



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31**



**“FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE PRESENTAN ABANDONO EN  
SU TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

**BARCENA MENDEZ WENDY GUADALUPE**

**Asesor:**

**Dra. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**

Médico Familiar de la UMF 31  
Profesor titular de Residentes de UMF 31

Asesor Metodológico:  
Dr. FRANCISCO HERNANDEZ PEREZ  
No. de Registro: R-2013-3701-21

**México D.F., DICIEMBRE de 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **TÍTULO**

**“FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE PRESENTAN ABANDONO EN SU TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

## **ALUMNO**

**BÁRCENA MÉNDEZ WENDY GUADALUPE**

## **ASESOR CLÍNICO.**

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**

## **ASESOR METODOLÓGICO.**

**DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PÉREZ**

**Dr. Juan Gilberto Álvarez de la O**  
**Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 31**

**Dra. Leticia Ramírez Bautista**  
**Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 31**

**Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez**  
**Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar**

**Dra. Leticia Escobar Aguilar**  
**Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar**

## ÍNDICE.

RESUMEN.....	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO CONCEPTUAL.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	24
HIPÓTESIS.....	24
MATERIALES Y METODOS.....	30
ANÁLISIS.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43
ANEXOS.....	47



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.31  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO:**

**“FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA QUE PRESENTAN ABANDONO EN SU TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN”**

**RESUMEN.**

**Introducción.** La depresión es un factor de riesgo para la disminución de la supervivencia en la población en general para los enfermos crónicos y hospitalizados, ya que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica no quedan exentos, por lo que es de importancia ya que el crecimiento anual es superior a 9% en nuestro país.

**Justificación:** De acuerdo al incremento significativo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se considera que un diagnóstico oportuno para la depresión logrará en el paciente continuar su tratamiento médico, lo cual beneficiará la calidad de la atención médica en el primer nivel.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de la depresión en pacientes con **Insuficiencia Renal Crónica** en el Primer Nivel de Atención Médica, que presentan abandono a su tratamiento médico.

**Pregunta** ¿Cuál es la frecuencia de la Depresión en pacientes con **Insuficiencia Renal Crónica**, que presentan abandono al tratamiento en el Primer Nivel de Atención Médica?

**Hipótesis:** El diagnóstico oportuno de la Depresión en pacientes con **Insuficiencia Renal** disminuirá el abandono en sus tratamientos médicos y con ello mejorará la esperanza de vida.

**Material y métodos.**

Estudio transversal, se incluyeron pacientes mayores de 18 años, hasta completar un tamaño de muestra de 171 pacientes, que se encuentren con tratamiento en el primer nivel de Atención con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica a los que se les aplicará el instrumento de medición y la escala de Calderón Narváez para medir la depresión en pacientes crónicos; así como escalas de Morinski Green y Batalla para mal apego a tratamiento, se excluyeron aquellos con deterioro su estado neurológico o preexistencia de trastornos psiquiátricos. Se clasificaron como episodio depresivo así como presencia o ausencia de abandono a tratamiento.

**Análisis estadístico:** Para el estudio y análisis se utilizó Estadística Descriptiva por medio de Medidas de Tendencia Central y Dispersión con aplicaciones de  $\chi^2$

**Resultados:** El sexo masculino predominó para la presentación de depresión, con significancia estadística para abandono a tratamiento.

**Conclusiones:** La presencia de abandono a tratamiento, en aquellos pacientes que presentan depresión no fue significativa estadísticamente; sin embargo no exenta que posteriormente estas variables sean estudiadas, que incluyan el estrato socioeconómico y su relación con estas.

**Consideraciones éticas:** Se apega a las normas éticas y a los acuerdos de Belmont.

**Palabras clave.** *Depresión, Insuficiencia Renal Crónica, abandono a tratamiento.*

## ANTECEDENTES.

De acuerdo a investigaciones recientes y documentos en instituciones de salud en Latinoamérica, los trastornos afectivos se presentan con mayor incidencia y prevalencia en pacientes con patologías cardíacas, pulmonares, digestivas, reumatológicas, por mencionar algunas.

No es la excepción que la **Insuficiencia Renal**, la cual se considera como la manifestación final de múltiples enfermedades. En cuanto a México, la frecuencia de la enfermedad renal producida por la DM, Tipo 2, puede variar según la región y la fase en que son captados los pacientes, por lo que su incidencia y prevalencia han aumentado considerablemente y es una de las principales causas de atención hospitalaria en el sector público de salud, afectando tanto el ámbito económico, social y psicológico de estos pacientes. La relación entre la diabetes y el estado de ánimo es compleja y bidireccional por lo que la prevalencia de trastorno depresivo mayor va de 8.5 a 28%.

En las últimas décadas los avances científicos que se han realizado en Estados Unidos y Europa han modificado la manera de llevar a cabo un tratamiento en pacientes con enfermedad crónica, el crecimiento anual en nuestro país de pacientes con esta enfermedad es superior a 9% y el gasto se ha incrementado 14% por ese solo hecho. Por ello se le considera una enfermedad catastrófica.

Es catalogada como una enfermedad emergente por el número creciente de casos, el rezago en la atención, los elevados costos, la alta mortalidad y los recursos limitados, que requiere una razonada aplicación financiera. En los

países en vías de desarrollo el cálculo es de 150 pacientes por millón de habitantes para las terapias de reemplazo.<sup>21</sup>

Respecto al efecto psicológico, se observa por la responsable de esta investigación que implica un deterioro en la calidad de vida del paciente que la padece, debido a que el tratamiento de reemplazo, tiene como principales metas prolongar la vida, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria.

Dicho tratamiento hace que el paciente con enfermedad renal deba ser atendido por un equipo multidisciplinario que emplee estrategias de preparación y educación para optimizar los resultados mediante cambios en los estilos de vida.

Entonces, los trastornos psiquiátricos que se hallan frecuentemente en esta población son: ansiedad y depresión, en sus distintas modalidades, por ello, se propone realizar un diagnóstico clínico que debe contemplar elementos como antecedentes personales y familiares de depresión y suicidio, pobre autoestima, anhedonia, desesperanza, desesperación, incontinencia afectiva e ideación suicida activa o pasiva.

Desde esta perspectiva, existen varios factores externos que influyen en la presentación del padecimiento con **Insuficiencia Renal**, como que un alto porcentaje de personas pierden su trabajo o se deben incapacitar permanentemente, así como el malestar físico y emocional producto de la baja



energía y las distorsiones de la imagen corporal que surgen de los múltiples cambios anatómicos, pérdida del rol familiar, habilidades físicas cognitivas, funcionamiento sexual y una serie de alteraciones del eje neuroendocrino. Los pacientes deprimidos que no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados y por lo que la interferencia de la enfermedad aumenta en su calidad de vida.

Por lo que la depresión puede tener efectos adversos sobre los resultados, pues eleva las tasas de morbilidad y de mortalidad. Sin embargo, en pacientes que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del trasplante y presentan un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicho tratamiento. La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento maladaptativas, como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad y desesperanza prematura.

