



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OASIS MICHOCÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR No. 12



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No. 12.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VIRIDIANA CRISANTO ARMAS

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 12

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. BRICEYDA VALDEZ GARIBAY

Médico familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 78

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-1603-014

LAZARO CARDENAS MICHOCAN, ENERO DEL 2024.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OASD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/MEDICINA FAMILIAR No. 12



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No. 12.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VIRIDIANA CRISANTO ARMAS

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 12

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. BRICEYDA VALDEZ GARIBAY

Médico familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 78

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-1603-014

LAZARO CARDENAS MICHOACAN, ENERO DEL 2024.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OAO MICHOACÁN



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Abel García Ruiz
Director de Unidad de Medicina Familiar No. 12

Dra. Skarlet Ramírez Cortez
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. Alejandro Orta Íñiguez
Profesor Titular de la Residencia

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez. Director Facultad Ciencias Médicas y Biológicas
“Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval
Jefa de Posgrado Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador del programa especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS:

A mi padre, por su apoyo incondicional, por cuidar de mí y haberme enseñado a abrirme paso de forma perseverante en este largo camino que es la vida y con su ejemplo, el valor del trabajo duro, sin dejarse rendir fácilmente ante las adversidades.

Al doctor Alejandro Orta, por ser un ejemplo de honestidad, calidad en la práctica médica, por su bendita paciencia, amor a la docencia, la medicina, y a esta bella institución.

A la doctora Reséndiz y la doctora López, por siempre confiar en mí, por ser excelentes guías en mi residencia, y grandes maestras.

A mis compañeros Patiño, Amanda, Alfredo, Nancy, Gustavo, Sergio, Rocío, por recorrer el camino de la residencia conmigo, ya sea corto o largo me enseñaron la amistad, trabajar en equipo y el compañerismo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por su ardua labor y lucha constante por el bienestar de los pacientes, por abrirme sus puertas, apoyarme y compartir todas sus enseñanzas, así como buenas y malas experiencias.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, por los que están y no están, por lo que hicieron y no hicieron ya que, sin ellos, nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermano, porque la medicina no es nada sino es para ayudar a un semejante, y esa es mi meta, ayudarlo.

A mi abuela Antonia, que a pesar de que ya no está en este plano terrenal, la tengo siempre presente y en momentos en que he querido rendirme, recuerdo sus enseñanzas de dirigirme con bien en la vida.

A mis amigos Gil y Atzcalli, que, pese a la distancia, están ahí para escucharme y apoyarme, y son correspondidos.

ÍNDICE

	PAGINA
I. Resumen.....	1
II. Abstract.....	2
III. Abreviaturas.....	3
IV. Glosario.....	4
V. Relación de tablas y figuras.....	5
VI. Introducción.....	6
VII. Marco teórico	7
Antecedentes	7
Concepto de enfermedad renal crónica.....	10
Epidemiología.....	11
Morbilidad de la enfermedad renal en México.....	12
Tratamiento de la enfermedad renal crónica.....	12
Requerimientos nutricionales de la enfermedad renal crónica.....	12
Implicaciones psicológicas de la ERC.....	13
Concepto de depresión de acuerdo con la OMS.....	14
Prevalencia de la depresión.....	14
Etiología.....	15
Factores de riesgo.....	15
Comorbilidades.....	16
Diagnóstico de la depresión.....	16
Evaluación de la depresión	18
Parámetros de morbilidad-mortalidad.....	19
Intervención psicosocial en pacientes con enfermedad renal crónica.....	20
VIII. Planteamiento del problema.....	22
IX. Justificación.....	23

X.	Hipótesis.....	24
XI.	Objetivos.....	24
XII.	Material y métodos.....	25
	Diseño de estudio.....	25
	Población de estudio.....	25
	Tamaño de la muestra.....	25
	Muestreo.....	25
	Criterios de selección.....	26
	Definición de variables.....	27
	Cuadro de operalización de las variables.....	28
	Descripción operativa.....	32
	Recursos humanos.....	33
	Recursos materiales.....	33
	Análisis estadístico.....	34
	Consideraciones éticas.....	35
XIII.	Resultados.....	36
XIV.	Discusión.....	41
	Limitantes.....	42
XV.	Conclusiones.....	43
XVI.	Recomendaciones.....	44
XVII.	Referencias.....	45
XVIII	Anexos.....	47

RESUMEN

TÍTULO: FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No.12.

Introducción. El número de muertes por enfermedad renal crónica (ERC) está aumentando en todo el mundo y en 2017, murieron 1.230.200 personas. La depresión aparece como la segunda condición de comorbilidad en pacientes con insuficiencia renal grave que requieren terapia de reemplazo renal (TRR). Varias investigaciones enfatizan que la depresión en pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y un aumento de los riesgos de mortalidad. **Objetivo.** Conocer la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal del HGZ/MF No. 12. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal y prospectivo realizado a los pacientes con enfermedad renal crónica del HGZMF No. 12. Se estudió un total de 44 pacientes portadores de enfermedad renal crónica en etapa terminal, con obtención de la información a través de un instrumento de evaluación de 21 preguntas, y de acuerdo con el resultado se identificó la frecuencia de trastornos depresivos, además de su nivel de estado depresivo. Se utilizó estadística descriptiva y los coeficientes de Chi cuadrada, significancia $p < 0.05$, para conocer el grado de asociación entre las variables. Registro SIRELCIS R-2021-1603-014. **Resultados.** Se evaluaron 44 pacientes, 21 mujeres y 23 hombres. El trastorno depresivo se encuentra en más del 50 por ciento de los pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal, su frecuencia es similar tanto en hombres como en mujeres. Del total de la población estudiada, el 18.18% de pacientes no presenta trastorno depresivo, predomina en mayores de 50 años. El nivel de depresión más frecuente es la leve y es más frecuente, en pacientes de más de 4 años de evolución. **Conclusiones.** El trastorno depresivo, abarca más del 50% de pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal.

Palabras claves: Percepción. Enfermedad renal. Trastorno depresivo. Morbilidad. Mortalidad. Frecuencia

ABSTRACT

Introduction. The number of deaths from chronic kidney disease (CKD) is increasing worldwide and in 2017, 1,230,200 people died. Depression appears as the second comorbidity condition in patients with severe renal failure requiring renal replacement therapy (RRT). Several investigations emphasize that depression in chronic kidney patients is associated with non-adherence behaviors to medical treatment, leading to impaired quality of life, poorer health, and increased mortality risks. **Objective.** To know the frequency of depressive disorder in patients with end-stage chronic kidney disease at HGZ/MF No. 12. **Material and methods.** A total of 44 patients with end-stage chronic kidney disease were studied, with information obtained through a 21-question evaluation instrument, and according to the result, the frequency of depressive disorders was identified, as well as their level of depressive state. Descriptive statistics and Chi-square coefficients, significance $p < 0.05$, were used to determine the degree of association between the variables. SIRELCIS R-2021-1603-014 registry. **Results.** Forty-four patients were evaluated, 21 women and 23 men. Depressive disorder is found in more than 50 percent of patients with end-stage chronic kidney disease, its frequency is similar in both men and women. Of the total population studied, 18.18% of patients do not present depressive disorder, predominantly in those over 50 years of age. The most frequent level of depression is mild and it is more frequent in patients with more than 4 years of evolution. **Conclusions.** Depressive disorder affects more than 50% of patients with end-stage chronic kidney disease.

Key words: Perception. Renal disease. Depressive disorder. Morbidity. Mortality. Frequency

ABREVIATURAS

HADS: Siglas en inglés que significan “Hospital Anxiety and Depression Scale”

IMC: Índice de masa corporal

ERC: Enfermedad renal crónica

ERT: Enfermedad renal terminal

IDB: inventario de depresión de Beck

IL-6: Interleucina 6

NIS: Muestra Nacional de pacientes hospitalizados.

