



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



Secretaría
de Salud

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU
TIPOLOGÍA FAMILIAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DR. RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN DE CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. LETICIA CAMPOS VILLANO

ASESOR
DRA. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ

SEMIS: 24131016

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019



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.

PRESENTA:
DRA. LETICIA CAMPOS VILLANO

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ
PROFESORA TITULAR

DRA. MALÚ AIDEE REYNA ALVAREZ

ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ALVAREZ NAVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019
**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU
TIPOLOGÍA FAMILIAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DR. RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN DE CHILPANCINGO, GUERRERO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. LETICIA CAMPOS VILLANO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION EN MEDICINA
FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

Resumen

Introducción: El diagnóstico de enfermedad renal crónica G5 provoca estados emocionales negativos, a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye a una recuperación del paciente y de este modo que logre adaptarse a la enfermedad y adopte además estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones, posibilitando así una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio G5 y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo Guerrero, en el periodo comprendido de enero a junio del 2017. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se realizó un censo y se tomaron datos de pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Se recolectaron datos a través del cuestionario llamado “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Guerrero” y el “Test de Depresión de “Beck”. Para la codificación y análisis de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 20.0, se ejecutó la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, la cual se reflejó en gráficos de barra e histograma. **Resultados:** Se recolectaron datos de 80 pacientes. Se observó una prevalencia de depresión del 80%, siendo un 47.5% del sexo femenino y 32.5% masculino. De acuerdo al grado de depresión se encontró una depresión leve en un 40%, seguida de la depresión moderada 15%, grave en un 10%, intermitente 9% y extrema en un 6%. El tipo familiar por su composición con mayor porcentaje de depresión fue la nuclear con un 58.75%; de acuerdo a la demografía familiar los pacientes que habitan en una zona urbana mostraron mayor porcentaje de depresión en un 47.5%; en cuanto al desarrollo familiar se observó mayor presencia de depresión en el paciente con familia tradicional. Según su integración se mostró que los pacientes con familias desintegradas presentaban mayor depresión en un 61%. **Conclusiones:** Dentro de los principios éticos del médico para la atención del paciente, se dice que el médico no solo atenderá los aspectos orgánicos de la enfermedad, sino que también intervendrá en beneficio de la salud mental y bienestar emocional de los pacientes y sus familiares; es por ello que como médico familiar pretendo contribuir en la

mejora de la calidad de salud de los pacientes tanto física como mental. **Palabras clave:** Enfermedad renal crónica, depresión, tipología familiar.

Abstract

Introduction: The diagnosis of chronic kidney disease G5 causes negative emotional states, at the time of diminishing these the family plays a key role and addressing these cases taking into account the family approach contributes to a recovery of the patient and in this way that manages to adapt to the disease and adopt healthy lifestyles that contribute to reducing complications, thus enabling a better quality of life for the patient and his family. **Objective:** To estimate the prevalence of depression in patients with chronic kidney disease stage G5 and its family typology treated at the Dr. Raymundo Abarca Alarcón General Hospital in Chilpancingo Guerrero, in the period from January to June 2017. **Material and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. A census was conducted and data were collected from patients who met the selection criteria. Data were collected through the questionnaire called "Depression in patients with chronic kidney disease and family type treated at the Dr. Raymundo Abarca Alarcón General Hospital in Chilpancingo, Guerrero" and the "Beck Depression Test". For the coding and analysis of data the SPSS statistical software version 20.0 was used, the distribution of frequencies, measures of central tendency was executed, which was reflected in bar graphs and histogram. **Results:** Data of 80 patients were collected. A prevalence of depression of 80% was observed, being 47.5% of the female sex and 32.5% male. According to the degree of depression, a mild depression was found in 40%, followed by moderate depression 15%, severe depression in 10%, intermittent 9% and extreme depression in 6%. The family type for its composition with the highest percentage of depression was nuclear with 58.75%; According to family demographics, patients living in an urban area showed a higher percentage of depression in 47.5%; regarding family development, a greater presence of depression was observed in the patient with a traditional family. According to its integration, it was shown that patients with disintegrated families presented greater depression by 61%. **Conclusions:** Within the ethical principles of the doctor for patient care, it is said that the doctor will not only attend to the organic aspects of the disease, but will also intervene in benefit of the mental health

and emotional well-being of the patients and their relatives; that is why as a family doctor I intend to contribute to the improvement of the quality of the patients' physical and mental health. **Key words:** Chronic kidney disease, depression, family typology.

Índice

1.	Marco teórico	1
	Enfermedad Renal Crónica.....	5
	Clasificación	5
	Plan de acción para cada estadio	6
	Tratamiento renal sustitutivo	6
	Depresión	7
	Tratamiento	7
	Actividades preventivas de la depresión	8
	Familia	9
	Clasificación de la tipología familiar	9
	Marco legal	10
2.	Planteamiento del problema.....	12
3.	Justificación.....	13
4.	Objetivo	14
	Objetivo general	14
	Objetivos específicos.....	14
5.	Material y métodos.....	15
	Tipo y diseño de estudio	15
	Población y muestra.....	15
	Criterio de selección.....	15
	Variables	16
	Método	18
	Técnica e instrumento	18
	Análisis de datos	19
	Aspectos éticos	19
6.	Resultados	20
7.	Discusión	27
8.	Conclusiones	29

9. Recomendaciones	30
10. Bibliografía	31
Anexos	34

1. Marco teórico

El aumento de las enfermedades crónicas es uno de los cambios más significativos del perfil epidemiológico mundial del siglo XXI. Concretamente, la enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública, cuya incidencia y prevalencia es elevada, siendo pacientes con elevada morbimortalidad.¹

De acuerdo al reporte de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud y al Proyecto de Carga Global de la Enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año y 15'010,167 años de vida saludable ajustados por discapacidad, y la 10a causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes. Se estima que para el 2020 será una de las primeras causas de muerte y discapacidad, sobre todo en países en desarrollo.²

A nivel mundial la enfermedad tiene una prevalencia entre 12 y 17% en los mayores de 20 años; en Estados Unidos de América el incremento de pacientes con enfermedad renal crónica que ingresan a programa de diálisis es de 6% anual, mientras que en México la tasa anual de pacientes en este programa es de 154.6 por millón de habitantes y la tasa anual de trasplante renal es de 21.2 por millón de habitantes.³

La insuficiencia renal crónica 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, entre las causas principales se encuentra la diabetes.^{4.5}

El paciente renal presenta una menor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que la población general y este deterioro se ha asociado con variables clínicas, sociodemográficas, características de la diálisis, síntomas físicos, apoyo social y con el impacto de la enfermedad, además hay una estrecha relación entre los indicadores de CVRS y los índices de morbimortalidad.⁶ Las alteraciones emocionales pueden estar generadas por las numerosas pérdidas a las que tiene que hacer frente el paciente renal (pérdida de la función renal, del bienestar, de su lugar en la familia y en el trabajo, de recursos financieros y de su función sexual),

por la continua incertidumbre en la que vive (respecto a su supervivencia, dependencia de la tecnología médica, etc.), el estrés inherente a las sesiones de diálisis, las graves restricciones dietéticas, etc. y la depresión es uno de los factores que afectan negativamente al enfermo renal.⁷

La falta de adherencia al régimen de diálisis traducida en menos sesiones que las requeridas, se asocia a mayor mortalidad de tal forma que la ausencia a una sesión mensual en un régimen convencional de tres sesiones por semana incrementa la probabilidad de morir hasta en 30%.⁸

El diagnóstico de enfermedad renal crónica provoca estados emocionales negativos, a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye a una recuperación del paciente y de este modo que logre adaptarse a la enfermedad y adopte además estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios, posibilitando así una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.⁹

Gómez V, Pac N, Manresa M, Lozano S, Chavarría J, durante el primer trimestre del 2012 realizaron un estudio en el servicio de hemodiálisis del Hospital de Palamós España, cuyo objetivo fue identificar ansiedad y/o depresión, se evaluó mediante el cuestionario Hospital Anxiety Depression (HADS), un estudio descriptivo observacional de corte transversal, donde incluyeron un total de 56 pacientes mayores de 18 años, que llevaban como mínimo un mes de tratamiento, encontraron que la sintomatología depresiva representa 42,9% y la ansiosa 32,7 % según la escala HADS, concluyendo que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.¹⁰

Rivera A, Montero M, Sandoval R, publicaron en junio del 2012 una investigación en la unidad de diálisis del Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México; “Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal”, cuyo objetivo fue evaluar el grado de desajuste psicológico en pacientes bajo diálisis peritoneal continua ambulatoria, variables psicosociales, las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos y el impacto en su calidad de

vida. Se tomó una muestra no probabilística elegida por disponibilidad de la Unidad de Diálisis del Hospital, compuesta por 83 pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento, los resultados mostraron que un 19.2% de los sujetos presentaban un alto nivel de depresión, desesperanza y soledad, la frecuencia de desesperanza es considerable; 39.8%, concluyendo que 30% de los pacientes entrevistados padecían grados importantes de desesperanza, depresión, ansiedad y soledad un hallazgo en cierta medida inesperado fue el importante riesgo de suicidio.¹¹

Gutiérrez D, Leiva J, Sánchez R, en un estudio realizado entre octubre del 2014 a junio del 2015, sobre la prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada, cuyo objetivo fue describir los instrumentos usados para evaluar los síntomas más prevalentes en enfermedad renal crónica avanzada según las diferentes modalidades de tratamiento, se realizó una revisión de 276 estudios en los que se utilizó algún instrumento para medir la intensidad de varios síntomas, de ellos se revisaron 86 y solo 13 reunían los criterios de inclusión, concluyendo que estados de ansiedad y depresión afectaban a estos pacientes en un 24%, en el caso de la ansiedad y casi en un 50% en el caso de la depresión.¹²

