

Relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica

por DIEGO EMANUEL PEREZ SANCHEZ

Fecha de entrega: 22-oct-2024 08:33a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2493562985

Nombre del archivo: TESIS-DIEGO_PEREZ.docx (131.29K)

Total de palabras: 6344

Total de caracteres: 32219



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

⁴
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA
ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

TÍTULO

*Relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad
renal crónica,*

¹
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano General

AUTOR:

Pérez Sánchez, Diego Emanuel (ORCID :<https://orcid.org/0000-0001-7938-0613>)

⁴
ASESORA:

Dra Goicochea Ríos, Evelyn del Socorro (ORCID: 0000-0001-9184)

LINEA DE INVESTIGACION:

Salud Mental

LINEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

Trujillo- Perú

2024

I. Introducción

La ERC es cada vez más frecuente en el mundo, y al ser una enfermedad irreversible y de curso progresivo produce en el paciente un cambio en su estilo de vida que poco a poco va deteriorándose. Este cambio genera en el paciente un impacto emocional que lo pone en riesgo de padecer trastornos mentales como ansiedad y depresión, enfermedades que generalmente se presentan en estadios avanzados de la ERC.^{1,2,3}

La ERC se define como la alteración renal que continúa después de los tres meses, con característica de ser irreversible y tener un curso progresivo que se interpreta por medio de la lesión del parénquima renal y la pérdida funcional. Se clasifica en cinco estadios que van del estadio I (tasa de filtración es menor de 90 ml/min/173 metros cuadrados) al estadio V (tasa de filtración <15ml/min/173 metros cuadrados) en que se habla del estadio final de la enfermedad tratado con diálisis, reemplazo renal o trasplante como tratamientos alternativos.^{1,2,3,4}

En el mundo la ERC afecta a 850 millones de personas y esto presenta un promedio del 11-13 % de la población mundial. Datos actuales sobre la mortalidad indican que la ERC es la sexta causa de muerte en el mundo, y en las dos últimas décadas el incremento de casos va en aumento, lo que pone a esta enfermedad como un serio problema de salud ya que poco a poco va cambiando el estilo de vida del paciente en el aspecto social, porque limita las actividades que puede realizar y en el aspecto económico porque genera altos costos en fármacos, consultas médicas, dietas, suplementos y en estadios avanzados las terapias dialíticas que si bien se puede realizar en algunos hospitales, el Perú no tiene capacidad instalada para atender a toda la demanda.^{2,3,4}

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales que se consideran hoy en día problemas de salud a nivel mundial por su alta frecuencia. La depresión según datos epidemiológicos en la actualidad afecta entre el 3.8% de la población mundial, y dentro de este porcentaje gran parte son adultos mayores y el sexo predominante, mujeres.⁵ Se ha descrito que alrededor del 75% de las personas que viven en países subdesarrollados y presentan bajos ingresos no

reciben terapia o no van a ellas por diversos motivos,⁶ y en cuanto a la ansiedad a nivel mundial, afecta al 5-6% de la población con predominio del sexo femenino.

Según datos epidemiológicos del ministerio de salud, el año 2022 se presentaron 433,816 casos de ansiedad ⁷ y el año 2023 se presentaron 343,897 casos reportados. Respecto a la depresión, fueron reportados 207,068 casos entre enero y septiembre y se les catalogó como las enfermedades más frecuentes en el Perú.⁸ Los síntomas son variables en cada paciente y pueden ser originadas por diversos factores, el paciente con diagnóstico de ERC, dependiendo del estadio que se encuentre puede tener riesgo de presentar trastornos depresivos o ansiedad y el grado de depresión y ansiedad puede ser mayor en las fases más avanzadas de ERC, 4 o 5 veces más altas a diferencia de la población que no tiene enfermedad renal crónica y en los pacientes que recién están comenzando o están en los primeros estadios de la enfermedad .⁹

³² La calidad de vida del paciente con diálisis es baja en relación a la población general, estos pacientes son susceptibles de padecer algún trastorno de estado de ánimo, se menciona que hay ³ una relación proporcional entre la calidad de vida del paciente y la prevalencia de la depresión,¹⁰ lo que puede conllevar a presentar que la mortalidad y morbilidad aumente. Otro punto importante es que puede estar comprometido el cumplimiento del tratamiento además del estado nutricional del paciente y presentar inmunodepresión debido a las características clínicas de la y los síntomas que están englobados en la depresión.¹¹

En la actualidad además del incremento de la epidemia mundial que presenta la diabetes mellitus, hipertensión y obesidad y sus diferentes grados, la ERC en estos últimos años viene posicionándose un problema tanto de salud, económico y psicológico en el mundo.^{1,2,4} Además hay otros factores sociodemográficos que también afectan el desarrollo de episodios depresivos en la población con ERC, ya sea el acceso a los establecimientos de salud, la edad, ³⁵ el estilo de vida que lleva el paciente, el apoyo que brinda la familia tanto emocional como económico, las comorbilidades que ya presenta de base como diabetes e hipertensión arterial asociados a la ERC que son potenciadores de la aparición de trastornos mentales referidos

Por lo señalado, es importante detectar precozmente ¹ los factores que se asocian a la depresión y ansiedad en paciente con ERC, ya que estas patologías se pueden presentar desde las etapas iniciales de la ERC. ¹⁶ El problema de investigación es ¿Cuál es la relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica? y el objetivo general de esta investigación es: ³ analizar la relación entre la ansiedad y depresión y el estadio de la ERC; y los objetivos específicos a analizar son: analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en los ² pacientes con enfermedad renal crónica; evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al sexo, edad y tiempo de enfermedad renal crónica y establecer la relación entre las variables del estudio.

