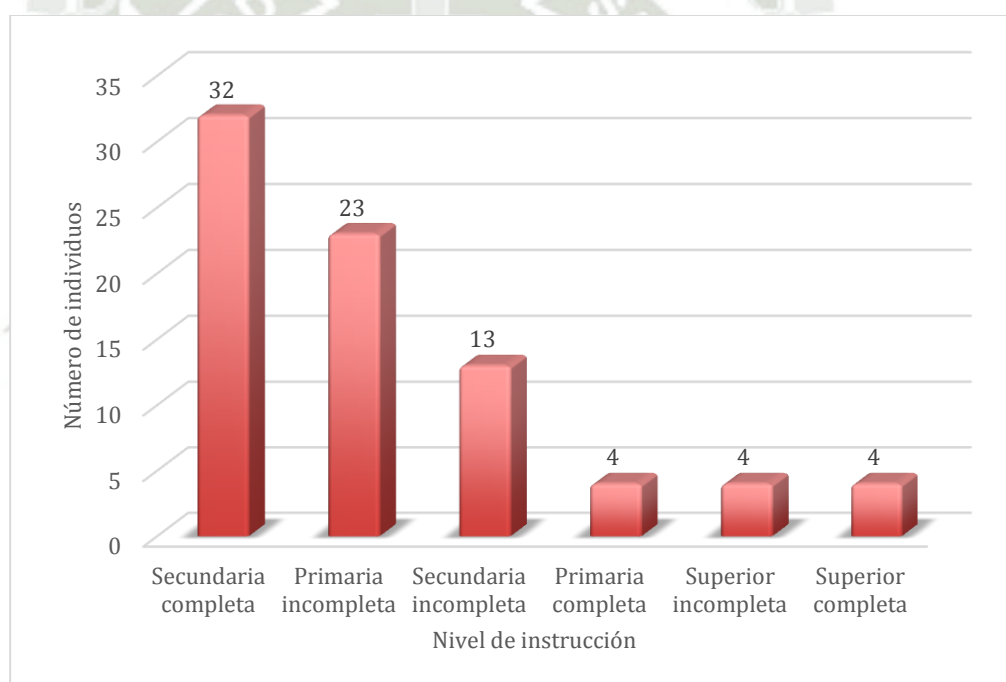
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 7

Registro del nivel de instrucción de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Nivel de instrucción	N	%
Secundaria completa	32	40.00
Primaria incompleta	23	28.75
Secundaria incompleta	13	16.25
Primaria completa	4	5.00
Superior incompleta	4	5.00
Superior completa	4	5.00
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Respecto al nivel de instrucción, en la Tabla N°7 se evidenció que el 40% (32) de pacientes presentan secundaria completa, 28.75% (23) primaria incompleta, 16.25% (13) secundaria incompleta, 5% (4) cuentan con primaria completa, 5% (4) cuentan con superior incompleta, 5% (4) cuentan con superior completa.

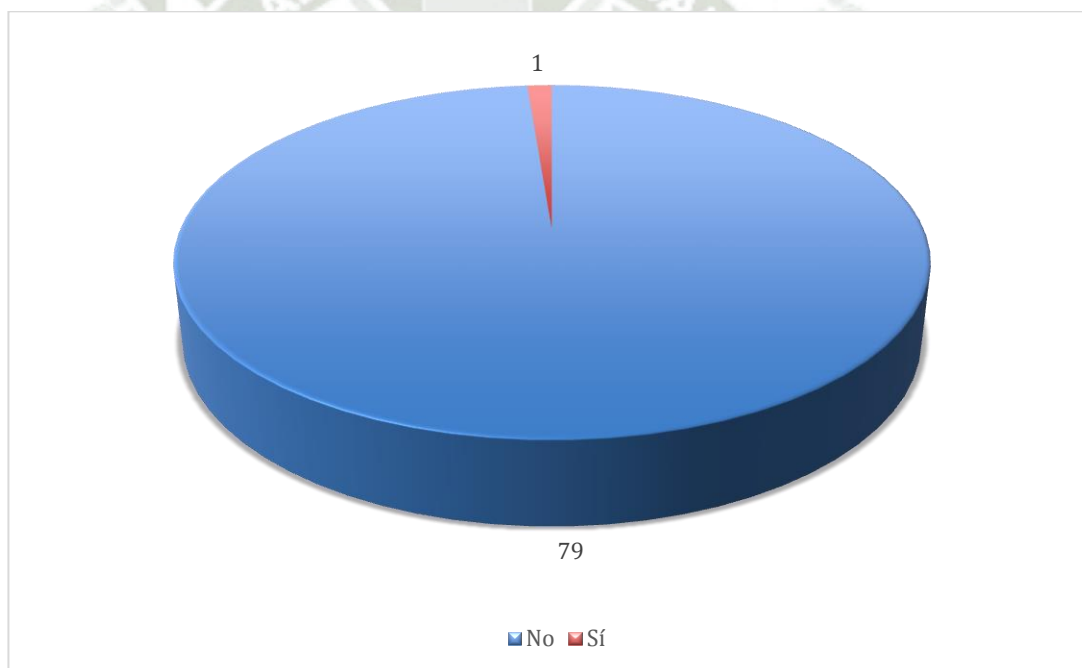
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 8

Registro del diagnóstico previo de depresión en adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Fue diagnosticado previamente con depresión?	N	%
No	79	98.75
Sí	1	1.25
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°8 se evidencia que el 98.75% no fue diagnosticado previamente con depresión a comparación del 1.25% que fue diagnosticado previamente con depresión.

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN**

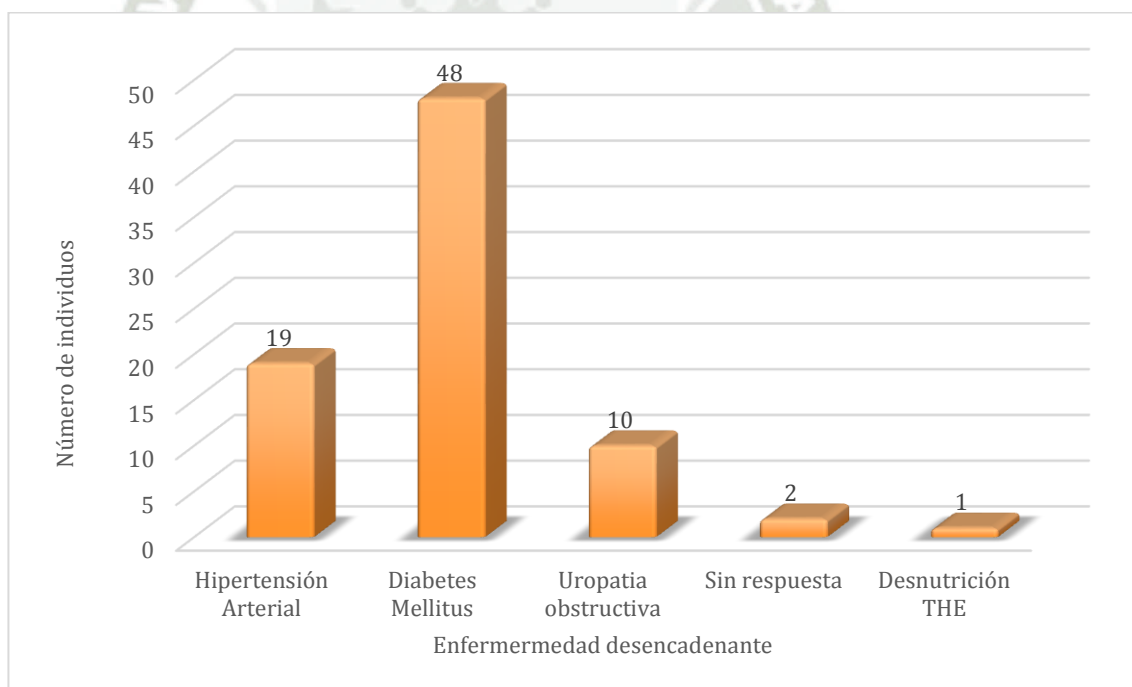
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 9

Registro de la enfermedad desencadenante en los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Enfermedad desencadenante	N	%
Hipertensión Arterial	19	23.75
Diabetes Mellitus	48	60
Uropatía obstructiva	10	12.5
No filiado	2	2.5
Desnutrición THE	1	1.25
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la etiología desencadenante de la ERC que conlleva a hemodiálisis, en nuestros pacientes se evidenció que en el 60% fue la Diabetes Mellitus, seguido del 23.75% la hipertensión arterial, 12.5% la uropatía obstructiva, 2.5% de causa no filiada, y el 1.25% desnutrición.