SF-36: Siglas en inglés que significan “Short Form 36 Health Survey” (Encuesta de Salud)

KDIGO: Kidney Disease Improved Global Outcomes

TFG: Tasa de Filtrado Glomerular

ERCT: Enfermedad renal crónica terminal

TRR: Terapia reemplazo renal

DSM: Siglas en inglés que significan “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”

CLIEIS: Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud

IAM: Infarto Agudo al Miocardio

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

PS: Presión Sistólica

PD: Presión Diastólica

IPA: Índice paquetes-año

ARIMAC: Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico

GLOSARIO

- **Percepción:** Es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones.
- **Enfermedad renal:** significa que los riñones ya no funcionan lo suficientemente bien como para realizar estas funciones y, como resultado, se presentan otros problemas de salud.
- **Trastorno depresivo:** Trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades.
- **Morbilidad:** Es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado.
- **Mortalidad:** La mortalidad estudia la frecuencia del número de defunciones ocurridas en una población, área geográfica y período determinado
- **Frecuencia:** Es una magnitud que mide la cantidad de repeticiones que puede tener un suceso por unidad de tiempo

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA	PAGINA
TABLA I: Datos descriptivos generales.....	36
TABLA II: Frecuencia de los distintos niveles de depresión de acuerdo con el género de pacientes.....	37
TABLA III: Frecuencia de pacientes con distintos rangos de tiempo de evolución que tiene trastorno depresivo.....	38
TABLA IV: Instrumento de medición para trastorno depresivo. Cuestionario de Beck.....	40

FIGURA	
FIGURA 1: Barra de distribución con distinta puntuación de depresión, respecto al rango de edad.....	37
FIGURA 2: Barra de distribución según el género y el nivel de trastorno depresivo.....	38
FIGURA 3: Barra de distribución de tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica según el nivel de trastorno depresivo.....	39
FIGURA 4: Barra de distribución según los factores de riesgo y el trastorno depresivo.....	39

INTRODUCCION

El número de muertes por enfermedad renal crónica está aumentando en todo el mundo es la segunda enfermedad que provoca mayor número de años de vida perdidos debido a la incapacidad que origina.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión en los pacientes con enfermedad renal está relacionada con factores biológicos, psicológicos y sociales. Sumado a esto, las restricciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento y cambios en la rutina pueden llevar a la tristeza y convertirse en depresión, lo que demuestra la importancia de acciones que ayuden a la adaptación.

El inventario de depresión de Beck ha sido utilizado para medir la presencia de sintomatología depresiva en este tipo de pacientes, el cual está aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud.

En nuestro núcleo poblacional no se cuenta con una base real sobre los pacientes con trastornos depresivos que afecten a estos derechohabientes por lo que fue indispensable recolectar datos y obtener resultados del análisis con la finalidad de conocer la frecuencia de estos trastornos que nos permitió saber la magnitud real del problema e incidir en su prevención.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Lidia Gomez Vilaseca, Nuria Pac Gracia, Mónica Manresa Traguany y colaboradores, realizaron un estudio transversal en el servicio de hemodiálisis del hospital de Palamós para valorar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica. Para ello se utilizó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). En el estudio se analizaron 49 pacientes, donde se tuvo como resultado, sintomatología depresiva con 42.9% y la ansiosa 32.7% y se observa que existe una relación entre la presencia de ansiedad y el IMC, sexo, no así para la edad.¹

En un estudio clínico aleatorio, realizado en Nueva York, 65 pacientes fueron aleatorizados administrando el tratamiento psicoterapéutico (TCC) durante la sesión de hemodiálisis con resultados en mejoría de la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento (Cukor D, 2014)²

Carolina Renz Pretto, Eliane Roseli Winkelmann, Leila Mariza Hildebrandt, Dulce Aparecida Barbosa, Christiane de Fátima Colet, Eniva Miladi Fernandes Stumm, en un estudio transversal, exploratorio, analítico con enfoque cuantitativo a 183 pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil, se estudió la calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis, utilizando cuestionario sociodemográfico y clínico, Kidney Disease anda Quality of Life Short-Form, inventario de Depresión de Beck y Escala de adhesión a la Medicación Morisky y se evaluaron las comorbilidades, complicaciones de la enfermedad renal y las complicaciones durante y después de la hemodiálisis, teniendo como resultado en cuanto a la depresión que el 60.7% de las personas, lo padecieron. (Renz Pretto C, 2020) ³

Yanet Rojas-Villegas, Ana Olivia Ruíz-Martínez, Roxana González-Sotomayor realizaron un estudio transversal cuantitativo, no experimental con alcance correlacional entre las variables emocionales (depresión y ansiedad) y la adherencia al tratamiento, realizado a 31 personas con ERC, entre 18 y 69 años, con tratamiento de reemplazo renal. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck-II, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Adherencia Terapéutica. Los resultados mostraron que los pacientes presentaron adherencia alta (67%), así como síntomas depresivos (48%) y ansiosos (35%). La depresión

se relacionó con menor adherencia, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico (Y, 2017) ⁴

Efrén Murillo- Zamora, Aida Anahí Macías de la Torre, Martha Alicia Higareda-Almaraz, realizaron un estudio de tipo transversal en un hospital urbano del Instituto Mexicano del Seguro Social para medir la prevalencia de depresión entre pacientes mexicanos con ERT en hemodiálisis y evaluar la relación con el tiempo transcurrido (< 1 año o ≥ 1 año) desde el inicio de la terapia. El inventario de depresión de Beck (IDB) fue aplicado y se realizó un análisis estratificado, teniendo como resultado que independientemente del tiempo de la enfermedad renal, la presencia de la depresión es alta.⁵

Varios estudios encontraron elevaciones significativas en los niveles circulantes de citoquinas proinflamatorias, especialmente la IL-6 y el factor de necrosis tumoral- α , en pacientes con depresión mayor. Los niveles plasmáticos elevados de citoquinas proinflamatorias, especialmente la proteína C-reactiva y la interleucina (IL)-6, se han correlacionado con eventos cardiovasculares, hospitalización y mortalidad por todas las causas y asociada a enfermedades cardiovasculares en pacientes en diálisis, se realizó una revisión exhaustiva en PubMed, Scopus, Medline, Embase y la base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane, donde se llegó a la conclusión de que se necesitan más estudios para aclarar la posibilidad de alguna correlación.⁶

En un estudio de casos y controles, donde se incluyeron 2.296 pacientes adultos hospitalizados (edad ≥ 18 años) con ERC utilizando la muestra nacional de pacientes hospitalizados (NIS). Se utilizó el emparejamiento por puntuación de propensión para extraer los casos, es decir, los pacientes internados con ERC con depresión (N = 1.264) y los controles, es decir, los pacientes internados con ERC sin depresión (N = 1.032), se tuvo como resultados una mayor proporción de pacientes hospitalizados con ERC que presentaban depresión y una prevalencia más alta y estadísticamente significativa de pérdida de función importante (49,8% frente a 40,3% en los no deprimidos), hubo una diferencia estadísticamente significativa con una mayor utilización de la hemodiálisis en los pacientes con ERC con depresión (76,2% frente al 70,7% en los no deprimidos).⁷

Se realizó un estudio transversal y analítico para evaluar la asociación de variables sociodemográficas, clínicas, de estilo de vida y capacidad funcional con síntomas indicativos

de depresión en pacientes renales crónicos en hemodiálisis. La población del estudio fue de 238 pacientes, pero se incluyeron 183 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años de edad y diagnóstico de enfermedad renal crónica. Los criterios de exclusión fueron la dificultad para comprender las preguntas del instrumento. La recogida de datos consistió en entrevistas individuales durante las sesiones de hemodiálisis. Se realizó un cuestionario sociodemográfico y clínico y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) donde se concluye que los signos indicativos de depresión en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis están relacionados con la carga de enfermedades asociadas, los síntomas y la dependencia funcional además que los ejercicios físicos son estrategias eficaces para disminuir los síntomas depresivos y promover la calidad de vida de esta población.⁸

En otro estudio, 200 pacientes en tratamiento con hemodiálisis respondieron al Estudio de Resultados Médicos de 36 ítems (SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se analizaron variables clínicas y de laboratorio se analizaron y correlacionaron con estas dos herramientas. La prevalencia de depresión fue del 29%. Como resultado se aportan pruebas que los pacientes en hemodiálisis tienen una baja calidad de vida y una alta prevalencia de depresión. Un mayor número de comorbilidades, un número excesivo de medicamentos, la diabetes tipo 2, la anemia y la hipoalbuminemia se asociaron a una menor calidad de vida.⁹

La enfermedad renal crónica avanzada se acompaña de distintos síntomas físicos que afectan la vida diaria, su tratamiento mediante diálisis sólo corrige parcialmente los síntomas, además de implicar técnicas altamente invasivas y demandantes que introducen cambios sustanciales en el estilo de vida.¹⁰

Todo ello comporta que el paciente deba afrontar múltiples estresores que requieren un proceso de ajuste a la enfermedad, durante el cual se pueden presentar distintos problemas psicológicos y sociales. La depresión, la ansiedad, la afectación del apoyo social y el deterioro en la calidad de vida han sido destacados en la literatura como las manifestaciones más relevantes del distrés emocional y con mayor impacto en el curso clínico y pronóstico de la enfermedad en los pacientes en diálisis.¹⁰

La depresión es el trastorno más ampliamente estudiado y más frecuente en la población de enfermos renales en diálisis. Un metaanálisis de estudios observacionales con 198 muestras y más de 46.000 pacientes, indicó una prevalencia media de la depresión de 22,8% cuando

se utilizó como instrumento diagnóstico la entrevista clínica y de 39,3% cuando la evaluación se realizó con la administración de cuestionarios, lo que pone de manifiesto que la depresión es más prevalente en pacientes en diálisis que en población general (2-10%) y que en otras enfermedades crónicas como el cáncer (16%) o el infarto de miocardio (19,8%).¹⁰

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica al Trastorno Depresivo Mayor como la undécima causa de discapacidad y mortalidad en el mundo, entre 291 enfermedades y lesiones.¹¹