¹² En un estudio descriptivo y transversal peruano con 86 pacientes con ERC terminal que se realizan hemodiálisis en un hospital de Piura, se encontró una elevada prevalencia de depresión (87%) y el nivel de depresión con más frecuencia fue la depresión moderada con 47%. Los principales factores sociodemográficos que guardaron relación con la depresión fueron el sexo masculino (85.1%) y la edad entre 46-65 años. ¹²

En otro estudio peruano se evaluó la asociación entre ¹ los factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes con ERC en hemodiálisis en un centro de salud de Tacna y mediante el cuestionario de Hopkins Symptom Checklist-25 se encontró que había relación estadística significativa entre los factores sociodemográficos sexo, femenino, estado laboral, y grado de instrucción ($p < 0.05$) tanto en ansiedad como depresión. Los pacientes con comorbilidades hipertensión y diabetes se relacionaron con una alta prevalencia de depresión y ansiedad, concluyendo que son ¹ factores asociados a la depresión y ansiedad en pacientes con ERC en hemodiálisis. ¹³

En un estudio se analizó la asociación entre los factores sociodemográficos, los hábitos y la capacidad funcional los hábitos y la capacidad funcional con la sintomatología depresiva en pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis en un centro de salud, encontró que hubo asociación significativa ($P < 0.05$) entre ¹⁴ los síntomas depresivos y el sexo femenino. La ansiedad, la tristeza y el no poder dormir tuvo ¹⁴ asociación significativa con los síntomas depresivos ($p < 0,001$) y hubo fuerte relación estadística entre la limitación de la actividad habitual que

presentaba el paciente con los síntomas depresivos ($p < 0.05$) concluyendo que la clínica de la depresión en pacientes con ERC en hemodiálisis estaba relacionada a la carga sintomática de la enfermedad, asociación con otras comorbilidades y la dependencia funcional que presentan los pacientes.¹⁴

En un estudio que evaluó el estado ¹⁰ de ansiedad y depresión en una población de 36 pacientes con ERC que realizaban diálisis en un hospital, se encontró que el 46.4% de su población presentaba depresión con el cuestionario de Beck y con el cuestionario de HADS se encontró 10.7% con depresión y 14.3% con ansiedad. Concluyeron que hay asociación significativa entre las variables estudiadas y ² que la prevalencia de depresión en pacientes con ERC en diálisis es mayor.¹⁵

En un estudio que se realizó en México se analizó la relación entre la depresión y ansiedad severa y factores asociados a pacientes con ERC no terminal el cual participaron 50 pacientes atendidos en un hospital de la localidad, el cual analizó que de que el sexo masculino fue 56% y la edad estimada donde se encontró la población fue 61 años, se encontró ¹ en la prevalencia de ansiedad severa en 32% y la depresión fue 76% ¹⁰ en la población estudiada, además se encontró ⁴² diferencia estadísticamente significativa entre el tabaquismo ($p < 0.000$) y la hiperplasia prostática ($p < 0.003$) con la ansiedad y la depresión en este grupo de pacientes.¹⁶

En un estudio ²⁴ realizado en Jordania, su objetivo fue analizar la asociación de la prevalencia de la ansiedad y depresión con la calidad de vida, factores sociodemográficos y exámenes de laboratorio en pacientes con ERC en un hospital de la localidad, los resultados mostraron que la población presentó el 58.3% depresión y el 50.5% ansiedad, el sexo femenino presentó puntuaciones elevadas a diferencia del sexo masculino ($P = 0.27$) ¹ se encontró ¹ relación significativa estadística ($p < 0.001$) entre calidad de vida y depresión pero no con la ansiedad, entre los factores sociodemográficos, el estado presentó correlación significativa estadística con depresión ($p < 0.001$). El perfil lipídico fue el que presentó relación positiva con la ansiedad. Concluyendo que la ERC produce un impacto emocional que afecta el bienestar psicosocial en el paciente.¹⁷

En un estudio realizado en Marroquí, donde se analizó ⁶ la prevalencia de la ansiedad y depresión y factores determinantes en pacientes con ERC que no están en tratamiento sustitutivo renal, donde se incluyó 83 participantes, y los estadios encontrados fue del III - V, los resultados fueron que en la población estudio el 22% presentó depresión y la ansiedad se presentó en el 22,2% donde el estadio V presentó la mayor prevalencia para los dos trastornos mentales; encontrando que hubo asociación significativa entre la ansiedad y la depresión con el estadio ($P < 0.001$, $P = 0,001$ respectivamente). Concluyendo que ¹ la prevalencia entre la ansiedad y la depresión se asocia con el estadio de la ERC.¹⁸

La ERC es la alteración estructural o funcional del riñón que están presentes ² >3 meses y o una filtración glomerular (FG): $< 60 \text{ ml /min/1,73 metro cuadrado}$ ^{1,2,3,4}, lo que da su carácter crónico, un criterio para demostrarlo es con ecografía renal midiendo el grosor del parénquima viendo diferencia entre un riñón y el otro; Un riñón sano puede produce aproximadamente 125 mililitros de orina por minuto, el proceso se denomina FG, diariamente se filtra 180 – 200 litros de orina y se depura la sangre, en la enfermedad se presenta afectación de la capacidad funcional del riñón.¹⁹ La alteración del FG, y a la pérdida total de producir orina se denomina insuficiencia renal crónica terminal.