## MARCO CONCEPTUAL.

En México, la frecuencia de la enfermedad renal producida por la DM tipo 2 puede variar según la región y la fase en que son captados los pacientes, es un rasgo complejo o enfermedad multifactorial, por lo que el desarrollo de esta complicación depende del efecto aditivo de la variación en los genes y de la interacción con los factores ambientales, de tal forma que se pueden tener mutaciones o polimorfismos en los genes que predisponen para el deterioro renal. <sup>3</sup>

Específicamente la insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema importante de salud pública en México con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año; entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad, y entre las causas principales se encuentra la diabetes.<sup>25</sup>

La depresión es un factor de riesgo para la disminución de la supervivencia en la población en general, los enfermos crónicos y hospitalizados, desafortunadamente se cuenta con pocos estudios acerca de la depresión en pacientes con diálisis peritoneal, por lo que debe de hacer hincapié sobre la realización de estudios que valoren los factores psicológicos y sociales que influyen en pacientes renales crónicos.

Entre la población derechohabiente, la morbilidad hospitalaria por esta enfermedad ocupa el cuarto lugar en hombres y el décimo en mujeres. La mortalidad se ubica en el décimo cuarto sitio y en la población derechohabiente del IMSS, en el décimo. En la insuficiencia renal crónica, la terapia sustitutiva con diálisis peritoneal compromete o limita ciertos aspectos de la calidad de vida del paciente, por lo que ante tratamientos prolongados como la diálisis peritoneal continua ambulatoria, la edad y la comorbilidad constituyen factores determinantes en la percepción que se tiene de la calidad de vida.<sup>4</sup>

Aproximadamente 10 % de los pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética tiene un trastorno psiquiátrico. Las conductas poco cooperativas pueden ser un problema para los pacientes y para el personal médico y de enfermería. Un trastorno psicológico importante como suele ser la depresión puede llevar al paciente al suicidio mediante la suspensión del tratamiento.<sup>13</sup>

La génesis y progresión de las fases iniciales hacia las etapas clínicas tardías de la nefropatía están influidas por la variación genética propia de cada población, la edad, el sexo, los factores metabólicos y los hemodinámicas, tales como la hiperglucemia, los niveles elevados de triglicéridos y colesterol, el índice de masa corporal alto, la hipertensión y el control metabólico.<sup>5</sup>

Como umbral diagnóstico se mantuvieron el Índice de Filtrado Glomerular (IFG)  $<60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y la relación albúmina-creatinina (RAC)  $\geq 30$  mg/g.

Esto fue impulsado por los estudios que examinaron el riesgo de mortalidad general y cardiovascular, la lesión renal aguda, la progresión de la Enfermedad Renal Crónica y la insuficiencia renal en la población general y en las poblaciones con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Esto, en un rasgo complejo o enfermedad multifactorial, por lo que el desarrollo de esta complicación depende del efecto aditivo de la variación en los genes y de la interacción con los factores ambientales, de tal forma que se pueden tener mutaciones o polimorfismos en los genes que predisponen para el deterioro renal.

Los estudios de heredabilidad refieren el porcentaje de la enfermedad determinado por los genes en relación con el ambiente, el cociente de excreción de albúmina/proteínas (PDR) es uno de los marcadores de la progresión del daño renal que está influido por estos factores. <sup>3</sup>

Se reconoce un efecto clínicamente importante como la reducción del Índice de Filtración Glomerular por toxicidad farmacológica, complicaciones endocrinas y metabólicas, riesgo de la enfermedad cardiovascular y muerte. Esto es relevante para todos los pacientes con una reducción de la filtración Glomerular, sin importar el lugar geográfico, la edad, o la causa. Un cociente RAC de 30 mg/g es 3 veces más elevado que el valor normal en hombres y

mujeres jóvenes (valor aproximado, 10 mg/g) y se asocia con un riesgo mayor de complicaciones por Insuficiencia Renal Crónica, que incluyen la infección, el deterioro de la función cognitiva y física.

La insuficiencia renal crónica terminal es el resultado final de muchas enfermedades que afectan la función del riñón. Cuando la IRC es producto de una enfermedad sistémica, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y colagenopatías, el pronóstico empeora sustancialmente en comparación con los casos en que existe una enfermedad localizada en los riñones. La definición se establece con base en una excreción anormal de albúmina o reducción de la función renal, según la filtración glomerular medida o estimada, que persiste durante más de tres meses.

Los pacientes renales suelen presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica que afectan la calidad de vida. La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y las situaciones de tensión son factores muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento mediante diálisis peritoneal ambulatoria, hemodiálisis y trasplante renal.<sup>13</sup>

Distintos grupos postulan la instauración de la diálisis a partir del cuarto o del quinto estadio, según la National Kidney Foundation encontrándose niveles de Filtración glomerular entre 15-29 mL/ min por 1.73 m<sup>2</sup> y menor a 15 mL/ min

por 1.73 m<sup>2</sup> respectivamente. La ecuación tiene menos problemas que la ecuación del estudio MDRD (Modificación de la Dieta en Enfermedad Renal), especialmente cuando el IFG es  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; ofrece una pequeña mejora en la precisión y mayor certeza.

El término diálisis peritoneal incluye las técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, membrana biológica que opera como una membrana dialítica. Existen dos modalidades de DP: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que se lleva a cabo manualmente, y otra que se sigue de manera automatizada, la diálisis peritoneal automática (DPA). La DPCA consiste en la aplicación de bolsas gemelas para el intercambio de líquido de diálisis previamente introducido en la cavidad peritoneal. Este líquido se vacía en una de las bolsas, para posteriormente introducir líquido nuevo proveniente de la segunda bolsa.

Las toxinas y el exceso de agua de la sangre pasan al líquido que se recambia varias veces al día manualmente. Esto mantiene la función renal residual durante más tiempo. Se ha definido como diálisis adecuada a la cantidad y calidad de diálisis necesaria para que el paciente se encuentre bien, sin sintomatología urémica, con la mejor corrección posible de las alteraciones metabólicas y sistémicas relacionadas con la uremia, consiguiendo una larga supervivencia del paciente y de la técnica con la menor morbilidad además de permitir una buena calidad de vida. <sup>25</sup>

Los tratamientos sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica garantizan la supervivencia pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.

La supervivencia global evaluada para los pacientes en diálisis es de un 12,9% a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento. Ello es debido presumiblemente al hecho de que el 50% tiene una media de tres factores de riesgo cardiovascular una gran comorbilidad asociada.

La hemodiálisis es otro método de sustitución renal cuya función es la de reemplazar la actividad fisiológica principal de los riñones en pacientes que sufren de insuficiencia renal, removiendo agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo. Todo esto se lleva a cabo mediante el cual, la sangre del paciente se pone en contacto con una membrana semipermeable a través de un proceso de difusión.

En 1996, el Instituto Mexicano del Seguro Social elaboró el Programa de modificación a los esquemas dialíticos de los pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa avanzada. En el programa se reconoce que la hemodiálisis es la terapia óptima para el paciente que requiere tratamiento sustitutivo de la función renal. También se establece, como meta a cinco años, ingresar a hemodiálisis a 20% de estos enfermos y a mediano plazo a 40%; para lograrlo

se colocarían máquinas de hemodiálisis en los hospitales generales de todo el país.