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos.¹²

En México, el panorama es similar y los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral.¹²

CONCEPTO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO) define a la enfermedad renal crónica (ERC) como una disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) por debajo de 60 ml/min, acompañada por anormalidades estructurales o funcionales presentes por más de tres meses, con implicaciones para la salud, y se clasifica en 5 diferentes estadios de acuerdo con la TFG y la albuminuria. Las etapas 1 a 4 requieren de un control y cuidados médicos y nutricionales específicos. En el estadio 5, conocido como enfermedad renal crónica terminal (ERCT), el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), ya que si no se trata de manera efectiva puede conducir a la muerte.¹³

La definición de enfermedad renal crónica permanece intacta, pero hemos aclarado la clasificación y la estratificación del riesgo como se indica a continuación. La adición de "con implicaciones para la salud" tiene la intención de reflejar la noción de que pueden existir una

variedad de anomalías en la estructura o función renal, pero no todas tienen implicaciones para la salud de los individuos y, por lo tanto, deben contextualizarse.¹⁴

El daño renal se refiere a una amplia gama de anomalías observadas durante la evaluación clínica, que pueden ser insensibles e inespecíficos para la causa de la enfermedad, pero pueden preceder a la reducción de la función renal. Las funciones excretorias, endocrinas y metabólicas disminuyen juntas en la mayoría de las enfermedades renales crónicas. La tasa de filtrado glomerular (TFG) es generalmente aceptada como el mejor índice general de la función renal. Nos referimos a una TFG <60 ml/min/ $1,73$ m² como TFG disminuida y una TFG <15 ml/min/ $1,73$ m² como enfermedad renal.¹⁴

Las complicaciones incluyen toxicidad farmacológica, complicaciones metabólicas y endocrinas, un mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular y una variedad de otras complicaciones recientemente reconocidas, incluyendo infecciones, fragilidad y deterioro cognitivo. Pueden ocurrir en cualquier etapa, que a menudo conducen a la muerte sin progresión a enfermedad renal. Pueden surgir de los efectos adversos de las intervenciones para prevenir o tratar la enfermedad y la comorbilidad asociada.¹⁴

EPIDEMIOLOGIA

El número de muertes por enfermedad renal crónica está aumentando en todo el mundo y, en 2017, murieron 1.230.200 personas.³

Se estiman aproximadamente en México, 4.000 nuevos casos por año, la prevalencia de depresión en pacientes renales es de 55,91%.¹³

En México la enfermedad renal crónica es considerada un problema de salud pública debido al incremento en el número de casos. Dado que en México no se tiene un registro nacional de enfermos renales, se desconoce la prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal; sin embargo, algunas estadísticas de la población derechohabiente del IMSS indican una prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en adultos superior a 1,000 por millón de derechohabientes.¹³

Por otro lado, con base en datos provenientes de distintas fuentes, se estimó que en México 129 mil pacientes presentaban enfermedad renal crónica terminal y que sólo alrededor de 60 mil recibían algún tipo de tratamiento.¹³

MORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL EN MEXICO

Esta enfermedad se encuentra en el 15° lugar dentro de las 20 principales causas de morbilidad hospitalaria, misma que va en incremento año con año. Es la segunda enfermedad que provoca mayor número de años de vida perdidos debido a la incapacidad que origina.⁴

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Las opciones de tratamiento de la enfermedad renal crónica dependen de la etapa de esta. Generalmente, durante las primeras 4 etapas, el tratamiento es conservador (fármacos, dieta y medidas generales), mientras que en la etapa más avanzada (etapa 5) el tratamiento consiste en la terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante) y la dieta.¹³

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL ENFERMO RENAL CRONICO

Una de las piedras angulares del tratamiento médico conservador, es el manejo dietético. Éste es complejo, debido a los efectos de la enfermedad renal sobre el metabolismo y la bioquímica del organismo, ya que puede ser necesaria la restricción de algunos nutrientes para compensar los efectos secundarios de la falla renal.¹³

Con una intervención dietética oportuna se puede disminuir la progresión del daño renal, particularmente cuando se inicia en una etapa temprana de la enfermedad, por lo que es importante iniciar con oportunidad el tratamiento nutricional del paciente.¹³

Los objetivos del manejo dietético en la enfermedad renal crónica son: retrasar la progresión de la enfermedad, mejorar y/o mantener el estado nutricional del paciente, disminuir los síntomas urémicos y de hipercolesterolemia, minimizar el catabolismo proteínico, normalizar

el desequilibrio hidroelectrolítico, regular la tensión arterial y permitir una mejor calidad de vida al paciente.¹³

En la etapa inicial de la enfermedad se requiere de una restricción proteínica moderada, mientras que la ingestión de nutrimentos energéticos no proteínicos (hidratos de carbono y lípidos) se mantiene o incrementa para cubrir los requerimientos de energía. Conforme avanza el daño y la función renal disminuye se necesita, además, una modificación en el consumo de fósforo, líquidos, potasio y sodio, e inclusive es factible la utilización de α -cetoanálogos de aminoácidos indispensables para su complementación en las etapas más avanzadas de la enfermedad. En la etapa más avanzada, cuando el paciente requiere de diálisis, el aporte proteínico debe ser mayor a las etapas previas para compensar las pérdidas proteínicas propias del tratamiento dialítico.¹³

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA ERC.

Psicológicamente, se requiere de una compleja adaptación emocional, cognitiva y conductual de los pacientes. Conlleva un proceso ante la pérdida de la salud física, los malestares que la enfermedad contrae y las modificaciones que los pacientes tienen que realizar en todas las áreas de su vida al entrar en terapia de reemplazo renal.⁴

Trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento conlleva un duelo que consta de cinco etapas: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación/resolución. Al respecto, la mayoría de las personas al enfrentarse con una enfermedad mortal tienen un choque emocional y frecuentemente se niegan a aceptarlo; a esta etapa le siguen sentimientos de rabia donde experimentan culpa, enojo con la vida, con su cuerpo y con alguna divinidad, ya que lo visualizan como una amenaza de muerte, situación que también vivencian al estar conectados a una máquina que realiza la función renal.⁴

Los pacientes y sus familias, en su deseo de que el diagnóstico de enfermedad renal sea un error, comienzan a crear promesas y sacrificios; con esta acción el paciente realiza una negociación con alguna divinidad o ser supremo, con la esperanza en que el daño sea una equivocación o bien este sea revertido. Al caer en cuenta de que el problema de salud es una realidad, el paciente entra en un proceso de depresión al considerar que peligra su vida, por

lo que tiene sentimientos de desánimo, considera que la vida no tiene sentido y que es una carga para sus familiares. Finalmente se debería llegar a la etapa de aceptación de la enfermedad, cuando el paciente se sabe enfermo y asume la responsabilidad del cuidado de su salud con acciones directas.⁴

DEPRESIÓN

CONCEPTO DE LA DEPRESION SEGÚN LA OMS

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria.¹⁵

PREVALENCIA DE LA DEPRESION

Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%.¹²

La prevalencia de la depresión, evaluada según la puntuación de Beck, fue del 29%. Hubo una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres, y solo una minoría de los pacientes que tenían diagnosticados con depresión estaban usando medicamentos antidepresivos.⁹ En cuanto a la edad, se han realizado estudios que indican que se presenta mayormente en adultos jóvenes, entre más edad, menos prevalencia de depresión. Existen factores de riesgo en adultos mayores que aumentan la presentación

de la enfermedad, por ejemplo, múltiples comorbilidades, institucionalizados, dependientes de las actividades básicas de la vida diaria, entre otros.¹¹

La prevalencia exacta de la depresión entre la población con enfermedad renal crónica aún es incierta, con estimaciones informadas de entre 0% y 100% en diferentes estudios. Estas diferencias se han atribuido a diferentes criterios, metodologías y herramientas de detección utilizadas para diagnosticar la depresión.⁶

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESION

Los primeros hallazgos de la etiología del trastorno depresivo mayor surgieron de manera incidental al estudiar efectos secundarios de fármacos, la patogénesis es multifactorial y al menos se pueden hablar de tres vías que convergen para desarrollar esta patología, los factores biológicos, genéticos y psicosociales.¹¹

FACTORES DE RIESGO

Debido a los múltiples factores y etiologías que están presentes en el trastorno depresivo, asociado a las comorbilidades, aspectos psicosociales, se presenta cierta dificultad para determinar factores de riesgo para el desarrollo de la patología en estudio, sin embargo, en múltiples estudios, siempre salen a resaltar factores de riesgo comunes, por lo que se pueden rescatar al menos de mayor importancia los siguientes:

- Enfermedad médica concomitante
- Dolor crónico
- Medicamentos: glucocorticoides
- Enfermedad psiquiátrica concomitante
- Eventos de vida adversos
- Rasgos de personalidad
- Estatus económico bajo
- Estado civil: separado, viudo, divorciado
- Fumador o exfumador
- Antecedente de enfermedad mental
- Conflictos en la infancia con los cuidadores.