Según su epidemiología el 10% de la población mundial presenta ERC, no es una enfermedad curable, es silenciosa y progresiva y la aparición de la sintomatología, en los estadios iniciales es leve o asintomática o solo síntomas de la enfermedad de base, al avanzar los estadios la sintomatología progresa a moderada o grave.²⁰

Las causas de ERC son diversas lo que presenta una gran variabilidad de factores que se asocian a ella y los dividen en potencialmente modificables que se encuentra el sobrepeso, la obesidad, tabaquismo, el alcoholismo, hiperuricemia, proteinuria, hiperlipidemia entre otras, y las no modificables la edad, el sexo, raza, bajo peso al nacer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades tiroideas, etc.²¹

Entre los factores de riesgo que se ha encontrado mayor prevalencia y ayudan a la progresión en la aparición del ERC son ³⁴ la diabetes mellitus tipo 2 y la

hipertensión arterial y otras causas menos comunes son las glomerulonefritis o nefropatías son menos frecuentes.²²

En la fisiopatología de la ERC se presenta inicialmente una disminución en la ² tasa de filtración glomerular (TFG), se involucra la incorporación de procesos celulares ² que surgen en compartimentos específicos del riñón por una parte y vías bioquímicas que producen daño celular que aportan a dichos procesos, por otra. Numerosos de estos procesos poseen la habilidad de expandirse extensamente más allá del compartimiento en el que se originaron, esta consideración crucial es la que aporta de forma tan esencial a la pérdida creciente de nefrona funcionales y al avance de la ERC. Diversas rutas bioquímicas favorecen el avance de la ERC: la angiotensina II también genera estrés oxidativo que por sí mismo, tiene la capacidad de regular positivamente TFG-B1 en células adyacentes y, en consecuencia, promover una respuesta fibrosante en el tejido renal produciendo la acumulación de células senescentes y nefronas no funcionales. Esta inflexibilidad de los procesos compartimentales y la flexibilidad de las rutas bioquímicas perjudiciales no solo están a la base de la patogénesis de la ERC, sino que también poseen una considerable relevancia terapéutica e incrementa la posibilidad de reducir o evitar el avance de la ERC en un enfoque terapéutico combinado y multifacético que interrumpa estos procesos.²³

La ERC se clasifica ³⁰ en función de la tasa de filtración glomerular en 5 estadios y respecto a la albúmina en 3 categorías de albuminuria que sirve como factor ⁸ pronóstico para evaluar la progresión de la enfermedad. En los primeros estadios 1 y 2 la TFG esta normal o levemente disminuido y a medida que avanza entre los grados 3-5 el deterioro de la TFG es más evidente y no solo con la sintomatología que presenta.²⁴

La clínica en los primeros estadios generalmente no presenta signos o síntomas urémicos, si la TFG cae por debajo de 30 ml/min suelen aparecer signos y síntomas como déficit de concentración, astenia, anorexia, náuseas, parestesias, edemas en miembros inferiores, lo cual es inespecífico y puede ver síntomas no por la ERC sino por la enfermedad base que presenta anteriormente.²⁵

El diagnóstico se aborda por medio de una historia clínica detallada al presentar la sintomatología, los antecedentes de importancia, como diagnósticos previos de enfermedades, los antecedentes familiares o hábitos del paciente.²⁶ En la exploración física medimos el fondo de ojo y por todos los sistemas, para valorar la función de la enfermedad asociada, factores de riesgo se realiza por medio de parámetro bioquímicos, afectación del sedimento urinario. Los estudios de imagen solo refuerzan el diagnóstico y el que es el de elección es una tomografía renal, pero el de manejo inicial en nuestro medio es el estudio ecográfico.²⁷

El manejo general que conforma cambios de estilos de vida, y el tratamiento farmacológico para el control de la enfermedad de base o la reno protección con IECAS /ARA 2 y es en los primeros estadios donde se debe controlar la presión arterial, control de la glucemia, reducción de peso, control de los niveles de triglicéridos en sangre, y ya en estadios más avanzados como el 4 y 5 se debe iniciar el manejo de terapia dialítica o plantear al paciente el trasplante renal.²⁸

²⁰ La depresión es un trastorno mental común presentando un cuadro de estado de ánimo deprimido, disminución del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.²⁹

Puede comenzar a cualquier edad, pero donde se ha hallado mayor prevalencia es entre los 15 a 45 años.³⁰

La depresión es multifactorial, con factores individuales y ambientales. En el primer grupo se encuentran los factores biológicos como el sexo, la edad, enfermedades genéticas, factores psicológicos como antecedente de haber presentado ya cuadros depresivos, estrés crónico, estilos de vida no saludables, otras enfermedades mentales de base, en el segundo grupo se encuentran los factores sociodemográficos, como malas relaciones familiares, violencia familiar, abusos, no tener apoyo familiar, desempleo o bajos recursos económicos.³¹