Perales M, Duschekb S y Reyes del Pasa G, del departamento de psicología de la Universidad de Jaén España concluyeron su estudio en febrero del 2015; “Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática”, cuyo objetivo fue comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos informados y el estado anímico (depresión y ansiedad), sobre la calidad de vida relacionada con la salud, se evaluaron a 52 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, los datos fueron analizados mediante análisis de regresión múltiple, los resultados mostraron niveles de calidad de vida inferiores a los valores normativos, un 36.5% de prevalencia de ansiedad y un 27% de depresión, concluyendo que el estado anímico es un mejor predictor de los componentes físico y mental, estos resultados dan la importancia de evaluar e intervenir sobre los estados emocionales negativos de estos pacientes.¹³

Vázquez V, Ortega M, Cervantes D., concluyeron un estudio en el 2011, titulado “Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis, mediante un estudio observacional, analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 40 casos y 40 controles pareados 1:1, los resultados mostraron que la estructura familiar de los pacientes con depresión estaba conformada por una familia nuclear 50%, extensa 27.5%, monoparental 12.5%, compuesta 7.5% y 2.5% vivía solo, 62% eran casados, 5% viudos y 6% solteros. Se encontró que el 72.5% de los participantes habían estudiado hasta la secundaria, los pacientes en hemodiálisis de países industrializados tienen un mayor grado de escolaridad.¹⁴

Moreno y colaboradores, realizaron un estudio en las unidades de hemodiálisis del Hospital General Universitario de Alicante España, concluido en julio del 2004, titulado “Prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis” cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de estos trastornos ansiosos y depresivos en sus pacientes hemodializados y ver su influencia en la calidad de vida. Estudio descriptivo, transversal, observacional. La muestra del estudio fueron 75 pacientes: 50 hombres y 25 mujeres mayores de 18 años, mediante las escalas de Test y escalas de valoración utilizadas: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), láminas de COOP/WONCA11 instrumento diseñado para medir la calidad de vida. En cuanto a las variables sociodemográficas de la población el mayor porcentaje de edad fue de 51 a 65 años con un 52%, e cuanto al sexo el 66.7% fueron del sexo masculino, casados el 70%, escolaridad primaria el 78.7%. Reportando en el 53,4 % de los pacientes depresión de algún grado de los cuales el 22,7 % era grave según la escala de Hamilton, los hombres y los casados aun sin ser significativo, tuvieron índices de ansiedad y depresión superiores a las mujeres y a los que viven solos.¹⁵

Matos G, Román S, Román L, Álvarez B, Remón L, Álvarez B, del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley de Manzanillo Granma, Cuba. Realizaron un estudio en el año 2014, titulado “Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico”, cuyo objetivo fue

caracterizar a las familias de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico ingresados en la sala de nefrología, estudio descriptivo de corte transversal donde fueron evaluados 59 pacientes, se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar, una entrevista semiestructurada y el inventario de problemas de salud del grupo familiar, los resultados señalaron familias funcionales con un 50,85%, moderadamente funcional con un 42,37 % y sólo un 6,78 % disfuncional. La dimensión más afectada fue la permeabilidad. Predominó la presencia de criticidad severa en un 76,27% de las familias, evidenciándose la presencia en el hogar de un miembro descompensado de su enfermedad crónica y en estado terminal, por lo que resulta útil el predominio de familias funcionales que les permite a los pacientes una mayor fortaleza a la hora de adaptarse a esta enfermedad.¹⁶

Enfermedad Renal Crónica.

Se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) $<60\text{ml/ml/min/1.73 M}^2$ o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses. Los marcadores de daño renal son: histopatológicos, bioquímicos incluyendo anomalías de la sangre u orina, estudios de imagen, biopsia renal.¹⁷

Clasificación.

Según las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) y KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) atendiendo al filtrado glomerular, la enfermedad renal crónica se clasifica en diferentes estadios:

Nefropatía temprana:

Estadio 1. Filtrado glomerular normal ($\geq 90\text{ ml/min/1.732}$) pero con la presencia de daño renal (albuminuria $\geq 30\text{ mg/g}$ u otra anomalía renal).

Estadio 2. Filtrado glomerular ligeramente disminuido (entre 60 a 89 ml/min/1.732) junto con la presencia de daño renal.

Nefropatía tardía:

Estadio 3. Filtrado glomerular moderadamente disminuido (entre 30 a 59 ml/min/1.732).

Estadio 4. Filtrado glomerular con severa disminución (entre 15 a 29 ml/min/1.732).

Estadio 5. Filtrado glomerular de enfermedad renal terminal (menor a 15 ml/min/1.732).^{18,19}

Plan de acción para cada estadio.

Estadio 1 se debe enfocar al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad asociada, aplicar intervenciones para retardar la progresión de daño renal y reducción de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Estadio 2 se enfoca en estimar la progresión de ERC mediante la medición de la tasa de filtración glomerular y marcadores de daño renal (especialmente proteinuria- albuminuria), para así poder aplicar intervenciones que retarden la progresión del daño renal y reduzcan los factores de riesgo.

Estadio 3 se enfoca en la evaluación y tratamiento de complicaciones de la enfermedad renal crónica, tales como anemia, malnutrición, enfermedad ósea, neuropatía o disminución de la calidad de vida.

Estadio 4 se deberá enviar al nefrólogo para iniciar cuidados pre-diálisis, e iniciar la preparación para la terapia de reemplazo renal.

Estadio 5 se deberá iniciar la terapia de reemplazo renal si hay uremia.²⁰

Tratamiento renal sustitutivo.

Cuando la enfermedad renal crónica avanza, requiere tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal o bien manejo renal conservador. El paciente también podría beneficiarse de cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad, durante las etapas de tratamiento renal sustitutivo, en el cese del tratamiento renal sustitutivo y especialmente si se decide manejo renal conservador que es una opción conveniente para pacientes con alta comorbilidad, edad avanzada y que no quieran iniciar diálisis. Cada vez se documenta un mayor número de pacientes que eligen esta modalidad de tratamiento. El futuro apunta a integrar los principios y prácticas de los cuidados paliativos en áreas de nefrología, reconociéndose su aplicación como un índice de calidad en la atención de las enfermedades crónicas.²¹

La 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 diálisis peritoneal: la diálisis peritoneal continua ambulatoria, que se lleva a cabo manualmente, y otra que se sigue de manera automatizada, la diálisis peritoneal automática. La diálisis peritoneal continua ambulatoria 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.²²

La hemodiálisis es un procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva de agua y solutos de la sangre a través de una membrana artificial semipermeable y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal y otras patologías, aplicando los aparatos e instrumentos adecuados. El trasplante renal es un procedimiento terapéutico de la insuficiencia renal crónica, basado en la tolerancia inmunológica mediada por drogas, en el que se emplean riñones de donadores vivos o de cadáver.²³

Depresión.

Es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en menor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido de sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.) porque es una afectación global de la vida psíquica.^{24,25}

Tratamiento.

Tratamiento no farmacológico:

En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10 a 12 semanas.

Depresión moderada-grave, es la terapia cognitivo conductual o unipersonal 16 a 20 sesiones durante 5 meses se referirá a segundo o tercer nivel a los pacientes con episodio depresivo grave con: alto riesgo de suicidio, riesgo de heteroagresividad con y sin psicosis, necesidad de manejo en ambiente controlado.²⁶

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión de leve a grave, ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos. La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, continuarlo por 2 años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos: Estado depresivo con una duración superior a un año, 2 o más episodios durante los últimos 5 años.

Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram, que de acuerdo a la evidencia científica ha demostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos.²⁷

Actividades preventivas de la depresión.

Comprenderán las acciones siguientes: educación para la salud mental, promoción de la salud mental, prevención, manejo oportuno de casos en la comunidad, detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren, información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad, participación de todos en el programa de tratamiento y rehabilitación, promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.²⁸

Familia.

Es un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que puedan afectar su salud individual y colectiva

29

Clasificación de la tipología familiar

Por su composición:

Nuclear. Cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Extensa. Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta. Los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.).

Según el desarrollo:

Moderna. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Según su integración:

Integrada. Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi integrada. Ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada. Los conyugues se encuentran separados.

Por su ocupación:

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Según su demografía:

Rural. Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).

Urbana. Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.³⁰

Marco legal

Ley General de Salud

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.³¹

Norma Oficial Mexicana nom-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Esta norma tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.³²

Norma Oficial Mexicana nom-171-SSA1-1998, para la práctica de hemodiálisis.

La presente norma establece los requisitos mínimos que deberán reunir el personal de salud y los establecimientos médicos, para la aplicación de la hemodiálisis, así como los criterios científicos y tecnológicos obligatorios a que deberá sujetarse dicha aplicación.³³

GPC IMSS-335-09 prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana.

La finalidad de este catálogo ofrecer al personal médico y equipos multidisciplinarios de los primeros niveles de atención herramientas útiles para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica.³⁴

GPC IMSS-727-14 tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. De acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.³⁵

GPC IMSS-161-09 diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. De acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.³⁶

2. Planteamiento del problema

A nivel mundial la enfermedad renal crónica tiene una prevalencia entre 12 y 17% en los mayores de 20 años; en Estados Unidos de América el incremento de pacientes con enfermedad renal crónica que ingresan a programa de diálisis es de 6% anual, mientras que en México la tasa anual de pacientes en este programa es de 154.6 por millón de habitantes y la tasa anual de trasplante renal es de 21.2 por millón de habitantes. La prevalencia de la enfermedad renal crónica se ha duplicado en los últimos 15 años y continuará aumentando si se tiene en cuenta que el 16.8% de las personas mayores de 20 años de edad padecerán la enfermedad.

La enfermedad renal crónica es el resultado de diversas enfermedades degenerativas entre las que destacan la diabetes, la hipertensión arterial sistémica y que tienen un desenlace fatal. Es una de las principales causas de hospitalización y atención de servicios de urgencias, es considerada una enfermedad catastrófica por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos por la detección inoportuna y altas tasas de morbimortalidad.