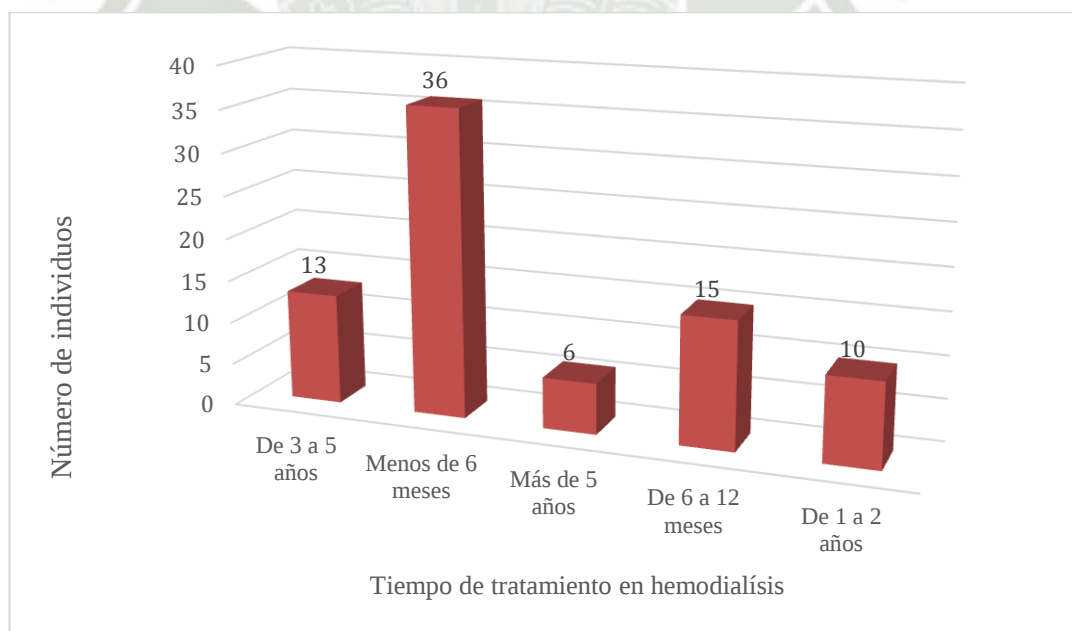
**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla y Gráfico 10

**Registro del tiempo en tratamiento de hemodiálisis en los adultos mayores con
enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.**

Tiempo de tratamiento	N	%
De 3 a 5 años	13	16.25
Menos de 6 meses	36	45.00
Más de 5 años	6	7.50
De 6 a 12 meses	15	18.75
De 1 a 2 años	10	12.50
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Respecto al tiempo de tratamiento de los pacientes en hemodiálisis, podemos observar en la tabla y gráfico N°10 que el 45% de pacientes se encuentra menos de 6 meses en hemodiálisis, 18.75% de 6 a 12 meses, 16.25% de 3 a 5 años, 12.5% de 1 a 2 años, y el 7.5% más de 5 años.

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla y Gráfico 11

**Registro del número de días a la semana que acuden a la hemodiálisis los adultos
mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE y considerados en la
encuesta.**

Número de días a la semana que acude a la hemodiálisis	N	%
Tres	78	97.5
Más de tres	2	2.5
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La tabla y el gráfico N°11 muestra que el 97.5% de adultos mayores con enfermedad renal crónica acude tres veces a la semana a la unidad de hemodiálisis del departamento de Nefrología del Hospital Regional Honorio Espinoza.

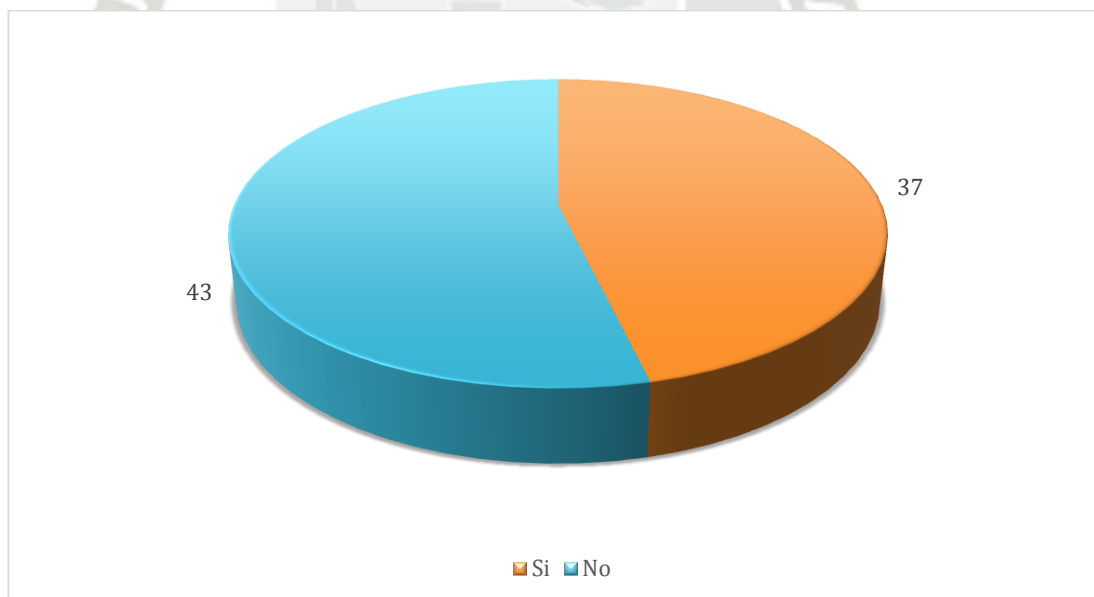
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Gráfico 12

Registro a la respuesta si se encuentra hospitalizado actualmente el adulto mayor con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Hospitalización	N	%
Si	37	46.25
No	43	53.75
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La tabla y el grafico N°12 muestra que el 53.75% de adultos mayores con enfermedad renal crónica que acude a la unidad de hemodiálisis del departamento de Nefrología del Hospital Regional Honorio Espinoza no está hospitalizado, en cambio un 46.25% de ello si se encuentra actualmente hospitalizado.