Según su epidemiología el porcentaje que experimenta depresión la población mundial es 3,8% y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años padecen esta enfermedad, es más frecuente en el sexo femenino que masculino, en casos

graves de depresión llegan al suicidio reportando cada año alrededor de 700,000 suicidios.³²

El cuadro clínico de la depresión es variable e incluye ⁹ síntomas del estado de ánimo, cognitivos, conductuales y neurovegetativos que duren al menos 2 semanas.³³ Algunos síntomas comunes son el afecto depresivo que se caracteriza por tristeza en diferentes grados acompañado de sentimiento de baja autoestima, minusvalía; otro síntoma es la anhedonia que es la disminución del placer al hacer actividades que hacemos usualmente durante el día; alteraciones de los pensamientos que incluyen sentimiento de culpa, ideas suicidas o pesimista; pérdida de concentración en el día; entecimiento; alteraciones somáticas como molestias, diarreas, estreñimientos, dolores, fatiga, disfunción sexual; alteraciones del sueño o el apetito.³⁴

La depresión presenta tipos. El primer grupo es el que dura poco <2 semanas y es que presenta poca sintomatología, el siguiente grupo B se caracteriza por pérdida del interés, disminución de la vitalidad y fatiga, presenta cambios de humor que no son habituales en el paciente, que puede persistir durante todo el día y en forma constante y persiste > o = a dos semanas, en el tercer grupo la sintomatología psicológica es marcada se presenta pérdida de confianza y autoestima, sentimiento de culpabilidad, pensamientos suicidas más frecuentemente, falta de concentración, indecisión, alteraciones del sueño, descontrol alimentario, y el último grupo aparecen los síndromes somáticos, con alteración del estado cognitivo.³⁵

La severidad de la depresión se basa en la clínica y de la evaluación con las pruebas PHQ-9 y GDS-15, y según la CIE-10 se dividen en tres: Episodio depresivo leve: presentan 2 - 3 síntomas, la persona puede afectarse pero no limita a sus actividades diarias generalmente; episodio depresivo moderado: presentan ≥ 4 síntomas, hay limitación al hacer sus actividades diarias y episodio depresivo grave: presentan varios síntomas que afectan a las personas, además hay pérdida de autoestima, de culpa o ideas suicidas, y puede presentar síntomas somáticos.³⁶

El diagnóstico es clínico y una buena anamnesis, en su proceso de detección se debe considerar la presencia de la sintomatología que se mencionó anteriormente, antecedentes traumáticos, antecedentes familiares de trastornos depresivos, episodio depresivos anterior, problemas psicosociales como divorcios, desempleos, violencia y entre otros; estilo de vida no saludables, si consume alcohol, fumador, o ingiere drogas; enfermedades crónicas que presenten compromiso funcional. Para su detección se utilizan el Cuestionario de PHQ-9, adultos y la Escala de Depresión geriátrica para adultos mayores (GDS-15).³⁷

La ansiedad es un trastorno que conlleva cambios en el organismo.³⁸ Se habla de una ansiedad patológica cuando se presenta de manera desproporcionada, persiste durante el tiempo o aparece en situaciones que no son de peligro, correspondiendo a un cuadro de trastorno de ansiedad generalizada.³⁹

Dentro de los factores de riesgo del trastorno de ansiedad están los predisponentes que conforman los antecedentes familiares, los medicamentos o sustancias tóxicas que provocan vulnerabilidad, el estilo de crianza que hay en la familia tanto el estilo de crianza sobreprotector o excesivamente autoritario lo que se relaciona con mayor riesgo de tener este trastorno.⁴⁰ Los factores desencadenantes son el estrés y ciertos tipos de personalidad.

En su fisiopatología están involucrados los mecanismos del eje hipotalámico – hipofisis- adrenal, la corteza prefrontal y el sistema límbico, que cuando se produce la reacción frente a la situación de estrés, se regula todo el sistema por medio de la hormona liberadora de corticotropina y las neuronas hipocámpicas son sensibles al exceso o deficiencia de glucocorticoides, lo que puede producir una variación de reactividad frente al estrés.⁴¹

Los trastornos de ansiedad se categorizan en diversas clases, cada una con atributos particulares. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se distingue por una inquietud excesiva y constante sobre diferentes circunstancias, que puede obstaculizar el desempeño cotidiano. El trastorno de pánico se expresa mediante episodios recurrentes e imprevistos de pánico, que pueden conllevar síntomas físicos graves, tales como palpitaciones, sudoración y

problemas respiratorios. Los trastornos de ansiedad social, que se reflejan en un temor profundo a situaciones sociales o a ser valorado de manera negativa por otros, lo que puede conducir a eludir dichas circunstancias. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): Si bien frecuentemente se percibe como un trastorno distinto, muestra signos de ansiedad. Incorpora pensamientos intrusivos (obsesiones) y conductas repetitivas (compulsiones) orientadas a disminuir la ansiedad. El trastorno de estrés postraumático (TEPT), se presenta tras vivir o observar un suceso traumático. Incorpora signos de re experimentación, evasión y exceso de alerta. El desorden de ansiedad causado por otra condición médica, que puede ser provocado por una afección médica, como trastornos del corazón o alteraciones hormonales. El trastorno de ansiedad provocada por sustancias, que sucede cuando la ansiedad surge debido al consumo de sustancias, fármacos o abstinencia.⁴²