Los tratamientos sustitutivos de la insuficiencia renal crónica (IRC) garantizan la supervivencia, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, ya que la salud mental es un área que suele dejarse a un lado cuando se brinda atención médica a pacientes con enfermedad renal crónica. El 30% de pacientes con IRC no logran adaptarse al tratamiento, por lo que desarrollan síntomas psicológicos como debilidad, dificultad de concentración, depresión, letargo, ansiedad y otras emociones negativas. La presencia de un trastorno emocional suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional, lo cual crea un círculo vicioso de importancia.

En el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón se ha observado un aumento de pacientes con enfermedad renal crónica por lo que es necesario estimar la prevalencia de depresión, así como su tipología familiar en que se envuelven para diagnosticar y tratar oportunamente la depresión incidiendo así en el paciente y con ello tener un mejor manejo y control de su enfermedad.

Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón?

3. Justificación

Existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, la depresión aparece como la segunda condición de comorbilidad en pacientes con insuficiencia renal grave que requieren hemodiálisis, además se ha descrito que una cuarta parte de los pacientes presentan ansiedad y la otra mitad síntomas cognitivos de depresión. Algunos de los síntomas asociados a la ansiedad y depresión son confundidos ya que muchos de estos no son específicos y en general son fluctuantes, condicionando de forma significativa el bienestar general. Asimismo, se ha observado que la familia contribuye a que el paciente con terapia sustitutiva presente depresión o no, por ello es importante el estudio de esta variable.

Con el presente estudio se pretende estimar la prevalencia de depresión y tipología familiar en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital Raymundo Abarca Alarcón.

Con el presente estudio se pretende beneficiar a los pacientes con IRC, ya que con los resultados se formaran estrategias enfocadas a evitar el desapego y renuencia al tratamiento evitando así a una progresión más rápida de la enfermedad o patologías oportunistas, asimismo se busca mejorar la calidad de vida del paciente y una mejor adaptación de la familia, con ello también disminuirán considerablemente los altos costos catastróficos, por utilización frecuente del servicio de urgencias y en hospitales, así también en la economía familiar.

4. Objetivos

General

Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica estadio G5 y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo Guerrero, en el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

Específicos:

Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5.

Determinar la tipología familiar de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5.

Identificar la presencia de depresión de acuerdo al género.

5. Material y métodos

Tipo y diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Población y muestra: Pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5 que acudieron a consulta externa del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón en el periodo de enero a junio del 2017.

Tipo de muestra y tamaño de muestra: Se realizó un censo de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5 que acudieron a consulta externa del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón. Dando un total de 80 pacientes.

Criterios de inclusión.

Que se encuentren en tratamiento paliativo de enfermedad renal crónica G5

Que se encuentren en tratamiento con hemodiálisis por enfermedad renal crónica con al menos 2 sesiones por semana

Que cuenten con función renal residual, de 18 a 70 años de edad, diabéticos y no diabéticos

Que acepte participar en el estudio y firme la carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión.

Pacientes con enfermedad renal crónica que tengan índice de filtrado glomerular mayor de 15 ml/min/1.73m²

Pacientes con enfermedad renal crónica G5 en tratamiento con diálisis peritoneal

Pacientes con enfermedad renal crónica G5 en tratamiento con hemodiálisis con menos de 2 sesiones por semana

Que cuenten sin función renal residual

Pacientes sin enfermedad renal crónica

Pacientes con deterioro psicorgánico manifiesto

Pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica de base

Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente

Pacientes con hipoacusia

Pacientes que no acepten participar en la investigación

Criterios de eliminación

Pacientes que no completen el instrumento de recolección de datos.

Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ALCANCE OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo en que una persona ha vivido	Número de años cumplidos hasta el momento del registro.	Años cumplidos	P1
Genero	Cualitativa nominal	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Identidad, sexo registrado en el expediente en el momento del estudio.	Femenino Masculino	P2
Estado civil	Cualitativa nominal	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Se hace referencia al estado civil que aparezca en el expediente al momento del estudio.	Casado(a) Soltera(o) Unión estable Viuda(o) Divorciado(a)	P3
Etnia	Cualitativa nominal	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural	Etnia que refiere a la que pertenece	Ninguna Tlapaneco Mixteco Amuzgo	P5
Religión	Cualitativa nominal	Conjunto de creencias religiosas, y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Creencia religiosa al momento del estudio	Católica Cristiana Pentecostés No tiene Otra	P6
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Período de tiempo que una persona asiste a un establecimiento docente	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento de la entrevista grado escolar	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	P7
Ocupación	Cualitativa nominal	Se refiere a la actividad a la que dedica una persona la mayor parte de su tiempo	Rama de actividad del paciente referida en el momento de la entrevista	Ama de casa Empleada Desempleada Estudiante Otra: _____	P8
Estructura familiar	Cualitativa nominal	Es la categoría estructural de la familia con base en su relación consanguínea, legal o costumbre.	Es el tipo de estructura familiar que tenga el paciente al momento del registro.	nuclear extensa monoparental	P10

Demografía Familiar	Cualitativa nominal	Clasificación de la familia en base a su demografía.	Es el área demográfica donde vive el paciente.	Urbana Rural	P11
Integración Familiar	Cualitativa nominal	Clasificación de la familia en base a su integración.	Si los conyugues viven en el hogar y cumplen con sus funciones.	Integrada Semi-integrada Desintegrada	P12
Desarrollo familiar	Cualitativa nominal	Clasificación de la familia con base en su desarrollo.	Si la madre trabaja o no	Moderna Tradicional	P13
Tiempo de evolución de ERC	Cuantitativa numérica	Años transcurridos a partir de que se le diagnostico la enfermedad renal crónica.	Años transcurrido a partir de que se le efectúa el diagnostico hasta el momento de la encuesta.	Años de evolución	P15
Escala de depresión	Cualitativa Ordinal	Enfermedad que se caracterizada por provocar anhedonia (incapacidad para disfrutar) sentimientos de tristeza y abatimiento patológicos.	El puntaje alcanzado en la encuesta depresión.	Normal Depresión leve Depresión intermitente Depresión moderada Depresión grave Depresión extrema	Test de BECK(BDI-II)

Método:

En primer lugar se envió el protocolo al Comité de Investigación de los Servicios Estatales de Salud, una vez aprobado se pidieron los permisos pertinentes a las autoridades del Hospital Raymundo Abarca Alarcón para recolectar datos de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5 que acudieron a consulta externa en el periodo de enero a junio del 2017. Los pacientes fueron seleccionados por censo tomando en cuenta los criterios de inclusión, se utilizaron los instrumentos de recolección de datos llamados: “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar y cuestionario de depresión de Beck. Se analizaron los datos y se generaron gráficas.

Técnica e instrumento:

El inventario de depresión de BECK (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, se publicó en 1996 es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. (Anexo 1)

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

La puntuación nivel de depresión*

1-10.....estos altibajos son considerados normales.

11-16.....leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....estados de depresión intermitentes.

21-30.....depresión moderada.

31-40.....depresión grave.

+ 40.....depresión extrema.

* una puntuación de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

También se aplicó el cuestionario llamado “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Guerrero.” (Anexo 2)

Análisis estadístico

Se realizó la captura en Excel. La codificación y análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS v.19 donde se estimaron las medidas de frecuencia y fueron representadas en tablas, gráficos de barras, histogramas y sectores.

Aspectos éticos:

Con fundamento en el reglamento interno de la Ley General de Salud en materia de investigación artículo 17-1, la presente investigación no incluye acciones, que representen riesgo alguno para la seguridad e integridad de los pacientes, solo se realizó inventario de depresión de BECK (BDI-BDI) , asimismo se tomaron datos de entrevista directa al paciente, esta información fue resguardada en base al apartado 5.7 de NOM-004-SSA3-2012, que menciona que en los establecimientos para la atención médica, la información fue manejada con discreción y confidencialidad por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan a la práctica médica, así como las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana referida en el número 3.14 de esta norma y demás disposiciones. Asimismo se cuenta con la carta de consentimiento informado firmada por las personas incluidas en el estudio.

Anexo 3 Consentimiento informado

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

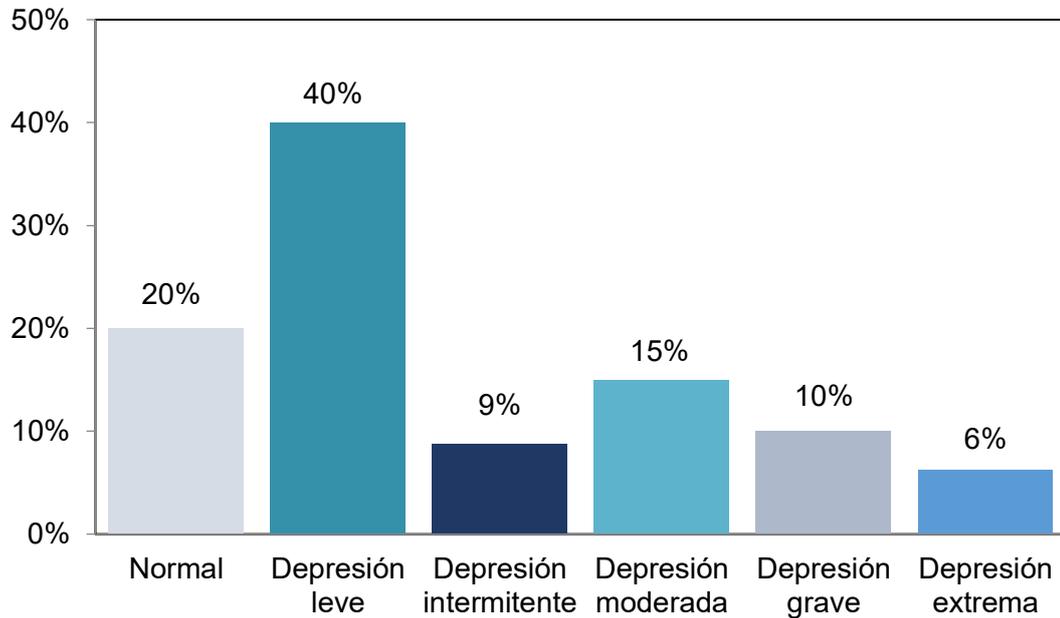
Anexo 5. Dictamen.