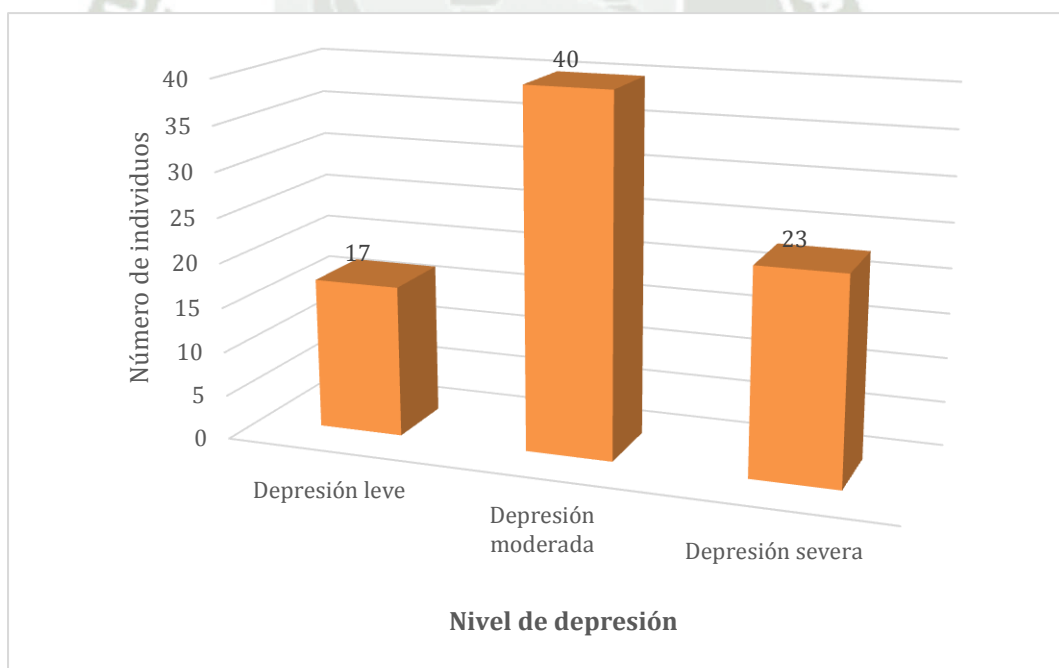
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023”

Tabla y Grafico 13

Registro de los niveles de depresión en adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE considerados en la encuesta.

Nivel de depresión	N	%
Depresión leve	17	21.25
Depresión moderada	40	50.00
Depresión severa	23	28.75
	80	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La tabla y el gráfico N°13 muestra que el 50% de adultos mayores con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Espinoza de Arequipa tienen un grado de depresión moderada, mientras que un 28.75% tienen un grado de depresión severa y un 21.25% tiene depresión leve.

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 14
Relación entre el nivel de depresión y la edad del paciente

Edad/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-65	10	12.5	16	20	10	12.5	36	45
66-71	5	6.25	17	21.25	7	8.75	29	36.25
72-77	2	2.5	4	5	4	5	10	12.50
Más de 78	0	0	3	3.75	2	2.5	5	6.25
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.7469

Fuente: Elaboración propia

Los tres niveles de depresión (Leve, moderado y severo) fueron asociados con la edad (60-65, 66-71, 72-77 y más de 78 años, respectivamente) de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, aplicándose para ello la prueba exacta de Fisher, indicando dicha prueba que el P-valor corresponde a 0.7469 lo cual denota que no existe asociación entre el nivel de depresión y la edad de los individuos encuestados.

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 15
Relación entre el nivel de depresión y el sexo del paciente

Sexo/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	8	10	22	27.5	6	7.5	36	45
Masculino	9	11.25	18	22.5	17	21.25	44	55
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba Chi cuadrado=0.0834

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y el sexo de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba de chi cuadrado (P-valor=0.0834)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 16

Relación entre el nivel de depresión y la procedencia del paciente

Sexo/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arequipa	11	13.75	25	31.25	16	20	52	65
Moquegua	3	3.75	1	1.25	2	2.5	6	7.5
Puno	2	2.5	10	12.5	4	5	16	20
Ica	0	0	1	1.25	0	0	1	1.25
Cusco	0	0	3	3.75	1	1.25	4	5
Tacna	1	1.25	0	0	0	0	1	1.25
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.3989

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y la procedencia de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba exacta de Fisher (P-valor=0.3989)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 17

Relación entre el nivel de depresión y la situación laboral del paciente

Situación Laboral/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Actualmente no trabaja	16	20	38	47.5	19	23.75	73	91.25
Actualmente trabaja	1	1.25	2	2.5	4	5	7	8.75
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.2513

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y la situación laboral (si actualmente trabaja o no) de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba exacta de Fisher (P-valor=0.2513)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 18

Relación entre el nivel de depresión y la dependencia económica del paciente

Dependencia Económica/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	12	15	33	41.25	19	23.75	64	80
No	5	6.25	7	8.75	4	5	16	20
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba Chi Cuadrado=0.5823

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y la dependencia económica de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba Chi Cuadrado(P-valor=0.5823)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 19

Relación entre el nivel de depresión y el estado civil del paciente

Estado Civil/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casado	7	8.75	7	8.75	6	7.5	20	25
Conviviente	0	0	4	5	6	7.5	10	12.5
Separado	3	3.75	6	7.5	2	2.5	11	13.75
Viudo	4	5	18	22.5	9	11.25	31	38.75
Soltero	0	0	4	5	0	0	4	5
Divorciado	3	3.75	1	1.25	0	0	4	5
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.0335

Fuente: Elaboración propia

La tabla 19 muestra la relación entre el nivel de depresión (leve, moderada y severa) con el estado civil del paciente, luego del análisis estadístico se aprecia que existe dependencia entre los niveles de depresión con el estado civil del paciente al momento de realizar la encuesta.

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 20

Relación entre el nivel de depresión y el nivel de instrucción del paciente

Nivel de Instrucción/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Secundaria completa	5	6.25	18	22.5	9	11.25	32	40
Primaria incompleta	5	6.25	8	10	10	12.5	23	28.75
Secundaria incompleta	4	5	7	8.75	2	2.5	13	16.25
Primaria completa	1	1.25	1	1.25	2	2.5	4	5
Superior incompleta	1	1.25	3	3.75	0	0	4	5
Superior completa	1	1.25	3	3.75	0	0	4	5
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.4385

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y el nivel de instrucción de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba exacta de Fisher (P-valor=0.4385)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 21

Relación entre el nivel de depresión y la presencia de enfermedad previa del paciente

Etiología de la ERC/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensión Arterial	3	3.75	10	12.5	6	7.5	19	23.75
Diabetes Mellitus	13	16.25	24	30	11	13.75	48	60
Uropatía obstructiva	0	0	5	6.25	5	6.25	10	12.5
No filiado	0	0	1	1.25	1	1.25	2	2.5
Desnutrición THE	1	1.25	0	0	0	0	1	1.25
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100%

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.2645

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y la etiología de la enfermedad renal crónica en los adultos mayores en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba exacta de Fisher (P-valor=0.2645)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 22

Relación entre el nivel de depresión y el tiempo de tratamiento con hemodiálisis del paciente

Tiempo/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De 3 a 5 años	5	6.25	6	7.5	2	2.5	13	16.25
Menos de 6 meses	4	5	17	21.25	15	18.75	36	45
Más de 5 años	1	1.25	2	2.5	3	3.75	6	7.5
De 6 a 12 meses	2	2.5	10	12.5	3	3.75	15	18.75
De 1 a 2 años	5	6.25	5	6.25	0	0	10	12.5
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba exacta de Fisher=0.1526

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y el tiempo de la enfermedad renal crónica en los adultos mayores en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas luego de aplicar la prueba exacta de Fisher (P-valor=0.1526)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 23

Relación entre el nivel de depresión y los días de tratamiento del paciente

Frecuencia de tratamiento/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tres veces por semana	17	21.25	39	48.75	22	27.5	78	97.5
Más de tres veces por semana	0	0	1	1.25	1	1.25	2	2.5
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 23 se observa la relación entre el nivel de depresión y los días de tratamiento del paciente donde se aprecia que existe una mayor frecuencia de atención de tres veces por semana (97.5%) en comparación al de más de tres veces por semana (2.75%)

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2023”**

Tabla 24

Relación entre el nivel de depresión y la hospitalización del paciente

Hospitalización/Nivel	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	3	3.75	17	21.25	17	21.25	37	46.25
No	14	17.5	23	28.75	6	7.5	43	53.75
TOTAL	17	21.25	40	50	23	28.75	80	100

P-valor Prueba Chi Cuadrado=0.001

Fuente: Elaboración propia

La tabla 23 muestra la relación entre el nivel de depresión (leve, moderada y severa) con la hospitalización del paciente, luego del análisis estadístico se aprecia que existe dependencia entre los niveles de depresión con la hospitalización del paciente al momento de realizar la encuesta.