El trasplante renal de donador de cadáver es el ideal, sin embargo, no está exento de riesgos. El retraso inicial de la función del injerto o función renal retardada (FRR) es una situación frecuente en el posoperatorio del trasplante renal, con una incidencia muy amplia (5 a 93 %) dependiendo de la fuente del injerto, sin embargo, la mayoría de los centros informa entre 20 y 40 %. Se caracteriza por disminución menor a lo esperado en la creatinina plasmática y oliguria prolongada, que frecuentemente requiere soporte dialítico y se relaciona con disminución de la función y pérdida del injerto.

Se sugiere que como prevención en primer nivel de atención deben de realizarse las siguientes acciones para evitar la progresión de la nefropatía diabética así como de la enfermedad renal no diabética, las cuales incluyen: en pacientes adultos diabéticos y no diabéticos con Enfermedad Renal Crónica y una albuminuria <30 mg/24 horas cuya presión arterial sistólica en el consultorio sea constantemente >140 mm Hg o diastólica >90 mm Hg, deben ser tratados con antihipertensivos, para mantener una presión arterial sistólica constante  $\leq 140$  mm Hg y diastólica  $\leq 90$  mm Hg, o bien, en pacientes hipertensos cuya presión arterial sistólica constante en el consultorio es >130 mm Hg o diastólica >80 mm Hg sean tratados con antihipertensivos para mantener la presión arterial constante  $\leq 130$  mm Hg y diastólica  $\leq 80$  mm Hg.



Así como en aquellos pacientes con albuminuria >300 mg/24 horas, se recomienda utilizar un bloqueante de los receptores de angiotensina o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

La insuficiencia renal es una enfermedad que genera un amplio rango de situaciones estresantes, que ocasionan trastornos tanto de tipo físico como psicológico. Es anecdótico que profesionales de la psicología sean miembros activos de los equipos de nefrología, por lo que dichas necesidades pueden no ser atendidas adecuadamente. Nos proponemos describir el proceso de incorporación de este profesional en un servicio de nefrología y presentar resultados preliminares de su actividad.<sup>24</sup>

Los pacientes presentan problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares, que aumentan con el tiempo y están asociados directamente con las diferentes fases de la enfermedad y los procesos terapéuticos, representa un problema de atención médica e infraestructura que demanda múltiples intervenciones de salud y disponibilidad de un equipo multidisciplinario.

Por otro lado los grados de discapacidad y dependencia ante una enfermedad crónica o dolor difieren según las características psicosociales y culturales de la población. La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia, las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre.

La depresión puede ser una respuesta ante una pérdida, y los pacientes con IRCT han sufrido múltiples pérdidas: rol familiar y laboral, función renal, habilidades físicas cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras.

La depresión es una condición mórbida de alta prevalencia cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, que incrementan la morbilidad cuando la acompaña de otros padecimientos médicos, que incluyen todos los grupos de edad, género, condición social, económica, y educativa, generando un alto grado de afectación funcional, así como sufrimiento de las personas que lo padecen y personas cercanas. La característica básica del episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas.

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, consignados en su cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM-IV, un episodio depresivo mayor se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su funcionamiento previo, que dure por lo menos dos semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés, o de la capacidad para experimentar el placer.<sup>1</sup>

La depresión tiene múltiples causas entre las que incluyen factores químicos, genéticos y psicosociales. La influencia genética es más marcada en pacientes con formas de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena, encontrándose en el cromosoma X, se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de serotonina modulaba la influencia de los eventos estresantes en comparación de aquellos con un solo alelo.

Las alteraciones químicas se encuentran alteraciones en los neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina, y dopamina; en el caso de la serotonina ejerce una acción importante en la conducta, la apreciación del dolor actividad sexual, frecuencia cardiaca, y el ciclo sueño vigilia. La carencia de Noradrenalina y de la Serotonina puede ser causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar, por lo que los medicamentos están encaminados a aumentar la mejorar la sinapsis de este neurotransmisor. La serotonina y la noradrenalina tienen una fuerte influencia en los patrones de conducta y de función mental

mientras que la dopamina está involucrada con la función motriz, estas sustancias son indispensables para el funcionamiento adecuado del cerebro.

En la mayoría de los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, sociales, y psicológicos los cuales operan a través del tiempo y de manera progresiva incrementando su capacidad patogénica.

Dentro de los factores psicosociales asociados con la depresión destacan: ser mujer, dedicarse exclusivamente a las tareas del hogar y si se ha adquirido la tarea de cuidar algún enfermo, tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencia de violencia, consumir sustancias adictivas y la migración.

Por lo menos cinco síntomas para realizar su diagnóstico: el estado de ánimo de tristeza la mayor parte del día, o casi todos los días; 2) una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; 3) una pérdida o aumento importante del peso corporal, sin hacer dieta o pérdida o aumento del apetito casi cada día; 4) insomnio o hipersomnia; 5) fatiga o pérdida de energía casi cada día; 6) agitación o enlentecimiento psicomotores; 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, 9) indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida. 1

Existen diferentes intensidades de cuadros depresivos, y por ello se han desarrollado, diferentes escalas para medir los síntomas depresivos, de las cuales las más conocidas en nuestro medio son las elaboradas por el Dr. Narváez y de Hamilton y de Beck. Esta última es una escala autoadministrada que demanda de diez a quince minutos a los pacientes, se mide en sujetos sin una enfermedad crónica, una puntuación del BDI < de 9 sugiere la ausencia de depresión, entre 10 a 18 representa un afecto depresivo de leve a moderado, de 19 a 29 es de moderado a grave e igual a 30 indica índices crónicos de depresión.

Por otro lado, estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento dialítico, en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en la intervención terapéutica.

## JUSTIFICACIÓN.

Dos aspectos importantes para la selección de este tema y su desarrollo; por un lado, es el efecto que produce y cómo surge la depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, ya que esta provoca la mayoría de las veces el abandono y muchas veces negación hacia sus tratamientos e involucramiento para completarlos, ante la falta de interés y la sensación de autodestrucción, esto derivado de un inadecuado proceso de aceptación. Por lo que es prioritario el conocer los factores que intervienen en la presentación de la enfermedad y la utilización de los resultados para generar nuevas políticas de salud.

Esto significa que primero el paciente se encuentra ante un estado de desesperanza al tener conocimiento de que es un paciente renal, el cual en etapas ya sea iniciales o finales de esta complicación, y después modifica sus conductas, generando crisis tanto familiares como alteraciones laborales, pues en general sus actividades se encuentran limitadas.

Por otro lado, considero como relevante al participación del IMSS, al brindar recursos anuales para la atención de cada paciente, en especial en aquellos que requieren diálisis y hemodiálisis en etapas terminales de la enfermedad, debido a que son necesarias sesiones de tratamiento semanales y mensuales y para la cual se requiere en algunos casos convenios con hospitales

particulares para llevar a cabo estas, los cuales no se aprovechan de manera adecuada. Esto ha generado gran impacto a nivel mundial y en el IMSS ha generado un gasto anual significativo.

Finalmente, se considera que la investigación podrá ser factible porque se desarrollará en la delegación Iztapalapa, demarcación con una de las poblaciones con mayor demanda en el Distrito Federal , lo anterior porque presenta una diversidad poblacional muy amplia, por lo mismo con niveles socioculturales heterogéneos, pero que predomina un nivel importante de marginación económica marcado, el cual también se encuentra presente en el desarrollo del estado de ánimo de depresivo, y que afecta en aquellos pacientes que se encuentran con enfermedad renal.