Dentro del cuadro clínico del trastorno de ansiedad se presentan 3 áreas que se relacionan entre sí. La primera son las sensaciones físicas por medio del sistema nervioso autónomo que activa las sensaciones de alerta como la disnea, taquipnea, taquicardia, sequedad de la boca, sudoración profusa, hipotensión, temblores, tensión muscular, etc.^{43,44} La siguiente son los pensamientos que presentan características exageradamente negativas o catastróficas al punto de siempre pensar que algo malo nos sucederá, o tener ideas de rechazo interpersonal o intrapersonal y por último, los comportamientos asociados a los síntomas como: agarrarse las manos, ocultarse, sostener un amuleto, o ir acompañado de alguien, etc.⁴⁵

Los trastornos de ansiedad y depresión, vienen siendo afecciones que comúnmente pueden presentarse de forma conjunta. Los pacientes diagnosticados con ERC suelen manifestar el padecimiento de dichos trastornos una vez que son diagnosticados, debido al cambio que genera dentro de su estilo de vida por la pérdida de independencia que se traduce en un declive en su rendimiento físico y el sentimiento de alteración en su rol dentro de su familia y el ámbito laboral. No obstante, de darse la persistencia de uno o ambos trastornos y la imposibilidad de enfrentarlos, se transforman en una condición patológica, presentando altos niveles de deterioro funcional, disminución de la

calidad de vida y resultados menos favorables del tratamiento en comparación con aquellos que solo padecen un trastorno. Por consiguiente, existen ciertos estudios que reflejan que tener trastorno ansioso, depresivo o ambos durante las primeras fases sugiere un alto riesgo de mortalidad por su limitación en la adhesión al tratamiento, siendo de vital importancia realizar más estudios acerca del tema.⁴⁶

II. Metodología

Esta investigación es de tipo aplicada con un enfoque analítico cuantitativo y diseño descriptivo transversal.

La variable dependiente del estudio es la enfermedad crónica y las variables independientes son la depresión y la ansiedad (ver anexo 1)

La población de estudio estimada es de 168 los ²pacientes mayores de 18 años que tengan diagnóstico de ERC y la muestra fue de 118 pacientes (anexo 2) definida con la fórmula de proporciones poblacionales para población finita.

¹¹ Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edad mayor de 18 años, con diagnóstico de ERC en cualquier estadio, que no presenten problemas neurológicos que limiten el responder al test y pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado para participar.

³ Los Criterios de exclusión fueron: pacientes que no se encontraban al momento de la visita en consultorio externo o en hospitalización del departamento de medicina, pacientes referidos a otro centro de salud o que no esté asistiendo a sus controles.

La muestra se seleccionó del marco de muestreo consistente en el listado de todos los pacientes con ERC atendidos en un hospital de tercer nivel, ¹⁹ que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se creó una ficha de recolección de datos donde están incluidos datos sociodemográficos y el cuestionario de HSCL-25 (Anexo 3), y mediante el acceso de las historias clínicas se identificó a los pacientes estudiados. El test Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) en la versión abreviada de la HSCL-58 , presenta 25 ítems y se divide en dos partes, la primera parte consta del ítem 1 hasta el ítem 10 y evalúa la ansiedad, y la segunda parte consta del ítem 11 hasta el ítem 25 y evalúa la depresión, cada ítem es respondido a una escala llamada tipo Likert de 1 a 4: 1) en absoluto, 2) un poco, 3) bastante, 4) mucho, la puntuación total se calcula teniendo la sumatoria de la puntuación de cada ítem y lo divide entre el número de ítems obteniendo una puntuación entre el 1 y 4, se sospecha de depresión si la puntuación es ≥ 1.75 . Este instrumento se validó con el apoyo de médicos especialistas que evaluaron el formulario con cada uno de los ítems propuesto para determinar la claridad, consistencia y coherencia del instrumento. ⁴⁷

En cuanto al procedimiento, se solicitó permiso al director de la institución de salud para obtener acceso a las historias clínicas. Asimismo, se solicitó permiso al médico de turno en consultorio externo de nefrología que atiende los días martes en cada semana y permiso al departamento de Medicina Interna para aplicar en hospitalización, para revisar las historias clínicas e identificar a los pacientes con ERC y solicitar el consentimiento informado provisto por el mismo hospital Belén de Trujillo (Anexo 3) al paciente en la misma sala de espera o en su cama si fue en hospitalización, Se explicó al paciente sobre la investigación y su objetivo y se invitó a participar, para lo cual se entregó una ficha de información al participante sobre los objetivos de la investigación, explicación de procedimiento del cuestionario y los riesgos y beneficios (Anexo 4).

Los datos obtenidos se analizaron por Excel 2016 y SPSS versión 25.0. de acceso libre.