CAPITULO IV: DISCUSIÓN

A nivel psicológico, algunos de los problemas más comunes a los que se enfrentan los pacientes con insuficiencia renal y que influye en su calidad de vida son la depresión asociada, la ansiedad e incertidumbre sobre el futuro, lo que está altamente relacionado a una mayor tasa de mortalidad (29).

Cuando a los pacientes se les diagnostica insuficiencia renal deben adaptarse de manera abrupta a muchos cambios indispensables en su estilo de vida, desde la alimentación hasta sus rutinas diarias, tienen que cuidarse más que antes y en varios aspectos pasan de ser personas independientes a dependientes, ya sea del personal de salud, de su familia o de su máquina de diálisis a la cual tiene que acudir hasta 3 veces por semana, acudiendo así de manera obligatoria, ya que el olvidarse de asistir implica un riesgo de vida para el paciente (25). De esta manera es importante recalcar que no solo la enfermedad renal crónica como tal sino también el tratamiento de esta que implica la diálisis son eventos sumamente estresantes en el estilo de vida del paciente y que evidentemente influyen en la esfera biopsicosocial de este (31).

Al revisar la literatura sobre la depresión y otros trastornos psiquiátricos en pacientes con ERC, nos dimos cuenta que los diagnósticos erróneos son comunes y estos pueden afectar la adherencia al tratamiento (16), así como se ha visto que las incidencias de trastornos mentales son mayores en comparación a los pacientes que acuden a los nosocomios solo por atención médica (35). El impacto de este en la salud mental de una persona se debe a cambios en el estilo de vida, ya que se asocian a cambios anatómicos, deterioro funcional e impotencia física (45). Se evidencia que casi en su totalidad según D'Alessandro, los pacientes en hemodiálisis pasan por tres etapas psicológicas: experimentan los síntomas, comprenden, reflexionan y analizan el proceso por el que están pasando; mientras que otros desarrollan una actitud pasiva, dependiente, no tienen planes propios y se enfocan en su enfermedad. se sienten marginados de la sociedad, presentan constantes altibajos emocionales, tensiones familiares y síntomas psicológicos que se hacen evidentes con el tiempo (13,17).

En la mayoría de estudios se concluye que la depresión, como trastorno afectivo, es una respuesta que se espera en los pacientes nefrópatas en hemodiálisis ante las innumerables pérdidas en su calidad de vida, pero no es algo que podamos catalogar como “normal” en los pacientes (20). Por esta razón, en este estudio, queremos mostrar el nivel de depresión en el paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica en hemodiálisis; ya que este trastorno afectivo es un fenómeno prevenible, que consta en un manejo integral (farmacológica y psicológica) proporcionando así una mejor calidad de vida en el paciente (41). A su vez explicar si existe relación entre los diferentes niveles de depresión y los factores sociodemográficos en los adultos mayores nefrópatas en hemodiálisis, y de esta manera generar acciones de prevención en aquellos pacientes que por sus factores sociodemográficos tengan más riesgo de desarrollo de una depresión mayor.

Para tal fin, en nuestro estudio se entrevistó a 80 pacientes adultos mayores sometidos a hemodiálisis en el servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el periodo de estudio, los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión; aplicamos nuestra

ficha de recolección de datos y escala de depresión de Yesagave. Mostrándose así los resultados mediante una estadística descriptiva.

En relación a nuestro objetivo de establecer los niveles de depresión en nuestros pacientes con ERC en hemodiálisis en el HRHDE, en nuestro estudio se evidencio que el 100% de los adultos mayores nefrópatas tienen depresión. Del total, el 50% presentan un grado de depresión moderada, mientras que un 28.75% tienen un grado de depresión severa y un 21.25% tienen depresión leve (**Tabla y grafico 13**). Comparando estos valores con el estudio de **MUÑOZ Y. (14)**, que realizo en nuestra ciudad en el HRHDE en el 2019 para determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis utilizando el Inventario de Depresión de Beck II donde se muestra que el 87.5 % de los pacientes estudiados tienen depresión y de este total el 55% presentan un grado de depresión severa, mientras que el 10% de los pacientes tienen un grado de depresión leve. Mientras que en otros estudios locales realizados por **RODRIGO M. (46)**, también realizado en el mismo hospital, donde se estudió el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el 2017 y **PILA A. (47)**, en su estudio del 2014 sobre la influencia de los factores sociodemográficos en la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis también se evidencio esta alta prevalencia siendo, 94.34 % y 94.57% de depresión respectivamente con ambos estudios.

Según nuestro estudio respecto a la variable de edad (**Tabla y Grafico 1**) se encontró que el 45% de los pacientes estudiados tienen una edad de 60 a 65 años, 36.25% presentan una edad de 66 a 71 años, siendo la gran mayoría adultos mayores jóvenes según la clasificación de Craig (6), y en menor porcentaje de entrevistados fueron pacientes mayores de 78 años. Siendo este resultado similar al estudio **LEON ASTULLIDO (45)**, quien realizó un estudio transversal en 134 pacientes de la Ciudad de México en 2009 utilizando el test de Beck y lo tituló "Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con ERC en la Unidad Renal Austro 2009" se encontró que el 54.8 % de pacientes mayores a 64 años presentaban depresión, constatando así a los adultos mayores como un grupo vulnerable a este trastorno afectivo.

MUÑOZ Y. (14), en donde en contraste con nuestro estudio la gran mayoría de pacientes encuestados eran senectos viejos, comprendidos en una edad mayor a 78 años en un 52.5%, lo cual evidencia que la incidencia de pacientes en hemodiálisis ha aumentado en los últimos 04 años. Por último, respecto a la asociación que muestra el grado de depresión y la edad (**Tabla 14**), se evidencio una relación estadística no significativa ($P < 0.05$) en nuestro estudio, por lo cual nos explica que entre los diferentes grupos de clasificación de adultos mayores esta es similar, afectando así la depresión de igual forma en todo el transcurso de la senectud. A comparación del estudio **MUÑOZ Y. (14)**, en donde se encontró que la relación de depresión con la edad era significativa, indicando así que mientras más avanzada sea la edad del paciente con ERC hay un mayor riesgo de desarrollar depresión.

Podemos apreciar que en cuanto a la distribución de adultos mayores con enfermedad renal crónica en terapia dialítica por sexo en nuestro estudio que predominaron los varones en un 55% (**Tabla y grafico 2**), resultado que es muy similar al obtenido en el estudio de **MUÑOZ Y. (14)**, donde se evidencio que el 56.3% de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis son del sexo masculino. Así mismo en el estudio realizado por **PAÉZ A. (25)**, estudio realizado en el 2016 en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE) sobre el estado depresivo y características clínicas asociadas en el paciente con nefropatía crónica cometido a terapia dialítica, donde también predominaron los varones en un 56.79%. Si bien el sexo femenino tiene una mayor prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos a nivel mundial, se evidencia en nuestro estudio que no existe una relación estadística significativa entre el nivel de depresión y el sexo ($P>0.05$) (**Tabla 15**) al igual que el estudio realizado por **MUÑOZ Y. (14)**.