Anexo 6. Tablas.

6. Resultados

De los 80 pacientes encuestados, se observó que el 80% (64) de ellos presentó depresión y el 20% (16) no. El tipo de depresión predominante fue leve con 40% (32) seguida de la moderada con un 15% (12), grave en un 10% (8), intermitente 9% (7) y extrema en un 6% (5).

Gráfica 1. Escala de depresión

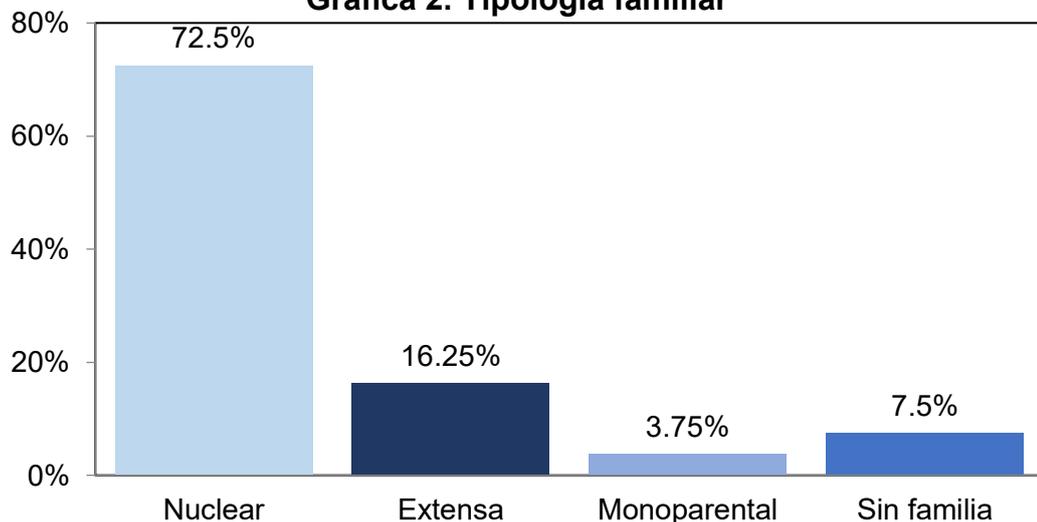


Fuente: "Test de Beck".

n=80

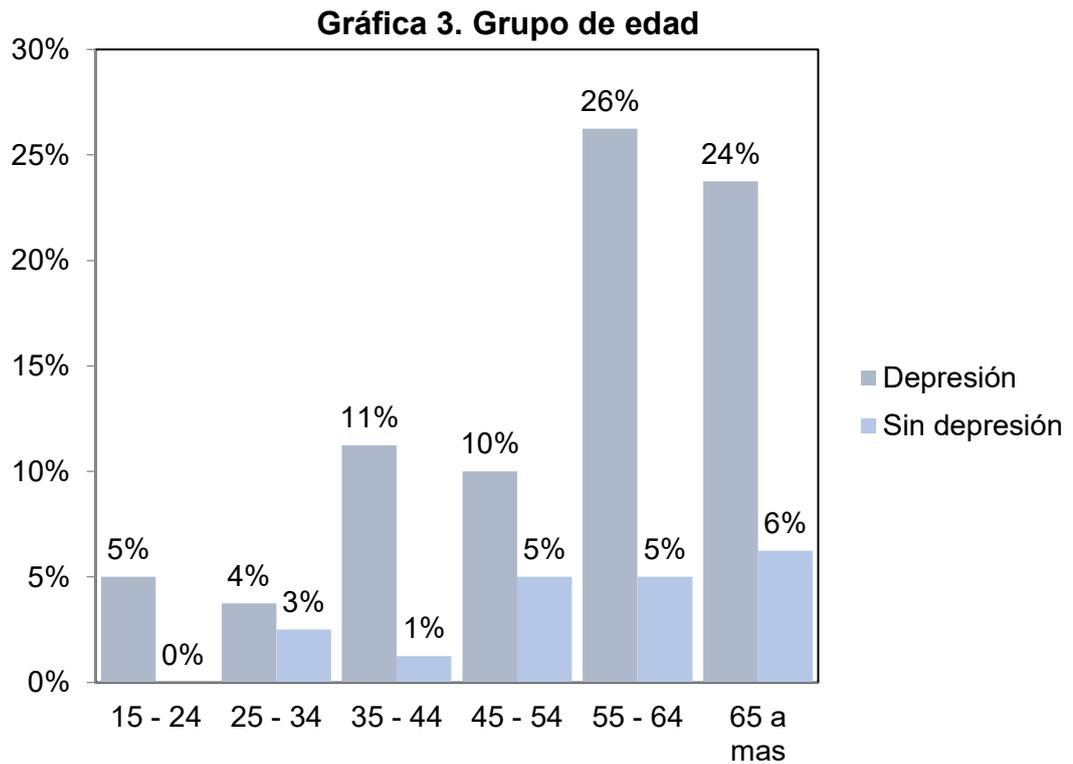
Un 72.5% (58) de los pacientes pertenecían a la familia nuclear, seguida de la familia extensa con un 16.25% (13), monoparental 3.75% (3) y por último los que no tienen familia con un 7.5% (6).

Gráfica 2. Tipología familiar



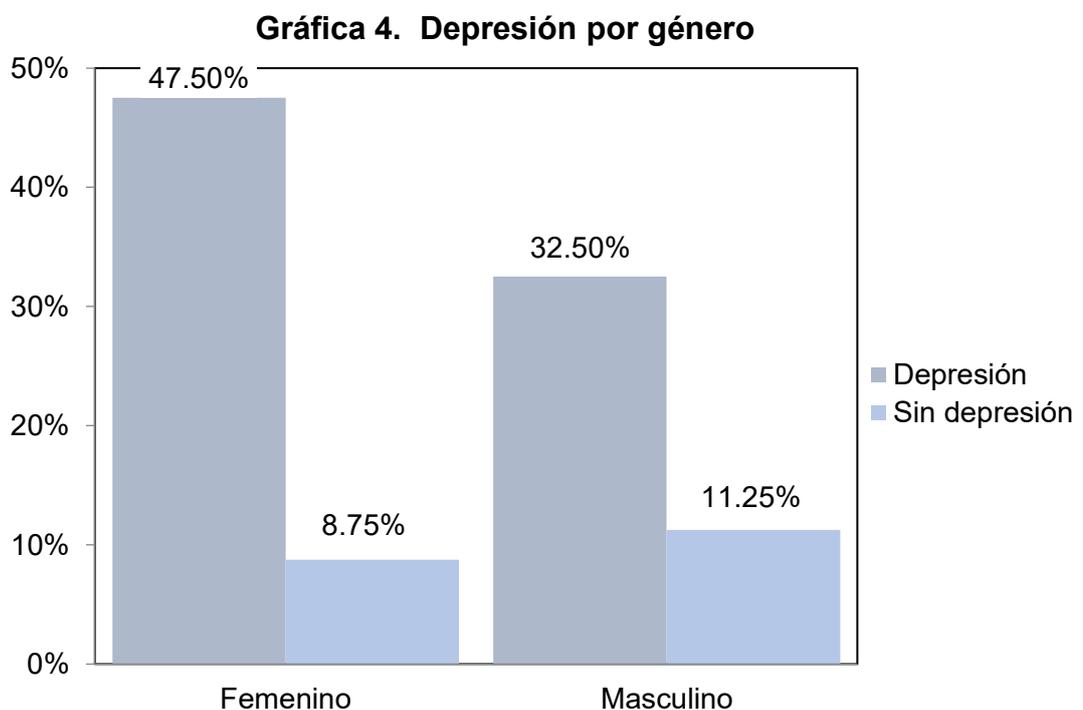
Fuente: Cuestionario "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" n=80

De acuerdo al grupo de edad, a partir de los 55 años de edad aumenta la frecuencia de depresión en los pacientes.



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar "y "Test de Beck".n=80

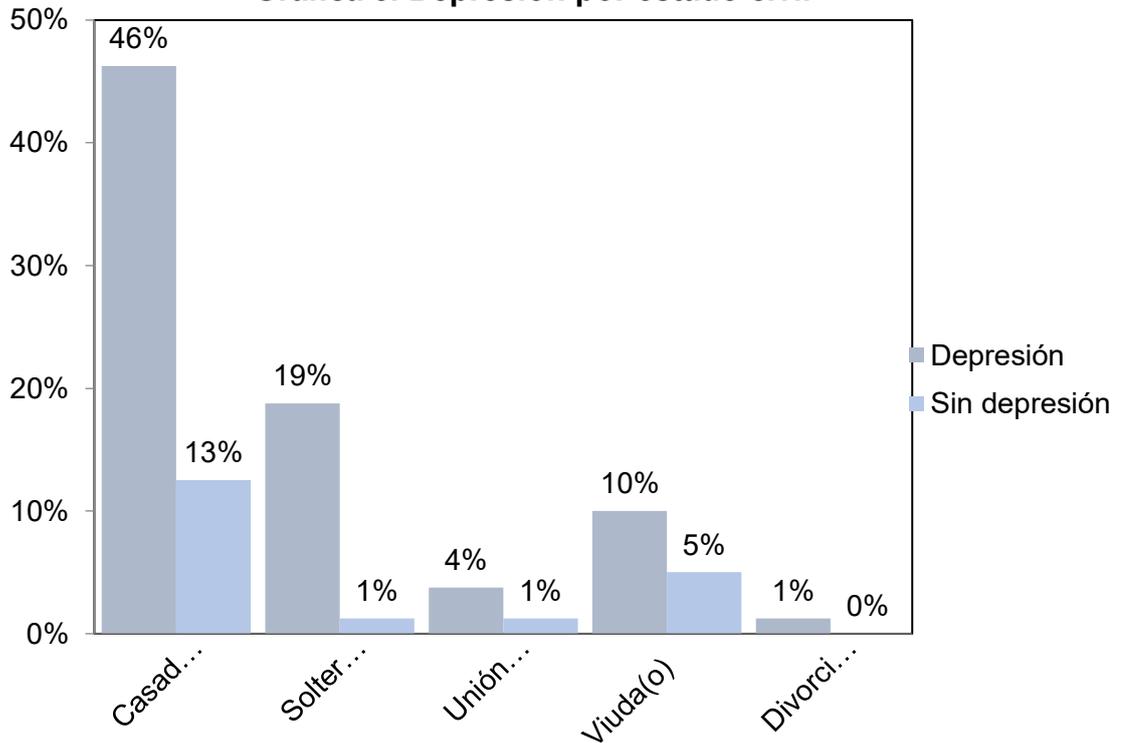
En los estudiados, la depresión predominó en el género femenino con un 47.5% (38), seguido del masculino con un 32.5% (26).



