



**INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN
EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS
PERITONEAL EN EL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

P R E S E N T A:

**DR. CÓRDOVA TECPA JOSÉ LUIS
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA
ASESORA CLÍNICA**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DEL HGZ/UMF 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

CD. DE MÉXICO, D. F. ENERO DE 2013.

NÚMERO DE REGISTRO :



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL EN EL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

AUTORES: Dr. Córdova Tecpa José Luis ¹, Dra. Toro Fontanell Ana Gloria ², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ³, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁴, Dr. Cabañas Estrada Romeo Azahel ⁵, Dra. García López Giezi Shaddai ⁶.

- 1) Residente de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 2) Médico familiar adscrito en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 3) Profesor titular de la especialidad de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 4) Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 5) Residente de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 6) Residente de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

OBJETIVO:

Medir la frecuencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en el HGZ/UMF#8.

MATERIALES Y METODOS:

Tipo de investigación: transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes con IRC en diálisis peritoneal del HGZ/UMF#8, con mayoría de edad. Criterios de exclusión: paciente que no firme el consentimiento informado, alteraciones del lenguaje o coeficiente intelectual que dificulte responder el cuestionario, pacientes en hemodiálisis. Criterios de eliminación: cuestionarios incompletos. Variables: edad, rango de edad, sexo, tiempo de diagnóstico de IRC, tiempo de colocación de catéter de DP, grado de depresión. Tamaño de muestra: 136 pacientes, intervalo de confianza 99%, proporción 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.01. Se utilizó el inventario de Beck aplicándose desde marzo a diciembre de 2012.

RESULTADOS:

Se estudió 136 pacientes, predominio de sexo masculino 71 (52.2%) pacientes, sexo femenino 65 (47.8%) pacientes. La media de edad 52.06 años, valor mínimo 19 años y valor máximo 80 años, moda 35 años, mediana 56.5 años y desviación estándar 15.335 años. Se encontró 94 (69.1%) pacientes con depresión y 42 (30.9%) pacientes sin depresión.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con IRC en diálisis peritoneal del HGZ/UMF#8 tienen depresión en un 69.1%.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, depresión, Inventario de Beck.

**“MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE
DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL EN EL
HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Padilla Del Toro Francisco Javier

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar. 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Espinoza Anrubio Gilberto

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del

Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del

Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Espinoza Anrubio Gilberto
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del
Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Director de Tesis

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del
Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Asesor metodológico de tesis

Dra. Toro Fontanell Ana Gloria

Especialista en Medicina Familiar

Adscrita al Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar 8

“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Asesora clínica de tesis

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

Marco teórico	10
Antecedentes	16
Planteamiento del problema	17
Justificación	17
Objetivos	18
Hipótesis	19
Material y métodos	20
Diseño de la investigación	21
Población	22
Ubicación temporal y espacial de la población	22
Muestra	22
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
Variables	24
Definición conceptual de las variables	25
Definición operativa de las variables	26
Diseño estadístico	27
Instrumento de recolección	27
Método de recolección de datos	28
Maniobras para evitar y controlar sesgos	28
Cronograma de actividades	29
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	30
Consideraciones éticas	31
Resultados	32

Graficas y tablas de resultados	36
Discusión	48
Conclusiones	50
Bibliografía	51
Anexos	53
Inventario de Beck	54
Cronograma de actividades	58
Carta de consentimiento informado	59

MARCO TEÓRICO

Las guías de los resultados de la iniciativa de la calidad en la enfermedad renal de la fundación nacional del riñón (The National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) definen a la enfermedad renal crónica (ERC) como el daño renal durante al menos 3 meses, determinado por anormalidades estructurales o funcionales del riñón con o sin disminución de la tasa de filtrado glomerular y manifestada por anormalidades histopatológicas o marcadores de daño renal, incluyendo alteraciones en sangre, orina o en estudios de imagen. O bien como la tasa de filtrado glomerular menor a 60ml por minuto por 1.73 m² en 3 meses o más, con o sin daño renal. (1)

Los factores asociados con un aumento en el riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal crónica, se pueden dividir en factores que inician la ERCT como son: el envejecimiento, género, etnia, historia familiar de ERCT, estatus socioeconómico, síndrome metabólico, elevada excreción de albumina urinaria, dislipidemia, nefrotoxinas, enfermedad renal primaria, desordenes urológicos, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus. Los factores que perpetúan ERCT son: la raza afroamericana, proteinuria, hipertensión, ingesta de dieta alta en proteínas, obesidad, anemia, dislipidemia, nefrotoxinas, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, para algunos de estos factores se pueden tomar medidas preventivas. (2)

Globalmente, dentro de las causas de ERCT, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupa el primer sitio (en Jalisco, la DM2 causa el 55% de todos los casos nuevos de ERCT en 2009) y la hipertensión arterial sistémica (HAS) el segundo. (3)

De acuerdo con la encuesta nacional de salud del 2006, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). La prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8%. Más de 50% de los hombres a partir de los 60 años presentan hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. La distribución de la prevalencia de hipertensión arterial por entidad en la Republica Mexicana nos muestra que los estados del sur presentan menor porcentaje de la población con esta enfermedad, en comparación con los estados del centro y del noroeste. Las entidades con las prevalencias más altas son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora. (4)

La falla renal actualmente es considerada una pandemia que afecta al 10% de la población adulta en el mundo. El Registro Estatal de Diálisis y Trasplante de Jalisco (REDTJAL) ha informado un aumento en el número de pacientes con IRCT, en términos de incidencia, la cifra se incrementó de 92 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en 1999 a 400 ppmh en el año 2008, sólo superado por el estado de Morelos con 557 ppmh; ambos estados mexicanos son epidemiológicos de la IRCT y ocupan los primeros lugares en el mundo. En México, en el año 2009 la IRC ocupó el tercer lugar en el gasto por padecimiento dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una inversión de 4,712 millones de pesos en tan sólo 4% de los derechohabientes. La Secretaría de Salud informó en 2009 que sólo el 22% de los pacientes que requieren terapia de reemplazo renal en realidad la reciben, lo que tiene un costo anual estimado de 7,550 millones y probablemente ascendería a 33,000 millones de pesos si se atendiera al 100% de los pacientes que lo requieren. En Estados Unidos más de 480 000 ciudadanos reciben diálisis, más de 314 000 están recibiendo hemodiálisis y más de 25 000 están en diálisis peritoneal y otros 143 000 han recibido trasplantes. El 16.8% de la población tiene insuficiencia renal crónica (ERC). (5)

La diálisis peritoneal es preferida como primera elección en el tratamiento sustitutivo renal si el trasplante no es posible o disponible. Consiste en un intercambio de solutos y líquido a través de la membrana peritoneal, que sirve como superficie de diálisis, por medio de la difusión se regula el movimiento convectivo de solutos. Se utiliza una alta concentración de glucosa en el líquido de diálisis peritoneal creando un gradiente osmótico para la ultrafiltración de líquido, y en un tiempo de permanencia se logra el movimiento de urea, creatinina y potasio dentro del líquido de la cavidad peritoneal y a través de la membrana peritoneal, movilizándose bicarbonato y calcio en dirección opuesta. El gradiente de concentración entre el dializado y la sangre facilita el movimiento de las moléculas pequeñas, la convección también participa en el movimiento de solutos. Los pacientes realizan los recambios en su domicilio diariamente con un control en el centro de diálisis típicamente vistos por el nefrólogo una vez al mes. El flujo de sangre peritoneal, el volumen del líquido de diálisis y la integridad de la membrana peritoneal son cruciales para el intercambio efectivo y la eliminación de líquido. El catéter de DP es insertado por un cirujano o un nefrólogo como un procedimiento ambulatorio, la mayoría de los catéteres son de doble manguito como los catéteres de Tenckhoff con punta rizada. Varios estudios han comparado hemodiálisis con diálisis peritoneal en ancianos, evaluando factores como supervivencia, calidad de vida y morbilidad. Un meta-análisis realizado por Selggas et al en 2001 de 8 estudios comparó estas dos técnicas sugiriendo que la tasa de mortalidad y hospitalización de las personas ancianas tratadas con diálisis peritoneal es similar al tratamiento con hemodiálisis. Más estudios confirman que la supervivencia de los pacientes ancianos en diálisis peritoneal no es diferente de la hemodiálisis. En los Estados Unidos de América, la diálisis peritoneal comparada con hemodiálisis tiene mayor asociación con una pobre supervivencia entre pacientes diabéticos de más de 45 años de edad. Las ventajas de la DP es que puede realizarse en casa, menor riesgo de hipotensión, dieta menos restringida, las desventajas son el riesgo de peritonitis y el aislamiento social. (6)

La uremia afecta tanto el Sistema Nervioso Central (SNC) como el periférico, los pacientes con falla renal llegan a tener una gran variedad de trastornos, las alteraciones en las funciones cognitivas (atención, memoria y concentración, entre otras) a pesar de que pueden ser comunes, son poco diagnosticadas. Está comprobado que el deterioro de las funciones cognitivas se asocia con deterioro de la calidad de vida, con un incremento en el tiempo dedicado al cuidado al paciente, y mayor uso de recursos para el cuidado de la salud, hospitalizaciones más frecuentes, así como con incremento en el número de días en hospitalización. Nos encontramos con el problema de un elevado número de pacientes que pudieran estar teniendo repercusiones a nivel cognoscitivo que probablemente no les permiten funcionar adecuadamente en el área laboral, educativa o en los problemas de la vida diaria, lo que implica un costo social que se suma al costo de la enfermedad por sí misma. Las manifestaciones del SNC relacionadas con el estado urémico que más se han estudiado son la encefalopatía urémica y la encefalopatía hipertensiva, otras complicaciones neurológicas asociadas a la IRC son el síndrome de desequilibrio post-diálisis, la demencia debido a la diálisis, el evento vascular cerebral en pacientes tratados con hemodiálisis (HD) crónica y las crisis epilépticas asociadas a la HD. La complicación psiquiátrica más común ocurrida como resultado de la falla renal es la depresión en el paciente y ansiedad asociada en la pareja. Se ha observado en estudios observacionales que los pacientes en diálisis tienen una alta tasa de suicidio comparados con la población sana, ocupándolo como una forma de escape. El tratamiento psiquiátrico aceptado actualmente para la depresión incluye terapia combinada con antidepresivos y psicoterapia. Se deben tener consideraciones especiales en los pacientes con ERC y el tratamiento antidepresivo. Actualmente se cuenta con una gran variedad de medicamentos antidepresivos disponibles para el manejo de la depresión, cada uno de estos puede tener una variedad de efectos de acuerdo con la función renal, la mayoría son seguros. (7)

Los pacientes mayores se enfrentan a diversos problemas como disminución cognitiva, depresión, debilidad y discapacidad que se son más comunes en comparación con una población más joven. Estas cuestiones son magnificadas en los pacientes ancianos con insuficiencia renal crónica, las personas con deterioro cognitivo están en mayor riesgo de convertirse en dependientes y requerir asistencia en las actividades cotidianas. La depresión es subdiagnosticada y por consiguiente el tratamiento no es oportuno. En la insuficiencia renal crónica la uremia refleja la disfunción de todos los órganos, pero gracias a los avances médicos y tecnológicos, el enfermo renal crónico ha logrado una sobrevida larga, con recuperación y productividad por décadas cuando reciben diálisis adecuada en cualquier modalidad o un trasplante renal exitoso. (8)

Grandes estudios epidemiológicos sugieren que el trastorno depresivo mayor es frecuente, con una prevalencia del 16,6%, se produce con aproximadamente dos veces mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los hombres. El agregado de TDM en las familias, es de 1,5 a 3 veces más común en personas con familiares biológicos de primer grado afectados con TDM en comparación con la población general. Históricamente, la patología de TDM ha sido asociada con anormalidades de los monoamino-neurotransmisores y receptores. Estudios químicos de líquido cefalorraquídeo, neuroreceptores y sistemas de transporte que tienen buena respuesta clínica a agentes monoaminoérgicos, sugieren que los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico, neurotransmisores y otros neuropéptidos pueden estar anormales en el TDM. Sin embargo, ha habido un creciente interés en la interacción de factores ambientales con sistemas genéticos y neuroendocrinos y la participación intracelular de las vías de señalización. Se ha sugerido que el eje hipotalámico-pituitario-adrenal interviene en el estrés ambiental y contribuye a la atrofia neuronal. La anomalía celular común en las diversas formas de depresión puede ser la reducción de la resiliencia celular causada por disminución de la expresión de varios factores neurotróficos. (9)