Respecto al lugar de procedencia encontramos que el 65% de pacientes entrevistados eran de la región de Arequipa, seguidos con mayor porcentaje procedentes de Puno (20%), (**Tabla y Gráfico 3**); así como en caso de la relación entre el nivel de depresión y la procedencia de los adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas (**Tabla 16**), esto podría explicarse por la ubicación geográfica del HRHDE

O'HIGGINS M.(49), quien realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos para este estudio observacional, descriptivo, transversal, de asociación transversal en Paraguay en 2021; entre marzo y junio de 2021 se investigaron 92 pacientes con trastornos del espectro depresivo mediante registros electrónicos del Hospital de Clínicas del Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción. en donde resaltan una asociación significativa entre proceder del ambiente y el diagnóstico de un trastorno depresivo en pacientes entrevistados en dicha región.

Otro parámetro a estudiar fue la situación laboral (**Tabla y grafico 4**) donde se evidencia en nuestro estudio que el 91.25% no laboran y esto está altamente relacionado a otra variable estudiada, la dependencia económica del paciente, donde se encontró que el 91.25% de pacientes entrevistados son dependientes económicamente de algún familiar y/o contacto cercano (**Tabla y grafico 5**).

A diferencia de **RIVERA JM (20)**, en el estudio realizado en Ecuador en 2016, un estudio descriptivo cuantitativo transversal que buscaba conocer la relación entre la enfermedad renal crónica, la calidad de vida y la depresión, quien utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD) y el Test de Calidad de Vida: Test EQ-5D, que fueron administrados a 60 personas con insuficiencia renal crónica, en cuyo estudio se encontró que aquellos individuos que no laboran presentan mayor grado de depresión (30%), mientras que aquellos que laboran apenas representan el 8,33%.

A su vez en nuestro estudio no se encontró relación significativamente estadística ($P<0.05$) (**Tabla 17**), sin embargo, en nuestro estudio se evidencio que el mayor porcentaje que pacientes en depresión severa y moderada son pacientes que actualmente no laboran en un 23.75% y un 47.5% respectivamente.

El mismo estado del paciente nefrópata adulto mayor en hemodiálisis condiciona la incompatibilidad del tratamiento con un trabajo, lo cual potencia sentimientos de impotencia e incapacidad que condiciona a los pacientes a depender de la familia provocando sentimientos de frustración, como lo explica **FEROZE M. (48)**, en su estudio “Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes en diálisis de mantenimiento” aplicado en Estados Unidos en el año 2010.

En el caso de la relación entre el nivel de depresión y la dependencia económica tampoco se encontró relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) (**Tabla 18**), sin embargo, en nuestro estudio realizado se muestra que el mayor porcentaje de pacientes con depresión severa y moderada son pacientes que dependen económicamente en un 23.75% y 41.25% respectivamente (**Tabla 18**). No se encontró el estudio de esta variable en otra bibliografía, pero si su estrecha asociación con la situación laboral de la paciente ya discutida.

Una de las variables importantes estudiadas fue el estado civil donde se evidencio que el 38.75% de adultos mayores con ERC en hemodiálisis son viudos, 25% son casados, 13.75% son separados, 12.5% son convivientes, 5% son solteros y 5% divorciados depresión (**Tabla y Gráfico 6**), a diferencia del estudio realizado por **MUÑOZ Y. (14)**, en donde el 26.3% de los pacientes, de una población que no solo incluía adultos mayores, eran convivientes y el 15% viudos. Esto se fundamenta en que el trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están viudas, divorciadas o separadas, lo cual se evidencia en nuestro estudio en donde luego del análisis estadístico se aprecia que existe dependencia entre los niveles de depresión con el estado civil del paciente al momento de realizar la encuesta (**Tabla 19**).

Se observa que el mayor porcentaje en cada uno de los niveles de depresión está relacionado con el estado civil viudo del adulto mayor; esto se explicaría ya que como se muestra en el estudio de **VIVALDI (51)**, estudio el cual se llevó a cabo en Chile en 2012, que examinó las conexiones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de la salud en personas mayores, con edades comprendidas entre 60 y 87 años (media 70,8 años), muestra que estuvo compuesta por 250 participantes. El estudio encontró que las personas mayores casadas o en pareja se encuentran mejor psicológicamente cuando existe apoyo social entre ellos.

Es así que podemos considerar el estado civil del adulto mayor como un factor sociodemográfico relacionado al nivel de depresión y su importancia en poder reconocerlo para tomar acciones preventivo promocionales, como grupos de apoyo en aquellos nefrópatas que sean viudos y/o no tengan relaciones interpersonales estrechas, para que exista red de apoyo entre ellos en el servicio de hemodiálisis guiado por especialistas y que sea un manejo integral por todo el personal de salud.

Con relación al nivel de instrucción se evidenció que el 40% nuestros pacientes presentan secundaria completa y el 28.75% primaria incompleta (**Tabla y grafico 7**), lo cual concuerda con el estudio **MUÑOZ Y. (14)** en donde 37.5% de los pacientes con ERC en hemodiálisis tienen secundaria completa y el 11.3% de los pacientes tienen primaria completa. De igual forma, respecto al caso de

relación entre el nivel de depresión y el nivel de instrucción de los adultos mayores con ERC en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas (**Tabla 20**); sin embargo, se ha observado que en los pacientes que no cuentan con estudios pregrado (técnica y/o universitaria) en su totalidad (28.75%) presentan un nivel de depresión severa, el cual podría ser materia de futuras investigaciones, para determinar las razones de la misma.

En nuestro estudio se mostró que el 98.75% de pacientes no fue diagnosticado previamente con depresión a comparación del 1.25% que fue diagnosticado previamente con depresión (**Tabla y Gráfico 8**), lo cual nos indica que previamente no se diagnosticó ni realizó un tamizaje de este trastorno afectivo en esta población.

En cuanto a la etiología desencadenante de la ERC que conlleva a hemodiálisis en nuestros pacientes del HRHDE, se evidencio que en el 60% fue Diabetes Mellitus, seguido del 23.75% por Hipertensión Arterial y 12.5% la uropatía obstructiva (**Tabla y Grafico 9**); siendo la nefropatía diabética en mayor cantidad de forma similar al estudio **PAÉZ A. (25)** en donde el 29,63% eran debido a esta causa, seguidos del 28,40% de casos tuvieron como causa a la HTA, de la misma forma a una etiología desconocida;

Análogo a este estudio **ARRECHABALA MC (50)**, estudio realizado en Chile en 2011, para evaluar síntomas depresivos, apoyo social percibido y autopercepción de carga en pacientes que reciben hemodiálisis crónica, en una muestra de 162 díadas paciente-cuidador se evidencio que el 61% de los pacientes tenía diabetes mellitus e hipertensión

Así mismo, en cuanto a la relación entre el nivel de depresión y la etiología de la ERC en los adultos mayores en hemodiálisis del HRHDE, no se ha encontrado relación entre ambas variables evaluadas (**Tabla 21**), resultado similar a estudio realizado a nivel local en el estudio **MUÑOZ Y. (14)** aplicado en el mismo nosocomio, en donde se evidencio que no presentaban relación estadística, además se encontró análogamente que el 53.8% de pacientes, la causa predominante de la nefropatía era la Diabetes Mellitus, y dentro de ello el 27.5% presentaban un grado de depresión severa; resultados que a la actualidad se corroboran ya que en nuestro estudio dentro de los diferentes grados de depresión la diabetes mellitus fue la causa preeminente.