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar "y "Test de Beck".n=80

De acuerdo al estado civil fue más frecuente la depresión en los casados con un 46% (37), seguido de los solteros con un 19% (15).

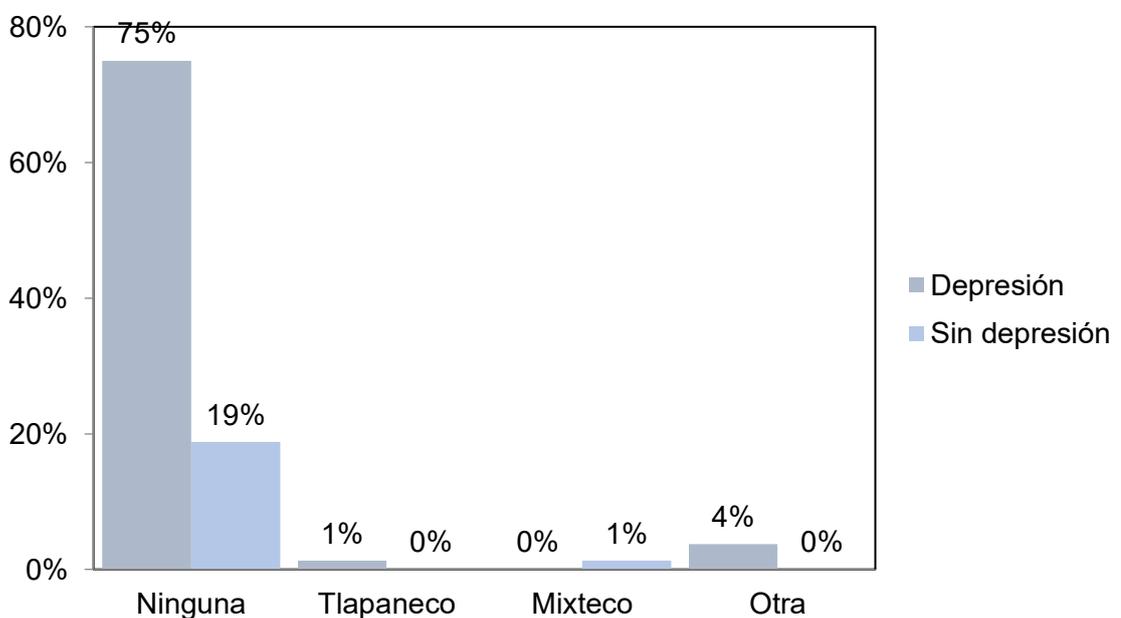
Gráfica 5. Depresión por estado civil



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck". n=80

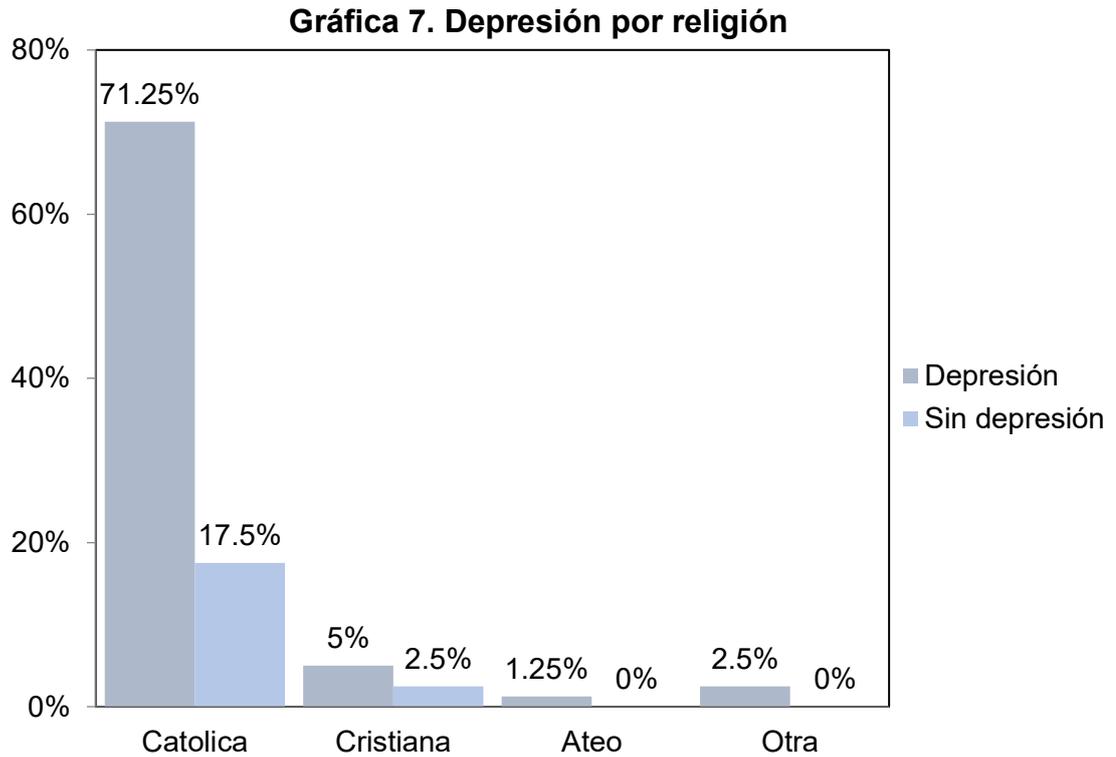
En la mayoría de los pacientes no pertenecía indígena. La depresión predominó en los pacientes sin etnia 75% (60).

Gráfica 6. Depresión por etnia



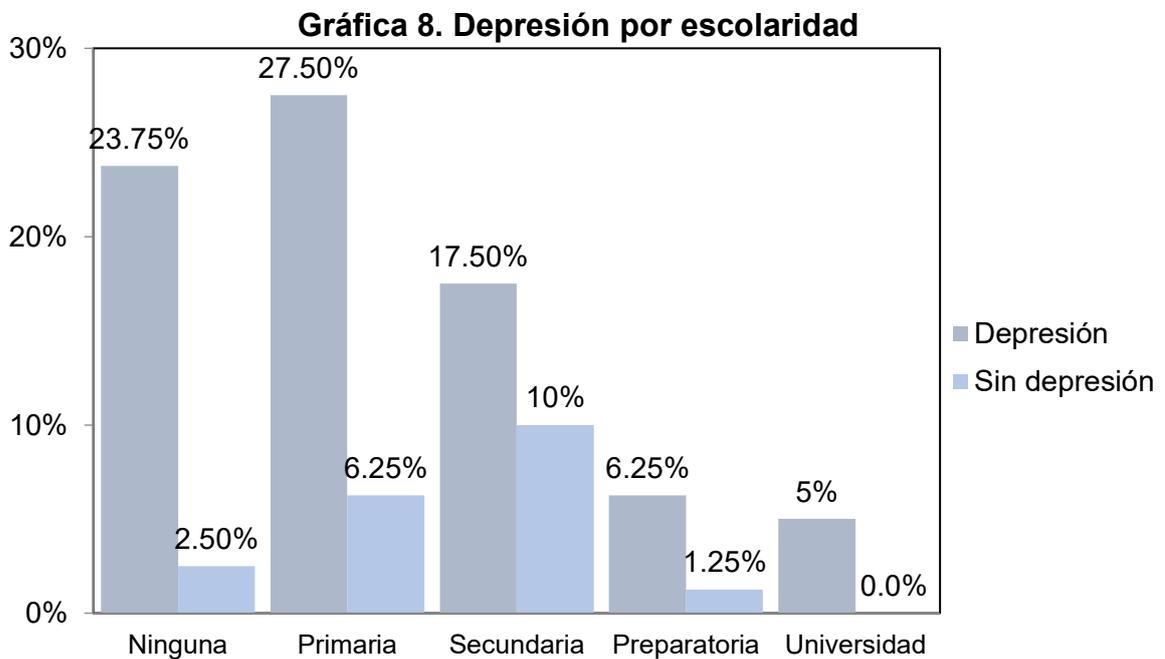
Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck" n=80.

La mayoría de los pacientes pertenecían a la religión católica, así mismo presentaban un alto porcentaje de depresión con un 71.25% (57).