Generando agudización o cronicidad de esta enfermedad provocando inasistencia a sesiones médicas debido al impacto económico familiar y laboral por el cual cursa el paciente, priorizando muchas veces aspectos muy diferentes que aquellos en beneficio de su salud, probablemente producto del trastorno psiquiátrico acompañante.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Insuficiencia Renal Crónica es un padecimiento que se observa cada vez más frecuente en nuestra país, y en nuestra población geriátrica, el deterioro en la función renal provoca que los pacientes experimenten cambios amenazadores relacionados directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, con la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, con los tiempos de espera, las modificaciones de roles del enfermo, las pérdidas de ciertas capacidades funcionales o a nivel laboral, su imagen corporal, así como el afrontamiento de la propia muerte.

En nuestro país la Insuficiencia Renal Crónica como una enfermedad emergente, por el creciente número de casos, el costo, su alta mortalidad y los recursos limitados se requiere una razonada aplicación financiera. En los países en vías de desarrollo el cálculo para su tratamiento sustitutivo es de 150 pacientes por millón de habitantes, colocándola como la segunda enfermedad que provoca un mayor número de años perdidos.

Por lo tanto el desarrollo de enfermedades psiquiátricas en pacientes con enfermedades terminales se observa de manera creciente en específico para este estudio la depresión constituye una situación grave para el incumplimiento del apego a su tratamiento o bien la negación de la enfermedad produciendo aumento en la morbilidad y la mortalidad, ya que en primer nivel de atención, se encuentra poco estudiada esta relación en padecimientos crónico degenerativos, así como también aumento en los costos de la asistencia sanitaria.



Dado lo anterior surge la siguiente pregunta:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

- ❖ ¿Cuál es la frecuencia de la Depresión en pacientes con **Insuficiencia Renal Crónica**, que presentan abandono al tratamiento en el Primer Nivel de Atención Médica?

### **HIPÓTESIS**

- ✚ Si la depresión es diagnosticada oportunamente en pacientes con **Insuficiencia Renal** disminuirá el abandono en sus tratamientos médicos y con ello mejorará la esperanza de vida.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Conocer la frecuencia de la depresión en pacientes con **Insuficiencia Renal Crónica** en el Primer Nivel de Atención Médica, que presentan abandono a su tratamiento médico.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### Variables de Trabajo

#### VARIABLE DEPENDIENTE

##### Depresión.

**Definición Conceptual.** La Depresión es una alteración del estado de ánimo su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, es la alteración psiquiátrica más común en los pacientes renales, influenciando de manera negativa sobre los factores psicosomáticos del paciente definitivos para su recuperación y adecuado apego al tratamiento.

**Definición Operativa.** Clasificación según criterios de DSMIV: Episodio depresivo Mayor Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas: sensación de tristeza la mayor parte del día, anhedonia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hiperinsomnia, agitación o enlentecimiento, fatiga, sentimientos de inutilidad, disminución en la capacidad de la concentración, pensamientos recurrentes de muerte, **durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.**

Las escalas de Calderón Narváez que incluyen la realización de múltiples preguntas acerca de sentimientos de anhedonia, interés sexual, anorexia, labilidad emocional, sentimientos de inferioridad, insomnio, concentración, somatización de síntomas, angustia.

**Escalas:** Cualitativa y Nominal (SI/NO)

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **Abandono al tratamiento con Insuficiencia Renal Crónica.**

**Definición conceptual.** Se entiende como el no cumplimiento por parte del paciente de los horarios sugeridos por el profesional para el manejo de alguna enfermedad, el no comenzar un programa de tratamiento, o bien la terminación prematura de la terapia o la implementación incompleta de las prescripciones.

**Definición operacional.** Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos. Se realizará mediante estas dos escalas que evalúan abandono al tratamiento:

**Mediante el Test de Morinsky - Green** que incluyen el consumo de medicamentos y tratamientos médicos instalados.

4 Afirmativas= Buen apego, 2 o 3 negativas= Mal apego

**Test de Batalla.** Se realiza mediante qué tanto conoce acerca de su enfermedad y las medidas que ha realizado

3 afirmativas =Con apego, 1 o más negativas= mal apego

**Escalas de medición.** Cualitativa (PRESENTE/ AUSENTE)

## **COVARIABLES.**

**Edad:** Corresponde a la cantidad en años que ha vivido el paciente desde el nacimiento hasta el año de aplicación de cuestionario.

### **Escala cuantitativa discreta.**

**Sexo:** Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente.

**Su escala es cualitativa nominal y corresponde únicamente a femenino o masculino.**

**Ocupación:** corresponde al empleo u oficio que desempeñe el paciente, incluye: Hogar, empleado, comerciante, campesino/obrero, profesionista y otros.

### **Su escala es cualitativa y nominal**

**Escolaridad:** Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una institución de enseñanza.

**Su escala es cualitativa ordinal** e incluye las siguientes opciones: Analfabeta, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta.

Secundaria Completa. Preparatoria Incompleta, Preparatoria Completa, Licenciatura Incompleta, Licenciatura Completa.

**Estado civil:** Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

**Su escala de medición es cualitativa nominal.** Incluye las siguientes opciones: Soltero, Casado, Unión libre, Viudo, Divorciado, Madre soltera.

## **Diseño de Investigación.**

Se realiza un estudio transversal, descriptivo.

## **Material y Métodos.**

Se aplicó a mayores de edad, que se encuentren en tratamiento en el Primer Nivel de Atención Médica, en el servicio de Medicina Familiar IMSS, que incluyen el Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Calderón Narváez (con una confiabilidad general de los 17 reactivos del cuestionario se obtuvo un coeficiente de Cronbach de 0.86 que indica una alta consistencia interna, es decir, que los reactivos son congruentes y precisos en la medición del síndrome depresivo)<sup>21</sup>, en pacientes con **Insuficiencia Renal Crónica** que se encuentren entre el IV y V estadio de Insuficiencia Renal según la fórmula de Cockcroft y Gault utilizada para depuración de creatinina, que requieran tratamiento médico. Así como aplicación de instrumento para apego terapéutico de Mediante el Test de Morinsky - Green (con una validez concurrente de la escala con 4 medidas que se evalúan mediante el coeficiente de correlación de Pearson)<sup>22</sup> y de Batalla (con una sensibilidad 75.2, y especificidad de 61.2)<sup>23</sup>.

## Muestreo.

Se trata de un muestreo por conveniencia determinado por el número de pacientes que se encontraron en la población adulta aplicándose en un periodo de Septiembre y Diciembre en el Primer Nivel de Atención.

## Tamaño de la Muestra

Se utiliza la siguiente fórmula para estudios descriptivos para proporciones y cálculo de tamaño de muestra <sup>11</sup>:

**En donde:**

**N**= Tamaño de muestra que se requiere

**p**= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (aproximadamente 20%)

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

$\delta$  = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar (+/-6%=0.06).

**Z** = Distancia de la media del valor de significación propuesto (intervalo de confianza 95%).

**Despejando:**

$$\begin{aligned} N &= \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2} \\ &= \frac{(1.96)^2(0.2)(0.8)}{(0.06)^2} \\ &= \frac{3.8416(0.16)}{0.0036} \\ &= \frac{0.6146}{0.0036} \\ &= 171 \text{ pacientes} \end{aligned}$$



## **PROCEDIMIENTO.**

### **Criterios de inclusión.**

Se aplicó un cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo a todos aquellos pacientes que se encuentren en estadio IV-V según la fórmula de Crockoft Gault, que pertenezcan al Primer Nivel de Atención.