Pasando a la variable del tiempo de tratamiento del adulto mayor nefrópata en hemodiálisis se encontró que el 63.75% de pacientes se encuentra menos de 12 meses en hemodiálisis (**Tabla y Grafico 10**), a comparación del estudio de **MUÑOZ Y. (14)**, donde se encontró un 55% tenía menos de 12 meses en tratamiento de hemodiálisis. En nuestro estudio también se visualizó que hasta un 45% de adultos mayores se encuentran en tratamiento de hemodiálisis hace menos de 6 meses (**Tabla y Grafico 10**), este resultado refleja la cantidad de pacientes de acuerdo al tiempo de tratamiento, y la relación que existe con la depresión es de acuerdo al tamaño de la población, es decir existe una alta población de pacientes con tratamiento menos de 6 meses. Por ende, no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el tiempo de la enfermedad renal crónica en los adultos mayores en hemodiálisis (**Tabla 22**). Además, se evidencia que el 22.5% de adultos

mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del HRHDE con depresión severa tienen de tiempo de enfermedad menos de 1 año (**Tabla 22**).

Respecto a la frecuencia de hemodiálisis por semana, evidenciamos que en nuestra muestra el 97.5% de adultos mayores con enfermedad renal crónica acuden tres veces a la semana a la unidad de hemodiálisis del HRHD y solo el 2.5% acuden más de tres veces a hemodiálisis (**Tabla y grafico 11**), resultado similar al estudio **PAÉZ A. (25)** en donde el 53,29% recibe hemodiálisis en su mayoría 3 veces por semana y 46,71% diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC).

Por último, referente a si el paciente está hospitalizado o no, encontramos que el 53.75% de adultos mayores con ERC que acuden a la unidad de hemodiálisis del departamento de Nefrología del HRHDE no están hospitalizados y realizan de forma ambulatoria su tratamiento, en cambio un 46.25% de ellos si se encuentran hospitalizados durante el momento del estudio (**Tabla y Grafico 12**). En cuanto a la relación entre el nivel de depresión (leve, moderada y severa) con la hospitalización del paciente, luego del análisis estadístico se aprecia que existe dependencia entre los niveles de depresión con la hospitalización del paciente al momento de realizar la encuesta (**Tabla 24**); resultado que apoya la literatura de **GAEL ET AL (22)** del 2011 en Chile que estudio la prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar en donde se evidencio que los pacientes hospitalizados presentan diferentes factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, en especial el trastorno depresivo. Añadido a esto encontramos que en pacientes hospitalizados el porcentaje de depresión de grado severo asciende a 21.25%, en contraste a los pacientes no hospitalizados en donde esta suma disminuye a un 7.5% (**Tabla y Grafico 12**); por lo cual para nosotras como investigadoras llama mucho la atención debido a que este factor afecta en gran medida la calidad de vida de los pacientes y sobre todo el curso de la enfermedad actual e inicial, ya que una persona deprimida o con síntomas depresivos presenta una mayor morbilidad y estancia hospitalaria según **GAEL ET AL (22)**. A nivel profesional, para nosotras esta relación de dependencia nos es útil sobre todo para valorar los tiempos de hospitalización de los pacientes, ya que suelen ser prolongados por diferentes factores dentro de ellos sobre todo por recursos; así también nos sirve para poder realizar durante la estancia hospitalaria a nuestros pacientes nefrópatas crónicos en hemodiálisis además del tratamiento médico un tamizaje de salud mental y de encontrar manifestaciones depresivas, derivar al especialista oportunamente para un diagnóstico y tratamiento precoz del trastorno afectivo (depresión).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Se evidencio dentro de los factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo abril del 2023, que el 45% son de rango de edad de 60 a 65 años, el 55% son varones, el 65% son de procedencia de Arequipa, el 91.25% son dependientes económicamente y no laboran, el 38.75% son viudos, el 40% tienen de nivel de instrucción secundaria completa, y el 98.75% no fueron diagnosticados de depresión previamente.

SEGUNDO

La incidencia de depresión en pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica sometidos a Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo abril del 2023 fue de 100% según la Escala de Yesavage, dentro de los cuales los niveles de depresión fueron: leve 21.25%, moderada 50% y severa 28.75%.

TERCERO

Respecto a los factores sociodemográficos, se encontró relación estadística significativa para la variable estado civil, pero no se encontró relación estadística significativa para las variables edad, sexo, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado laboral y estado financiero.

CUARTO

Se encontró relación estadística significativa para la variable hospitalización (si se encuentra actualmente o no hospitalizado); sin embargo, no se encontró relación estadística significativa para las variables etiología de enfermedad renal crónica, tiempo de tratamiento en hemodiálisis y frecuencia en hemodiálisis por semana.

RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Regional Honorio Delgado, proponemos que se deben establecer grupos de apoyo guiado por especialistas a nuestros pacientes adultos mayores con ERC en hemodiálisis, con el fin brindar apoyo psicológico a los pacientes adultos mayores con nefropatía sometidos a hemodiálisis para así poder fortalecer el ámbito biopsicosocial.
2. Al departamento de Medicina, en especial al servicio de Nefrología, para que realicen un seguimiento integral a los pacientes adultos mayores nefrópatas crónicos, ya que, al mejorar la calidad de vida de los pacientes, hay una mejor adherencia al tratamiento y consigo una disminución de la morbimortalidad.
3. Al servicio de Psicología, para que realicen un seguimiento psicológico a los pacientes adultos mayores nefrópatas crónicos con diferentes trastornos mentales, así como a los que no presenten comorbilidades psiquiátricas, realicen exámenes de tamizaje en salud mental y acompañamiento de soporte a los pacientes adultos mayores con ERC en hemodiálisis, sobre todo durante los primeros meses.
4. A todos los profesionales sanitarios deben evaluar de manera integral a los pacientes con enfermedad renal crónica en el servicio de hemodiálisis, con énfasis en pesquisa de trastornos mentales asociados sobre todo el depresivo en la población adulta mayor, para así lograr un diagnóstico precoz y brindar tratamiento efectivamente.
5. Por último, a nuestros futuros colegas, planteamos a nivel investigativo, que se deberían realizar estudios similares en una población mayor en los hospitales del MINSA y ESSALUD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adela-Emilia Gómez Ayala, La depresión en el anciano, Offarm: farmacia y sociedad, ISSN 0212-047X, Vol. 26, N°. 9 (OCT), 2007, págs. 80-94, <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
2. Herrera Tejedor J. Depression in the aged [La depresión en el anciano]. Aten Primaria. 2000 Sep 30;26(5):339-46. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(00)78677-x. PMID: 11100607; PMCID: PMC7675813.
3. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, Del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor [Family physician's role in the primary and secondary prevention and in the treatment of depression in the elderly]. Semergen. 2021 Mar;47(2):114-121. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2020.09.009. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33279386.
4. Diagnosis and Treatment of Late-Life Depression [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatrictimes.com/view/diagnosis-and-treatment-late-life-depression>
5. Geriatric health maintenance - UpToDate [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2162/contents/geriatric-health-maintenance?search=depression%20elderly&source=search_result&selectedTitle=3~150&us_age_type=default&display_rank=3
6. Craig, G, J. (1994), Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
7. Toro G, Yepes R, Palacio A. Fundamentos de Medicina Psiquiatría de Toro 5ta Edición. Medellín, Colombia. 2010. p. 171-172.
8. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
9. Duman RS, Sanacora G, Krystal JH. Altered Connectivity in Depression: GABA and Glutamate Neurotransmitter Deficits and Reversal by Novel Treatments. Neuron. 2019 Apr 3;102(1):75-90. doi: 10.1016/j.neuron.2019.03.013. PMID: 30946828; PMCID: PMC6450409.
10. Oh H, Piantadosi SC, Rocco BR, Lewis DA, Watkins SC, and Sibille E (2018). The Role of Dendritic Brain-Derived Neurotrophic Factor Transcripts on Altered Inhibitory Circuitry in Depression. Biol Psychiatry
11. Castro, S., Gómez, C., Gil, F., Uribe, M., Miranda, C., de la Espriella, M., Arenas, A. & Pinto, D. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo.