Por lo menos hay 3 circuitos neuronales relevantes en la depresión, estas regiones se relacionan entre sí y son la corteza orbitofrontal (COF), corteza dorsolateral prefrontal (CDLPPF) y la corteza cingulada anterior (CCA). La corteza orbitofrontal es un componente del circuito cortical paralímbico involucrado en varias funciones de asociación superiores incluyendo la integración de las emociones, comportamiento y diversos procesos sensitivos. Recientemente la corteza cingulada anterior ha sido identificada de gran importancia en la fisiopatología de la depresión en sus dos grandes divisiones: la CCA dorsal y la CCA perigenéica. El rol de las estructuras límbicas se encuentra en sus densas interconexiones entre estos circuitos neuronales claves, así también en la asociación entre las regiones específicas y las características clínicas de los trastornos del estado de ánimo. Aunque los ganglios basales tradicionalmente han sido considerados primordialmente en las funciones motoras, también tienen un papel importante en la integración emocional, cognitiva y del comportamiento motor. Existen datos que sostienen que los circuitos prefrontales y límbicos junto con los ganglios basales y específicamente el estriado, están involucrados en la fisiopatología de la depresión mayor. Se ha observado en estudios que hay una gran incidencia de trastornos depresivos en pacientes con enfermedades que afectan los ganglios basales como en el evento cerebral vascular. Recientemente se ha puesto atención en las interacciones de los sistemas neurotransmisores, requiriéndose de receptores postsinápticos. La dopamina es una hormona que tiene efectos tanto inhibitorios como excitatorios en el funcionamiento fronto-subcortical. Las conexiones dopaminérgicas entre la sustancia negra y el sistema límbico tienen un papel de integración de las emociones y la actividad motora, la cognición y la motivación. Los sistemas colinérgicos y serotoninérgico están involucrados en la modulación de estas vías dopaminérgicas. Adicionalmente las proyecciones glutamatérgicas corticostriatales y tálamo-corticales contribuyen a una retroalimentación negativa las cuales sirven para limitar la sobreestimulación cortical. (10)

El trastorno depresivo mayor (TDM) abarca un gran número de síndromes psicobiológicos con las características centrales del estado de ánimo depresivo y / o pérdida de interés asociado con trastornos cognitivos y somáticos, que causa un deterioro funcional significativo. Los trastornos depresivos se clasifican como trastornos del estado de ánimo y se distinguen de los trastornos bipolares por la ausencia de episodios maníacos. De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA), los trastornos depresivos incluyen al TDM, trastorno distímico (bajo grado de depresión crónica que ocurre en más del 50% de los días durante al menos 2 años), y depresión menor (mínimo de dos síntomas depresivos presentes durante al menos 2 semanas). Los criterios para episodio depresivo mayor son al menos 5 de los siguientes síntomas que deben estar presentes de forma continua durante 2 semanas; al menos uno debe ser de estado de ánimo deprimido o falta de interés: Estado de ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y adolescentes), falta de interés o placer, cambios en el apetito o el cambio de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la concentración, pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. Sin antecedentes de trastorno bipolar (por ejemplo, episodios maníacos o hipomaníacos); los síntomas deben causar deterioro funcional clínicamente significativo; los síntomas no deben ser secundarios a una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo); los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo. ⁽¹¹⁾

La insuficiencia renal crónica terminal es la manifestación final de diversas enfermedades, motivo por el que su incidencia y prevalencia se han incrementado continuamente y la han convertido en un problema de salud cada vez más preocupante, sobre todo por el deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen; principalmente por depender de un centro hospitalario, personal médico y de enfermería especializados, máquinas de hemodiálisis y cicladoras, cambios higiénico-dietéticas y vida sexual, social y laboral. Para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con enfermedad renal terminal será el doble. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se estima que 8.3 millones de mexicanos padecen insuficiencia renal crónica terminal moderada, 102,000 la tienen en fase sustitutiva y 35,000 reciben terapia sustitutiva en la actualidad, con una repercusión socioeconómica importante. Es probable que la medición de depresión más ampliamente utilizada en pacientes con insuficiencia renal crónica sea el Inventario de Depresión de Beck (IDB), pues tiene una sensibilidad de 92%, una especificidad de 80% y un excelente valor predictivo negativo en su estudio de pacientes en diálisis, además de distinguir síntomas depresivos de un padecimiento psiquiátrico, en general se acepta que una puntuación menor a 11 sugiere ausencia de depresión. ⁽¹²⁾

La vida en diálisis es difícil debido a que la vida laboral se ve afectada o bien tienen pocas posibilidades de ser aceptado en un empleo, hay restricciones en los viajes largos, paseos, su dieta tiene grandes restricciones, tienen una vida sexual pobre y con gran afectación de la economía familiar. No cabe duda de que la calidad de vida en diálisis peritoneal es pobre con alta frecuencia de depresión siendo es un factor de riesgo independiente para una mayor tasa de enfermedad y muerte en los pacientes en diálisis. La depresión es el resultado de la actividad anormal del eje hipotálamo-pituitaria, con un aumento de la secreción de norepinefrina y cortisol, además la serotonina y dopamina también tienen alterada su función. La uremia puede hacer que los pacientes sean más susceptibles a los trastornos del estado de ánimo, el estrés que enfrentan empeora los síntomas depresivos y obstaculiza el cumplimiento del tratamiento médico, lo que conlleva malos resultados terapéuticos. (13)

El inventario de Depresión de Beck (internacionalmente conocido como BDI) es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Las propiedades psicométricas del BDI han sido reportadas por Beck, Steer y Garbin en un detallado artículo que integra los estudios de investigaciones realizadas con este inventario durante 25 años. Como resultado del minucioso análisis comparativo realizado de la bibliografía estos autores, concluyen que después de una meta-análisis de los valores de consistencia internas reportados, el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81 el valor promedio de correlación, validez concurrente, con la Escala de Hamilton, la Escala de Zung y la Escala de Depresión del MMPI, oscila entre 0.72 y 0.73 respectivamente. La evidencia apunta hacia el hecho de que el BDI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Concluyen que es crucial la correcta identificación de la composición factorial de BDI debido a que se utiliza para detectar y evaluar la depresión en paciente con problemas médicos y en pacientes psiquiátricos cuyos síntomas pueden ser atribuidos al abuso de sustancias o a la enfermedad propiamente dicha, por lo que la confirmación de la composición factorial permite excluir los síntomas somáticos y el deterioro del rendimiento característico de dichos problemas. Además señalan que existe evidencia de que el BDI discrimina entre subtipos de depresión y claramente diferencia la depresión de la ansiedad. El inventario de Beck permite estadificar a la depresión, una puntuación de 0 a 9 se considera como normal o como cualquier altibajo en la vida cotidiana que genera preocupaciones, el puntaje de 10 a 16 pertenece a depresión leve, una calificación de 17 a 29 incumbe la depresión moderada y una valoración de 30 a 63 es para demostrar depresión severa. El inventario de Beck fue validado en México en 1998 con la investigación de Jurado et al. (14)

ANTECEDENTES

El suicidio en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal no es un tópico bien estudiado. En 2005 se realizó un estudio donde se examinaron tasas de suicidio con paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo comparándolos con la población en general, reportando que son más propensos a cometer suicidio. Los predictores independientes de suicidio fueron: mayores de 75 años, género masculino, caucásicos o asiáticos, región geográfica, dependencia a alcohol o drogas y hospitalizaciones recientes. El aumento del riesgo de suicidio asociado con la insuficiencia renal crónica debe incitar a los médicos a buscar ayuda para aquellos con alto riesgo de suicidio.

(15)

Utilizando tomografía computarizada, Savazzi, Cusmano, & Degasperi (1985) demostraron atrofia cortical en casi la mitad de los casos de pacientes con IRCT evaluados, así como atrofia subcortical en el 16% de los casos. Se ha postulado que la atrofia cortical en este grupo de pacientes puede ser atribuida únicamente a las patologías relacionadas con la uremia y que tiende a empeorar a medida que el tiempo en HD se prolonga. Por medio de otras técnicas de neuroimagen se han encontrado hallazgos como: infartos lacunares múltiples o hiperintensidades en la sustancia blanca en aproximadamente una tercera parte de los pacientes estudiados, hipoactividad en zonas frontales de la corteza de los pacientes en HD. Los índices de trastornos depresivos son altos, del 26-29% en cohortes recientes de pacientes con insuficiencia renal crónica, con frecuencia de depresión mayor en el 17-19% en comparación con el 4-6% en la población en general. (16)

Ha sido reportada una gran prevalencia de depresión en pacientes con ERC comparado con la población normal, el trastorno depresivo mayor es más común en estos pacientes, sin embargo el diagnóstico es difícil debido a que muchos síntomas organizados mimetizan los síntomas depresivos. Los pacientes experimentan debilidad, pérdida del libido y retraso psicomotor que contribuyen más con el ánimo deprimido. En 1997 se realizó un estudio en paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria en Singapur utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD-C) encontrando que la prevalencia fue de 13%. De acuerdo a la información socio demográfica de los pacientes, el promedio de edad fue de 54.214 años, el periodo promedio en DPCA fue de 22.38 meses; 93% por ciento de pacientes aceptaron su trastorno psiquiátrico, 43% de pacientes sufrieron desvalimiento; la principal fuente de ansiedad fueron los problemas económicos (83%), pérdida del libido (73%), desempleo (67%). En otro estudio la prevalencia de la depresión fue reportada en un 56.3% en pacientes en DPCA usando la escala de depresión de Hamilton y los criterios del DSM IV. Se encontraron altos puntajes en 18 pacientes en la escala de Hamilton, proponiendo que factores genéticos, psicosociales, y neurobiológicos afectaron en el nivel de depresión. Los criterios del DSM IV fueron inadecuados para evaluar los casos con puntajes bajos y en pacientes con enfermedad orgánica, entonces se concluyó que se requiere de una guía diagnóstica más específica. (17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACION:

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ocasiona importante morbilidad y mortalidad, afectando severamente la vida cotidiana de los pacientes alterando severamente las relaciones interpersonales e incluso su vida sexual. Es enorme el impacto psicológico, económico y social que sufren los pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal ya que su estado de ánimo se ve alterado severamente. Por lo tanto, es de gran trascendencia conocer la frecuencia de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a este reemplazo renal para hacer hincapié en realizar un test de tamizaje de depresión en los pacientes con ERC sin importar el tiempo de diagnóstico. Una vez conocido el número de pacientes deprimidos se pueden tomar medidas pertinentes para el tratamiento oportuno, eficaz y multidisciplinario, además podrían formarse grupos de ayuda para difundir el auto-cuidado y el apego terapéutico renal. Además se pueden establecer redes de apoyo tanto dentro de la institución como en la familia, para fortalecer las relaciones y lazos interpersonales y dar una mejora en la calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL:

Medir la frecuencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en el Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No 8 utilizando el inventario de Beck.

OBJETIVOS PARTICULARES:

Clasificar a los pacientes de acuerdo al grado de depresión obtenido en el Inventario de Beck.

Valorar la relación que existe entre el tiempo de colocación del catéter de diálisis peritoneal y el grado de depresión.

Identificar el grupo de edad más afectado por depresión en IRC con diálisis peritoneal.

HIPOTESIS

HIPOTESIS:

Se realiza con fines de enseñanza.

La depresión es frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

HIPOTESIS NULA (H_0):

La depresión no es frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

HIPOTESIS ALTERNA (H_1):

La frecuencia de depresión es la misma tanto en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, como en la población abierta.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

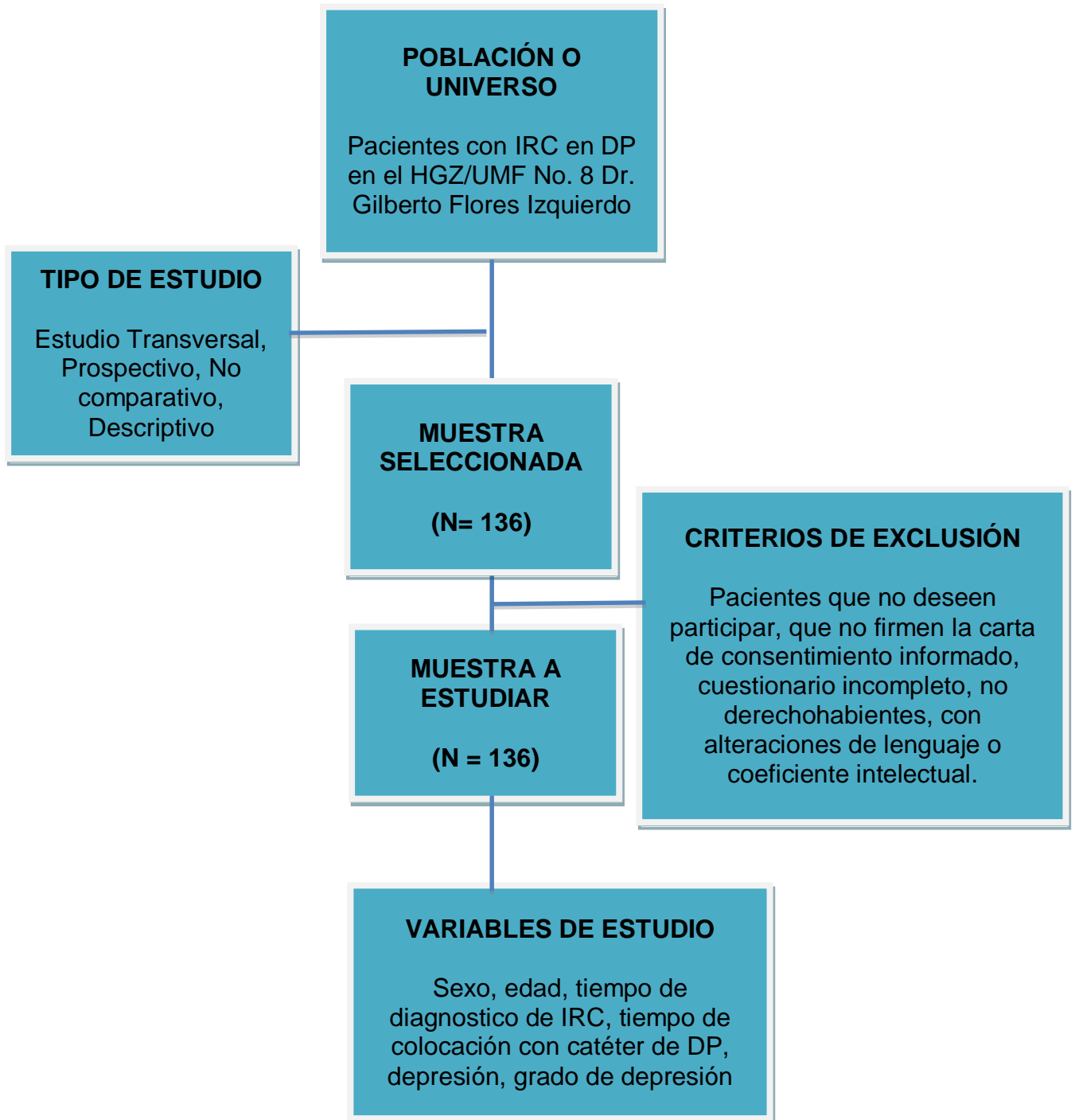
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



