

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO

**PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH
CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE V AT THE HGZ
WITH MF NO. 1, PACHUCA HIDALGO**

Mayra Xochitl Martínez Bustos

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Mario Alejandro Vigueras Rodríguez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Hugo Juárez Cacahuatitla

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18650

Prevalencia de Depresión en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio V en el HGZ con MF No.1, Pachuca Hidalgo

Mayra Xochitl Martínez Bustos¹xochitl020591@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-5159-5267>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Mario Alejandro Vigueras Rodríguez**vigueras228@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-0402-8914>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Hugo Juárez Cacahuatitla**hujuc81@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0002-5363-3306>Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) en estadio v representa una fase terminal con importante impacto biopsicosocial. La depresión es una comorbilidad común, pero sub-diagnosticada, que afecta la adherencia terapéutica, calidad de vida y evolución clínica. Objetivo: determinar la prevalencia de depresión en pacientes con ERC estadio v y su relación con el tipo de tratamiento sustitutivo renal en el hospital general de zona con medicina familiar no. 1, en Pachuca hidalgo. Método: estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, con 116 pacientes. Se aplicó el inventario de depresión de Beck. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. Resultados: el 46.2% presentó algún grado de depresión. La mayoría fueron casos de depresión leve (25.86%). no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento (hemodiálisis o diálisis peritoneal) y la presencia de depresión. Conclusión: la prevalencia de depresión es alta en pacientes con ERC estadio v, siendo más frecuente en sus formas leves. el tipo de tratamiento sustitutivo no fue un factor determinante. Se sugiere un abordaje integral e individualizado en salud mental.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, hemodiálisis, diálisis peritoneal, depresión, beck

¹ Autor principal

Correspondencia: xochitl020591@gmail.com

Prevalence of Depression in Patients with Chronic Kidney Disease Stage V at the HGZ with MF No. 1, Pachuca Hidalgo

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) stage V represents a terminal phase with significant biopsychosocial impact. Depression is a common but underdiagnosed comorbidity that affects treatment adherence, quality of life, and clinical outcomes. Objective: To determine the prevalence of depression in patients with stage V CKD and its relationship with the type of renal replacement therapy at the General Zone Hospital with Family Medicine No. 1, in Pachuca, Hidalgo. Method: Observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study with 116 patients. The Beck Depression Inventory was applied. Sociodemographic and clinical variables were analyzed. Results: 46.2% of the patients presented some degree of depression. Most cases were classified as mild depression (25.86%). No statistically significant association was found between the type of treatment (hemodialysis or peritoneal dialysis) and the presence of depression. Conclusion: The prevalence of depression is high in patients with stage V CKD, with mild forms being the most frequent. The type of replacement therapy was not a determining factor. A comprehensive and individualized approach to mental health is suggested.

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis, peritoneal dialysis, depression, beck

Artículo recibido 11 junio 2025

Aceptado para publicación: 30 junio 2025



INTRODUCCIÓN

La ERC es un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por alteraciones en la estructura y función renal, que se manifiestan de diversas maneras dependiendo de la causa o causas subyacentes y la gravedad de la enfermedad, así como presencia de daño renal o disminución de la función renal durante tres o más meses, independientemente de la causa, suele ser asintomática en sus primeras etapas. Los síntomas aparecen en etapas posteriores en asociación con complicaciones. (1) En México los factores de riesgo más comunes para presentar daño renal son; Diabetes Mellitus tipo 2, HTA, Lesión Renal Aguda, Enfermedad Cardiovascular Alteraciones Estructurales del Tracto Renal, Litiasis Renal Recurrente, Hiperplasia Prostática, Enfermedades Sistémicas como: LES, Antecedentes Familiares de ER O ER Hereditaria y consumo de fármacos nefrotóxicos (2).

Factores de riesgo: La identificación de factores de riesgo (de susceptibilidad, inicio y progresión) permite la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases tempranas. En la población con alto riesgo para ERC es importante la detección y modificación de todos los factores de riesgo cuando sea posible. Se debe informar acerca de la coexistencia de factores comunes para el desarrollo de enfermedad cardíaca y renal [como la hipertensión arterial (HAS), proteinuria, anemia, alteraciones metabólicas y dislipidemia] que pueden contribuir a la progresión de ambas enfermedades. (2) La identificación temprana permite que la diálisis se inicie en el momento óptimo con un acceso crónico funcional y también puede permitir el reclutamiento y la evaluación de los miembros de la familia para la colocación de un aloinjerto renal antes de la necesidad de diálisis. Además, la capacidad del individuo para aceptar psicológicamente la necesidad de terapia de reemplazo renal de por vida a menudo disminuye si ha transcurrido un tiempo inadecuado entre el momento del reconocimiento de la enfermedad renal terminal (IRT) y el inicio de la diálisis. (3)

El momento óptimo para iniciar la diálisis crónica es cuando el nefrólogo y el paciente están de acuerdo en que los beneficios generales de la terapia de reemplazo renal probablemente superan los riesgos y las cargas sustanciales. (4)

Los cuidados prediálisis se han asociado con una mejoría en resultados medibles como retraso en el inicio de la diálisis, complicaciones cardiovasculares y mortalidad.



Existen casos de ansiedad y miedo para realizar tratamientos de diálisis en el hogar por falta de confianza en su habilidad para dominar los aspectos técnicos, incluida la autocanulación para hemodiálisis en casa, y el aislamiento del médico y apoyo social. La confianza del paciente en el manejo de la diálisis en casa debe ser evaluada antes del inicio de la diálisis y después de la iniciación. La fragilidad puede afectar a las complicaciones de la diálisis y a la experiencia del paciente y lógicamente al pronóstico. (5) Depresión y ansiedad: Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son condiciones altamente prevalentes que con frecuencia coexisten. Los individuos afectados por trastornos de ansiedad y depresivos, han mostrado mayores niveles de deterioro funcional, reducción de la calidad de vida y peores resultados de tratamiento en comparación con los individuos con un solo trastorno. La depresión se explica mejor por la presencia de: Visión negativa de sí mismo, Anhedonia, Disforia, la ansiedad se explica mejor por la presencia de: Ataques de pánico, pensamientos amenazantes, preocupación subjetiva y tensión. (6) Depresión puede referirse a un estado de ánimo, como lo indican los sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o parecer lloroso. (7) Los diferentes tipos de depresión se basan en trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno ansioso depresivo, depresión atípica, trastorno bipolar y ciclotimia; al hablar de trastorno depresivo mayor éste consiste en al menos un episodio de depresión mayor y sin antecedentes de manía o hipomanía. Un episodio de depresión mayor es un período que dura al menos dos semanas y que se manifiesta con un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o placer y causa angustia significativa o deterioro funcional. Distimia, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y al menos otros dos síntomas depresivos que duran al menos dos años. Trastorno ansioso depresivo, se caracteriza por síntomas asociados a trastorno depresivo combinado con síntomas asociados a trastorno de ansiedad. Depresión Atípica: es la reactividad del estado de ánimo (es decir, sentirse mejor en respuesta a eventos positivos) Trastorno bipolar: es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por episodios de depresión mayor y manía (trastorno bipolar I) o hipomanía (trastorno bipolar II) Ciclotimia: síntomas hipomaniacos que no cumplen con los criterios para un episodio hipomaniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor.