Se utilizó la estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas, relativas y porcentuales, para establecer la prevalencia entre la ansiedad y depresión en pacientes con ERC se utilizó la V de Cramer para relación de las variables dicotómicas ansiedad y depresión con el estadio y el chi cuadrado para para

establecer la relación entre la ansiedad, depresión con el estadio de la enfermedad, sexo, edad y tiempo de enfermedad.⁸

En esta investigación se tuvo en cuenta las pautas de ética internacional consideradas en la declaración de Helsinki.⁴⁸ Como se propone en su principio general número 9 que recalca que, en toda investigación médica, tiene la responsabilidad de respetar la confidencialidad, dignidad e integridad de la información personal de los pacientes que conforman parte de la investigación.²¹ Estos principios se encuentran también en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del año 2005.⁴⁹ en los artículos 3,6,7,8 y 9, además se establece en la ley de datos personales 279333⁵⁰, que refuerza que el paciente puede conocer, actualizar o borrar la información que esté almacenando se de manera manual o virtual y que está avalado por el proceso constitucional y reconocido por el artículo 200.3 de la Constitución Política del Perú, por ende se mantendrá en anonimato la información obtenida de las historias clínicas, y el test de HCSL-25. Además, el presente cuenta con la aceptación del Comité de ética de la Escuela de Medicina – UCV y del hospital donde se realizó la investigación.¹⁷¹³

III. Resultados

Tabla 1. ⁶ Ansiedad y Depresión en pacientes con ERC. Hospital Belén de Trujillo, 2024

Ansiedad	Depresión				Total		V	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Si	42	36	14	12	56	47		
No	24	20	38	32	62	53	0.37	0.000
Total	66	56	52	44	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

Nota: V: Cramer

P: significancia

² La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica es del 56% ; mientras que la prevalencia de ansiedad fue de 47%.

La V de Cramer =0.37 indica relación baja y directa entre la depresión y ansiedad. Existe significancia estadística (p=0.000).

Tabla 2. Relación entre la depresión y el ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.

Estadio	Depresión				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
I	0	0	1	1	1	1		
II	9	8	11	9	20	17		
III	16	14	24	20	40	34	12.2	0.02
IV	11	9	4	3	15	13		
V	30	25	12	10	42	36		
Total	66	56	52	44	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

La mayor frecuencia de pacientes con ERC se encuentra el estadio V con 36% seguido del estadio III con 34%

Al analizar la relación entre la depresión y estadio de la ERC se encontró significancia estadística ($p=0.02$ $X^2=12.2$)

Tabla 3. Relación entre la ansiedad y el estadio de ERC. Hospital Belén de Trujillo,2024.

Estadio	Ansiedad				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
I	0	0	1	1	1	1		
II	7	6	13	11	20	17		
III	18	15	22	19	40	34		
IV	6	5	9	8	15	13	5.03	0.28
V	25	21	17	14	42	36		
Total	56	47	62	53	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

El 47% de los pacientes con ERC presentó ansiedad y el 21% se encuentra en el estadio V, sin embargo no se encontró significancia estadística al relacionar la ansiedad con los estadios de ERC, ($p=0.28$)

Tabla 4. Ansiedad según edad, sexo y tiempo de la ERC. Hospital Belen de Trujillo,2024.

	Ansiedad				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Sexo								
Femenino	40	34	46	39	86	73	0.114	0.736
Masculino	16	14	16	14	32	27		
Total	56	47	62	53	118	100		
Edad								
44 a 65	22	19	28	24	50	42	0.42	0.519
65 a 86	34	29	34	29	68	58		
Total	56	47	62	53	118	100		
Tiempo de la enfermedad								
1 a 7	53	45	57	48	110	93		
8 a 14	1	1	4	3	5	4	1.9	0.37

15 a 20	2	2	1	1	3	3
Total	56	47	62	53	118	100

Fuente: test aplicado a pacientes

El 73% de los pacientes son de sexo femenino, el 58% tenían una edad de 65 a 86 años de edad y el 93% tenían como tiempo de enfermedad 1 a 7 años.

En cuanto a la relación entre la edad, sexo y tiempo de la enfermedad y la ansiedad, no se encontró significancia estadística($p > 0.05$)

Tabla 5 Depresión según edad, sexo y tiempo de la ERC

	Depresión				Total		X ²	P
	Si		No		n	%		
	n	%	n	%				
Sexo								
Femenino	49	42	37	31	86	73	0.140	0.708
Masculino	17	14	15	13	32	27		
Total	66	56	52	44	118	100		

Edad

44 a 65	23	19	27	23	50	42	3.74	0.062
---------	----	----	----	----	----	----	------	-------

65 a 86	43	36	25	21	68	58		
---------	----	----	----	----	----	----	--	--

Total	66	56	52	44	118	100		
-------	----	----	----	----	-----	-----	--	--

Tiempo de la enfermedad

1 a 7	58	23	52	44.1	110	93		
-------	----	----	----	------	-----	----	--	--

8 a 14	5	23	0	0	5	4	8.7	0.034.
--------	---	----	---	---	---	---	-----	--------

15 a 20	3	23	0	0	3	3		
---------	---	----	---	---	---	---	--	--

Total	66	23	52	44.1	118	100		
-------	----	----	----	------	-----	-----	--	--

Fuente: test aplicado a pacientes

No se encontró relación estadística entre la edad y sexo con la depresión $p > 0.05$, pero si existe relación entre depresión y tiempo de la enfermedad ($p = 0.034 / p < 0.05$).