Elaboró: Dr. José Luis Córdova Tecpa

POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal con diálisis peritoneal en el servicio de nefrología y diálisis peritoneal del Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar No 8, Distrito Federal, México. Población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar No 8. Avenida Ríos Magdalena No 289 Colonia Tizapan, San Ángel. En la colonia San Ángel en el Distrito Federal de México que se llevó a cabo desde marzo de 2011 hasta enero del 2013.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica con una población finita fue de 136 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.01.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos

n= Tamaño muestral

Z alfa = Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa = 0.05 y 2.58, para alfa = 0.01

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar.

q = 1-p

i =Error que se prevé cometer

$$n = Z^2 \frac{(N) (p) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (p) (q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Sin distinción de sexos
- Derechohabientes del IMSS
- Pacientes con la mayoría de edad.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente que no firme el consentimiento informado
- Pacientes con otros padecimientos psiquiátricos.
- Pacientes con alguna alteración del lenguaje o coeficiente intelectual que le imposibilite responder el cuestionario.
- Que no sean derechohabientes
- Que este en tratamiento sustitutivo renal en hemodiálisis.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no contesten el cuestionario completo
- Pacientes que no deseen seguir participando

VARIABLES:

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- Edad
- Rango de edad
- Sexo
- Tiempo de diagnóstico de insuficiencia renal crónica
- Tiempo de colocación de catéter de diálisis peritoneal
- Grado de depresión

VARIABLE DEPENDIENTE

- Depresión.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

ENFERMEDAD

VARIABLE INDEPENDIENTE

Insuficiencia renal crónica.

- Definición conceptual. Es el daño renal durante al menos 3 meses, determinado por anomalías estructurales o funcionales del riñón con o sin disminución de la tasa de filtrado glomerular y manifestada por anomalías histopatológicas o marcadores de daño renal, incluyendo alteraciones en sangre, orina o en estudios de imagen. O bien como la tasa de filtrado glomerular menor a 60ml por minuto por 1.73 m² en 3 meses o más, con o sin daño renal.

VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión

- Definición conceptual. Trastorno del estado de ánimo que genera una alteración del humor, experimentando sentimientos o emociones caracterizados por tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar.

**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Cuantitativa	Discreta Continua	En números de años
Rango de edad	Cuantitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 – 30 años 2. 31 – 40 años 3. 41 – 50 años 4. 51 – 60 años 5. 61- 70 años 6. Más de 70 años
Sexo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Tiempo de diagnostico de insuficiencia renal	Cuantitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 6 meses 2. 7 – 12 meses 3. 13meses – 4 años 4. 5 -10 años 5. Más de 10 años
Tiempo de colocación de catéter de diálisis peritoneal	Cuantitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 6 meses 2. 7 – 12 meses 3. 13meses – 4 años 4. 5 -10 años 5. Más de 10 años
Grado de depresión	Cualitativa	Nominal Politómica	Puntaje de cuestionario Beck <ol style="list-style-type: none"> 1. Mínima: 0-9 2. Leve: 10-16 3. Moderada: 17-29 4. Severa: 30-63

Elaboró: Dr. Córdova Tecpa José Luis

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 y Windows 7. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, frecuencia y porcentaje. El tipo de muestra es representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita con un intervalo de confianza del 99% y un tamaño de la muestra de 136.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El cuestionario de depresión de Beck es un instrumento de evaluación que consta de 21 ítems únicamente eligiendo una opción por ítem, una vez completado el cuestionario, se suman los puntos correspondientes. Se aplica sin límite de tiempo a los pacientes que acuden al servicio de diálisis peritoneal. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63. Como la puntuación más baja de cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible, será de cero a 9 encontrando altibajos considerados como normales o depresión mínima, la puntuación de 10 a 16 es considerada como depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. El Inventario de Depresión de Beck tiene una sensibilidad de 92%, una especificidad de 80% en su estudio de pacientes en diálisis, Las propiedades psicométricas del BDI han sido reportadas por Beck, Steer y Garbin, por medio de un meta-análisis de los valores de consistencia internas reportados, se encontró que el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81, el valor promedio de correlación, validez concurrente, con la Escala de Hamilton, la Escala de Zung y la Escala de Depresión del MMPI, oscila entre 0.72 y 0.73 respectivamente. El inventario de Beck fue validado en México en 1998 con la investigación de Jurado et al.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se brindó información de la investigación a los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en el servicio de nefrología y diálisis peritoneal de manera aleatoria, e individual, con el consentimiento informado firmado que confirmó que aceptó participar de forma voluntaria, se efectuó una encuesta de 21 reactivos, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas, se dieron instrucciones tanto verbales como escritas de la forma de contestar la encuesta, sin tiempo límite para concluir el cuestionario.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

Se realizó la encuesta de manera individual para evitar que se comenten las respuestas entre los participantes del estudio. Se explicó verbalmente y con instrucciones por escrito para evitar confusiones así como se aclararon todas las dudas que se pudieron presentar tratando de que con las respuestas que se dieron no se influyó en los resultados de la encuesta. Durante la encuesta el investigador no habló con los participantes para evitar distracciones y no influyó en las respuestas.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

PROTOCOLO DE INVESTIGACION:
MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL EN EL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2011 - 2012

Fecha	Mar 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011	Jul 2011	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012
Título	X											
Antecedentes		X										
Planteamiento del problema		X										
Objetivos		X	X									
Hipótesis				X								
Propósitos					X							
Diseño metodológico						X	X	X				
Análisis estadístico								X	X			
Consideraciones éticas										X		
Recursos										X		
Bibliografía											X	
Aspectos generales												X

2012 - 2014

Fecha	Mar 2012	Abr 2012	May 2012	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Sep 2012	Oct 2012	Nov 2012	Dic 2012	Ene 2013	Feb 2014
Etapas de ejecución del proyecto	X											
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Almacenamiento de datos									X			
Análisis de datos										X		
Descripción de datos										X		
Discusión de datos											X	
Conclusión del estudio											X	
Integración y revisión final											X	
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo											X	
Publicación												X

Dr. José Luis Córdova Tecpa

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de este estudio de investigación con recursos humanos a base de un investigador. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, bolígrafos, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contó con un equipo de cómputo Acer con WINDOWS 7, memoria USB de 16 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo. Como recursos físicos contamos con el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo en el servicio de nefrología. Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

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.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Ver consentimiento informado en Anexos.

RESULTADOS

Se estudió 136 pacientes y se encontró predominio de sexo masculino 71 (52.2%) y del sexo femenino 65 (47.8%%). (Ver anexo cuadro 1 y grafica 1)

La media de edad es 52.06 años, valor mínimo de 19 años y valor máximo de 80 años, moda de 35 años, mediana de 56.5 años y desviación estándar de 15.335 años.

En el rubro correspondiente al de tiempo de diagnostico de insuficiencia renal crónica, se encontró que 18 (13.2%) pacientes estuvieron en un rango de 0 a 6 meses, se observó que 29 (21.3%) pacientes fueron de un rango de 7 a 12 meses, se midió que 57 (41.9%) pacientes existieron en un rango de 13 meses a 4 años, se valoró que 22 (16.2%) pacientes concurrieron en un rango de 5 a 10 años, se descubrió que 10 (7.4%) pacientes estuvieron en un rango de más de 10 años de diagnostico. (Ver anexo cuadro 2 y grafica 2)

En el apartado de tiempo con catéter de diálisis peritoneal, se encontró que 45 (33.1%) pacientes estuvieron en un rango de 0 a 6 meses, se observó que 23 (16.9%) pacientes fueron de un rango de 7 a 12 meses, se midió que 49 (36%) pacientes existieron en un rango de 13 meses a 4 años, se valoró que 17 (12.5%) pacientes concurrieron en un rango de 5 a 10 años, se descubrió que 2 (1.5%) pacientes estuvieron en un rango de más de 10 años. (Ver anexo cuadro 3 y grafica 3)

En la sección de grado depresión se observo: que 42 (30.9%) pacientes presentaron depresión mínima, se encontró que 39 (28.7%) pacientes mostraron depresión leve, se midió que 43 (31.6%) pacientes ostentaron depresión moderada, se valoró que 12 (8.8%) pacientes presentaron depresión severa. (Ver anexo cuadro 4 y grafica 4)

En el conjunto de rango de edad se observó que 17 (12.5%) pacientes estuvieron en el rango entre los 18 y 30 años', se midió que 20 (14.7%) pacientes fueron del rango entre 31 y 40 años, se valoró que 15 (11%) pacientes existieron en el rango entre 41 y 50 años, se encontró que 41 (30.1%) pacientes concurrieron en el rango entre 51 y 60 años, se descubrió que 30 (22.1%) pacientes estuvieron en el rango entre 61 y 70 años, se apreció que 13 (9.6%) pacientes existieron en el rango de más de de 70 años. (Ver anexo cuadro 5 y grafica 5)

En el componente de tiempo de diagnostico de IRC y sexo, se analizó que 13 (18.3%) hombres y 5 (7.7%) mujeres estuvieron entre 0 y 6 meses de diagnostico de IRC, se midió que 13 (18.3%) hombres y 16 (24.6%) mujeres existieron entre 7 y 12 meses de diagnostico de IRC, se valoro que 26 (36.6%) hombres y 31 (47.7%) mujeres fueron entre 13 meses y 4 años de diagnostico de IRC, se observo que 13 (18.3%) hombres y 9 (13.8%) mujeres concurrieron entre 5 y 10 años de diagnostico de IRC, se encontró que 6 (8.5%) hombres y 4 (6.2%) mujeres, estuvieron con más de 10 años de diagnostico. (Ver anexo cuadro 6 y grafica 6)

En la sección de tiempo colocación de catéter de diálisis peritoneal y sexo se valoró que 27 (38%) hombres y 18 (27.7%) mujeres estuvieron entre 0 y 6 meses de colocación de catéter, se analizó que 11 (15.5%) hombres y 12 (18.5%) mujeres existieron entre 7 y 12 meses de colocación de catéter, se midió que 23 (32.4%) hombres y 26 (40%) mujeres concurren entre 13 meses a 4 años de colocación de catéter, se observó que 10 (14.1%) hombres y 7 (10.8%) mujeres tuvieron entre 5 y 10 años de colocación de catéter, se descubrió que ningún hombre y 2 (3.1%) mujeres estuvieron con más de 10 años de colocación de catéter de diálisis. (Ver anexo cuadro 7 y grafica 7)

En el rubro de grado de depresión y sexo se valoró que 24 (33.8%) hombres y 18 (27.7%) mujeres estuvieron con depresión mínima, se midió que 16 (22.5%) hombres y 23 (35.4%) mujeres concurren con depresión leve, se observó que 23 (32.4%) hombres y 20 (30.8%) mujeres existieron con depresión moderada, se analizó que 8 (11.3%) hombres y 4 (6.2%) mujeres tuvieron depresión severa. (Ver anexo cuadro 8 y grafica 8)

En el apartado de rango de edad y sexo se encontró que 11 (15.5%) hombres y 6 (9.2%) mujeres estuvieron entre 18 y 30 años de edad, se observó que 5 (7%) de hombres y 15 (23.1%) mujeres concurren entre 31 y 40 años de edad, se midió que 7 (9.9%) hombres y 8 (12.3%) mujeres existieron entre 41 y 50 años de edad, se analizó que 26 (36.6%) hombres y 15 (23.1%) mujeres estuvieron entre 51 y 60 años de edad, se valoró que 13 (18.3%) hombres y 17 (26.2%) mujeres tuvieron entre 61 y 70 años de edad, se encontró que 9 (12.7%) hombres y 4 (6.2%) mujeres existieron con más de 70 años de edad.