Pacientes que hayan expresado su consentimiento de integración al estudio mediante su firma en la carta de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión.**

Quedan excluidos todos aquellos pacientes que se encuentren con déficit neurológico.

Pacientes que cuenten con trastornos psiquiátricos previos a la presentación de enfermedad terminal con tratamiento sustitutivo.

**Criterios de eliminación.** Todos que no deseen seguir participando en el estudio, presenten EVC, o bien que hayan cambiado de domicilio.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente trabajo comprende los principios de Belmont y la declaración de Helsinki, para la investigación en seres humanos, que incluye los principios éticos por el **respeto a las personas** y su **autonomía** en cuanto al valor a las opiniones y elecciones de personas autónomamente para decidir la participación en este estudio; **beneficiencia** para reconocer los beneficios y riesgos a largo plazo que puedan resultar del desarrollo del conocimiento por esta enfermedad crónica y los efectos psicológicos que producen sobre los pacientes y por último **justicia** que se aplica a todos los pacientes que se presenta en la selección de muestra.

Se proporcionó un consentimiento informado que permita la autorización del estudio.

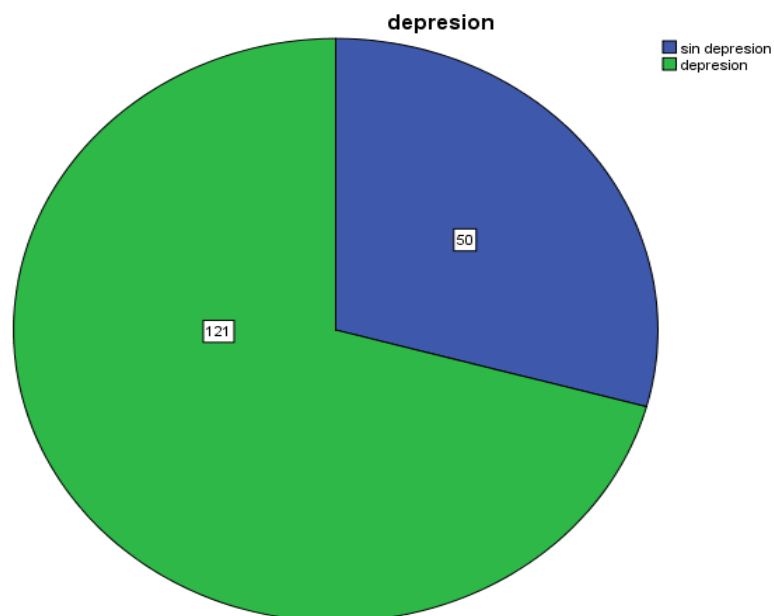
La información que se obtuvo fue manejada con total confidencialidad y únicamente con fines de investigación.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

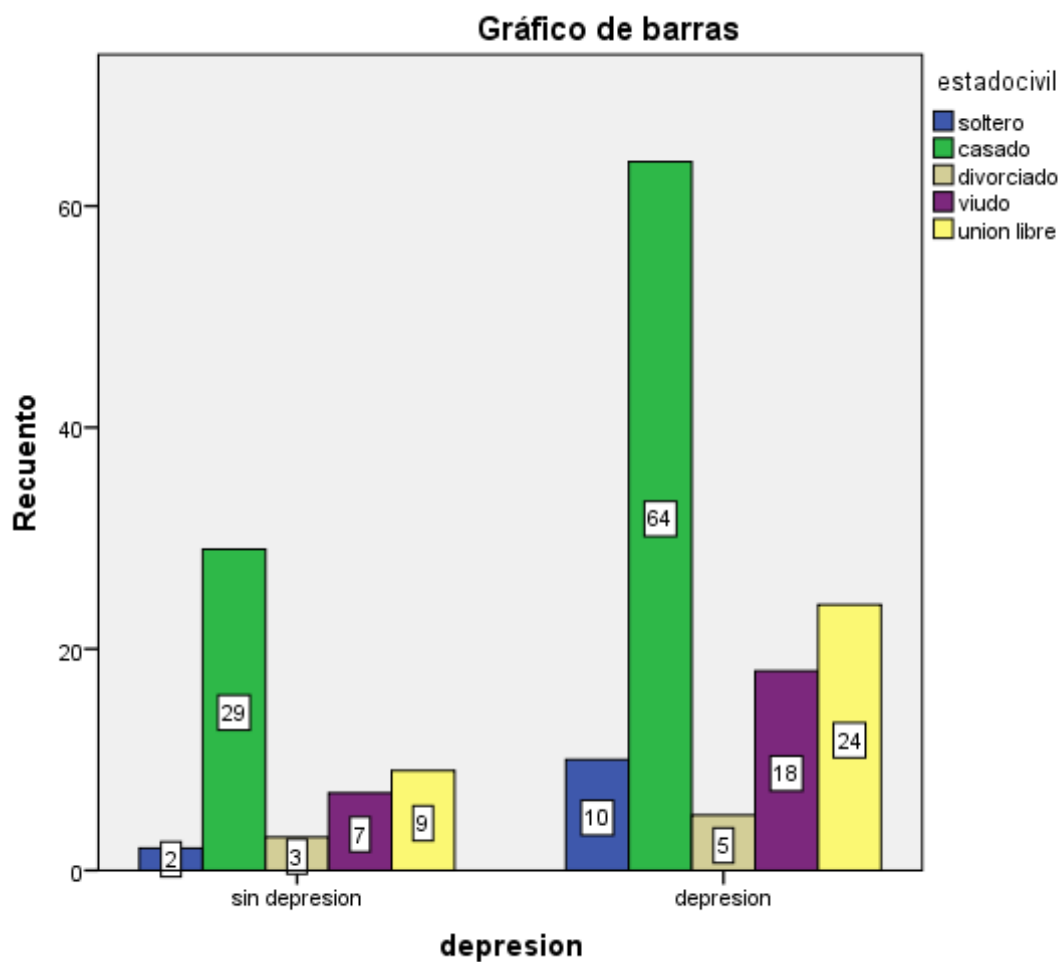
Para el estudio y análisis se utilizó Estadística Descriptiva por medio de Medidas de Tendencia Central y Dispersión con aplicaciones de  $\chi^2$ . Los resultados obtenidos se capturaron en hojas de recolección de datos en el programa estadístico SPSS15.

## RESULTADOS.

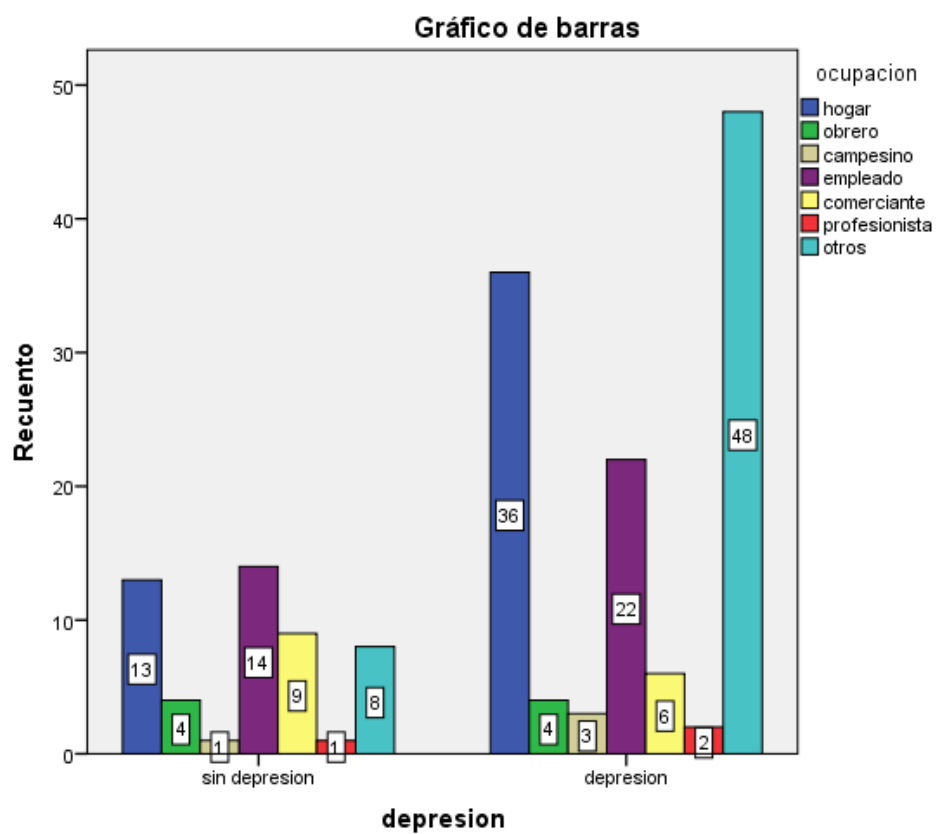
Se obtuvo la frecuencia en esta unidad para el padecimiento para búsqueda de depresión en 171 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con resultados de 121 pacientes correspondiente a 70.8 por ciento con depresión, se obtuvo una frecuencia de 50 pacientes sin depresión correspondientes a 29.2 por ciento.



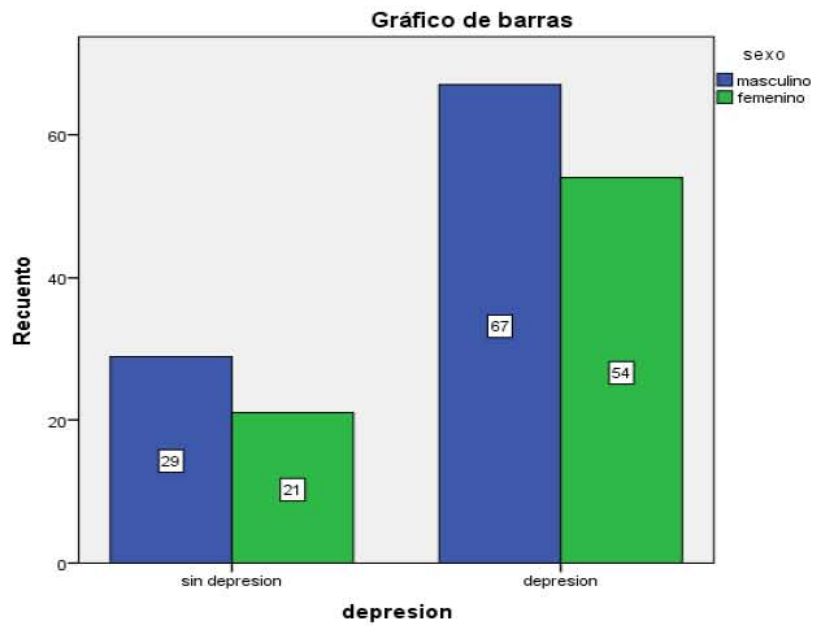
En cuanto a los pacientes que presentaron depresión los casados se encontraron en mayoría con un total de 64, sin embargo sin relación con el abandono al tratamiento de manera significativa, obteniéndose una  $\chi^2$  cuadrada de 0.83, la cual se encuentra  $p= 0.08$ , sin significancia estadística.



Por otro lado se encontró que las principales ocupaciones en la cual presentan depresión fue el hogar y los pacientes jubilados, sin embargo la relación con el abandono a tratamiento no fue significativa.



En cuanto al sexo se encontró que el predominante es el hombre con un porcentaje de 68%, para la presentación de la depresión y abandono a tratamiento con significancia estadística, presentando un resultado por  $\chi^2$  cuadrada de 0.050, en comparación con las mujeres.



Se obtuvo como resultado en prueba de Xi cuadrada para nuestras variables dependiente e independiente, no significativa estadísticamente con  $p= 0.0620$ .

	Valor	GI	Xi cuadrada
Chi-cuadrado de Pearson	.244 <sup>a</sup>	1	.622

Se presenta a continuación un cuadro con tablas cruzadas en la cual se observa, que de 171 pacientes, 85 presentaron depresión y abandono a tratamiento y de los mismos pacientes con depresión 36 no lo presentaron, el cual fue el doble de pacientes presentados sin depresión para abandono a tratamiento.

	abandono	sin abandono	Total
Depresión	85	36	121
Sin depresion	37	13	50
Totales	122	49	171

## DISCUSIÓN.

Se ha observado que la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas alcanza hasta en un 24.8% en Estados Unidos y en Europa 18.5%<sup>2</sup> presentándose de manera significativa, sin embargo la relación con el abandono a tratamiento no fue significativo estadísticamente para este estudio según lo mostrado en otros realizados en países de primer mundo.

En comparación con lo estudiado por Sandoval-Jurado y colaboradores <sup>6</sup>, en donde se encuentra un porcentaje acerca de los pacientes que presentan insuficiencia renal crónica y la principal relación entre la depresión es la observada por el estado civil; encontrándose que fue similar al estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar de Cancún Quintana Roo, donde predomina el estado civil al estar casado, con significancia estadística. Por otro lado la escolaridad, que predominó fue la primaria con significancia estadística, en comparación con este estudio en el cual no se vio reflejada esta relación.

En este estudio tomamos en cuenta los aspectos sociales y laborales que podrían influir en la presentación del abandono a tratamiento, así como la relación de la depresión, sin embargo no se encontró en nuestros resultados significancia estadística; comparando con lo reportado con Antonio López y colaboradores <sup>12</sup> en donde reportan que la depresión es mayor en mujeres, y son menos propensos los hombres presentando una prevalencia de hasta un



28.6%; sin embargo lo observado en nuestro estudio encontró que el sexo masculino predominó para la presentación de depresión, y tuvo un resultado de Xi cuadrada de 0.050, siendo esta covariable la que obtuvo mayor significancia estadística para abandono a tratamiento.

Encontramos en nuestros resultados la presencia de la depresión y el abandono en tratamiento con la prueba de Xi cuadrada, sin significancia estadística obteniéndose una  $p= 0.062$ , esto conforme al grado de libertad presentado, así como por tablas cruzadas, no encontrándose relación entre las variables estudiadas.

## **CONCLUSIONES.**

Es importante conocer las características clínicas de nuestros pacientes para determinar en qué momento se encuentra indicado la aplicación de tratamiento sustitutivo de la función renal, así como el consumo de medicamento farmacológico que debe acompañarse para realizar un adecuado apego terapéutico, y evitar la presentación de complicaciones mortales que puedan llegar a presentarse. Se necesita del apoyo familiar, económico, y el aspecto laboral, ya que estos últimos pueden llegar a contribuir en el abandono a tratamiento médico proporcionado por un lado para la realización de terapia sustitutiva renal o bien el mismo consumo de medicamentos de manera adecuada.

Encontramos que se duplica la presencia de abandono a tratamiento, en aquellos pacientes que presentan depresión en comparación con aquellos que no la presentaron dentro de este estudio; por otro lado se observó que la relación entre la depresión y el abandono no fue significativa estadísticamente, sin embargo no exenta que posteriormente estas variables sean estudiadas en estudios futuros, que incluyan el estrato socioeconómico y su relación con estas.

Se observa que gracias a las múltiples intervenciones en segundo nivel y primer nivel la mayoría de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo de la función renal cuentan con apoyo del servicio de psicología realizando sesiones a familiares y a pacientes permitiendo se explique la importancia del duelo como enfermedad y la manera de afrontarlo, mas sin embargo a pesar de estas intervenciones realizadas continuamos observando el fenómeno de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Nuestra labor como médicos familiares es realizar una intervención inicial en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, y las detecciones pertinentes de enfermedades psiquiátricas, ya que la mayoría de las veces nos limitamos a la proporción de tratamiento biológico, y no tomamos en cuenta la relación con el abandono a tratamiento que pueda llegar a presentarse siendo inicialmente la aceptación de la enfermedad, sin tomar en cuenta el involucramiento familiar, y el compromiso que debe existir para la vigilancia de los fármacos para llevar un adecuado apego a el tratamiento.

Debemos tomar en cuenta que la búsqueda de los diferentes factores sociales que intervienen en la presentación de la depresión sin embargo en este estudio encontramos que únicamente existe una relación directa con la presentación de la depresión, y abandono a tratamiento es el sexo el cual fue mayor en hombres en comparación con las mujeres, obteniéndose una relación estadística significativa, lo cual puede dar pauta a investigaciones posteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón A. ***La depresión en el paciente renal.*** Revista Colombiana de Psiquiatría, 2004; 38 (3).
2. Alfaro O., Morales T. ***Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales.*** Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social 2008; 46 (5): 485-494.
3. Piñón E., Bueno C. ***Nefropatía por diabetes mellitus tipo 2: un rasgo multifactorial con umbral y su mapa mórbido cromosómico.*** Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social 2010; 48 (5): 521-530.
4. Piñón E., Bueno C., Esparza C., Gómez G., Rodríguez A., Álvarez A. ***Impacto de la función renal retardada en la sobrevida del injerto renal de donador de cadáver.*** Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2009; 47 (1): 33-38.
5. Castro A., Tovar E., Mendoza C. ***Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2.*** Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social 2009; 47 (4): 377-382.
6. Sandoval J., Ceballos M., Navarrete N., González H., Hernández C. ***Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.*** Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45 (2): 105-109.
7. Conteras E., Espinosa, Gutiérrez, F. ***Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Hemodiálisis.*** Universidad de Psicología. (Colombia) 2006; 5 (3): 487-499.

8. Vargas J., Sánchez A. **PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y RENALES CRÓNICOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO.** Centro Regional de Investigación en Psicología, 2007; 5(1): 27-33.
9. Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. **Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.** Universitas Psychologica, 2009; 8 (1):117-124.
10. Lourdes Münch, Ernesto Angeles. **Métodos y técnicas de Investigación.** Ed, Trillas México 1998 segunda reimpresión. pp 37-61.
11. Víctor M. Velasco, Verónica A. Martínez, José Rois. **Muestreo y tamaño de muestra. Una guía práctica para el personal de salud que realiza investigación.** E- libro net. Primera edición 2002, Torreón Coahuila México. pp 39-40.
12. Frederic O., Finkelstein S. **Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment.** Nephrol Dial Transplant 2000, 15: 1911-1913.
13. Ríos Castillo J., Barrios P., Ávila T. **Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía.** Revista Médica del IMSS 2004; 42 (5): 379-385.
14. Lopes A., Bragg J., Young E., Goodking D., Mapes D., Combe C. **Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe.** Kidney International, 2002,62 :199–207.
15. Weisbord S., Fried L., Arnold M., Fine D., Levenson D., Peterson R., Switzer C. **Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients.** Journal American Society Nephrology. 2005; 16: 2487–2494.
16. Kumar A., Gupta R., Thomas A., Ajilore O. **Focal Subcortical Biophysical Abnormalities in Patients Diagnosed With Type 2**

**Diabetes and Depression.** Archives General in Psychiatry. 2009; 66(3):324-33.

17. Dora K., Leung C. **PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN RENAL PATIENTS.** Peritoneal Dialysis International 2003; 23(S2):90–S94.
18. Einwohner R., Bernardini J., Fried L., Piraino B. **THE EFFECT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS ON SURVIVAL IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.** Peritoneal Dialysis International. 2004; 24: 256–263.
19. Szeto C., Chow B., Kwan H., Law C., Chung K., Leu C. et al. **THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT ON THE SURVIVAL OF CHINESE PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.** Peritoneal Dialysis International, 2008; 28:252–258.
20. Tonelli M., Wiebe N., Culleton B., House A., Rabbat C., Fok M., et al. **Chronic Kidney Disease and Mortality Risk: A Systematic Review.** Journal American Society Nephrology. 2006; 17: 2034–2047.
21. Guillermo Calderón Narvaez. **UN CUESTIONARIO PARA SIMPLIFICAR EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO.** Revista de Neuropsiquiatria del Perú. 1997; 40 (2).
22. Morisky D., Green L., Levine D. Concurrent and predictive validity of a self predictive self--reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24:67-74.
23. Batalla C, Blanquer A., Ciurana R, García B., Cases E, Perez A., et al. **Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos.** Atención Primaria 1984; 1.
24. García H., Barbero J., Olea T. **Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso.** Nefrología. 2010;30 (3):297-303.

25. Rivera A., Montero M., Sandoval R. **Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.** Salud Mental 2012;35: 329-337.
  
26. Esquivel Molina, Prieto Fierro J., López J., Ortega R., Martínez J., Velasco V. **Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis.** Med. Int. Mex. 2009;25(6):443-449.
  
27. Makara M., Książek P., Koślak A., et.al, **Prevalence of depressive disorders in patients with end-stage renal failure.** Psychiatria Polska 2011; 45 (2) :187–195.
  
28. Andrade P., Cruz M, Urrutia M., et al. **Evaluation of depressive symptoms in patients with chronic renal failure.** J.NEPHROL 2010; 23 (02): 168-174.
  
29. Tezel A; Karabulutlu E; Sahin O., **Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis.** J. Res. Med. Sci. 2011 May; 16(5): 666–673.
  
30. Theofilou P., **Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics.** Int. J. Nephrol. 2011; 2011: 514070.
  
31. De Sousa A, **.Psychiatric issues in renal failure and dialysis.** Indian J. Nephrol. 2008 April; 18(2): 47–50.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de la depresión en pacientes con <b>Insuficiencia Renal Crónica</b> que presentan abandono en su tratamiento en nivel de atención
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México Distrito Federal a de
Número de registro:	R-2013-3701-21
Justificación y objetivo del estudio:	De acuerdo al incremento significativo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se considera que un diagnóstico oportuno de la depresión logrará en el paciente continuar su tratamiento médico por lo que se intenta conocer la frecuencia de la depresión en pacientes con <b>Insuficiencia Renal Crónica</b> en el Primer Nivel de Atención Médica, que presentan abandono a su tratamiento médico.
Procedimientos:	Se realizarán encuestas previa autorización del paciente 41 preguntas que incluyen el cuestionario del Doctor Calderón Narváez, el cual se aplica en pacientes con enfermedades crónicas para conocer la existencia de la depresión; así como preguntas relacionadas con el cuestionario de Morinsky Green y el test de Batalla que permite conocer si existe abandono a tratamiento.
Posibles riesgos y molestias:	Negarse a contestar preguntas del ámbito sexual o bien de tipo económico o producir incomodidad en las respuestas de los pacientes.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Permitirá realizar el desarrollo de una investigación que contribuirá de manera directa para conocer la importancia de la frecuencia de la depresión en Insuficiencia Renal Crónica y el abandono de tratamiento para su estudio en el primer nivel de atención y extrapolación de datos en futuras investigaciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Realizar el diagnóstico de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal crónica resultados que se proporcionarán directamente a los pacientes y quienes presentan abandono a tratamiento, permitiendo comentar la importancia de un adecuado apego así como los factores asociados.
Participación o retiro:	Comprometido a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso que se le ofrezca, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento. Entiendo y conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Notifico que el investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que resulten de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También estoy comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Formar parte de una investigación, contar con información de depresión y el apego a tratamiento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Residente de Medicina Familiar Wendy Guadalupe Bárcena Méndez 56-96-02-33, ext. 21481, UMF 31 Localizador 5548421411 correo: <a href="mailto:wbarcena@imss.gub.mx">wbarcena@imss.gub.mx</a>
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comisionetica@imss.gub.mx">comisionetica@imss.gub.mx</a>	

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



## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

Se solicitó permiso por parte de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar para la aplicación de encuesta previa autorización de consentimiento informado, el cual consta de 41 preguntas que incluye el cuestionario del Dr. Calderón Narváez, para determinar el grado de depresión que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que incluye respuestas afirmativas y negativas; así como cuestiones entremezcladas que incluyen el Test de Morinsky - Green el cual tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento consta de 4 preguntas con respuesta afirmativa y negativa y el Test de Batalla que consta de 3 preguntas y expresa mal cumplimiento a su tratamiento médico si no responden afirmativamente a las 3.

### **Recursos Humanos.**

Nombre: Bárcena Méndez Wendy Guadalupe

Actividad: Realización de encuestas

Número de horas por semana: Se llevará a cabo la utilización de 4-6 horas por semana.

**Recursos materiales.** Se utilizaron recursos materiales (lapiceros, lápiz, impresiones, equipo de cómputo), escalas de Claderón Narvaez para depresión en pacientes crónicos, escalas de Morinsky-Green y Batalla por mal apego terapéutico, con 170 hojas reciclables para formato de recolección de Datos Generales, con realización de fotocopias, por autofinanciamiento por parte de la Investigadora.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
“Frecuencia de la Depresión en pacientes con  
Insuficiencia Renal Crónica, que presentan abandono  
de tratamiento en el Primer Nivel de Atención Médica”**

**INSTRUMENTO.**

**Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:**

1. Paciente con Insuficiencia Renal de 40-74 años de edad
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar 31 número IMSS
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.

**No llenar**

1	<b>FOLIO</b> _____			_ _ _ _	
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____			_ _ _ _	
3	<b>Nombre:</b> _____				
	<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre (s)</b>		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____	_ _ _ _   _ _ _ _	
6	<b>Turno:</b> 1. Matutino ( ) 2. Vespertino ( )			_	
7	<b>Número de Consultorio:</b> (____)			_	
8	<b>Edad:</b> _____ años cumplidos	9	<b>Sexo:</b> 1.- Masculino ( ) 2.- Femenino ( )	_ _ _ / _	
10	<b>ESTADO CIVIL</b> 1. Soltero ( ) 2. Casado ( ) 3. Divorciado ( ) 4. Viudo(a) ( ) 5. Unión libre ( )			_	
11	<b>ESCOLARIDAD</b> 1.- Primaria incompleta ( ) 2.- Primaria completa ( ) 3.- Secundaria ( ) 4.- Preparatoria ( ) 5.- Licenciatura ( ) 6.- Postgrado ( )			_	
12	<b>OCUPACIÓN</b>	01 Hogar ( ) 02 Obrero ( ) 03 Campesino ( ) 04 Empleado ( ) 05 Comerciante ( ) 06 Profesionista ( ) 07. Otros ( )	<b>13. Tipo de Tratamiento Renal</b>	Diálisis ( ) Hemodiálisis ( )	_ _ _ _   _ _ _ _   _ _
14	¿Se siente triste o afligido? SIEMPRE 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI			_	
15	¿Llora o tiene ganas de llorar? SIEMPRE 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI			_	
16	¿Duerme mal de noche? SIEMPRE 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI			_	
17	¿En la mañana se siente peor que por las tardes? SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE 1= NUNCA 2= A VECES 3=			_ _	
18	¿Le cuesta trabajo concentrarse? SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE 1= NUNCA 2= A VECES 3=			_ _ _	

19	<b>¿Ha disminuido su apetito?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
20	<b>¿Se siente obsesivo o repetitivo?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
21	<b>¿Ha disminuido su interés sexual?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
22	<b>¿Considera que su rendimiento en el trabajo ha disminuido?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
23	<b>¿Siente presión en el pecho?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
24	<b>¿Se siente nervioso, angustiado, o ansioso?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
25	<b>¿Se siente cansado o decaído?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
27	<b>¿Se siente pesimista o que las cosas van a salir mal?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
28	<b>¿Le duele con frecuencia la cabeza?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
29	<b>¿Está más irritable o enojón que antes?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
30	<b>¿Se siente inseguro o con falta de confianza en usted mismo?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
31	<b>¿Se siente que es menos útil en su familia?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
32	<b>¿Siente miedo de algunas cosas?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
33	<b>¿Siente deseos de morir?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
34	<b>¿Se siente apático, sin deseos de las cosas?</b> 1= NUNCA 2= A VECES 3= SIEMPRE 4= CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/>
35	<b>La Insuficiencia Renal Crónica ¿representa una enfermedad para toda la vida?</b> 1= Sí. 2=No.	<input type="checkbox"/>
36	<b>¿Se puede controlar con dieta y medicación?</b> 1= Si. 2= No.	<input type="checkbox"/>
37	<b>¿Conoce usted que otros órganos se encuentran afectados por esta enfermedad y cuáles?</b> 1= Si 2= No	<input type="checkbox"/>
38	<b>¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos o aplicar su tratamiento para controlar su enfermedad?</b> 1= Sí. 2= No.	<input type="checkbox"/>
39	<b>¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?</b> 1= Sí. 2= No	<input type="checkbox"/>
40	<b>Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar su medicamento o aplicar su tratamiento?</b> 1= Sí. 2=No.	<input type="checkbox"/>
41	<b>Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?</b> 1= Sí. 2= No.	<input type="checkbox"/>
<b>GRACIAS POR SU COLABORACION</b>		