Síntomas específicos de la depresión: Pérdida de interés, Cambio de peso, Falta de apetito, Bradiquinesia, Culpa o inutilidad, Pensamientos de muerte, (8). La ansiedad comórbida (síntomas de trastornos de ansiedad generalizada o TAG) y los trastornos depresivos difieren de las categorías individuales de trastornos en cuanto a la edad de inicio, el curso de vida y el resultado del tratamiento. La presencia de ambos trastornos juntos disminuye significativamente las probabilidades de recuperación, aumenta el tiempo hasta el inicio terapéutico de la farmacoterapia y se asocia con un curso más crónico, mayor gravedad de los síntomas y más deterioro funcional.

Ansiedad Y Depresión Mixta: como una condición en la que los síntomas de ansiedad y depresión están presentes durante al menos un mes, sin ser claramente predominantes ni suficientes para cumplir con los criterios diagnósticos de ansiedad o trastorno depresivo (9)

Existen diferentes factores asociados

Factores biológicos: Genética: los factores genéticos parecen predisponer a los individuos al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El TAG comparte una heredabilidad común con la depresión mayor y con el rasgo de personalidad del "neuroticismo" así como alteraciones de neurotransmisores y otros biomarcadores, neuroimagen y metabolismo cerebral: en individuos con TAG, se han reportado cambios morfológicos localizados en el volumen de la materia blanca, están presentes los factores cognitivos, psicológicos y de desarrollo. Existe un procesamiento de la información emocional: las personas con TAG muestran un sesgo consistente hacia la generación de interpretaciones negativas de material ambiguo. Estos sesgos parecen disminuir con el tratamiento exitoso con terapia cognitivo-conductual o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. (9)

Factores de desarrollo y personalidad: el TAG en adultos se asocia con un número más alto que el promedio de experiencias traumáticas y otros eventos indeseables de la vida en la infancia, en comparación con las personas sin TAG. Es más probable que el TAG ocurra en individuos con "inhibición conductual" (la tendencia a ser tímida o tímido en situaciones novedosas), que sin este rasgo. (10)

Factores neuropsicológicos: los rasgos de personalidad y los factores neuropsicológicos pueden desempeñar un papel en el riesgo de depresión y trastornos de ansiedad concurrentes. (8)



Efectos de la enfermedad; Efectos psicosociales, el TAG se asocia con un deterioro psicosocial sustancial en varios dominios de la vida, incluidos el funcionamiento ocupacional, social y doméstico. En algunos casos, el nivel de deterioro es mayor que el observado en individuos con depresión mayor. Efectos sistémicos: el TAG se asocia con una mala salud cardiovascular, enfermedad coronaria y mortalidad cardiovascular. (9)

Existen diferentes etapas; **Respuesta:** la respuesta es la reducción de los síntomas de depresión en una cantidad específica. Por lo general, la respuesta se define como una mejora en la puntuación de los síntomas del ≥ 50 por ciento que aún está por encima del umbral de remisión. La respuesta parcial generalmente se define como una mejora en la puntuación de los síntomas del 25 al 50 por ciento. **Remisión:** la remisión es la reducción de los síntomas por debajo del umbral requerido para cumplir con un diagnóstico de depresión mayor que se mantiene durante al menos un mes. **Recuperación:** la recuperación es la reducción de los síntomas por debajo del umbral requerido para cumplir con un diagnóstico de depresión mayor que se mantiene durante al menos seis meses. **Recaída:** la recaída es el regreso de los síntomas de depresión antes del momento de la recuperación. **Recurrencia:** inicio de un nuevo episodio de depresión mayor después de que se haya producido la recuperación. (8)

Para ello conlleva: **Aceptabilidad de las pruebas de detección:** las pruebas de detección de la depresión son muy aceptadas, y pocos pacientes consideran que el proceso es engorroso o molesto. **Posibles daños asociados con la detección:** la evidencia limitada sugiere que la detección de la depresión no se asocia con un daño significativo, aunque esto no se ha estudiado lo suficiente. Los daños potenciales de las pruebas de detección de la depresión incluyen el sobrediagnóstico y el estigma resultante, los efectos de etiquetado y el tratamiento innecesario. Los posibles daños de los exámenes de detección se analizan de manera más general en otros lugares. **Daños del tratamiento:** aunque las pruebas de detección podrían conducir a daños del tratamiento de la depresión, el riesgo de efectos adversos graves de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia es bajo. Las revisiones sistemáticas de tratamiento psicológico o intervenciones en línea para la depresión no han identificado daños significativos o empeoramiento de los síntomas de depresión. Los riesgos potenciales de los medicamentos antidepresivos incluyen el suicidio y otros efectos secundarios más comunes, pero menos graves.



El suicidio es el efecto adverso potencial más grave de los antidepresivos (10)

Existe el trastorno bipolar geriátrico incluye tanto a pacientes de edad avanzada cuyo trastorno del estado de ánimo se presentó más temprano en la vida como a pacientes cuyo trastorno del estado de ánimo se presenta por primera vez en la vida posterior, el trastorno bipolar tanto en pacientes geriátricos como en pacientes más jóvenes se caracteriza por episodios de depresión mayor, manía, hipomanía. Las afecciones médicas generales son más comunes en pacientes bipolares geriátricos que en pacientes más jóvenes. (10)

Durante el tratamiento de sustitución renal la psicopatología es común en pacientes que son tratados con diálisis de mantenimiento, los trastornos psiquiátricos que son comunes en la enfermedad renal terminal (IRT) incluyen:

- Trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico
- Trastornos depresivos, como depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) y trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastornos neurocognitivos, como delirio y demencia
- Trastornos relacionados con sustancias y aditivos, como el trastorno por consumo de alcohol

Los síntomas depresivos se asocian independientemente con tratamientos de hemodiálisis omitidos, así como tratamientos abreviados que se acortan según la solicitud del paciente. Los trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes en diálisis de mantenimiento también se asocian con una morbilidad significativa. Entre los pacientes que inician diálisis, la mortalidad es mayor en aquellos que desarrollan enfermedades psiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos más comunes que condujeron a la hospitalización incluyeron depresión, trastornos neurocognitivos y trastornos relacionados con sustancias y aditivos, y la duración media del seguimiento fue de aproximadamente tres años. (11)

La función cognitiva entre todos los pacientes de diálisis puede variar en relación con el momento del procedimiento de diálisis. Los factores de riesgo para la disfunción cognitiva que a menudo están presentes en pacientes en diálisis incluyen edad avanzada (por ejemplo, ≥ 75 años), depresión, trastornos médicos generales comórbidos (por ejemplo, enfermedad cardiovascular, diabetes, dislipidemia e hipertensión), albúmina sérica reducida, hipoxemia, grandes cambios osmolares y líquidos, y toxinas urémicas no identificadas. (12)



En un estudio se comparó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) versus sertralina (fase 2) para tratar la depresión en pacientes que reciben hemodiálisis. Pacientes que habían estado recibiendo hemodiálisis durante al menos 3 meses y tenían una puntuación Beck Depresión Inventor-II de 15 o más; 184 pacientes participaron en la fase 1, y 120 participaron posteriormente en la fase 2. El resultado primario para la fase 1 fue la proporción de participantes que comenzaron el tratamiento de la depresión dentro de los 28 días. Para la fase 2, el resultado primario fueron los síntomas depresivos medidos por el Inventario rápido de síntomas depresivos-calificación clínica (QIDS-C) a las 12 semanas. La proporción de participantes que iniciaron el tratamiento después de la visita de compromiso o control no difirió (66% vs. 64%, respectivamente; $P = 0,77$; diferencia de riesgos estimada, 2,1 [IC del 95%: -12,1 a 16,4]). En comparación con la TCC, el tratamiento con sertralina dio lugar a puntuaciones más bajas de depresión QIDS-C a las 12 semanas (estimación del efecto, -1,84 [IC, -3,54 a -0,13]; $P = 0,035$). Los eventos adversos fueron más frecuentes en el grupo de sertralina que en el grupo de TCC. Pacientes que recibieron hemodiálisis de mantenimiento no tuvo ningún efecto sobre su aceptación del tratamiento para la depresión. Después de 12 semanas de tratamiento, las puntuaciones de depresión fueron modestamente mejores con el tratamiento con sertralina que con la TCC. (13)

La depresión influye en el pronóstico, las complicaciones, la calidad de vida (CV), el tratamiento y los costos de los pacientes de diálisis en todo el mundo. La prevalencia reportada de depresión es 13.1-76.3%; Es más alta para la diálisis que para el trasplante y más alta después que para la pre-diálisis. Las tasas de depresión informadas con diálisis peritoneal (DP) en comparación con hemodiálisis (HD) en el centro son inconsistentes. Los estudios a corto plazo indican que la terapia no farmacológica logra efectos clínicos para la depresión en pacientes en diálisis, pero se necesita investigación sobre los efectos a largo plazo. (14) La depresión presentan una baja prevalencia en nuestros pacientes en HD (Hemodiálisis) siendo los aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento, la familia y estado emocional los que más les preocupan; así mismo la llegada del trasplante y actividades de ocio les ayudan a sentirse mejor. (15) La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa, como ocurre en otras enfermedades crónicas, por su alta incidencia y prevalencia, morbi-mortalidad y coste socioeconómico, un problema de salud pública. (16) Los efectos de la depresión son de la misma magnitud que los factores de riesgo médico entre los pacientes renales crónicos en hemodiálisis.



Como resultado de estos comportamientos, se produce una baja inmunidad, además de la dificultad en el cuidado personal, una menor adherencia al tratamiento y la dieta. Estos factores pueden reflejarse en la adherencia terapéutica y, en consecuencia, en la calidad de vida, el trastorno depresivo y el bloqueo psiquiátrico se describen con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal (IRC). Los pacientes con IRC tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio que la población general, siendo más altos entre los pacientes mayores de 75 años, los pacientes comórbidos como resultado de la dependencia del alcohol o las drogas, y la hospitalización reciente debido a trastornos psiquiátricos. La psicoterapia cognitiva conductual y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran entre las primeras opciones. (17). Se sabe que el momento del diagnóstico de una enfermedad está inversamente relacionado con la resiliencia y que los síntomas de depresión están asociados con ciertos pensamientos distorsionados en pacientes con ERC, tener un cuestionario válido y fiable para evaluar la resiliencia en esta población permitiría identificar la relación entre la resiliencia y el desarrollo de la depresión y ansiedad y repercusiones clínicas clave (como morbilidad, hospitalizaciones y mortalidad prematura).(18) Se debe alentar el manejo de la depresión a través de modelos de detección temprana y atención continua que enfatizan las relaciones dinámicas entre los equipos de atención médica, los pacientes y las familias.(19). En pacientes renales en hemodiálisis, la ansiedad, la depresión, una mayor comorbilidad y un menor nivel de actividad física se asocian significativamente con una peor calidad de vida relacionada con la salud, especialmente depresión y actividad física. Promover la actividad física y tratar la depresión tendría un impacto positivo en los aspectos físicos y mentales de la calidad de vida relacionada con la salud. (20) Los médicos deben entrevistar a los pacientes que dan positivo para establecer o descartar el diagnóstico porque la detección no es suficiente para la búsqueda de casos. La derivación inmediata a los servicios psiquiátricos de emergencia está indicada para los pacientes que respaldan la ideación suicida con un plan e intención. La justificación para la detección es que la depresión es grave, prevalente, poco reconocida, fácilmente diagnosticada y tratable, y que las herramientas de detección estandarizadas y válidas están disponibles y son factibles de usar. Por lo general, utilizamos el cuestionario de salud del paciente de autoinforme - nueve elementos (PHQ-9) para detectar trastornos depresivos en la IRT. (21)



En los pacientes que son tratados con diálisis de mantenimiento, la depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) se asocia con múltiples resultados médicos adversos. En diferentes estudios, la depresión predijo dolor, peritonitis, prurito, eventos cardiovasculares, visitas al departamento de emergencias, hospitalizaciones, retiro de diálisis y mortalidad por todas las causas, así como trastornos del sueño, disfunción sexual, disminución del funcionamiento cognitivo, disminución de la calidad de vida y suicidio. El inicio de la depresión en pacientes en diálisis puede ocurrir antes o al comienzo de la diálisis y persistir durante la diálisis. La situación laboral de las personas se ve afectada por el tratamiento de diálisis; de hecho, según una de las publicaciones, el 74,8% de dicha población confirmó que la enfermedad y el tipo de tratamiento se relacionan estrechamente con el abandono del puesto de trabajo. Los pacientes que trabajan activamente presentan una mejor salud psicológica y mejores relaciones sociales. Las personas sometidas a diálisis con menor edad y/o desempleados presentan más probabilidades de angustiarse que las personas jubiladas. Por lo tanto, la situación laboral de los pacientes se convierte en un factor influyente en la aparición del sentimiento de angustia; y a su vez, la edad se encuentra asociada a dicha variable. El afrontamiento, es otro aspecto que se incluye en la esfera psicosocial de los pacientes sometidos a diálisis, presentándose en base al estilo, de dos formas; “afrontamiento de evitación” y “afrontamiento de aceptación-resignación”. (22) La vida de los pacientes sometidos a terapia crónica con hemodiálisis está sujeta a diferentes situaciones estresantes y amenazantes desde el momento del diagnóstico, el dolor es un factor real y presente para los pacientes que están en terapia crónica, y se ha demostrado que tienen un efecto negativo en su calidad de vida, así como en su condición física, emocional y social, los principales tipos de dolor descritos son: dolor general; dolor relacionado con el acceso arteriovenoso; cefaleas; y dolor musculoesquelético, procedimental, neuropático e isquémico, el dolor es un predictor independiente del compuesto mental y físico de la calidad de vida relacionada con la salud. El dolor no controlado puede tener consecuencias más allá de la percepción inmediata del dolor y puede afectar negativamente el bienestar de los pacientes en múltiples niveles. (23) Distintos estudios han sugerido que el estrés que se genera en esta población genera una alta producción de citoquinas proinflamatorias como la IL-1, la FNT y la IL-6, lo cual, a su vez, aumenta la liberación de cortisol y ocasiona cambios en los neurotransmisores y el eje hipotálamo-hipofisiario, facilitando las manifestaciones de la depresión.(24)



Se ha documentado que los pacientes en hemodiálisis afectados de depresión presentan una menor adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que un estado anímico negativo hace que el paciente presente baja percepción de autoeficacia, que desemboca en un abandono de las recomendaciones terapéuticas y un aumento de las demandas sanitarias, incumplimiento de las restricciones dietéticas y aumento de las intenciones de suicidio indirecto. (25)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, analítico y retrospectivo en el hospital general de zona con medicina familiar no. 1, imss, Pachuca, hidalgo, entre enero y diciembre de 2024. La muestra fue de 116 pacientes con diagnóstico de ERC estadio v (criterios kdigo), que aceptaron participar mediante consentimiento informado.

Criterios de inclusión

Diagnóstico confirmado de ERC estadio v, edad entre 20 y 60 años, ambos sexos, bajo tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Instrumento

Se utilizó el inventario de depresión de Beck (bdi), que clasifica la depresión en leve (14–19), moderada (20–28) y grave (29–63).

Análisis Estadístico

Se aplicaron medidas de tendencia central, frecuencias y prueba chi cuadrada para determinar la relación entre tipo de tratamiento renal y presencia de depresión. Se utilizó spss versión 25.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron diversas variables entre ellas, los rangos de edad de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) estadio v, atendidos en el hospital general de zona con medicina familiar no. 1, durante el periodo de enero a diciembre de 2024. Se obtuvo una muestra total de 116 pacientes.

Los resultados mostraron que en el grupo de 20 a 29 años se registraron 13 pacientes (11.1%), en el grupo de 30 a 39 años, 44 pacientes (37.6%), en el de 40 a 49 años, 30 pacientes (25.6%) y en el grupo de 50 a 60 años, 29 pacientes (24.8%). Se observó una mayor frecuencia de pacientes en el grupo de 30 a 39 años.



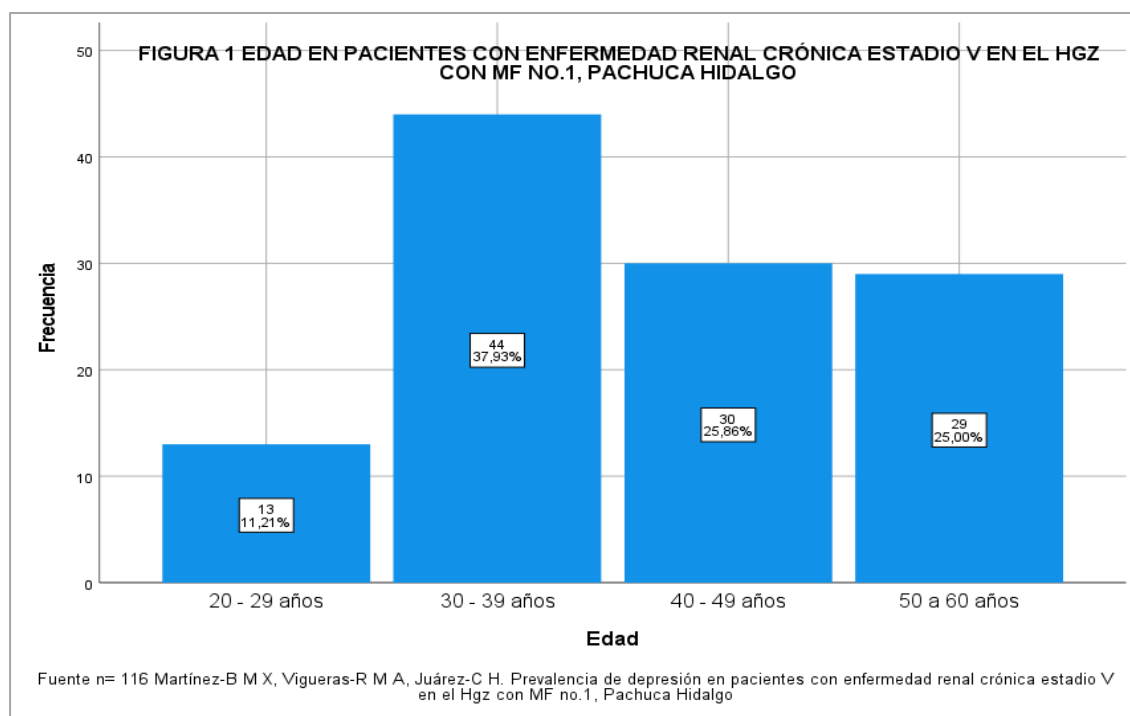
Esto indica que afecta a una población relativamente joven, en edad laboral activa. Se evidenció una proporción ligeramente mayor de hombres con diagnóstico de ERC estadio v. (Tabla 1, Figura 1)

Tabla 1

TABLA 1 EDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 - 29 años	13	11,1	11,2	11,2
	30 - 39 años	44	37,6	37,9	49,1
	40 - 49 años	30	25,6	25,9	75,0
	50 a 60 años	29	24,8	25,0	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 1



Respecto al estado civil, se obtuvo lo siguiente: 33 pacientes solteros (28.2%), 50 casados (42.7%), 1 viudo (0.9%), 1 divorciado (0.9%), 30 en unión libre (25.6%) y 1 en otro estado civil (0.9%). Un alto

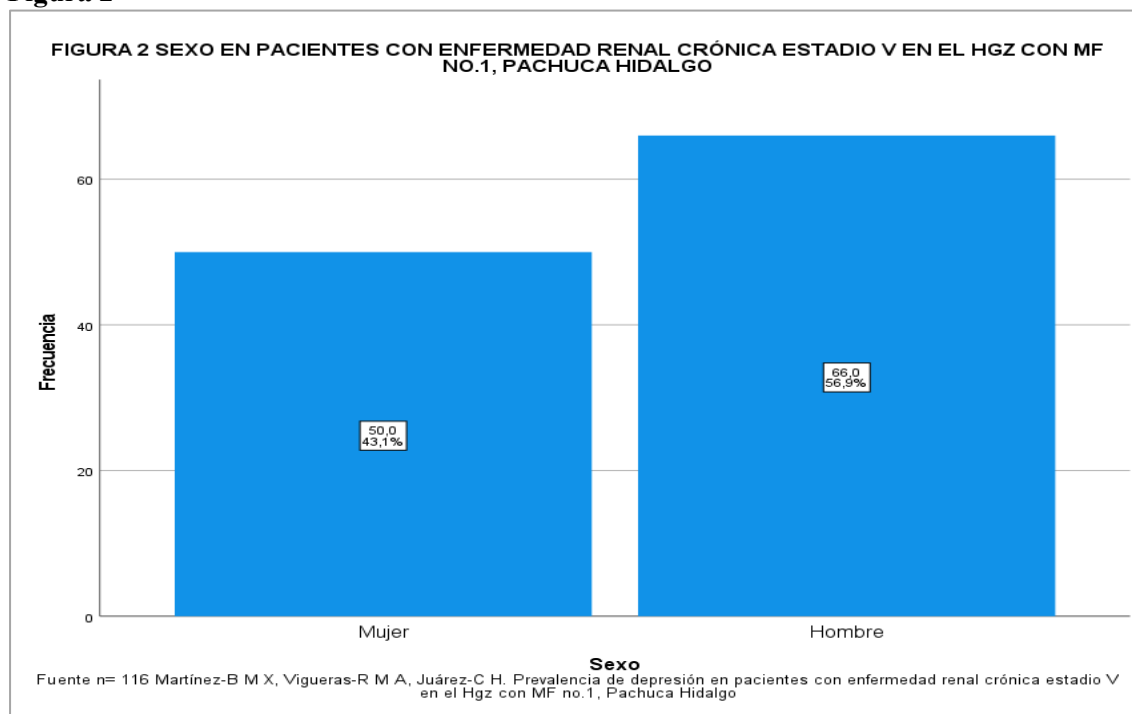
porcentaje de los pacientes se encontraba en una relación de pareja estable (casados o unión libre 68.3%). (Tabla 2, Figura 2)

Tabla 2

TABLA 2 SEXO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	50	42,7	43,1	43,1
	Hombre	66	56,4	56,9	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el HgZ con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 2



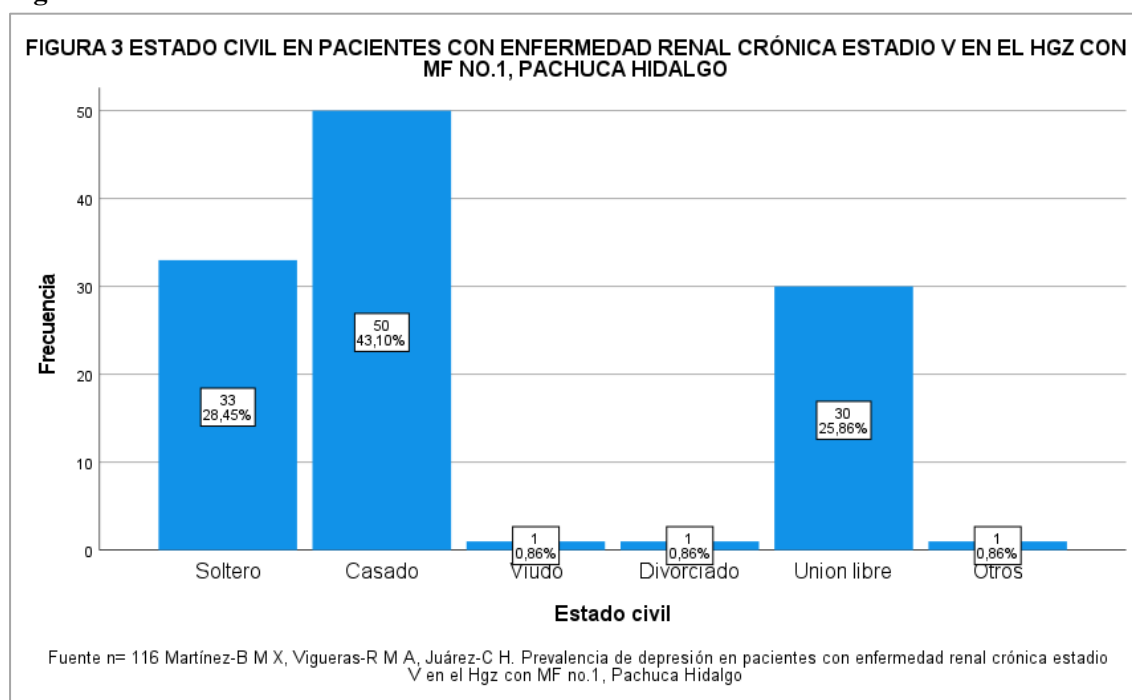
En cuanto a la ocupación, los resultados fueron: 45 empleados (38.5%), 7 desempleados (6%), 20 pensionados (17.1%), 16 comerciantes (13.7%), 22 personas dedicadas al hogar (18.8%) y 6 en otros oficios (5.1%). (Tabla 3, Figura 3)

Tabla 3

TABLA 3 ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	33	28,2	28,4	28,4
	Casado	50	42,7	43,1	71,6
	Viudo	1	,9	,9	72,4
	Divorciado	1	,9	,9	73,3
	Union libre	30	25,6	25,9	99,1
	Otros	1	,9	,9	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el HgZ con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 3



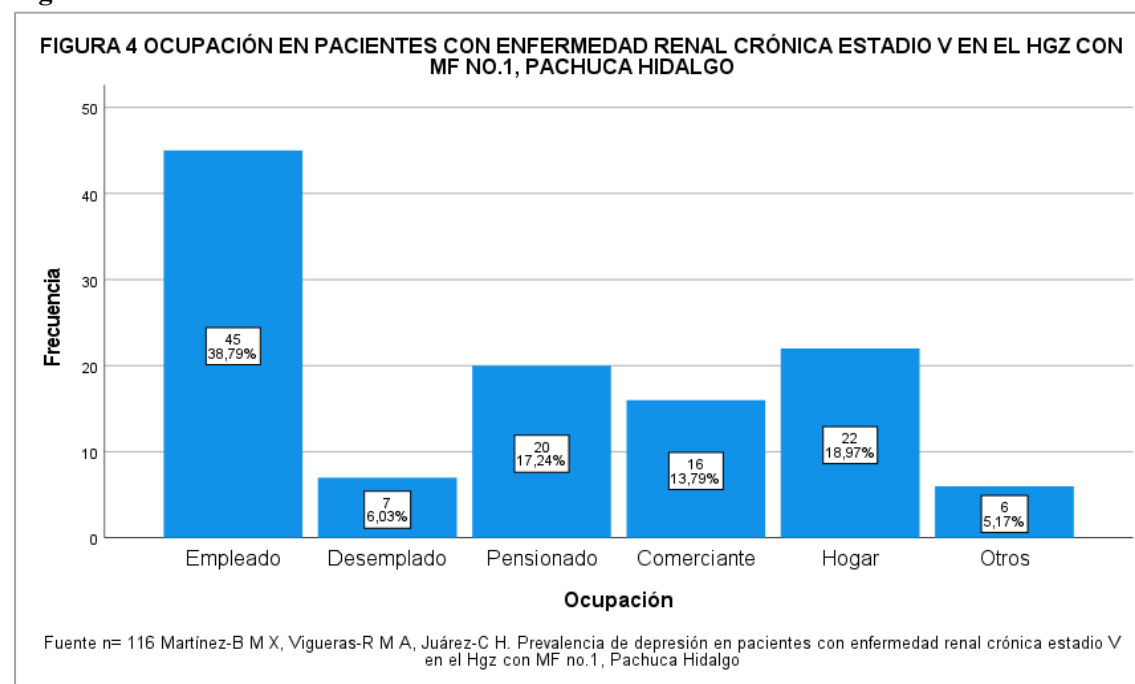
Los niveles de escolaridad observados fueron: primaria 16 pacientes (13.7%), secundaria 45 (38.5%), preparatoria 35 (29.1%), licenciatura 17 (14.5%), maestría 1 (0.9%) y otros estudios 3 (2.6%). La mayoría de los pacientes contaba con un nivel educativo medio. (Tabla 4, Figura 4)

Tabla 4

TABLA 4 OCUPACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleado	45	38,5	38,8	38,8
	Desempleado	7	6,0	6,0	44,8
	Pensionado	20	17,1	17,2	62,1
	Comerciante	16	13,7	13,8	75,9
	Hogar	22	18,8	19,0	94,8
	Otros	6	5,1	5,2	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 4



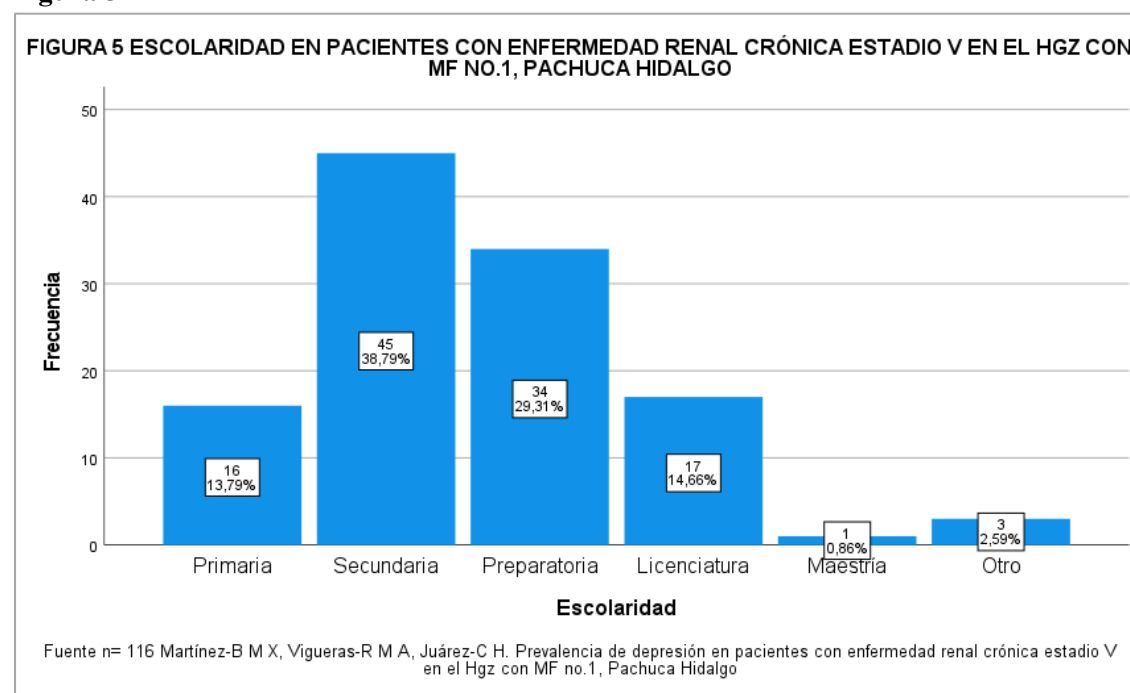
Los niveles de escolaridad observados fueron: primaria 16 pacientes (13.7%), secundaria 45 (38.5%), preparatoria 35 (29.1%), licenciatura 17 (14.5%), maestría 1 (0.9%) y otros estudios 3 (2.6%). La mayoría de los pacientes contaba con un nivel educativo medio. (Tabla 5, Figura 5)

Tabla 5

TABLA 5 ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	16	13,7	13,8	13,8
	Secundaria	45	38,5	38,8	52,6
	Preparatoria	34	29,1	29,3	81,9
	Licenciatura	17	14,5	14,7	96,6
	Maestría	1	,9	,9	97,4
	Otro	3	2,6	2,6	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 5



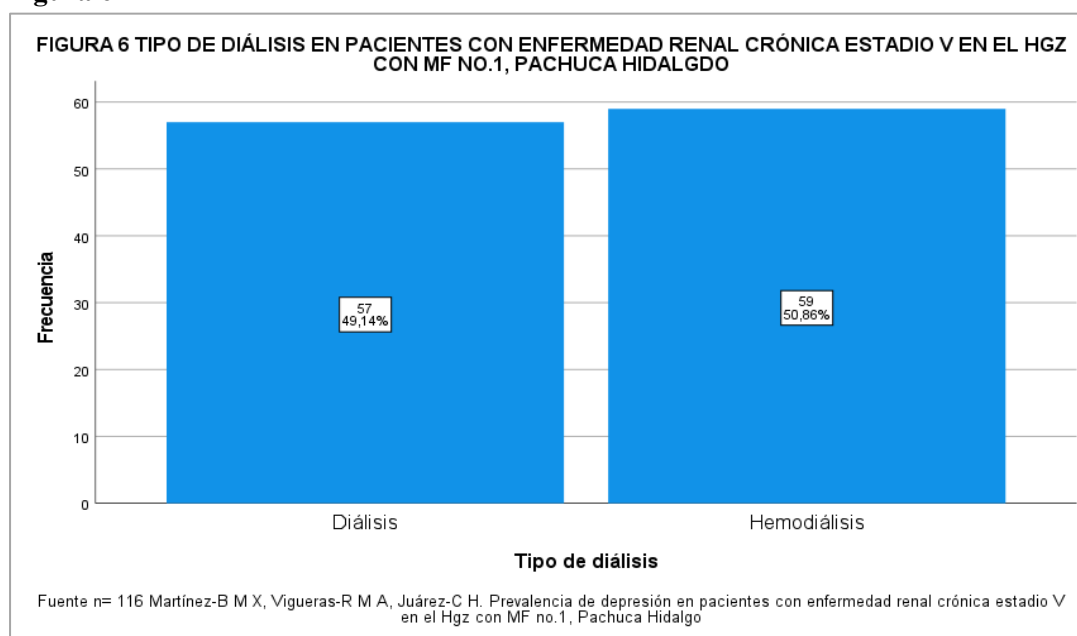
Durante el periodo de estudio, los pacientes entrevistados se encontraban bajo tratamiento de sustitución renal. Se identificó que 57 pacientes (49.1%) recibían diálisis peritoneal y 59 (50.9%) hemodiálisis, observándose una diferencia mínima de sólo dos pacientes entre ambas modalidades. Esta distribución prácticamente equitativa sugiere que ambos tratamientos se encuentran disponibles en condiciones similares y son elegidos en proporciones comparables. (Tabla 6, Figura 6)

Tabla 6

TABLA 6 TIPO DE DIÁLISIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diálisis	57	48,7	49,1	49,1
	Hemodiálisis	59	50,4	50,9	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 6



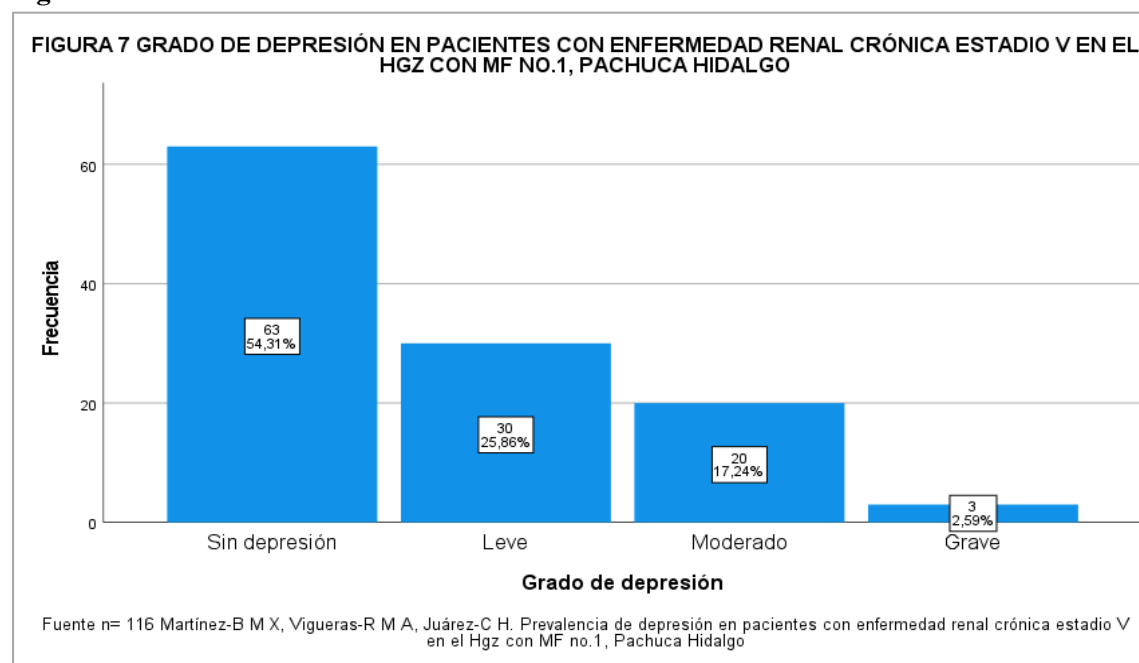
Durante la realización del estudio se aplicó la prueba de Depresión de Beck, con un total de 116 pacientes, con los siguientes resultados: Sin depresión: 63 pacientes (53.8%), Depresión leve: 30 pacientes (25.6%), Depresión moderada: 20 pacientes (17.1%), Depresión grave: 3 pacientes (2.6%), aunque más de la mitad de los pacientes no presentó sintomatología depresiva, un número considerable presentó algún grado de depresión, especialmente leve. (Tabla 7, Figura 7)

Tabla 7

TABLA 7 GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO. 1, PACHUCA HIDALGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	63	53,8	54,3	54,3
	Leve	30	25,6	25,9	80,2
	Moderado	20	17,1	17,2	97,4
	Grave	3	2,6	2,6	100,0
	Total	116	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		117	100,0		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Vigueras-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo

Figura 7



Se realizó una tabla cruzada entre el grado de depresión y el tipo de tratamiento recibido. Se obtuvieron los siguientes resultados: Sin depresión: 32 pacientes en diálisis peritoneal (56.1%) y 31 en hemodiálisis (52.4%), Depresión leve: 13 pacientes en diálisis peritoneal (22.8%) y 17 en hemodiálisis (28.8%), Depresión moderada: 9 pacientes en diálisis peritoneal (15.8%) y 11 en hemodiálisis (18.6%), Depresión grave: 3 pacientes, todos en diálisis peritoneal (5.3%). La muestra total incluyó 57 pacientes en diálisis peritoneal y 59 en hemodiálisis. Aunque no se observaron diferencias significativas entre

ambos grupos, se identificó un porcentaje considerable de pacientes con depresión leve, lo cual representa un riesgo relevante de afectación emocional en esta población. (Tabla 8, Figura 8)

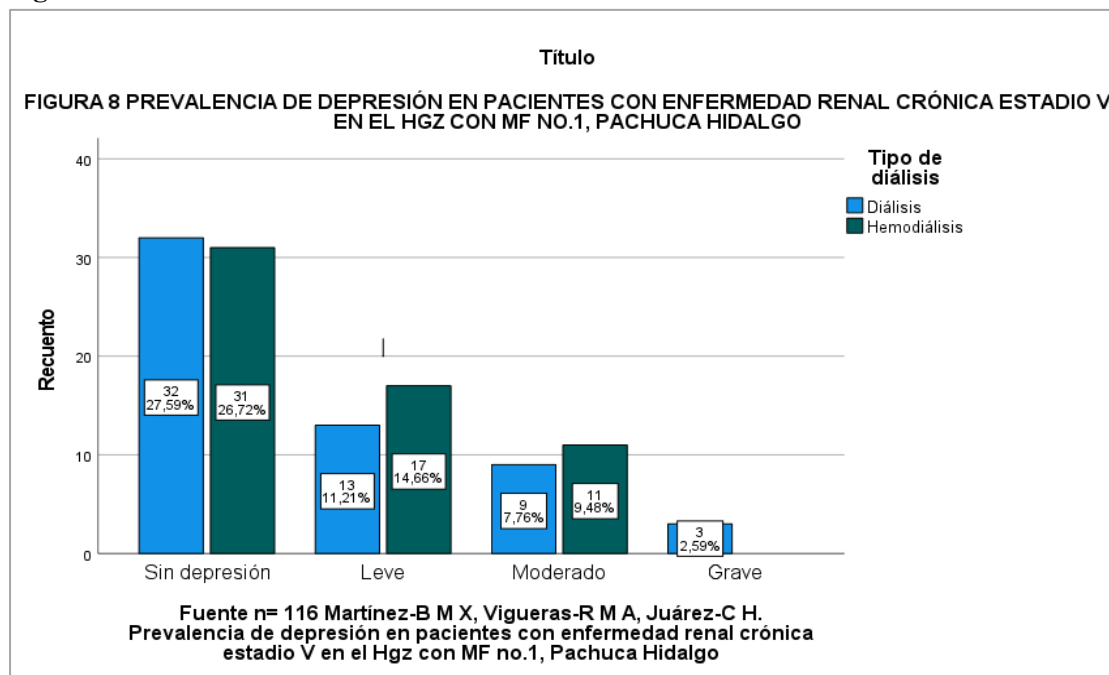
Tabla 8

TABLA 8 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO					
			Tipo de diálisis		
			Diálisis	Hemodiálisis	Total
Grado de depresión	Sin depresión	Recuento	32	31	63
		% dentro de Grado de depresión	50,8%	49,2%	100,0%
		% dentro de Tipo de diálisis	56,1%	52,5%	54,3%
	Leve	Recuento	13	17	30
		% dentro de Grado de depresión	43,3%	56,7%	100,0%
		% dentro de Tipo de diálisis	22,8%	28,8%	25,9%
	Moderado	Recuento	9	11	20
		% dentro de Grado de depresión	45,0%	55,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de diálisis	15,8%	18,6%	17,2%
	Grave	Recuento	3	0	3
		% dentro de Grado de depresión	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de diálisis	5,3%	0,0%	2,6%
Total	Recuento	57	59	116	
	% dentro de Grado de depresión	49,1%	50,9%	100,0%	
	% dentro de Tipo de diálisis	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Vigueras-R M A, Juárez-C H. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el Hgz con MF no.1, Pachuca Hidalgo



Figura 8



Se aplicó la prueba de chi cuadrada para determinar la asociación entre el tipo de tratamiento sustitutivo renal y el grado de depresión, obteniéndose los siguientes resultados: Valor de chi cuadrada: 3.716, con 3 grados de libertad y una significancia asintótica bilateral de 0.294, Razón de verosimilitud: 4.876, con 3 grados de libertad y significancia de 0.181, Asociación lineal por lineal: 0.067, con 1 grado de libertad y una significancia de 0.796, Número total de casos válidos: 116

Los resultados indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento y el grado de depresión en esta muestra. Por lo que las intervenciones deben centrarse en factores emocionales, educativos y sociales comunes a todos los pacientes renales. (Tabla 9)

Tabla 9

TABLA 9 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN EL HGZ CON MF NO.1, PACHUCA HIDALGO			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,716 ^a	3	,294
Razón de verosimilitud	4,876	3	,181
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796
N de casos válidos	116		

Fuente n= 116 Martínez-B M X, Viguera-R M A, Juárez-C H.
Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en el HgZ con MF no.1, Pachuca Hidalgo

a. 2 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1.47.

DISCUSIÓN

Los resultados coinciden con literatura internacional que reporta prevalencias de depresión entre el 13.1% y el 76.3% en pacientes con ERC. La ausencia de relación significativa entre tipo de tratamiento y nivel de depresión sugiere que factores como edad, situación laboral, escolaridad y red de apoyo emocional pueden tener un mayor peso. Estudios como el de kimmel et al. Y afra masià-plana resaltan que la depresión se relaciona más con la percepción del paciente, el apoyo familiar y la carga del tratamiento, que con la modalidad específica de diálisis. Se identificó que los pacientes más jóvenes y desempleados mostraban mayor frecuencia de síntomas depresivos, lo cual es consistente con otros estudios que asocian la inactividad y la incertidumbre laboral con deterioro emocional.

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V atendidos en el HGZ con MF No. 1 fue considerable, destacando una alta frecuencia de síntomas depresivos en su forma leve. Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) y la presencia de depresión, los hallazgos subrayan la importancia de incorporar la salud mental como parte fundamental del abordaje integral de estos pacientes. Se recomienda la implementación sistemática de herramientas validadas de detección, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9), en las valoraciones clínicas rutinarias. Estas estrategias permitirían identificar oportunamente síntomas depresivos, prevenir su progresión y, en casos graves, reducir el riesgo de complicaciones como el suicidio. Finalmente, se sugiere fomentar estudios longitudinales que permitan evaluar cómo los factores psicosociales, emocionales y educativos influyen en la evolución de la depresión y en la adherencia al tratamiento renal a largo plazo. Este enfoque permitirá diseñar políticas de atención más eficaces, centradas en el bienestar integral del paciente renal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Levey, A. S., & Inker, L. A. (2022, octubre). Definition and staging of chronic kidney disease in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults/print>



2. CENETEC. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
3. Rosenberg, M., Curhan, G. C., Tonelli, M., Forman, J. P., et al. (2022, noviembre). Overview of the management of chronic kidney disease in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>
4. Anthony Bleyer, M. M. (2023). *Indications for initiation of dialysis in chronic kidney disease*. UpToDate. Consultado 14 de marzo de 2023, de <https://www.uptodate.com/contents/indications-for-initiation-of-dialysis-in-chronic-kidney-disease>
5. Chan, C. T., & P. J.-M. (s.f.). *Iniciación a la diálisis, elección de modalidad, acceso y prescripción: conclusiones de conferencia de controversia de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)*. Recuperado 28 de mayo de 2020, de <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-iniciacion-dialisis-eleccion-modalidad-acceso-236>
6. Michael Van Ameringen, M. (2022). *Comorbid anxiety and depression in adults: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis*. UpToDate. Consultado 5 de julio de 2022, de <https://www.uptodate.com/contents/comorbid-anxiety-and-depression-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
7. **Martha Sajatovic, M. C.** (2021). *Geriatric bipolar disorder: epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis*. UpToDate. Consultado 6 de octubre de 2021, de <https://www.uptodate.com/contents/geriatric-bipolar-disorder-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
8. Lyness, D. J. (2022). *Unipolar depression in adults: assessment and diagnosis*. UpToDate. Consultado 26 de septiembre de 2022, de <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-suspected-depression>
9. Schmidt, R. J. (2021, septiembre). Psychiatric illness in adults receiving maintenance dialysis. UpToDate. <https://www.uptodate.com>
10. Mehrotra, R., Cukor, D., Unruh, M., & Hedayati, S. S. (2019). Comparative efficacy of therapies for treatment of depression for patients undergoing maintenance hemodialysis: A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 170(5), 369–379. <https://doi.org/10.7326/M18-2229>



11. Tian, N., Chen, N., & Li, P. K. (2021). Depression in dialysis. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 30(6), 600–612. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000725>
12. Villegas Jiménez, V., Caamaño Lado, C., & Domínguez Sánchez, A. (2017). Impacto emocional del tratamiento de hemodiálisis en nuestros pacientes. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 20, 43. <https://www.enfermerianefrologica.com>
13. Blasco Alquézar, D. (2020). Calidad de vida percibida en pacientes en tratamiento sustitutivo renal por enfermedad renal crónica avanzada. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 15, 16–875. <https://www.revista-portalesmedicos.com>
14. Jaramillo, M., Romero, H., Orozco, M., & Reyes, A. (2020). Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica. *Salud y Bienestar Colectivo*, 4(1), 59–68. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/sbc/article/view/6942>
15. Lerma, A., Ordóñez, G., Mendoza, L., Salazar-Robles, E., Rivero, J., Pérez-Granados, E., et al. (2019). Psychometric properties of the resilience scale in Mexican patients with chronic hemodialysis. *Salud Mental*, 42(3), 121–129. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.016>
16. Tian, N., Chen, N., & Li, P. K.-T. (2021). Depression in dialysis. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 30(6), 600–612. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000725>
17. Marín López, M. T., Rodríguez-Rey, R., Montesinos, F., Rodríguez de Galvis, S., Ágreda-Ladrón, M. R., & Hidalgo Mayo, E. (2022). Factors associated with quality of life and its prediction in kidney patients on haemodialysis. *Nefrología (English Edition)*, 42(3), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.01.001>
18. Schmidt, R. J. (2022, septiembre). Depression in adults receiving maintenance dialysis. UpToDate. [Depression in adults receiving maintenance dialysis - UpToDate](#)
19. Vázquez, M. I. (2023). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela. <https://www.usc.gal/es>
20. Masià-Plana, A., Juvinyà-Canal, D., Suñer-Soler, R., Sitjar-Suñer, M., Casals-Alonso, C., Mantas-Jiménez, S., et al. (2022). Pain, anxiety, and depression in patients undergoing chronic hemodialysis treatment: A multicentre cohort study. *Pain Management Nursing*, 23, 632–639. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.005>



21. Cannals, A. C., Vargas Rodríguez, L. J., Murcia Torres, J. M., Aborashed Amador, N. F., & Sierra Gil, L. B. (2021). Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en Boyacá, Colombia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 8(3), e528. <https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.528>
22. Luna Calderón, S. A., Rivas Gómez, A. M., & Maldonado Burgos, M. A. (2023). Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la UMAA 68 Chihuahua, Chih. *Psiquiatria.com*, 27, 1137–3148. <https://psiquiatria.com>
23. Van Ameringen, M. (2024, mayo). Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. [Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate](#)
24. Williams, J., & Nieuwsma, J. (2024, mayo). Screening for depression in adults. UpToDate. [Screening for depression in adults - UpToDate](#)
25. Baldwin, D. (2024, mayo). Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. <http://uptodate.cn/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/print>