(Ver anexo cuadro 9 y grafica 9)

En la sección de rango de edad y grado de depresión se midió que 7 (41.2%) pacientes entre 18 y 30 años de edad mostraron depresión mínima, se valoró que 7 (41.2%) pacientes entre 18 y 30 años de edad ostentaron depresión leve, se analizó que 2 (11.8%) pacientes entre 18 y 30 años de edad existieron con depresión moderada, se encontró que 1 (5.9%) paciente entre 18 y 30 años de edad tuvo depresión severa. Se midió que 6 (30%) pacientes entre 31 y 40 años de edad mostraron depresión mínima, se valoró que 6 (30%) pacientes entre 31 y 40 años de edad tuvieron depresión leve, se analizó que 7 (35%) pacientes entre 31 y 40 años de edad ostentaron depresión moderada, se encontró que 1 (5%) paciente entre 31 y 40 años de edad existió con depresión severa. Se valoró que 5 (33.3%) pacientes entre 41 y 50 años de edad estuvieron con depresión mínima, se midió que 4 (26.7%) pacientes entre 41 y 50 años de edad mostraron depresión leve, se analizó que 4 (26.7%) pacientes entre 41 y 50 años de edad existieron con depresión moderada, se encontró que 2 (13.3%) pacientes entre 41 y 50 años de edad ostentaron depresión severa. Se midió que 12 (29.3%) pacientes entre 51 y 60 años de edad mostraron depresión mínima, se valoró que 6 (14.6%) pacientes entre 51 y 60 años de edad tuvieron depresión leve, se analizó que 19 (46.3%) pacientes entre 51 y 60 años de edad ostentaron depresión moderada, se encontró que 4 (9.8%) pacientes entre 51 y 60 años de edad existieron con depresión severa.

Se midió que 8 (26.7%) pacientes entre 61 y 70 años de edad mostraron depresión mínima, se valoró que 13 (43,3%) pacientes entre 61 y 70 años de edad tuvieron depresión leve, se analizó que 8 (26.7%) pacientes entre 61 y 70 años de edad ostentaron depresión moderada, se encontró que 1 (3.3%) paciente entre 61 y 70 años de edad existió con depresión severa. Se midió que 4 (30.8%) paciente mayores de 70 años de edad mostraron depresión mínima, se valoró que 3 (23.1%) paciente mayores de 70 años de edad tuvieron depresión leve, se analizó que 3 (23.1%) paciente mayores de 70 años de edad ostentaron depresión moderada, se encontró que 3 (23.1%) paciente mayores de 70 años de edad existieron con depresión severa. (Ver anexo cuadro 10 y grafica 10)

En el conjunto de grado de depresión y tiempo de diagnostico de IRC se midió que 6 (14.3%) pacientes con diagnostico de IRC entre 0 y 6 meses mostraron depresión mínima, se valoró que 5 (12.8%) pacientes con diagnostico de IRC entre 0 y 6 meses tuvieron depresión leve, se analizó que 5 (11.6%) pacientes con diagnostico de IRC entre 0 y 6 meses ostentaron depresión moderada, se encontró que 2 (16.7%) pacientes con diagnostico de IRC entre 0 y 6 meses existieron con depresión severa. Se midió que 5 pacientes (11.9%) pacientes con diagnostico de IRC entre 7 y 12 meses mostraron depresión mínima, se valoró que 13 (33.3%) pacientes con diagnostico de IRC entre 7 y 12 meses tuvieron depresión leve, se analizó que 10 (23.3%) pacientes con diagnostico de IRC entre 7 y 12 meses ostentaron depresión moderada, se encontró que 1 (8.3%) paciente con diagnostico de IRC entre 7 y 12 meses existió con depresión severa. Se midió que 20 (47.6%) pacientes con diagnostico de IRC entre 13 meses y 4 años mostraron depresión mínima, se valoró que 11 (28.2%) pacientes con diagnostico de IRC entre 13 meses y 4 años tuvieron depresión leve, se analizó que 22 (51.2%) pacientes con diagnostico de IRC entre 13 meses y 4 años ostentaron depresión moderada, se encontró que 4 (33.3%) pacientes con diagnostico de IRC entre 13 meses y 4 años existieron con depresión severa. Se midió que 7 (16.7%) pacientes con diagnostico de IRC entre 5 y 10 años mostraron depresión mínima, se valoró que 8 (20.5%) pacientes con diagnostico de IRC entre 5 y 10 años tuvieron depresión leve, se analizó que 5 (11.6%) pacientes con diagnostico de IRC entre 5 y 10 años ostentaron depresión moderada, se encontró que 2 (16.7%) pacientes con diagnostico de IRC entre 5 y 10 años existieron con depresión severa. Se midió que 4 (9.5%) pacientes con diagnostico de IRC mayor a 10 años mostraron depresión mínima, se valoró que 2 (5.1%) pacientes con diagnostico de IRC mayor a 10 años tuvieron depresión leve, se analizó que 1 (2.3%) paciente con diagnostico de IRC mayor a 10 años ostento depresión moderada, se encontró que 3 (25%) pacientes con diagnostico de IRC mayor a 10 años existieron con depresión severa. (Ver anexo cuadro 11 y grafica 11)

En el componente de grado de depresión y tiempo con catéter de diálisis se midió que 9 (6.6%) pacientes con catéter de diálisis entre 0 y 6 meses mostraron depresión mínima, se valoró que 15 (11%) pacientes con catéter de diálisis entre 0 y 6 meses tuvieron depresión leve, se analizó que 15 (11%) pacientes con catéter de diálisis entre 0 y 6 meses ostentaron depresión moderada, se encontró que 6 (4.4%) pacientes con catéter de diálisis entre 0 y 6 meses existieron con depresión severa.

Se midió que 5 (3.7%) pacientes con catéter de diálisis entre 7 y 12 meses mostraron depresión mínima, se valoró que 9 (6.6%) pacientes con catéter de diálisis entre 7 y 12 meses tuvieron depresión leve, se analizó que 8 (5.9%) pacientes con catéter de diálisis entre 7 y 12 meses ostentaron depresión moderada, se encontró que 1 (0.7%) paciente con catéter de diálisis entre 7 y 12 meses existió con depresión severa. Se midió que 21 (15.4%) pacientes con catéter de diálisis entre 13 meses y 4 años mostraron depresión mínima, se valoró que 8 (5.9%) pacientes con catéter de diálisis entre 13 meses y 4 años tuvieron depresión leve, se analizó que 16 (11.8%) pacientes con catéter de diálisis entre 13 meses y 4 años ostentaron depresión moderada, se encontró que 4 (2.9%) pacientes con catéter de diálisis entre 13 meses y 4 años existieron con depresión severa. Se midió que 7 (5.1%) pacientes con catéter de diálisis entre 5 y 10 años mostraron depresión mínima, se valoró que 6 (4.4%) pacientes con catéter de diálisis entre 5 y 10 años tuvieron depresión leve, se analizó que 3 (2.2%) pacientes con catéter de diálisis entre 5 y 10 años ostentaron depresión moderada, se encontró que 1 (0.7%) paciente con catéter de diálisis entre 5 y 10 años existió con depresión severa. Se midió que no hubo pacientes con catéter de diálisis mayor a 10 años con depresión mínima, se valoró que 1 (0.7%) paciente con catéter de diálisis mayor a 10 años mostró depresión leve, se analizó que 1 (0.7%) paciente con catéter de diálisis mayor a 10 años ostentó depresión moderada, se encontró que no hubo pacientes con catéter de diálisis mayor a 10 años con depresión severa. (Ver anexo cuadro 12 y grafica

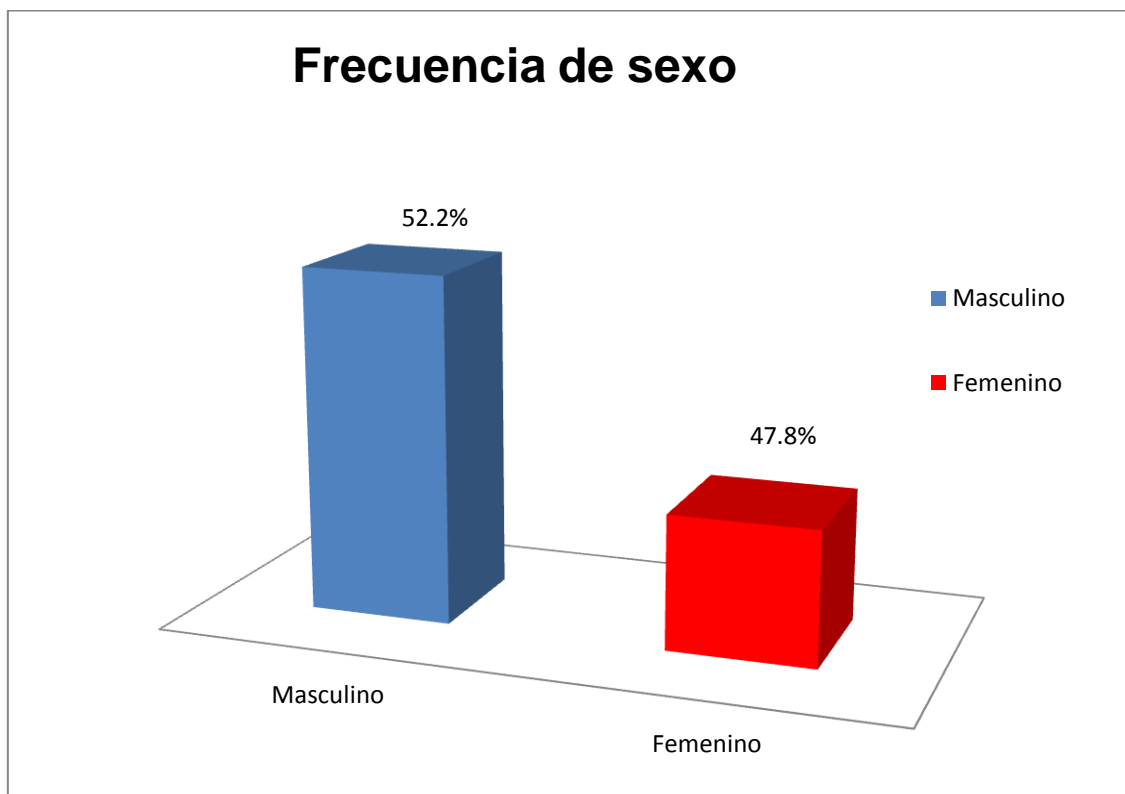
12)

-

Frecuencias de acuerdo al sexo.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	71	52.2
Femenino	65	47.8
Total	136	100.0

Cuadro. 1 Frecuencia de acuerdo al sexo

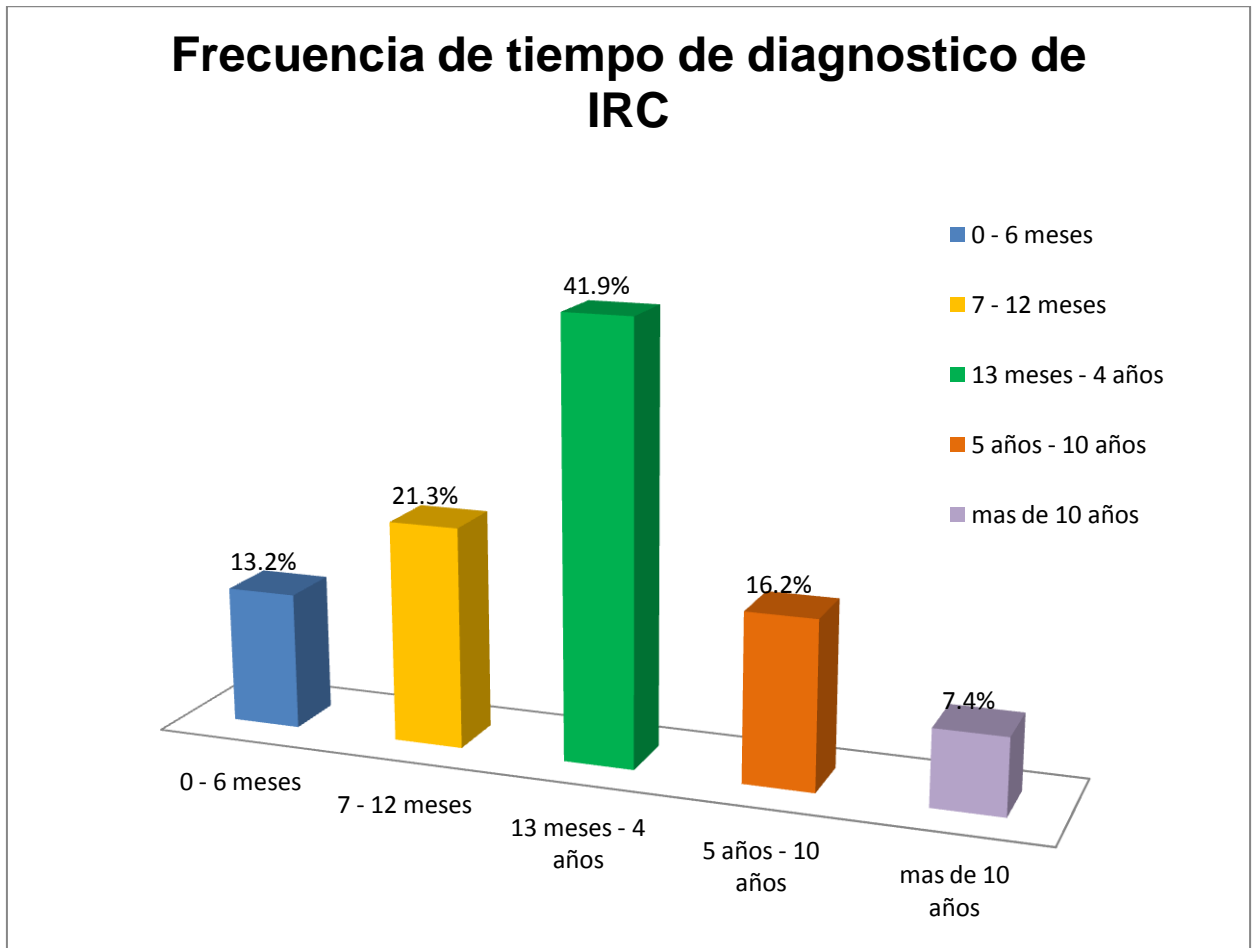


Grafica. 1 Frecuencia de acuerdo al sexo

Frecuencia de tiempo de diagnostico de IRC

Tiempo de diagnostico de IRC	Frecuencia	Porcentaje
0 - 6 meses	18	13.2
7 - 12 meses	29	21.3
13 meses - 4 años	57	41.9
5 años - 10 años	22	16.2
Más de 10 años	10	7.4
Total	136	100.0

Cuadro. 2 Frecuencia de tiempo de diagnostico de IRC

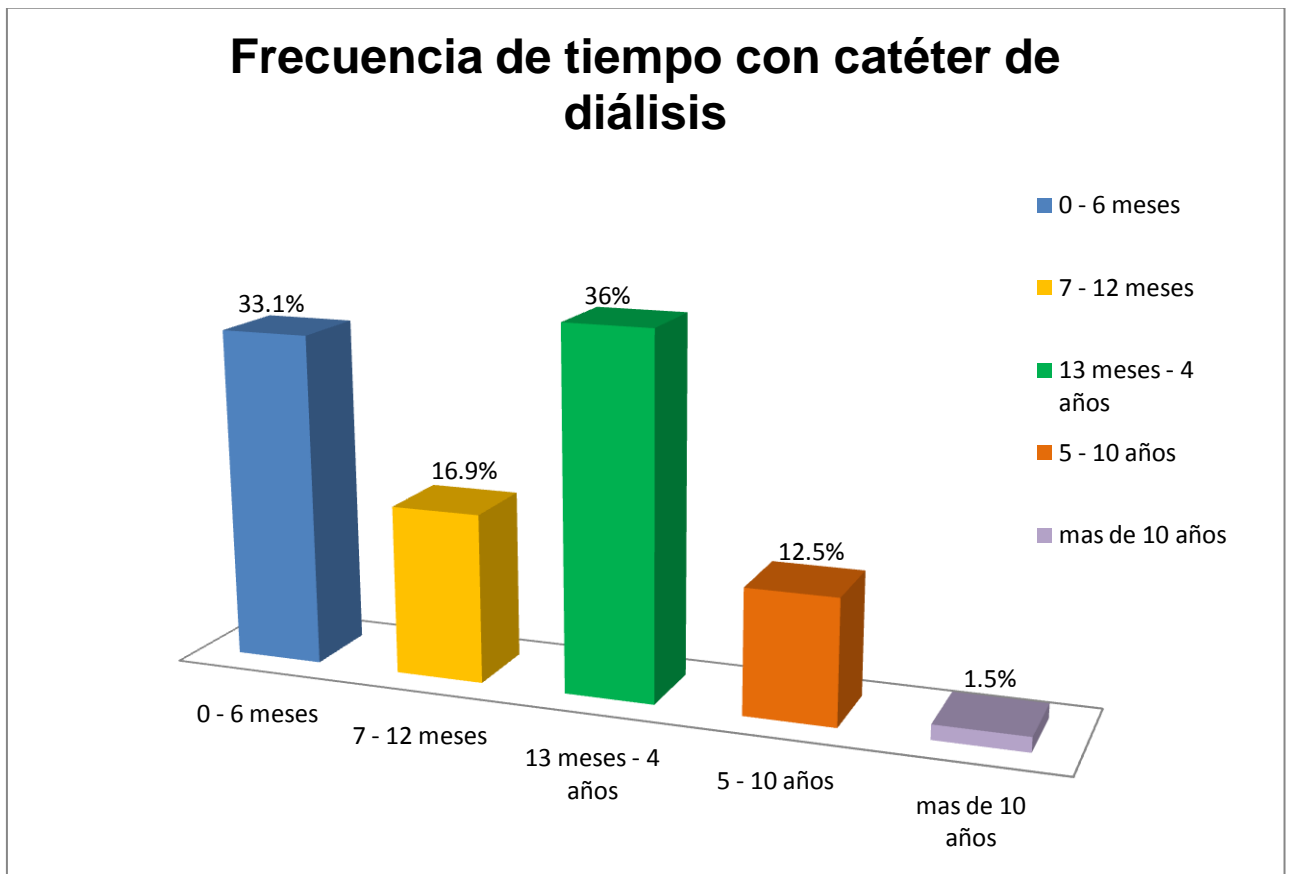


Grafica. 2 Frecuencia de tiempo de diagnostico de IRC

Frecuencia de tiempo con catéter de diálisis

Tiempo con catéter de diálisis peritoneal.	Frecuencia	Porcentaje
0 - 6 meses	45	33.1
7 - 12 meses	23	16.9
13 meses - 4 años	49	36.0
5 - 10 años	17	12.5
Más de 10 años	2	1.5
Total	136	100.0

Cuadro. 3 Frecuencia de tiempo con catéter de diálisis

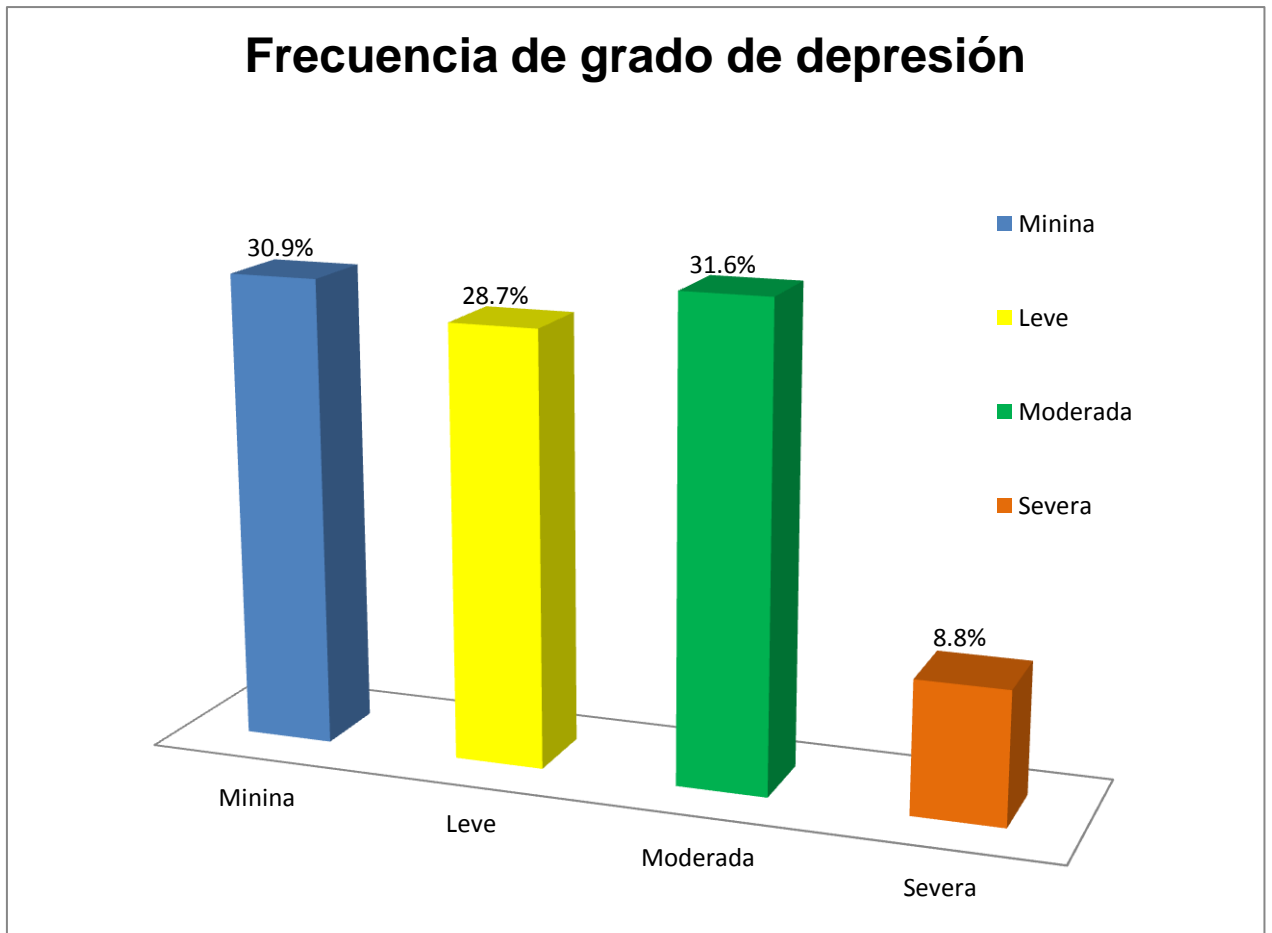


Grafica. 3 Frecuencia de tiempo con catéter de diálisis

Frecuencia de grado de depresión

Grados de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Minina	42	30.9
Leve	39	28.7
Moderada	43	31.6
Severa	12	8.8
Total	136	100.0

Cuadro. 4 Frecuencia de grado de depresión

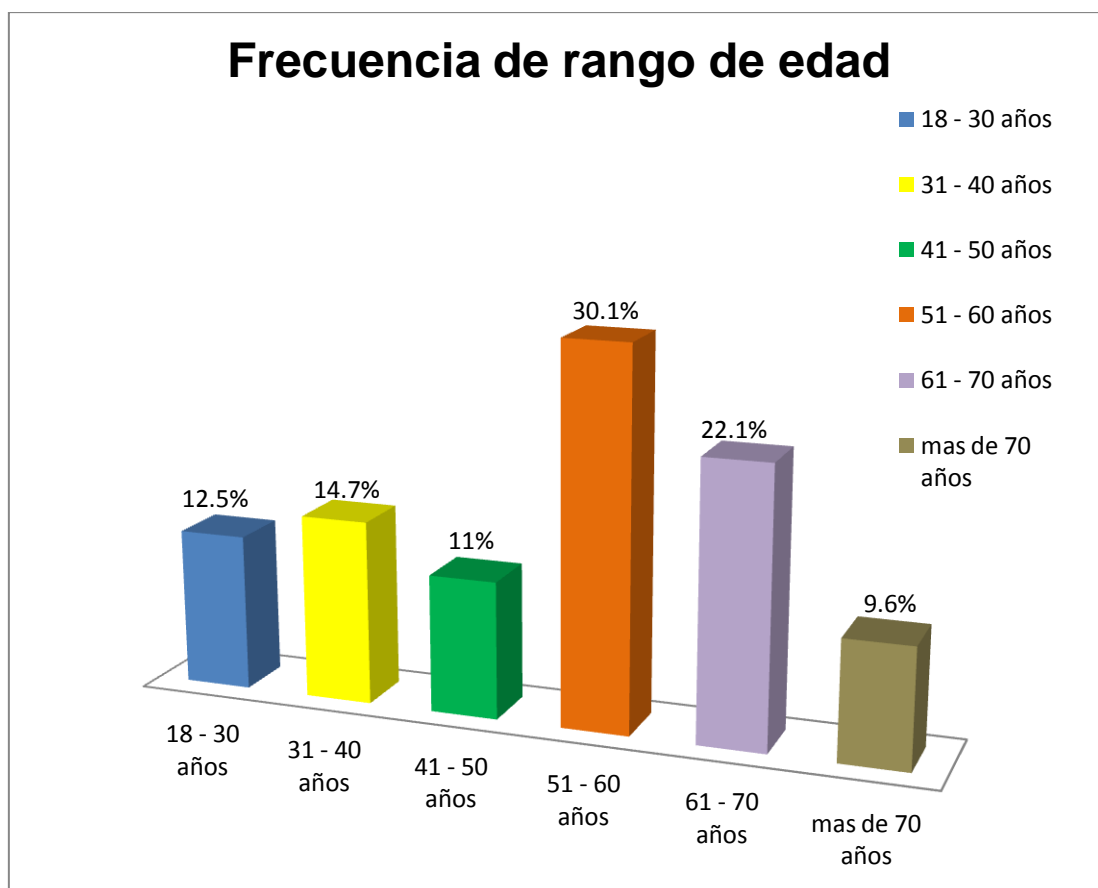


Grafica. 4 Frecuencia de grado de depresión

Frecuencia de rango de edad

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 - 30 años	17	12.5
31 - 40 años	20	14.7
41 - 50 años	15	11.0
51 - 60 años	41	30.1
61 - 70 años	30	22.1
mas de 70 años	13	9.6
Total	136	100.0

Cuadro. 5 Frecuencia de rango de edad

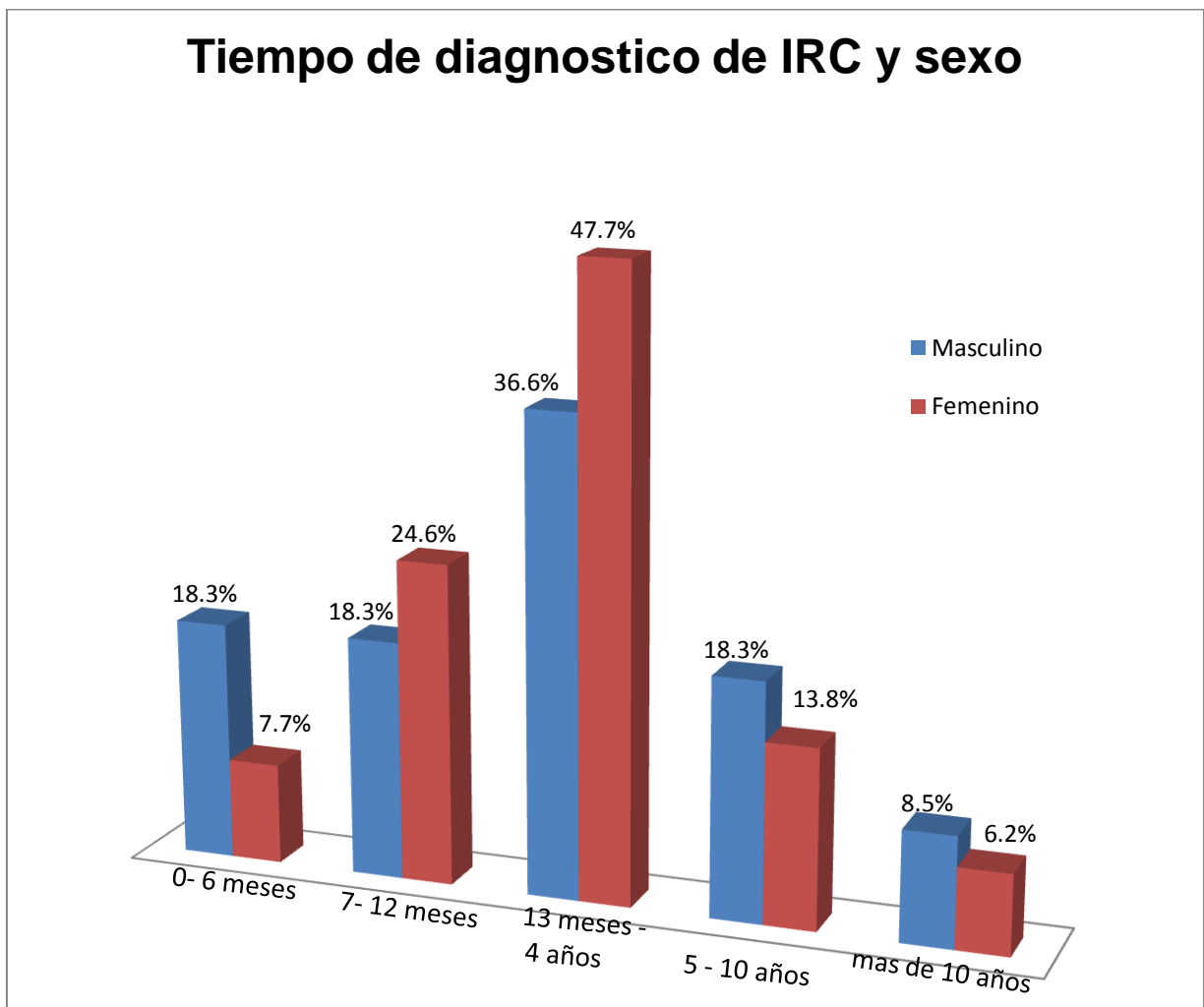


Grafica. 5 Frecuencia de rango de edad

Tiempo de diagnostico de IRC y sexo

Sexo	0 - 6 meses		7 - 12 meses		13 meses - 4 años		5 años - 10 años		Más de 10 años		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Masculino	13	18.3	13	18.3	26	36.6	13	18.3	6	8.5	71	100
Femenino	5	7.7	16	24.6	31	47.7	9	13.8	4	6.2	65	100
Total	18	13.2	29	21.3	57	41.9	22	16.2	10	7.4	136	100

Cuadro. 6 Tiempo de diagnostico de IRC y sexo

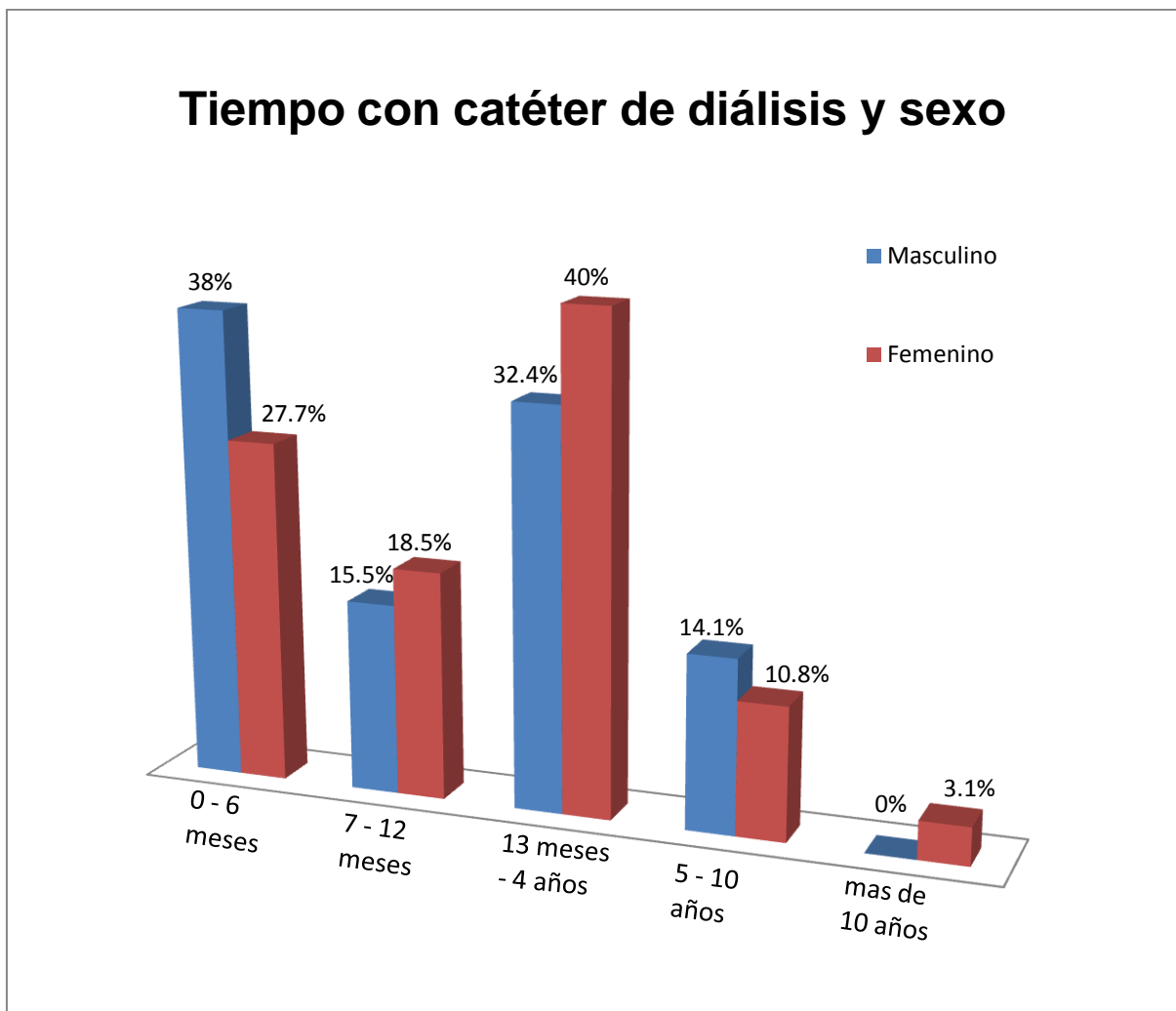


Grafica. 6 Tiempo de diagnostico de IRC y sexo

Tiempo con catéter de diálisis y sexo

Sexo	0 - 6 meses		7 - 12 meses		13 meses - 4 años		5 años - 10 años		Más de 10 años		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Masculino	27	38	11	15.5	23	32.4	10	14.1	0	0	71	100
Femenino	18	27.7	12	18.5	26	40	7	10.8	2	3.1	65	100
Total	45	33.1	23	16.9	49	36	17	12.5	2	1.5	136	100

Cuadro. 7 Tiempo con catéter de diálisis y sexo

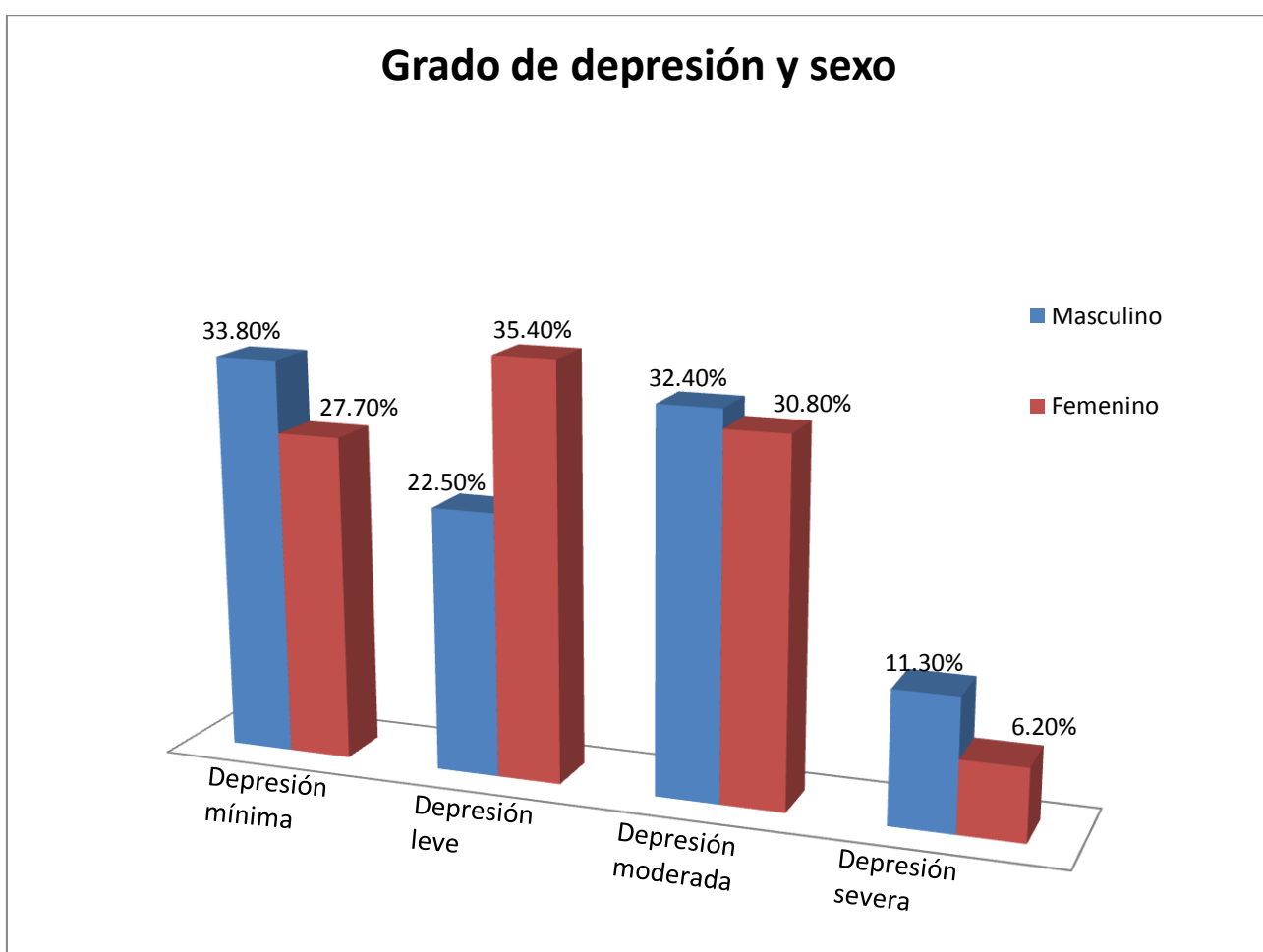


Grafica. 7 Tiempo con catéter de diálisis y sexo

Grado de depresión y sexo

Sexo	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Masculino	24	33.8	16	22.5	23	32.4	8	11.3	71	100
Femenino	18	27.7	23	35.4	20	30.8	4	6.2	65	100
Total	42	30.9	39	28.7	43	31.6	12	8.8	136	100

Cuadro. 8 Grado de depresión y sexo

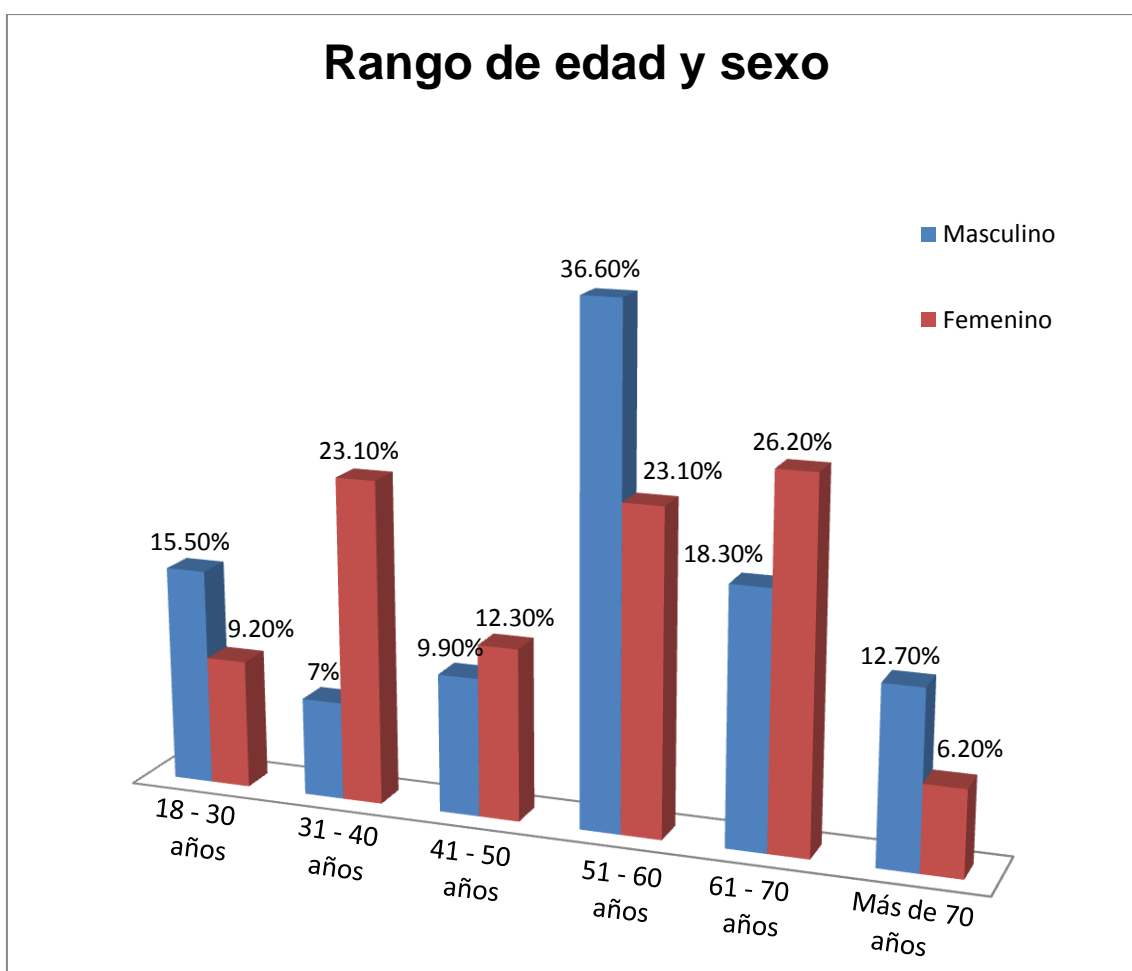


Gráfica. 8 Grado de depresión y sexo

Rango de edad y sexo

Sexo	18 – 30 años		31 – 40 años		41 – 50 años		51 – 60 años		61 – 70 años		Más de 70 años		Total	
	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec	(%)
Masc.	11	15.5	5	7	7	9.9	26	36.6	13	18.3	9	12.7	71	100
Fem.	6	9.2	15	23.1	8	12.3	15	23.1	17	26.2	4	6.2	65	100
Total	17	12.5	20	14.7	15	11	41	30.1	30	22.1	13	9.6	136	100

Cuadro. 9 Rango de edad y sexo

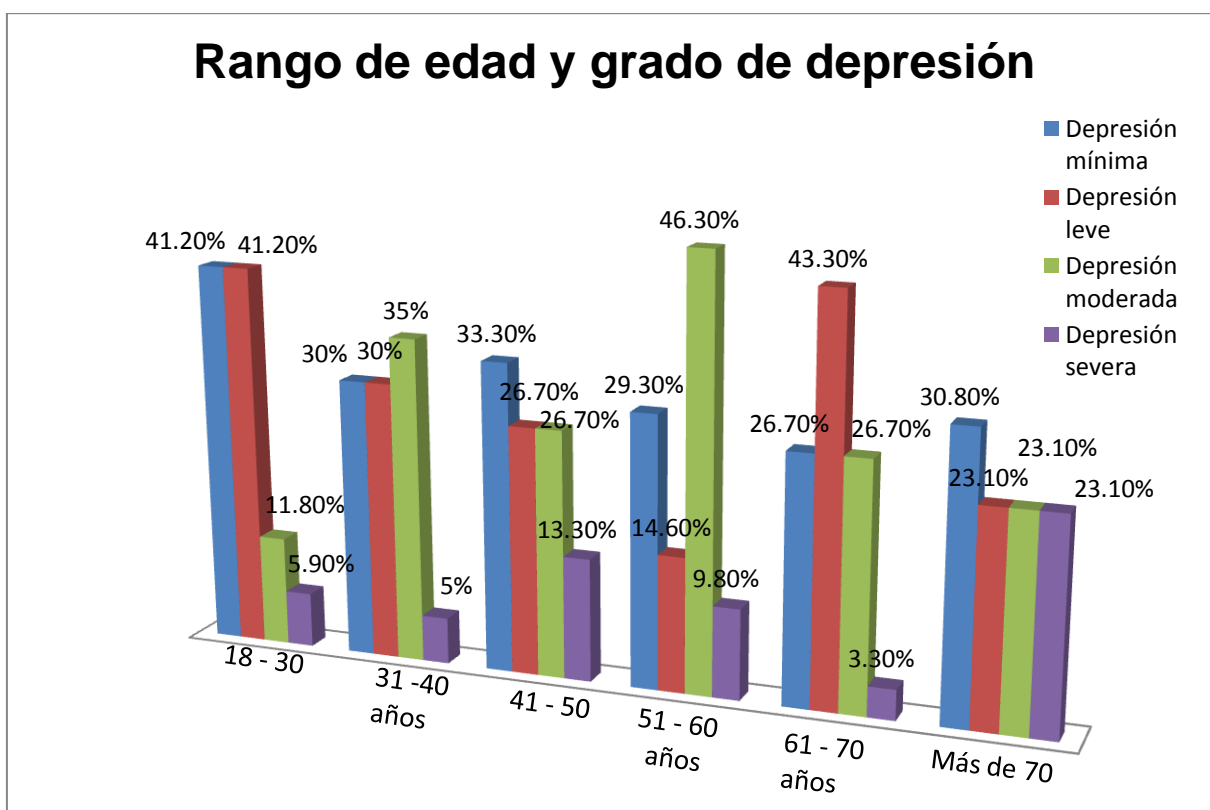


Gráfica. 9 Rango de edad y sexo

Rango de edad y grado de depresión

Rango de edad en años	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
18 - 30	7	41.2	7	41.2	2	11.8	1	5.9	17	100
31 - 40	6	30	6	30	7	35	1	5	20	100
41 - 50	5	33.3	4	26.7	4	26.7	2	13.3	15	100
51 - 60	12	29.3	6	14.6	19	46.3	4	9.8	41	100
61 - 70	8	26.7	13	43.3	8	26.7	1	3.3	30	100
Más de 70	4	30.8	3	23.1	3	23.1	3	23.1	13	100
Total	42	30.2	39	28.7	43	31.6	12	8.8	136	100

Cuadro. 10 Rango de edad y grado de depresión

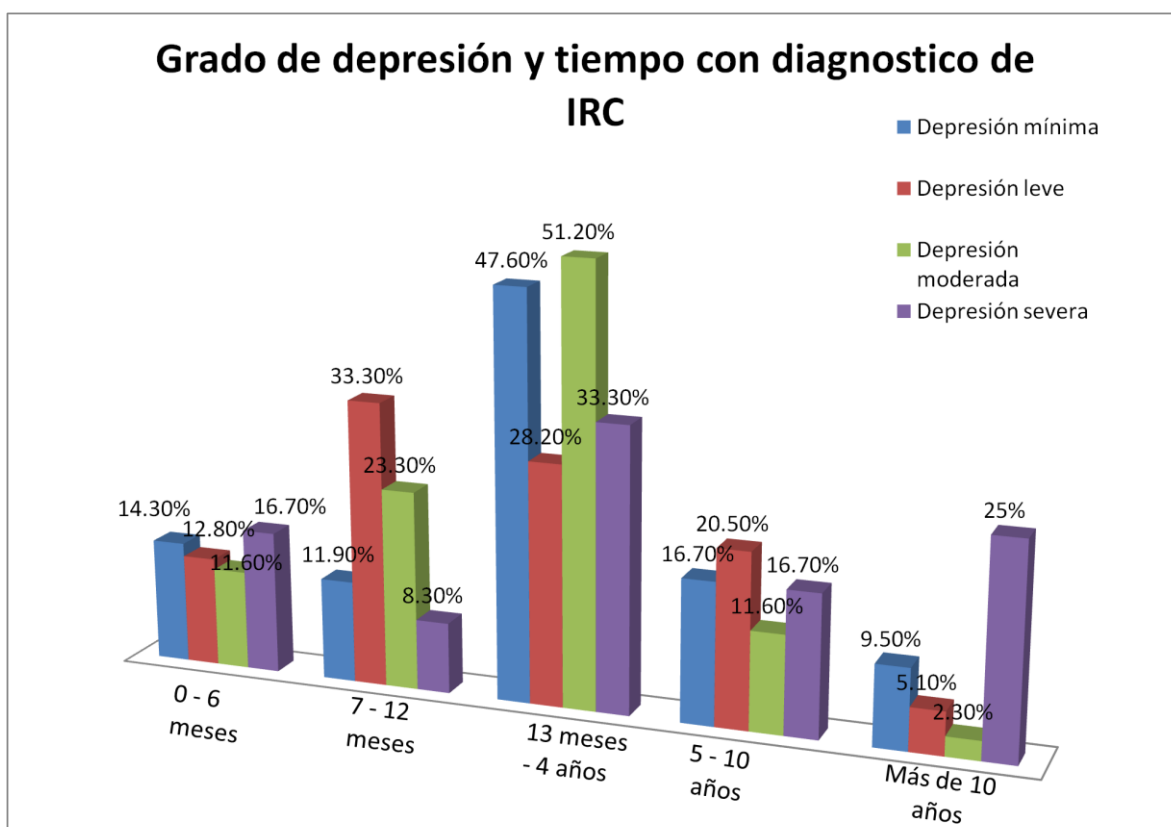


Grafica. 10 Rango de edad y grado de depresión

Grado de depresión y tiempo con diagnóstico de IRC

Tiempo de diagnóstico	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
0 – 6 meses	6	14.3	5	12.8	5	11.6	2	16.7	18	13.2
7 – 12 meses	5	11.9	13	33.3	10	23.3	1	8.3	29	21.3
13 meses – 4 años	20	47.6	11	28.2	22	51.2	4	33.3	57	41.9
5 -10 años	7	16.7	8	20.5	5	11.6	2	16.7	22	16.2
Más de 10 años	4	9.5	2	5.1	1	2.3	3	25	10	7.4
Total	46	100	39	100	43	100	12	100	136	100

Cuadro. 11 Grado de depresión y tiempo con diagnóstico de IRC

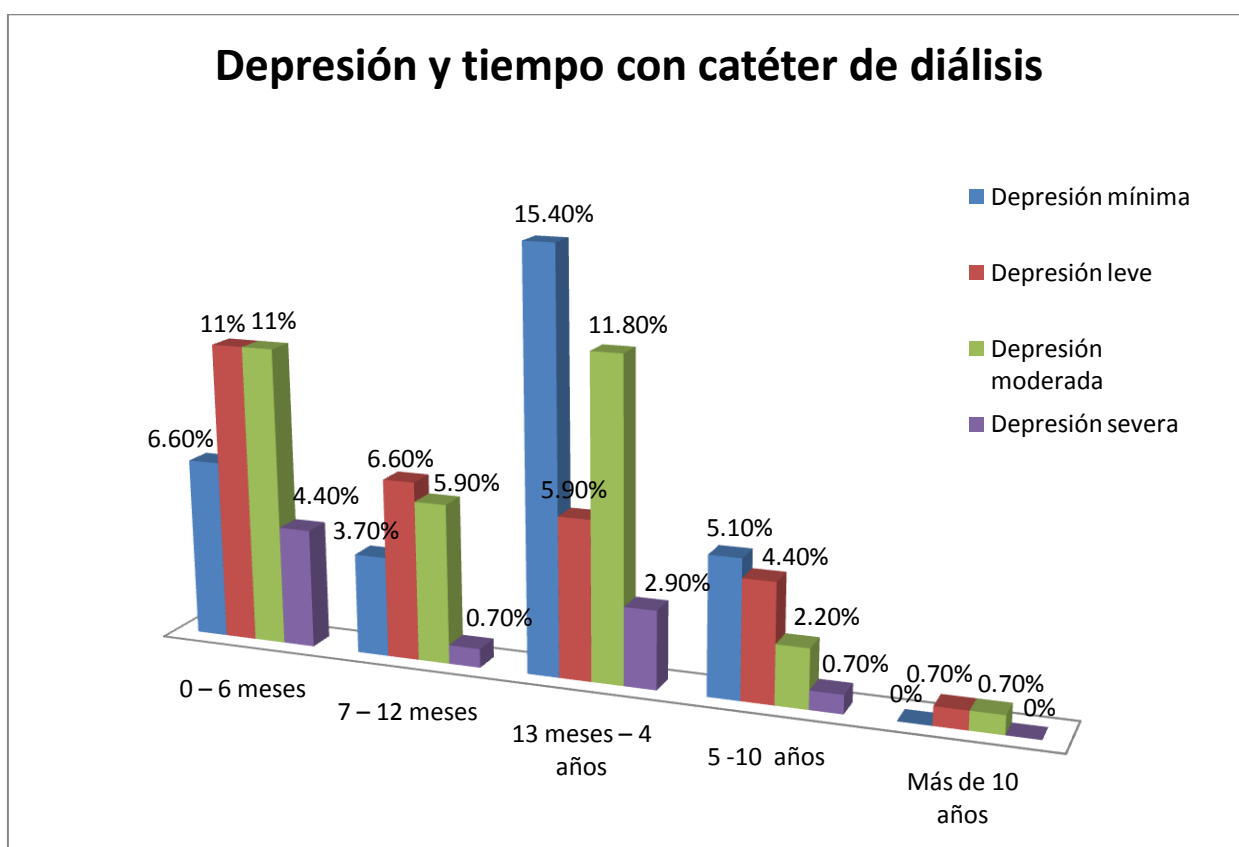


Grafica. 11 Grado de depresión y tiempo con diagnóstico de IRC

Grado de depresión y tiempo con catéter de diálisis

Tiempo con catéter	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
0 – 6 meses	9	6.6	15	11	15	11	6	4.4	45	33.1
7 – 12 meses	5	3.7	9	6.6	8	5.9	1	0.7	23	16.9
13 meses – 4 años	21	15.4	8	5.9	16	11.8	4	2.9	49	36
5 -10 años	7	5.1	6	4.4	3	2.2	1	0.7	17	12.5
Más de 10 años	0	0	1	0.7	1	0.7	0	0	2	1.5
Total	42	30.9	39	28.7	43	31.6	12	8.8	136	100