2014. Revista Colombiana de Psiquiatría, 42, (consultado 12 abril 2019) pag. 81-96.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951005.pdf>
12. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment - UpToDate [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2162/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression%20elderly&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España. [Internet]; 2014 [Citado: 2023 -En-29]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
14. Muñoz Quispe Y. “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero-marzo del 2019”. Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2019 [citado 17 de enero de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8237>
15. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
16. Castro Martínez M.G, Rubio Guerra A.F. Controversias en Nefrología. In Velasco DJA, editor. México, D. F.: Editorial Alfil, S. A.; 2013. p. 561
17. D'Alessandro. Urgencias en psiquiatría: Dirigido a Médicos Generales y Psiquiatras. 1st ed. Oscar Mestre E, editor. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2008.
18. Sadock, B. Sadock, V. Ruiz, P. trastornos del estado del ánimo. Sinopsis de Psiquiatría española. publicada por Wolters Kluwer. 2015, 762-791
19. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ma Edición. Editorial: Lippincott Williams & Wilkins 2010. p. 527-530
20. Rivera Q. Insuficiencia Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. Loja-ecuador. [Internet]; 2016 [Citado: 2023 -Ene29]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12388/1/tesis%20tribunal%20calidad%20de%20vida%20y%20depresion..pdf>
21. Krishnan, R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. UpToDate. (internet) 2019 (consultado 3 marzo 2023); 1-8 (4) Sitio web:

- https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?search=trastorno%20de%20depresion%20mayor&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
22. Von Mühlenbrock S Friedrich, Gómez D Rocío, González V Matías, Rojas A Alberto, Vargas G Lorena, von Mühlenbrock P Christian. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Abr 04] ; 49(4): 331-337. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400004
 23. Enfermedad Renal Crónica | Nefrología al día [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
 24. Sanavi S, Afshar R. Depression in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis: The disease effects on dialysis adequacy. Diálisis Traspl Publ Of Soc Esp Diálisis Traspl. 2012;33(1):13-6
 25. Páez Perea AA. Estado Depresivo y Características Clínicas Asociadas en el Paciente con Nefropatía Crónica sometido a Terapia Dialítica. Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo Arequipa 2016.
 26. Fan L, Sarnak MJ, Tighiouart H, Drew DA, Kantor A, Lou KV, et al. Depression and All-Cause Mortality in Hemodialysis Patients. Am J Nephrol. 2014;40(1):12-8.
 27. Mora-Gutiérrez JM, Slon Roblero MF, Castaño Bilbao I, Izquierdo Bautista D, Arteaga Coloma J, Martínez Velilla N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. Rev Esp Geriátría Gerontol. 1 de mayo de 2017;52(3):152-8.
 28. Weiner DE, Seliger SL. Cognitive and physical function in chronic kidney disease. Curr Opin Nephrol Hypertens. mayo de 2014;23(3):291.
 29. Murtagh FEM, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. Nephrol Dial Transplant. 1 de julio de 2007;22(7):1955-62.
 30. Yaffe K, Kurella-Tamura M, Ackerson L, Hoang TD, Anderson AH, Duckworth M, et al. Higher Levels of Cystatin C Are Associated with Worse Cognitive Function in Older Adults with Chronic Kidney Disease: The Chronic Renal Insufficiency Cohort Cognitive Study. J Am Geriatr Soc. 2014;62(9):1623-9.
 31. Etgen T, Chonchol M, Förstl H, Sander D. Chronic Kidney Disease and Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Nephrol. 2012;35(5):474-82.
 32. Enfermedad renal crónica presuntiva en adultos mayores [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2500-50062019000200138

33. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000200464
34. Insuficiencia renal crónica: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. CUN [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica>
35. La enfermedad renal crónica en el Perú: Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200007
36. Coaguila_QFL-Velásquez_CAC-SD.pdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76633/Coaguila_QFL-Vel%3%a1squez_CAC-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y
37. Gonzales Gutierrez A. Nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020. 2021.
38. Carraco García JE. Depresión en el adulto mayor de la Agrupación Familiar 21 de mayo, San Juan de Lurigancho – 2020 0. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020 [citado 31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/78665>
39. Concha Chirinos Ac. Depresión y Apoyo Social en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio V en programa de Hemodiálisis, Hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.
40. Cordano Callañaupa JJ. Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de diálisis de Lima, 2015. 2016 [citado 31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/3249>
41. Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. julio de 2018;29(3):182-91.
42. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000200006
43. Vázquez-Martínez VH, Ortega-Padrón M, Cervantes-Vázquez DA. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. Aten Fam. 15 de febrero de 2016;23(1):29-33.
44. Delgado Delaude, Aída Jeannina (1993). La Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S) en la población anciana de Lima Metropolitana. Un estudio de adaptación. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología, Universidad Ricardo Palma. En: Universidad Ricardo Palma, Biblioteca Central, Tesiteca. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)
45. León Austillo E, Vintimilla Maldonado J. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. México. [Internet]; 2014 [Citado:2023-Abr-09]. Disponible en:

[https://ac.elscdn.com/S1405887116300748/1-s2.0-S1405887116300748](https://ac.elscdn.com/S1405887116300748/1-s2.0-S1405887116300748main.pdf?_tid=c5fd86c8-c87b-48b5-ba95)
[main.pdf?_tid=c5fd86c8-c87b-48b5-ba95](https://ac.elscdn.com/S1405887116300748/1-s2.0-S1405887116300748main.pdf?_tid=c5fd86c8-c87b-48b5-ba95)

[f67d07851609&acdnt=1546790888_5c3b2bc4e21d37af912056231db3435](https://ac.elscdn.com/S1405887116300748/1-s2.0-S1405887116300748main.pdf?_tid=c5fd86c8-c87b-48b5-ba95f67d07851609&acdnt=1546790888_5c3b2bc4e21d37af912056231db3435)

46. Rodrigo M. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2017.
47. Pila A. Influencia de los factores sociodemográficos en la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2014.
48. Feroze, U. M.-P.-Z. (2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian journal of kidney diseases*, 173
49. O'Higgins M, Torales J, Insaurrealde A, Ríos-González C, Ruiz Díaz , Navarro R, et al. Asociación entre la procedencia del área urbana o rural y el desarrollo de trastornos del espectro depresivo: una experiencia desde la telepsiquiatría. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2021;13(2):054- 063
50. Arechabala MC, Catoni MI, Palma E, Barrios S. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30(1): 74-9.
51. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2023];30(2):24-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002

ANEXOS

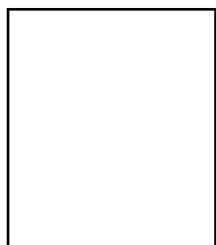
Anexo 1: Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado con el Nro de DNI/CE....., adulto mayor paciente del departamento de Nefrología, del servicio de Hemodiálisis del H.R.H.D.E. Arequipa, Perú, expongo lo siguiente:

Las investigadoras, pertenecientes a la escuela académica de Medicina de la Universidad Católica de Santa María responsables del presente estudio denominado “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2023” me ha informado sobre la investigación. Cuyos resultados servirán como herramienta útil para los profesionales del campo y servirá como fundamental aporte para futuros estudios.

Comprendido lo anterior, declaro estar enterado (a) y ser participante de la presente investigación, comprometiéndose a responder cada ítem de la escala con sinceridad y honestidad y respondiendo libremente y sinceramente cada pregunta



FIRMA

DNI

Anexo N°2: Ficha de recolección de datos

INSTRUCCIONES: Buen día, en este cuestionario le pedimos a usted que conteste y/o marque cada pregunta con la mayor sinceridad y rapidez posible.

Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Ficha N° _____

1. Edad:

- 60 años - 65 años ()
- 66 años – 71 años ()
- 72 años – 77 años ()
- 78 años a más ()

2. Sexo:

- Masculino ()
- Femenino ().

3. Lugar de procedencia

- Arequipa ()
- Cusco ()
- Puno ()
- Moquegua ()
- Tacna ()
- Otras ciudades ()

3. ¿Actualmente usted esta trabajando?

- Sí ()
- No ()

4. Es usted económicamente:

- Dependiente ()
- Independiente ()

5. Estado civil:

- Soltero ()
- Casado ()
- Conviviente ()
- Divorciado ()
- Separado ()
- Viudo ()

6. Nivel de instrucción:

- Analfabeto ()
- Primaria Completa ()

- Primaria Incompleta ()
- Secundaria Completa ()
- Secundaria Incompleta ()
- Superior completa ()
- Superior incompleta ()

7. Fue Diagnosticado previamente con depresión:

- SI ()
- NO ()

8. ¿Cuál es la enfermedad desencadenante de la Enfermedad Renal Crónica por la cual esta usted en diálisis?

- Diabetes Mellitus. ()
- Hipertensión arterial. ()
- Lupus eritematoso sistémico. ()
- Poliquistosis renal. ()
- Uropatía obstructiva. ()
- No filiada (desconocida) ()
- Otras: _____

9. Especifique usted, el tiempo de tratamiento en hemodiálisis:

- Menos de 6 meses ()
- 6 - 12 meses ()
- 1-2 años ()
- 3 a 5 años ()
- Mas de 5 años ()

10. ¿Cuántos días a la semana acude usted a hemodiálisis?

una ☐ dos ☐ tres ☐ > 3 (más de tres) ☐

11. ¿Está usted hospitalizado actualmente?

- Sí ()
- No ()

Anexo 3: Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage

Responda la siguiente encuesta con total sinceridad, Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego marque con una "X", el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy; recuerde usted que es totalmente confidencial.

ÍTEM PREGUNTA A REALIZAR	SI	NO
1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3 ¿Siente que su vida está vacía?		
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5 ¿Tiene esperanza en el futuro?		
6 ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?		
7 ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8 ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
9 ¿Se siente feliz muchas veces?		
10 ¿Se siente a menudo abandonado?		
11 ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12 ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13 ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14 ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15 ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16 ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		

17 ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18 ¿Está muy preocupado por el pasado?		
19 ¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20 ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21 ¿Se siente lleno de energía?		
22 ¿Siente que su situación es desesperada?		
23 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24 ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25 ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26 ¿Tienes problemas para concentrarte?		
27 ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
28 ¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29 ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30 ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		
PUNTAJE TOTAL		



Anexo 4: Matriz de Datos



EDAD	SEXO	LUGAR DE PROCEDENCIA	¿ACTUALEMNTE ESTA TRABAJANDO?	ES USTED ECONOMICAMENTE:
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
más de 78 años	Femenino	Moquegua	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Puno	Si	Independiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Ica	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Independiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Puno	No	Independiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Cusco	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Moquegua	No	Independiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Independiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	Si	Independiente
más de 78 años	Masculino	Arequipa	No	Independiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Moquegua	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Cusco	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Tacna	No	Independiente
más de 78 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Moquegua	Si	Independiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Independiente
de 72 a 77 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Cusco	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	Si	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Dependiente

de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Puno	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	Sí	Independiente
de 66 a 71 años	Masculino	Puno	No	Independiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Independiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
más de 78 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Moquegua	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 72 a 77 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	Sí	Dependiente
más de 78 años	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Moquegua	Sí	Independiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Puno	Sí	Independiente
de 60 a 65 a ños	Masculino	Cusco	Sí	Independiente
de 60 a 65 a ños	Femenino	Arequipa	No	Dependiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Independiente
de 66 a 71 años	Masculino	Arequipa	No	Dependiente



ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FUE DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE DE DEPRESION	¿ CUAL ES LA ENFERMEDAD DESENCADENANTE DE LA ERC?
Casado	Secundaria completa	No	Hipertensión Arterial
Conviviente	Primaria incompleta	Si	Diabetes Mellitus
Separado	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Separado	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Soltero	Superior completa	No	Uropatia obstructiva
Viudo	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Viudo	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Conviviente	Superior incompleta	No	Hipertensión Arterial
Casado	Primaria completa	No	Diabetes Mellitus
Conviviente	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Conviviente	Secundaria incompleta	No	
Divorciado	Primaria completa	No	Desnutrición THE
Conviviente	Secundaria incompleta	No	
Casado	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Conviviente	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria completa	No	Hipertensión Arterial
Separado	Superior incompleta	No	Diabetes Mellitus
Separado	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Casado	Superior incompleta	No	Hipertensión Arterial
Separado	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Viudo	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Viudo	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Uropatia obstructiva
Separado	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria completa	No	Uropatia obstructiva
Divorciado	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Viudo	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Uropatia obstructiva
Viudo	Secundaria completa	No	Hipertensión Arterial
Casado	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Viudo	Superior completa	No	Diabetes Mellitus
Conviviente	Primaria completa	No	Hipertensión Arterial
Separado	Secundaria completa	No	Hipertensión Arterial
Casado	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria incompleta	No	Diabetes Mellitus
Soltero	Superior completa	No	Diabetes Mellitus
Viudo	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Separado	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Divorciado	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus

Conviviente	Primaria completa	No	Uropatía obstructiva
Viudo	Secundaria completa	No	Uropatía obstructiva
Conviviente	Secundaria completa	No	Diabetes Mellitus
Casado	Secundaria completa	No	Uropatía obstructiva
Viudo	Primaria incompleta	No	Hipertensión Arterial
Divorciado	Secundaria completa	No	Hipertensión Arterial
Casado	Primaria incompleta	No	Diabetes Mellitus

CUAL ES EL TIEMPO DE TRATAMIENTO EN HEMODIALISIS	CUANTOS DIAS A LA SEMANA ACUDE A HEMODIALISIS	¿ESTA USTED HOSPITALIZADO (A) ACTUALMENTE?	PUNTAJE DE ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAAGE
De 3 a 5 años	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Más de 5 años	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 3 a 5 años	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Más de 5 años	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 3 a 5 años	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Más de 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Más de 5 años	Tres	No	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Severa: 20 a 30
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Más de 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19

Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Más de tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Leve: 10 a 11
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Leve: 10 a 11
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30
De 3 a 5 años	Más de tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Más de 5 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 6 a 12 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
De 3 a 5 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Leve: 10 a 11
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	No	Depresión Severa: 20 a 30
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Moderada: 12 a 19
De 1 a 2 años	Tres	No	Depresión Moderada: 12 a 19
Menos de 6 meses	Tres	Sí	Depresión Severa: 20 a 30