Tabla 6. Estadio de la ERC según edad, sexo y tiempo de la enfermedad.
Hospital Belén de Trujillo, 2024

	Estadio												X ²	P
	I		II		III		IV		V		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
Sexo														
Femenino	0	0	15	13	29	25	11	9	31	26	86		2.8	0.59
												73		9
Masculino	1	1	5	4	11	9	4	3	11	9	32			
												27		
Total	1	1	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100		
Edad														
44 a 65	0	0	15	13	27	23	7	6	1	1	50	42		
65 a 86	1	1	5	4	13	11	8	7	41	35	68		47.	0.00
												58	4	00
Total	1	1	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100		
Tiempo de la enfermedad														
1 a 7	1	0.8	20	17	38	32	12	10	39	33	110	93		

8 a 14													17.	0.02
	0	0.0	0	0	2	2	3	3	0	0	5	4	3	3
15 a 20	0	0.0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3		
Total	1	0.8	20	17	40	34	15	13	42	36	118	100		

Fuente: test aplicado a pacientes

No existe relación estadística entre el sexo con el estadio de la ERC ($p > 0.05$), pero se encontró relación significativa entre la edad, tiempo de la enfermedad y el estadio ERC ($p = 0.034 / p < 0.05$ y $p = 0.023 / p < 0.05$), respectivamente.

IV. Discusión

Se ha descrito en gran parte de los estudios que la prevalencia que los trastornos mentales como la depresión y ansiedad es frecuente encontrarlos en pacientes con ERC. En este estudio se encontró que más del 50% de pacientes tenía depresión y 47% ansiedad. El paciente renal al inicio experimenta un impacto negativo al presentar una enfermedad que va a limitar el estilo de vida que estaba acostumbrado a vivir, produciendo emociones negativas que gran parte sabe vivir con esta enfermedad a través del tiempo, pero otra parte no lo puede conllevar, por lo que aparecen los síntomas depresivos y ansiosos y el riesgo aumenta si además el paciente ya presenta comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial que influyen en su aparición.^{51,52}

La alta prevalencia de estos trastornos mentales es más notoria en estadios avanzados de la ERC y no siempre son diagnosticados a tiempo. Como se refiere en los estudios, la depresión y trastornos de ansiedad guardan relación con el estadio de la ERC, porque el paciente se encuentra en un estado de

fragilidad.^{53,54} ³¹ En este estudio se encontró que los pacientes en estadios III tiene relación estadísticamente significativa con la depresión y los pacientes en estadio V de ERC presentan la mayor prevalencia de depresión.

La carga sintomática del paciente está presente generalmente ³ en los estadios más avanzados de la enfermedad, a excepción de los pacientes que tienen enfermedad de base, la prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos es mayor en estos estadios.⁵⁵ Esto se debería a que la capacidad funcional de excretar las toxinas producto del catabolismo proteico está disminuida. Así, se ha descrito que la acumulación de urea se relaciona con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades articulares, acidosis e inmunodepresión y que el paciente en terapia de sustitución renal presenta mayor carga de los síntomas tanto en pre diálisis como en pos diálisis, produciendo en el paciente enfrentarse a un estilo de vida bajo y sufriendo deterioro emocional.^{56,57}

En este estudio no se analizaron los síntomas de ansiedad y depresión pues el instrumento utilizado solo permite identificar la ansiedad en forma global y se observó que a mayor estadio de ERC, mayor prevalencia de ansiedad pero sin asociación estadística. Los pacientes que están en estadios más avanzados de la ERC presentan prevalencia alta de ansiedad, el paciente presenta trastornos de ansiedad por niveles de estrés altos que presenta por sobrellevar la carga sintomática que esta presente en estos estadios y la realización de procedimientos de terapia de sustitución renal, el riesgo mayor tiempo de estancia hospitalaria, y ³ disminución de la calidad de vida del paciente.⁵⁸

En estudios ²⁹ se habla que además de las comorbilidades o el estadio del a ERC que están asociados al riesgo de padecer ansiedad o depresión, están asociados las características sociodemográficas del paciente como la edad, el sexo, el apoyo familiar, etc.^{59,60} En este estudio se encontró que la ansiedad no está asociada a la edad, sexo y tiempo de ERC en cambio no se presentó asociación estadística significativa entre la edad y el sexo con la depresión pero hubo relación significativa estadística con el tiempo de la ERC, ⁵ Los trastornos de ansiedad y depresión, vienen siendo afecciones que comúnmente pueden presentarse de forma conjunta, los pacientes diagnosticados con ERC suelen

manifestar el padecimiento de dichos trastornos una vez que son diagnosticados, debido al cambio que genera dentro de su estilo de vida por la pérdida de independencia que se traduce en un declive en su rendimiento físico y el sentimiento de alteración en su rol dentro de su familia y el ámbito laboral..⁶¹