Cuadro 12. Grado de depresión y tiempo con catéter de diálisis



Grafica. 12 Grado de depresión y tiempo con catéter de diálisis

DISCUSIÓN

Existe reporte de Altindag et al. (2001) en su estudio de depresión y tendencia suicida en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis, que el promedio de edad 54.214 años, en nuestro estudio se encontró un promedio de edad de 52.06 años, los cuales concuerdan con nuestro estudio, debido a que probablemente cuentan con las mismas características sociodemográficas

Akman et al. en el 2004 utilizó el inventario de depresión de Beck en pacientes con hemodiálisis descubriendo una frecuencia de depresión 61.3%, en esta investigación se encontró una frecuencia de 69% de depresión global, existe similitud debido son portadores de enfermedades crónicas, y el uso de tratamiento sustitutivo.

Soleimani et al. en el 2011, en su investigación de diagnóstico y tratamiento de trastorno depresivo mayor ha reportado una frecuencia aproximadamente de dos veces mayor en las mujeres en comparación con los hombres en la población abierta. En esta investigación se identificó un porcentaje de 66% en hombres y 72% en mujeres, a pesar de que se encuestó a un mayor número de hombres el porcentaje casi es similar para ambos sexos, esto se debe a que todos los pacientes tienen una misma entidad clínica, siendo un factor generador de depresión.

En la literatura no está reportado el grupo de edad más afectado, en este trabajo se encontró que el rango de 51 a 60 años es el que más presenta depresión con un porcentaje de depresión leve de 14.6%, moderada de 46.3% y depresión severa 9.8%.

No hay datos en la bibliografía que mencionen la relación entre depresión y el tiempo de colocación del catéter de diálisis, en este estudio encontramos que los pacientes con un rango de tiempo de 0 a 6 meses de colocado el catéter de diálisis fueron los más afectados por la depresión, siendo el 26.4% de la muestra total y de los cuales el 11% de pacientes tuvieron depresión leve, 11% depresión moderada y 4.4% depresión severa.

La fortaleza de este estudio fue poder estadificar en grados la depresión y encontrar el rango de edad que fue el más afectado y además reconocer la asociación que existe entre la colocación del catéter de diálisis peritoneal y la depresión, encontrando una alta frecuencia en ellos. Una vez identificados se pueden tomar medidas necesarias para evitar el mal apego al tratamiento y la consecuencia más grave que es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

Una limitante de este estudio fue el no integrar a los pacientes con hemodiálisis, y así comparar ambas modalidades de tratamiento, esto se debe a que se cuenta con poca asistencia de estos pacientes en la unidad, ya que el servicio de hemodiálisis se encuentra subrogado y los centros de hemodiálisis se encuentran lejanos a este hospital. El trabajar con un grupo cautivo de pacientes como lo es el de insuficiencia renal en diálisis peritoneal genera facilidad para encontrar pacientes dispuestos a colaborar con el estudio.

Mediante este estudio podemos reconocer que en la IRC y principalmente después del inicio de la diálisis peritoneal, los pacientes cursan con un periodo con síntomas depresivos los cuales no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad, pero son precipitados por la colocación del catéter de diálisis peritoneal.

Para la medicina familiar es importante conocer la frecuencia de depresión en los pacientes con IRC, principalmente los que recientemente han ingresado a los programas de diálisis peritoneal, debido a que cursan por una crisis paranormativa que altera la homeostasis de la familia tanto física, psicológica, social y económica. El médico familiar tiene un papel importante en esta entidad clínica, esta radica en la identificación las respuestas adaptativas que la familia experimenta, la orientación y educación en cada una de ellas, además de la creación estrategias útiles que ayuden a superar la tensión generada, interviniendo de una forma holística. En el orden afectivo la familia puede experimentar una serie de sentimientos que van desde el amor, negación, ira, hasta la tristeza o depresión. En el orden estructural, los integrantes de la familia deben negociar y adoptar nuevos roles, hacer flexibles los límites y propiciar una comunicación clara y directa para afrontar el estrés y preocupaciones que prevalecen entorno al enfermo. En el orden económico se observan grandes ajustes por el gasto que implican las consultas extrainstitucionales, medicamentos y hospitalizaciones, confrontándose con una disminución en el ingreso económico y la dificultad para trabajar por parte del enfermo, además de la necesidad de un acondicionamiento de espacios físicos en el hogar, el tipo de alimentación y cuidados personales disciplinados. En el orden social, la familia debe aislarse de las interacciones con otros sistemas familiares para poder atender al miembro enfermo y concentrarse en sus cuidados.

En la consulta de primer nivel se debe generar un ambiente de confianza para poder explorar los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia como lo son: la etapa del ciclo evolutivo, la flexibilidad o rigidez de los roles y su negociación, límites en la familia, nivel cultural y socioeconómico de la familia, comunicación entre cada subsistema y la capacidad del grupo para resolver conflictos. Por ende debemos privilegiar la formación de médicos especialistas en medicina familiar para valorar desde un punto de vista integral al paciente y a su familia para resolver sus demandas de atención, no solo desde el punto de vista biológico, sino en las demás esferas del desarrollo humano.

CONCLUSIONES

Se concluye con este estudio que es muy frecuente la depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal encontrando que el 69% de ellos presentaron algún grado depresivo.

Se aceptó a la hipótesis de trabajo ya que se encontró que la depresión es altamente elevada en los pacientes con insuficiencia renal crónica que tienen catéter de diálisis peritoneal.

Se logró clasificar al grado de depresión, observando que la depresión moderada es la más frecuente con un 31.6%, le sigue la depresión leve con un 28.7%.

Se encontró que es más frecuente la depresión en los pacientes que tienen menos de 6 meses de colocado el catéter de diálisis en 26.4% comparado con los demás rangos de tiempo.

Se descubrió que la frecuencia de depresión va disminuyendo conforme transcurre el tiempo y que es muy baja en los pacientes que tienen más de 10 años en diálisis peritoneal con 1.4% de pacientes con depresión.

Se identificó que el grupo de edad más afectado con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal con depresión está entre los 51 y 60 años, encontrando 14.6% pacientes con depresión leve de, 46.3% con depresión moderada de y 9.8% con depresión severa.

Una propuesta para investigaciones posteriores sería la realización de un estudio comparativo entre la población sana y pacientes con insuficiencia renal en diálisis peritoneal nos ayudaría a medir la frecuencia y prevalencia en ambas condiciones y determinar las diferencias epidemiológicas y demográficas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford P., Lerma E. Treatment options for end stage renal disease. Primary care: clinics in office practice. (Estados Unidos de América) 2008; 35: 407–432.
2. Evans PD, Taal MW. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. En: chronic renal failure. Elsevier, 2011; 402-406.
3. Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
4. Olaiz G., Rivera J., Shamah T., Rojas R., Villalpando S., Hernández M., et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
5. Martínez H., Cueto A., Campos E., Cortés L. Estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana en primer nivel de atención. Medigraphic (revista electrónica) 2011 enero - abril (consultado el 01/10/11). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr2011/rr111h.pdf>
6. López J., Martínez C., Rodríguez A., López F. Common pathophysiological mechanisms of chronic kidney disease: therapeutic perspectives. Pharmacology and therapeutics (España) 2010; 128: 61–81.
7. De Sousa A., Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian journal of nephrology (India) 2008; 18: 47-50.
8. Sánchez S., Ostrosky F., Morales L., Alberú J., Nicolini J., García G. Insuficiencia renal crónica y sus efectos en el funcionamiento cognoscitivo. Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias (México) 2008; 8: 97-113.
9. Soleimani L., Lapidus K., Losifescu D. Diagnosis and treatment of major depressive disorder. Neurologic clinics (Estados Unidos de América) 2011; 29: 177–193.
10. Naismith S., Norrie L., Mowszowski L., Hickie I. The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. Progress in neurobiology (Estados Unidos de América) 2012; 98: 99–143.
11. Pichot P., López J. Valdés M. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona España, 1995.

12. Esquivel C., Prieto J., López J., Ortega R., Martínez J., Velasco V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina interna (México)* 2009; 25: 443-449.
13. Sagduyu A., Senturk V., Sezer S., Emiroglu R., Ozel S. Psychiatric problems, quality of life, and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Turkish journal of psychiatry (Turquía)* 2006; 17:1-10.
14. Jurado S., Villegas M. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental (México)* 1998; 21: 26-31.
15. Ye X., Rastogi A., Nissenson A. Renal replacement therapy in the elderly. *Clinics of geriatric medicine. (Estados Unidos de América)* 2009; 25: 529–542.
16. Watnick S. Quality of life and depression in CKD: improving hope and health. *American journal of kidney diseases. (Estados Unidos de América)* 2009; 54: 399-402.
17. Altindag A., Ozen S., Sari Y., Yilmaz M., Isikoglu B. Depression and suicidal tendency in patients with chronic renal failure treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis. *Journal of medical school. (Turquía)* 2001; 28: 45-53.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8**
Cuestionario de depresión de Beck (inventario de Depresión de Beck)

Instrucciones: Por favor, lea con atención cada apartado y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Edad: _____ Sexo: a) Masculino b) Femenino

Tiempo de diagnóstico de insuficiencia renal: _____

Tiempo de colocación de catéter de Tenckhoff: _____

1)

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)

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 las cosas no mejorarán.

3)

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)

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6)

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Me siento como si fuese a ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7)

0. No estoy decepcionado de mí mismo.
1. Estoy decepcionado de mí mismo.
2. Me da vergüenza de mí mismo.
3. Me detesto.

8)

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

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 solían irritarme.

12)

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)

0. Tomo decisiones más o menos como siempre 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)

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Me temo que ahora parezco más viejo 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)

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.

16)

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)

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)

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)

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.

20).

0. No estoy preocupado por mi salud más de 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 algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

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



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

PROTOKOLO DE INVESTIGACION:
MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL EN EL HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2011

Fecha	Mar 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011	Jul 2011	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012
Título	X											
Antecedentes		X										
Planteamiento del problema		X										
Objetivos		X	X									
Hipótesis				X								
Propósitos					X							
Diseño metodológico						X	X	X				
Análisis estadístico								X	X			
Consideraciones éticas										X		
Recursos										X		
Bibliografía											X	
Aspectos generales												X

2012-2014

Fecha	Mar 2012	Abr 2012	May 2012	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Sep 2012	Oct 2012	Nov 2012	Dic 2012	Ene 2013	Feb 2014
Etapas de ejecución del proyecto	X											
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Almacenamiento de datos									X			
Análisis de datos										X		
Descripción de datos										X		
Discusión de datos											X	
Conclusión del estudio											X	
Integración y revisión final											X	
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo											X	
Publicación												X

Dr. José Luis Córdova Tecpa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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:	Medición de la frecuencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México Distrito Federal de marzo a diciembre de 2012
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ocasiona importante morbilidad y mortalidad, afectando severamente la vida cotidiana de los pacientes alterando severamente las relaciones interpersonales e incluso su vida sexual. Es enorme el impacto psicológico, económico y social que sufren los pacientes sometidos al tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal lo que conduce a que su estado de ánimo se altere severamente. Es importante conocer la frecuencia de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a este tratamiento sustitutivo renal para tomar medidas pertinentes para el tratamiento oportuno, eficaz y multidisciplinario, además se pueden establecer redes de apoyo tanto dentro de la institución como en la familia, para fortalecer las relaciones y lazos interpersonales y dar una mejora en la calidad de vida.
Procedimientos:	Se realizará un entrevista individual a los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es descriptivo por lo que no hay riesgos para el paciente
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tener conocimiento de la frecuencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Como protocolo descriptivo no hay intervención de variable por lo tanto solo se informara en caso de obtener datos relevantes
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibe en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se identificara ni se publicara los datos personales del paciente, ni referentes a su estado de salud

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Dr. Espinoza Anrubio Gilberto

Colaboradores: Dr. Vilchis Chaparro Eduardo.

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

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

Clave: 2810-009-013