También se mencionan algunos factores protectores como son: creencias religiosas, soporte social, embarazo y tener hijos.¹¹

COMORBILIDADES

El trastorno depresivo mayor se puede presentar junto con múltiples enfermedades, ya sean psiquiátricas o médicas, aunque también puede presentarse como una patología aislada. Entre los trastornos médicos asociados se encuentra la enfermedad renal.¹¹

DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN.

Las entrevistas clínicas estructuradas generalmente se consideran el "Gold Standard" en el diagnóstico de los trastornos depresivos, ya que toman como referencia criterios diagnósticos específicos, habitualmente los establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"). En el enfermo renal, permiten identificar los elementos cognitivos y afectivos que caracterizan a las personas con depresión, estableciendo simultáneamente un control adecuado de los síntomas somáticos que pueden comprometer un correcto diagnóstico.¹⁶

CRITERIOS DSM-5 PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹⁷

EVALUACION DE LA DEPRESION

Aunque los síntomas depresivos tienen una elevada prevalencia en los enfermos renales, son escasamente reconocidos tanto por los propios pacientes como por el personal sanitario.¹⁰

La evaluación y el diagnóstico de la depresión puede llevarse a cabo utilizando dos tipos de procedimientos: las entrevistas clínicas estructuradas y las medidas de autoinforme, aunque su utilización en la población de enfermos en diálisis presenta cierta complejidad ya que los síntomas somáticos propios de estos trastornos depresivos (el cansancio, la pérdida de apetito, la dificultad para concentrarse, los problemas de sueño o en la función sexual, entre otros) se pueden solapar con los síntomas asociados a la insuficiencia renal y a la uremia, a otras patologías comórbidas o al propio tratamiento de la enfermedad.¹⁰

El inventario de depresión de Beck (IDB) ha sido utilizado para medir la presencia de sintomatología depresiva entre pacientes con enfermedad renal terminal, consiste en 21 ítems, cada uno con cuatro respuestas posibles ordenadas en severidad creciente y que son sumados para obtener el puntaje total correspondiente.⁵

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS) ⁵

En el enfermo renal, permiten identificar los elementos cognitivos y afectivos que caracterizan a las personas con depresión, estableciendo simultáneamente un control adecuado de los síntomas somáticos que pueden comprometer un correcto diagnóstico. Sin embargo, presentan el inconveniente de que requieren una considerable inversión de tiempo por parte de personal sanitario especializado.¹⁰

PARÁMETROS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Los mecanismos por los que la depresión puede incrementar la morbilidad y mortalidad en enfermos renales no son todavía bien conocidos. Se han propuesto distintas vías de relación entre las que cabe destacar por su mayor respaldo empírico la afectación del estado nutricional, el incremento de la inflamación y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y a las restricciones de dieta y líquido.¹⁰

Algunos factores que conducen a un empeoramiento de la depresión son los tratamientos farmacológicos de larga duración, las hospitalizaciones frecuentes y la carga que supone el manejo de la enfermedad crónica. La depresión en los pacientes con enfermedad renal, sometidos a diálisis está relacionada con factores biológicos, psicológicos y sociales. El aumento de los niveles de citoquinas y la alteración de los neurotransmisores por la uremia, así como la deficiencia de vitamina b12, la anemia comórbida y la predisposición genética, son algunos factores biológicos conocidos. Basándose en estudios en animales y humanos, la acumulación de urea en el cerebro es un factor independiente que causa depresión, pasando por encima del estrés psicosocial.⁷

Los pacientes hospitalizados por enfermedad renal crónica, con depresión tenían una media más alta de enfermedades crónicas. La depresión no se asoció a una mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria en comparación con el grupo no deprimido.⁷

Se ha comprobado que la depresión aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio de novo. Además, también hay un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovasculares en quienes tienen una IAM preexistente. Basándose en modelos animales y en estudios en

humanos, se han propuesto varios mecanismos potenciales para esta correlación, entre los que se encuentran los factores conductuales. Estos factores mencionados van desde el cumplimiento del tratamiento hasta las elecciones de estilo de vida, como el tabaquismo, la mala alimentación y la inactividad. En consecuencia, los factores fisiológicos desempeñan un papel, como los cambios en la reactividad plaquetaria, la activación de la coagulación, la disregulación del sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, la disfunción endotelial y las alteraciones de la respuesta inmunitaria y la inflamación.⁷

La depresión entre los pacientes con enfermedad renal crónica provoca una disminución de la calidad de vida y una pérdida de la funcionalidad diaria, lo que unido a las comorbilidades puede conducir a un rápido deterioro de la salud física y a un resultado adverso.⁷

Los pacientes deprimidos tienen más desesperanza y tienen una mayor probabilidad de experimentar sarcopenia en el plazo de un año desde el inicio de los síntomas depresivos. Debido a la sarcopenia, estos pacientes sufren una grave pérdida de masa muscular que les dificulta enormemente la realización de tareas y deteriora su funcionamiento.⁷

Otros factores que pueden empeorar los síntomas depresivos en los pacientes son los síntomas somáticos y la falta de capacidad para hacer frente a la angustia que supone enfrentarse a una enfermedad crónica progresiva, así como el escaso apoyo social y emocional. El hecho de vivir solo, la falta de apoyo social/familiar y la falta de educación formal conducían al empeoramiento de los síntomas depresivos.⁷

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Está relacionado la depresión, tristeza, el aislamiento y malos pensamientos con la enfermedad renal crónica. Las restricciones impuestas por la enfermedad/tratamiento y cambios en la rutina pueden llevar a la tristeza y convertirse en depresión, lo que demuestra la importancia de acciones que ayuden a la adaptación.⁸

Entre las técnicas de intervención psicosocial que se han utilizado para el tratamiento de la depresión en pacientes en terapia de reemplazo renal, se engloban distintas opciones terapéuticas. La revisión más reciente de estas terapias señala que el tratamiento cognitivo conductual y el

ejercicio físico son eficaces en la reducción de los síntomas depresivos, siendo a terapia cognitivo conductual la más estudiada y la que ha mostrado un mayor grado de evidencia.¹⁰

La terapia cognitivo-conductual tiene eficacia probada para el tratamiento de la depresión en población general, y ha mostrado también buenos resultados terapéuticos en su aplicación en pacientes en diálisis. Se trata de una intervención psicológica estructurada diseñada para abordar las cogniciones disfuncionales, las emociones negativas y las conductas desadaptativas mediante una variedad de técnicas que pueden ser aplicadas de manera individual o en grupo. En los pacientes en diálisis se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la depresión, pero también ha mostrado efectos para reducir la ansiedad, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, disminuir los problemas de sueño y aumentar la adherencia al tratamiento.¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante mencionar que el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento, función inmunológica alterada y bajo estado nutricional. Se asocia también con un mayor número de ingresos hospitalarios, estancias más prolongadas y con un incremento en la mortalidad.¹⁵

La trascendencia social del presente estudio fue colaborar con la identificación de pacientes con trastorno depresivo dentro del subgrupo de pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal, puntualizando el hecho de que no existe adhesión al tratamiento y morbilidad elevada.

En el Hospital General de Zona no se contaba con una base real sobre los pacientes con trastornos depresivos que afecten a estos derechohabientes por lo que fue indispensable recolectar datos y obtener resultados del análisis con la finalidad de conocer la frecuencia de estos trastornos que nos permita saber la magnitud real del problema e incidir en su prevención.

De ahí la pregunta planteada:

¿Cuál fue la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Num.12?

JUSTIFICACION

Debido a que la depresión se consideró un factor de riesgo que incrementa la mortalidad en paciente con enfermedad renal, en todas las modalidades de tratamiento de restitución de la función renal, en todos los grupos de edad y tanto en hombres como en mujeres, fue importante conocer la frecuencia de este padecimiento en enfermos renales en nuestro núcleo poblacional. El efecto de la depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica, también se relacionó con la mayor probabilidad de abandono del tratamiento y mayor número de eventos adversos como frecuencia y duración de las hospitalizaciones y tasas de peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal. Por lo tanto, fue primordial la realización de un estudio que plasmó el comportamiento de la enfermedad en nuestra población, que nos permitió tener nuestra propia base de datos y conocer el impacto real de esta enfermedad y con ella tomar decisiones encaminadas al manejo integral del paciente.

La implicación práctica de dicho estudio fue identificar el trastorno depresivo en estos pacientes dado su alto costo, conocer más a fondo este aspecto, permitirá tomar decisiones en beneficio de los pacientes, conocer el panorama real y tener la base estadística en el Hospital General de Zona Núm. 12.

Por otro lado, abriría la posibilidad de hacer más investigación sobre el tema para finalmente poner énfasis en este rubro y mejorar su calidad de vida.

HIPOTESIS:

La frecuencia del trastorno depresivo es mayor al 50% en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal en el HGZ/MF No. 12.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal del HGZ /MF No.12.

Objetivos específicos:

Obtener el grupo de edad donde se encuentra

Identificar el género de mayor frecuencia

Identificar el tipo de trastorno depresivo más frecuente

Identificar tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica terminal

Identificar la frecuencia de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, tabaquismo y obesidad en pacientes con enfermedad renal crónica y trastorno depresivo

MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, descriptivo.

POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio son todos los pacientes con estadio 5 de enfermedad renal crónica del HGZ/MF No. 12 que son en promedio de 109 personas entre hombres y mujeres. La muestra representa el 100% de pacientes registrados en la base de datos del servicio de nefrología. Para la selección de los integrantes de la muestra de estudio se utilizó el método no probabilístico intencional.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determina mediante la fórmula de población finita, es decir tamaño de la población conocida. La población en el servicio de nefrología es de 109 pacientes en diálisis y hemodiálisis en el HGZ/MF 12.

Donde N= Total de población. Z alfa=1.96 al cuadrado. P= Proporción esperada (en este caso 5%=0.05) q=1-p (1-0.050=0.95) D=Precisión (use un 5%)

$$\frac{109 \times 3.8416 \times 0.05 \times 0.95}{0.0025 (109) + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95} = \frac{19.889884}{0.454976} = 43.71$$

MUESTREO:

Muestreo probabilístico

Se contó con pacientes portadores de enfermedad renal crónica que se encuentran registrados en el servicio de Nefrología Social.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con enfermedad renal etapa terminal
2. Pacientes que acepten participar en el estudio
3. Paciente que otorguen consentimiento informado por escrito

Criterios de no inclusión:

- 1.- Pacientes con enfermedad renal en otro estadio
- 2.- Pacientes con enfermedad renal crónica etapa terminal que no acepten participar en el proyecto.

Criterios de eliminación:

- 1.-Paciente que por cualquier causa fallezca en el curso del estudio
- 2.- Paciente que inicialmente acepte ingresar al protocolo y que por alguna causa ya no lo deseen

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Trastorno depresivo

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedad renal crónica en etapa terminal

CUADRO DE OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
Trastorno depresivo	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	El inventario de depresión de Beck (IDB) ha sido utilizado para medir la presencia de sintomatología depresiva entre pacientes con enfermedad renal terminal, consiste en 21 ítems, cada uno con cuatro respuestas posibles ordenadas en severidad creciente y que son sumados para obtener el puntaje total correspondiente. Se categorizará en: 1. 1-10 normal. 2. 11-16 leve perturbación del estado de ánimo. 3. 17-20, estados de depresión intermitentes 4. 21-30 depresión moderada 5. 31-40 depresión grave 6. > 40 depresión extrema	Cualitativa	1. Normal. 2. Leve perturbación del estado de ánimo. 3. Estados de depresión intermitentes 4. Depresión moderada 5. Depresión grave 6. Depresión extrema

Enfermedad renal crónica	Es la pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con el filtrado glomerular $<60\text{ml/min/1.73m}^2$	Etapa 5: Daño renal establecido, inminente terapia de reemplazo renal TFG $<15\text{ml/min/1.73m}^2$	Cualitativa	1.- Si 2.- No
Edad	Duración de la existencia de un individuo desde el nacimiento medida en unidades de tiempo	Años cumplidos	Cuantitativa	1.- 18-28 años 2.- 29-39 años 3.- 40-50 años 4.- más de 50 años
Género	Grupo de condiciones y características biológicas, que dan femenino y masculino	Condición biológica que diferencian a la mujer y al hombre	Cualitativa	1.- Femenino 2.- Masculino
Tiempo de evolución de	Se refiere a la duración que	Numero de meses o años que cursa con la	Cuantitativa	1. < 6 meses

la enfermedad renal crónica terminal	tiene con el diagnostico de enfermedad renal crónica terminal	enfermedad renal crónica terminal		2. 6 meses a 1 año 3. 1-3 años 4. > 4 años
Diabetes tipo 2	La diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia).	Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina.	Cualitativa	1.- Si 2.- No
Hipertensión arterial sistémica	La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial	Presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg	Cualitativa	1.- Si 2.- No
Tabaquismo	Es la adicción al tabaco provocada,	El índice paquetes-año (IPA) se calcula	Cualitativa	1.- Si

	principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.	multiplicando el número de paquetes diarios fumados (= 20 cigarrillos) por el número de años que el paciente ha fumado.		2.- No
Obesidad	La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.	Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros.	Cualitativa	1.- Si 2.- No

DESCRIPCION OPERATIVA

Prevía autorización del protocolo por el Comité local de Ética e Investigación en Salud se procedió a lo siguiente:

Primera etapa: Se realizó un oficio a la Dirección del HGZMF No. 12 pidiendo autorización para la obtención de la información a través de las bases de datos del servicio de Nefrología y ARIMAC. Se hizo la invitación a todos los pacientes con ERC que cumplieron criterios de selección y que además se encontraron cautivos en la zona de Lázaro afiliados al IMSS. En la sesión informativa se expuso la planeación de objetivos, beneficios del proyecto de investigación a realizar, así mismo, se le proporcionó la carta de consentimiento informado para los que aceptaron participar en el estudio y se le permitió al paciente todas las preguntas que consideraron necesarias.

Segunda etapa: Una vez se confirmó la participación del paciente y firmado el formato de consentimiento informado por duplicado y en presencia de 2 testigos imparciales. Prevía autorización del HGZMF No. 12 para la obtención de la información de la base de datos del servicio de nefrología, se le realizó al paciente el instrumento de medición, el cual consistió en realizar cuestionario de Beck conformado por dos rubros; el primero sobre datos generales de pacientes y el segundo con 21 ítems que describen los sentimientos del paciente, cada uno con cuatro respuestas posibles ordenadas en severidad creciente y que son sumados para obtener el puntaje total correspondiente donde la puntuación de 0-10; estos altibajos se consideraron normales, de 11-16 hubo leve perturbación del estado de ánimo, del 17-20 los estados de depresión fueron intermitentes, de 21-30 hubo depresión moderada, de 31-40 existió depresión grave y más de 40 se consideró depresión extrema. Tomando en cuenta que una puntuación persistente de 17 o más, que indicó que necesita ayuda profesional, no tomó más de 10 minutos en realizarse.

Tercera etapa: Se citó al paciente en el área destinada una vez concluido el protocolo para informarles los resultados del proyecto.

RECURSOS HUMANOS

Dra. Viridiana Crisanto Armas. Investigador Principal. Residente de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 12. Responsable de la conducción del estudio, se encargó de proporcionar información al participante, del seguimiento del estudio y del análisis de los resultados.

Dra. Briceyda Valdez Garibay. Especialista en Medicina Familiar. Médico Familiar del UMF. 78, encargada del apoyo, asesoría metodológica de la tesis

RECURSOS MATERIALES

- Una computadora.

- Una impresora

- Copias de la carta de consentimiento informado y de los cuestionarios a aplicar

- Insumos de papelería: hojas, lápices, plumas.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleó estadística descriptiva. Según el tipo de variables:

- Para las cuantitativas continuas medias $\pm$ desviación
- Para las variables categóricas en frecuencia, porcentajes.

La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas serán las que asocien a un P valor <0.5 .

Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barras de porcentajes. El estadístico de contraste que se empleará será en base al tipo de distribución de los datos sean estos paramétricos o no paramétricos. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 23.0 para Windows.

Se aplicó análisis de confiabilidad mediante el estimador Alpha de Cronbach.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo se ajustó a los principios científicos y éticos prescritos para realizar estudios de investigación en humanos; se respetaron las enmiendas de la Declaración de Helsinki de 1964, revisado por última vez en 2004, los principios contenidos en el Código de Núremberg, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra 2002.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo dentro de los lineamientos para la buena práctica clínica, ya que es un estándar internacional, ético y de calidad científica para diseñar, conducir, registrar y reportar estudios que involucran la participación de humanos.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría: Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

RESULTADOS

De un total de 44 pacientes, se observa un predominio de género masculino. A continuación, se muestran las características generales de los pacientes. Nótese la edad promedio de los pacientes encuestados. Ver tabla I.

TABLA I. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES								
VARIABLES		Fi	X±DE	%	RR	OR	Valor de P	IC95 %
Edad del encuestado	18-28 años	3	56.5±13.55	6.8				
	29-39 años	1		2.3				
	40-50 años	8		18.2				
	Más de 50 años	32		72.7				
Género del encuestado	Femenino	21	54.3±13.43	47.7				
	Masculino	23	58.78±13.59	52.3				
Tiempo de evolución ERC	6m- 1 año	4		9.1				
	2-3 años	12		27.3				
	Más de 4 años	28		63.6				
Diabetes tipo 2	Si	23		52.3		0.298	0.155	0.053
	No	21		47.7				1.680
Hipertensión arterial sistémica	Si	37		84.1		0.714	0.771	0.074
	No	7		15.9				6.922
Tabaquismo	Si	7		15.9	0.55	0.48	0.437	0.075
	No	37		84.1	0.94			3.103
Obesidad	Si	12		27.3		0.145	0.013	0.028
	No	32		72.7				0.756

X= Media DE= Desviación estándar Fi= Frecuencia %= Porcentaje RR= Riesgo relativo

OR= O ratio IC 95%= Intervalo de confianza de 95%

Se evaluaron los distintos niveles de depresión de acuerdo con el género. Ver tabla II.

TABLA II. FRECUENCIA DE LOS DISTINTOS NIVELES DE DEPRESIÓN DE ACUERDO CON EL GÉNERO DE PACIENTES (n=44)				
Nivel	Género del encuestado		Fi	%
	Femenino	Masculino		
Normal	4	4	8	18.2
Leve perturbación del estado de ánimo.	6	6	12	27.3
Estados de depresión intermitentes	6	4	10	22.7
Depresión moderada	4	5	9	20.5
Depresión grave	1	3	4	9.1
Depresión extrema	0	1	1	2.3
Total	21	23	44	100
OR	0.944	1.056		
IC95%	0.435-2.048	0.494-2.254		
Valor de P	0.887			

Fi: Frecuencia % Porcentaje OR: O ratio IC 95%= Intervalo de confianza n: Total población

Fig. 1 Barra de distribución pacientes con distinta puntuación de depresión, respecto al rango de edad

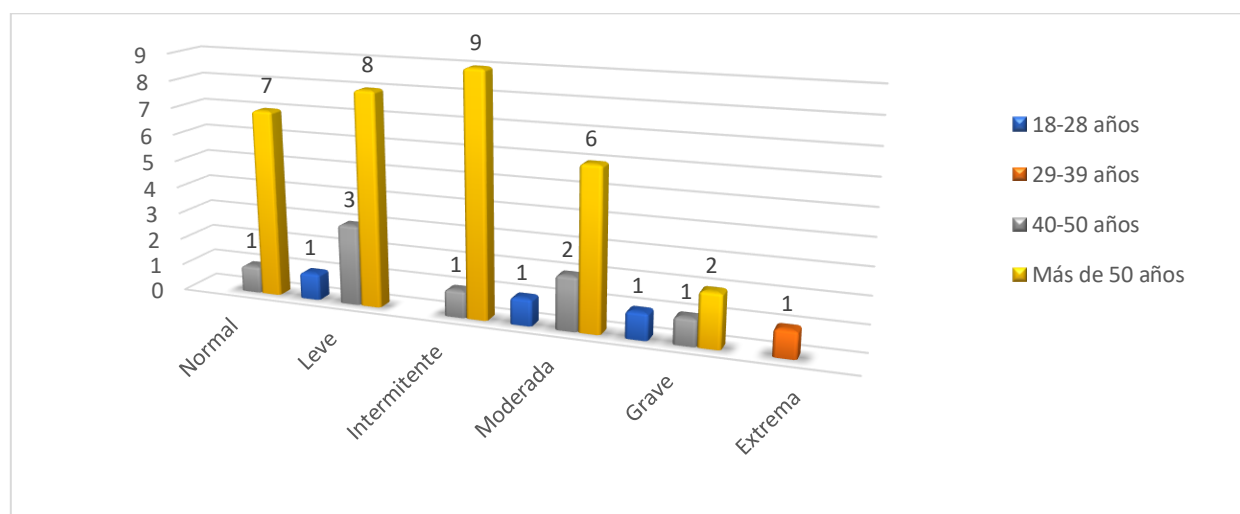


Fig. 1. El mayor porcentaje son mayores de 50 años. Se presenta depresión de distintos niveles. Mayormente pacientes con depresión leve.

Fig. 2 Barra de distribución de pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal del HGZ 12, según el género y el nivel del trastorno depresivo

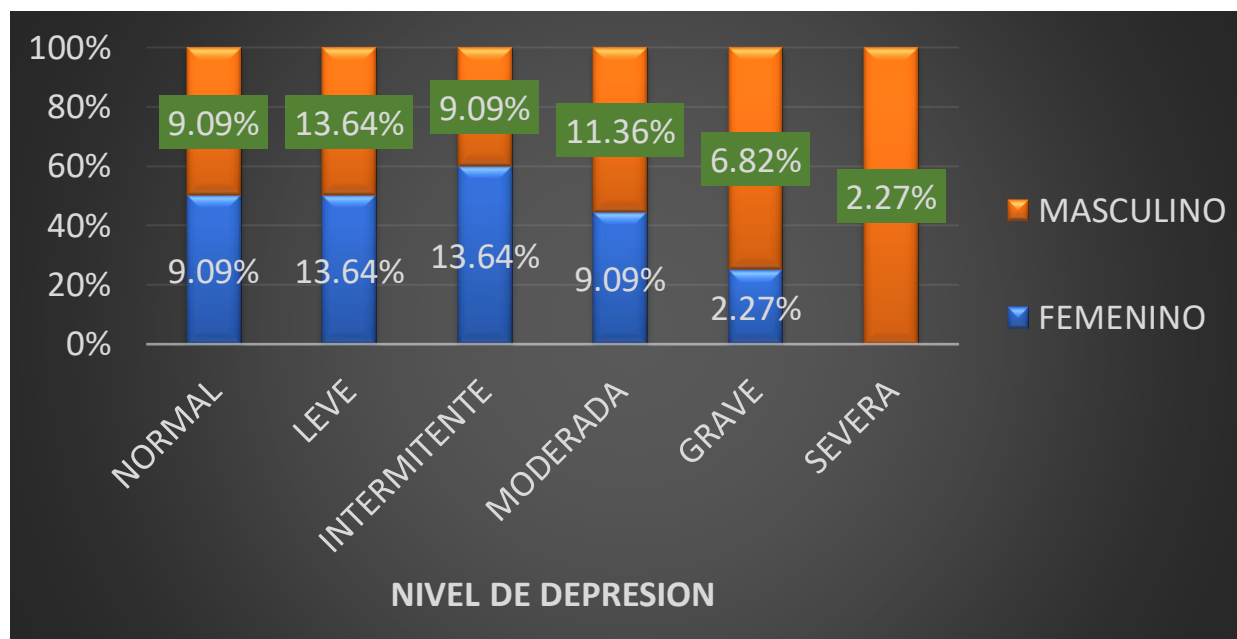


Fig. 2. Se observa mayor predisposición de depresión en sexo masculino (N=19), y en 17 mujeres. Un caso extremo o severo de depresión, presentado en un paciente masculino. 8 personas no presentan TD donde 4 son mujeres y 4 varones con Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 2.425, con una significancia de 0.788

Tabla III. Frecuencia de pacientes con distintos rangos del tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica en etapa terminal, que tienen trastorno depresivo

		Pacientes que cuentan con TD		Total
		SI	NO	
Rango tiempo de evolución	6 meses a 1 año	3	1	4
	2-3 años	12	0	12
	> 4 años	21	7	28
Total		36	8	44

Según la tabla III, se tiene un total de 44 pacientes, de los cuales 36 pacientes cuentan con depresión de cualquier nivel, 28 pacientes cuentan con más de 4 años de evolución de la enfermedad renal crónica, y 21 de ellos, cuentan con algún grado de depresión, los otros 8 pacientes, durante dicho cuestionario, no se encontró asociación a trastorno depresivo.

Fig. 3. Barra de distribución de tiempo de evolución según el nivel de trastorno depresivo.

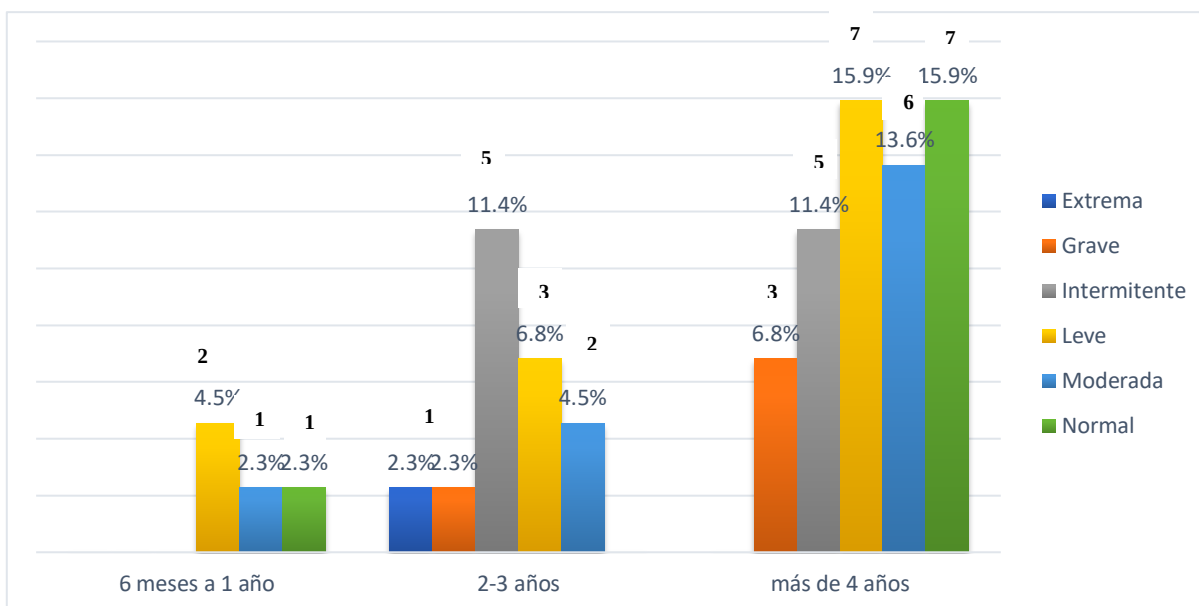


Fig. 3. Se relaciona que independientemente del tiempo de evolución de la ERC, se presenta TD de cualquier nivel o grado.

Figura 4. Barra de distribución según los factores de riesgo y presencia de trastorno depresivo

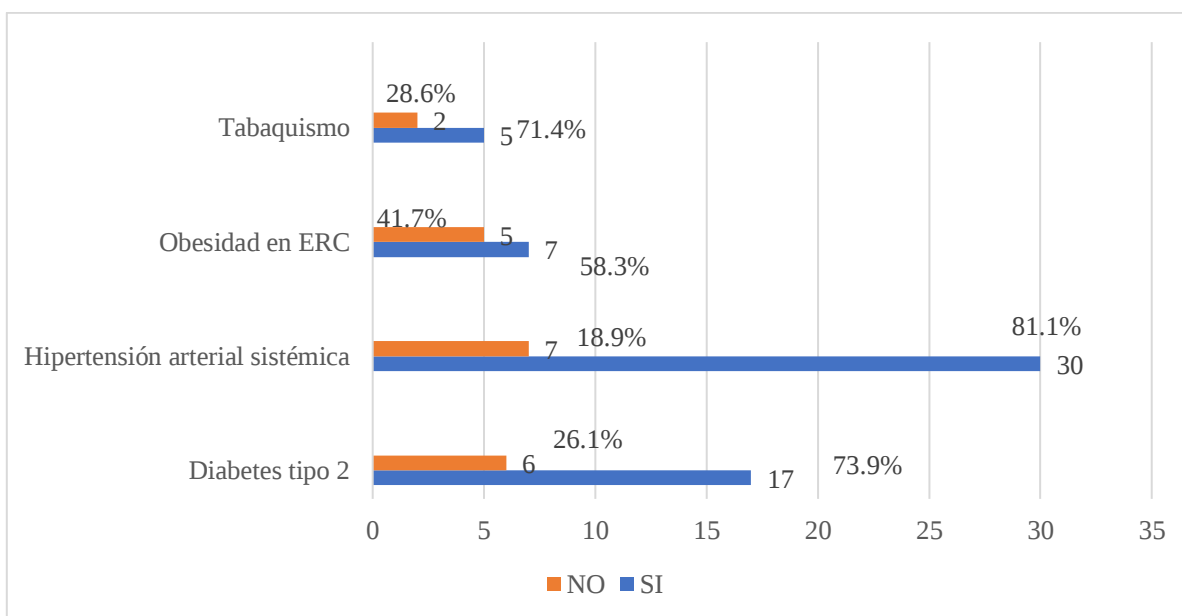


Fig. 4. Se tiene un total de 23 de pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales, 38.6%, cuenta con algún tipo de trastorno depresivo. No existe significancia entre la diabetes y el trastorno depresivo con un valor de 2.024 y una significancia de 0.155. En cuanto a obesidad existe un valor de $p < 0.05$. Es decir 0.013, lo cual lo hace clínicamente significativo.

Tabla IV. Instrumento de medición para trastorno depresivo. Cuestionario de Beck para depresión

Estadísticos de los elementos (N=21)			
No.	Ítem	Media	Desviación típica
1	Tristeza	.75	.719
2	Pesimismo	.64	.838
3	Fracaso	.57	.759
4	Pérdida de placer	1.14	.765
5	Sentimientos de culpa	.86	.905
6	Sentimientos de castigo	.50	.699
7	Disconformidad con uno mismo	.59	.726
8	Autocrítica	.68	.708
9	Pensamientos suicidas	.39	.579
10	Llanto	.68	.601
11	Agitación	.82	.657
12	Pérdida de interés	.80	.734
13	Indecisión	.61	.655
14	Desvalorización	.89	.754
15	Pérdida de energía	1.14	.734
16	Cambios en los hábitos de sueño	1.34	.963
17	Irritabilidad	1.02	.762
18	Cambios en el apetito	.93	.728
19	Dificultad de concentración	.77	.642
20	Cansancio o fatiga	.89	.618
21	Pérdida de interés en el sexo	1.09	.858

N= Número de elementos T= Total de población encuestada

Tabla IV. Cuestionario de Beck como instrumento de medición el cual tiene un índice de Alpha de Cronbach de 0.914.

DISCUSIÓN.

A partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis general que establece que existe más del 50 por ciento de trastorno depresivo en pacientes con enfermedad renal crónica etapa terminal. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Pretto, quienes señalan que más de la mitad de los pacientes tienen síntomas de depresión (60,7%). Muy acorde con nuestro estudio. Pero no concuerda con el estudio del autor Murillo, donde la prevalencia de depresión en sus pacientes es de 42%. Los trastornos depresivos en esta población pueden estar relacionados con los peores resultados clínicos, comorbilidades, complicaciones de la enfermedad y el tratamiento, hospitalizaciones, aumento de la duración de la estancia hospitalaria, abandono de diálisis, mortalidad y calidad de vida reducida.

En el caso del género, en nuestro estudio predomina más en hombres, en el caso del estudio de Virani, la mayoría de los pacientes con ERC hospitalizados con depresión eran mujeres (57,4 %) de igual forma en el estudio de Teles, donde la prevalencia en mujeres es de 37.5%.

En cuanto a la edad, en nuestro estudio se encuentra la población de más de 50 años con distintos niveles de depresión de igual forma en el estudio de Gómez, donde se manifiesta el comportamiento de la funcionalidad física y de su calidad de vida; describiéndose una correlación entre la edad y la depresión.

Con respecto al tiempo de evolución en mayores de un año de evolución de la ERC, presenta trastorno depresivo. Estos resultados concuerdan con Murillo, lo que contrasta con nuestro estudio, donde los pacientes presentan un tiempo de evolución más de 4 años y aumenta los niveles de trastornos depresivos.

LIMITANTES

Si bien nuestro estudio de investigación contó con una base de datos de los pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal, el complemento oportuno por archivo clínico de esta institución, y la colaboración a la realización del estudio por parte de los pacientes y personal de salud que permitió el éxito de la realización de los cuestionarios, no se cuenta en este hospital con personal de psicología, que podrían proporcionar información más precisa, ya sea en diagnóstico o manejo, así como contar con una base de datos de pacientes en población general con dicho padecimiento.

Es importante, ya que se ha demostrado, la relación que existe en el aumento de depresión en estos pacientes y con ello la morbilidad y mortalidad, y su manejo mediante intervenciones, ha demostrado mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento repositivo.

Finalmente, solo hemos usado solamente el cuestionario de Beck, sin embargo, para valorar estos trastornos, sería recomendable contar con mayor apoyo clínico y/o de otras pruebas también validadas que mejoren el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

Se tiene un total de 44 pacientes, como 100% de la población estudiada, en el que existe un 47.7% de población femenina y un 52.3% de población masculina. Solo el 18.18% de pacientes no presenta trastorno depresivo. El trastorno depresivo, abarca más del 50% de pacientes. De acuerdo con el grupo de edad, predomina en pacientes mayores de 50 años, con trastornos leves e intermitentes. La puntuación de nivel de depresión más frecuente es el grado de trastorno depresivo leve, en pacientes de más de 4 años de evolución de la ERC. La depresión a cualquier nivel se encuentra similar respecto al género, en dicho estudio, pero mayormente en la población masculina. De los 44 pacientes, 39 de ellos cuentan con algún factor de riesgo o comorbilidad como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, hábito tabáquico, sobrepeso y obesidad. 23 pacientes padecen diabetes tipo 2, de los cuales, 17 pacientes cuentan con trastorno depresivo, de cualquier nivel y solo 6 pacientes no cuentan con trastorno depresivo. En la población con diabetes tipo 2, no hay significancia en el trastorno depresivo, en cambio se encuentra en pacientes hipertensos con mayor grado de depresión de cualquier nivel. De los 7 pacientes con obesidad, 5 pacientes cuentan con algún grado trastorno depresivo.

RECOMENDACIONES:

Es necesario un mayor control, seguimiento y tratamiento de los cambios emocionales, síntomas típicos de depresión como tristeza, anhedonia, en nuestros pacientes con enfermedad renal crónica con el objetivo de disminuir los comportamientos de mala adhesión a los tratamientos médicos o de terapia restitutiva que afectan en su calidad de vida, condicionando niveles altos de mortalidad.