En este estudio se analizó el estadio de la enfermedad renal crónica con la edad, sexo y tiempo enfermedad, encontrándose relación estadísticamente significativa entre el estadio de la ERC con la edad y tiempo de la enfermedad, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el estadio con el sexo. Se entiende donde hay mayor prevalencia en encontrar estadios ERC más avanzados es en edades mayores de 60 años, esto se debe a que en el envejecimiento ya comenzaron cambios fisiológicos, estructurales y funcionales del organismo, y el sistema renal no es la excepción, en ella se produce la atrofia renal, disminución de las nefronas funcionales, procesos ateroscleróticos de los vasos renales, todo esto ayuda en la progresión de la ERC y avance entre los estadios y sumándole los factores de progresión que empeoran la función renal llevando al paciente a estadios más avanzados de la ERC.^{62,63,64}

V. Conclusiones

- La ansiedad y la depresión a menudo coexisten en los pacientes con enfermedad renal crónica, la presencia de uno puede aumentar el riesgo del otro, la prevalencia de la ansiedad y depresión es alta en pacientes que se encuentren en estadios avanzados de la ERC.
- El sexo femenino presenta mayor prevalencia de depresión y ansiedad respecto al sexo masculino.
- La edad es un factor de riesgo para ansiedad y depresión a tener en cuenta en pacientes mayores de 70 años que cursan con ERC .
- La depresión y los estadios de la ERC presentan relación entre ellas.

I. **Recomendaciones:**

- La duración de la enfermedad también se correlacionó con la aparición de estos trastornos mentales, sugiriendo que a medida que la enfermedad progresa, el riesgo de desarrollar problemas de salud mental aumenta. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de detección y tratamiento para abordar la salud mental en pacientes con ERC, mejorando así su calidad de vida.
Se encontró mayor prevalencia de ansiedad y depresión en la población femenina, por lo que se recomienda la necesidad de tener prioridad en esta población de riesgo que tiende a presentar estado emocional negativo al enfrentarse a una enfermedad crónica.
- Incorporar la evaluación y tratamiento de problemas mentales comunes dentro de la atención habitual a personas con ERC, y poniéndonos como meta mejorar la calidad de vida del paciente.
- Hacer hincapié en la importancia del apoyo social, porque contar con una red de salud sólida ayuda a contribuir a mantener las emociones estables y aumentar la confianza del paciente.
- Se recomienda hacer monitoreo de forma constante del estado de salud mental de los pacientes con ERC, garantizando que tanto los pacientes como sus familiares tengan conciencia de la enfermedad y el tratamiento que se llevara a cabo con ellos.

Relación entre ansiedad y depresión y el estadio de la enfermedad renal crónica

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	idoc.pub Fuente de Internet	1%
6	www.thefreelibrary.com Fuente de Internet	1%
7	ddd.uab.cat Fuente de Internet	1%
8	vdocumento.com Fuente de Internet	1%
9	www.rehueong.com.ar Fuente de Internet	1%

<1 %

10

Martha Carolina Valderrama Rios, Ricardo Sánchez Pedraza. "Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2017

Publicación

<1 %

11

es.readkong.com

Fuente de Internet

<1 %

12

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1 %

13

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

14

Cristina Pilla Della Méa, Luiz Antonio Bettinelli, Adriano Pasqualotti. "Anxiety and depression symptoms in adults and elderly in post-percutaneous coronary intervention", Acta Colombiana de Psicología, 2018

Publicación

<1 %

15

Submitted to Instituto Tecnológico de Costa Rica

Trabajo del estudiante

<1 %

16

lareferencia.info

Fuente de Internet

<1 %

17	Submitted to Universidad Argentina John F. Kennedy Trabajo del estudiante	<1 %
18	docplayer.net Fuente de Internet	<1 %
19	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	<1 %
20	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Trabajo del estudiante	<1 %
21	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.hospitalangelesleon.com Fuente de Internet	<1 %
23	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
24	digibug.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
25	repositoriobiblioteca.uniacc.cl Fuente de Internet	<1 %
26	www.clinicalascondes.com Fuente de Internet	<1 %
27	www.semanticscholar.org Fuente de Internet	<1 %

28

C. Leyva de la Torre, J.M. Dávalos Iglesias, B. Llerena Ferrer, I. Yera Alos. "Hipertensión arterial y su repercusión cardiovascular en pacientes con enfermedad renal poliquística autosómica dominante", Hipertensión, 2006

Publicación

<1 %

29

Pablo Páramo, Andrea Burbano, Felipe Navarro, Eduardo Viera et al. " Coexistence in the public spaces of Latin American cities () ", PsyEcology, 2021

Publicación

<1 %

30

[docslide.us](https://www.docslide.us)

Fuente de Internet

<1 %

31

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1 %

32

[slidehtml5.com](https://www.slidehtml5.com)

Fuente de Internet

<1 %

33

treatkidney.blogspot.com

Fuente de Internet

<1 %

34

[uninavarra.edu.co](https://www.uninavarra.edu.co)

Fuente de Internet

<1 %

35

www.conductasadictivas.org

Fuente de Internet

<1 %

36

www.fulbright.de

Fuente de Internet

<1 %

37	www.unav.edu Fuente de Internet	<1 %
38	argijokin.blogcindario.com Fuente de Internet	<1 %
39	catalog.libraries.psu.edu Fuente de Internet	<1 %
40	qa1.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
41	salud.edomexico.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
42	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
43	www.senba.es Fuente de Internet	<1 %
44	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado