



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

***TESIS***

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
DEPRESIÓN Y DESESPERANZA EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN EL  
HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO**

**PRESENTA**

**Diana Carolina González Gradilla**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA INTEGRADA**

**ASESOR (ES)**

**Dra. María del Pilar García Huízar**

**Dr. Javier Góngora Ortega**

**Aguascalientes, Ags. 31 de Enero del 2014.**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO  
UAA

DIANA CAROLINA GONZÁLEZ GRADILLA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y DESESPERANZA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Integrada**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
“SE LUMEN PROFERRE”**

**Aguascalientes, Ags., 28 de Enero de 2014.**

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo

**CARTA DE ACEPTACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS**

Tesis para obtener el Título de:

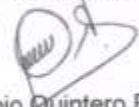
**ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA**


Título de la Tesis:


**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
DEPRESIÓN Y DESESPERANZA EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN EL  
HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO”**


**Presenta:**

Dra. Diana Carolina González Gradilla  
Residente de Segundo Grado de la Especialidad de Medicina Integrada del Adulto

  
Dr. José Malrubio Quintero Robles  
Médico Especialista en Otorrinolaringología  
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Hospital General Tercer Milenio

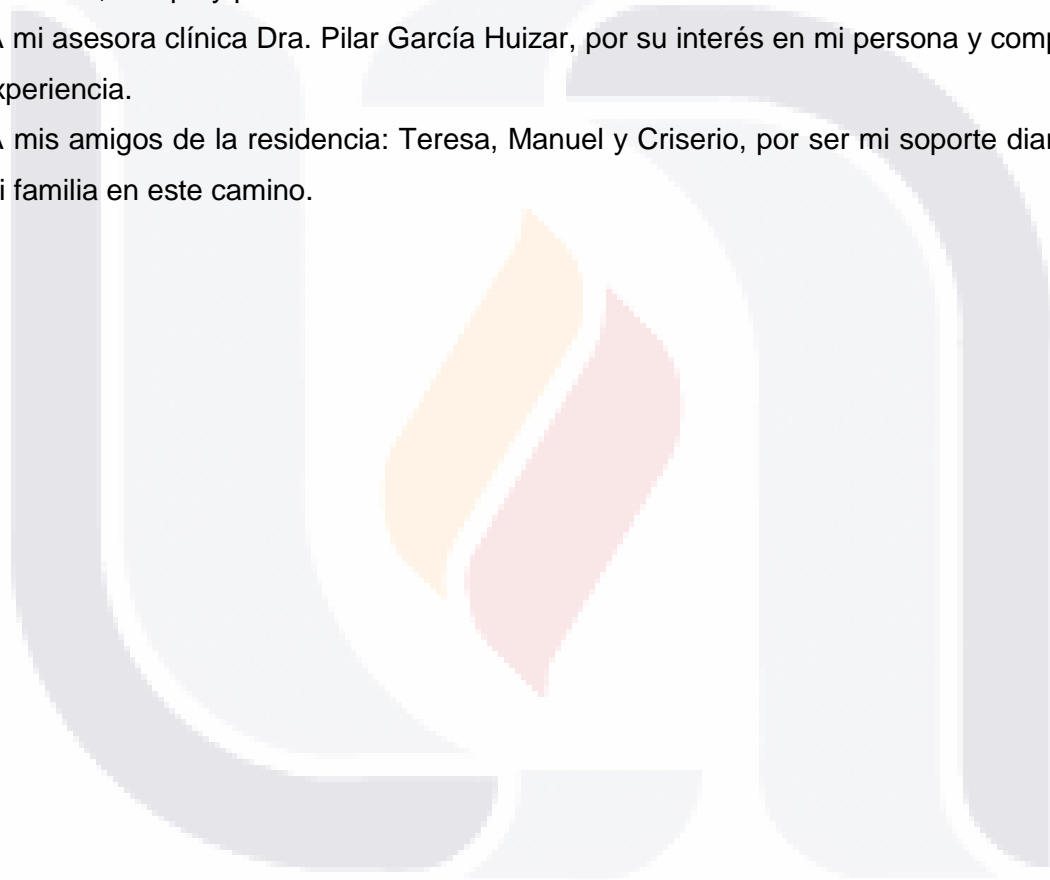
  
Dr. Adolfo Tello Esparza  
Médico Especialista en Reumatología  
Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina Integrada del HGTM

  
Dra. María del Pilar García Huizar  
Médico Especialista en Psiquiatría  
Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGTM

  
Dr. Javier Gongora Ortega  
Investigador Titular del ISSEA  
Asesor Metodológico de Tesis-ISSEA

## AGRADECIMIENTOS

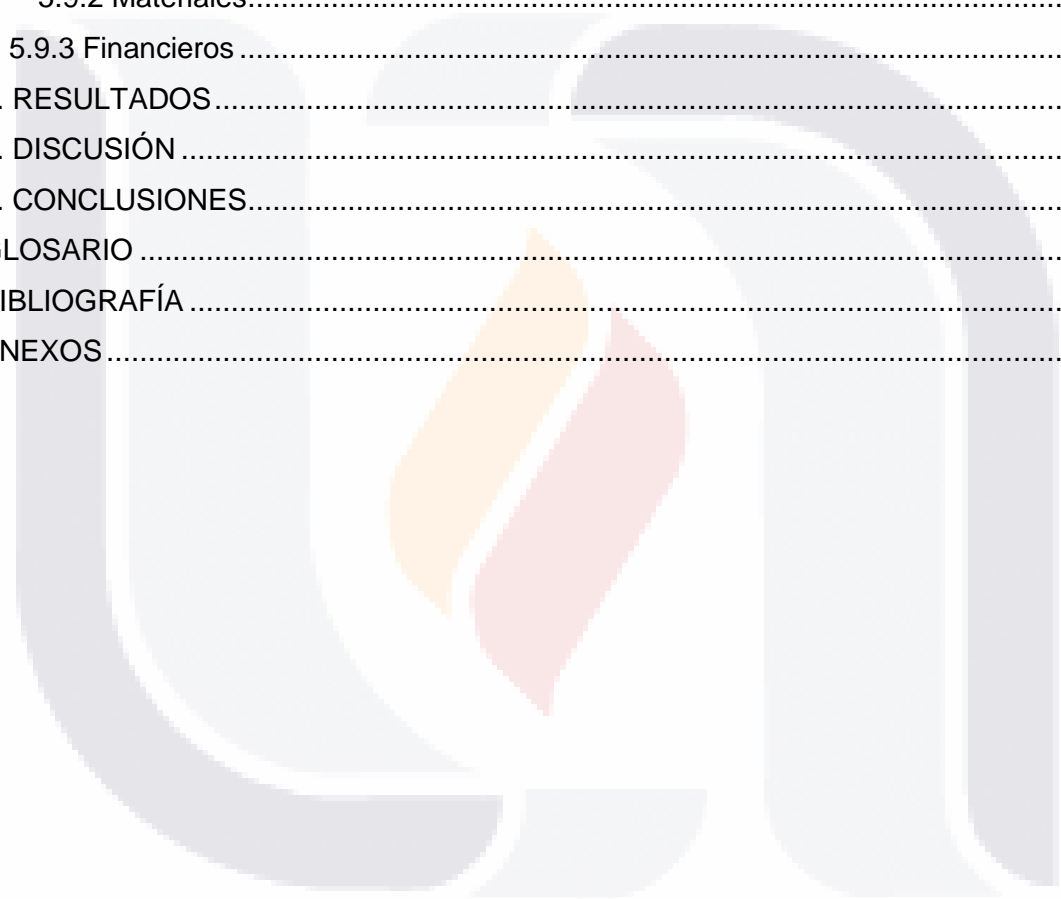
- A mis padres y hermanas por su amor y apoyo incondicional.
- A Sergio por ser mi compañero de vida e impulsarme a ser mejor cada día.
- A mi asesor de investigación de investigación de tesis Dr. Javier Góngora por su paciencia, tiempo y profesionalismo.
- A mi asesora clínica Dra. Pilar García Huizar, por su interés en mi persona y compartir su experiencia.
- A mis amigos de la residencia: Teresa, Manuel y Criserio, por ser mi soporte diario y ser mi familia en este camino.



## ÍNDICE DEL CONTENIDO

ÍNDICE DEL CONTENIDO.....	1
ÍNDICE DE TABLAS .....	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	5
RESUMEN .....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Definición.....	9
2.2 Epidemiología.....	9
2.3 Etiología.....	10
2.4 Factores de riesgo.....	11
2.5 Evaluación diagnóstica .....	11
2.6 Tratamiento .....	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3.1 Descripción del problema.....	14
3.2 Magnitud del problema .....	14
3.3 Trascendencia .....	14
3.4 Factibilidad .....	15
3.5 Pregunta de investigación.....	15
4. OBJETIVOS.....	16
4.1 Objetivo general.....	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
5. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.....	17
5.1 Tipo, diseño y características del estudio.....	17
5.2 Población en estudio.....	17
5.3 Criterios de selección.....	17
5.3.1 Criterios de Inclusión.....	17
5.3.2 Criterios de Exclusión.....	17
5.3.3 Criterios de Eliminación.....	17
5.4 Descripción de las variables .....	18
5.5 Selección de la muestra.....	21

5.6 Recolección de la información .....	22
a) Instrumento(s) .....	22
b) Logística .....	24
5.7 Análisis estadístico .....	25
5.8 Consideraciones éticas .....	25
5.9 Recursos para el estudio .....	25
5.9.1 Humanos .....	25
5.9.2 Materiales .....	25
5.9.3 Financieros .....	25
6. RESULTADOS .....	26
7. DISCUSIÓN .....	60
8. CONCLUSIONES .....	62
GLOSARIO .....	63
BIBLIOGRAFÍA .....	66
ANEXOS .....	68



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. contingencia de desesperanza. ....	42
Tabla 2. Pruebas de chi cuadrado.....	43
Tabla 3. Tabla de contingencia de depresión. ....	43
Tabla 4. Pruebas de chi cuadrado.....	44
Tabla 5. . Estadísticos de grupo. ....	44
Tabla 6. Tabla de contingencia de edad y depresión.....	45
Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado.....	45
Tabla 8. Tabla de contingencia de edad y desesperanza. ....	46
Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado.....	46
Tabla 10. Tabla de contingencia de violencia y desesperanza. ....	47
Tabla 11. Pruebas de chi cuadrado.....	47
Tabla 12. Tabla de contingencia de violencia y depresión.....	48
Tabla 13. Pruebas de chi cuadrado.....	48
Tabla 14. Tabla categórica entre apoyo económico y desesperanza. ....	49
Tabla 15. Pruebas de chi cuadrado.....	49
Tabla 16. Tabla categórica entre apoyo económico y depresión. ....	49
Tabla 17. Pruebas de chi cuadrado.....	50
Tabla 18. Tabla de contingencia entre enfermedades crónicas y depresión.....	50
Tabla 19. Pruebas de chi cuadrado.....	51
Tabla 20. Tabla de contingencia entre número de hospitalizaciones y desesperanza. ....	51
Tabla 21. Pruebas de chi cuadrado.....	52
Tabla 22. Tabla de contingencia entre número de hospitalizaciones y depresión.....	52
Tabla 23. Pruebas de chi cuadrado.....	53
Tabla 24. contingencia entre tiempo de diagnóstico y desesperanza. ....	53
Tabla 25. Pruebas de chi cuadrado.....	54
Tabla 26. Tabla de contingencia entre tiempo de diagnóstico de IRC y depresión. ....	54
Tabla 27. Pruebas de chi cuadrado.....	55
Tabla 28. Tabla de contingencia entre recibir tratamiento sustitutivo y desesperanza.....	55
Tabla 29. Pruebas de chi cuadrado.....	56
Tabla 30. Tabla de contingencia entre recibir tratamiento sustitutivo y depresión. ....	56

Tabla 31. Pruebas de chi cuadrado.....57  
Tabla 32. Tabla de contingencia entre desesperanza y vivir acompañado. ....57  
Tabla 33. Pruebas de chi cuadrado.....58





## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad del total de la población. ....	30
Gráfica 2. Género del total de la población.....	30
Gráfica 3. Edad del total de la población. ....	31
Gráfica 4. . Ocupación en total de la población. ....	31
Gráfica 5. Escolaridad en total de la población.....	32
Gráfica 6. Estado Civil en total de la población.....	32
Gráfica 7. Tipo de vivienda.....	33
Gráfica 8. Con quién vive. ....	34
Gráfica 9. Dependencia económica.....	34
Gráfica 10. Orientación sexual. ....	35
Gráfica 11. Inactividad física. ....	35
Gráfica 12. Adicciones. ....	36
Gráfica 13. Enfermedades crónicas. ....	37
Gráfica 14 En tratamiento sustitutivo.....	37
Gráfica 15. Tratamiento sustitutivo empleado.....	38
Gráfica 16. Tiempo de diagnóstico de IRC. ....	38
Gráfica 17. Polifarmacia. ....	39
Gráfica 18. Número de hospitalizaciones previas.....	39
Gráfica 19. Antecedentes heredo-familiares.....	40
Gráfica 20. Intento previo de suicidio.....	40
Gráfica 21. Libido. ....	41
Gráfica 22. Violencia. ....	41
Gráfica 23. Apoyo económico. ....	42
Gráfica 24. Riesgo de suicidio.....	58
Gráfica 25. Depresión. ....	59

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La depresión es un problema común entre los pacientes con enfermedad renal terminal, aún así, es poco diagnosticada y tratada y se ha asociado a incremento en la mortalidad y morbilidad. Mientras que la prevalencia de depresión en la es del 2% al 4% la población general, un 5% a 10% en la atención primaria, y un 20% a 30% en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Los factores de riesgo que se han asociado con mayor prevalencia de depresión en éste tipo de pacientes, son edad joven, raza blanca, sexo femenino y mayor duración en la terapia de mantenimiento de hemodiálisis. <sup>(1)</sup>

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante el período de Noviembre de 2012 a Noviembre de 2013, se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se encuestaron a 39 pacientes que estuvieran hospitalizados en Hospital General Tercer Milenio, en el servicio de Medicina Interna.

**RESULTADOS:** Los pacientes incluidos tenían una edad promedio de entre 48 a 67 años de edad, de los cuales, 46.2% fueron del sexo masculino y 53.8% del sexo femenino. Con respecto al estado civil 56.4% tenían pareja y el 43.6% no tenían pareja. En cuanto a su actividad física, un 69.2% se encuentran activos. El 87.2% negaron adicciones. La pérdida de apetito, de sueño y de peso se encontró alterada de manera importante. La frecuencia de enfermedades crónicas concomitantes fueron principalmente Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2. Se encontró que el 74.4% consumían más de 5 fármacos al día. Se encontró que el 23.1% de los pacientes tenían violencia psicológica, un 7.7% algún tipo de violencia física. El 89.7% de los pacientes refirieron tener apoyo económico.

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio, se encontró en un 20.5% depresión leve, un 23.1% depresión moderada y un 30.8% depresión severa, encontrando que a mayor edad mayor riesgo de presentarla. Un 44% no tenían ningún tipo de riesgo de suicidio, mientras que un 18% leve, 22.6% moderado y 15.4% alto. Los principales factores de riesgo son: mayor edad, antecedente de violencia psicológica o física, no estar en tratamiento sustitutivo.

**ABSTRACT**

Depression is a common, underrecognized, and undertreated problem in patients with end-stage renal disease (ESRD). Depression has been associated with increased morbidity and mortality. Whereas the point prevalence of depression is 2% a 4% in the general community and 5% to 10% in the primary care setting, 20% to 30% of patients with chronic kidney disease (CKD) have clinical depression. Younger age, white race, female sex and longer duration of maintenance hemodialysis (HD) therapy were associated with a greater prevalence of depression.

**MATERIAL AND METHODS:** During the period November 2012 to November 2013 , an observational , transversal, prospective analytical study was conducted . The research comprised 39 patients who were hospitalized in Hospital General Tercer Milenio in Internal Medicine Service.

**RESULTS:** Patients included had an average age of between 48 to 67 years old, of whom 46.2 % were male and 53.8 % female . Regarding marital partner and 56.4 % had 43.6 % had no partner. In terms of physical activity, 69.2 % are currently active. 87.2 % refused addictions. Loss of appetite, sleep and weight was found significantly altered . The frequency of concomitant chronic diseases were mainly systemic hypertension and Diabetes Mellitus type 2 .It was found that 74.4% of 5 drugs consumed more daily. We found that 23.1 % of patients had psychological violence , 7.7% some form of physical violence. 89.7 % of patients reported having financial support.

**CONCLUSIONS:** In our study , was found in 20.5% mild depression, moderate depression 23.1% and 30.8% severe depression , finding that the older higher risk of presenting it . 44% did not have any risk of suicide, while 18 % mild , 22.6 % moderate and 15.4 % higher

The main risk factors are : age , history of psychological or physical violence , not in substitution treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema común entre los pacientes con enfermedad renal terminal, aún así, es poco diagnosticada y tratada y se ha asociado a incremento en la mortalidad y morbilidad. Mientras que la prevalencia de depresión en la es del 2% al 4% la población general, un 5% a 10% en la atención primaria, y un 20% a 30% en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Esta prevalencia es incluso mayor que en los pacientes con otras enfermedades crónicas, como en un 14% para la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y un 16% para enfermedades coronarias después un Infarto Agudo al Miocardio.

La depresión es un factor de riesgo independiente para reingresos hospitalarios en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva o Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

Los factores de riesgo que se han asociado con mayor prevalencia de depresión en éste tipo de pacientes, son edad joven, raza blanca, sexo femenino y mayor duración en la terapia de mantenimiento de hemodiálisis. (1)

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Definición

La depresión se define como un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo triste o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de minusvalía, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación o intentos suicidas <sup>(4)</sup>.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado  $< 60$  ml/nin/1.73 m<sup>2</sup>, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de IRC, ya sea establecido por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevadas. El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se refiere a la necesidad de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal y se corresponde en la clasificación actual con IRC estadio 5. El estadio 5 de la ERC es un FG  $< 15$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, que es en la que nos enfocaremos en este trabajo de investigación. <sup>(2)</sup>.

### 2.2 Epidemiología

La prevalencia de depresión en la población general es del 2-10% y es incierta en los pacientes con IRC, se estima que un 20% en pacientes con enfermedad renal crónica cursan con depresión; una prevalencia incluso más alta que reportada en otras enfermedades crónicas como diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva <sup>(4)</sup>.

La depresión es la patología psiquiátrica más común entre los pacientes con insuficiencia renal crónica, aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida. La experiencia de

múltiples pérdidas, incluyendo la función renal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos éstos, influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento <sup>(5)</sup>.

En México se estima actualmente un costo de 2% del presupuesto del servicio nacional de salud para la insuficiencia renal crónica. Para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con insuficiencia renal crónica terminal será doble. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se estima que 8.3 millones de mexicanos padecen insuficiencia renal crónica terminal moderada, 102,000 la tienen en fase sustitutiva y 35,000 reciben terapia sustitutiva en la actualidad. Se estima que un 30% del costo operativo de la Región Occidente del IMSS se destina a la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en fase sustitutiva <sup>(2)</sup>. Dentro de las causas de IRC se encuentran la glomerulosclerosis diabética, nefrosclerosis hipertensiva, enfermedad glomerular, enfermedad tubulointersticial, enfermedad vascular y enfermedades quísticas. El pronóstico de los pacientes con IRCT es pobre, el porcentaje de mortalidad de los pacientes sometidos a diálisis es de aproximadamente 20% anual, siendo superior a la de los pacientes con cáncer colorrectal y sólo similar a los pacientes con cáncer de pulmón. La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de mortalidad en los casos de ERC. Otros factores contribuyentes son diabetes, anemia, homocisteína elevada, las concentraciones de lipoproteínas de baja densidad, las calcificaciones vasculares y otros factores no bien identificados <sup>(4)</sup>.

### **2.3 Etiología**

Se han propuesto factores biológicos específicos y del comportamiento que se han propuesto como mecanismos relacionados entre la IRC y la depresión. Estos factores incluyen influencias genéticas entre la depresión y enfermedades cardíacas isquémicas observadas en estudios de gemelos, que alteran el tono autonómico como una disminución en el gasto cardíaco que influye en la secreción de cortisol y norepinefrina por acción del eje hipotálamo-pituitario. Los síntomas depresivos también se han asociado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con una disminución en los niveles de albúmina sérica. La relación entre la depresión y la inflamación parece ser bidireccional. (1)

Además, la IRCT genera una exposición a *estresores* psicológicos cómo lo son la severidad de síntomas por la misma enfermedad, dolor e insomnio, necesidad de someterse a un régimen dietético, diálisis sistemática o necesidad en el cambio del estilo de vida y deterioro en la calidad de vida. (14)

## **2.4 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo que se han asociado con la depresión son: tener el diagnóstico de IRC en jóvenes, raza blanca, sexo femenino y mayor duración de la terapia de mantenimiento de hemodiálisis. Parece existir una relación de varias condiciones de comorbilidad como diabetes mellitus, enfermedades coronarias y cerebrovasculares, enfermedad vascular periférica, enfermedades pulmonares e hipoalbuminuria. Esta relación es similar que la que se ha observado en la población médica general. La baja calidad de vida que se ha correlacionado contribuye a los síntomas depresivos. (1)

El factor hereditario de la depresión mayor se encuentra entre 31 y 42%. El trastorno se debe al desajuste bioquímico de ciertos neurotransmisores o aminas biógenas: la síntesis de noradrenalina y serotonina sufren alteraciones en las personas con depresión. También existen factores externos implicados en los trastornos del estado de ánimo, pues se considera que la depresión es el resultado de influencias genéticas, ambientales y psicosociales (12)

Los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60 % (14).

## **2.5 Evaluación diagnóstica**

El Inventario de Depresión de Beck consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la

depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

La Escala de Desesperanza de Beck está basada en una visión cognitiva de la Desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con 2 opciones de respuesta, Verdadero o Falso. No tiene tiempo de límite de aplicación, pero generalmente toma de 5 a 10 minutos. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo 0.

## **2.6 Tratamiento**

Sólo una minoría de los pacientes en diálisis crónica recibe un adecuado diagnóstico de depresión y tratamiento. Algunos estudios reportan que sólo de un 16 a 20% de los pacientes con enfermedad renal crónica y depresión se les prescriben antidepresivos. <sup>(7)</sup> Shulman & Cols investigaron la sobrevida a dos años en pacientes en hemodiálisis y encontraron que aquellos con un índice de depresión de Beck < 14 tenían una sobrevida de 85%, mientras que aquellos con un índice de 25 o más tenían una sobrevida de 25%. El suicidio contribuye a la tasa de mortalidad en este tipo de paciente. El riesgo suicida en episodio depresivo mayor se estima es de 3.4% entre los pacientes en diálisis se estima en u 0.2 de las muertes que ocurren por cada 1000 pacientes anuales, esto representa que el 84% de la población en diálisis tiene riesgo suicida en comparación con la población en general. El 20% de los pacientes deciden retirarse de la diálisis y esto es considerado como un intento suicida.

Los medicamentos antidepresivos más útiles en la insuficiencia renal crónica son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) así como los tricíclicos, siendo los primeros los de primera línea. Los tricíclicos se reservan para la depresión resistente al tratamiento. De los ISRS la fluoxetina es el medicamento que más sea estudiado de este grupo y se ha probado no ser tóxico y eficaz en pacientes con depresión e IRC. La sertralina no ha sido ampliamente estudiada como la fluoxetina, pero es metabolizada en el hígado al igual que la fluoxetina y la excreción de la droga por orina es mínima. Se ha usado para prevenir la hipotensión en pacientes en diálisis. El



citalopram, muestra cinética similar a la de la sertralina y fluoxetina; en el caso de administración de paroxetina se debe ajustar la dosis, iniciándose generalmente con 10 mg. Los medicamentos que deben de evitarse en estos casos so la nefazodona, venlafaxina, bupropión. Dentro de las alternativas terapéuticas se encuentra la Terapia Conductiva Conductual <sup>(8)</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### ***3.1 Descripción del problema***

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal padecen de múltiples síntomas emocionales y experimentan deterioro en su calidad de vida.

La depresión en este tipo de pacientes es infra diagnosticada y esto conlleva a mayor número de hospitalizaciones relacionándose con mayor mortalidad.

#### ***3.2 Magnitud del problema***

La prevalencia de los trastornos afectivos en pacientes con IRC difiere, según diversos autores, entre 25 y 50% y algunos llegan hasta el 70% .Aunque la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidio, expresados en la no adherencia al tratamiento, al incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Esto conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad <sup>(9)</sup>

#### ***3.3 Trascendencia***

Existe una asociación significativa entre depresión y mortalidad en pacientes con IRC e IRCT.

El desarrollo de depresión influye de manera adversa en la salud general del paciente y en su grado de cooperación hacia su tratamiento, aumentando la duración y frecuencia en las hospitalizaciones así como un riesgo mayor de cometer suicidio.

También se ha asociado a la depresión con enfermedades somáticas que causan que el paciente abandone los tratamientos, así como mayor uso de los servicios médicos, mayor intensidad de miedo y exposición al estrés, además de trastornos en el sueño.

Otros factores asociados a la depresión es el mayor consumo de cigarrillos así como el de desarrollar desórdenes alimenticios.

La depresión en este tipo de pacientes, frecuentemente no están diagnosticados o tratados. Algunos de los factores que pudieran influir en lo previamente señalado, es que muchos síntomas como fatiga, cefalea, insomnio, pérdida de apetito se pudieran atribuir a la Insuficiencia Renal Crónica Terminal y no como síntomas somáticos. Además de que cambios en el temperamento pudieran interpretarse como una reacción “natural” por su condición médica. (13)

### ***3.4 Factibilidad***

Es posible realizar el estudio, debido a que la mayoría de los pacientes presentan estancias prolongadas y se cuenta con los recursos humanos y financieros para realizarlo; además que no se cuenta con estadísticas de relación de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica Terminal y depresión dentro del Hospital General Tercer Milenio (HGTM).

En el presente estudio se analiza los factores de riesgo asociados a síntomas de depresión y desesperanza en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HGTM.

### ***3.5 Pregunta de investigación***

Debido a lo anteriormente expuesto nos realizamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a la depresión y desesperanza en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hospital Tercer Milenio, Aguascalientes?

## 4. OBJETIVOS

### ***4.1 Objetivo general***

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión y desesperanza en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hospital General Tercer Milenio, Aguascalientes.

### ***4.2 Objetivos específicos***

- Establecer prevalencia de IRCT de noviembre 2012 a noviembre 2013 en Hospital General Tercer Milenio.
- Medir la prevalencia de depresión en pacientes con IRCT mediante el Inventario de Depresión de Beck en el Hospital General Tercer Milenio.
- Medir la prevalencia de desesperanza en pacientes con IRCT mediante la Escala de Desesperanza de Beck en el Hospital General Tercer Milenio.
- Conocer en qué grupo de edad es más prevalente la depresión y desesperanza.

## 5. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

### 5.1 Tipo, diseño y características del estudio

-Observacional, transversal, prospectivo y analítico.

### 5.2 Población en estudio

- Todos aquellos pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Tercer Milenio, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal de al menos 3 meses de evolución, que se encontraran hospitalizados del mes de noviembre del año 2012 a noviembre de 2013.

### 5.3 Criterios de selección

#### 5.3.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años con o sin tratamiento sustitutivo, con o sin complicaciones de la misma enfermedad, con o sin comorbilidades, con la habilidad de contestar el cuestionario que tengan 3 meses o más con el diagnóstico.

#### 5.3.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con trastorno depresivo bajo tratamiento.
- Pacientes con otras patologías psiquiátricas.
- Pacientes con Encefalopatía urémica.
- Pacientes con insuficiencia respiratoria.

#### 5.3.3 Criterios de Eliminación:

- Pacientes con encuestas incompletas
- Pacientes con encuestas ilegibles.

#### **5.4 Descripción de las variables**

- Factores de riesgo para Síntomas Depresivos
  - Definición operacional:  
Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona presente síntomas depresivos
  - Tipo de variable: cualitativa nominal
  - Unidades: si o no
  
- Síntomas depresivos
  - Definición operacional:  
Síntomas relacionados con un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
  - Tipo de variable: Categórica ordinal.
  - Unidades: sin depresión, depresión leve, depresión moderada o depresión severa.
  
- Edad:
  - Definición Operacional:  
Cantidad de tiempo transcurrido del nacimiento hasta la fecha del estudio de investigación.
  - Tipo de Variable: cuantitativa discreta
  - Unidades: años
  
- Género:
  - Definición Operacional:  
División del género humano en dos grupos: mujer u hombre
  - Tipo de Variable: cualitativa nominal
  - Unidades: masculino / femenino
  
- Ocupación:
  - Definición Operacional:  
Empleo o trabajo:

- Tipo de Variable: cualitativa nominal
- Unidades: hogar, oficio, comerciante, etc.

- Escolaridad:

- Definición Operacional:

Es el periodo de tiempo que se ha pasado recibiendo educación, desde preescolar hasta la fecha del estudio.

- Tipo de Variable: cualitativa ordinal

- Unidades: primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, técnica, analfabeta

- Estado Civil:

- Definición Operacional:

Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

- Tipo de Variable: cualitativa nominal

- Unidades: Soltero, Unión Libre, Divorciado, Casado, Viudo

- Adicciones:

- Definición Operacional:

Uso habitual y dañino de tóxicos, drogas o estupefacientes. Se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y a veces también física.

- Tipo de Variable: cualitativa nominal

- Unidades: si o no

- Hipertensión Arterial:

- Definición Operacional:

Es la elevación persistente de la presión arterial (PA) por encima de los límites considerados normales.

- Tipo de Variable: cualitativa nominal

- Unidades: si o no

- Diabetes Mellitus:

- Definición Operacional:

Trastorno metabólico que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre.

-Tipo de Variable: cualitativa nominal

-Unidades: si o no

- **Cardiopatías:**

-Definición Operacional:

Es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente.

-Tipo de Variable: cualitativa nominal

-Unidades: si o no

- **Insuficiencia Renal Crónica:**

-Definición Operacional: se define en base a los siguientes criterios: 1. Daño renal por 3 o más meses, es definida por anomalías funcionales o estructurales del riñón, con o sin decremento del GFR (Tasa del filtrado Glomerular), manifestado por: Anormalidades patológicas o Marcado daño renal, incluidas anomalías en la composición de orina o sangre, anomalías en imágenes. 2. GFR  $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  por 3 meses o más, con o sin daño renal

-Tipo de Variable: cualitativa nominal

-Unidades: si o no

- **Intento de Suicidio:**

-Definición Operacional:

Acto consciente de auto aniquilación que se produce por un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución.

-Tipo de Variable: cualitativa nominal

-Unidades: si o no



## 5.5 Selección de la muestra

### a) Tipo

Se realizó un muestro no probabilístico, por casos consecutivos conforme se identificaban y cumplían con los criterios de selección.

### b) Tamaño

Se realizó un estudio con 39 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (ERCT)

- Se calculó el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula (para calcular la prevalencia de una variable en una población):

-

$$N = \frac{(Z \alpha)^2 + (p)(q)}{(\delta^2)}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor de α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96.

## **5.6 Recolección de la información**

### **a) Instrumento(s):**

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

#### *Descripción*

- Evalúa la gravedad del cuadro depresivo.
- Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.
- El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

#### *Corrección e Interpretación*

En la versión de 21 ítems, el valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distintivo.

- Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce; 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido) ;3 (ya no puedo soportar esta pena) ; 2 (tengo siempre como una pena encima...).
- Ítem 2: 1-2-0-2-3
- Ítem 3: 3-1-2-0-2
- Ítem 4: 2-1-1-0-3
- Ítem 5: 1-2-2-3-0
- Ítem 6: 1-3-0-2-3
- Ítem 7: 1-1-2-2-0
- Ítem 8: 0-2-3-2-1
- Ítem 9: 1-2-2-3-2-0
- Ítem 10: 0-3-2-1
- Ítem 11: 0-1-2-3
- Ítem 12: 3-1-0-2
- Ítem 13: 1-0-3-2
- Ítem 14: 1-3-0-2
- Ítem 15: 0-1-3-2-1
- Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3
- Ítem 17: 1-2-0-3
- Ítem 18: 3-1-2-0
- Ítem 19: 0-1-2-3

-Ítem 20: 2-1-0-3

-Ítem 21: 1-3-2-0

La versión 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

-Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10.9 puntos

-Depresión leve: puntuación media de 18.7

-Depresión moderada: puntuación media de 25.4

-Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

### *Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)*

#### *Descripción*

-La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

-Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

-Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

-Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

-Es un instrumento autoaplicado.

#### *Corrección e interpretación*

-Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes;

\*Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)

\*Factor motivacional (pérdida de motivación)

\*Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

-La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

-La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

-La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumándolos ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

-La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

-En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

\*0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.

-0-3: ninguno o mínimo

-4-8: leve

\*9-20: riesgo alto de cometer suicidio.

-9-14: moderado

-15-20 alto.

**b) Logística:**

- Posterior a escribir el protocolo de investigación, se sometió a su autorización por el Comité Local de Investigación del ISSEA, una vez aprobado, se realizará una junta informativa y de autorización con el Director y jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital General Tercer Milenio. Posteriormente se procede a invitar a participar al estudio a los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Tercer Milenio, para realizar diagnóstico de Depresión, con fecha de reclutamiento de noviembre de 2012 a noviembre de 2013. Al paciente se le informará sobre el estudio y firmará una carta de consentimiento bajo información.
- Se realizaron los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck y Escala de Desesperanza de Beck. Concluida la recolección de información, se llevará a cabo un análisis estadístico para la obtención de resultados, conclusión, discusión y difusión del proyecto de investigación mediante una tesis para la obtención de grado de especialidad en Medicina Integrada y publicación en revista científica estatal.

## **5.7 Análisis estadístico**

-Se realizará estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, frecuencias simples y porcentajes para las cualitativas. Para el cálculo de la prevalencia de de depresión y desesperanza, se aplicará la fórmula matemática de prevalencia.

-La estadística inferencial correrá a cargo de las pruebas de asociación entre el grupo de pacientes con depresión o desesperanza y el grupo que no las presentan, tomando en consideración un valor de  $p < 0.05$  y un riesgo (e intervalos de confianza) mayor a la unidad para considerar a un factor como de riesgo.

## **5.8 Consideraciones éticas**

El presente estudio se apega a los tratados internacionales (Informe Belmont y tratado de Helsinki, Finlandia) de bioética, así como a la Ley General de Salud mexicana en materia de experimentación en seres humanos.

## **5.9 Recursos para el estudio**

### **5.9.1 Humanos**

- Asesores Médicos de Investigación y Clínicos, Medico Residente de Medicina Integrada.

### **5.9.2 Materiales**

- Computadora, impresora, hojas de papel, bolígrafos, paquete de análisis estadístico.

### **5.9.3 Financieros**

- Los propios de los investigadores y del ISSEA.

## 6. RESULTADOS

Los pacientes incluidos tenían una edad promedio de entre 48 a 67 años de edad, de los cuales, 46.2% fueron del sexo masculino y 53.8% del sexo femenino. La escolaridad de mayor prevalencia fue la primaria. Con respecto al estado civil 56.4% tenían pareja estable (casado y unión libre) y el 43.6% no tenían pareja (soltero, viudo, divorciado). En la ocupación 41% fueron amas de casa, 33.3% desempleados, 17.9% con un oficio, 5.1% comerciante y 2.6% otra ocupación. Se encontró que 66.7% tenían vivienda propia, 25.6% prestada y un 7.7% rentada, de las cuales un 61.5% era vivienda tipo urbana, un 33.3% suburbana y sólo un 5.1% tipo rural.

El 43.6% viven con sus parejas e hijos, 25.6% con sus padres, 10.3% sólo con sus hijos, 7.7% sólo con su pareja y el 12.8% solos. El 87.2% dependen económicamente de alguien y el 12.8% aún son independientes. En cuanto a su actividad física, un 69.2% se encuentran activos y un 30.8% inactivos.

El 87.2% negaron adicciones. Un 5.1% consumían marihuana, y un 2.6% habían tenido consumo de cocaína y un 2.6% con alcoholismo y tabaquismo. La presencia de estado de ánimo triste, estuvo ausente en un 20.5% de los pacientes, el resto refirió algún tipo de tristeza. El pesimismo se encontró en 53.8% en diferentes grados. El sentimiento de fracaso en un 51.2%. La insatisfacción de logros personales se encontró en un 64.1%.

Los sentimientos de culpa se encontraron ausentes en un 61.5% y los sentimientos de estar siendo castigados en un 56.5%. El odio hacia su persona se encontró de manera leve en un 59.9%.

La autoacusación se encontró ausente en un 56.4%. El 69.2% no tuvo manifestación de ningún impulso suicida. Los períodos de llanto se encontraron ausentes en un 64.1%. El 48.7% manifestó sentirse con irritabilidad y el aislamiento social estuvo presente de manera leve en un 35.9%. Los sentimientos de indecisión estuvieron ausentes en un 41%, 38.5% leve, 2.6% moderado y 17.9% alto.

La frecuencia de desagrado en su imagen corporal estuvo presente en un 74.4% de los pacientes. La capacidad laboral la refirieron como disminuida de manera leve y moderada en un 28.2% y un 38.5% alta; encontrándose sin repercusión en la capacidad laboral sólo en un 12.8%.

Los trastornos del sueño se encontraron ausentes en un 33.3%, de manera leve en un 17.9%, de manera moderada en un 30.8% y de manera alta en un 17.9%. El cansancio fue referido de manera leve en un 38.5%, moderada en un 41% y alto en un 10.3%. La pérdida de apetito se encontró alterada de manera leve en un 53.8%, de manera moderada en un 17.9% y alta también en un 17.9%.

La pérdida de peso en los últimos 3 meses se encontró de manera leve en un 20.5% (más de 2.5 kg), moderada en un 25.6% (más de 5 kg) y alto en un 28.2% (más de 7.5 kg). La hipocondría se encontró de manera leve en un 41%, moderada en un 23.1% y alto en un 10.3%. La disminución de la libido se encontró ausente sólo en un 17.9%. El 38.5% refirieron haber perdido todo su interés en el sexo.

La frecuencia de enfermedades crónicas concomitantes fue Hipertensión Arterial Sistémica 38.5%, Diabetes Mellitus 2 (DM2) 35.9% y sólo un 2.6% tuvieron cardiopatía y depresión, y un 20.5% refirieron otra enfermedad. En cuanto al tratamiento, 89.7% se encontraban en tratamiento sustitutivo y el 10.2% aún no lo estaban. De los cuales, un 69.2% se encontraban con la modalidad de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC) y el 20.5% en Hemodiálisis. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el 66.7% tenía menos de un año con el diagnóstico, un 23.10% de 1 a 3 años, un 7.7% de 3 a 5 años y un 2.6% más de 5 años.

Se encontró que el 74.4% consumían más de 5 fármacos al día, mientras que el 25.6% no lo hacían. El 64.1% de los pacientes no tuvieron como antecedente de hospitalización previa relacionadas con la Enfermedad Renal Crónica Terminal, mientras que el 17.9% tuvieron de 1 a 3 hospitalizaciones previas, el 10.3% de 4 a 5 hospitalizaciones y un 7.7% refirieron más de 6 hospitalizaciones.

En cuanto a los antecedentes heredo-familiares, se encontró que un 76.9% refirieron Diabetes Mellitus, un 12.8% Enfermedad Renal Crónica y un 10.3% otra enfermedad.

El 100% de los pacientes negó como antecedente el intento suicida. Se encontró que el 23.1% de los pacientes había sufrido en algún momento de su vida violencia psicológica, un 7.7% algún tipo de violencia física y un 69.2% todo tipo de violencia. El 89.7% de los pacientes refirieron tener apoyo económico de algún familiar o por amistad o de alguna institución y el 10.3% negó todo tipo de apoyo.

Se evaluaron síntomas afectivos, los emotivos y los cognitivos de la Escala de Desesperanza de Beck., no encontrando diferencia de sexo en cuanto a la desesperanza. La significancia en cuanto al sexo y desesperanza no es significativa  $p = 0.426$ . También se evaluó sobre la significancia estadística en diferentes sexos relacionadas con depresión, sin encontrar significancia ( $p = .452$ ).

Se corrió una prueba *T de student* para ver si existía diferencia el sexo masculino y femenino por edad, en el aspecto afectivo., emotivo, cognitivo de la desesperanza así como en la depresión, observándose muy similares por lo que ningún valor de ( $p \leq 0.05$ ). A mayor edad se encontró mayor depresión con una diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0.113$ ) pero los resultados no son contundentes.

También se comparó el grupo de edad y el riesgo de desesperanza, no encontrando significancia estadística ( $p = 0.019$ ). Al comparar si existía una relación con desesperanza y violencia se encontró que los pacientes con depresión moderada y severa tenían como antecedente la violencia ( $p = 0.045$ ). Al igual que en la desesperanza, aquellos pacientes con violencia psicológica o física tuvieron depresión más severa ( $p = 0.26$ ). Se buscó si existía relación entre desesperanza y apoyo económico, no encontrando significancia estadística ( $p = 0.535$ )

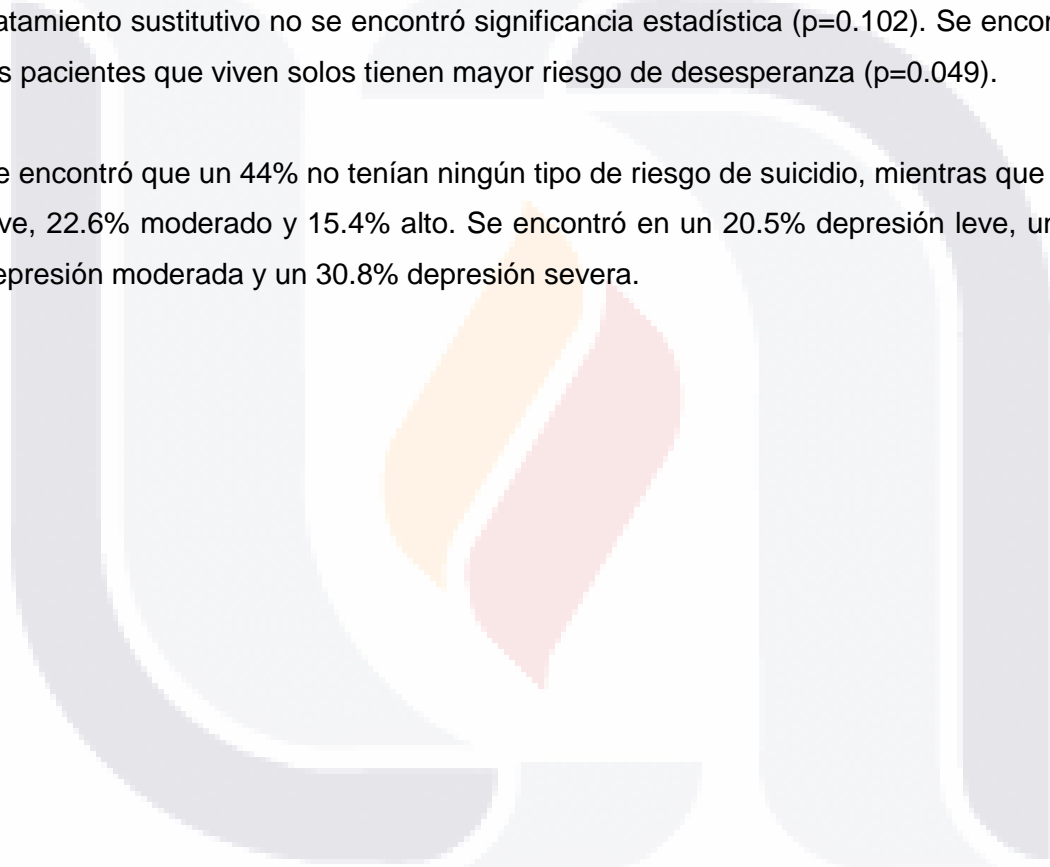
Tampoco se encontró significancia estadística de depresión entre los pacientes que recibían algún tipo de apoyo económico y los que no tenían ( $p = 0.484$ ). Tampoco se encontró significancia estadística relacionada con enfermedades crónicas y depresión ( $p = 0.489$ ).



En este estudio, no se encontró una relación entre el número de hospitalizaciones y desesperanza ( $p = 0.414$ ). No se encontró relación entre severidad de síntomas depresivos y el número de hospitalizaciones ( $p = 0.674$ ). Tampoco hubo significancia estadística entre la desesperanza y el tiempo de diagnóstico de IRC ( $p = 0.458$ ).

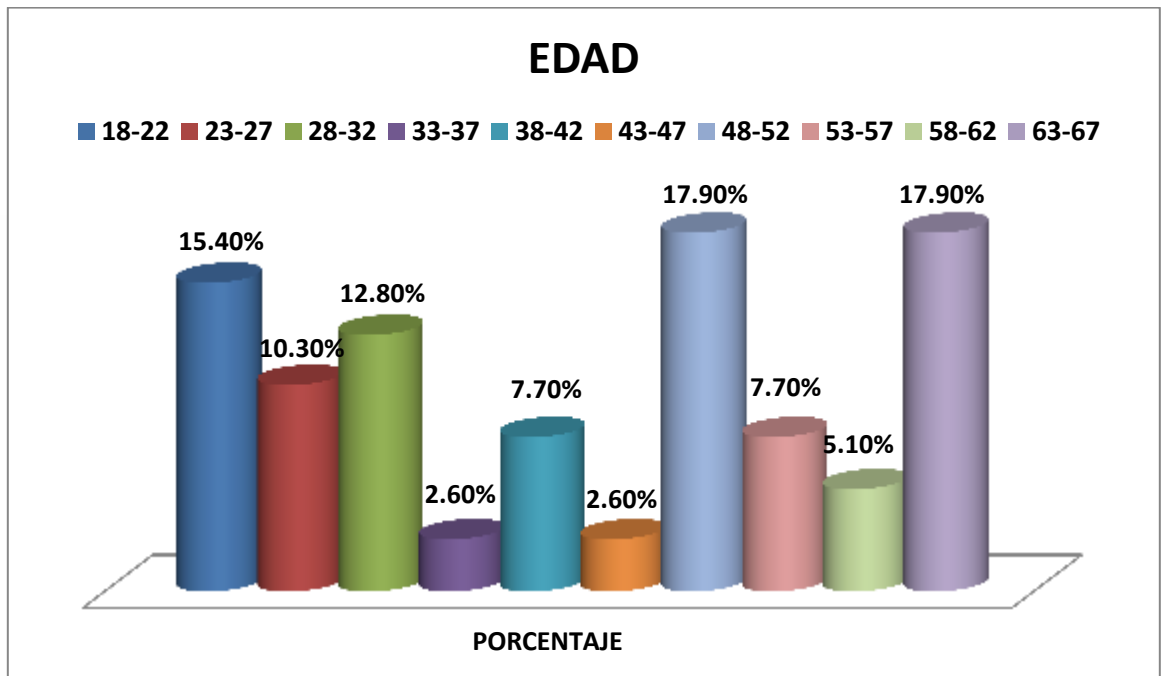
No se encontró relación entre el tiempo de diagnóstico de IRC y depresión ( $p = 0.591$ ). Se encontró mayor desesperanza en pacientes quienes no se encontraban en tratamiento sustitutivo ( $p = 0.066$ ). En cuanto a la asociación de depresión entre pacientes con o sin tratamiento sustitutivo no se encontró significancia estadística ( $p = 0.102$ ). Se encontró que los pacientes que viven solos tienen mayor riesgo de desesperanza ( $p = 0.049$ ).

Se encontró que un 44% no tenían ningún tipo de riesgo de suicidio, mientras que un 18% leve, 22.6% moderado y 15.4% alto. Se encontró en un 20.5% depresión leve, un 23.1% depresión moderada y un 30.8% depresión severa.

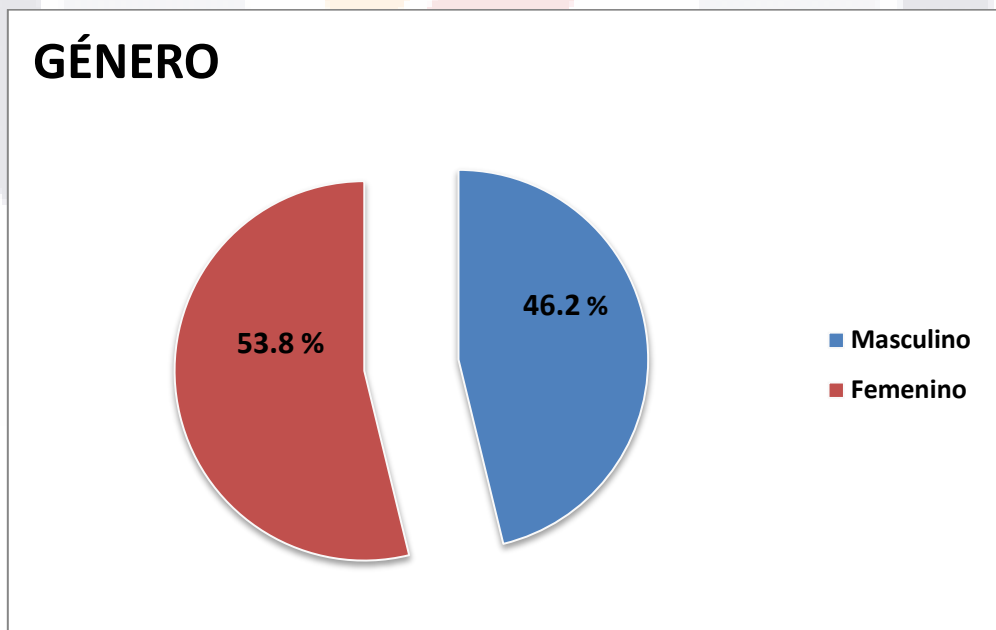


Características generales:

La edad promedio de pacientes encuestados fue de entre 48 a 67 años de edad.

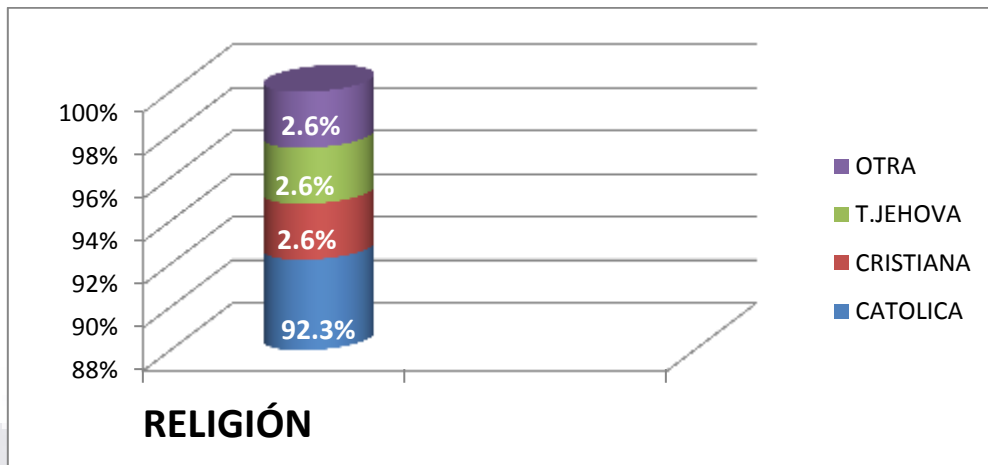


Gráfica 1. Edad del total de la población.



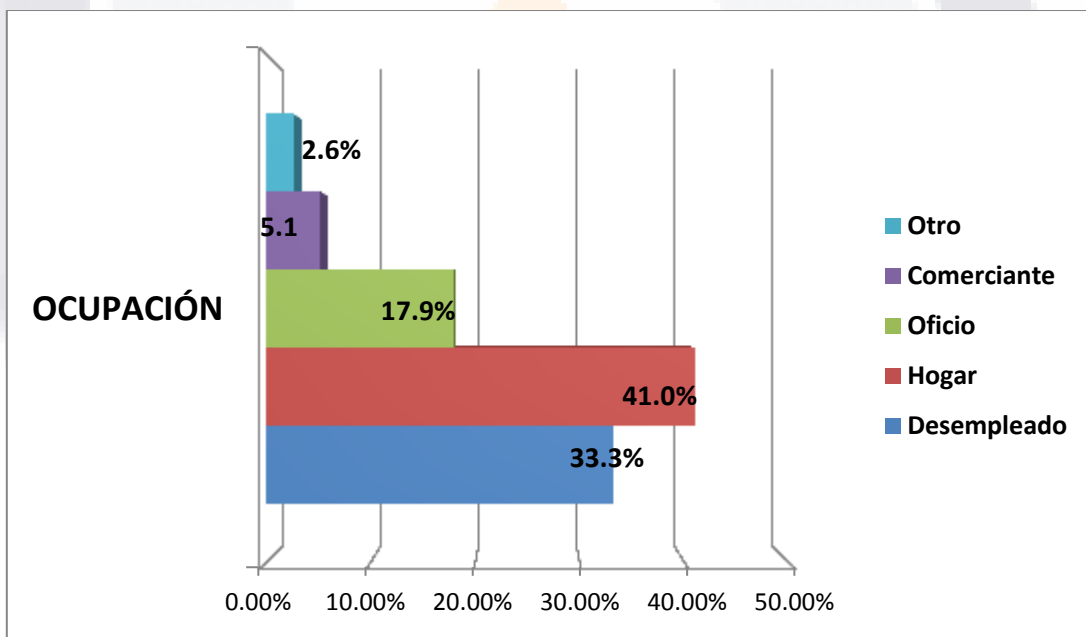
Gráfica 2. Género del total de la población.

De los pacientes encuestados el género masculino fue 46.2% vs 53.8% femenino.



Gráfica 3. Edad del total de la población.

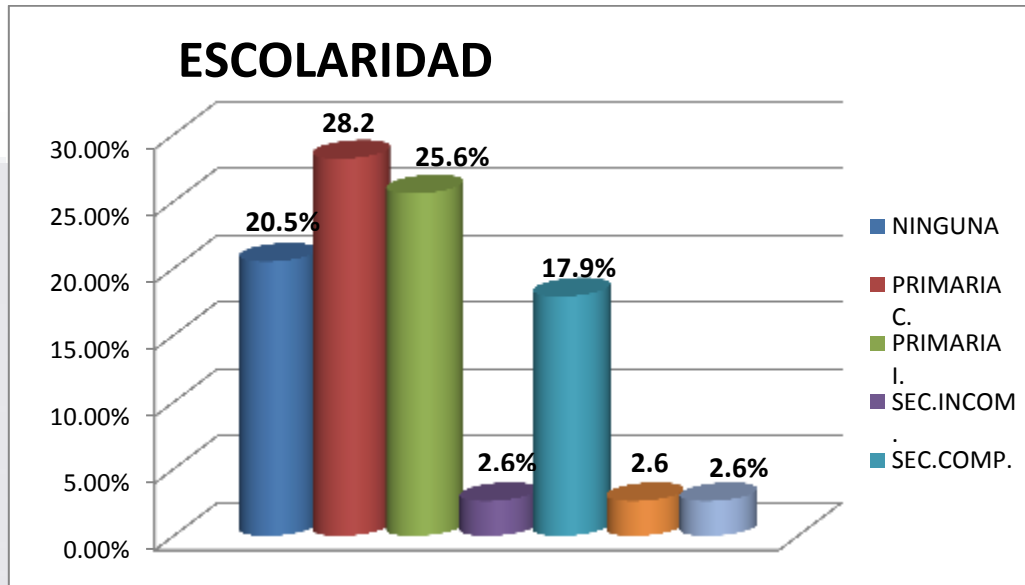
La religión católica fue la más predominante con un 92.3%



Gráfica 4. . Ocupación en total de la población.

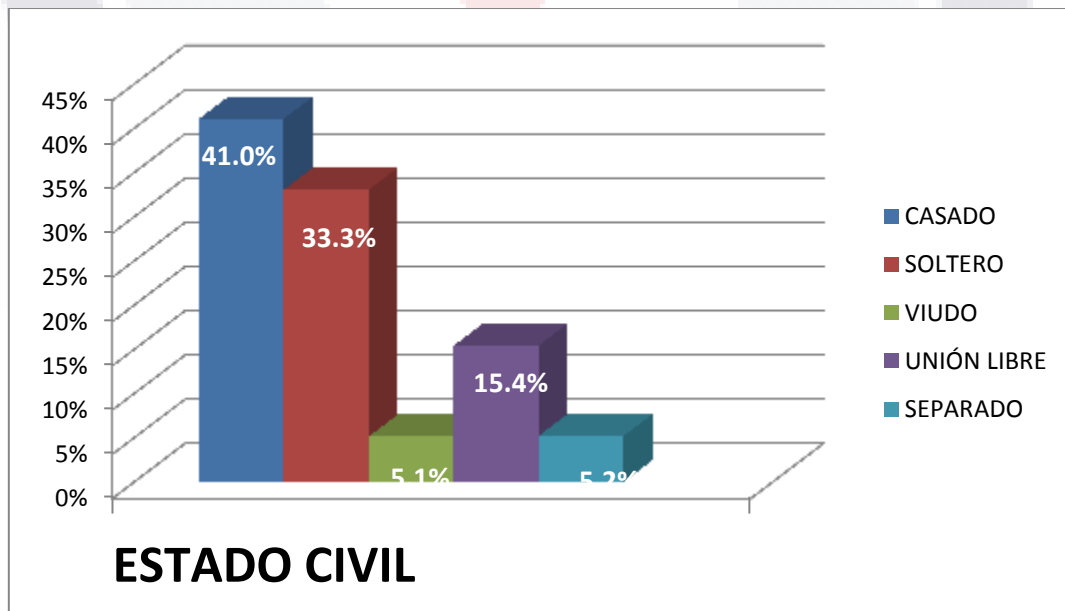
La ocupación se distribuyó en amas de casa con un 41.0%, desempleados 33.3%, con un oficio 17.9%, comerciantes con un 5.1% y otro con un 2.6%.

El 28.2% y 25.6% cursaron con primaria completa e incompleta respectivamente. Un 20.5% no tenían ningún tipo de escolaridad. Con secundaria completa se encontraron 17.9% y un 2.6% no la completó. Un paciente (2.6%) tenía bachillerato incompleto y otro completo.



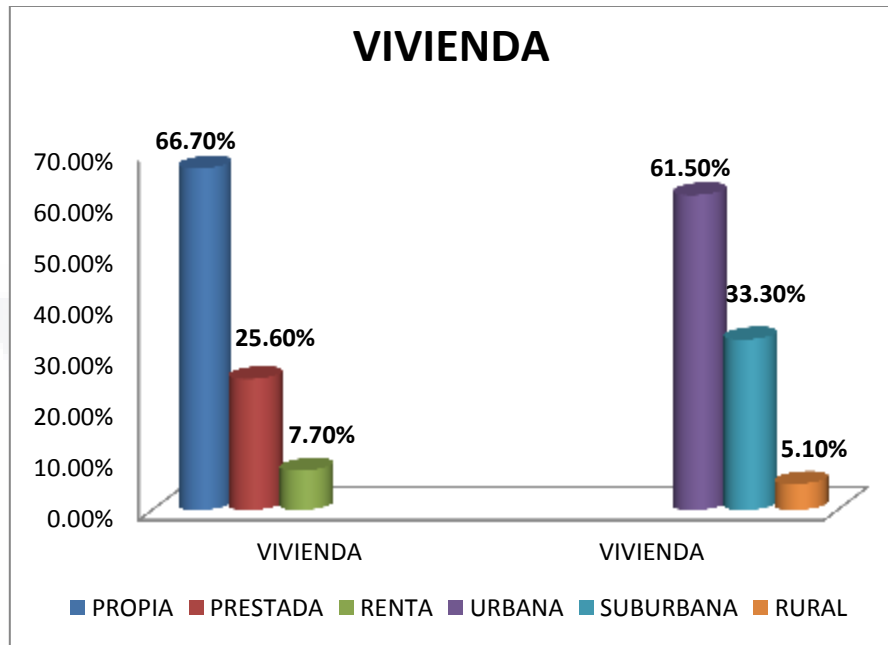
Gráfica 5. Escolaridad en total de la población.

Un 41.0% estaban casados, 33.3% solteros, 5.1% viudos, 15.4% unión libre y 5.2% separados



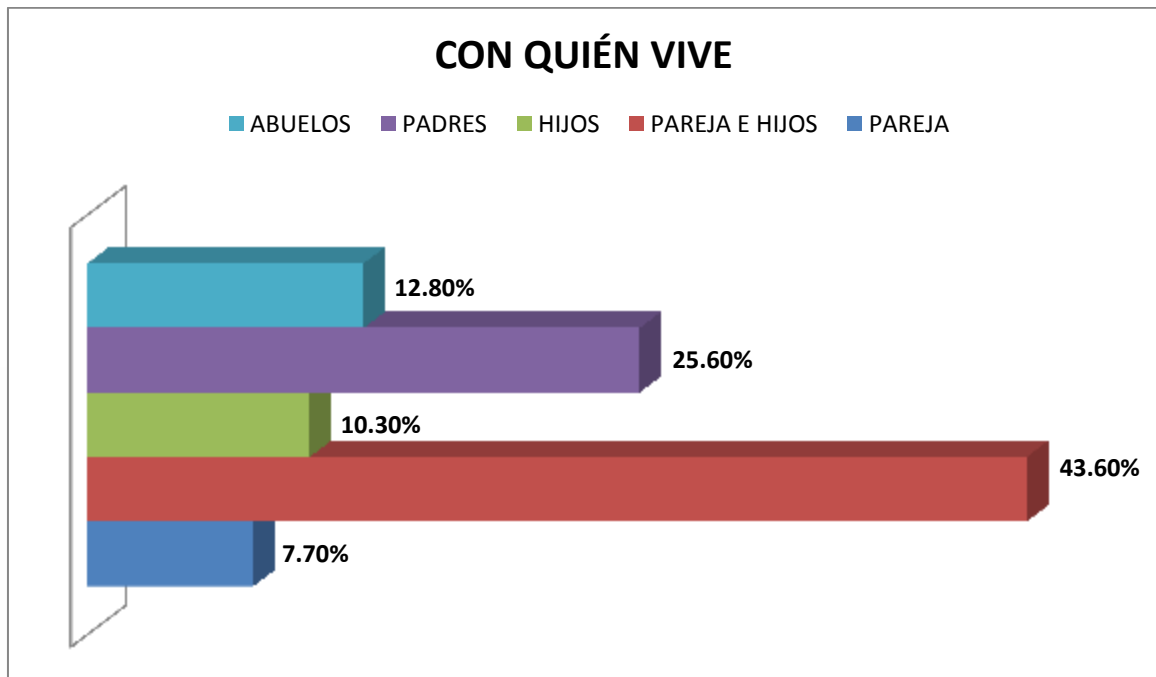
Gráfica 6. Estado Civil en total de la población.

.Se encontró que 66.7% tenían vivienda propia, 25.6% prestada y un 7.7% rentada, de las cuales un 61.5% era vivienda tipo urbana, un 33.3% suburbana y sólo un 5.1% tipo rural.



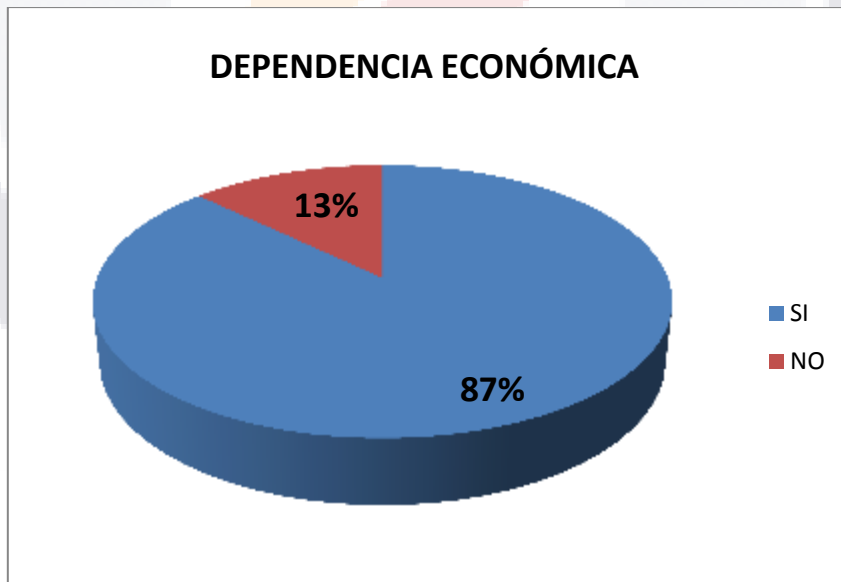
Gráfica 7. Tipo de vivienda.

El 43.6% viven con sus parejas e hijos, 25.6% con sus padres, 10.3% sólo con sus hijos, 7.7% sólo con su pareja y el 12.8% con otros.



Gráfica 8. Con quién vive.

El 87% dependen económicamente de alguien.

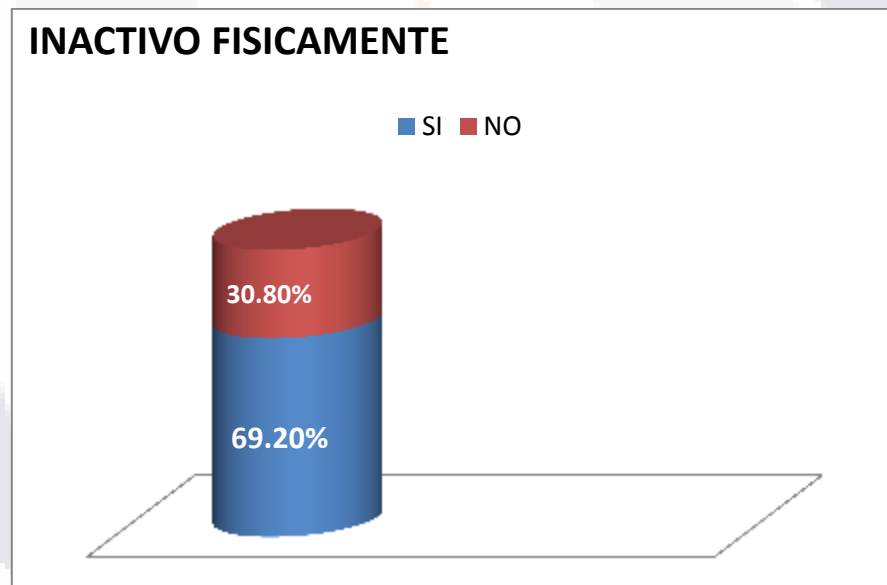


Gráfica 9. Dependencia económica.

El 100% refirieron preferencia sexual hacia el sexo opuesto.

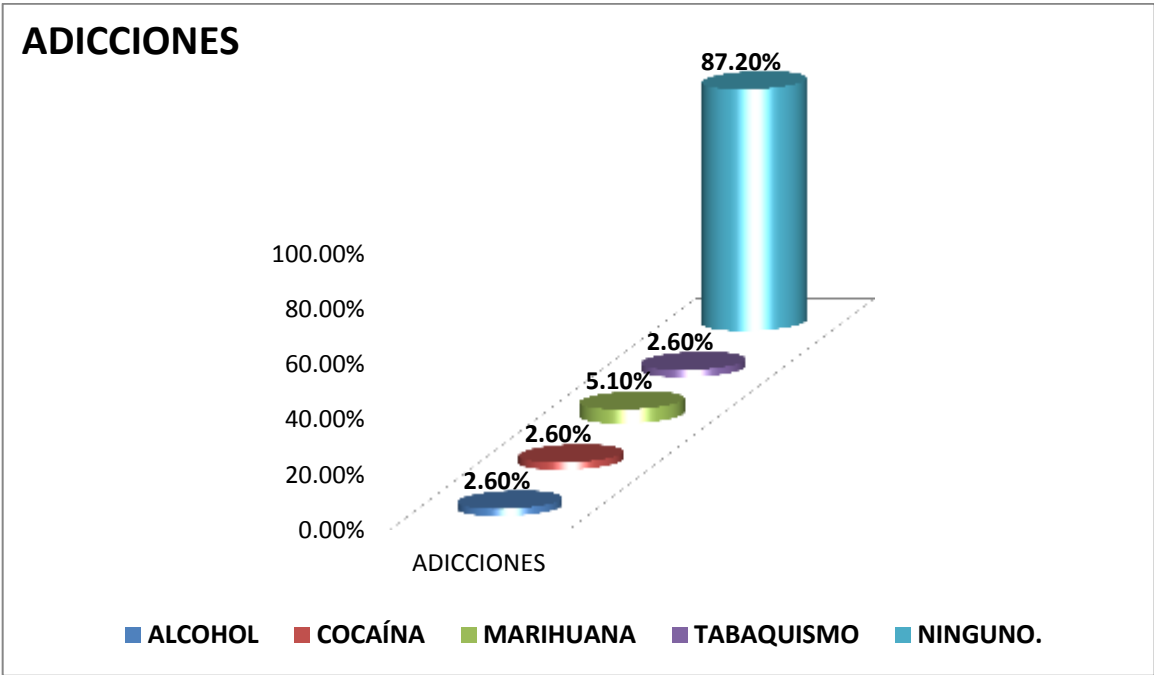


Gráfica 10. Orientación sexual.



Gráfica 11. Inactividad física.

En cuanto a su actividad física, un 69.2% se encuentran activos y un 30.8% inactivos.

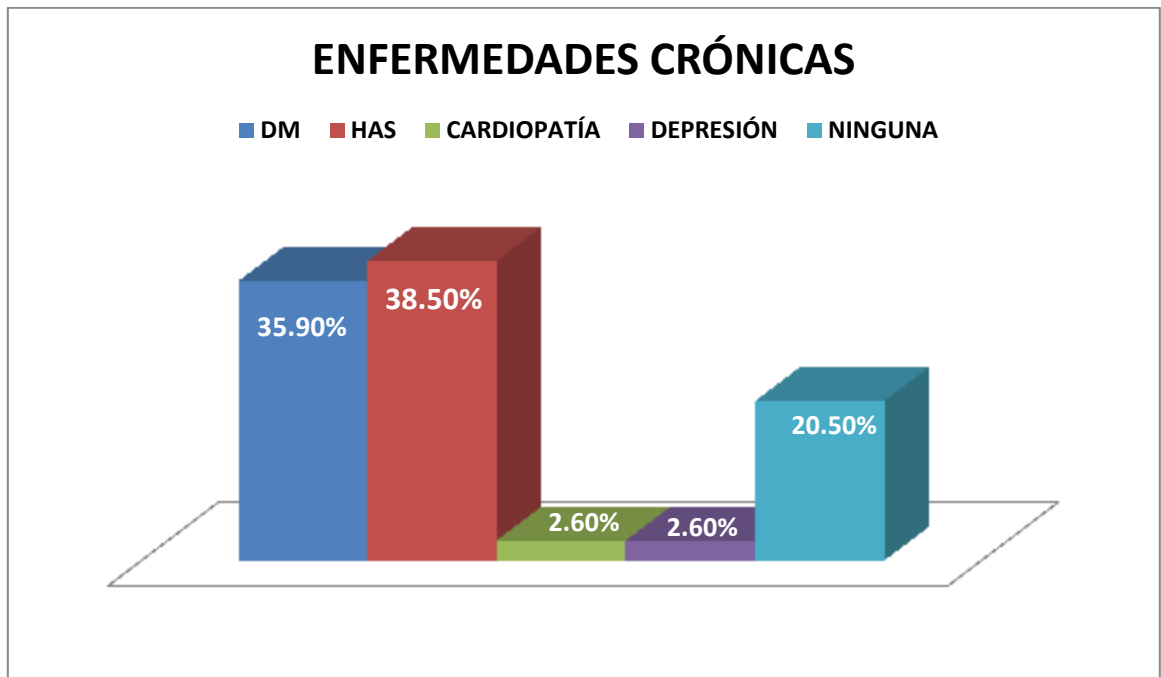


**Gráfica 12.** Adicciones.

El 87.2% negaron adicciones. Un 5.1% consumían marihuana, y un 2.6% habían tenía consumo de cocaína y un 2.6% con alcoholismo y tabaquismo.

La frecuencia de enfermedades crónicas concomitantes fue Hipertensión Arterial Sistémica 38.5%, Diabetes Mellitus 2 (DM2) 35.9% y sólo un 2.6% tuvieron cardiopatía y depresión, y un 20.5% refirieron otra enfermedad.



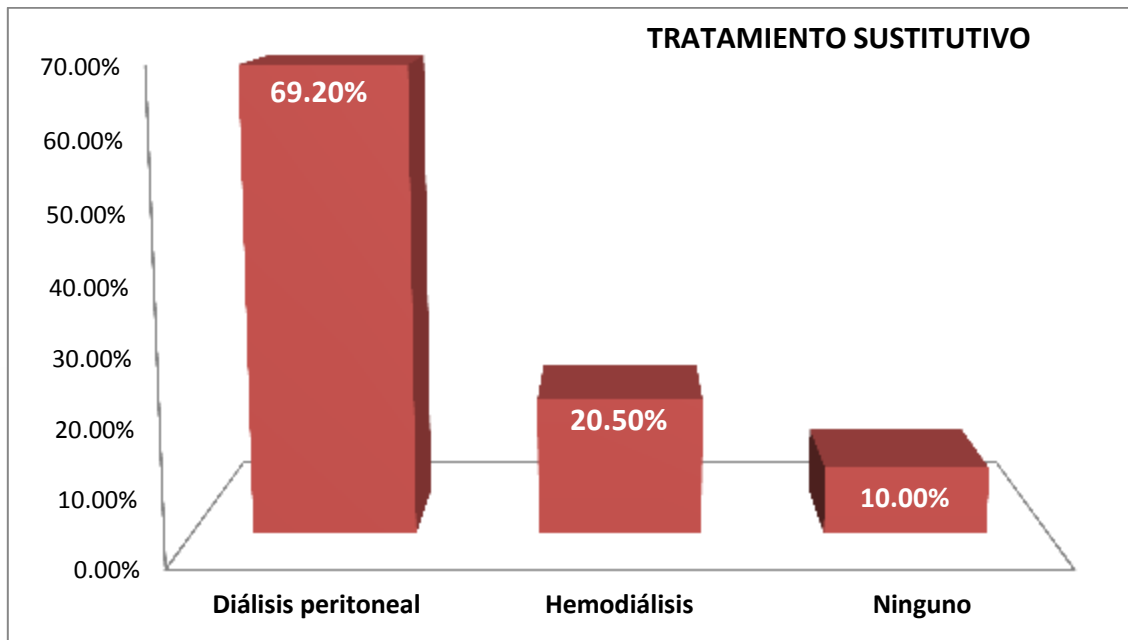


Gráfica 13. Enfermedades crónicas.

En cuanto al tratamiento ,89.7% se encontraban en tratamiento sustitutivo y el 10.2% aún no lo estaban.

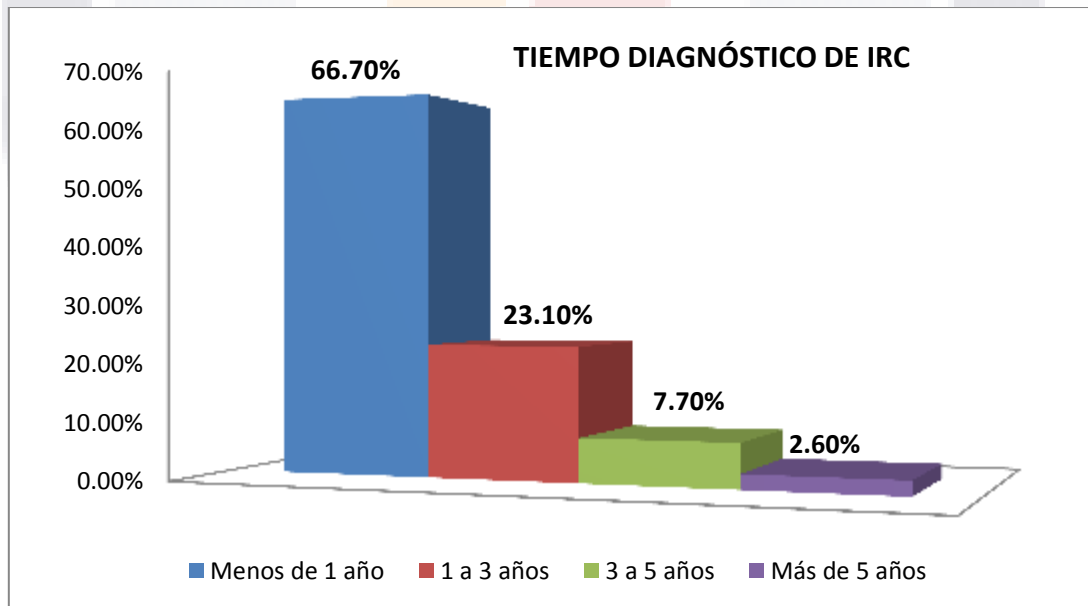


Gráfica 14 En tratamiento sustitutivo.



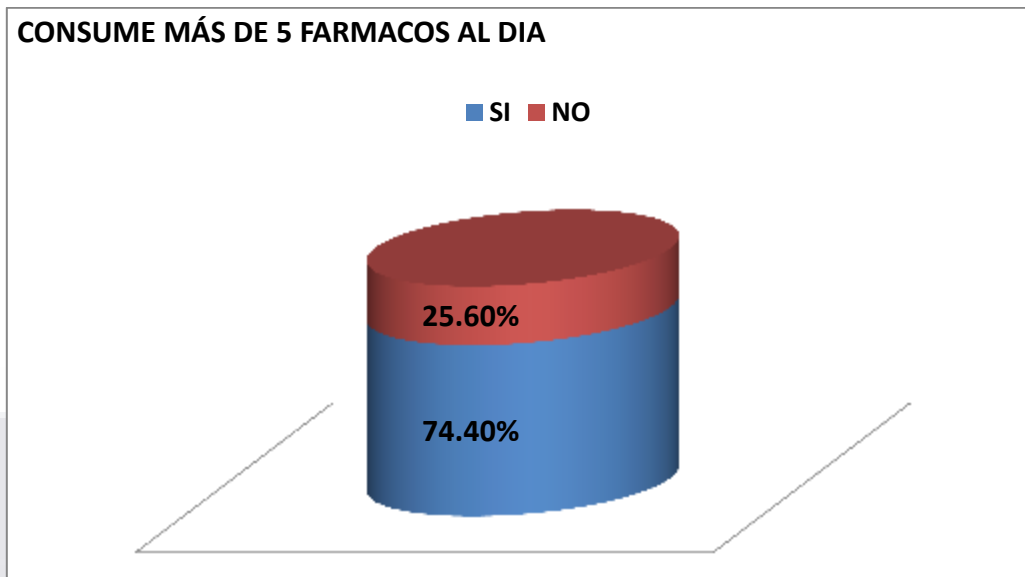
**Gráfica 15. Tratamiento sustitutivo empleado.**

Un 69.2% se encontraban con la modalidad de Diálisis Peritoneal y el 20.5% en Hemodiálisis.



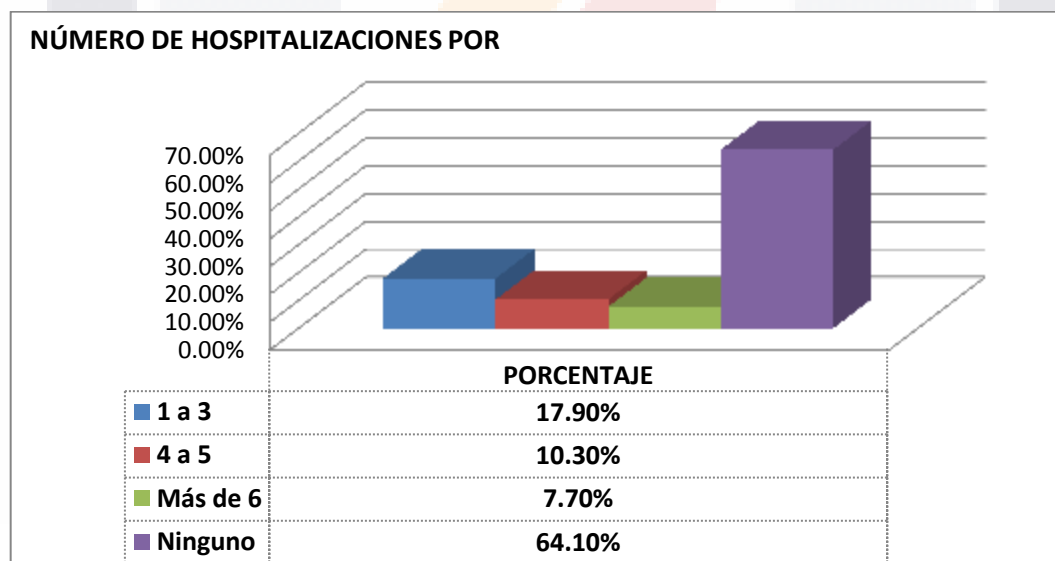
**Gráfica 16. Tiempo de diagnóstico de IRC.**

En cuanto a la evolución de la enfermedad, el 66.7% tenía menos de un año con el diagnóstico, un 23.10% de 1 a 3 años, un 7.7% de 3 a 5 años y un 2.6% más de 5 años.



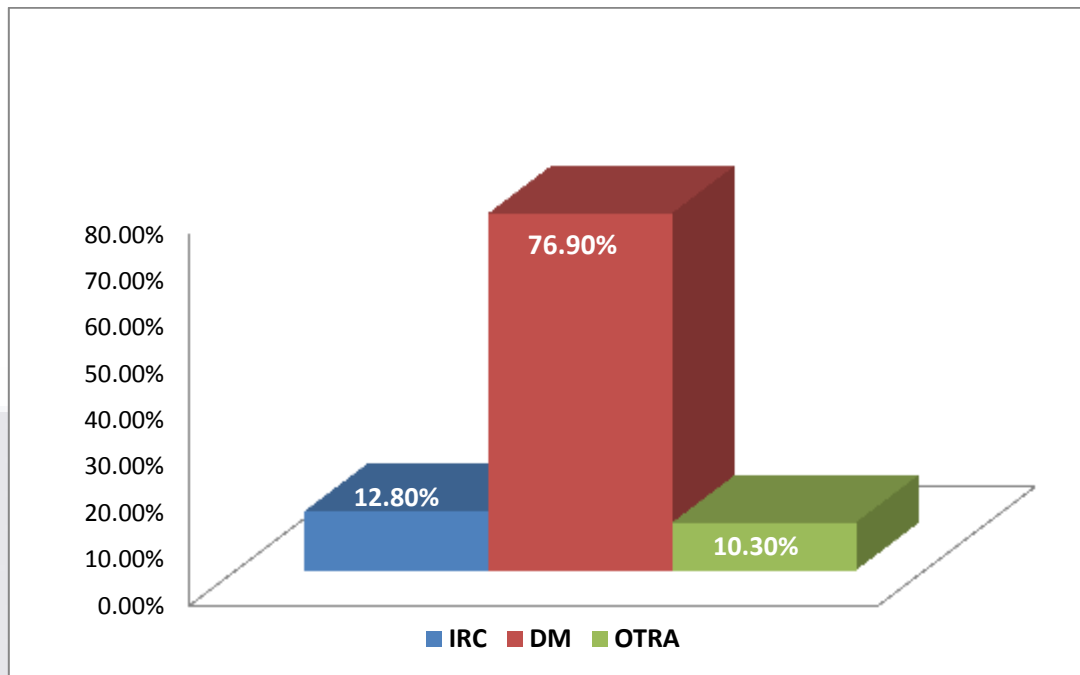
Gráfica 17. Polifarmacia.

Se encontró que el 74.4% consumían más de 5 fármacos al día, mientras que el 25.6% no lo hacían.



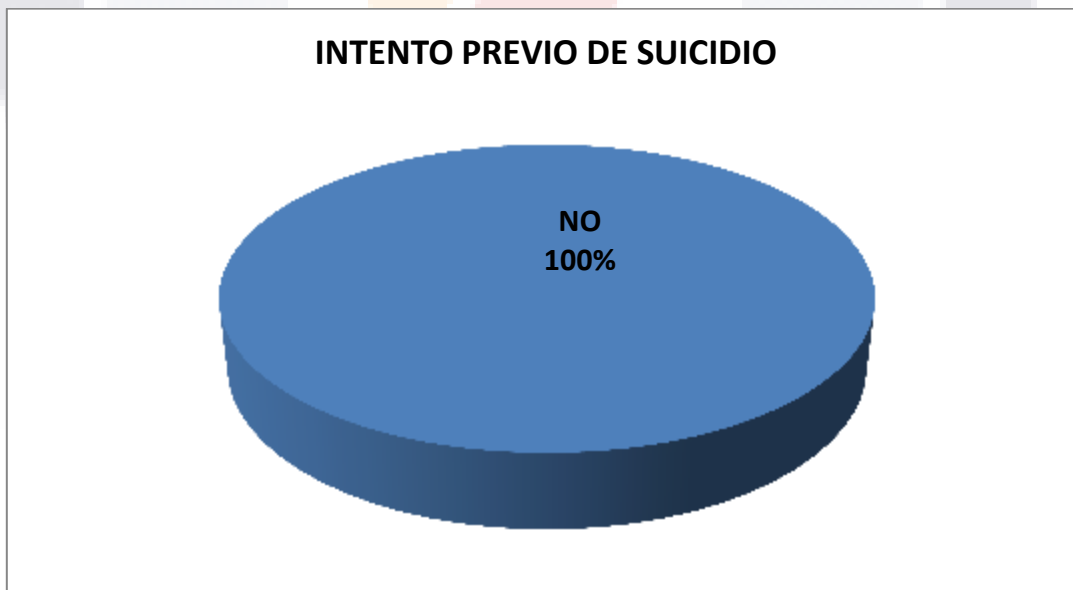
Gráfica 18. Número de hospitalizaciones previas.

El 64.1% de los pacientes no tuvieron como antecedente de hospitalización previa relacionadas con la Enfermedad Renal Crónica Terminal, mientras que el 17.9% tuvieron de 1 a 3 hospitalizaciones previas, el 10.3% de 4 a 5 hospitalizaciones y un 7.7% refirieron más de 6 hospitalizaciones.



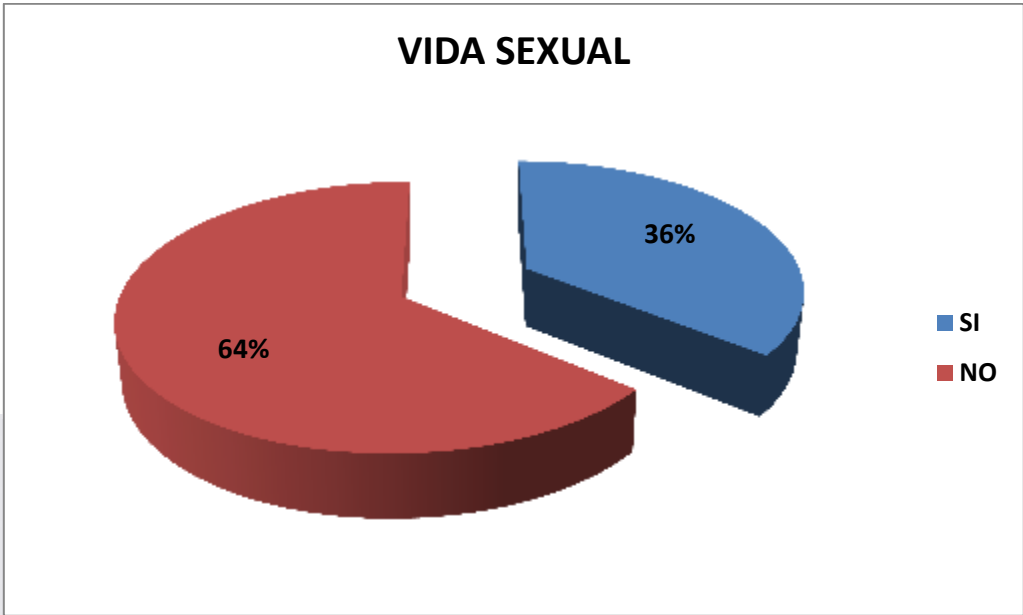
**Gráfica 19. Antecedentes heredo-familiares.**

En cuanto a los antecedentes heredo-familiares, se encontró que un 76.9% refirieron Diabetes Mellitus, un 12.8% Enfermedad Renal Crónica y un 10.3% otra enfermedad.



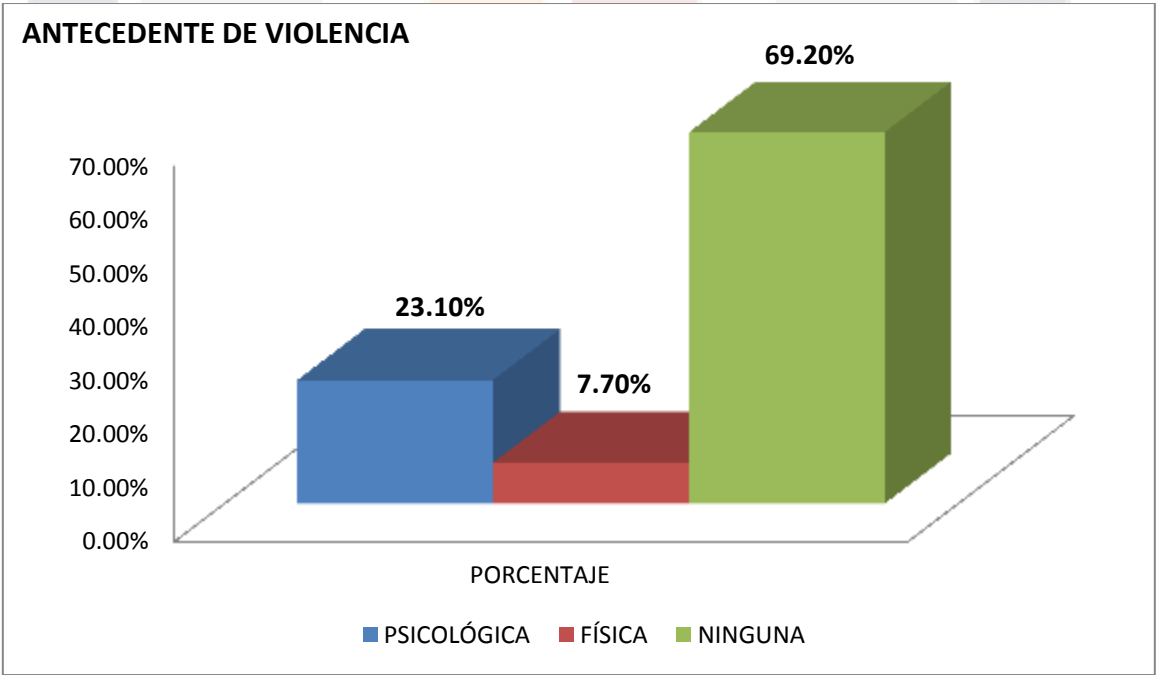
**Gráfica 20. Intento previo de suicidio.**

El 100% de los pacientes negaron algún tipo de intento de suicidio.



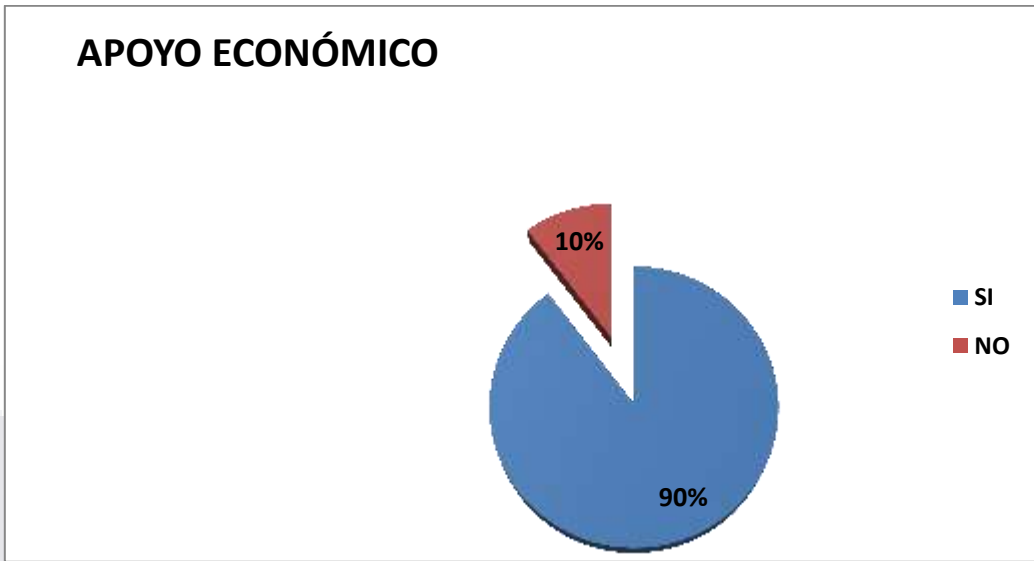
Gráfica 21. Libido.

El 64% de los pacientes negaron tener actividad sexual en el último año.



Gráfica 22. Violencia.

Un 23% de los pacientes tuvieron antecedente de violencia psicológica y un 7.7% de violencia física.



Gráfica 23. Apoyo económico.

El 90% de los pacientes contaban con el apoyo económico de algún familiar o por parte de alguna amistad, o bien, por una institución tipo DIF.

Se evaluaron síntomas afectivos, los emotivos y los cognitivos de la Escala de Desesperanza de Beck., no encontrando diferencia de sexo en cuanto a la desesperanza.

Tabla 1. contingencia de desesperanza.

	DESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	Ausente	Leve	Moderad a	Severa	
SEXO M	3	5	6	4	18
SEXO F	7	5	3	6	21
Total	10	10	9	10	39

La significancia en cuanto al sexo y desesperanza no es significativa  $p = 0.426$ .

**Tabla 2. Pruebas de chi cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,786 <sup>a</sup>	3	,426
Razón de verosimilitudes	2,837	3	,417
Asociación lineal por lineal	,392	1	,531
N de casos válidos	39		

También se evaluó sobre la significancia estadística en diferentes sexos relacionadas con depresión.

**Tabla 3. Tabla de contingencia de depresión.**

	DEPRESIÓN TOTAL				Total
	Ausente	Leve	Moderad a	Severa	
SEXO M	6	2	5	5	18
F	4	6	4	7	21
Total	10	8	9	12	39

Como se puede observar, tampoco hay significancia,  $p = .452$ .

**Tabla 4. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,629 <sup>a</sup>	3	,452
Razón de verosimilitudes	2,711	3	,438
Asociación lineal por lineal	,191	1	,662
N de casos válidos	39		

Se corrió una prueba *T de student* para ver si había diferencia el sexo masculino y femenino por edad, en el aspecto afectivo., emotivo, cognitivo de la desesperanza así como en la depresión, observándose muy similares por lo que ningún valor de  $p \leq 0.05$ .

**Tabla 5. . Estadísticos de grupo.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD	1	18	5,39	2,933	,691
	2	21	5,62	3,598	,785
FACTOR AFECTIVO	1	18	2,22	2,045	,482
	2	21	2,14	1,982	,433
FACTOR MOTIVAC	1	18	4,11	1,906	,449
	2	21	3,67	2,517	,549
FACTOR COGNITIVO	1	18	3,00	1,879	,443
	2	21	2,90	1,998	,436
DESESP. PUNTAJE	1	18	9,33	5,562	1,311
	2	21	8,71	6,067	1,324
DEPRESIÓN PUNTAJE	1	18	22,28	13,243	3,122
	2	21	23,52	11,894	2,595



La siguiente tabla muestra como a mayor edad mayor depresión con una diferencia estadísticamente significativa (P= 0.113) pero los resultados no son contundentes.

**Tabla 6. Tabla de contingencia de edad y depresión.**

	DEPRESIÓN TOTAL				Total
	0	1	2	3	
1	1	0	3	2	6
2	2	2	0	0	4
3	4	0	1	0	5
4	0	1	0	0	1
5	0	0	1	2	3
6	1	0	0	0	1
7	1	2	1	3	7
8	0	0	1	2	3
9	1	0	1	0	2
10	0	3	1	3	7
Total	10	8	9	12	39

**Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,092 <sup>a</sup>	27	,113
Razón de verosimilitudes	42,213	27	,031
Asociación lineal por lineal	2,426	1	,119
N de casos válidos	39		

También se comparó el grupo de edad y el riesgo de desesperanza, no encontrando significancia estadística.

**Tabla 8. Tabla de contingencia de edad y desesperanza.**

	DESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	Ausente	Leve	Moderad a	Severa	
1	1	3	2	0	6
2	2	1	1	0	4
3	2	3	0	0	5
4	1	0	0	0	1
5	0	0	0	3	3
6	0	1	0	0	1
7	2	1	4	0	7
8	0	0	1	2	3
9	1	1	0	0	2
10	1	0	1	5	7
Total	10	10	9	10	39

**Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado.**

La significancia encontrada es de  $p = 0.019$

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,327 <sup>a</sup>	27	,019
Razón de verosimilitudes	49,748	27	,005
Asociación lineal por lineal	6,611	1	,010
N de casos válidos	39		

Al comparar si existía una relación con desesperanza y violencia se encontró que los pacientes con depresión moderada y severa tenían como antecedente la violencia.

**Tabla 10. Tabla de contingencia de violencia y desesperanza.**

		DESESPERANZA CATEGÓRICA				Total
		Ausente	Leve	Moderad a	Severa	
VIOLENCIA	PSIC.	1	2	4	2	9
	FÍSICA	0	0	0	3	3
	NIEGADA	9	8	5	5	27
Total		10	10	9	10	39

En esta tabla se observa la relación de desesperanza con violencia con  $p = 0.045$

**Tabla 11. Pruebas de chi cuadrado.**

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	12,872 <sup>a</sup>	6	,045
Razón de verosimilitudes	de	12,173	6	,058
Asociación lineal por lineal	por lineal	3,928	1	,047
N de casos válidos		39		

Al igual que en la desesperanza, aquellos pacientes con violencia psicológica o física tuvieron depresión más severa.

**Tabla 12. Tabla de contingencia de violencia y depresión.**

		DEPRESIÓN TOTAL				Total
		Ausente	Leve	Moderada	Severa	
VIOLENCIA	PSIC	2	2	0	5	9
	FÍSIC	0	0	0	3	3
	NIEG	8	6	9	4	27
	A					
Total		10	8	9	12	39

En la siguiente tabla, se muestra que  $p = 0.026$  en los pacientes con antecedente de violencia.

**Tabla 13. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,348 <sup>a</sup>	6	,026
Razón de verosimilitudes	16,774	6	,010
Asociación lineal por lineal	3,461	1	,063
N de casos válidos	39		

Se buscó si existía relación entre desesperanza y apoyo económico, no encontrando significancia estadística.

**Tabla 14. Tabla categórica entre apoyo económico y desesperanza.**

	DESESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	0	1	2	3	
APOY Si	10	8	8	9	35
O No	0	2	1	1	4
Total	10	10	9	10	39

De lo anterior, se obtuvo el resultado de  $p = 0.535$

**Tabla 15. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,182 <sup>a</sup>	3	,535
Razón de verosimilitudes	3,004	3	,391
Asociación lineal por lineal	,235	1	,628
N de casos válidos	39		

Tampoco se encontró significancia estadística de depresión entre los pacientes que recibían algún tipo de apoyo económico y los que no tenían.

**Tabla 16. Tabla categórica entre apoyo económico y depresión.**

	DEPRESIÓN TOTAL				Total
	0	1	2	3	
APOY 1	8	7	8	12	35
O 2	2	1	1	0	4
Total	10	8	9	12	39

La siguiente tabla muestra que  $p = 0.484$ .

**Tabla 17. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,454 <sup>a</sup>	3	,484
Razón de verosimilitudes	3,478	3	,324
Asociación lineal por lineal	2,235	1	,135
N de casos válidos	39		

Tampoco se encontró significancia estadística relacionada con enfermedades crónicas y depresión.

**Tabla 18. Tabla de contingencia entre enfermedades crónicas y depresión.**

		DEPRESIÓN TOTAL				Total
		Ausente	Leve	Moderada	Severa	
ENF. CRON.	1	2	2	4	6	14
	2	5	4	3	3	15
	4	0	0	1	0	1
	8	0	1	0	0	1
	11	3	1	1	3	8
Total		10	8	9	12	39

Se encontró que  $p = 0.489$ .

**Tabla 19. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,470 <sup>a</sup>	12	,489
Razón de verosimilitudes	10,529	12	,570
Asociación lineal por lineal	,268	1	,604
N de casos válidos	39		

No se encontró una relación entre el número de hospitalizaciones y desesperanza.

**Tabla 20. Tabla de contingencia entre número de hospitalizaciones y desesperanza.**

		DESPERANZA CATEGÓRICA				Total
		0	1	2	3	
NUM HOSP	1	2	0	4	1	7
	2	0	2	1	1	4
	3	1	1	0	1	3
	11	7	7	4	7	25
Total		10	10	9	10	39

Se encontró que  $p = 0.414$ .

**Tabla 21. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,254 <sup>a</sup>	9	,414
Razón de verosimilitudes	11,638	9	,234
Asociación lineal por lineal	,133	1	,715
N de casos válidos	39		

No se encontró relación entre severidad de síntomas depresivos y el número de hospitalizaciones.

**Tabla 22. Tabla de contingencia entre número de hospitalizaciones y depresión.**

	DEPRESIÓN TOTAL				Total
	Ausente	Leve	Moderad a	Severa	
1	1	2	3	1	7
NUM 2	2	0	0	2	4
HOSP 3	1	0	1	1	3
11	6	6	5	8	25
Total	10	8	9	12	39



Se encontró que  $p = 0.674$ .

**Tabla 23. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,646 <sup>a</sup>	9	,674
Razón de verosimilitudes	8,656	9	,470
Asociación lineal por lineal	,006	1	,936
N de casos válidos	39		

No se encontró significancia estadística entre la desesperanza y el tiempo de diagnóstico de IRC.

**Tabla 24. contingencia entre tiempo de diagnóstico y desesperanza.**

	DESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	Ausente	Leve	Moderada	Severa	
TIEMPO DX	1	2	3	0	6
	8	2	0	0	10
	6	2	1	0	9
	4	0	0	0	4
Total	10	10	9	10	39

**Tabla 25. Pruebas de chi cuadrado.**

Se encontró una  $p = 0.458$ .

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,778 <sup>a</sup>	9	,458
Razón de verosimilitudes	9,306	9	,410
Asociación lineal por lineal	,002	1	,965
N de casos válidos	39		

No se encontró relación entre el tiempo de diagnóstico de IRC y depresión.

**Tabla 26. Tabla de contingencia entre tiempo de diagnóstico de IRC y depresión.**

		DEPRESIÓN TOTAL				Total
		Ausente	Leve	Moderada	Severa	
	1	6	5	7	8	26
TIEMPO	2	3	3	0	3	9
DX	3	1	0	1	1	3
	4	0	0	1	0	1
Total		10	8	9	12	39

**Tabla 27. Pruebas de chi cuadrado.**

Se encontró una  $p = 0.591$

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,440 <sup>a</sup>	9	,591
Razón de verosimilitudes	9,569	9	,387
Asociación lineal por lineal	,012	1	,911
N de casos válidos	39		

Se encontró mayor desesperanza en pacientes quienes no se encontraban en tratamiento sustitutivo.

**Tabla 28. Tabla de contingencia entre recibir tratamiento sustitutivo y desesperanza.**

	DESESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	Ausente	Leve	Moderad o	Severo	
EN TX Si	9	9	8	5	31
SUST No	1	1	1	5	8
Total	10	10	9	10	39

**Tabla 29. Pruebas de chi cuadrado.**

Se encontró una  $p = 0.066$

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,176 <sup>a</sup>	3	,066
Razón de verosimilitudes	6,434	3	,092
Asociación lineal por lineal	4,474	1	,034
N de casos válidos	39		

En cuanto a la asociación de depresión entre pacientes con o sin tratamiento sustitutivo no se encontró significancia estadística.

**Tabla 30. Tabla de contingencia entre recibir tratamiento sustitutivo y depresión.**

	DEPRESIÓN TOTAL				Total
	Ausente	Leve	Moderada	Severa	
EN TX Si	10	7	7	7	31
SUST No	0	1	2	5	8
Total	10	8	9	12	39

Se encontró una  $p = 0.102$

**Tabla 31. Pruebas de chi cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,205 <sup>a</sup>	3	,102
Razón de verosimilitudes	7,716	3	,052
Asociación lineal por lineal	5,930	1	,015
N de casos válidos	39		

Se encontró que los pacientes que viven solos tienen mayor riesgo de desesperanza.

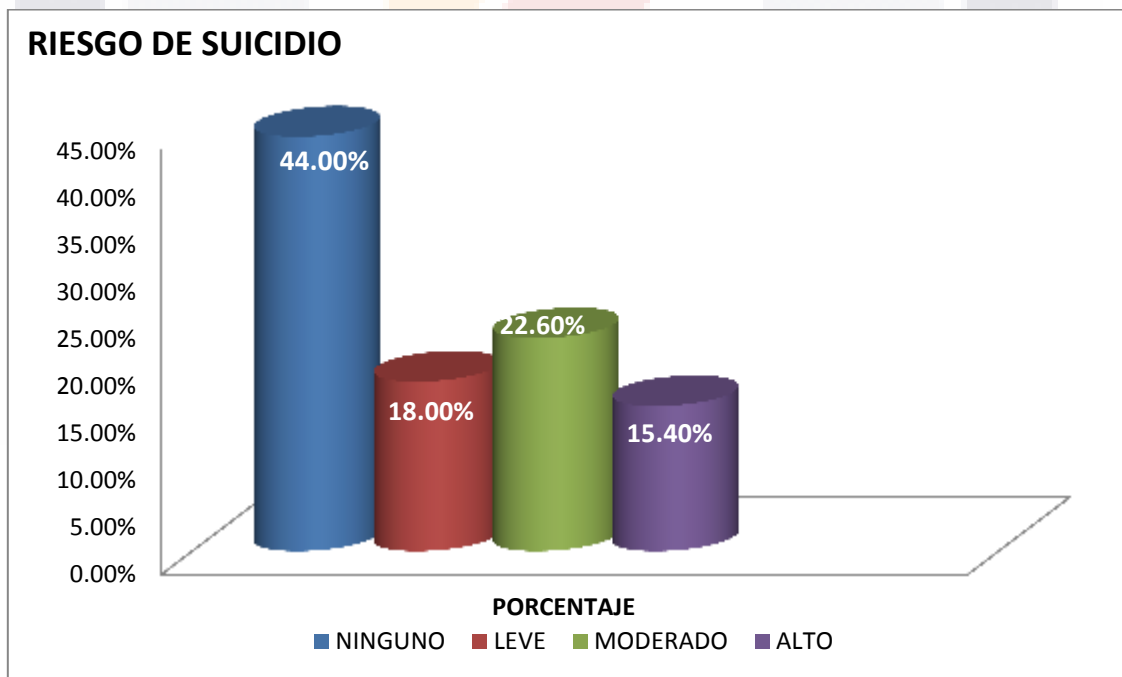
**Tabla 32. Tabla de contingencia entre desesperanza y vivir acompañado.**

	DESESPERANZA CATEGÓRICA				Total
	Ausente	Leve	Moderado	Severo	
1	1	1	0	1	3
2	5	5	5	2	17
3	0	0	1	3	4
4	4	4	2	0	10
8	0	0	1	4	5
Total	10	10	9	10	39

**Tabla 33. Pruebas de chi cuadrado.**  
 Con una  $p = 0.049$

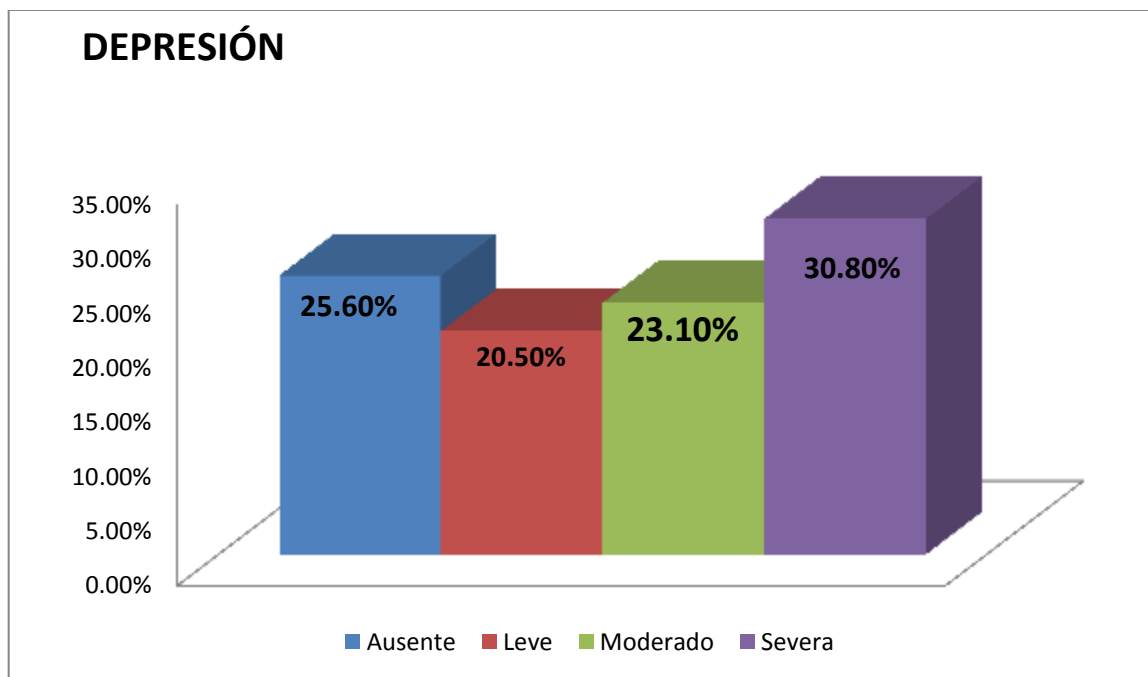
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,079 <sup>a</sup>	12	,049
Razón de verosimilitudes	25,586	12	,012
Asociación lineal por lineal	4,625	1	,032
N de casos válidos	39		

Se encontró que un 44% no tenían ningún tipo de riesgo de suicidio, mientras que un 18% leve, 22.6% moderado y 15.4% alto.



**Gráfica 24. Riesgo de suicidio.**

Se encontró en un 20.5% depresión leve, un 23.1% depresión moderada y un 30.8% depresión severa.



Gráfica 25. Depresión.



## 7. DISCUSIÓN

En nuestro país, se han realizado pocos estudios sobre factores de riesgo de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

La prevalencia de los trastornos afectivos difiere, según los diversos autores, entre 25 y 50% y algunos llegan hasta 70%. Es probable que la medición de depresión más ampliamente utilizada en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis sea el Inventario de Depresión de Beck (IDB), pues tiene una sensibilidad de 92%, una especificidad de 80% y un excelente valor predictivo negativo en su estudio de pacientes en diálisis, además de distinguir síntomas depresivos de un padecimiento psiquiátrico. (9) Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en programas de hemodiálisis llevan una vida muy difícil. De hecho, dependen irremediablemente de una máquina, de personal especializado, del curso de la misma enfermedad que produjo la insuficiencia renal crónica terminal, del grado de soporte familiar y social, de la dieta rigurosa, tienen disfunción sexual, una esperanza de vida no muy alentadora y problemas laborales.

Por si esto fuera poco, en ocasiones padecen enfermedades agregadas por el mismo proceso de hemodiálisis, como las infecciones de catéter de hemodiálisis, la exacerbación de secuelas de cardiopatía isquémica, la hepatitis viral, el VIH, la depresión o las alteraciones psiquiátricas psicóticas hasta en un rango entre 10 y 17.1%. (9)

En el presente estudio se encontró una mayor frecuencia de síntomas depresivos en pacientes mayores de 48 años, esto es diferente a lo que se encontró en un estudio realizado por Hedayati y Finkelstein Fredric en el 2009. En diversas publicaciones se ha encontrado que hay mayor predominio de síntomas depresivos en el sexo femenino. En nuestra población no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Existe controversia en relación a escolaridad y síntomas depresivos y ansiosos, de acuerdo a la población estudiada, reportándose que hay una relación inversamente proporcional entre depresión y escolaridad, mencionándose que a medida que aumenta el nivel educativo aumenta, disminuyen los síntomas depresivos y ansiosos, en nuestra población estudiada no se encontraron resultados estadísticamente



significativos, aunque hubo una mayor proporción de pacientes con escolaridad de primaria.

Entre los factores de riesgos para síntomas depresivos se ha demostrado que los factores genéticos forman una parte importante de estos, en nuestro grupo de estudio no se encontró esta asociación. Diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta han mostrado que la violencia ejercida por la pareja o esposo se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión (15). Aunque los diseños transversales o retrospectivos de estos trabajos no permiten determinar con exactitud la relación de causalidad entre la violencia doméstica y los trastornos psiquiátricos mencionados, también existe evidencia de que ésta es un factor de riesgo para su desarrollo.

En nuestro estudio se encontró que al comparar si existía una relación con desesperanza y violencia se encontró que los pacientes con depresión moderada y severa tenían como antecedente la violencia ( $p=0.045$ ). Además, aquellos pacientes con violencia psicológica o física tuvieron depresión más severa ( $p=0.26$ ).

## 8. CONCLUSIONES

La depresión es quizá el desorden psicológico más común entre pacientes con IRCT. La prevalencia de los trastornos afectivos en pacientes con IRC difiere, según diversos autores, entre 25 y 50% y algunos llegan hasta el 70% (9).

En nuestro estudio, evaluado con el Inventario de Depresión de Beck, se encontró en un 20.5% depresión leve, un 23.1% depresión moderada y un 30.8% depresión severa, encontrando que a mayor edad mayor riesgo de presentarla.

En cuanto al riesgo de suicidio, evaluado por la Escala de Desesperanza de Beck, un 44% no tenían ningún tipo de riesgo de suicidio, mientras que un 18% leve, 22.6% moderado y 15.4% alto.

Se encontró que los pacientes con violencia psicológica o física, tienen más riesgo de depresión severa.

La depresión está altamente relacionada con aumento en la morbilidad y en la mortalidad.

## GLOSARIO

- Albúmina** : la principal proteína de la sangre. Grandes cantidades de albúmina en la **orina** pueden ser una señal de enfermedad renal crónica.
- Albuminuria** : una afección en la cual la orina contiene más cantidad de lo normal de la proteína llamada **albúmina**.
- Anemia**: una enfermedad en la cual la cantidad de glóbulos rojos de la sangre es más baja de lo normal, lo cual ocasiona que se transporte menos oxígeno a las células del cuerpo. La anemia puede causar fatiga extrema. La anemia es común en personas con **enfermedad renal crónica** o en aquellas sometidas a **diálisis**.
- Anhedonia**: Incapacidad para experimentar placer y pérdida de satisfacción por actividades antes gratificantes.
- Creatinina**: un producto de desecho de la proteína en la dieta y de la descomposición normal de los músculos del cuerpo. La creatinina se elimina de la sangre por los **riñones**; a medida que la enfermedad **renal** avanza, el nivel de creatinina en la sangre aumenta.
- Depuración de creatinina** : una prueba que mide la eficacia con la cual los **riñones** eliminan la **creatinina** de la sangre. Una depuración de creatinina baja indica una **función renal** deficiente.
- Diabetes**: una enfermedad caracterizada por niveles altos de glucosa en la sangre debido a la incapacidad del cuerpo de usar la glucosa en la sangre para energía. En la diabetes tipo 1, el páncreas deja de producir insulina; por lo tanto, la glucosa en la sangre no puede entrar a las células para ser usada como energía. En la diabetes tipo 2, el páncreas deja de producir insulina o el cuerpo deja de usar la insulina adecuadamente.
- Diálisis**: el proceso de limpiar los desechos de la sangre de manera artificial. Los **riñones** normalmente desempeñan esta función. Si los riñones fallan, la sangre debe ser limpiada artificialmente con máquinas especiales. Las dos formas principales de diálisis son la **hemodiálisis** y la **diálisis peritoneal**.
- Hemodiálisis**: el uso de una máquina para limpiar los desechos de la sangre cuando los **riñones** fallan. La sangre viaja a través de tubos a un **dializador**, una máquina que retira desechos y exceso de líquidos. Luego, la sangre limpia fluye de regreso al cuerpo mediante otro grupo de tubos.
- Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (CAPD)**: una forma de diálisis peritoneal que no requiere una máquina. Con la CAPD, la sangre siempre se está filtrando. La **solución**

**de diálisis** pasa de una bolsa plástica, a través de un **catéter**, hasta el abdomen. La solución de diálisis permanece en el abdomen con el catéter sellado. Luego de varias horas, la persona que usa CAPD drena la solución de regreso a la bolsa desechable. Entonces, la persona vuelve a llenar el abdomen con una solución fresca a través del mismo catéter, para que el proceso de filtrado vuelva a comenzar.

**-Edema:** hinchazón causada por el exceso de líquido en el cuerpo.

**-Electrolitos:** productos químicos en los fluidos corporales y la **solución de diálisis**, incluidos el **sodio**, el **potasio**, el magnesio y el cloruro. Los **riñones** controlan la cantidad de electrolitos en el cuerpo. Cuando los riñones fallan, los electrolitos se desequilibran, causando problemas de salud potencialmente graves. La **diálisis** puede restablecer el equilibrio.

**-Enfermedad autoinmunitaria:** un trastorno del **sistema inmunitario** del cuerpo que de manera errónea ataca y destruye tejido corporal que considera extraño.

**-Factor de Riesgo:** toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

**-Glomeruloesclerosis:** cicatrización de los **glomérulos**. Puede ser debido a la **diabetes** (glomeruloesclerosis diabética) o por depósitos en secciones de los glomérulos (glomeruloesclerosis focal segmentaria). Los signos más comunes de la glomeruloesclerosis son la **proteinuria** y la **enfermedad renal crónica**.

**-Glomerulonefritis membranoproliferativa (MPGN):** una enfermedad en la cual la inflamación conduce a la cicatrización de los **glomérulos**, causando **proteinuria**, **hematuria** y a veces **enfermedad renal crónica** o **enfermedad renal en estado terminal**. La MPGN se produce principalmente en niños y en adultos jóvenes.

**-Hematuria:** sangre en la **orina**, que puede ser un signo de una piedra en el **riñón**, **glomerulonefritis** u otro problema **renal**.

**-Hipertensión:** una condición presente cuando la sangre fluye por los vasos sanguíneos con una fuerza mayor de la normal. También llamada presión arterial alta. La hipertensión puede distender el corazón, dañar los vasos sanguíneos y aumentar el riesgo de problemas **renales**, ataque al corazón, accidente cerebrovascular y muerte.

**-Intento suicida:** Acto consciente de auto aniquilación que se produce por un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución.

-**Hormona** : un químico natural producido en una parte del cuerpo y liberada en la sangre para activar o regular determinadas funciones del cuerpo. El **riñón** libera tres hormonas: la **eritropoyetina**, la **renina** y el **calcitriol**.

-**Nitrógeno ureico en sangre (blood urea nitrogen o BUN)**: un producto de desecho en la sangre que proviene de la descomposición de proteína. Los **riñones** filtran la sangre para eliminar la **urea**. Mientras la **función renal** disminuye, el nivel del BUN aumenta.

-**Ocupación**: Empleo, profesión ó vocación.

-**Pacientes Hospitalizados**: Enfermos que requieren de estancia dentro de una Institución o Unidad Médica, para atención y vigilancia cercanas de un padecimiento determinado.

-**Peritoneo**: la **membrana semipermeable** que recubre la **cavidad peritoneal**.

-**Proteinuria** : una condición en la cual la **orina** contiene grandes cantidades de proteína, un signo de que los **riñones** no están funcionando adecuadamente.

-Suicidio: Acto intencional de quitarse la vida

-**Tasa de filtración glomerular (glomerular filtration rate o GFR)**: la velocidad a la que los **riñones** filtran desechos y exceso de líquido de la sangre, medida en mililitros por minuto.

-**Urea**: un producto de desecho encontrado en la sangre que resulta de la descomposición normal de proteína en el hígado. La urea se expulsa normalmente de la sangre a través de los **riñones** y luego se excreta por la **orina**. La urea se acumula en el cuerpo de las personas con **insuficiencia renal**.

-**Uremia o Síndrome Urémico** : la enfermedad asociada con la acumulación de **urea** en la sangre porque los **riñones** están dañados. Los síntomas incluyen náuseas, vómito, pérdida del apetito, debilidad y estado de confusión.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hedayati Susan. Finkelstein Fredric. Epidemiology, Diagnosis, and Management of depression in Patients with CKD. American Journal of Kidney Diseases, Vol 54. No 4. October 2009. Pp 741-752.
- (2) Ávila-Saldivar. Conchillos-Olivares. Rojas-Báez et al. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. Med Int Mex 2013;29:473-478
- (3) Páez Amelia E. Jofré Marcos J. Azpiroz Carmen R. De Bortoli Miguel ángel. Ansiedad depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ Psychol. Bogotá, Colombia, V. 8 No. 1. Pp 117-124. 2009.
- (4) Arend. Armitage. Clemmons. Drazen. Griggs. LaRusso. Tratado de Medicina Interna. 23ª ed Volumen 1. p 921-930. Ed. Elsevier Saunders. España. 2009.
- (5) Chilcot Joseph. Wellsted David. Da Silva-Gane Maria. Farrington Ken. Depression on Dialysis. Nephron Clin Pract 2008;108: c 256-c 264. Vol 9. No. 1. P 69-79.
- (6) Aliga Tovar. Rodríguez de los Ríos. Ponce Díaz. Frisancho León, Enríquez Vereau. Escala de la Desesperanza de Beck: Adaptación y características psicométricas. Rev de Investigación en psicología. 2006.
- (7) Hedayati Susan. Yalamanchili Venkata. Finkelstein Fredic O. A practical approach to the treatment of depression in patients with cronic jidney disease and end-stage renal disease. International Society of Nephrology. 2012.
- (8) Orellana M. Munguia A. Insuficiencia Renal y Depresión. Revista de Postgrado de Psiquiatria UNAH. VOI 1, No 3, Ene-Jun 2008.
- (9) Esquivel Molina Carlos Gerardo. Prieto Fierro José Guadalupe. Carrasco Ortega Rosario. Martínez Mendoza Jesús Alfonso. Velasco Rodríguez Victor Manuel. Calidad de

vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Med Int Mex 2009, 25 (6) 443-449.

(10) Draws Pail. Mahboob Rahman. Chronic Kidney Disease. Annals of Internal Medicine. Estados Unidos, 2009.

(11) Ian Colman, PhD; Anushka Atallahjan, MSc Life Course Perspectives on the Epidemiology of Depression, La Revue canadienne de psychiatrie, vol 55, no 10, October 2010.

(12) González Losa, Sánchez Pérez, Burgos Rosado, Carlos Castro et al. Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria Med Int Mex 2008;24(3):204-9

(13) Agudelo Vélez, Diana María; Lucumí Acelas, Lina Marcela; Santamaría Quiroga, Yannin Juliana Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga Pensamiento Psicológico, Vol. 4, Núm. 10, enero-junio, 2008, pp. 59-83, Colombia.

(14) Makara-Studzinska Marta. Koslak Anna. Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2011; 3: 5-10.

(15) Castillo-Manzano Rosa María. Arankowsky-Sandoval Gloria. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. Rev Biomed 2008; 19:128-136





ANEXO A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

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

Residencia: \_\_\_\_\_ Originario: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

SEXO:

1.-MASCULINO 2.-FEMENINO

ESTADO CIVIL:

1.-CASADO 2.-SOLTERO 3.-VIUDO 4.-UNIÓN LIBRE 5.-SEPARADO 6.-OTRO

ESCOLARIDAD

1.-NINGUNA 2.-PRIMARIA COMPLETA 3.-PRIMARIA INCOMPLETA 4.-SECUNDARIA INCOMPLETA 5.-SECUNDARIA COMPLETA 6.-BACHILLERATO INCOMPLETO 7.-BACHILLERATO COMPLETO 8.-LICENCIATURA INCOMPLETA 9.-LICENCIATURA COMPLETA 10.-MAESTRÍA U OTRO

OCUPACIÓN

1.-DESEMPLEADO 2.-HOGAR 3.-OFICIO 4.-COMERCIANTE 5.-PROFESIÓN 6.-OTRO

VIVIENDA:

1.-PROPIA 2.-PRESADA 3.-RENTA

1.-URBANA 2.-SUBURBANA 3.-RURAL

CON QUIEN VIVE:

1.-PAREJA 2.-PAREJA E HIJOS 3.-HIJOS 4.-PADRES 5.-ABUELOS 6.-TIOS 7.-AMIGOS 8.OTROS

DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE ALGUIEN

1.-SI 2.-NO

ORIENTACIÓN SEXUAL

1.-HETEROSEXUAL 2.-HOMOSEXUAL 3.-BISEXUAL

ES INACTIVO FÍSICAMENTE

1.-SI 2.-NO

ADICCIONES

1.-ALCOHOL 2.-COCAÍNA 3.-MARIHUANA 4.-INHALANTES 5.-BENZODIACEPINAS  
6.-OTROS

ENFERMEDADES CRÓNICAS

1.-DM 2.-HAS 3.-DISLIPIDEMIA 4.-CARDIOPATÍA 5.-HIPOTIROIDISMO 6.-EPOC 7.-  
NEOPLASIA 8.-DEPRESION 10.-EPILEPSIA

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE IRC

1.-MENOS DE 1 AÑO 2.-1 A 3 AÑOS 3.-3 A 5 AÑOS 4.-5-10 AÑOS 5.-MÁS DE 10  
AÑOS

EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

1.-SI 2.-NO

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EMPLEADO:

1.-DIÁLISIS PERITONEAL 2.-HEMODIÁLISIS

TIEMPO CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO:

1.-MENOS DE 1 AÑO 2.-1 A 3 AÑOS 3.-3 A 5 AÑOS 4.-5-10 AÑOS 5.-MÁS DE 10  
AÑOS

CONSUME MÁS DE 5 FÁRMACOS AL DÍA

1.-SI 2.-NO

NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES POR TRATAMIENTO SUSTITUTIVO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

1.-IRC 2.-DM 2.-HAS 3.-DISLIPIDEMIA 4.-CARDIOPATIA 5.-HIPOTIROIDISMO 6.-  
NEOPLASIA 7.-DEPRESION 8.-SUICIDIO 9.-ESQUIZOFRENIA 10.-EPILEPSIA

INTENTO PREVIO DE SUICIDIO

1.-SI 2.-NO

VIDA SEXUAL

VIDA SEXUAL ACTUAL:1.- SI 2.- NO

ANTECEDENTE DE VIOLENCIA:

1.-PSICOLÓGICA 2.-FÍSICA 3.-SEXUAL 4.-PATRIMONIAL 5.-ECONÓMICA

CUENTA CON APOYO DE ALGUN FAMILIAR O AMIGO PARA SU ENFERMEDAD

1.-SI 2.-NO

*ANEXO B. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK*

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera

- \_ Tengo planes decididos de suicidarme
- \_ Me mataría si pudiera
- \_ No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- \_ No lloro más de lo habitual
- \_ Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- \_ Ahora lloro continuamente.No puedo evitarlo
- \_ Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- \_ No estoy más irritable que normalmente
- \_ Me irrito con más facilidad que antes
- \_ Me siento irritado todo el tiempo
- \_ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- \_ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- \_ Me intereso por la gente menos que antes
- \_ No he perdido mi interés por los demás
- \_ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- \_ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- \_ Tomo mis decisiones como siempre
- \_ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- \_ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- \_ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- \_ Me siento feo y repulsivo
- \_ No me siento con peor aspecto que antes

Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

\*\*\*\*INVENTARIO DE BECK DE DEPRESIÓN (puntuación)

Puntuación	0-13 sin Depresión.	4-19: Depresión leve	20-28: Depresión moderada	29-63: Depresión grave.

*APÉNDICE C. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK*

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo V F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo V F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así V F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años V F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer V F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar V F
7. Mi futuro me parece oscuro V F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio V F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro V F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro V F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable V F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo V F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora V F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera V F
15. Tengo una gran confianza en el futuro V F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa V F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro V F
18. El futuro me parece vago e incierto V F
19. Espero más bien épocas buenas que malas V F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré V F