Contar con un equipo multidisciplinario, personal de salud como médicos, personal de enfermería y con la participación por parte del servicio de psicología, que nos permita un diagnóstico integral, además de tratamiento farmacológico o no farmacológico, en base a intervenciones de terapia cognitivo conductual las cuales pueden ser efectuadas durante la terapia restitutiva renal o bien, la realización de un plan con esta finalidad, con el objetivo de reducir la depresión en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Gomez L, Gracia N, Traguany M, Lozano S, Chavarria J. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* vol. 18 n.2 Madrid Apr/jun. 2015
2. Cukor D, Ver Halen N, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, Wyka KE, Saggi SJ, Kimmel PL: Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 25: 196–206, 2014
3. Preto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.28 Ribeirão Preto 2020 Epub July 15, 2020. 0 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
4. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez A, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Rev. psicol.* 26(1) DOI:10.5354/0719-0581.2017.46859
5. Murillo-Zamora E, Macías-de la Torre AA, Higareda-Almaraz MA. Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(4):429-33
6. Taraz M, Taraz S, Khavidaki SD. Association between depression and inflammatory/anti-inflammatory cytokines in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: A review of literatura. *Hemodialysis International* 2015; 19:11–22. DOI:10.1111/hdi.12200
7. Virani A, Shah RP, Haneef G, Khan AT, Días CC, Pereira KN, et al. Depression Impairs Level of Functioning in Chronic Kidney Disease Inpatients: A Case Control Study. *Cureus.* 2021 Jun 29; 13(6): e16017. doi: 10.7759/cureus.16017. PMID: 34336507; PMCID: PMC8320405.
8. Preto CR, Rosa MBC, Dezordi CM, Benetti SAW, Colet CF, Stumm EMF. Depression and chronic renal patients on hemodialysis: associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 (Supl 1): e20190167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0167>

9. Teles F, Amorim AL, Freitas IK, Carvalho P, Pedrosa A. Quality of life and depression in haemodialysis patients. *Psychology, Health & Medicine*, DOI: 10.1080/13548506.2018.1469779
10. Vázquez MI. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Sociedad Española de Nefrología. <https://www.nefrologiaaldia.org/276>
11. Piñar GS, Suárez GB, De la Cruz NV. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia* Vol.5 (12), diciembre 2020-ISSN: 2215-4523/e-ISSN:2215-5279. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
12. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed* 2017; 28:89-115
13. Espinosa-Cuevas MA. Enfermedad renal. *Gac Med Mex*. 2016;152 Suppl 1:90-6
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2013; Suppl.3, 1-150.
15. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
16. Shirazian S, D. Grant C, Aina O, Mattana J, Khorassani F, C. Ricardo A. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney Int Rep* (2017) 2, 94–107; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>
17. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Trastorno depresivo mayor, capítulo 6. American Psychiatric Association Publishing, 1000 Wilson Boulevard, Suite 1825, Arlington, VA 22209-3901, EE.UU pp 160-161
18. Secretaría de Salud, Diario oficial de la Federación. Ley General de Salud. Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992.
19. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil), octubre 2013, punto 32.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1603**,
H. GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS **17 CI 16 102 028**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 16 CET 001 2017033**

FECHA **Viernes, 24 de diciembre de 2021**

Dr. BRICEYDA VALDEZ GARIBAY

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No.12**, 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-2021-1603-014

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

Patricia Ortega León

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2021	2022				2023		
	JUL-DIC	ENE-MAR	MARZO	MAR-JUN	JUL-DIC	ENE-MAR	ABRIL	MAY-DIC
Realización del anteproyecto								
Envío y aprobación del CLIES								
Inicio del protocolo								
Análisis de datos								
Discusión								
Trabajo final								
Realización del manuscrito								
Examen de grado								
Discusión en foro de investigación								

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No. 12.”

Lázaro Cárdenas, Michoacán, a _____ de _____ del 2021.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado:” **“FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ETAPA TERMINAL EN EL HGZ/MF No. 12”**”. Registrado ante el Comité Local de Investigación y de Ética de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número de autorización F-2021-1603-023.

El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN:

La enfermedad renal crónica es una enfermedad frecuente en nuestro país, una de las manifestaciones que con mayor frecuencia se ha observado en estos pacientes es el trastorno depresivo (estado de ánimo alterado), de ahí la importancia que como paciente conozca si cursa con alguna alteración de su estado emocional que influya negativamente en su recuperación, decisiones, tratamiento y calidad de vida, de tal manera que se puedan realizar estrategias de intervención integral en forma oportuna. El objetivo del estudio es conocer la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal del HGZ /MF No.12.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar en el estudio se le realizara una encuesta que cuenta con dos apartados a contestar, el primero son preguntas como nombre, edad, genero, lo que nos permitirá tener sus datos generales, un segundo apartado conformado por 21 preguntas que describe sus sentimientos (como se siente usted emocionalmente), de tal manera que esta encuesta que solo le llevara 10 minutos en contestarla, nos dejara conocer cómo se encuentra usted emocionalmente y nos permitirá realizar estrategias que le ayuden a mejorar su tratamiento y calidad de vida.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: Incomodidad al responder algunas preguntas del cuestionario.

BENEFICIOS:

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir información de la importancia de conocer su estado de ánimo durante el proceso de su enfermedad, en el caso de que usted curse con alguna alteración en su estado de ánimo que pueda tener efectos negativos para su recuperación, tratamiento el cuestionario nos permitirá conocer el grado de trastorno depresivo que cursa y poder realizar acciones encaminadas a mejorar su tratamiento y como consecuencia mejorar su salud.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO:

La Dra. Briceyda Valdez Garibay (investigador responsable) se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca del estudio. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mejorar su estado de salud en caso de requerirlo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual

que sus respuestas al cuestionario y los resultados de su encuesta, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:

La Dra. Briceyda Valdez Garibay, Investigador Responsable, adscripción Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.12 de Lázaro Cárdenas, Michoacán, al teléfono 01 443; o con el colaborador: Dra. Viridiana Crisanto Armas, R1 de Medicina Familiar del HGZMF No. 12, Lázaro Cárdenas, al teléfono 753.

En caso de Aclaraciones sobre los derechos como participante podrá dirigirse con:

Enf. Esp. MF. María José Viveros Blancas presidenta del Comité de Ética en Investigación en Salud, 1603, con sede en el Hospital General Regional No. 8, Domicilio. Calz. Benito Juárez S/N, colonia linda Vista, C.P. 60050, Uruapan, Michoacán, al teléfono. 452, correo @gmail.com

Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS al teléfono 555 Ext 21230, correo comisión.etica@imss.gob.mx ubicada en Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, Ciudad de México. C. P. 06720.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
CUESTIONARIO INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)

NOMBRE: _____ **CONSULTORIO:** _____

NUM. AFILIACION: _____ **EDAD:** _____ **GENERO:** _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro
- 2 Siento que no tengo que esperar nada
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. Fracaso

- 0 No me siento fracasado
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. Pérdida de placer
- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. Sentimientos de culpa
- 0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 - 3 Me siento culpable constantemente
6. Sentimientos de castigo
- 0 Creo que no estoy siendo castigado
 - 1 Siento que puedo ser castigado
 - 2 Siento que estoy siendo castigado
 - 3 Quiero que me castiguen
7. Disconformidad con uno mismo
- 0 No me siento descontento conmigo mismo
 - 1 Estoy descontento conmigo mismo
 - 2 Me avergüenzo de mí mismo
 - 3 Me odio
8. Autocrítica
- 0 No me considero peor que cualquier otro
 - 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
 - 2 Continuamente me culpo de mis faltas
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. Pensamientos o deseos suicidas
- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 - 2 Desearía suicidarme
 - 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. Llanto
- 0 No lloro más de lo que solía
 - 1 Ahora lloro más que antes
 - 2 Lloro continuamente
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. Agitación
- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 2 Me siento irritado continuamente
 - 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. Pérdida de interés
- 0 No he perdido el interés por los demás
 - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 - 3 He perdido todo el interés por los demás
13. Indecisión
- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
 - 1 Evito tomar decisiones más que antes
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - 3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. Desvalorización

- 0 No creo tener peor aspecto que antes
 - 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 - 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. Pérdida de energía
- 0 Trabajo igual que antes
 - 1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
 - 2 Tengo que obligarme para hacer todo
 - 3 No puedo hacer nada en absoluto
16. Cambios en los hábitos de sueño
- 0 Duermo tan bien como siempre
 - 1 No duermo tan bien como antes
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. Irritabilidad
- 0 No me siento más cansado de lo normal
 - 1 Me canso más fácilmente que antes
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. Cambios en el apetito
- 0 Mi apetito no ha disminuido
 - 1 No tengo tan buen apetito como antes
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 - 3 He perdido completamente el apetito

19. Dificultad de concentración

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- 1 He perdido más de 2 kilos y medio
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:

SÍ NO

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

0-10Estos altibajos son considerados normales. 11-16Leve perturbación del estado de ánimo. 17-20Estados de depresión intermitentes. 21-30Depresión moderada. 31-40Depresión grave. + 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional