



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL DE ZONA NÚMERO 2 IMSS AGUASCALIENTES

Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes.

Tesis presentada por

Juana Lizeth Robles Zamora

Para obtener el grado de médico especialista en urgencias medico quirúrgicas

TUTOR

Maestro en Ciencias de la Educación

Omar Villagrana Vargas

Aguascalientes, Ags, Julio del 2022

AUTORIZACIONES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CE 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA: Jueves, 17 de febrero de 2022

M.E. Omar Villagrana Vargas

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2022-101-002

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. MA DEL CARMEN BONILLA RODRIGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL



AGUASCALIENTES, AGS. A JULIO 2022

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgica del Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. JUANA LIZETH ROBLES ZAMORA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

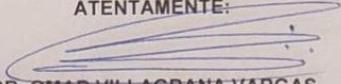
**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INGRESO A URGENCIAS
DEL HGZ 2 DE AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2022-101-002** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Juana Lizeth Robles Zamora asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:



**DR. OMAR VILLAGRANA VARGAS
ASESOR DE TESIS**



AGUASCALIENTES, AGS. A JULIO 2022

DRA. PAULINA ANDRADE LOZANO
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Urgencias Medico Quirúrgica del Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. JUANA LIZETH ROBLES ZAMORA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INGRESO A URGENCIAS DEL HGZ 2 DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2022-101-002** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Juana Lizeth Robles Zamora asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 7/20/2022

NOMBRE: Juana Lizeth Robles Zamora ID: 268902
ESPECIALIDAD: URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS LGAC (del posgrado): ATENCION INICIAL EN URGENCIAS MEDICAS Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS
TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TITULO: Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HG22 de Aguascalientes

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS CON EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ERC

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
NO Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
El egresado cumple con lo siguiente:
SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del [a] jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X
No

FIRMAS

Revisó: Dr. Ricardo Ernesto Ramirez Orozco
NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Autorizó: Dra. Paulina Andrade Lozano
NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 101C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 101F las funciones del secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos mis maestros por el conocimiento compartido durante la residencia, así como a todos los pacientes que me dejaron practicar y me enseñaron siempre algo durante la residencia.

Agradezco a los pacientes que aceptaron formar parte de esta tesis.

Agradezco al Dr. Villagrana y al Dr. Aviña por guiarme en este proceso llamado tesis.



DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mi esposo Adan quien siempre me acompaña y está presente conmigo, por ser mi soporte y mi apoyo en cada meta que me propongo, por ser paciente y comprensivo durante mis ausencias.

Agradezco y dedicó esta tesis también a mi madre quien fue mi motor durante toda mi carrera y mi residencia.

Agradezco a mis abuelitos y a mi Tío Manuel por abrirme las puertas de su casa para poder continuar con mis estudios.



INDICE GENERAL

1.- Introducción 10

2.- Capítulos11

2.1 Marco teórico11

2.1.1 Antecedentes científicos.....11

2.2 Marco conceptual.....15

2.2.1 Teorías que fundamentan las Variables de la Investigación.15

2.2.1.1 Teorías de la depresión.....15

2.2.1.2. Teorías de la adherencia al tratamiento.....16

2.2.2 Enfermedad renal crónica.....17

2.2.3 Depresión y enfermedad renal crónica18

2.2.4 Adherencia y enfermedad renal crónica19

2.2.5 Depresión y adherencia al tratamiento20

2.2.6 Principales causas de ingreso a urgencias en pacientes con enfermedad renal crónica
.....20

2.3 Justificación21

2.3.1 Magnitud21

2.3.2 Trascendencia21

2.3.3 Vulnerabilidad21

2.3.4 Factibilidad21

2.3.5 Viabilidad22

2.4 Planteamiento del problema23

2.5 Pregunta de investigación24

2.6 Objetivos25

2.6.1 Objetivo general	25
2.6.2 Objetivos específicos	25
2.7 Hipótesis	28
2.8 Material y métodos	31
2.8.1 Tipo y diseño del estudio	31
2.8.2 Diseño de estudio	31
2.8.3 Universo de estudio	31
2.8.4 Población blanco	31
2.8.5 Unidad de observación	31
2.8.6 Unidad de análisis	31
2.9 Criterios de selección	39
2.9.1 Criterios de inclusión	39
2.9.2 Criterios de exclusión	39
2.9.3 Criterios de eliminación	39
2.10 Muestreo	40
2.10.1 Marco muestral	40
2.11 Definición operacional de variables	41
2.11.1 Variables demográficas	41
2.11.2 Variable independiente	41
2.11.3 Variable dependiente	41
2.12 Plan de procesamiento y análisis de datos	42
2.12.1 Análisis de datos	44
2.13 Aspectos éticos	45
2.14 Recursos y financiamiento	47

2.14.1 Recursos humanos	47
2.14.2 Recursos tecnológicos y materiales	47
2.14.3 Financiamiento	47
2.14.4 Factibilidad	47
2.14.5 Resultados	48
3.- Discusión de resultados.....	88
3.1 Sesgos y limitaciones	90
.2 Recomendaciones	90
4.- Conclusiones	91
5.- Glosario	96
6.- Referencias	97
7.-Anexos	99
Anexo A.- Instrumento de recolección.....	100
Anexo B .- Carta de consentimiento informado.....	108

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cronograma de actividades.....32

Tabla 2: Operacionalización de las variables..... 33

Tabla 3: Financiamiento47

Tabla 4: Tiempo de evolución de tratamiento de la función renal según tipo de sustitución renal.....55

Tabla 5: Puntaje de escala de Morisky según el tratamiento de sustitución renal78

Tabla 6: Puntaje de cuestionario de BECK BDI 2 según el tratamiento de sustitución renal.....78

Tabla 7: Especificidad y sensibilidad.....79

Tabla 8: Chi cuadrada de asociación de depresión y adherencia al tratamiento79

Tabla 9: Asociación de depresión y adherencia al tratamiento.....79

Tabla 10: Asociación de tristeza y adherencia al tratamiento80

tabla 11: Asociación de pesimismo y adherencia al tratamiento.....80

tabla 12: Asociación de sentimientos de fracaso y adherencia al tratamiento.....80

tabla 13: Asociación de pérdida de placer y adherencia al tratamiento81

tabla 14: Asociación de sentimientos de culpa y adherencia al tratamiento81

tabla 15: Asociación de sentimientos de castigo adherencia al tratamiento.....81

tabla 16: Asociación de disconformidad y adherencia al tratamiento.....82

tabla 17: Asociación de autocrítica y adherencia al tratamiento.....82

tabla 18: Asociación de deseos suicidas y adherencia al tratamiento.....82

tabla 19: Asociación de llanto y adherencia al tratamiento.....83

tabla 20: Asociación de agitación y adherencia al tratamiento83

tabla 21: Asociación de pérdida de interés y adherencia al tratamiento.....83

tabla 22: Asociación de indecisión y adherencia al tratamiento.....84

tabla 23: Asociación de desvalorización y adherencia al tratamiento.....84

tabla 24: Asociación de pérdida de energía y adherencia al tratamiento.....85

tabla 25: Asociación de cambios en el sueño y adherencia al tratamiento.....85

tabla 26: Asociación de irritabilidad y adherencia al tratamiento.....85
tabla 27: Asociación de cambios en el apetito y adherencia al tratamiento.....86
tabla 28: Asociación de falta de concentración y adherencia al tratamiento.....86
tabla 29: Asociación de fatiga y adherencia al tratamiento.....87
tabla 30: Asociación de pérdida de interés en el sexo y adherencia al tratamiento.....87



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Estado civil48

Gráfica 2: Edad49

Gráfica 3: Sexo49

Gráfica 4: Ocupación50

Gráfica 5: Escolaridad51

Gráfica 6: Hipertensión arterial sistémica51

Gráfica 7: Diabetes mellitus 252

Gráfica 8: Tiempo de evolución de enfermedad renal crónica.....53

Gráfica 9: Tipo de tratamiento sustitutivo de la función renal53

Gráfica 10: Tiempo de evolución en tratamiento sustitutivo54

Gráfica 11: ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su enfermedad renal?.....56

Gráfica 12: ¿Hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su enfermedad renal?.....57

Gráfica 13: ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?.....57

Gráfica 14: ¿Se le olvida llevar la medicina para su enfermedad renal alguna vez?.....58

Gráfica 15: ¿Tomo la medicina para su enfermedad renal ayer?.....59

Gráfica 16: ¿Deja a veces de tomar su medicina?.....59

Gráfica 17: ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su enfermedad renal?.....60

Gráfica 18: ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicamentos?.....61

Gráfica 19: Puntaje total de la escala de Morisky.....61

Gráfica 20: Tristeza62

Gráfica 21: Pesimismo	63
Gráfica 22: Fracaso	63
Gráfica 23: Pérdida de placer	64
Gráfica 24: Sentimientos de culpa	65
Gráfica 25: Sentimientos de castigo	65
Gráfica 26: Disconformidad con uno mismo	66
Gráfica 27: Autocrítica.....	67
Gráfica 28: Pensamientos o deseos suicidas.....	67
Gráfica 29: Llanto.....	68
Gráfica 30: Agitación.....	69
Gráfica 31: Perdida de interés.....	69
Gráfica 32: Indecisión	70
Gráfica 33: Desvalorización.....	71
Gráfica 34: Perdida de energía	71
Gráfica 35: Cambios en los hábitos de sueño	72
Gráfica 36: Irritabilidad.....	73
Gráfica 37: Cambios en el apetito	73
Gráfica 38: Dificultad de concentración.....	74
Gráfica 39: Cansancio o fatiga	75
Gráfica 40: Perdida de interés en el sexo	75
Gráfica 41: Puntaje total obtenido en el cuestionario de BECK BDI 2.....	76
Gráfica 42: Número de ingresos a urgencias.....	77
Gráfica 43: Causas de ingreso a urgencias.....	77

RESUMEN

Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes.

La enfermedad renal según el Instituto Nacional de Salud Pública tiene una prevalencia de mortalidad de más del 50%, por lo que resulta ser una prioridad para el país, ya que como se sabe las enfermedades cronicodegenerativas son un factor de riesgo para la enfermedad renal, mismas que son más frecuentes cada año, aumentando el gasto tanto de recurso medico como a nivel familiar, por eso es necesario que los pacientes tengan adherencia al tratamiento, por lo que esta investigación pretende estudiar la asociación entre la depresión y adherencia al tratamiento. para poder así tratar la depresión, mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir los ingresos al servicio de urgencias y los costos al sector salud.

Objetivo: Determinar la asociación entre la depresión y el apego al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

Material y métodos: se realizarán un estudio observacional, analítico y prospectivo en los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 2, con complicaciones de la enfermedad renal crónica. Se utilizará el inventario de depresión de Beck BDI 2 que consta de 21 ítems, para medir depresión en los pacientes, mientras que para la adherencia al tratamiento se utilizará la escala de Morisky que consta de 8 ítems.

Recursos e Infraestructura: Los recursos corren a cargo de los investigadores utilizando la infraestructura del hospital.

Experiencia del Grupo: Los investigadores son médicos especialistas en medicina de urgencias con la experiencia del abordaje integral de los pacientes con complicaciones de la enfermedad renal crónica.

Tiempo para desarrollarse: De Octubre del 2020 a febrero del 2022.

ABSTRACT

Association between depression and adherence to the treatment of chronic kidney disease in patients admitted to the emergency room of the HGZ2 of Aguascalientes.

Kidney disease according to the National Institute of Public Health has a mortality prevalence of more than 50%, so it turns out to be a priority for the country, since as is known chronic degenerative diseases are a risk factor for kidney disease, which are more frequent every year, increasing the cost of both medical resources and at the family level, so it is necessary for patients to have adherence to treatment, so this research aims to study the association between depression and adherence to treatment. to treat depression, improve adherence to treatment and reduce emergency department admissions and costs to the health sector.

Objective: To determine the association between depression and adherence to treatment in patients with chronic kidney disease, in the General Hospital of Zone Number 2 of the state of Aguascalientes.

Material and methods: an observational, analytical, and prospective study will be carried out in patients admitted to the emergency department of the General Hospital of Zone No. 2, with complications of chronic kidney disease. The Beck BDI 2 depression inventory consisting of 21 items will be used to measure depression in patients, while for adherence to treatment the Morisky scale consisting of 8 items will be used.

Resources and Infrastructure: Resources are provided by researchers using the hospital's infrastructure.

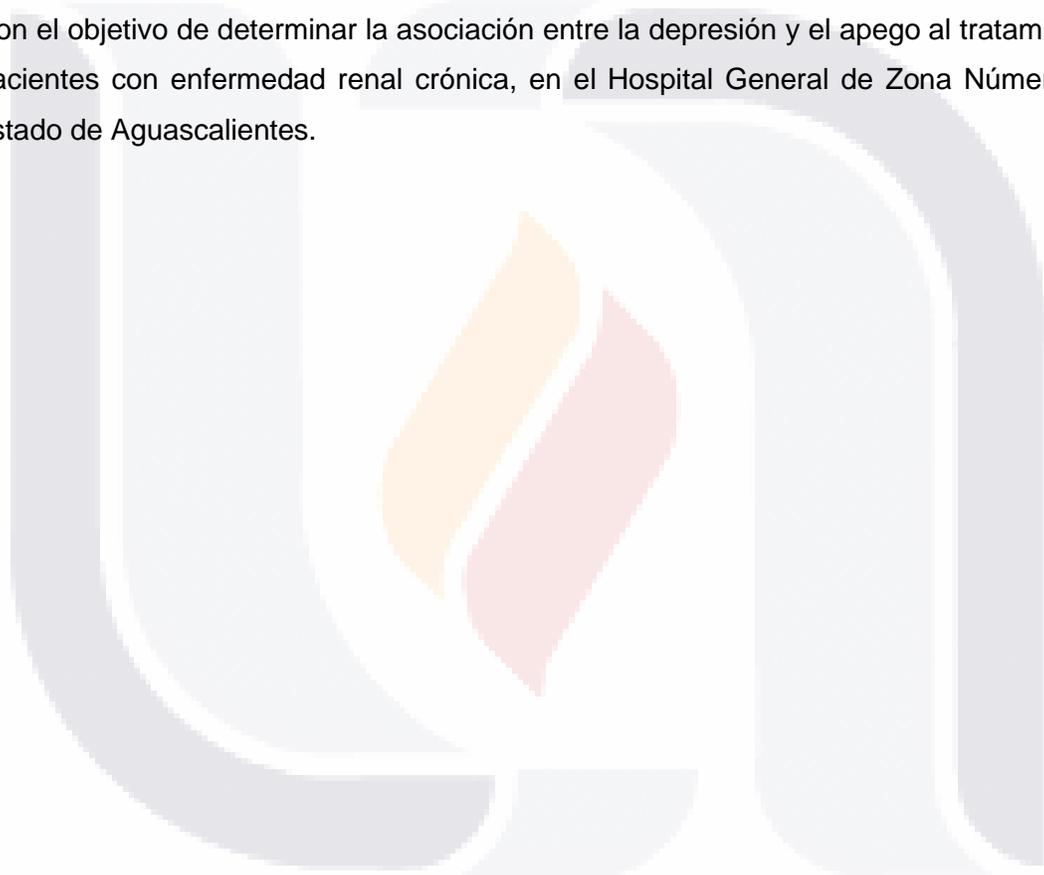
Experience of the Group: The researchers are medical specialists in emergency medicine with the experience of the comprehensive approach of patients with complications of chronic kidney disease.

Time to be developed: From October 2020 to February 2022.

1.- INTRODUCCIÓN

Durante mi periodo de residencia observe múltiples ingresos de pacientes con enfermedad renal crónica descompensados, desalineados, con facies de tristeza por lo que me surgió la inquietud de investigar si la depresión se asocia a la falta de adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes, por lo cual en la presente tesis trata sobre la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes.

Con el objetivo de determinar la asociación entre la depresión y el apego al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.



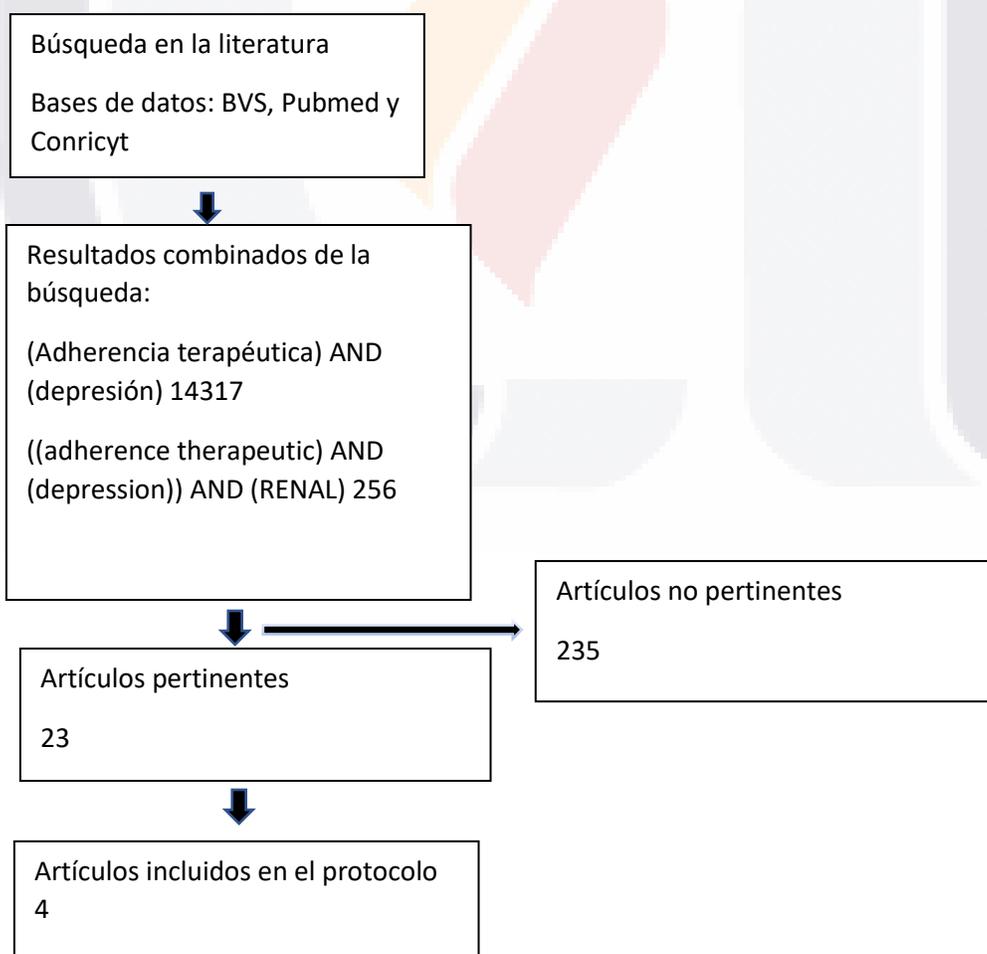
2.- CAPITULOS

2.1 Marco teórico

2.1.1 Antecedentes científicos

Se realizó una búsqueda sistemática en artículos encontrados en las bases de datos BVS, Pubmed, Conricyt, como descriptores se utilizaron las siguientes palabras clave: adherencia terapéutica, depresión y renal; la búsqueda se realizó de la siguiente manera: (adherencia terapéutica) AND (depresión) encontrando 14317 resultados, por lo que se realizó de entre ellos una búsqueda más avanzada de la siguiente manera: ((adherence therapeutic) AND (depression)) AND (RENAL) encontrando 256 artículos, se analizó la información de cada uno de ellos y se tomaron solo 23 artículos, de los cuales 17 artículos tienen un año de publicación mayor a 7 años por lo que se eliminaron, posterior al filtrar por fecha se tomaron solo 6 artículos en los antecedentes científicos.

Diagrama de Flujo de Selección de artículos incluidos en antecedentes científicos:



Ossareh et al, 2014, "Prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento y su correlación con la adherencia a la medicación". Con el objetivo de evaluar el nivel de adherencia de estos pacientes, medicamentos prescritos y ver en qué manera se relaciona con la calidad de vida y síntomas depresivos. Se trata de un estudio transversal, analítico, se incluyeron a pacientes en hemodiálisis de dicho centro durante el 2011 que aceptaron participar en el estudio, no tenían problemas psicológicos, o incapacidad para comunicarse. La adherencia a la medicación se midió con el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) y el cuestionario de porcentaje de ingesta de fármacos (DIPQ), mientras que para la depresión se utilizó el cuestionario de BDI, la calidad de vida se evaluó con el cuestionario Short Form – 36. Resultados, de los 150 pacientes el 52.7% eran mujeres, el resto hombres, edad media de 56.4 ± 16.4 años, la causa de la enfermedad renal fue por diabetes mellitus en el 35.3%, hipertensión 25.3%, el 42.7% de los pacientes tenían algún tipo de depresión, el 75.3% eran adherentes al tratamiento. En este estudio se observó que había menos porcentaje de pacientes con depresión, pero hubo más adherencia al tratamiento. Por lo cual se puede concluir que hay una correlación entre los pacientes de hemodiálisis que tienen síntomas depresivos a la adherencia al tratamiento.

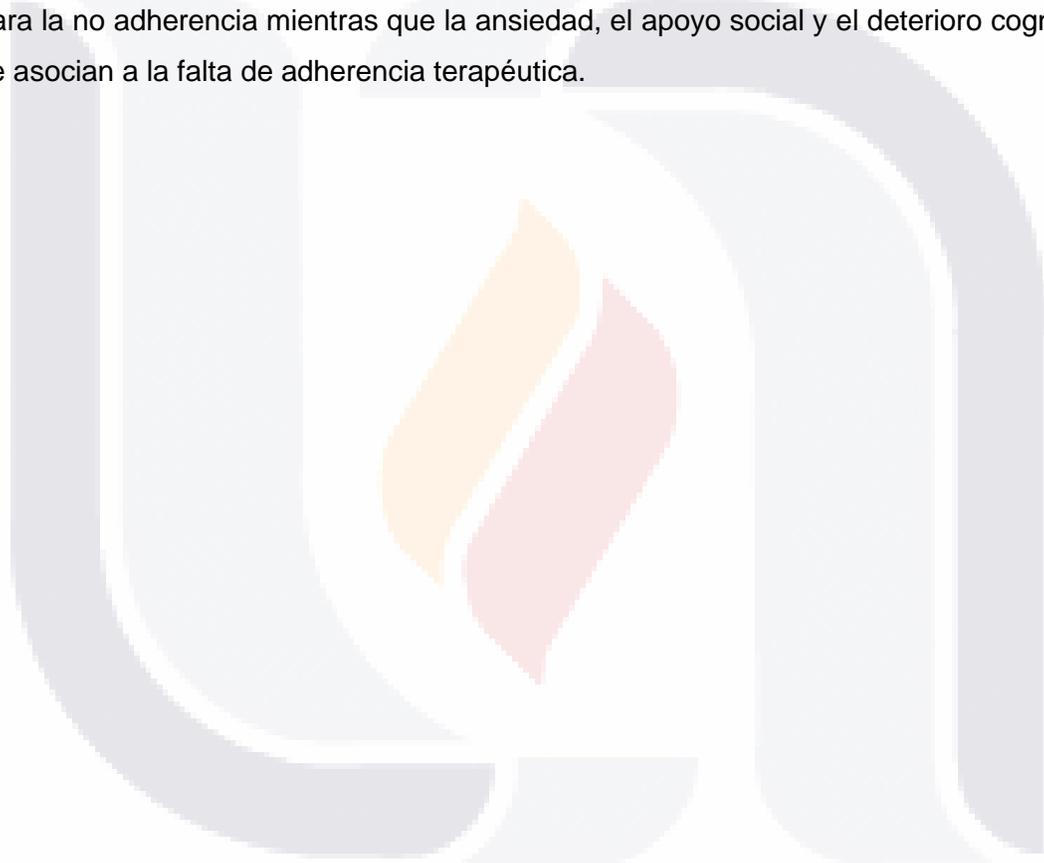
Nabolsi et al, 2015, "Calidad de vida, depresión, adherencia al tratamiento y percepción de la enfermedad de los pacientes en hemodiálisis" con el objetivo de estudiar en los pacientes con hemodiálisis de Jordania la relación de la calidad de vida, depresión, factores demográficos y adherencia. Fue un diseño descriptivo de correlación, se incluyeron a los pacientes que tuvieran diagnóstico de enfermedad renal en tratamiento con diálisis en alguno de los 4 centros, con una antigüedad de 6 meses, ser mayor de 18 años, que fueran capaces de comunicarse verbalmente, dispuestos a participar. Se entregaron los cuestionarios al inicio de cada sesión de diálisis para ser contestados por los participantes, se utilizó un cuestionario árabe de autoinforme que incluía 3 apartados, el primero sobre información sociodemográfica, datos de la salud actual del paciente, así como la percepción de la enfermedad, tipo de tratamiento y la adherencia terapéutica durante las últimas 2 semanas, para la adherencia terapéutica se utilizó una escala de 3 ítem con una escala de Likert con una confiabilidad de 0.71, la segunda parte se trataba de un índice de calidad de vida llamado Ferrans y Powers con una confiabilidad de 0.95, la tercer parte incluyo el cuestionario de Beck el cual mide la intensidad de la depresión con una confiabilidad de 0.90. Resultados fueron 244 pacientes de los cuales la edad oscilo de 18 a 65 años, el

55.3% fueron masculinos, 63.5% casados, calidad de vida deficiente moderado, tenían depresión leve 21.3%, moderada a severa el 19.7% mientras que severa el 21.3%, relación negativa entre depresión y la adherencia terapéutica. Por lo que se concluye que la depresión si influye en la calidad de vida de los pacientes, al igual que la adherencia al tratamiento y también respecto a la gravedad percibida de la enfermedad, no hay diferencias en cuanto al género, las mujeres tuvieron más síntomas depresivos respecto a los hombres.

Weisbord et al, 2014, "Asociaciones de síntomas depresivos y dolor con la adherencia a la diálisis, la utilización de recursos sanitarios y mortalidad en pacientes que reciben hemodiálisis crónica" con el objetivo de realizar un análisis secundario del ensayo antes mencionado, para poder evaluar la asociación de los síntomas depresivos y el dolor, evaluados de forma mensual, adherencia de diálisis, numero de ocasiones que acuden a valoración al servicio de urgencias así como las hospitalizaciones y la mortalidad. Ya que se observó que la depresión y el dolor están asociados en el deterioro de la calidad de vida del paciente, así como aumento de la mortalidad y la hospitalización. Fue un ensayo aleatorizado multicéntrico. Analítico, las variables fueron edad, raza, genero, numero de ingresos a urgencias, nivel educativo, tiempo de diálisis, tipo de acceso vascular, enfermedades del paciente. Se evaluó la depresión con el cuestionario de salud del paciente – 9 (PHQ – 9) y con el cuestionario de dolor de McGill de formato corto (SF - MPQ) para evaluar el dolor. Resultados de los 288 pacientes la mediana de edad fue de 64 años. El 40% fueron afroamericanos, 56% masculinos, 52% presentaban diabetes mellitus, presentaron síntomas depresivos moderados – graves el más del 75%, mientras que el dolor se presentó en el 79%, por lo que se concluye que en los pacientes con hemodiálisis crónica la depresión y el dolor se asociaron con la no adherencia a la diálisis, así como a la mortalidad.

Huertas – Vieco et al, 2014, "Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica", con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico dependiendo si el paciente presenta ansiedad, depresión, deterioro cognitivo o apoyo social. Se trato de un estudio transversal observacional, las variables fueron edad, genero, ser mayor de 18 años, tener más de un mes en tratamiento con hemodiálisis, que consintieran su participación, se utilizaron los cuestionarios de Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI - II), que se utilizó para medir los síntomas depresivos, mientras que el cuestionario de Adaptación

española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se utilizó para valorar la ansiedad y su gravedad, el cuestionario de Adaptación española del Mini Examen del Estado Mental de Folstein se utilizó para valorar el estado cognitivo y el cuestionario de Adaptación española del cuestionario MOS de apoyo social de Sherbourne para medir el apoyo social, se obtuvieron los siguientes resultados: de los 35 pacientes, 22 eran masculinos y 13 femeninas, 14 del total eran diabéticos, el 65.7% fueron adherentes al tratamiento mientras que el 34.4% no lo fue, los paciente no adherentes presentaron un mayor índice de depresión respecto a los adherentes. Por lo que se concluyó que la depresión es un factor para la no adherencia mientras que la ansiedad, el apoyo social y el deterioro cognitivo no se asocian a la falta de adherencia terapéutica.



2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Teorías que fundamentan las Variables de la Investigación.

2.2.1.1. Teorías de la depresión

La depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto, tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente. Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Los esquemas son el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. La tríada cognitiva se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente.(1)

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (1); Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. (1)

El paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van

modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (1)

Algunos de los factores que incrementan la probabilidad de presentar depresión o que hacen al paciente más vulnerable se encuentran el ser mujer, edad entre 20 y 40 años, tener antecedentes de haber presentado depresión, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos que tengan una edad menor a 7 años.(1).

En el Modelo de Nezu encontramos que la depresión surge cuando el individuo se enfrenta a un problema el cual tiene que resolver y lo encuentra difícil, y se siente con poca capacidad para resolver dicho problema. (2).

Mientras que la Teoría Cognitiva de Beck trata de que la depresión tiene su origen en la interpretación errónea de los acontecimientos y/o situaciones que tiene que afrontar un sujeto. (1).

Existe una triada cognitiva la cual se centra que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido sobre sí mismo, el mundo y el futuro es negativo para él, por lo cual se ve indigno, incapaz e indeseable, ve al mundo lleno de obstáculos, cree que sus problemas no tienen solución, y ve su futuro desesperanzador. (1).

2.2.1.2. Teorías de la adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud define a la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este, es decir tomar medicamento según la dosificación y duración que este prescrito, en los países desarrollados solo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con esta adherencia.

Al igual que la depresión se asocia a la falta de adherencia al tratamiento, teniendo los pacientes con depresión tres veces más de probabilidad de no adherirse al tratamiento.(3).

La adherencia a la medicación se ve afectada negativamente por una menor capacidad de resolución de problemas y se asocia con síntomas depresivos y autoeficacia en pacientes postransplantados (4), lo cual se relaciona con la teoría de depresión y triada de Beck. Cabe

mencionar que estos pacientes con enfermedad renal también pueden presentar enfermedades concomitantes crónicas degenerativas, como lo son la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial. (5)

Otro motivo por el cual los pacientes presentan descontrol es por la poca información que tienen respecto a su enfermedad, así como a la asociación entre las creencias sobre la medicación y los síntomas depresivos en pacientes con tratamiento sustitutivo tipo hemodiálisis se encontró que las creencias si afectaban dicha adherencia, también se demostró que influyen las creencias en la adherencia al tratamiento mas no la depresión (6).

En un estudio de predictores de adherencia en pacientes con síndrome metabólico determinan que los predictores positivos fueron edad, practicar ejercicio físico, sentirse auto eficientes, hábitos alimenticios regulares, bajos niveles de aislamiento y depresión. (7)

2.2.2 Enfermedad Renal Crónica

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de enfermedad renal. (8)

Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Una revisión sistemática, basada en estudios poblacionales de países desarrollados, describió una prevalencia media de 7,2% (individuos mayores de 30 años). Según datos del estudio EPIRCE, afecta aproximadamente al 10% de la población adulta española y a más del 20% de los mayores de 60 años, y además, seguramente está infradiagnosticada. (8).

.....
Tratamiento de la enfermedad renal crónica.

Insuficiencia renal crónica terminal: pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min. Es propiamente la etapa KDOQI 5, donde se requiere empleo de alguna terapia sustitutiva de la función renal.

Terapia de reemplazo renal: recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. (9)

Existen dos tipos de tratamiento de la sustitución renal, la diálisis y la hemodiálisis, son los procedimientos que sustituyen la función renal y se indica cuando la filtración glomerular es menor a $15 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$, a su vez la diálisis peritoneal se va a dividir en diálisis peritoneal ambulatoria y diálisis peritoneal automática (10)

2.2.3 Depresión y enfermedad renal crónica

La depresión es un padecimiento frecuente en paciente con enfermedad renal.(11)

El *Nacional Institute for Health and Care Excellence* reconoce la importancia de la depresión en la enfermedad renal, ya que por sí sola la depresión es refractaria cuando ocurre a la par de otra enfermedad médica, por ejemplo, en la enfermedad renal siendo aquí la depresión más resistente al tratamiento que en la población en general. Distinguiendo que hay dos factores que afectan a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica sienten estos la depresión y la ansiedad.

Dentro de la enfermedad renal crónica el tratamiento de hemodiálisis es un proceso que causa un gran estrés el cual es crónico debido a la evolución y pronóstico de la enfermedad renal siendo el estrés uno de los causantes de la aparición de estados ansiosos y depresivos. En el enfermo renal este estrés favorece un estado de ansiedad porque genera incertidumbre sobre el futuro y también presentan miedo a perder el control de su vida. Así como sentir una disminución en la capacidad de la persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas, por lo que valora más negativamente su salud actual y futura, generando a su vez cansancio, intensificar dolor corporal, disminución de la vida social y psíquica del paciente.

La enfermedad renal crónica también genera un sentimiento de impotencia y pérdida de esperanza lo que puede llevar al desarrollo de depresión.

La ansiedad y la depresión pueden generar graves consecuencias para el paciente, como lo son la malnutrición, neuropatías, enfermedades en los huesos, o falla cardíaca lo que conlleva a un deterioro de la calidad de vida aumentando la mortalidad.

Para ello es de vital importancia la evaluación precoz y del tratamiento de los estados emocionales negativos como lo son la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica. (12)

2.2.4 Adherencia y enfermedad renal crónica

La adherencia al tratamiento se define con las medidas del comportamiento del paciente coinciden con las recomendaciones relacionadas con la salud. Se refiere a las conductas de tomar los medicamentos de la forma prescrita, al igual que realizar los cambios de estilo de vida, realización de análisis o pruebas solicitadas.

Muchos pacientes con enfermedad renal crónica mediante test psicológicos revelan disturbios, depresión, frustración y ansiedad relacionados con su salud física, así como con el deseo de abandonar el tratamiento y encontrar nuevas formas de tratamiento.

Los factores emocionales pueden causar dificultades en el proceso de la enfermedad, lo que puede conllevar a la no aceptación de la enfermedad, así como del tratamiento pudiendo desarrollar otros síntomas y enfermedades.

La adherencia al tratamiento presenta un efecto importante en la calidad de vida del paciente con falla renal, con cambios importantes en el estilo de vida como lo son el consumo de medicamentos, restricción dietética, así como líquidos, fatiga, debilidad, restricciones para realizar algunas actividades físicas, así como frecuentes hospitalizaciones.

El paciente con enfermedad renal crónica es frecuente que no presenten adherencia al tratamiento ya que todo lo que hacen no es para lograr una cura ya que es una enfermedad cura con imposibilidad para lograr la cura.

Perdido el interés, hasta llegar al punto de no importarles ya que consideran que se encuentran mal y piensan que el tratamiento médico no cambiará las cosas, queriendo así vivir lo que les reste de vida realizando actividades que refieran placenteras, aunque perjudiquen su salud, ya que se sienten cansados de no poder realizar las actividades que con anterioridad realizaban.

Por lo que, al tener una baja adherencia al tratamiento, presentan ingresos recuentes a nefrología por presentar urgencias médicas como edema agudo del pulmón, hiperpotasemia, evento vascular cerebral, sangrado de tubo digestivo, y choque séptico, ocasionando en algunos pacientes la muerte.

Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenidas o retardadas por detección precoz y un seguimiento adecuado del tratamiento. (11)

2.2.5 Depresión y adherencia al tratamiento

El estado de ánimo negativo como lo es la depresión puede intensificar las manifestaciones de la enfermedad, así como empeorar el curso y la evolución de la misma, e interferir en el tratamiento, ocasionando la no adherencia.

Cuando el paciente renal presenta ansiedad y/o depresión, teniendo percepción de no control sobre su enfermedad al igual que el tratamiento. Ocasionando percepción de no autoeficacia resulta en baja adherencia, y uso frecuente de los servicios médicos o realización incorrecta de las indicaciones y cuidados de la enfermedad. (12)

A mayor depresión hay menor control en cuanto a los alimentos y medicamentos, así como menor seguimiento médico.

La depresión influye negativamente sobre la adherencia al tratamiento, sobre todo en el control de ingesta y el seguimiento médico. (11)

2.2.6 Principales causas de ingreso a urgencias en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Entre las complicaciones presentadas por hemodiálisis se encuentra la hipotensión con 35.5%, infección de angioacceso 24%, cefalea 22.3%, crisis hipertensiva 14.5%, mareos 9.9%, escalofríos 9.9% y trombosis 9.9%. mientras que la estenosis, aneurisma de fistula, dolor precordial y convulsiones se presentaron con una frecuencia de 0.8%. (12)

Así como sepsis intravascular 43%, sangrado digestivo 16.1%, urgencia hipertensiva 14.1%, sepsis de acceso vascular 8.1%. (3)

2.3 Justificación

2.3.1 Magnitud

Según el instituto nacional de salud pública en 2017, se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4% de muertes por cada cien mil habitantes en México. Al igual que la enfermedad renal crónica ha tenido un impacto en las finanzas de las instituciones y en la economía de las familias; en 2014, se estimó un gasto anual para tal patología de 8,966 dólares estadounidenses en la Secretaría de Salud, y de 9,091 USD en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.3.2 Trascendencia

Con esta investigación se pretende buscar la correlación entre la depresión y falta de apego al tratamiento ya que si los pacientes no tienen buen apego a él, pueden presentar descompensaciones y/o descontrol en su enfermedad renal, presentando por ejemplo crisis hipertensiva, edema agudo de pulmón, arritmias, desequilibrio hidroelectrolítico, infarto agudo al miocardio, necesitando así acudir al servicio de urgencias, ocupando un gran porcentaje de camas de hospital, lo que se traduce en aumento en los gastos para el sector salud, si se da manejo a la depresión se tendría más adherencia logrando así que el paciente presente menor descontrol de la enfermedad, tenga una mejor calidad de vida, se prolongue su funcionalidad, así como su longevidad, también esto ayudaría a que el paciente se más independiente, al igual que para el Hospital y para el gobierno se disminuirían los gastos, ya que estas complicaciones y camas ocupadas en el hospital aumentan los costos por lo cual esta tesis pretende contribuir a la mejora de la adherencia del paciente con enfermedad renal crónica y tener los beneficios antes mencionados.

2.3.3 Vulnerabilidad

La tesis pretende buscar la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento, si se logra evidenciar que la falta de adherencia es por la depresión se podrá mejorar con terapia grupal y psicoterapia que se puede brindar en el mismo hospital.

2.3.4. Factibilidad

Para la realización de dicha tesis se necesita que los pacientes deseen participar, cumplan con los criterios de selección y que contesten los cuestionarios de depresión y adherencia

al tratamiento, posteriormente se realizara el análisis, la tesis no requiere toma de exámenes de gabinete ni costo para el paciente por lo que sería de fácil realización.

2.3.5 Viabilidad

La investigación trata de un tema importante para el sector salud, ya que la enfermedad renal según el Instituto Nacional de Salud Pública tiene una prevalencia de mortalidad de más del 50%, por lo que resulta ser una prioridad para el país, ya que como se sabe las enfermedades cronicodegenerativas son un factor de riesgo para la enfermedad renal, mismas que son más frecuentes cada año, aumentando el gasto tanto de recurso medico como a nivel familiar, por eso es necesario que los pacientes tengan adherencia al tratamiento, por lo que esta investigación pretende estudiar la asociación entre la depresión y adherencia al tratamiento. Para poder así tratar la depresión, mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir los ingresos al servicio de urgencias y los costos al sector salud.

Se podrá publicar el estudio de investigación, realizar grupos de ayuda entre la población de estudio, enviar a los pacientes a terapia ya sea con psicología o psiquiatría, trípticos, talleres, etc., tratando de que siempre los pacientes con enfermedad renal crónica sean los beneficiados ya que estarían más controlados, evitando ingresar al área de urgencias o al hospital, al igual que familiares también serian beneficiados ya que podrían cuidar a su familiar desde la casa, y el sector salud se beneficiaría con disminución de los gastos en estos pacientes.

2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En dicha investigación se pretende investigar la asociación que hay entre la depresión y la adherencia al tratamiento de los pacientes que tienen enfermedad renal crónica, ya que durante la observación en la práctica clínica de mi especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas hay una gran demanda de pacientes descompensados, con crisis hipertensiva, edema agudo de pulmón, sobrecarga de líquidos, descontrol electrolítico, arritmias, y pacientes que han fallecido por no tener adherencia al tratamiento que se les indica en el Hospital, por lo que se realizó una búsqueda de información encontrando artículos que hablan sobre las causas de falta de adherencia al tratamiento encontrando que la depresión es una pieza fundamental, en el Hospital de Zona número 2, no se ha llevado dicho estudio por lo que se pretende realizar dicha investigación para verificar si la causa de falta de adherencia al tratamiento en estos pacientes es la depresión, si fuera así se realizara conocimiento de ello a las autoridades correspondientes al igual que a los paciente para poder ayudarlos, ya sea con terapia grupal, terapia psicológica o psiquiátrica para poder ayudar a los pacientes a tener mayor adherencia al tratamiento, para poder así reducir todas las complicaciones.

La enfermedad renal crónica según el instituto nacional de la salud pública cuenta con una prevalencia de 12.2%, presentando más del 90% de estos pacientes diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica, siendo un gran porcentaje del gasto del sector salud, ingreso a urgencias, y gastos en el tratamiento por lo que como en cualquier enfermedad se deberá de tener adherencia terapéutica para mayor control de la enfermedad renal crónica y así disminuir el gasto por los ingresos al servicio de urgencias y camas ocupadas en el hospital. Cabe mencionar que se ha demostrado en artículos publicados la depresión como causa de falta de adherencia en los pacientes con enfermedad renal crónica, al igual que falta de conocimiento sobre el tema, y también se asocia con falta de capacidad de sentirse capaz de afrontar la enfermedad, por lo que esta investigación pretende demostrar dichos conocimientos en el estado de Aguascalientes para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir descontrol y gastos para el sector salud.

2.5 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HGZ2 de Aguascalientes?.



2.6 Objetivos

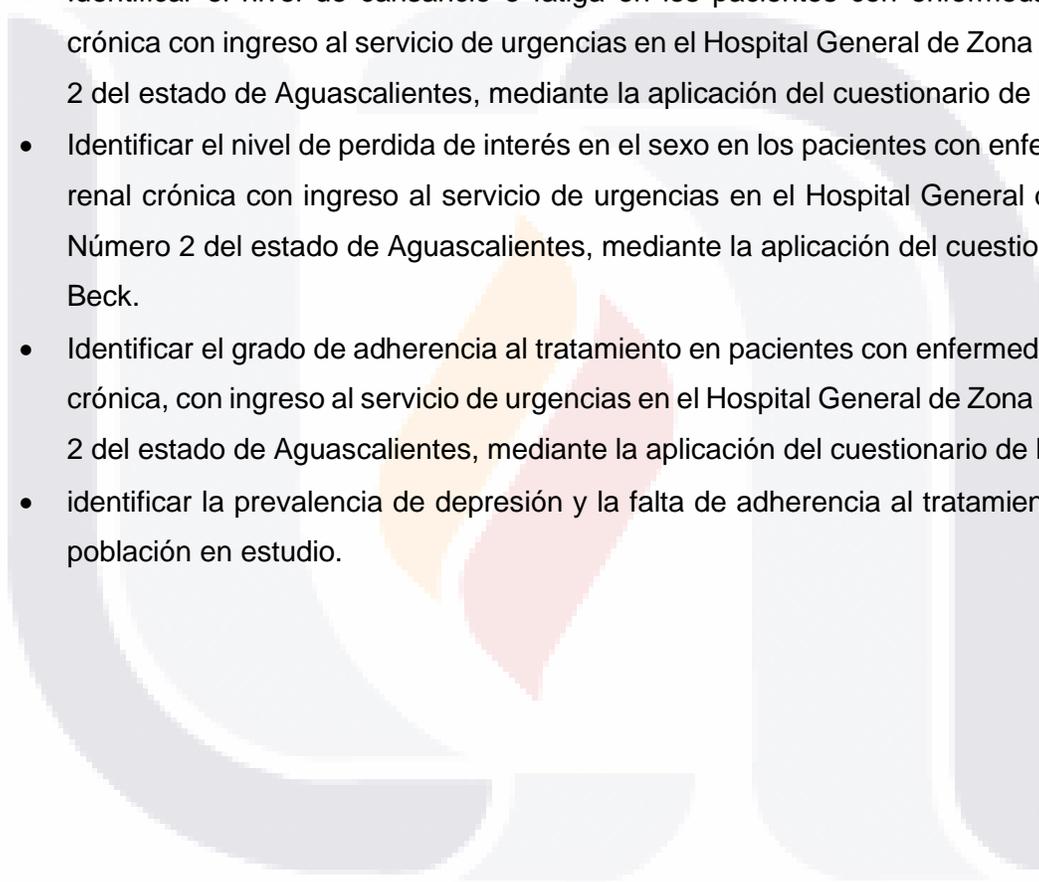
2.6.1 *Objetivo general*

Identificar la asociación entre la depresión y adherencia al tratamiento en general en pacientes con enfermedad renal crónica, con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

2.6.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar a la población en estudio.
- Identificar el nivel de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica, con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de tristeza en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de pesimismo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de fracaso en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de pérdida de placer en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de sentimientos de culpa en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de sentimientos de castigo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
- Identificar el nivel de disconformidad con uno mismo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Identificar el nivel de autocrítica en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de pensamientos o deseos suicidas en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de llanto en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de agitación en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de pérdida de interés en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de indecisión en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de desvalorización en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de pérdida de energía en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de cambios en los hábitos de sueño en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de irritabilidad en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.

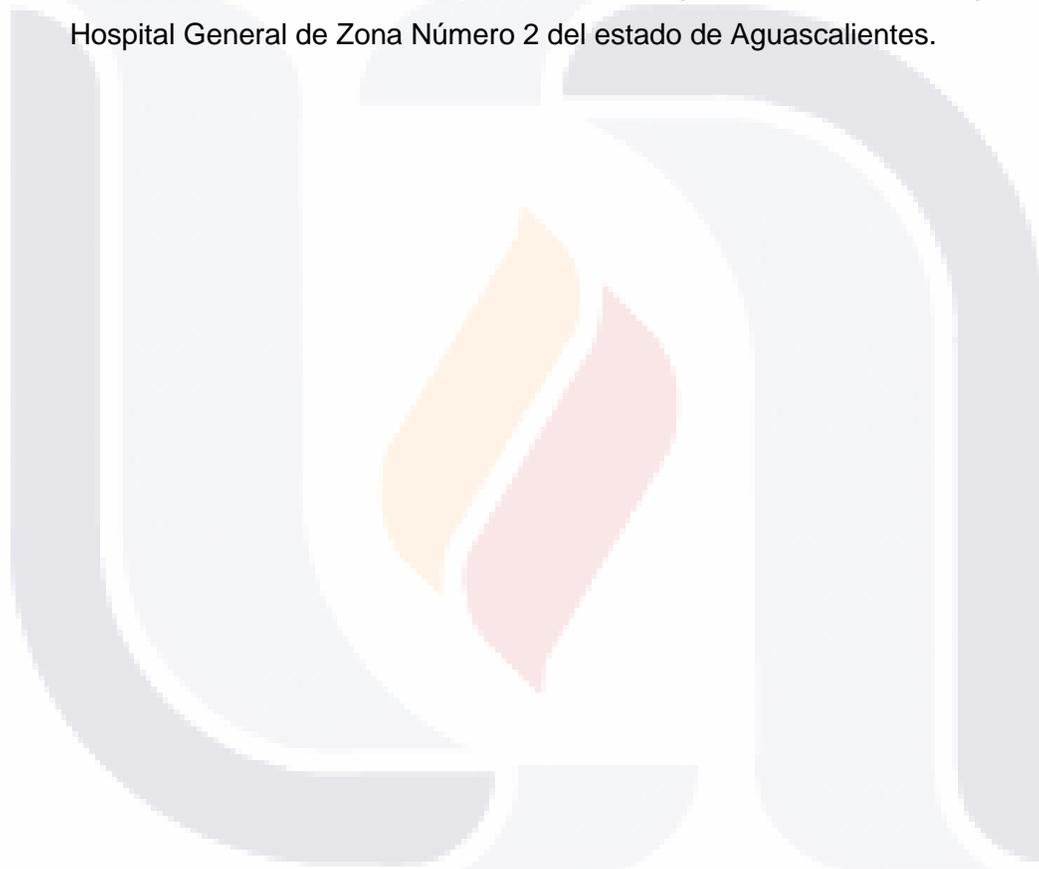
- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Identificar el nivel de cambios en el apetito en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de dificultad de concentración en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de cansancio o fatiga en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el nivel de pérdida de interés en el sexo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck.
 - Identificar el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Morisky.
 - identificar la prevalencia de depresión y la falta de adherencia al tratamiento en la población en estudio.
- 

2.7 HIPÓTESIS.

- A mayor depresión menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor tristeza menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor pesimismo menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor fracaso menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor pérdida de placer menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor sentimiento de culpa menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor sentimiento de castigo menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor disconformidad con uno mismo menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor autocrítica menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- A mayor pensamiento o deseo suicida menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- A mayor llanto menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor agitación menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor pérdida de interés menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor indecisión menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor desvalorización menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor pérdida de energía menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor cambio en el habito de sueño menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor irritabilidad menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor cambio en el apetito menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor dificultad de concentración menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
 - A mayor cansancio o fatiga menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

- A mayor pérdida de interés en el sexo menor adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.
- Existe bajo nivel de adherencia al tratamiento en enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes
- Existe una correlación entre depresión y la falta de adherencia al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.



2.8 Material y métodos

2.8.2 Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico y prospectivo.

2.8.3 Universo de estudio

Pacientes que contaron con el antecedente de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal del Hospital General de Zona número 2 de la ciudad de Aguascalientes.

En el hospital de zona número dos de Aguascalientes existen en total 653 pacientes con enfermedad renal ya sea en hemodiálisis o diálisis peritoneal, de los cuales 34 pacientes se encontraban en diálisis peritoneal ambulatoria, 419 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria, 200 paciente en tratamiento con hemodiálisis.

2.8.4 Población blanco

Pacientes que contaran con el antecedente de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal del Hospital General de Zona número 2 de la ciudad de Aguascalientes.

2.8.5 Unidad de observación

Dicha investigación se realizó en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

2.8.6 Unidad de análisis

Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes.

Tabla 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B
Pregunta Inicial.	*																
Recopilación y Revisión Bibliográfica.		*	*	*	*												
Elaboración de Planteamiento del Problema.					*												
Elaboración de Marco Teórico					*	*											
Planteamiento de Objetivos.						*											
Planteamiento de la Justificación.						*											
Planteamiento de la Hipótesis							*										
Planteamiento y Diseño del Material y Métodos.								*									
Diseño del Instrumento.									*								
Seminario de Tesis.									*								
Envío de Protocolo a Revisión.									*	*	*	*	*				
Corrección de Protocolo Final					*												
Planeación de la Recolección de la Información.					*	*											
Planeación del Análisis de Información.							*										
Redacción Protocolo final								*									
Presentación del Protocolo Final									*								

Tabla 2: Operacionalización de las variables.

objetivo	variable	Definición conceptual	Definición operacional	ítem	Tipo de variable	indicador	Escala de medición
Caracterización de la población	Estado civil	Situación física determinada por la relación de familia, proveniente del matrimonio o parentesco.	Se determina mediante la indagación de la situación civil y legal del individuo al momento del estudio. (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre)	2.- estado civil	cualitativa	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	nominal
	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento hasta el día de hoy.	Edad en años cumplidos al día de la prueba.	3.- edad	Cuantitativa	Mayor de 18 años	Numérica
	sexo	Condición orgánica (mujer / hombre)	Genero del participante	4.- sexo	Cualitativa	Mujer / hombre	nominal
	ocupación	Acción o función que desempeña un individuo	Denota la actividad realizada por el individuo, la cual fuera remunerada económicamente o no	5.- ocupación	cualitativa	Profesionista Empleado Obrero Dedicado al hogar	nominal

	escolaridad	Nivel académico	Grado de estudios académicos adquiridos	6.- escolaridad	cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria preparatoria licenciatura posgrado	nominal
	Hipertensión arterial sistémica	Afección en la cual la presión de las arterias es alta.	Presión alta en arterias.	7.- hipertensión arterial sistémica	cualitativa	Si/no	nominal
	Diabetes mellitus 2	Afección crónica en la cual el páncreas no produce o produce poca insulina.	Paciente con elevación de glicemia y que se conozca con diagnóstico de dm2	8.- diabetes mellitus 2	cualitativa	Si/no	nominal
	Enfermedad renal crónica	Enfermedad crónica que lleva a insuficiencia renal.	Enfermedad renal con apoyo de sustitución renal.	9.- años de enfermedad renal crónica	cualitativa	Si/no	nominal
	hemodiálisis	Tratamiento para filtrar toxinas de la sangre cuando el paciente presente enfermedad renal crónica.	Tratamiento sustitutivo renal,	10.- hemodiálisis	cualitativa	Si/no	nominal

	Diálisis peritoneal	Tratamiento para filtrar toxinas mediante peritoneo en el paciente con enfermedad renal crónica.	Tratamiento sustitutivo renal.	11.- diálisis peritoneal	cualitativa	Si/no	nominal
Inventario de Beck	tristeza	Tipo de emoción en la cual existe decaimiento o infelicidad,	Sensación de decaimiento o infelicidad.	20.- tristeza	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	pesimismo	Estado de ánimo donde se ve a las cosas desde un punto de vista negativo.	Sensación de negatividad.	21.- pesimismo	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	fracaso	Resultado adverso en una cosa que se esperaba sucediera bien.	Suceso adverso	22.- fracaso	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Perdida de placer	Incapacidad para experimentar placer	Perdida de satisfacción.	23.- perdida de placer	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Sentimientos de culpa	Sensación interna de haber hecho algo malo.	Sensación de haber realizado algo no debido.	24.- sentimientos de culpa	cuantitativa	0 1 2 3	numérica

	Sentimientos de castigo	Sentimiento asociado a la culpa	Sensación de castigo	25.- sentimientos de castigo	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Disconformidad con uno mismo	Diferencia a lo que se quisiera ser por no estar conforme con uno mismo.	Sensación de no estar conforme con uno mismo,	26.- disconformidad con uno mismo	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	autocrítica	Examen propio que se hace sobre el comportamiento personal.	Percepción negativa de un examen de comportamiento,	27.- autocrítica	cuantitativa	0 1 2 3	numérico
	Pensamientos o deseos suicidas	Pensamientos de querer provocarse la muerte.	Sensación de querer provocarse la muerte.	28.- pensamientos o deseos suicidas	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	llanto	Respuesta emocional en la cual se derraman lagrimas.	Sensación de querer derramar lagrimas secundario a un estado emocional.	29.- llanto	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	agitación	Estado de excitación y nerviosismo	Sensación de excitación.	30.- agitación	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Perdida de interés	Incapacidad para sentir placer o satisfacción.	Sensación de incapacidad para sentir placer.	31.- perdida de interés	cuantitativa	0 1 2 3	numérica

	indecisión	Falta de determinación ante alguna situación, vivida como conflictiva que impide tomar una decisión.	Sensación de falta para tomar alguna decisión.	32.- indecisión	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	desvalorización	Disminución del valor propio.	Sensación de valer poco	33.- desvalorización	cuantitativo	0 1 2 3	numérica
	Perdida de energía	Falta de energía física, mental o agotamiento	Sensación física y/o mental de agotamiento.	34.- perdida de energía	cuantitativo	0 1 2 3	numérica
	Cambios en los hábitos de sueño	Cambio en el horario de sueño.	Dormir más horas o menos horas,	35.- cambios en los hábitos de sueño.	cuantitativo	1a 1b 2 ^a 2b 3 ^a 3b	numérica
	irritabilidad	Frustración o enojo.	Sensación de frustración o enojo.	36.- irritabilidad	cuantitativo	0 1 2 3	numérico
	Cambios en el apetito	Comer más de lo acostumbrado o comer menos de lo acostumbrado.	Comer más o menos de lo necesario.	37.- cambios en el apetito	cuantitativo	1a 1b 2a 2b 3 ^a 3b	numérico
	Dificultad de	Incapacidad para prestar atención y	Falta de atención en la realización	38.- dificultad de	cuantitativa	0 1 2	numérica

	concentración	realizar alguna actividad.	de actividades.	concentración		3	
	Cansancio o fatiga	Presencia de poca energía.	Sensación de falta de energía.	39.- cansancio o fatiga	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Perdida de interés en el sexo	Disminución del interés en tener sexo.	Sensación de no tener interés en el sexo.	40.- perdida de interés en el sexo	cuantitativa	0 1 2 3	numérica
	Numero de ingresos a urgencias	Número de consultas en urgencias durante los últimos 6 meses.	Numero de ingresos a urgencias debido a descontrol de la enfermedad renal crónica	41.- número de visitas a urgencias los últimos 6 meses, secundario a enfermedad renal	cuantitativa	0 1 2 3 Mas de 3	numérica

2.9 Criterios de selección

2.9.1 Criterios de inclusión:

- Paciente femenino o masculino con edad de entre 18 y 60 años que presento enfermedad renal crónica en tratamiento de sustitución renal del Hospital General de Zona número 2 del estado de Aguascalientes, que desearon participar en la investigación.

2.9.2 Criterios de exclusión:

- Paciente femenino o masculino menor de 18 años o mayor de 61 años, o pacientes que tuvieron antecedente de depresión, o algún tipo de enfermedad psiquiátrica y pacientes que no pertenecientes al Hospital de Zona número 2 del IMSS Aguascalientes.
- Pacientes que no desearon participar en la investigación.
- Pacientes embarazadas.

2.9.3. Criterios de eliminación:

- Pacientes que durante el estudio presentaron crisis de ansiedad o depresión que posterior a la estabilización emocional desearon ya no continuar con la investigación.
- Pacientes que en cualquier momento no desearon participar ya en la investigación
- pacientes a los que se les diagnostico alguna enfermedad psiquiátrica durante el estudio que no sea depresión.

2.10 Muestreo

2.10.1 Marco muestral

- Unidad muestra 102.
- Tipo de muestreo: aleatorio simple.
- Tamaño de la muestra: población finita, en el hospital de Zona número 2 del Estado de Aguascalientes se encuentran registrados 653 pacientes, se utilizará la siguiente formula

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

- Donde cada letra significa:
- n: muestra
- N: total de la población
- Za: 1.96
- p: 0.05
- q: 0.95
- d: 5
- obteniendo una muestra de 102 pacientes.

2.11 Definición operacional de variables.

2.11.1 Variables demográficas

- Edad, se tomó en cuenta la edad que el paciente dijo tener o la anotada en una identificación oficial del mismo.
- Género, se tomó en cuenta el género que el paciente dijo tener o el anotado en una identificación oficial del mismo.
- Número de ingresos a la sala de urgencias de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, se tomó en cuenta las veces que el paciente dijo haber ido a valoración a urgencias del hospital general de zona número 2 del estado de Aguascalientes.
- Tiempo de evolución de enfermedad renal crónica, se tomó en cuenta el tiempo que dijo el paciente desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad renal crónica hasta la fecha en la que se realiza la encuesta.
- Tiempo desde el inicio del tratamiento de sustitución renal, se tomó en cuenta el tiempo que dijo el paciente desde el inicio del tratamiento de sustitución renal hasta la fecha en la que se realiza la encuesta.
- Tipo de sustitución renal diálisis o hemodiálisis, se tomó en cuenta el tratamiento de sustitución actual que el paciente dijo tener, o según fue el caso del catéter que portaba al momento de la encuesta, ya sea para diálisis o hemodiálisis.

2.11.2 Variable independiente

- Depresión: grado de tristeza profunda, alteración del estado anímico, pérdida de interés por actividades cotidianas, para este estudio se tomó en cuenta como depresión si el paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal dijo tener depresión o estar tomando algún tratamiento antidepresivo. Si no presentara el antecedente de depresión, se valoró dicha patología con el cuestionario de Beck.

2.11.3 Variable dependiente

- Adherencia al tratamiento: grado en el que el paciente cumpla con la medicación farmacológica y no farmacológica que indica el médico tratante. Para este estudio se valoró con la escala de Morisky.

2.12 Plan de procesamiento y análisis de datos

Previo a la obtención de un registro en el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud, se le informo al personal directivo del Hospital General de Zona No. 2, del estado de Aguascalientes y al jefe de Urgencias en turno del mismo Hospital sobre el protocolo de investigación que se deseaba realizar, solicitando permiso de uso de las instalaciones para realizar los cuestionarios a pacientes con enfermedad renal crónica que acudieron al servicio de urgencias.

Los pacientes candidatos fueron todos los pacientes que contaron con enfermedad renal crónica y que llegaron al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona número 2 del estado de Aguascalientes, posterior a la estabilización del paciente, me presenté de manera formal con los candidatos explicándoles el protocolo que se quería realizar así como la importancia que tienen para dicho protocolo, se preguntó si deseaban participar de manera libre y voluntaria, si la respuesta fue afirmativa se leyó la carta de consentimiento en la cual se explicó el título de la investigación, objetivos, propósitos así como la justificaron, una vez obtenido el consentimiento informado se preguntó al paciente si deseaba que algún familiar o amigo estuviera con él durante la realización de los cuestionarios, el paciente permaneció en su cubículo con la cortina cerrada para más privacidad, y en cualquier momento podía preguntar si tuviera alguna duda, en caso de que presentara una crisis de ansiedad o depresión se contó con personal de psicología, psiquiatría y trabajo social quienes pudieron manejar dicha crisis y estabilizar al paciente, mismo que en cualquier momento pudo suspender dichos cuestionarios si es que así lo deseaba o personal de psicología, psiquiatría o trabajo social así lo consideraron.

Los instrumentos fueron aplicados por su servidora, médico residente del tercer año de la especialidad de Urgencias Medico quirúrgicas.

Fueron tres los cuestionarios a realizar:

- 1.- Cuestionario de datos demográficos que consta de estado civil, ya sea casado, divorciado soltero, viudo, la edad que tenía en años, si es hombre o mujer, a que se dedicaba y el nivel de estudios que tenía, por ejemplo, ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, maestría u otro. Al igual que si presentó hipertensión arterial o diabetes mellitus, y cuántos años tenía de padecer enfermedad renal crónica y en que tratamiento estaba si es hemodiálisis o diálisis peritoneal, tiempo desde el inicio de sustitución renal. Así como número de ingresos a urgencias el último año.

2.- cuestionario de Beck

Este cuestionario nos ayudó a medir el grado de depresión de los pacientes y consta de 21 grupos de afirmaciones. Las cuales se leyeron con atención cada una de ellas, luego se debió de elegir una de cada grupo, la que mejor describió la manera de cómo se sintió las últimas dos semanas, incluyendo el día de la encuesta. Se le explicó que marcara con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecieron igualmente apropiados, se indicó marcar el número más alto. Se le explicó que verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

Este cuestionario se calificó con un máximo de 63 puntos sumados de los 21 ítems, clasificando la depresión como mínima con una puntuación de 0-9, depresión moderada con 10-16 puntos y una depresión severa con una puntuación de 30-63 puntos.

En este protocolo de estudio se utilizó esta escala para valorar el grado de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica.

3.- Cuestionario de Morisky

Este cuestionario nos ayudó a medir el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes y abarca 8 preguntas de las cuales el paciente contestó con un sí o con un no, respecto al tratamiento indicado para su enfermedad renal crónica ya sea tratamiento farmacológico como píldoras que debe de tomar y sesiones de hemodiálisis o diálisis peritoneal indicadas por médico tratante.

Clasificándose como baja adherencia al tratamiento de los casos con puntaje menor de 6, mediana adherencia de los pacientes puntaje entre 6 y 7 y alta adherencia de los pacientes con puntaje mayor de 8.

En este protocolo de estudio se utilizó esta escala para medir el grado de adherencia de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Concluidos dichos cuestionarios se dieron las gracias y se dio por terminado el proceso de obtención de información.

2.12.1 Análisis de datos

Se realizaron los cuestionarios y posteriormente se vació la información en programa SPSS y Excel para poder realizar el análisis y realización de graficas.

En este protocolo de investigación se midió el grado de depresión al igual que la adherencia a tratamiento en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, por lo que se realizaron 3 cuestionarios los cuales son ficha de identificación, cuestionario de Beck para medir el grado de depresión de los pacientes, así como el cuestionario de Morisky para medir el grado de adherencia al tratamiento del paciente, posterior a ello se revisaron y se analizaron cada una de ellas, se vació la información en programa de SPSS y Excel, para posteriormente realizar cuantificación, y se realizaron gráficas, tablas, para poder analizar a detalle para ver que variables son las involucradas en la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Se apoyó con Software de Excel y SPSS para contar y graficar.

2.13.- Aspectos Éticos

Entraron a esta investigación pacientes que así lo desearon, firmando consentimiento informado, los datos e información obtenida fue protegida y se utilizó solo para fines de esta investigación, se respetó a los pacientes que no desearon participar en esta investigación.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación se consideró una investigación sin riesgo a riesgo mínimo ya que se llevó a cabo mediante cuestionarios y pruebas psicológicas respectivamente, al igual que no se realizó en población menor de edad, ni embarazadas.

Esta investigación cumple según la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos correspondientes al título segundo capítulo I, de disposiciones comunes, artículo 13 ya que es una investigación en humanos al cual se respetó su dignidad y protección de sus derechos y bienestar, artículo 14 ya que el estudio va a contribuir a la solución en cierta manera de la mala adherencia al tratamiento siendo un problema de salud, la investigación se considera como sin riesgo o riesgo mínimo por lo que los beneficios serán mayores.

Se llevo a cabo la firma del consentimiento informado donde se explicó detalladamente el objetivo de la investigación, riesgos, y proceso de realización de esta.

El principal beneficiado en esta investigación es el paciente con enfermedad renal crónica ya que se logró verificar la relación que hay entre la depresión y la adherencia terapéutica y se podrán realizar terapias en pacientes que se encuentren con depresión y mejorar su pronóstico, al igual que se tendrá un paciente mejor controlado y por ende menor porcentaje de ingresos en la sala de urgencias reduciendo costos tanto del paciente por su traslado, alimentos, etc. y también reducción en gastos para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como se mencionó anteriormente el riesgo de esta investigación es nulo o bajo, pero si traerá muchos beneficios para el paciente con enfermedad renal, así como para su familia, la sociedad y para el IMSS.

Se llevo a cabo la confidencialidad ya que no se publicarán encuestas, se mantuvieron en resguardo solo con fines estadísticos.

El consentimiento se obtuvo por otro investigador que no fue el principal.

Se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y no contaron con criterios de exclusión.



2.14 Recursos financiamiento

2.14.1 Recursos humanos

Se conto con recursos humanos los que realizaron las encuestas directamente a pacientes elegidos, los cuales cuentan con licenciatura en Medicina Humana terminada y que se encontraran realizando especialización en urgencias medico quirúrgicas.

2.14.2 Recursos tecnológicos y materiales

Las encuestas se llevaron a cabo en el Hospital General de Zona número 2, mientras los pacientes se encontraban hospitalizados.

Se conto con recursos materiales como lo son hojas de maquina con la encuesta a realizar, así como plumas, lápices, borradores.

2.14.3 Financiamiento

Tabla 3: Financiamiento

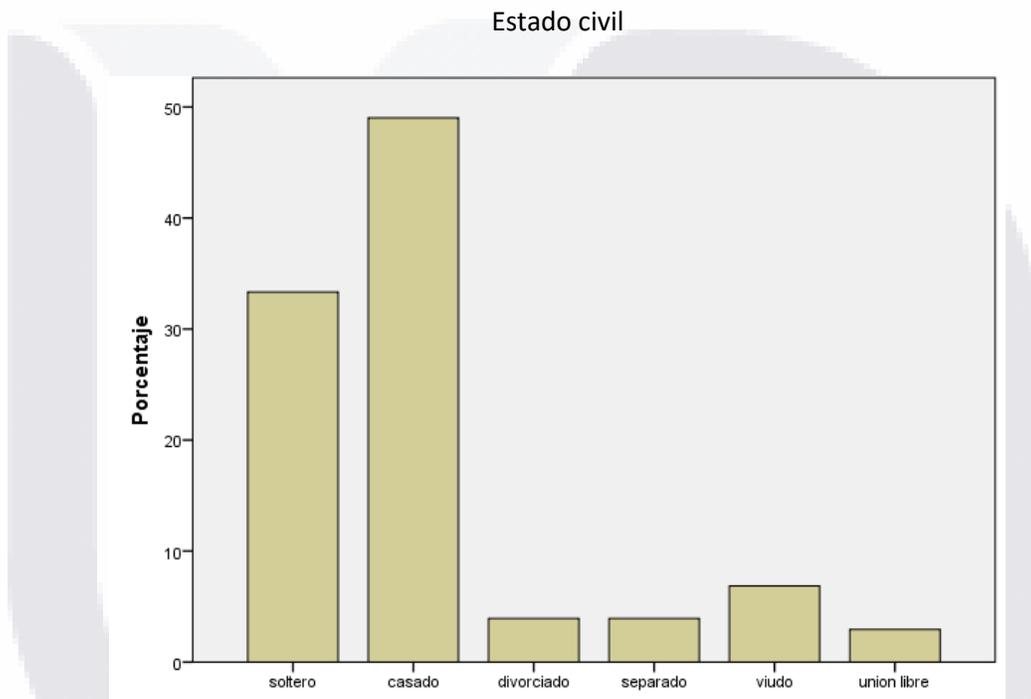
Recurso	Gasto calculado
Transporte	\$550.00
Reproducción de los 3 cuestionarios	\$250.00
Impresión de carta de consentimiento informado	\$120.00
Lapiceras, lápices, gomas, sacapuntas	\$80.00
Total	\$1000.00

2.14.4 Factibilidad

La investigación cuento con factibilidad ya que se requirió que los pacientes aceptaran ser participantes de dicha investigación y posteriormente se aplicaron las encuestas de depresión y apego al tratamiento a la población del estudio, no se requirió al momento financiamiento ya que solo se ocuparon hojas de máquina, lápiz o pluma.

2.14.5 Resultados

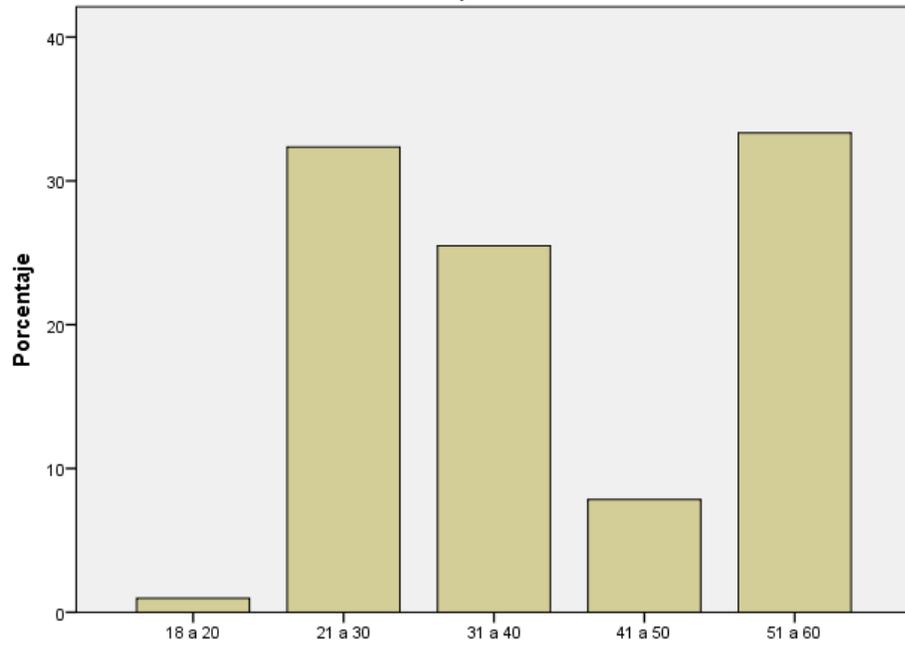
Se analizó a 102 participantes de los cuales respecto al estado civil que presentaron durante las encuestas se encontró que 50 pacientes se encontraban casados representando el 49%, mientras que 34 pacientes fueron solteros ocupando un 33.3%, 6.9% viudos con un total de 7 pacientes y divorciados 4, así como separados 4 teniendo un 3.9% cada uno de ellos y por último 3 pacientes se encontraban en unión libre representando el 2.9%. (Gráfica 1).



Gráfica 1: Se observa el estado civil de los participantes, encontrando que el más frecuente fue estar casado.

Para el analisis de edad se dividio en 5 subgrupos de 18 a 20 años teniendo un paciente el cual corresponde al 1%, de 21 a 30 años, 33 pacientes correspondiendo al 32.4%, de 31 a 40 años con un total de 26 pacientes correspondiente al 25.5%, de 41 a 50 años 8 pacientes con un 7.8%, y la mas frecuente de 51 a 60 años con 34 pacientes ocupando un 33.3%. Como se muestra en la gráfica 2.

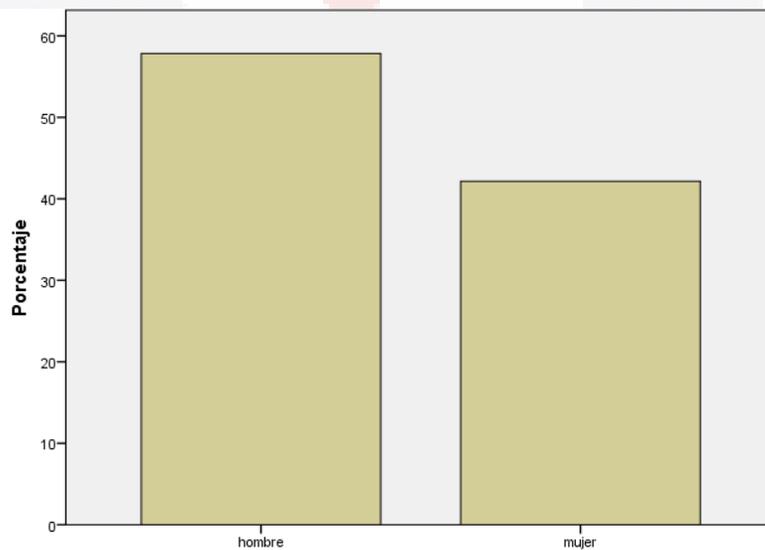
Edad



Gráfica 2: Se observa la edad de los participantes donde la mas frecuente fue el grupo de 51 a 60 años.

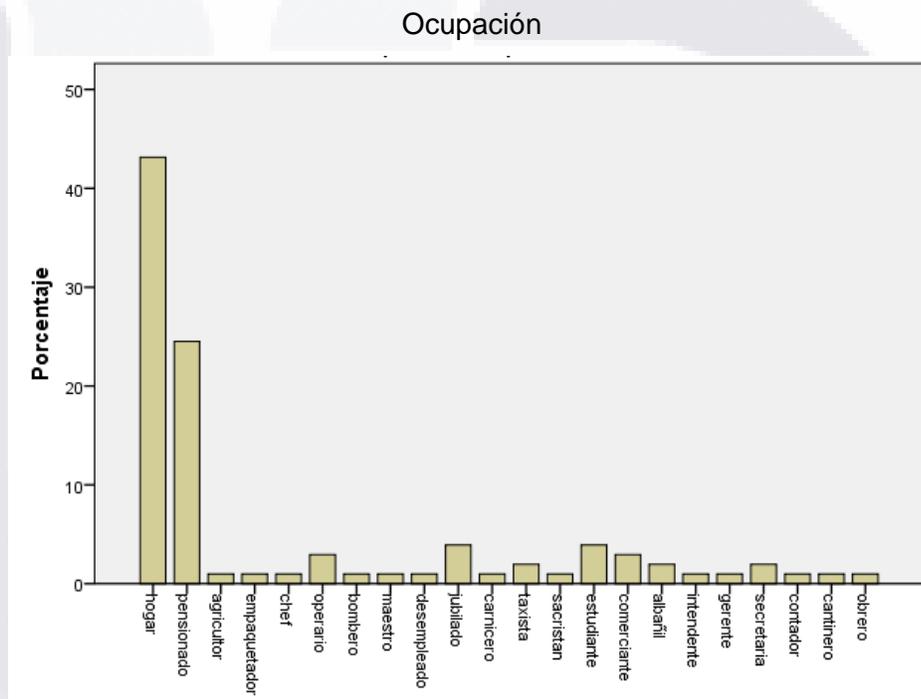
El sexo de los pacientes con un total de 102 pacientes de los cuales hombres fueron los más frecuentes con 59 participantes obteniendo un 57.8 % del total de la muestra mientras que 43 son mujeres con un 42.2%. (Gráfica 3).

Sexo



Gráfica 3: Se muestra el porcentaje según el género donde se observa que el más frecuente fue el género masculino.

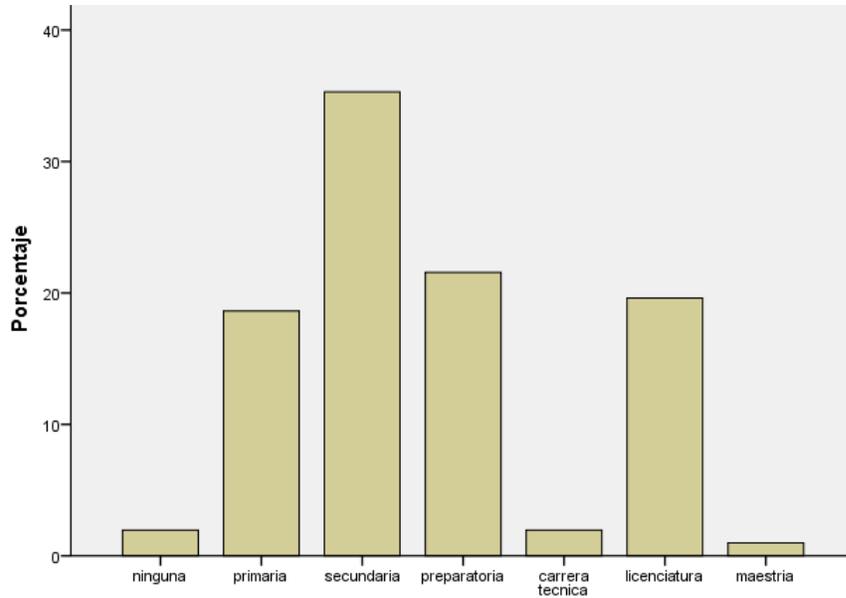
De los participantes en cuanto a ocupaciones el 43.1% se dedicaba al hogar correspondiente a 44 participantes, el siguiente en frecuencia fueron pacientes pensionados con 25 participantes ocupando el 24.5%, jubilados y estudiantes con 4 participantes y con un 3.9% cada uno, operario y comerciante 3 pacientes correspondiente al 2.9% cada uno, taxista, albañiles y secretarios 2 participantes en cada uno correspondiente a 2% cada categoría, y por ultimo los menos frecuentes fueron agricultor, empaquetador, chef, bombero, maestro, desempleado, carnicero, sacristán, intendente, gerente, contador, cantinero, y obrero con un participante cada uno siendo el 1% en cada categoría. Como se muestra en la gráfica 4.



Gráfica 4: Se observa la ocupación de los participantes siendo la más frecuente el hogar y estar pensionado.

Del total de los participantes se encontró que la escolaridad mas frecuente fue secundaria con 36 participantes con 35.3%, seguida de la preparatoria con 22 participantes y 21.6%, después licenciatura con 20 pacientes y 19.6%, primaria con 19 participantes y 18.6%, sin ninguna escolaridad 2 personas con 2% así como en carrera trunca, y por último maestría 1 persona ocupando el 1%. (Grafica 5).

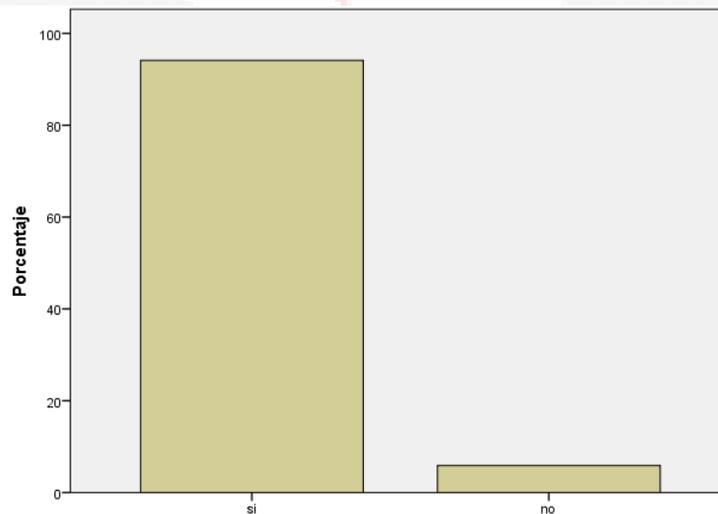
Escolaridad



Gráfica 5: Se observa que la escolaridad más frecuente fue secundaria.

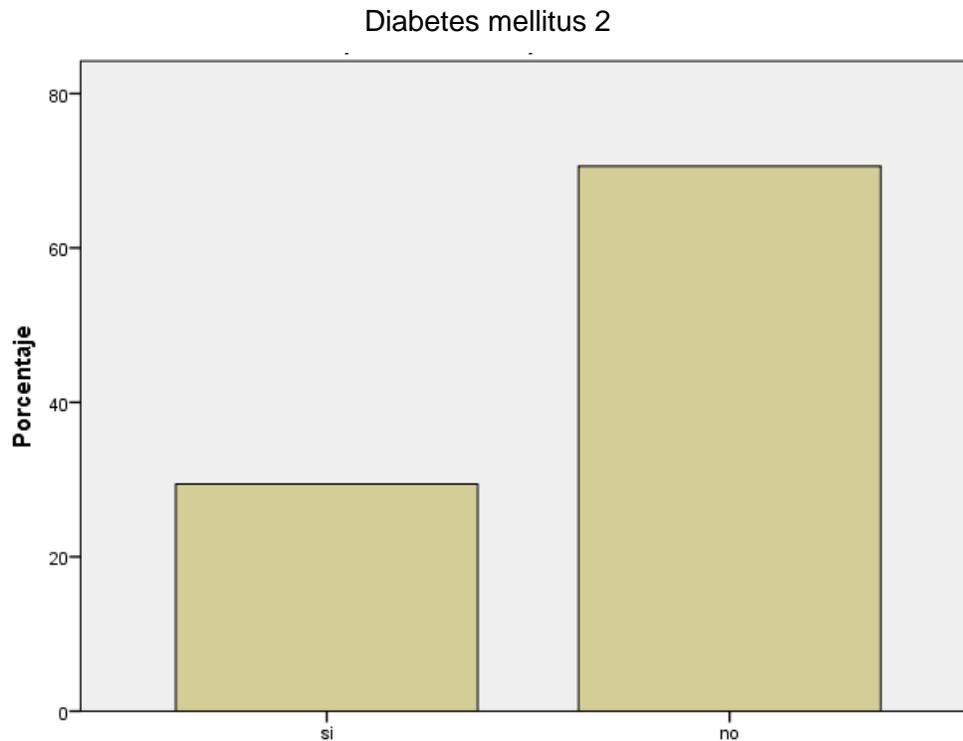
Dentro de los 102 pacientes el 94.1% correspondiente a 96 presentó hipertensión arterial sistémica mientras que el 5.9% correspondiente a 6 pacientes negaron tener hipertensión arterial sistémica al momento del estudio. Gráfica 6.

Hipertensión arterial sistémica



Gráfica 6: Se observa que fue más frecuente en los participantes tener el antecedente de hipertensión arterial sistémica.

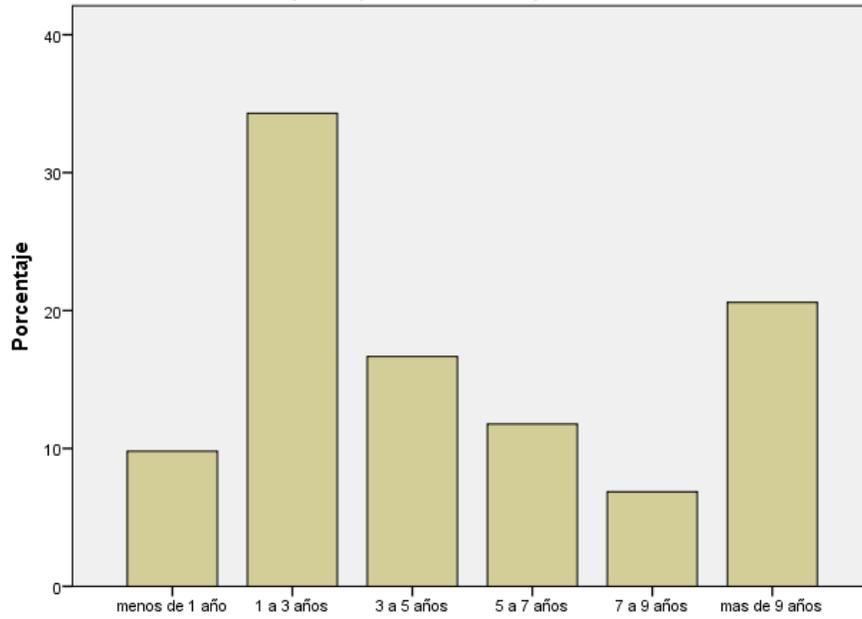
Mientras que la mayoría no presentó antecedente de diabetes mellitus 2, solo 30 pacientes que ocupan el 29.4% presentaron diabetes mellitus 2. Gráfica 7.



Gráfica 7: Se observa que fue más frecuente en los participantes no presentar antecedente de diabetes mellitus 2.

El tiempo de evolución de enfermedad renal crónica de los participantes, se dividió por grupos de menos de 1 año con 10 participantes teniendo el 9.8%, después de 1 a 3 años de padecer enfermedad renal con 35 participantes siendo el grupo con mayor frecuencia representando el 34.3%, después los pacientes con evolución de 3 a 5 años con 17 pacientes que ocuparon el 16.7%, de 5 a 7 años con 12 pacientes teniendo el 11.8%, de 7 a 9 años con 7 pacientes representando el 6.9% siendo este el menos frecuente, y por último evolución de más de 9 años con 21 pacientes que ocuparon el 20.6% del total. (Gráfica 8).

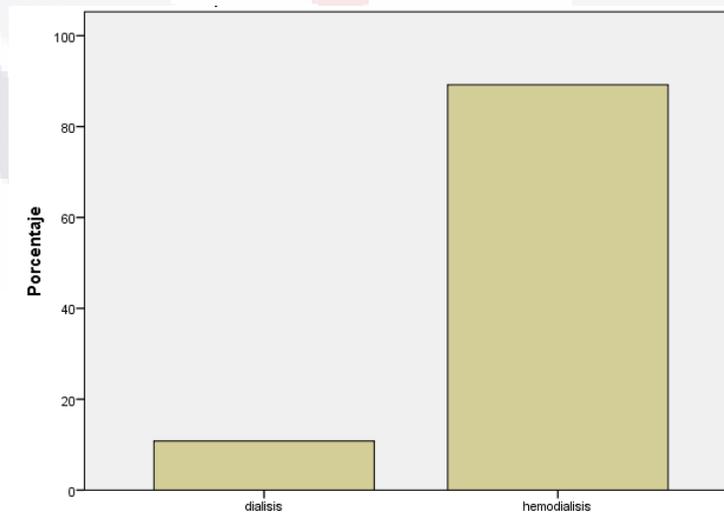
Tiempo de evolución de enfermedad renal crónica.



Gráfica 8: Se observa que la mayoría de los pacientes contaban con el antecedente de enfermedad renal crónica de 1 a 3 años.

Mientras que el tipo de tratamiento de sustitución renal mas comun fue la hemodialisis con 91 pacientes con un 89.2% y en diálisis 11 siendo el 10.8% y menos frecuente. Como se muestra en la gráfica 9.

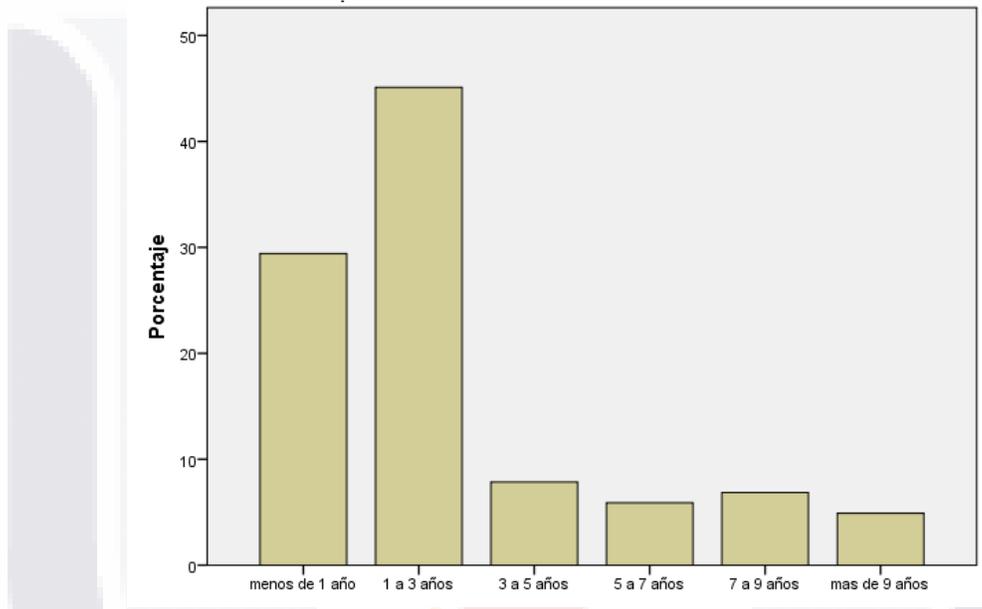
Tipo de tratamiento sustitutivo de la función renal.



Gráfica 9: Fue más frecuente el uso de hemodiálisis como tratamiento de la función renal entre los participantes.

El tiempo de evolución del tratamiento de sustitución renal de los pacientes con enfermedad renal, se subdivido en grupos, menos de un año de tratamiento sustitutivo en 30 pacientes siendo el 29.4%, de 1 a 3 años con 46 pacientes y 45.1% siendo el tiempo de evolución más frecuente, de 3 a 5 años con 8 pacientes y un 7.8%, de 5 a 7 años con 6 pacientes y 5.9%, de 7 a 9 años con 7 pacientes correspondiente al 6.9%, y de más de 9 años con 5 pacientes y 4.9% siendo el menos frecuente. (Gráfica 10).

Tiempo de evolución en tratamiento sustitutivo de la función renal.



Gráfica 10: Se observa que fue más frecuente estar en algún tratamiento de sustitución renal desde hace 1 a 3 años.

El tiempo de evolución de tratamiento sustitutivo de la función renal por grupos de diálisis y hemodiálisis, encontrando que el tiempo más frecuente de evolución de tratamiento sustitutivo de la función renal en los pacientes portadores de diálisis fue menos de 1 año con 7 pacientes, continuando con 2 pacientes de entre 1 año y 3, después y menos frecuente de 3 a 5 años y de 5 a 7 años con 1 paciente cada uno, en los rangos de 7 a 9 años y más de 9 años no se encontró ningún paciente.(Gráfica 10).

Tiempo de evolución de tratamiento de la función renal según tipo de sustitución renal.

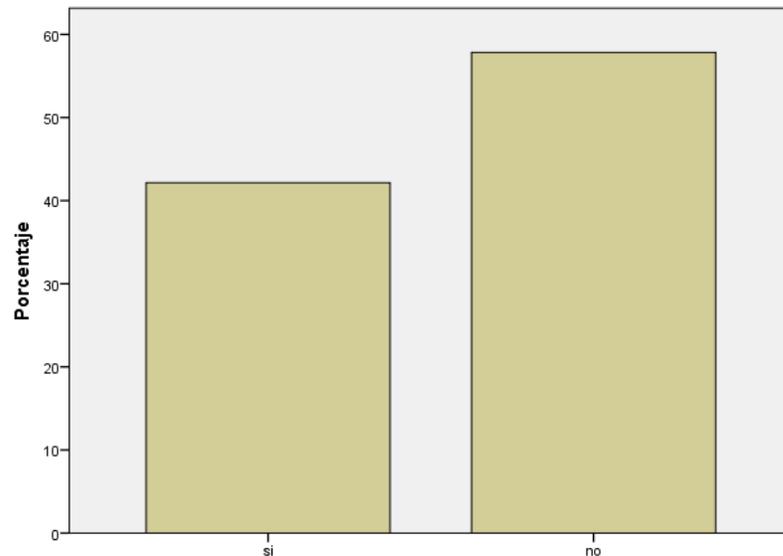
	Tiempo de evolución de tratamiento de sustitución						Total
	menos de 1 año	1 a 3 años	3 a 5 años	5 a 7 años	7 a 9 años	más de 9 años	
Tipo de tratamiento diálisis	7	2	1	1	0	0	11
de sustitución renal hemodiálisis	23	44	7	5	7	5	91
Total	30	46	8	6	7	5	102

Tabla 4: Se observa que para la diálisis el tiempo de evolución más frecuente fue menos de 1 año, mientras que para la hemodiálisis fue de 1 a 3 años.

En cuanto a la hemodiálisis en menos de 1 año de evolución se encontró a 23 pacientes, mientras que el rango de tiempo más frecuente fue con 46 pacientes el grupo de 1 a 3 años, después de 3 a 5 años con 8 pacientes, posteriormente de 5 a 7 años con 6 pacientes, con 7 participantes el grupo de 7 a 9 años y menos frecuente el grupo de más de 9 años con 5 pacientes. (Tabla 4).

En cuanto al cuestionario de Morisky la primer interrogante fue ¿se le olvida alguna vez tomar a medicina para su enfermedad renal?, siendo la respuesta negativa la mas frecuente con 59 participantes ocupando el 57.8%, mientras que afirmativa en el 42.2% correspondiente a 43 pacientes. (Gráfica 11).

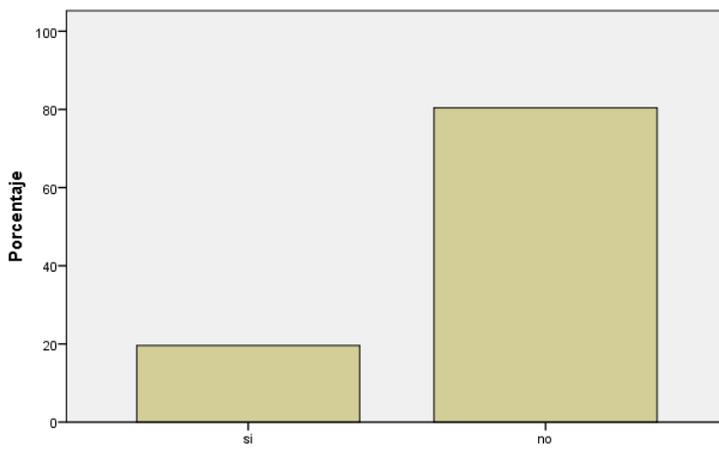
Pregunta número 1 de cuestionario de Morisky: ¿se le olvida alguna vez tomar la medicina para su enfermedad renal?



Gráfica 11: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la primera pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

Mientras que para la segunda pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue: A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. si recuerda las últimas dos semanas ¿hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su enfermedad renal ?, siendo la respuesta mas frecuente “no” con un 80.4% con 82 pacientes, y respuesta afirmativa con 20 pacientes siendo el 19.6%. (Gráfica 12).

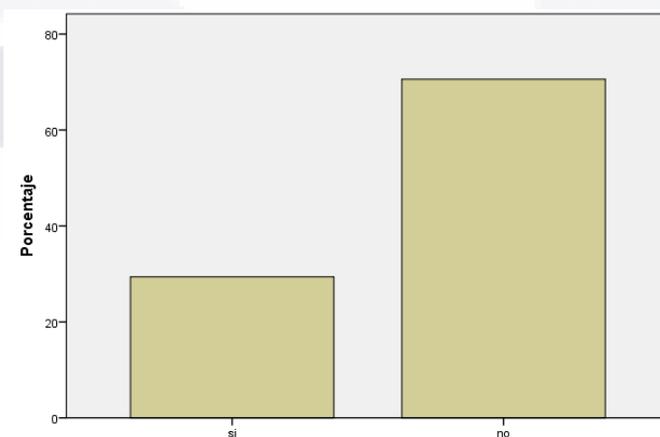
Pregunta número 2 de cuestionario de Morisky. ¿Hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina para su enfermedad renal?



Grafica 12: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la segunda pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

Los resultados correspondientes a la tercer pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sienta peor al tomarla?, siendo la respuesta más frecuente con 72 participantes y con un 70.6% “no”, y la respuesta afirmativa en 30 casos con un 29.4%. (Gráfica 13).

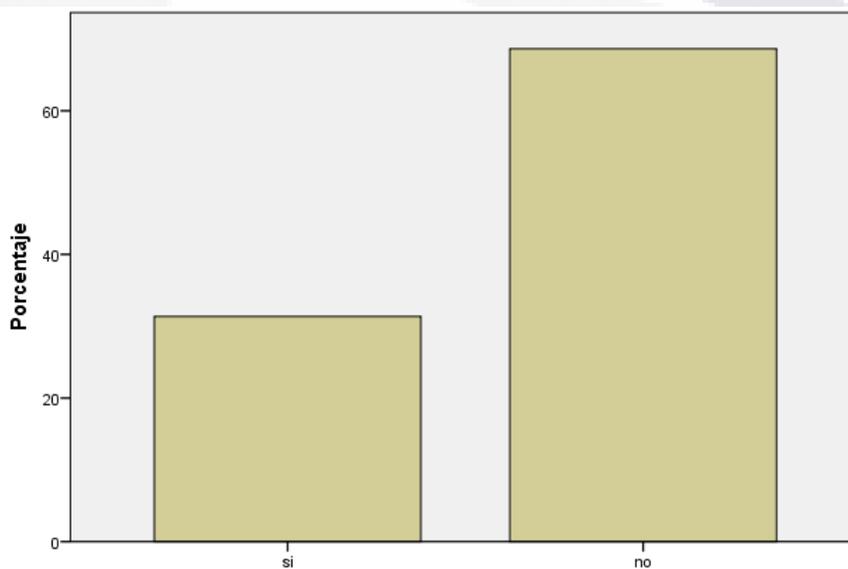
Pregunta número 3 de cuestionario de Morisky ¿alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sienta peor al tomarla?



Gráfica 13: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la tercera pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

En la cuarta pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue ¿cuándo viaja o está fuera del hogar ¿se le olvida llevar la medicina para su enfermedad renal alguna vez?, se obtuvo como resultado más frecuente la respuesta “no” con un 68.6% con 70 pacientes, y siendo la respuesta afirmativa en 31.4% con 32 pacientes. (Gráfica 14).

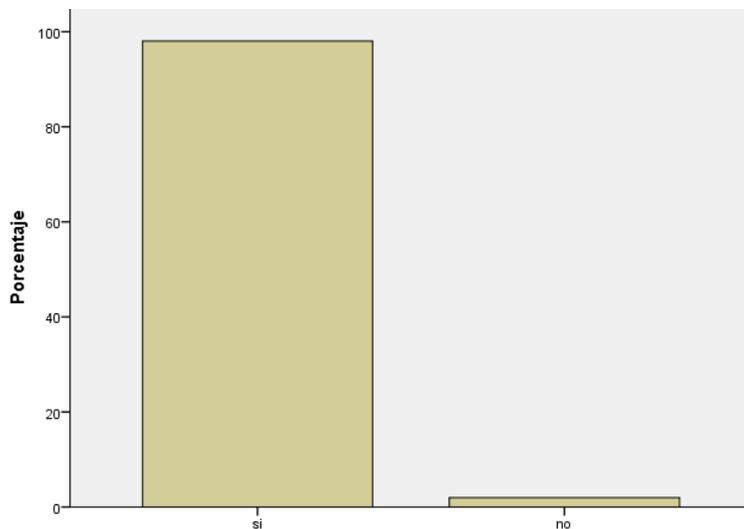
Pregunta número 4 de cuestionario de Morisky. ¿Se le olvida llevar la medicina para su enfermedad renal alguna vez?



Gráfica 14: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la cuarta pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

Los resultados a la quinta pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue ¿Tomo la medicina para su enfermedad renal ayer?, obteniendo como resultado más frecuente “si” con 100 pacientes y con un porcentaje de 98%, mientras que la respuesta “no” fue solo en 2 pacientes con el 2%. Como se muestra en la gráfica 15.

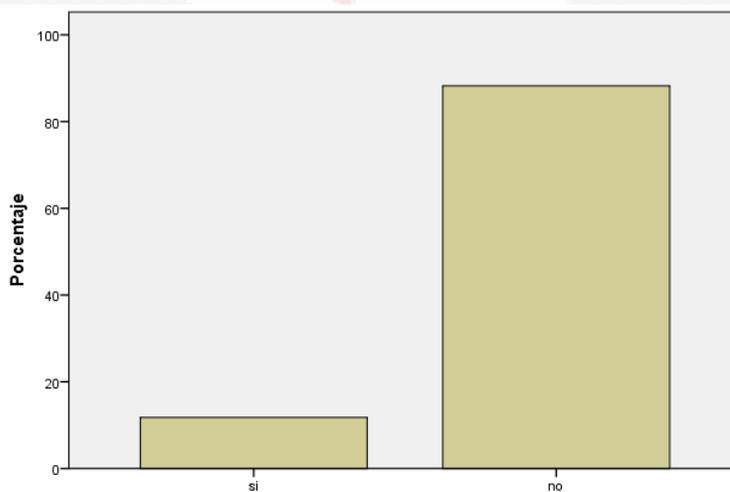
Pregunta número 5 de cuestionario de Morisky. ¿Tomo la medicina para su enfermedad renal ayer?.



Gráfica 15: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la quinta pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “si”.

Mientras que en la sexta pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue: Cuando siente que su enfermedad renal está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?, teniendo como resultado “si” en 12 pacientes ocupando el 11.8%, y la respuesta más frecuente fue “no” con 102 pacientes siendo el 88.2%. (Gráfica 16)

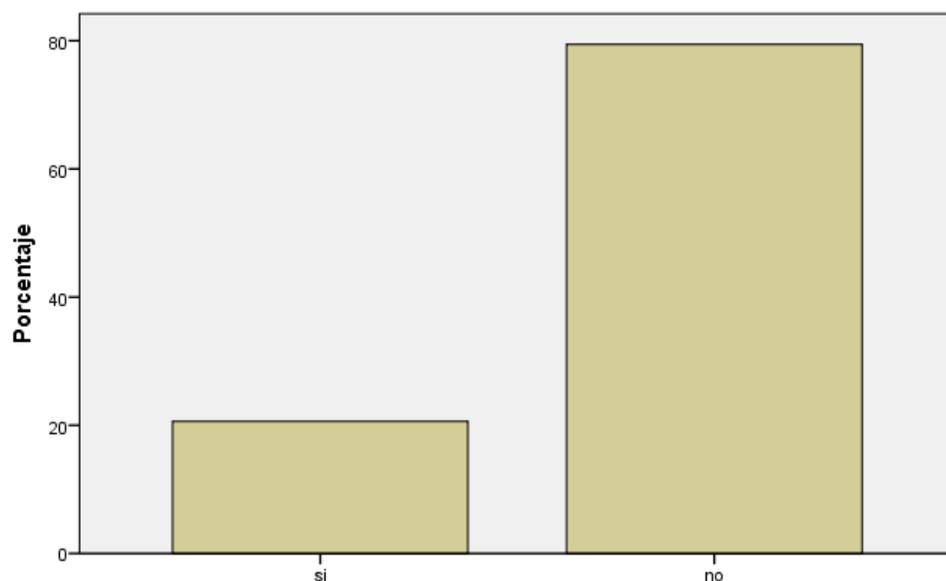
Pregunta número 6 de cuestionario de Morisky. ¿Deja a veces de tomar su medicina?.



Gráfica 16: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la sexta pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

En la séptima pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue: Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su enfermedad renal?, se obtuvo como resultado más frecuente “no” con un 79.4% con 81 pacientes y un “si” en 21 pacientes siendo el 20.6%. (Gráfica 17).

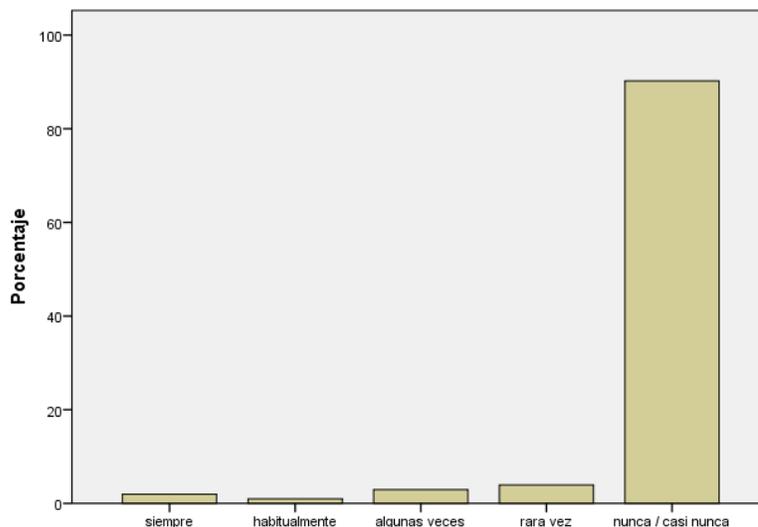
Pregunta número 7 de cuestionario de Morisky. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su enfermedad renal?.



Gráfica 17: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la séptima pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “no”.

En cuanto a la octava pregunta del cuestionario de Morisky la cual fue ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicamentos?, se obtuvo como respuesta más frecuente “nunca/ casi nunca” con 92 pacientes y el 90.2%, mientras que la respuesta “siempre” se respondió en 2 de los casos ocupando un 2%, “habitualmente” en una ocasión con el 1%, “algunas veces” en 3 ocasiones con el 2.9%, “rara vez” en 4 ocasiones con un 3.9%. (Gráfica 18).

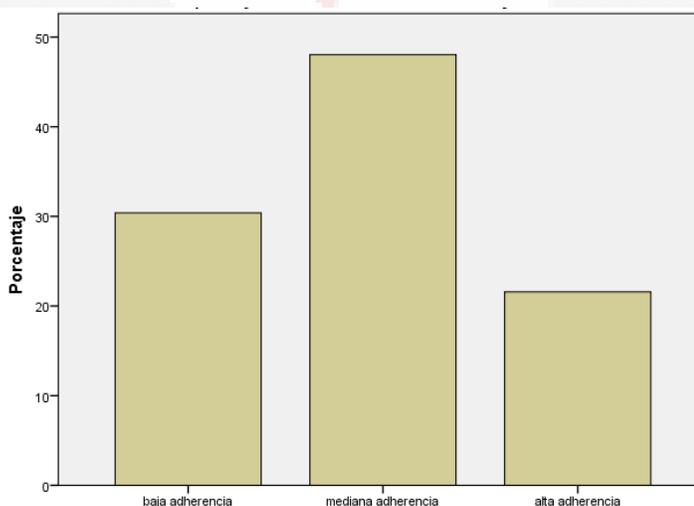
Pregunta número 8 de cuestionario de Morisky. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicamentos?.



Gráfica 18: Se observa que el resultado con mayor frecuencia para la octava pregunta del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “nunca/casi nunca”.

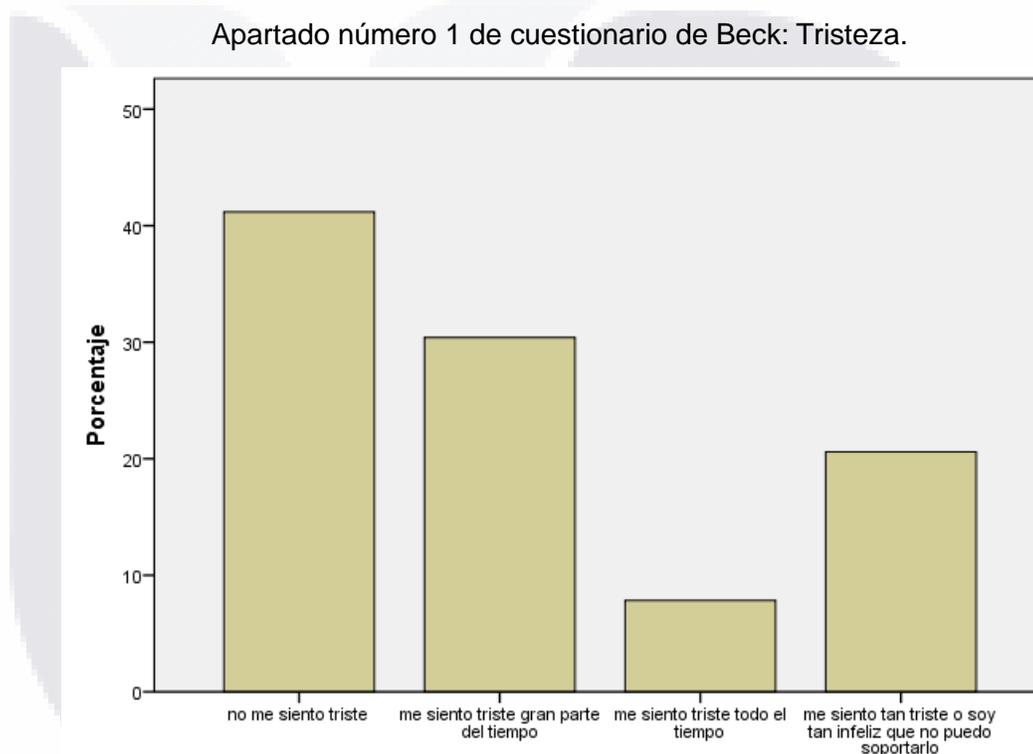
El resultado correspondiente al puntaje total de la escala de Morisky teniendo como resultado baja adherencia en 31 de los casos siendo el 30.4%, mediana adherencia que fue el resultado mas frecuente en 49 de los casos siendo el 48%, y alta adherencia que fue el menos frecuente en 22 de los casos con un 21.6%. Como se muestra en la gráfica 19.

Puntaje total de la escala de Morisky.



Gráfica 19: Se observa que el resultado final del cuestionario para adherencia al tratamiento fue “mediana adherencia”.

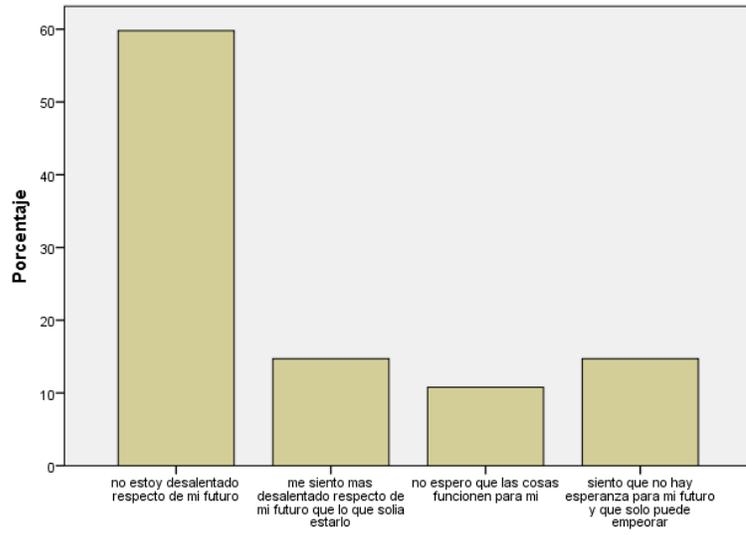
Mientras que en el cuestionario de Beck los resultados al primer apartado el cual fue: Tristeza. Siendo la respuesta más frecuente “no me siento triste” en 42 de los casos con un porcentaje de 41.2%, “me siento triste gran parte del tiempo” en 31 de los casos con un 30.4% , “me siento triste todo el tiempo” en 8 casos con un 7.8%, “me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo” en 21 de los casos con un 20.6%. (Gráfica 20).



Gráfica 20: Se obtuvo que la mayor parte de pacientes no se sentía triste al momento del estudio.

En cuanto al segundo apartado del cuestionario de Beck el cual fue: Pesimismo. Se obtuvo como resultado mas frecuente “no estoy desalentado respecto de mi futuro” en el 59.8% de los casos siendo 61 pacientes, “me sis desalentado respecto de mi fututo que lo que solia estarlo” en el 14.7%, con 15 casos, “no espero que las cosas funcionen para mi” 11 casos siendo el 10.8%, y con 15 pacientes con respuesta de “siento que no hay esperanza para mi futuro e que solo puede empeorar” con el 14.7%. (Gráfica 21).

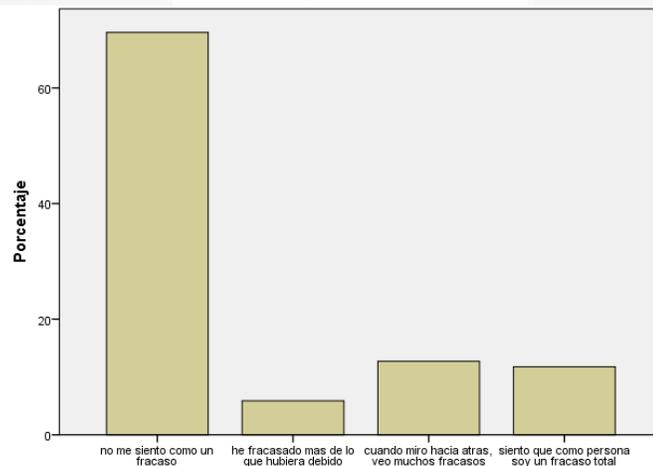
Apartado número 2 del cuestionario de Beck: Pesimismo.



Gráfica 21: Se observa que la mayor parte de pacientes no se encontraba desalentado respecto a su futuro.

El resultado correspondiente al tercer apartado del cuestionario de Beck el cual fue: Fracaso. Teniendo como respuesta mas frecuente con 71 casos y 69.6% “no me siento como un fracaso”, “he fracasado mas de lo que hubiera debido” con 6 pacientes con 5.9%, “cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos” con 13 pacientes y con el 12.7%, “siento que como persona soy un fracaso total” en 12 de los casos con 11.8%. Como se muestra en la gráfica 22.

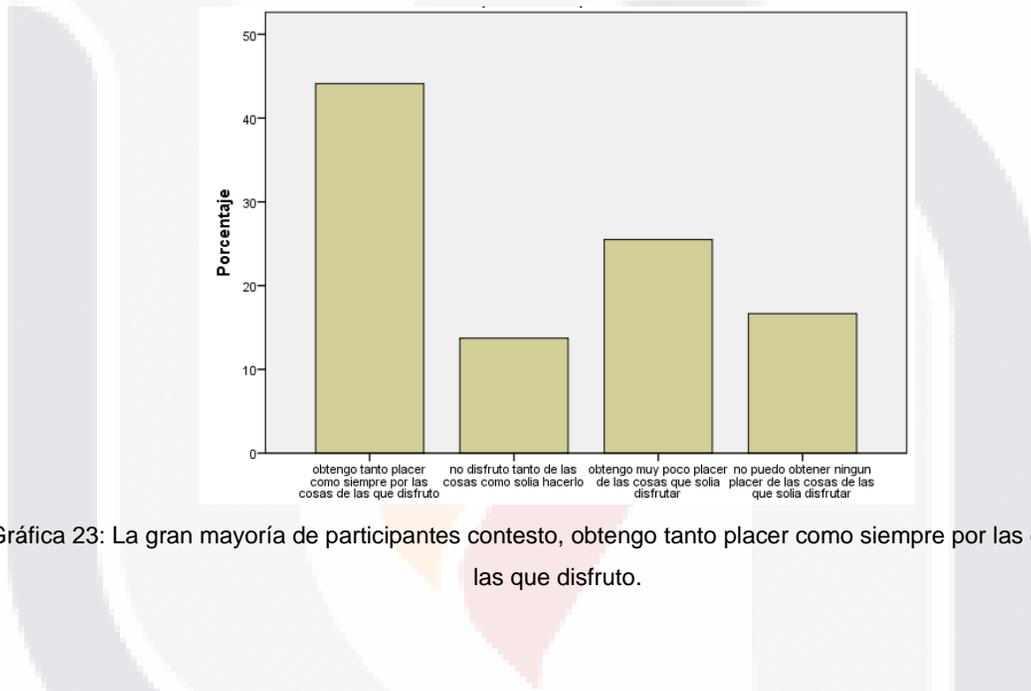
Apartado número 3 de cuestionario de Beck: Fracaso.



Gráfica 22: Se obtuvo como resultado para el apartado de fracaso más frecuente, no me siento como un fracaso.

En cuanto al cuarto apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Pérdida de placer. Se obtuvo como respuesta más frecuente con 45 pacientes y 44.1% “obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto”, “no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo” en 14 pacientes con el 13.7%, “obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar” en 26 de los pacientes con un 25.5%, y con 17 casos y 16.7% “no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar”. (Gráfica 23).

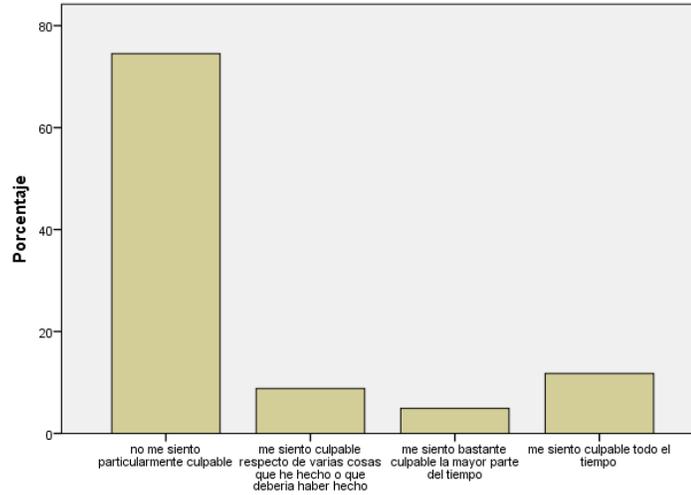
Apartado número 4 de cuestionario de Beck: Pérdida de placer.



Gráfica 23: La gran mayoría de participantes contestó, obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

Mientras que para el quinto apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Sentimientos de culpa. Teniendo como resultado más frecuente “no me siento particularmente culpable” en 76 de los casos con un porcentaje de 74.5%. “me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho” en 9 casos con un 8.8%, “me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo” en 5 de los casos con un 4.9%, “me siento culpable todo el tiempo” en 12 pacientes con un 11.8%. (Gráfica 24).

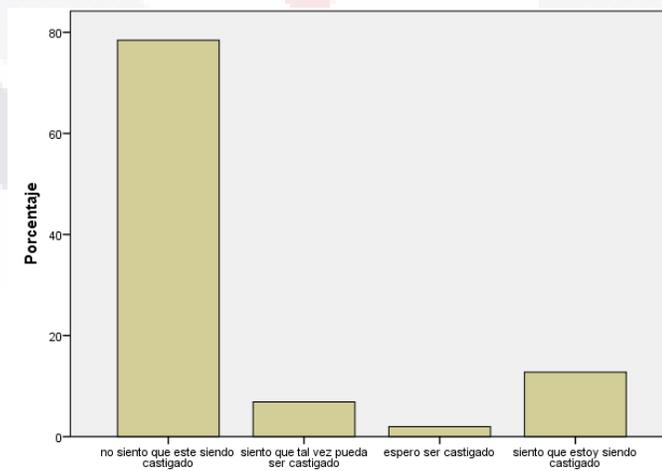
Apartado número 5 de cuestionario de Beck: Sentimientos de culpa.



Gráfica 24: Se observó que la gran mayoría de pacientes no se sentía particularmente culpable.

En el sexto apartado del cuestionario de Beck el cual fue: Sentimientos de castigo, teniendo como respuesta más frecuente con 80 casos y 78.4%, “no me siento que este siendo castigado”, “siento que tal vez pueda ser castigado” en 7 casos con un 6.9%, “espero ser castigado” en 2 pacientes y con un 2%, “siento que estoy siendo castigado” en 13 pacientes con un 12.7%. (Gráfica 25).

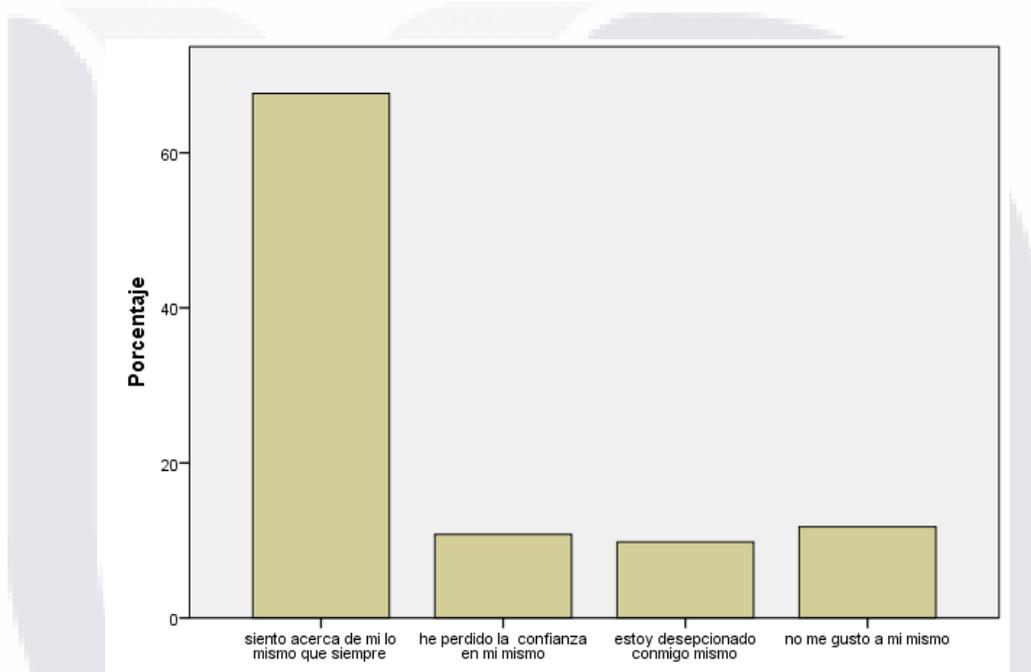
Apartado número 6 de cuestionario de Beck: Sentimientos de castigo.



Gráfica 25: La respuesta más frecuente para el apartado de sentimientos de castigo fue: no siento que este siendo castigado.

Los resultados correspondiente al septimo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Disconformidad con uno mismo. Teniendo como respuesta mas frecuente “siento acerca de mi lo mismo que siempre” con 69 casos y 67.6%, “he perdido la confianza en mi mismo” en 10.8% con 11 casos, “estoy decepcionado conmigo mismo” en 10 casos con el 9.8%, “no me gusto a mi mismo” en 12 casos con el 11.8%. Como se muestra en la gráfica 26.

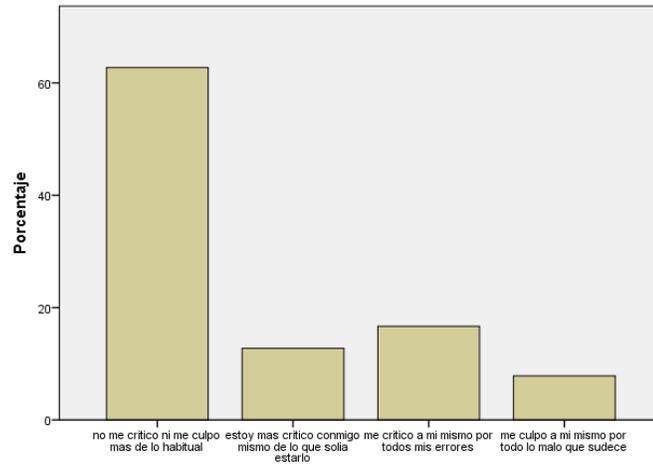
Apartado número 7 de cuestionario de Beck: Disconformidad con uno mismo.



Gráfica 26: Se obtuvo como resultado para el apartado número 7 que los pacientes se sentían acerca de ellos mismos lo mismo que siempre.

En el octavo apartado del cuestionario de Beck el cual fue: Autocrítica. Se obtuvo como respuesta mas frecuente “no me critico ni me culpo mas de lo habitual” con 64 casos los cuales corresponden al 62.7%, “estoy mas crítico conmigo mismo de lo que solia estarlo” en el 12.7% que son 13 pacientes, respondieron el 16.7% que son 17 pacientes “me critico a mi mismo por todos mis errores”, “me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede” fue respuesta de 8 pacientes los cuales conforman el 7.8%. (Gráfica 27).

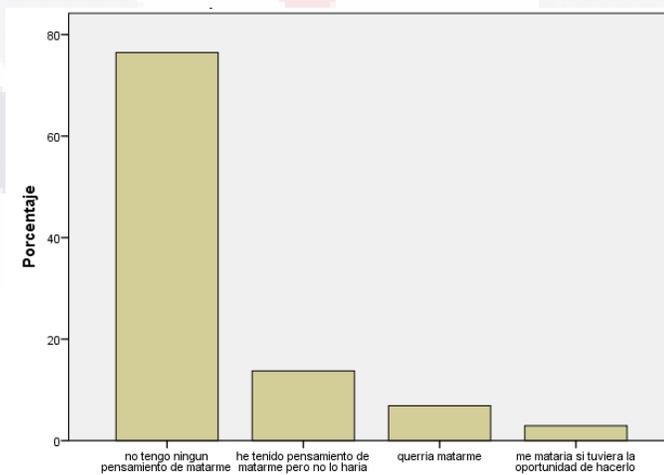
Apartado número 8 de cuestionario de Beck: Autocrítica.



Gráfica 27: Se obtuvo como resultado más frecuente en los pacientes: no me siento critico ni me culpo más de lo habitual.

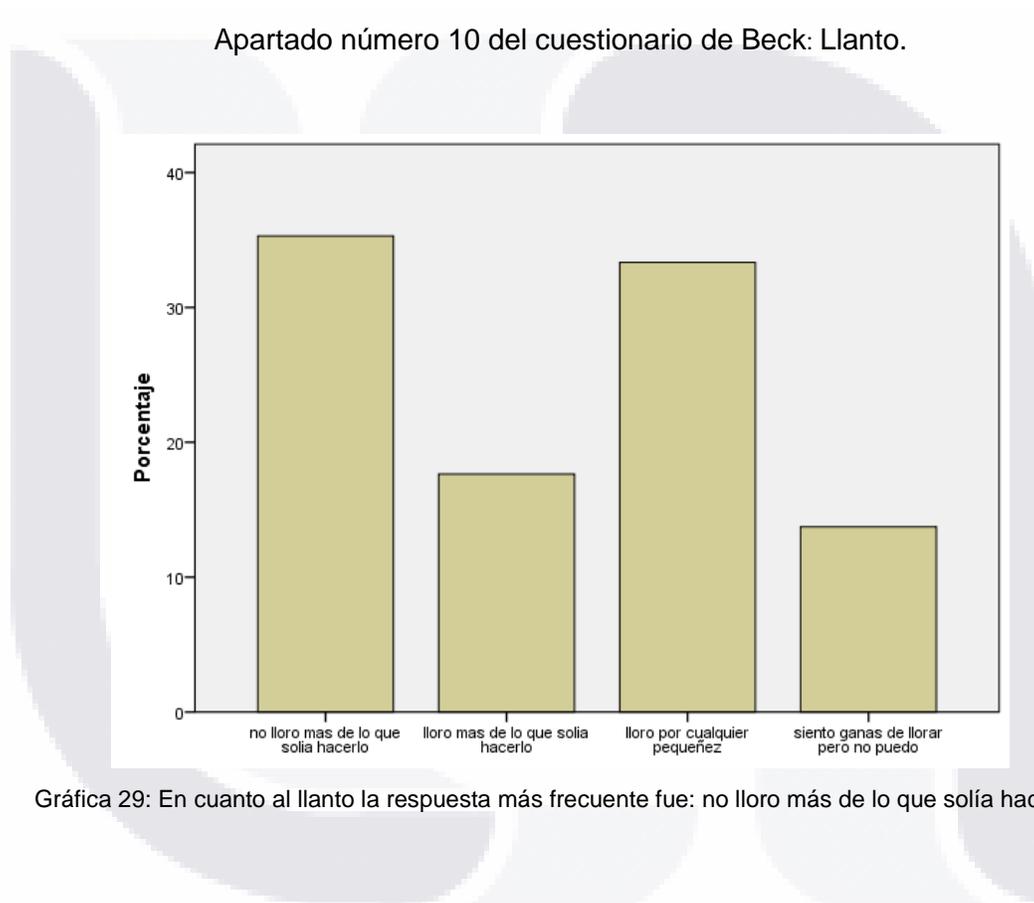
Mientras que en el noveno apartado del cuestionario de Beck el cual fue: pensamientos o deseos suicidas. La respuesta mas frecuente con 78 pacientes y con el 76.5% fue, “no tengo ningún pensamiento de matarme”, seguido por “he tenido pensamiento de matarme pero no lo haria” en el 13.7% de los casos correspondiente a 14 casos, posteriormente con 7 pacientes ocupando el 6.9% “querria matarme” y por ultimo con 3 pacientes y con el 2.9% “me mataria si tuviera la oportunidad de hacerlo”. (Gráfica 28).

Apartado número 9 de cuestionario de Beck: Pensamientos o deseos suicidas.



Gráfica 28: Se observo que la respuesta más frecuente en este apartado fue: no tengo ningún pensamiento de matarme.

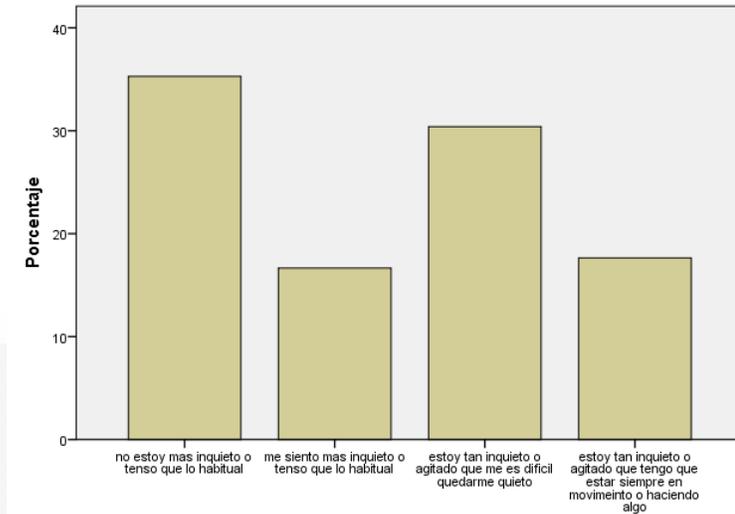
Los resultados correspondientes al décimo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Llanto. La respuesta mas frecuente fue “no lloro mas de lo que solia hacerlo” con 36 afirmaciones correspondientes al 35.3%, siguiendo de “lloro por cualquier pequeñez” con el 33.3% y con 34 pacientes, con 18 pacientes correspondiente al 17.6% la respuesta fue “lloro mas de lo que solia hacerlo”, y por último “siento ganas de llorar pero no puedo” con 14 pacientes que corresponde al 13.7%. Como se muestra en la gráfica 29.



Gráfica 29: En cuanto al llanto la respuesta más frecuente fue: no lloro más de lo que solía hacerlo.

En el onceavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Agitación. Teniendo como respuesta mas frecuente con 36 casos y con el 35.3%, “no estoy mas inquieto o tenso que lo habitual”, con 17 pacientes y con el 16.7% “me siento mas inquieto o tenso que lo habitual”, “estoy tan inquieto o agitado que me es dificil quedarme quieto” con 31 pacientes y con el 30.4%, mientras que con 18 personas y 17.6% “estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo”. (Gráfica 30).

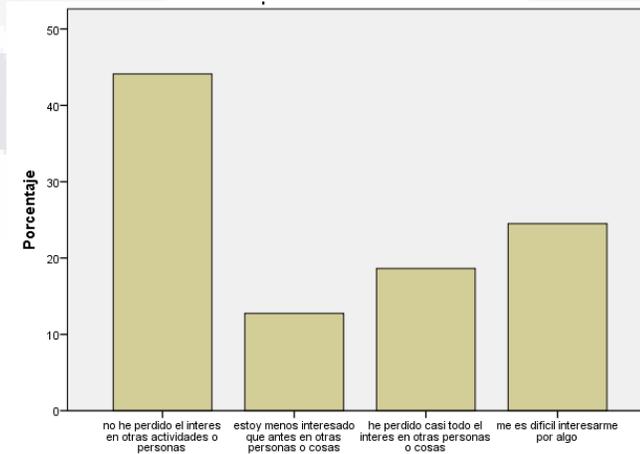
Apartado número 11 del cuestionario de Beck: Agitación.



Gráfica 30: En cuanto a la agitación la respuesta más frecuente fue: no estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

Mientras que en el apartado doceavo del cuestionario de Beck el cual fué: Pérdida de interés. Obteniendo como respuesta más frecuente con 45 pacientes y con el 44.1% “no he perdido el interés en otras actividades o personas”, seguido de “me es difícil interesarme por algo” con 25 pacientes con el 24.5%, “he perdido casi todo el interés en personas o cosas” con 19 participantes y con el 18.6%, por último “estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas” con 13 pacientes y con el 12.7%. (Gráfica 31).

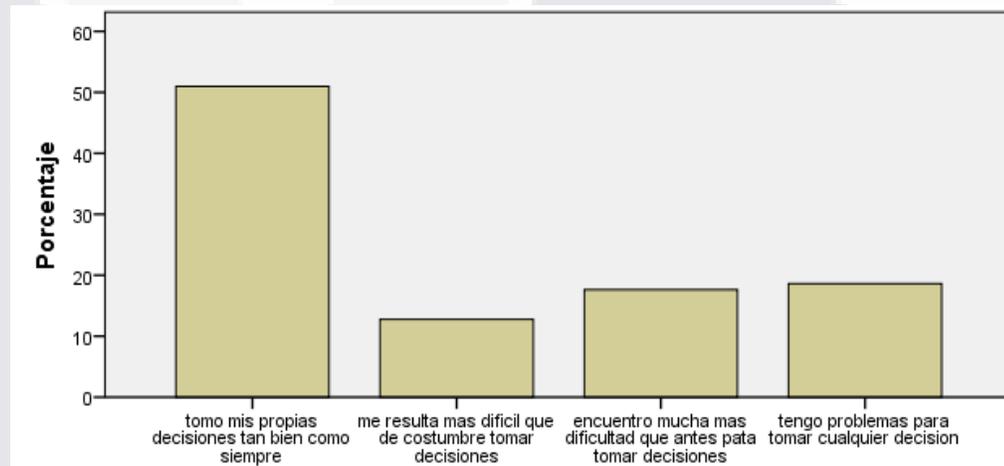
Apartado número 12 del cuestionario de Beck: Pérdida de interés.



Gráfica 31: Se observó que para la perdida de interés la respuesta más frecuente fue: no he perdido el interés en otras actividades o personas.

En cuanto al treceavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Indecisión. Obteniendo como resultado mas frecuente con el 51.0% con 52 pacientes “tomo mis propias decisiones tan bien como siempre”, seguido de “tengo problemas para tomar cualquier decisión” con 19 pacientes correspondiente al 18.6%, mientras que 18 pacientes con el 17.6% respondieron “encuentro mucha mas dificultad que antes para tomar decisiones” y por último “me resulta mas difcil que de costumbre tomar decisiones” con 13 pacientes con el 12.7%. (Gráfica 32).

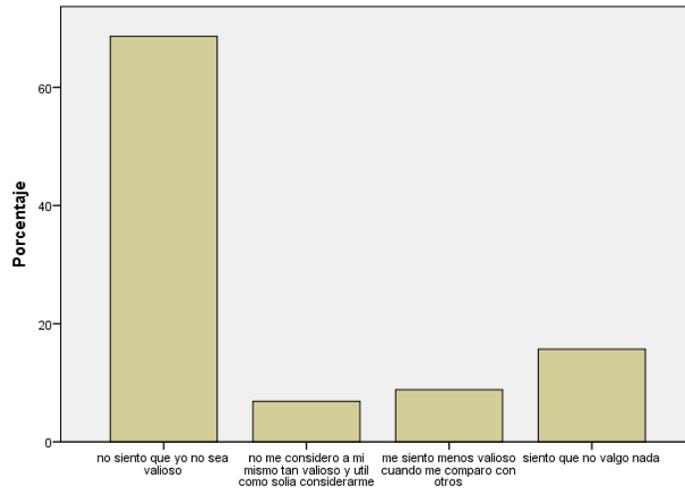
Apartado número 13 de cuestionario de Beck: Indecisión.



Gráfica 32: La respuesta más frecuente para la indecisión fue que los pacientes se refieres que toman sus propias decisiones tan bien como siempre.

Los resultados correspondientes al catorceavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Desvalorización. En la cual la respuesta más frecuente fue “no me siento que yo sea valioso” con 70 pacientes con el 68.6%, seguido con 16 pacientes y con el 15.7% “siento que no valgo nada”, posteriormente con 9 pacientes y con el 8.8% “me siento menos valioso cuando me comparo con otros”, y por último “no me considero a mi mismo tan valioso y util como solia considerarme” con 7 pacientes y con el 6.9%. Gráfica 33.

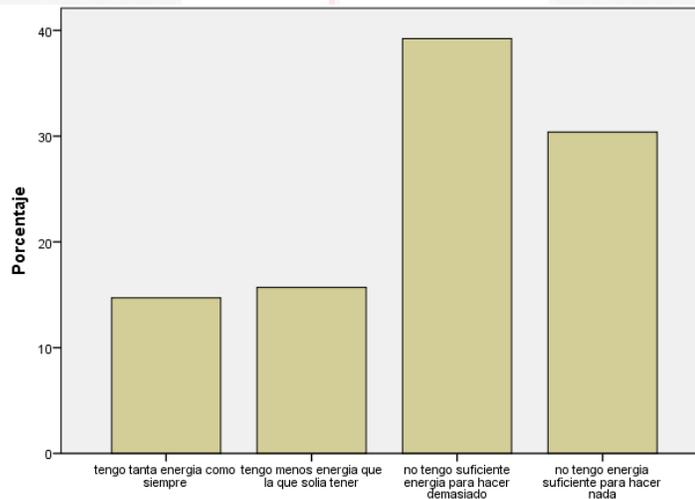
Apartado número 14 de cuestionario de Beck: Desvalorización.



Gráfica 33: La gran mayoría de los pacientes no se sienten que no sean valiosos.

Mientras que para el quinceavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Pérdida de energía. Donde se obtuvo como respuesta más frecuente “no tengo suficiente energía para hacer demasiado” con 40 pacientes los cuales corresponden al 39.2%, seguida de “no tengo energía suficiente para hacer nada” con 31 pacientes y 30.4%, mientras que 16 pacientes con el 15.7% contestaron “tengo menos energía que la que solia tener” y por último “tengo tanta energía como siempre” con 15 pacientes que corresponden al 14.7%. (Gráfica 34).

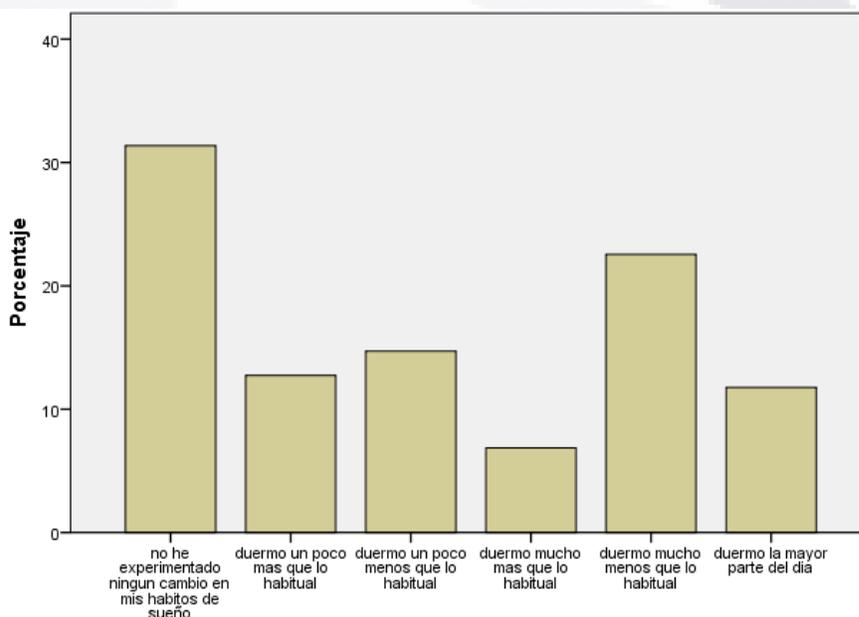
Apartado número 15 de cuestionario de Beck: Pérdida de energía.



Gráfica 34: Se observo que la gran mayoría de participantes comentaron no tener suficiente energía para hacer demasiado.

En el dieciseiavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Cambios en los habitos de sueño. Obteniendo como respuesta mas frecuente “no he experimentado ningun cambio en mis habitos de sueño” con 32 pacientes los cuales corresponden al 31.4%, seguido de 23 pacientes con el 22.5% respondiendo “duermo mucho menos que lo habitual”, “duermo un poco menos que lo habitual” con 15 pacientes correspondiente al 14.7%, con 13 pacientes y con el 12.7% para “ duermo un poco mas que lo habitual”, 12 pacientes con el 11.8% respondieron “duermo la mayor parte del dia” y por ultimo “duermo mucho mas que lo habitual” con 7 pacientes con el 6.9%. (Gráfica 35).

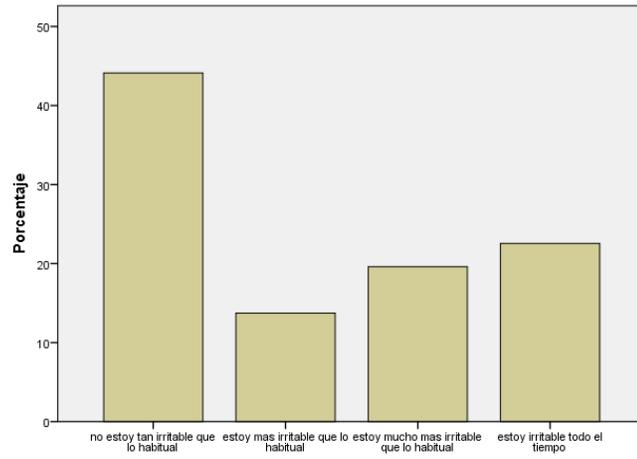
Apartado número 16 de cuestionario de Beck: Cambios en los hábitos de sueño.



Gráfica 35: La gran mayoría de pacientes comento no han experimentado ningún cambio en los hábitos de sueño, seguido de duermo mucho menos que lo habitual.

En cuanto al diecisieteavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Irritabilidad. “no estoy tan irritable que lo habitual” siendo la respuesta mas frecuente con 45 pacientes y con el 44.1%, seguido de “estoy irritable todo el tiempo” con 23 pacientes con el 22.5%, “estoy mucho mas irritable que lo habitual” con 20 participantes con el 19.6%, y por último con 14 participantes con el 13.7% para “estoy mas irritable que lo habitual”. (Gráfica 36).

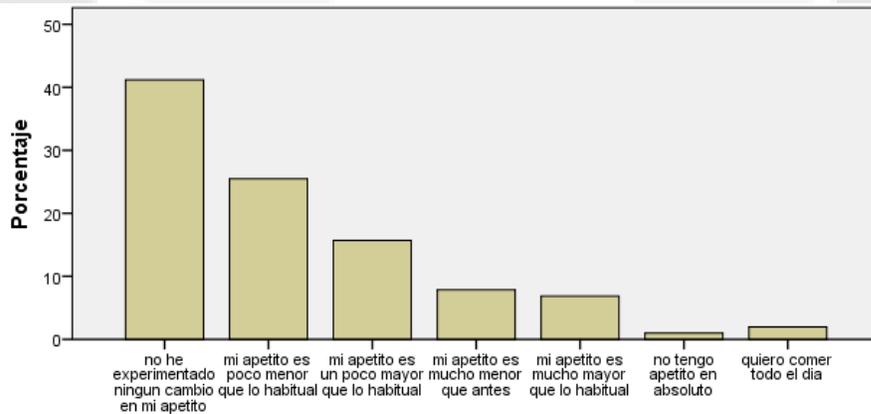
Apartado número 17 del cuestionario de Beck: Irritabilidad.



Gráfica 36: Se observo que la gran mayoría de participantes no se sentían tan irritables que lo habitual, seguido por estar irritables todo el tiempo.

En cuanto a los resultados correspondientes al dieciochoavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Cambios en el apetito. “no he experimentado ningun cambio en mi apetito” con 42 pacientes y 41.2%, “mi apetito es poco menor que lo habitual” con 25.5% que corresponde a 26 pacientes, “mi apetito es un poco mayor que lo habitual” con 16 pacientes y con el 15.7%, “mi apetito es mucho menor que antes” con 8 pacientes que corresponden al 7.8%, “mi apetito es mucho mayor que lo habitual” con 7 pacientes que corresponde al 6.9%. Como se muestra en la gráfica 37.

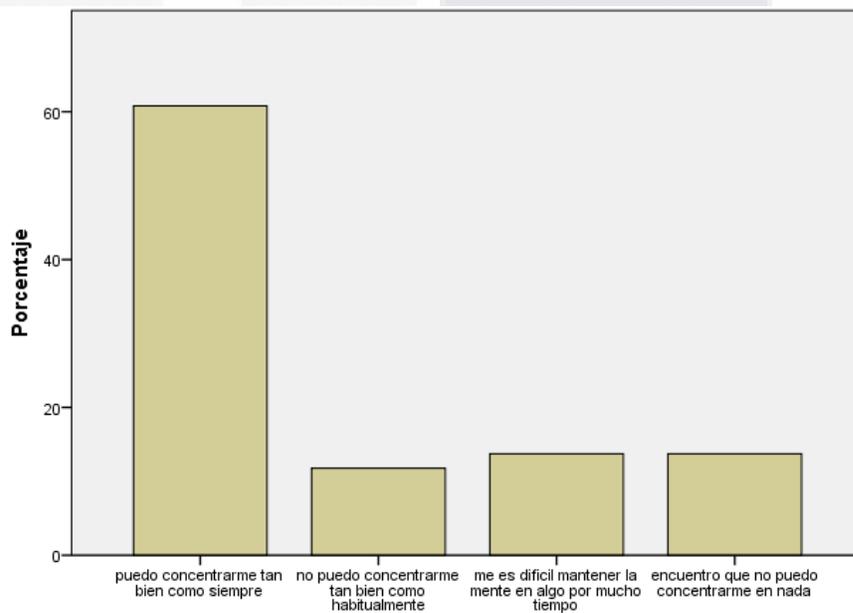
Apartado número 18 de cuestionario de Beck: Cambios en el apetito.



Gráfica 37: No se presentó ningún cambio en el apetito de los pacientes, seguido por presentar apetito un poco menor que lo habitual.

Mientras que los resultados correspondientes al diecinueavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Dificultad de concentracion. Obteniendo con mayor frecuencia la respuesta “puedo concentrarme tan bien como siempre” con 62 pacientes correspondiente al 60.8%, seguida de “me es dificil mantener la mente en algo por mucho tiempo” y “encuentro que no puedo concentrarme en nada” con 14 participantes cada una y con el 13.7%, y por ultimo con 12 participantes con el 13.7%, “no puedo conentrarme tan bien como habitualmente”. (Gráfica 38).

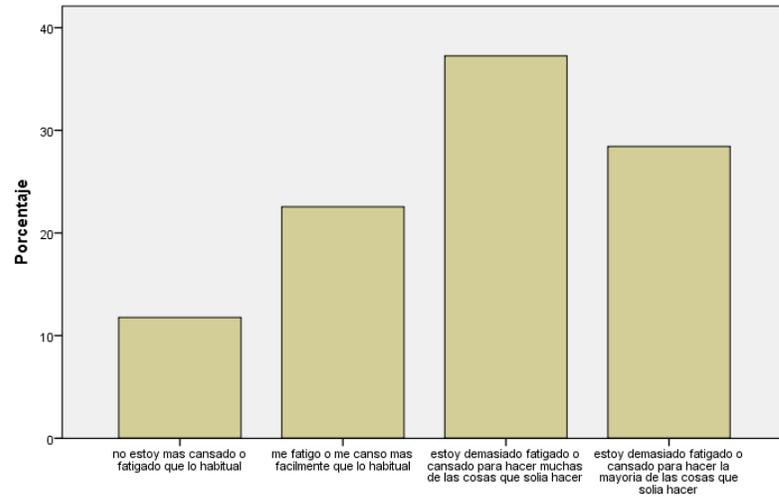
Apartado número 19 de cuestionario de Beck: Dificultad de concentración.



Gráfica 38: Los pacientes refirieron no poder concentrarse tan bien como siempre.

En cuanto a los resultados correspondientes al ventiavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Cansancio o fatiga. Encontrando con más frecuencia la respuesta de “estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer” con 38 pacientes correspondiente al 37.3%, seguida de “estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer” con 29 personas con el 28.4%, “me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual” con 23 pacientes y con el 22.5%, y con 12 pacientes y con el 11.8% “no estoy más cansado o fatigado que lo habitual”. (Gráfica 39).

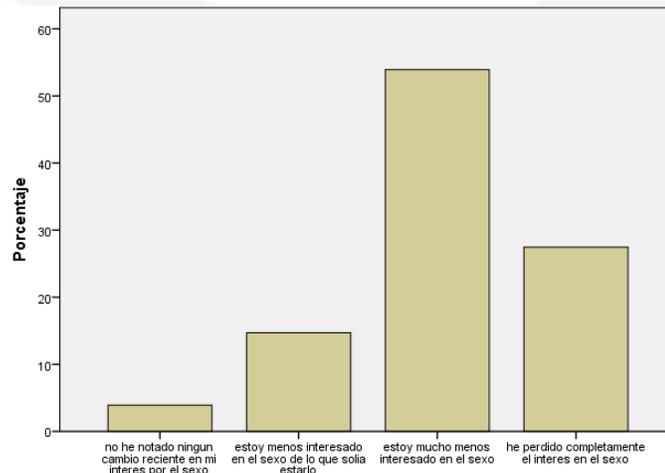
Apartado número 20 de cuestionario des Beck: Cansancio o fatiga.



Gráfica 39: Los pacientes refirieron estar demasiado fatigados o cansados para hacer muchas de las cosas que solían hacer.

Los resultados correspondientes al veintiunoavo apartado del cuestionario de Beck el cual fué: Pérdida de interés en el sexo. Teniendo como respuesta mas frecuente con 55 pacientes y con el 53.9% “estoy mucho menos interesado en el sexo”, “he perdido completamente el interes en el sexo” con 28 pacientes y con 27.5%, “estoy menos interesao en el sexo de lo que solia estarlo” con 15 pacientes y con ek 14.7%, y por ultimo con 4 pacientes y con el 3.9% “ no he notado ningun cambio reciente en mi interes por tener sexo”. (Gráfica 40).

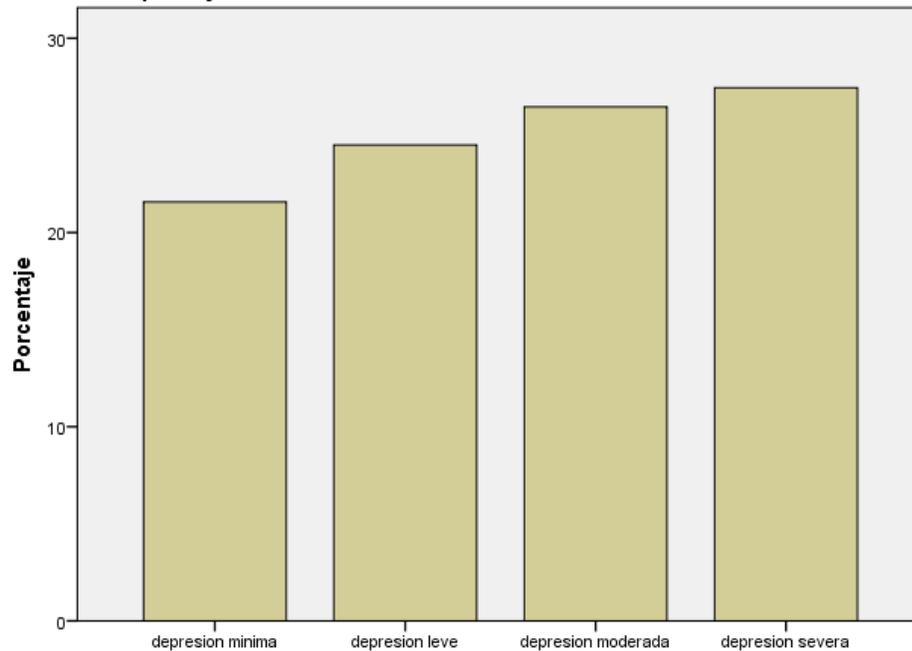
Apartado número 21 del cuestionario de Beck: Pérdida de interés en el sexo.



Gráfica 40: Los pacientes se refirieron estar mucho menos interesados en el sexo.

En cuanto a la puntuación total del cuestionario de BECK se obtuvieron los siguientes resultados: 28 pacientes con un porcentaje de 27.5% presentaron depresión severa, mientras que 27 pacientes con el 26.5% presentaron depresión moderada, 25 pacientes con el 24.5% presentaron depresión leve, y por último la depresión mínima estuvo presente en 22 pacientes con el 21.6%. (Gráfica 41).

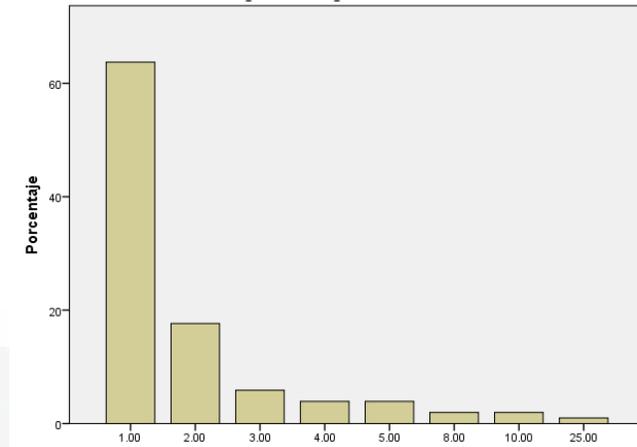
Puntaje total obtenido en el cuestionario de BECK BDI 2



Gráfica 41: La gran mayoría de pacientes presento depresión severa.

Mientras que el número de ingresos a urgencias en el último año donde la mayoría con 65 pacientes con el 63.7% ingresaron una vez a urgencias, 18 pacientes ingresaron 2 veces al año, 6 pacientes tres veces, 4 pacientes 4 veces al año, mientras que 5 veces 4 pacientes, y dos pacientes 8 veces y 10 veces, por ultimo 1 paciente ingreso 25 veces a urgencias durante el ultimo año. (Gráfica 42).

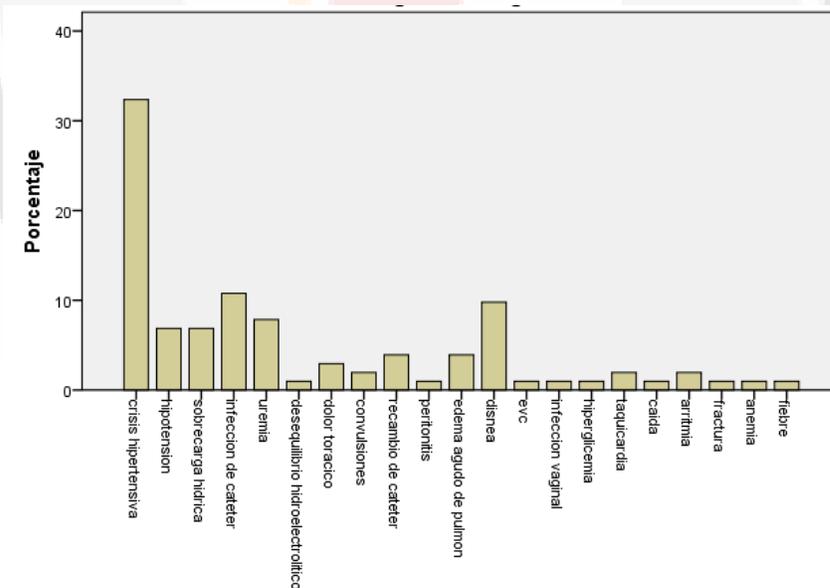
Número de ingresos a urgencias.



Gráfica 42: La gran mayoría de los pacientes ingreso por lo menos 1 vez en el último año al servicio de urgencias.

Se obtuvo dentro de las causas de ingreso al servicio de urgencias que la más frecuente fue crisis hipertensiva en 33 pacientes con el 32.4%, seguida de infección de catéter con el 10.8%, disnea 9.8%, uremia en el 7.8%, hipotensión, sobrecarga hídrica en el 6.9% cada uno, recambio de catéter en el 3.9%, dolor torácico en el 2.9%, convulsiones, taquicardia, arritmia en el 2% cada una, desequilibrio hidroelectrolítico, peritonitis, EVC, infección vaginal, hiperglicemia, caídas, fracturas, anemia, fiebre en el 1% cada una. (Gráfica 43).

Causas de ingreso a urgencias.



Gráfica 43: Las causas más frecuentes como ingreso al servicio de urgencias fueron las crisis hipertensivas seguidas de infección de catéter y disnea.

En cuanto al puntaje total de la escala de Morisky según el tratamiento de sustitución renal, en diálisis fueron 11 pacientes de los cuales 6 presentaron baja adherencia, 4 mediana adherencia, 1 alta adherencia, mientras que en hemodiálisis fueron 91 pacientes de los cuales 25 presentaron baja adherencia, 45 mediana adherencia y 21 alta adherencia. Como se muestra en la Tabla 5.

Grado de adherencia al tratamiento en cuanto al tipo de sustitución renal.

		Puntaje total de la escala de Morisky			Total
		Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Tipo de tratamiento de sustitución renal	Diálisis	6	4	1	11
	Hemodiálisis	25	45	21	91
Total		31	49	22	102

Tabla 5: Puntaje de escala de Morisky según el tratamiento de sustitución renal.

El puntaje total del cuestionario de Beck según el tipo de tratamiento de sustitución renal, en diálisis fueron 11 pacientes de los cuales 0 presentaron depresión mínima, 2 presentaron depresión leve, depresión moderada la presentaron 4 pacientes y depresión severa en 5 pacientes, mientras que en hemodiálisis fueron 91 pacientes de los cuales 22 presentaron depresión mínima, 23 depresión leve, al igual que depresión moderada y severa. Tabla 6.

Grado de depresión en cuanto a tipo de sustitución renal.

		Puntaje total obtenido en el cuestionario de BECK BDI 2				Total
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
Tipo de tratamiento de sustitución renal	Diálisis	0	2	4	5	11
	Hemodiálisis	22	23	23	23	91
Total		22	25	27	28	102

Tabla 6: Puntaje de cuestionario de BECK BDI 2 según el tratamiento de sustitución renal.

En cuanto a la asociación que existe entre adherencia al tratamiento y depresión de los pacientes con enfermedad renal se obtuvo una sensibilidad 88% y una especificidad 50%. (Tabla 7).

No tiene depresión	22	Tiene adherencia
sí tiene depresión	80	No tiene adherencia

tabla 7: especificidad y sensibilidad
Porcentaje global 78.4 = tasa de acierto

Chi cuadrada significancia

Chi cuadrada de 5.590, con una significancia menor a 0.05, (0.18).

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Escalón	5.590	1	.018
	Bloque	5.590	1	.018
	Modelo	5.590	1	.018

Tabla 8: Chi cuadrada de asociación de depresión y adherencia al tratamiento.

La asociación entre la depresión y la adherencia a tratamiento se encontró una significancia de 0.016, se obtuvo un riesgo de 3.568 más veces de presentar falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica si se asocia a depresión. (Tabla 9).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
DEPRESIÓN	1.272	.529	5.781	1	.016	3.568
Constante	.368	.434	.719	1	.396	1.444

Tabla 9: Asociación depresión y adherencia al tratamiento.

La tristeza se asoció a la falta de adherencia de los pacientes con enfermedad renal 2 veces más si el paciente no presentara tristeza, pero cuenta con una significancia del 0.154. (Tabla 10).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Tristeza	.693	.486	2.030	1	.154	2.000
Constante	.916	.342	7.196	1	.007	2.500

Tabla 10: Asociación de tristeza y adherencia al tratamiento.

La variable de pesimismo se asoció a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, con un riesgo de 3.872 más que un paciente que no presente pesimismo cuenta con una significancia de 0.023. (Tabla 11).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Pesimismo	1.354	.597	5.151	1	.023	3.872
Constante	.871	.281	9.622	1	.002	2.389

Tabla 11: Asociación de pesimismo y adherencia al tratamiento.

El sentimiento de fracaso se asoció a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes de objeto de estudio, presentando un riesgo de 12.6 veces más que un paciente que no presente sentimiento de fracaso cuenta con una significancia del 0.016. (Tabla 12).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Sentimiento de fracaso	2.534	1.049	5.831	1	.016	12.600
Constante	.868	.260	11.129	1	.001	2.381

Tabla 12: Asociación de sentimientos de fracaso y adherencia al tratamiento

La presencia de pérdida de placer en el paciente con enfermedad renal presento un riesgo de 1.071 de presentar falta de adherencia al tratamiento, con una significancia del 0.887. (Tabla 13).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Pérdida de placer	.069	.484	.020	1	.887	1.071
Constante	1.253	.359	12.207	1	.000	3.500

Tabla 13: Asociación de perdida de placer y adherencia al tratamiento

Los sentimientos de culpa en el paciente con enfermedad renal en tratamiento sustitutivo tuvieron una significancia de 0.737 para que el paciente presente falta de adherencia al tratamiento y cuenta con 1.210 veces más de presentar falta de adherencia que un paciente que no presente sentimientos de culpa. (Tabla 14).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Sentimientos de culpa	.191	.569	.113	1	.737	1.210
Constante	1.244	.275	20.434	1	.000	3.471

Tabla 14: Asociación de sentimientos de culpa y adherencia al tratamiento.

Se obtuvo con una significancia del 0.125, que la presencia de sentimientos de castigo en pacientes con enfermedad renal y tratamiento sustitutivo presentaron 3.333 más riesgo de presentar falta de adherencia al tratamiento que pacientes que no presentan sentimientos de castigo. (Tabla 15).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Sentimientos de castigo	1.204	.785	2.351	1	.125	3.333
Constante	1.099	.258	18.104	1	.000	3.000

Tabla 15: Asociación de sentimientos de castigo y adherencia al tratamiento.

Los pacientes que presentaron disconformidad tuvieron 2.559 más riesgo de presentar falta de adherencia al tratamiento que los pacientes que no la presentan con una significancia del 0.117. (Tabla 16).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Disconformidad	.940	.600	2.454	1	.117	2.559
Constante	1.041	.274	14.430	1	.000	2.833

Tabla 16: Asociación de disconformidad y adherencia al tratamiento.

Se observo que los pacientes que presentaron autocrítica contaron con 1.778 más riesgo de presentar falta de adherencia al tratamiento que los pacientes que no la presentan, con una significancia de 0.278. (Tabla 17).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Autocritica	.575	.530	1.177	1	.278	1.778
Constante	1.099	.289	14.483	1	.000	3.000

Tabla 17: Asociación de autocrítica y adherencia al tratamiento.

Los pacientes que presentaron deseos suicidas tuvieron un riesgo 8.474 más de presentar falta de adherencia al tratamiento que los pacientes que no mostraron deseos suicidas con una significancia de 0.042. (Tabla 18).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Deseos suicidas	2.137	1.053	4.119	1	.042	8.474
Constante	.999	.255	15.301	1	.000	2.714

Tabla 18: Asociación de deseos suicidas y adherencia al tratamiento.

Mientras que los pacientes que presentaron llanto contaron con un riesgo de 4.614 más de presentar falta de adherencia al tratamiento que los pacientes que no presentaron llanto, con una significancia del 0.003. (Tabla 19).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Llanto	1.529	.509	9.022	1	.003	4.614
Constante	.452	.342	1.748	1	.186	1.571

Tabla 19: Asociación de llanto y adherencia al tratamiento.

En cuanto a los pacientes que presentaron agitación contaron con un riesgo de 2.200 veces más que los pacientes que no presentaron agitación de presentar falta de adherencia al tratamiento con una significancia de 0.108. (Tabla 20).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Agitación	.788	.490	2.590	1	.108	2.200
Constante	.821	.362	5.149	1	.023	2.273

Tabla 20: Asociación de agitación y adherencia al tratamiento.

Se observó que los pacientes que presentaron pérdida de interés respecto a los que no, contaron con un riesgo de 3.571 mayor de presentar falta de adherencia al tratamiento, con una significancia de 0.013. (Tabla 21).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Pérdida de interés	1.273	.513	6.165	1	.013	3.571
Constante	.693	.316	4.805	1	.028	2.000

Tabla 21: Asociación de pérdida de interés y adherencia al tratamiento.

Los pacientes que presentaron indecisión contaron con un riesgo de 2.490 respecto a los que no, para presentar falta de adherencia al tratamiento, con una significancia de 0.073. (Tabla 22).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Indecisión	.912	.510	3.204	1	.073	2.490
Constante	.903	.306	8.700	1	.003	2.467

Tabla 22: Asociación de indecisión y adherencia al tratamiento.

En cuanto a los pacientes que contaron con desvalorización, tuvieron 3.601 más veces de presentar falta de adherencia al tratamiento que los que no la presentaron, con una significancia del 0.053. (Tabla 23).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Desvalorización	1.281	.663	3.731	1	.053	3.601
Constante	.987	.269	13.496	1	.000	2.684

Tabla 23: Asociación de desvalorización y adherencia al tratamiento.

Se observo que los pacientes que presentaron pérdida de energía contaron con un riesgo de 2.059 mayor que los que no la presentaron, para falta de adherencia al tratamiento, con una significancia del 0.237. (Tabla 24).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Pérdida de energía	.722	.611	1.398	1	.237	2.059
Constante	.693	.548	1.602	1	.206	2.000

Tabla 24: Asociación de pérdida de energía y adherencia al tratamiento.

En cuanto a los pacientes que presentaron cambios en el sueño tuvieron un riesgo de 3.600 veces más de presentar falta de adherencia al tratamiento, con una significancia de 0.010. (Tabla 25).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Cambios en el sueño	1.281	.500	6.563	1	.010	3.600
Constante	.511	.365	1.957	1	.162	1.667

Tabla 25: Asociación de cambios en el sueño y adherencia al tratamiento.

Mientras que los pacientes que presentaron irritabilidad tuvieron un riesgo de 1.353 más de presentar falta de adherencia al tratamiento que los que no lo presentaron, con una significancia del 0.531. (Tabla 26).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Irritabilidad	.302	.483	.392	1	.531	1.353
Constante	1.128	.347	10.584	1	.001	3.091

Tabla 26: Asociación de irritabilidad y adherencia al tratamiento.

Los pacientes que presentaron cambios en el apetito contaron con un riesgo de 2.0 veces más para presentar falta de adherencia al tratamiento que los pacientes que no presentaron dichos cambios, con una significancia de 0.154. (Tabla 27).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Cambios en el apetito	.693	.486	2.030	1	.154	2.000
Constante	.916	.342	7.196	1	.007	2.500

Tabla 27: Asociación de cambios en el apetito y adherencia al tratamiento.

Se observó que los pacientes que presentaron falta de concentración tuvieron un riesgo de 5.450 veces más para presentar falta de adherencia al tratamiento, respecto a los que no presentaron falta de concentración, con una significancia de 0.010. (Tabla 28).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Falta de concentración	1.696	.660	6.590	1	.010	5.450
Constante	.817	.275	8.791	1	.003	2.263

Tabla 28: Asociación de falta de concentración y adherencia al tratamiento.

En cuanto a los pacientes que presentaron fatiga contaron con un riesgo de 1.246 veces más que los que no tuvieron fatiga para tener falta de adherencia al tratamiento con una significancia de 0.759. (Tabla 29).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Fatiga	.220	.715	.094	1	.759	1.246
Constante	1.099	.667	2.716	1	.099	3.000

Tabla 29: Asociación de fatiga y adherencia al tratamiento

Mientras que los pacientes que presentaron falta de interés en el sexo no contaron con riesgo o factor de protección para presentar falta de adherencia al tratamiento con una significancia de 0.999. (Tabla 30).

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Perdida de interés en el sexo	-19.963	20096.481	.000	1	.999	.000
Constante	21.203	20096.481	.000	1	.999	1615474762.055

Tabla 30: Asociación de pérdida de interés en el sexo y adherencia al tratamiento.

3.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal es común encontrarla en los servicios de emergencia, esta se presenta por múltiples factores, uno de ellos la depresión.

Es común que los pacientes con enfermedad renal crónica presenten depresión, ya sea por sentirse dependientes ya de sesión de hemodiálisis o diálisis, lo que los limita a realizar sus actividades diarias.

El objetivo de nuestro estudio fue investigar si existe asociación entre depresión y falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentren en algún tratamiento de sustitución renal, independientemente sea hemodiálisis o diálisis.

Se encontró que la mayor parte de los participantes fueron hombres con un 57.8%, debido a que fue más frecuente en ellos el antecedente de enfermedad renal crónica, sale de las dimensiones de esta tesis él porque es más frecuente en el sexo masculino.

Por lo que se encuestó a 102 pacientes portadores de enfermedad renal, y se encontró que el 81.6% de los pacientes presentaron algún tipo de depresión de leve a severa.

En cuanto al porcentaje de falta de adherencia al tratamiento se encontró que el 78.4% presentó algún grado de no adherencia al tratamiento.

Lo que significa que si hay una relación entre depresión y falta de adherencia al tratamiento con un riesgo de 3.568 veces más de presentar falta de adherencia al tratamiento respecto a los que no presentan depresión, como se identificó también es los estudios ya realizados (14,16).

Se observó también que las variables más frecuentemente asociadas a la falta de adherencia al tratamiento fueron: fracaso, pensamientos o deseos suicidas, dificultad de concentración, llanto, pesimismo, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés, probablemente porque son los factores que se asocian más a la depresión, por lo que si

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

influjamos desde que los pacientes presenten alguna de estas variables se podría prevenir la depresión y por ende la falta de adherencia al tratamiento.

Al igual que la depresión afecta e influye en la calidad de vida y gravedad percibida por el paciente de su enfermedad renal. (14).

En cuanto al estado civil 50 participantes estuvieron casados, como en el estudio de Nabolsi (2015), pudiendo ser este un factor de riesgo para presentar falta de adherencia al tratamiento por lo que es una línea de investigación posterior.

Dentro de las ocupaciones la más frecuente fue el hogar con un 43.1%, por lo que pudiera considerarse factor de riesgo para la investigación sin encontrar antecedentes para considerarlo como tal para esta investigación.

Existen otros factores que no se asocian a la falta de adherencia como lo es la ansiedad, presentar apoyo social, y deterioro cognitivo. (16).

También se observó que a menor depresión mayor adherencia al tratamiento. (13).

Es importante identificar pacientes con depresión y saber en que grado esta ya que como se observó a mayor depresión menor grado de adherencia y poder prevenirla y tratarla.

El conocer la relación y la frecuencia nos puede ayudar en identificar este tipo de pacientes y poder realizar grupos de autoayuda o terapia psicológica para mejorar la depresión y por lo tanto se vea reflejada en la adherencia al tratamiento y por ende menos pacientes descompensados que ingresen al servicio de urgencias.

De igual manera es importante que se realicen más investigaciones para poder estudiar otros factores como lo son el dolor el cual también influye en la falta de adherencia al tratamiento. (15) y así poder dar un manejo integral a los pacientes.

3.1 Sesgos y limitaciones

En este estudio cabe mencionar que la muestra es pequeña ya que se tubo de disminuir debido al poco tiempo para obtener las encuestas lo que pudiera ser un sesgo en los resultados.

Al igual que las muestras fueron tomadas en un solo hospital, para mayor precisión de los resultados y para tener una mayor significancia en la probabilidad sería necesario realizar dichas encuestas en varios centros hospitalarios.

Una limitación frecuente a la hora de obtener muestras es no poder permanecer las 24 horas en el servicio de urgencias en espera de ingresos de pacientes con enfermedad renal debido a la falta de recurso humano.

Entre las limitaciones que tuve durante la obtención de resultados es que se tuvo que disminuir la muestra por el periodo corto de tiempo para la realización de estas.

3.2 Recomendaciones

- realizar encuestas en un mayor número de pacientes para aumentar el tamaño de población estudiada.
- Realizar encuestas en varios hospitales
- Realizar cuestionarios de Beck y de Morisky desde que ingresan los pacientes a urgencias para detectar depresión y adherencia al tratamiento y poder canalizarlos con psicología y/o psiquiatría para tratamiento.
- Realizar grupos de autoayuda para pacientes con enfermedad renal crónica para prevenir depresión y otro para mejorar y tratar a los pacientes que ya padecen depresión.

4.- CONCLUSIONES

- En dicha investigación se encuestó a 102 participantes que aceptaron formar parte de dicho estudio, de los cuales 59 participantes correspondientes al 57.8% fueron hombres, mientras que el 42.2% fueron mujeres, el estado civil más frecuente fue de casado con 50 participantes, seguido de soltero con 34 participantes, la edad más frecuente fue del grupo perteneciente a 51 – 60 años con 34 participantes, seguido de 21 – 30 años con 33 participantes, en cuanto a las ocupaciones la más frecuente fue el hogar con un 43.1%, seguido de pacientes pensionados con el 24.5% de los pacientes, la escolaridad más frecuente fue la secundaria con 36 participantes correspondiente al 35.3%, seguida de la preparatoria con 22 participantes y 21.6%, de los pacientes en estudio el 96% contaba con el antecedente al momento de la encuesta de hipertensión arterial sistémica, y el 29.4% presentaban antecedente de diabetes mellitus 2, el 100 % de los pacientes participantes contaban con enfermedad renal crónica de los cuales el 34.3% tenía de 1 a 3 años de diagnóstico de dicha enfermedad, el 100% estaba en algún tratamiento de sustitución renal con un tiempo de evolución de 1 a 3 años en el 45.1%, de los cuales el 10.8% correspondiente a 11 participantes se encontraban en diálisis peritoneal, y el 89.2% correspondiente a 91 pacientes se encontraban en hemodiálisis.
- El nivel de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica, con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck fue de depresión mínima con 22 participantes el 22.44%, depresión leve con 25 participantes con el 25.5%, depresión moderada 27 pacientes con el 27.54%, depresión severa 28 participantes con el 28.56%, obteniendo que el 81.6% presentan algún grado de depresión de leve a severa.
- El nivel de tristeza en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en el 57.16% perteneciente a 60 pacientes. Presentando 2 veces más de riesgo para falta

de adherencia al tratamiento respecto a los pacientes que no presentan tristeza, con una significancia del 0.154.

- El nivel de pesimismo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck se presentó en el 37.78% correspondiente a 41 pacientes. Presentando un riesgo de 3.872 más para falta de adherencia a tratamiento respecto a los pacientes que no presentan pesimismo con una significancia del 0.023.
- El nivel de fracaso en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck se presentó en 31 pacientes correspondiente al 31.62%. teniendo un riesgo de 12.6 veces más respecto a los que no presentan fracaso para tener falta de adherencia al tratamiento con una significancia del 0.016.
- El nivel de pérdida de placer en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck se presentó en el 58.14% correspondiente a 57 pacientes. Presentando un odd ratio de 1.071 con una significancia de 0.887.
- El nivel de sentimientos de culpa en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 26 pacientes que corresponde al 26.52%. presentando un odd ratio de 1.210 y una significancia de 0.737.
- El nivel de sentimientos de castigo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 22 pacientes que corresponde al 22.44%. Presentando un odd ratio de 3.333 con una significancia de 0.125.
- El nivel de disconformidad con uno mismo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, fue

del 33.66% que corresponde a 33 pacientes. Presentando un odd ratio de 2.559 con una significancia de 0.117.

- El nivel de autocrítica en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, fue del 38.76% que corresponde a 38 pacientes. Presentando un odd ratio de 1.778 con una significancia de 0.278.
- El nivel de pensamientos o deseos suicidas en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en el 24.48% correspondiente a 24 pacientes. Presentando un odd ratio de 8.474 con una significancia de 0.042.
- El nivel de llanto en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 67.32% perteneciente a 66 pacientes. Con un odd ratio de 4.614 y una significancia de 0.003.
- El nivel de agitación en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 66 pacientes que corresponde al 67.32%. con un odd ratio de 2.200 y una significancia de 0.108.
- El nivel de pérdida de interés en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 57 pacientes que corresponde al 58.14%. con un odd ratio de 3.571 y una significancia de 0.013.
- El nivel de indecisión en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en el 51%, que corresponde a 50 pacientes. Con un odd ratio de 2.490 y una significancia de 0.073.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- El nivel de desvalorización en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 32 pacientes que corresponde a 32.64%. con un odd ratio de 3.601 y una significancia de 0.053.
 - El nivel de pérdida de energía en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en el 88.7% de los pacientes que corresponde a 87 participantes. Con un odd ratio de 2.059 y una significancia de 0.237.
 - El nivel de cambios en los hábitos de sueño en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 70 participantes que corresponde al 71.4%.
 - El nivel de irritabilidad en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 57 pacientes que corresponde al 58.14%. con un odd ratio de 1.353 y una significancia de 0.531.
 - El nivel de cambios en el apetito en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 60 pacientes que corresponde al 61.2%. con un odd ratio de 2 y una significancia de 0.154.
 - El nivel de dificultad de concentración en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 40 pacientes que corresponde al 40.8% de los participantes. Con un odd ratio de 5.450 y una significancia de 0.010.
 - El nivel de cansancio o fatiga en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en

90 pacientes correspondientes al 91.8% de los pacientes. Con un odd ratio de 1.246 y una significancia de 0.759.

- El nivel de pérdida de interés en el sexo en los pacientes con enfermedad renal crónica con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, se presentó en 98 pacientes que corresponde al 99.96%. con un odd ratio de 0 y una significancia de 0.999.
- El grado de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica, con ingreso al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 2 del estado de Aguascalientes, mediante la aplicación del cuestionario de Morisky fue de: baja adherencia en el 30.4% correspondiente a 31 pacientes, mediana adherencia en el 48.0 correspondiente a 49 pacientes y alta adherencia en el 21.6% correspondiente a 22 pacientes.
- Se identificó que la prevalencia de depresión en la población en estudio fue de 81.6% correspondiente a depresión leve, moderada y severa, y la falta de adherencia al tratamiento en la población en estudio se presentó en 80 pacientes correspondiente al 81.6%. obteniendo un riesgo de 3.568 veces más de presentar falta de adherencia al tratamiento respecto a los que no presentan depresión, con una significancia de 0.016, por lo cual se puede deducir que la depresión se asocia a presentar falta de adherencia al tratamiento.
- Dentro de las variables que se asocian más a la falta de adherencia se encuentran: fracaso, pensamientos o deseos suicidas, dificultad de concentración, llanto, pesimismo, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés.

5.- GLOSARIO

Adherencia a tratamiento. - se refiere al grado en el que se cumplen las prescripciones de tratamiento realizadas por el médico.

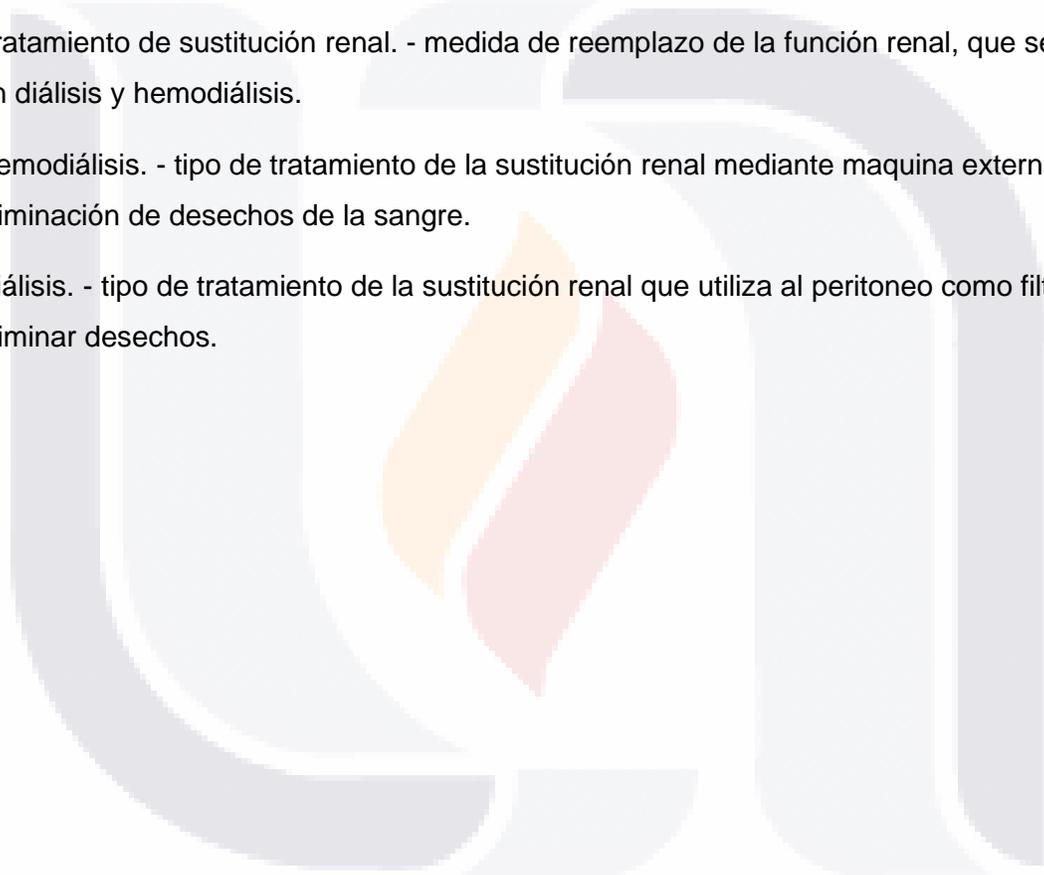
Depresión. - estado de tristeza o melancolía que presenta el paciente.

Enfermedad renal crónica. - grado de daño a la función renal del paciente.

Tratamiento de sustitución renal. - medida de reemplazo de la función renal, que se divide en diálisis y hemodiálisis.

Hemodiálisis. - tipo de tratamiento de la sustitución renal mediante maquina externa para eliminación de desechos de la sangre.

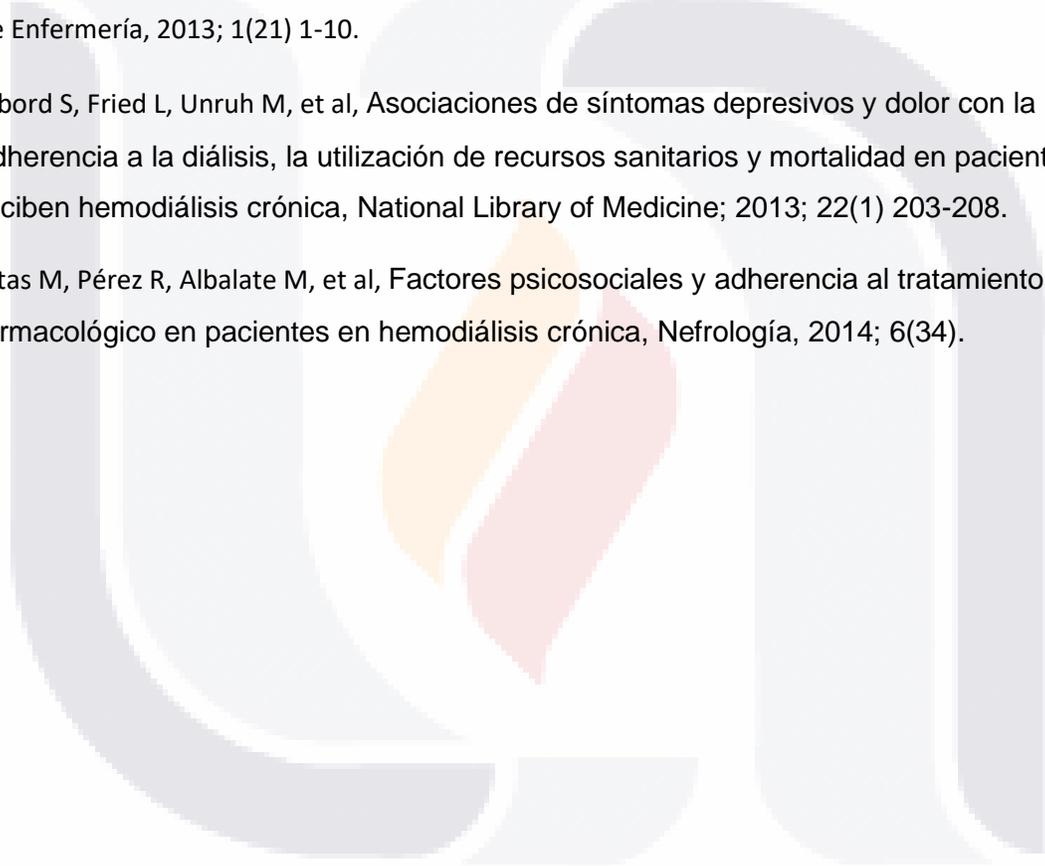
Diálisis. - tipo de tratamiento de la sustitución renal que utiliza al peritoneo como filtro para eliminar desechos.



6.- REFERENCIAS

1. Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. *Psicología Conductual*. 2000; 3(8): 417-449.
2. Vázquez F, La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*. 2000; 3(14): 516-522.
3. Torres A, Ortiz Y, Martínez H, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed*.2019. 23(1): 1-10.
4. Paterson TSE, O'Rourke N, Jean Shapiro R, Thornton WL. Medication adherence in renal transplant recipients: A latent variable model of psychosocial and neurocognitive predictors. *PLoS ONE*. 2018.13(9).
5. Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*. 2019. 19(1).
6. Wileman V, Farrington K, Wellsted D, et al. Medication beliefs are associated with phosphate binder non-adherence in hyperphosphatemic haemodialysis patients. *British Journal of Health Psychology*. 2015.20(3):563–78.
7. Susin N, de Melo Boff R, Ludwig MWB, et al. Predictors of adherence in a prevention program for patients with metabolic syndrome. *Journal of Health Psychology*. 2016.21(10):2156–67.
8. Cantoral E, Rojas G, Leon M, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Guía de práctica clínica*. 2019, GPC-IMSS-335-19.
9. Sellares V, Rodríguez D, Enfermedad renal crónica. *Nefrología al día*. 2020
10. López A, López S, Fuentes C, et al. Intervenciones de enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal – diálisis peritoneal. 2013. GPC IMSS -642-13.
11. Rojas Y, Ruíz AO, González R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*. 2017;1(26):1-13.

12. Cuevas MÁ, Saucedo RP, Romero G, et al. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2017.20(2):112–119.
13. Ossareh S, Tabrizian S, Zebarjadi M, et al, Prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento y su correlación con la adherencia a los medicamentos, *PubMed, National Library of Medicine*,2014: 8(6) 467-474.
14. Manar M, Nabolsi P, Wardam L, et al, Calidad de vida, depresión, adherencia al tratamiento y percepción de la enfermedad de los pacientes en hemodiálisis, *Revista Internacional de Practica de Enfermería*, 2013; 1(21) 1-10.
15. Weisbord S, Fried L, Unruh M, et al, Asociaciones de síntomas depresivos y dolor con la adherencia a la diálisis, la utilización de recursos sanitarios y mortalidad en pacientes que reciben hemodiálisis crónica, *National Library of Medicine*; 2013; 22(1) 203-208.
16. Huertas M, Pérez R, Albalate M, et al, Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, *Nefrología*, 2014; 6(34).



7.- ANEXOS

7.1 índice de anexos

Anexo A.-- Instrumento de recolección.....120

Anexo B.-- Carta de consentimiento informado.....128



Anexo A

Instrumento de recolección

- Edad, se tomará en cuenta la edad que el paciente diga tener o la anotada en una identificación oficial del mismo.
- género, se tomará en cuenta el género que el paciente diga ser o el anotado en una identificación oficial del mismo.
- numero de ingresos a la sala de urgencias de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, se tomará en cuenta las veces que el paciente diga haber ido a valoración a urgencias del hospital general de zona número 2 del estado de Aguascalientes.
- tiempo de evolución de enfermedad renal crónica, se tomará en cuenta el tiempo que diga el paciente desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad renal crónica hasta la fecha en la que se realiza la encuesta.
- tiempo desde el inicio del tratamiento de sustitución renal, se tomará en cuenta el tiempo que diga el paciente desde el inicio del tratamiento de sustitución renal hasta la fecha en la que se realiza la encuesta.
- tipo de sustitución renal diálisis o hemodiálisis, se tomará en cuenta el tratamiento de sustitución actual que el paciente diga tener, o según sea el caso del catéter que porte, ya sea para diálisis o hemodiálisis.
-

ficha de identificación:	
1.- Nombre _____	2.- Estado Civil _____
3.-Edad _____	4.- Sexo _____
5.- Ocupación _____	6.- Escolaridad _____
7.-Hipertensión arterial sistémica (años) _____	
8.- diabetes mellitus 2 (años) _____	

9.- Años de enfermedad renal cronica _____ 10.- hemodialisis (colocar cuanto tiempo tiene en hemodialisis)_____ 11.- dialisis peritoneal (colocar cuanto tiempo tiene en dialisis)_____.

Escala de adherencia a la medicacion de Morisky

preguntas Instrucciones: responda con un si o con un no respecto a su tratamiento de enfermedad renal

12.-	¿se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertension arterial (enfermedad renal)?	Si:	No :
13.-	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las ultimas dos semanas, ¿hubo algun dia en el que se le olvido tomar la medicina para su hipertension arterial (enfermedad renal)?	Si:	No :
14.-	¿alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su medico porque se sentia peor al tomarla?	Si:	No:
15.-	Cuando viaja o esta fuera del hogar ¿ se le olvida llevar la medicina para su hipertension arterial (enfermedad renal) alguna vez?	Si:	No :
16.-	¿ tomo la medicina para su hipertension arterial (enfermedad renal) ayer?	Si :	No:
17.-	Cuando siente que su hipertension arterial (enfermedad renal) esta bajo	Si:	No:

control ¿deja a veces de tomar su medicina?

18.-	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento medico para su hipertension arterial (enfermedad renal)?	Si:	No:
19.-	¿ con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		Nunca / casi ninca Rara vez Algunas veces Habitualmente siempre

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.
Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)
20. Tristeza
0. No me siento triste.
1.Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

21. Pesimismo
0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
22. Fracaso
0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.
23. Pérdida de Placer
0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
24. Sentimientos de Culpa
0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.
25. Sentimientos de Castigo
0. No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

26. Disconformidad con uno mismo.
0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta a mí mismo.
27. Autocrítica
0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
28. Pensamientos o Deseos Suicidas
0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
29. Llanto
0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.
30 agitación
0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
31. Pérdida de Interés
0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.
32. Indecisión
0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
33. Desvalorización
0. No siento que yo no sea valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.
34. Pérdida de Energía
0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
35. Cambios en los Hábitos de Sueño
0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a. Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
3ª. Duermo la mayor parte del día.
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.
36. Irritabilidad
0. No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.
37. Cambios en el Apetito
0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3ª. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.
38. Dificultad de Concentración
0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
39. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
40. Pérdida de Interés en el Sexo
0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.
Puntaje Total: _____
41.- número de visitas a urgencias los últimos 6 meses, secundario a enfermedad renal. _____

Anexo B

Consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN				
Nombre del estudio:	Asociación entre depresión y apego al tratamiento de enfermedad renal crónica en pacientes con ingreso a urgencias del HG22 de Aguascalientes.			
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. Del 2021			
Número de registro:	En tramite			
Justificación y objetivo del estudio:	Se pretende saber si la depresión puede ser la causa de que exista un mal apego al tratamiento de los pacientes que cuentan con enfermedad renal crónica, ya que en algunos estudios se ha visto que la depresión puede ser la causa de que estos pacientes no acudan a sus sesiones de hemodiálisis, diálisis peritoneal, o no tomen su medicamento como lo receta el médico, dichos parámetros se medirán mediante dos cuestionarios uno que se llama Beck para saber si tienen depresión y otro que se llama Morisky para saber si se toman sus pastillas o van a diálisis o hemodiálisis. Para ello necesitamos de su participación permitiendo que le realicemos estos dos cuestionarios, ya que esto ayudara para tomar medidas preventivas para mejorar el apego al tratamiento,			
Procedimientos:	Se me ha explicado la estructura del instrumento a utilizar el cual constará de 2 cuestionarios, uno que se llama Beck para saber si tienen depresión y otro que se llama Morisky para saber si se toman sus pastillas o van a diálisis o hemodiálisis. Con previo consentimiento informado firmado de aceptar la participación en dicho protocolo y posterior a la estabilización del paciente en la sala de urgencias se procederá a la realización de dichos cuestionarios en el cubículo de urgencias con la cortina cerrada para mayor privacidad y si así lo desea con un familiar o amigo de su confianza			
Posibles riesgos y molestias:	Presentar crisis de ansiedad o depresión, si ocurriera esto nos apoyaríamos de personal de psicología, psiquiatría o trabajo social para manejo de tal crisis, posponiendo los cuestionarios y si así lo decide posterior terminarlos a suspenderlos.			
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Saber si cuanta con depresión y poder ayudarlo, al igual que ver si tiene buen apego a su tratamiento y poder mejorarlo. Y de esa maneja acuda menos a urgencias.			
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le comunicara verbalmente los resultados de su estudio en ese momento.			
Participación o retiro:	El paciente conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente, sin repercusión alguna sobre la atención médica.			
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.			
En caso de colección de material biológico (si aplica)				
<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):				
Beneficios al término del estudio:	Conocer si tiene depresión y eso este causando mal apego a tratamiento de su enfermedad.			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:				
Investigador principal:	Dr. Omar Villagrana Vargas, Coordinación clínica de turno, Subdirección médica, Hospital General de Zona número 2 de Aguascalientes, Teléfono 4494373775, Correo electrónico Villagranavargasomar@gmail.com			
Investigador asociado:	Dra. Juana Lizeth Robles Zamora, Residente de Urgencias Medico Quirúrgicas, Hospital General de Zona número 2 de Aguascalientes. Teléfono 4921627787: Correo electrónico personal: Spaal8@hotmail.com			

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