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck" n=80

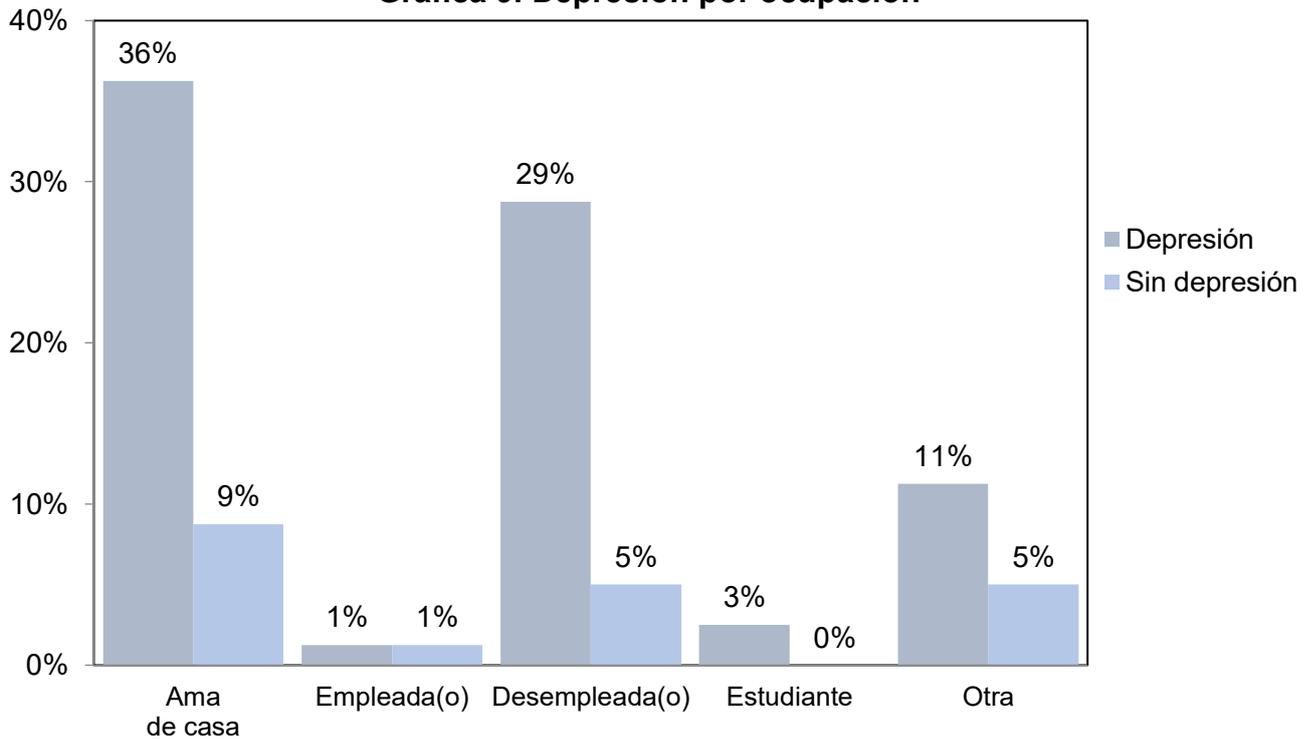
Se encontró que entre menos escolaridad, hay mayor presencia de depresión, ya que el 69% (55) de los pacientes con depresión tenían de secundaria a ninguna escolaridad.



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck". n=80

Existe una mayor depresión en pacientes que se dedican al hogar 36% (29), seguida de los pacientes que están desempleados con 29% (23).

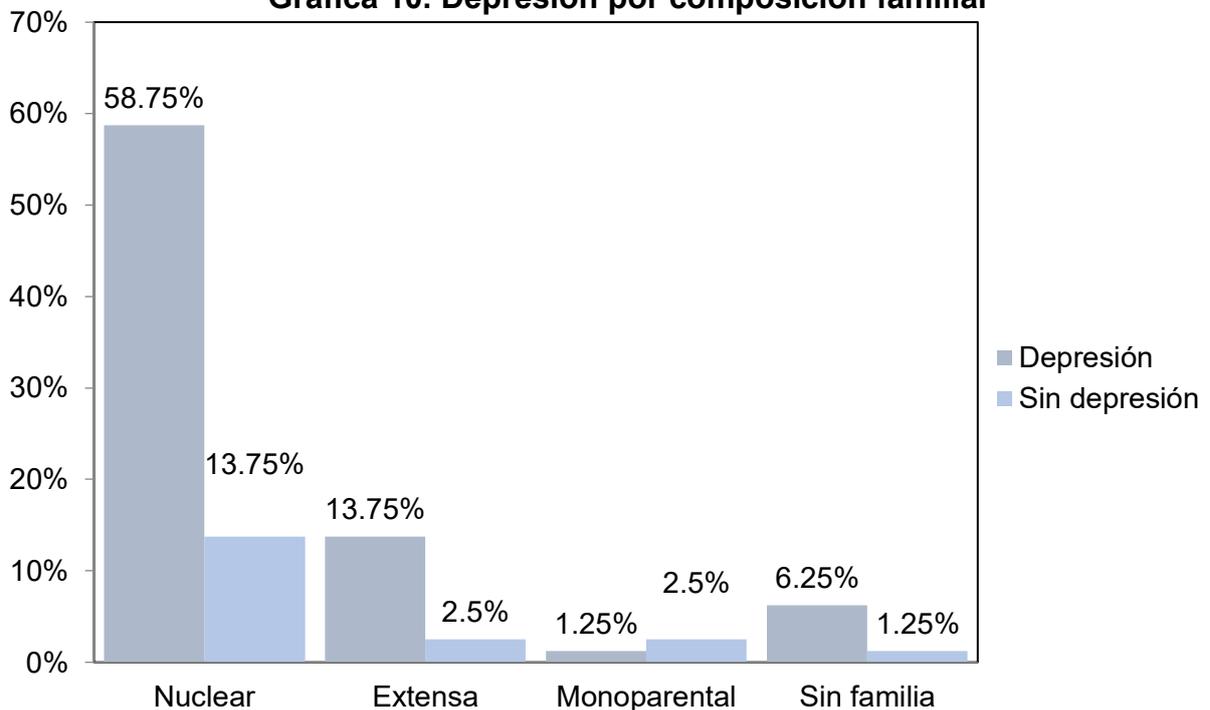
Gráfica 9. Depresión por ocupación



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck".n=80

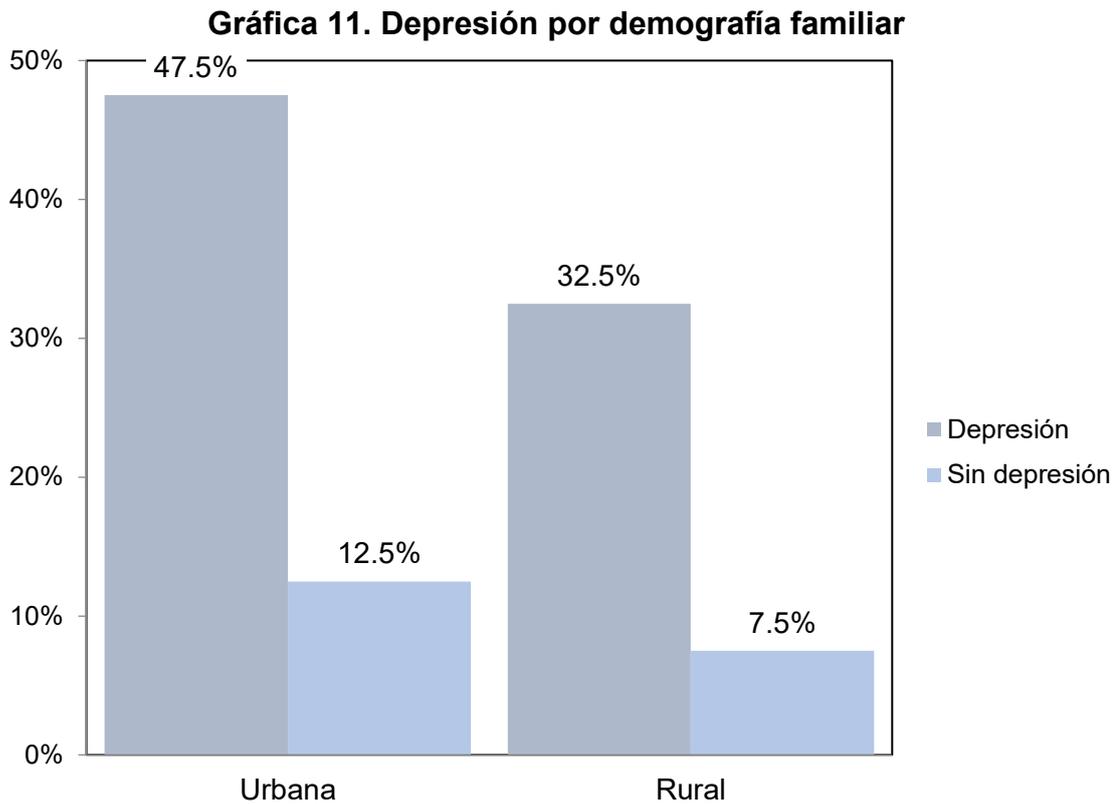
El tipo de composición familiar con mayor porcentaje de depresión fue la nuclear con un 58.75% (47) y la de menor porcentaje fue la monoparental con 1.25% (1).

Gráfica 10. Depresión por composición familiar



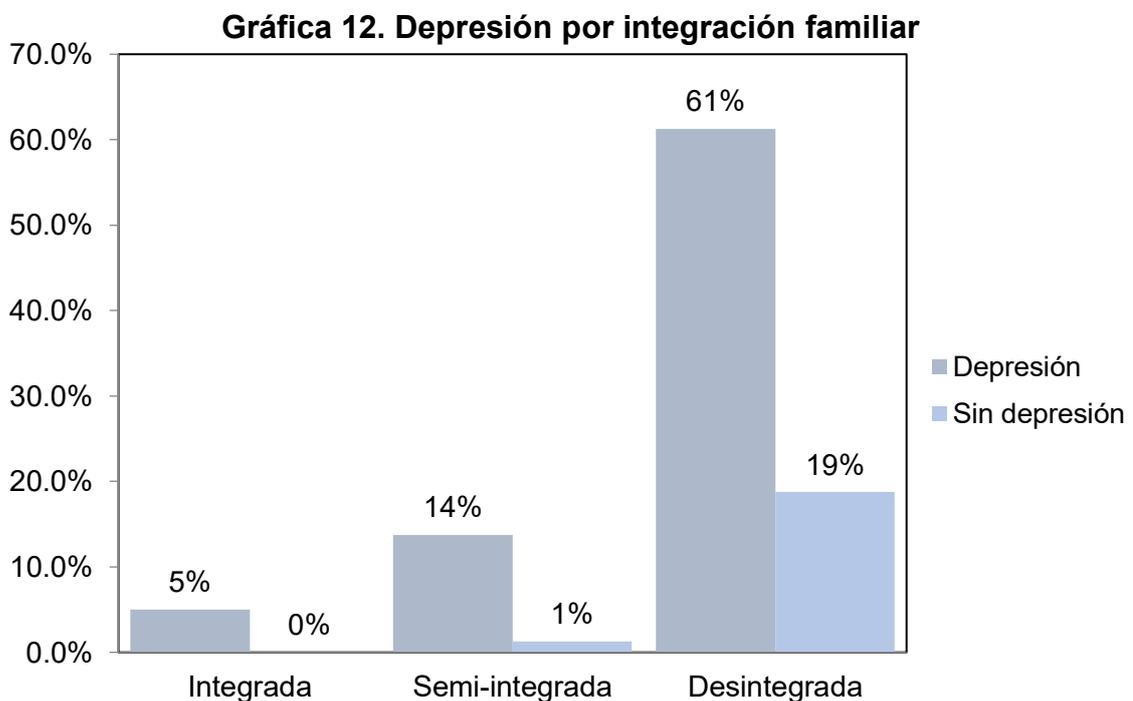
Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck".n=80

Los pacientes que habitan en zona urbana mostraron 47.5% (38) más depresión que los pacientes que habitan en zona rural.



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck".n=80

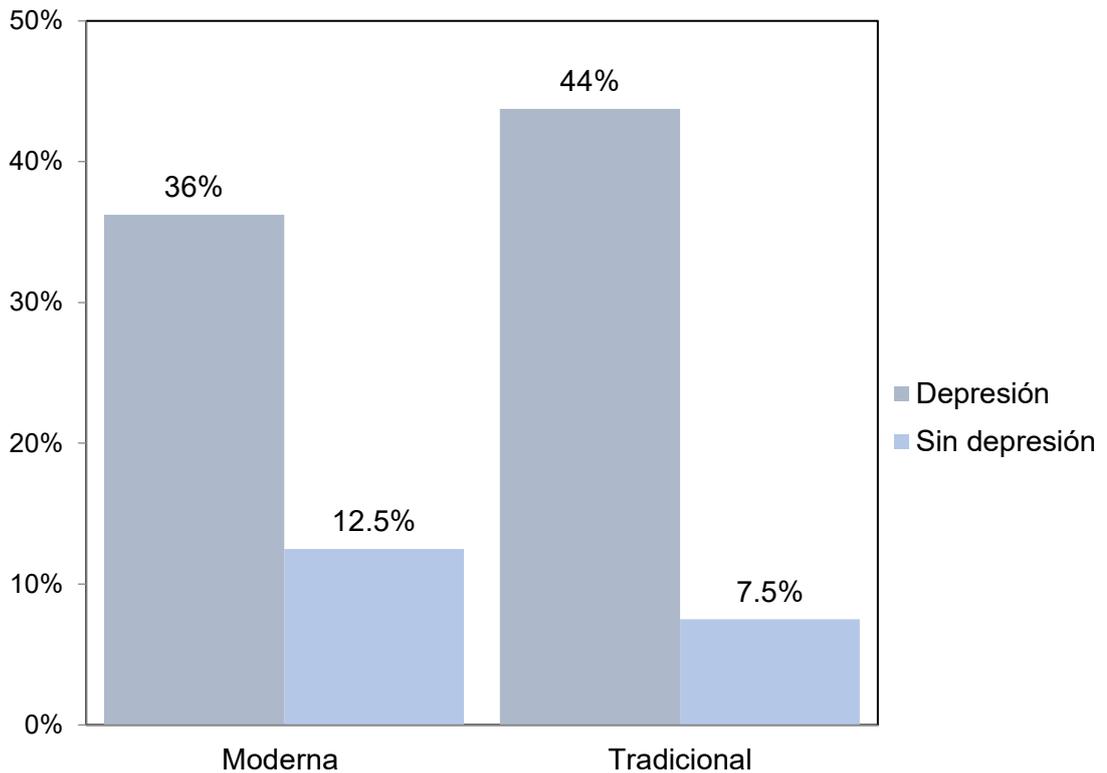
En cuanto a la integración familiar se observó que los pacientes con familias desintegradas presentaban mayor depresión en un 61% (49).



Fuente: Cuestionarios "Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar" y "Test de Beck".n=80

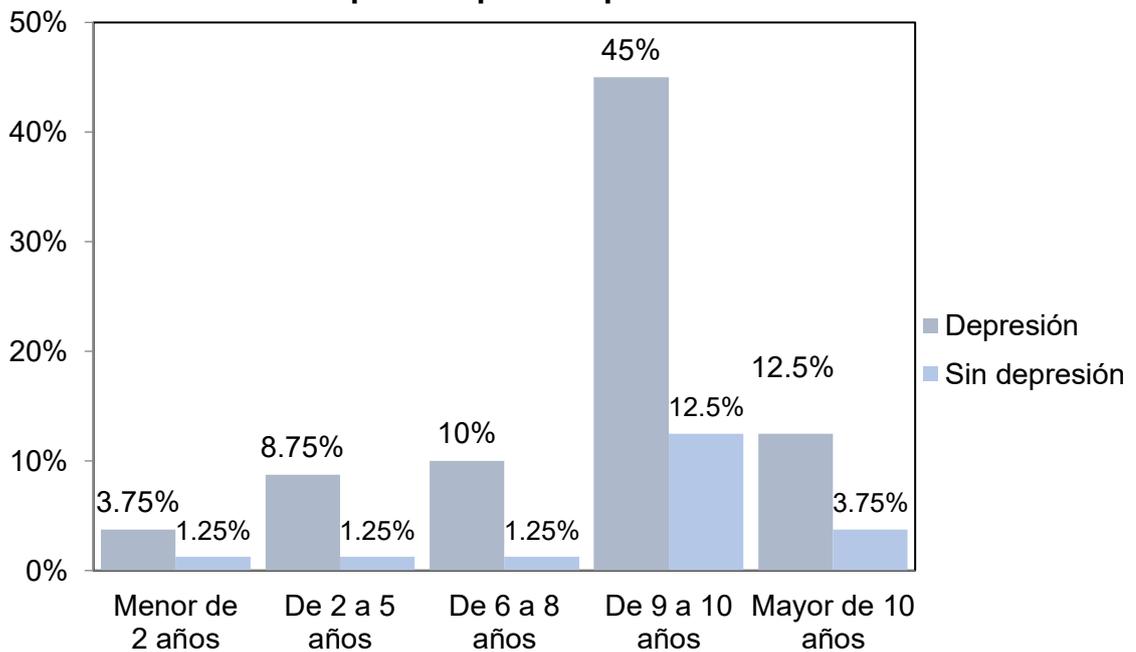
Los pacientes con familia tradicional presentaban mayor porcentaje de depresión 44% (35), con respecto a los que tenían una familia moderna 36% (29).

Gráfica 13. Depresión por desarrollo familiar



Fuente: Cuestionarios “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar” y “Test de Beck”. n=80
 Se encontró que entre mayor tiempo de evolución con la enfermedad, los pacientes tenían mayor depresión 45% (36).

Gráfica 14. Depresión por tiempo de evolución de ERC



Fuente: Cuestionarios “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar” y “Test de Beck n=80

7. Discusión

La depresión aparece como la segunda condición de comorbilidad en pacientes con insuficiencia renal grave que requieren hemodiálisis⁵. Las alteraciones emocionales pueden estar generadas por las numerosas pérdidas a las que tiene que hacer frente el paciente renal (pérdida de la función renal, del bienestar, de su lugar en la familia y en el trabajo, de recursos financieros y de su función sexual), por la continua incertidumbre en la que vive (respecto a su supervivencia, dependencia de la tecnología médica, etc.), el estrés inherente a las sesiones, la depresión es uno de los factores que afectan negativamente al enfermo renal. Por lo tanto, es importante identificar depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón". Para poder incidir en la instauración de una atención multidisciplinaria e integral del paciente y el entorno familiar en que se desenvuelve.

En un estudio realizado en el servicio de diálisis del Hospital de Palamós, España en el año 2012 encontraron una prevalencia de depresión en un 42,9% de los pacientes; diferente resultado al de nuestro estudio ya que se encontró una prevalencia de depresión del 80%; también fue diferente a lo publicado por Rivera y colaboradores en el 2012, reportando una prevalencia de depresión del 30%.¹¹

El estudio de la familia en los pacientes con enfermedad renal crónica y particularmente en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis es un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas.⁶

En un estudio realizado en el 2011 por Vázquez V, Ortega M, Cervantes D, en el área de Nefrología del Hospital General de zona no. 15 de Reynosa Tamaulipas, encontraron que la estructura familiar de los pacientes con depresión fue nuclear en el 50% de los pacientes, 62% eran casados, y 72.5% habían estudiado hasta la secundaria,¹⁴ similar a nuestro estudio donde el tipo de familia de acuerdo a su composición es la nuclear con un 58.75%, se observó que predominó la depresión

en los pacientes que están casados con un 46% y el 69% de los pacientes con depresión tienen de secundaria a ninguna escolaridad.

El diagnóstico de enfermedad renal crónica provoca estados emocionales negativos, a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye a una recuperación del paciente y de este modo que logre adaptarse a la enfermedad y adopte además estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios frecuentes.

Es indudable que el cuidado emocional del paciente con terapias de sustitución de la función renal permitirá disminuir los altos costos por internamientos frecuentes y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, es importante que las autoridades sanitarias implementen programas encaminados a otorgar un modelo de atención multidisciplinario incorporando a otros profesionales de la salud para el cuidado de estos pacientes, tales como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas que ayuden a brindar mayores redes de apoyo y a entablar una relación más estrecha a los familiares con el propio paciente realizando una atención integral con un enfoque biopsicosocial.

8. Conclusión

En la presente investigación se estudiaron un total de 80 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G5, que acudieron a consulta externa del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón en el periodo de enero a junio del 2017. Se observó que el 80% de los pacientes presento depresión y el 20% no la presento.

Con respecto a los pacientes que presentaron depresión se mostró que predomino la depresión leve en un 40%, seguida de la depresión moderada 15%, grave en un 10%, intermitente 9% y extrema en un 6%. Se observó que predomino la depresión en el sexo femenino con un 47.5%.

El tipo familiar por su composición con mayor porcentaje de depresión fue la nuclear con un 58.75%, seguida de la familia extensa con un 16.25%, monoparental 3.75% y por último los que no tienen familia con un 7.5%; de acuerdo a la demografía familiar los pacientes que habitan en una zona urbana mostraron mayor porcentaje de depresión en un 47.5%; en cuanto al desarrollo familiar se observó mayor presencia de depresión en el paciente con familia tradicional. Según su integración se mostró que los pacientes con familias desintegradas presentaban mayor depresión en un 61%.

En este estudio se pudo observar que es muy frecuente la aparición de la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica G5 y entre mayor tiempo de evolución con este padecimiento, aumentan los casos de depresión. La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico.

Dentro de los principios éticos del médico para la atención del paciente, se dice que el médico no solo atenderá los aspectos orgánicos de la enfermedad, sino que también intervendrá en beneficio de la salud mental y bienestar emocional de los pacientes y sus familiares; es por ello que como médico familiar pretendo contribuir en la mejora de la calidad de salud de los pacientes tanto física como mental.

Por medio del presente estudio logramos crear recomendaciones para mejorar la calidad de la atención y salud de los pacientes estudiados, asimismo consideramos que se podrían realizar diversas investigaciones derivadas de este estudio.

9. Recomendaciones

- Realizar una investigación de intervención psicológica dirigida a los pacientes con enfermedad renal crónica que presentan depresión y evaluar la eficacia de la misma, a manera de mejorar la salud emocional de los pacientes estudiados.
- Proporcionar mayor información a familiares y pacientes sobre la enfermedad y sus complicaciones, por medio de pláticas o en citas programadas.
- Incluir la atención psicología a los pacientes con enfermedad renal crónica G5 a fin de brindar una mejor calidad de la atención.
- Implementar capacitaciones a pacientes con enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus e hipertensión sobre complicaciones como la enfermedad renal y terapias sustitutivas con diálisis, a fin de concientizar sobre la magnitud de la enfermedad.
- Impartir capacitaciones continuas al personal de salud sobre la detección oportuna de la enfermedad renal, para otorgar una atención multidisciplinaria y se eviten complicaciones en los pacientes.

10. Referencias bibliográficas

1. Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos J, Sánchez-Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*. 2016 may 25; 18 (3): 228-236.
2. Guía de Práctica Clínica. IMSS-335-09 prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. [Consultado el 19 de enero del 2018] Disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf.
3. Barros Higgins L, Herazo Beltrán Y, Aroca Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Facultad de Medicina de La Universidad Nacional De Colombia*. 2015 oct; 63 (4): 641-647.
4. Rivera Ledesma A, Montero López L, Sandoval Ávila R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*. 2012 ago; 35(4): 329-337.
5. Gómez Villaseca L, Pac Gracia N, Manresa Traguany M, Lozano Ramírez S, Chavarría Montesinos J. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2015 jun; 18 (2): 112-117.
6. Matos Trevín G, Román Vargas S, Remón Rivera L, Álvarez Vázquez B. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Multimed Revista Médica*. 2016; 20(1): 75-89.
7. Perales Montilla C, Stefan Duschekb, Reyes del Pasa G, Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2016; 36(3): 275–282.
8. Herrera Añazco P, Palacios Guillen M, Mezones Holguín E, Hernández A, Chipayo Gonzales D. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *An Fac med*. 2014; 75(4):323-326.
9. Matos Óp. cit. pág. 79.
10. Gómez Óp. cit. pág. 112-113
11. Rivera Óp. cit. pág. 329
12. Gutiérrez Óp. cit. pág. 230.

13. Perales Óp. cit. pág. 275
14. Vázquez Martínez V, Ortega Padrón M, Cervantes Vázquez D. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis en el área de Nefrología del hospital General de zona no. 15 de Reynosa Tamaulipas. *Aten Fam.* 2016; 23(1):29-33.
15. Moreno Núñez U, Arenas Jiménez M, Porta Bellmar E, Escalant Calpena L, Cantó García M, Castell García G, Serrano Gómez F, Samper Llobregat J, Millán Mayol D, Cases Iborra J. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.* 2004; 7(4): 225/233.
16. Matos Óp. cit. pág. 76
17. Guía de Práctica Clínica. IMSS-335-09. Óp. cit. pág. 10
18. Gutiérrez Óp. cit. pág. 229
19. Guía de Práctica Clínica. IMSS-335-09. Óp. cit. pág. 22
20. Guía de Práctica Clínica. IMSS-335-09. *Ibíd.* pág. 23
21. Gutiérrez Sánchez Óp. cit. Pág. 229
22. Rivera Óp. cit. Pág. 330
23. Norma Oficial Mexicana 171-SSA1-1998. Para la práctica de hemodiálisis. Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/171ssa18.htm>.
24. Guía de Práctica Clínica. IMSS-161-09 diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015 dic. [Consultado el 24 de enero del 2018] Disponible:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf: 1-64.
25. Guía de Práctica Clínica. IMSS-161-09. *Ibíd.* pág. 17
26. Guía de Práctica Clínica. IMSS-161-09. *Ibíd.* pág. 22
27. Guía de Práctica Clínica. IMSS-161-09. *Ibíd.* pág. 19-20
28. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>.
29. Huerta González JL. Medicina familiar la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª ed. México (D F): Alfil. 2005. p. 14-16.

30. Irigoyen. Nuevos fundamentos de medicina familiar 6ª ed. México (D F): Medicina familiar mexicana. 2015. p.185-188.
31. Ley General de Salud [Consultado el 19 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
32. NOM 025-ssa2-1994. Óp. cit. Pag.4
33. NOM 171-SSA1-1998. Óp. cit. pag.3
34. Guía de Práctica Clínica. IMSS-335-09. Óp. cit. pág. 9
35. GPC IMSS-727-14 tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro social. [Consultado el 19 de enero del 2018]. Disponible:<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf>. Pág. 8.
36. Guía de Práctica Clínica. IMSS-161-09. Óp. cit. pag.13

Anexos

Anexo 1. Test de Beck depresión se aplica a mayores de 13 años (B-II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale con un círculo cuál de las afirmaciones de cada grupo **describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

1	<p>1)No me siento triste.</p> <p>2)Me siento triste.</p> <p>3)Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.</p> <p>4)Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p>	12	<p>1)No he perdido el interés por otras cosas.</p> <p>2)Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre</p> <p>3)He perdido casi todo el interés por otras personas.</p> <p>4)He perdido todo mi interés por otras personas.</p>
2	<p>1)No me siento especialmente desanimado ante el futuro.</p> <p>2)Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>3)Siento que no tengo nada que esperar.</p> <p>4)Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</p>	13	<p>1)Tomo decisiones casi siempre.</p> <p>2)Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.</p> <p>3)Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.</p> <p>4)Ya no puedo tomar decisiones.</p>
3	<p>1)No creo que sea un fracaso.</p> <p>2)Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.</p> <p>3)Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.</p> <p>4)Creo que soy un fracaso absoluto como persona.</p>	14	<p>1)No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.</p> <p>2)Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.</p> <p>3)Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.</p> <p>4)Creo que me veo feo.</p>
4	<p>1)Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.</p> <p>2)No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.</p> <p>3)Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.</p> <p>4)Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>	15	<p>1)Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>2)Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.</p> <p>3)Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.</p> <p>4)No puedo trabajar en absoluto.</p>
5	<p>1)No me siento especialmente culpable.</p> <p>2)No me siento culpable una buena parte del tiempo.</p> <p>3)Me siento culpable casi siempre.</p> <p>4)Me siento culpable siempre.</p>	16	<p>1)Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>2)No puedo dormir tan bien como solía.</p> <p>3)Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.</p> <p>4)Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.</p>
6	<p>1)No creo que este siendo castigado.</p> <p>2)Creo que puedo ser castigado.</p> <p>3)Espero ser castigado.</p> <p>4)Creo que estoy siendo castigado.</p>	17	<p>1)No me canso más que de costumbre.</p> <p>2)Me canso más fácilmente que de costumbre.</p> <p>3)Me canso sin hacer nada.</p> <p>4)Estoy demasiado cansado como para hacer algo.</p>
7	<p>1)No me siento decepcionado de mí mismo.</p> <p>2)Me he decepcionado a mí mismo.</p> <p>3)Estoy disgustado conmigo mismo.</p>	18	<p>1)Mi apetito no es peor que de costumbre.</p> <p>2)Mi apetito no es tan bueno como solía ser.</p> <p>3)Mi apetito esta mucho peor ahora.</p>

	4)Me odio.		4)Ya no tengo apetito.
8	1)No creo ser peor que los demás. 2)Me critico por mis debilidades o errores. 3)Me culpo siempre por mis errores. 4)Me culpo de todo lo malo que sucede	19	1)No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente. 2)He rebajado más de dos kilos y medio. 3)He rebajado más de cinco kilos. 4)He rebajado más de siete kilos y medio.
9	1)No pienso en matarme 2)Pienso en matarme, pero no lo hare 3)Me gustaría matarme. 4)Me mataría si tuviera la oportunidad	20	1)No me preocupo por mi salud más que de costumbre. 2)Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. 3)Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa. 4)Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
10	1)No lloro más de lo de costumbre. 2)Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. 3)Ahora lloro todo el tiempo. 4)Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.		
11	1)Las cosas no me irritan más que de costumbre. 2)Las cosas me irritan más que de costumbre 3)Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. 4)Ahora me siento irritado todo el tiempo.	21	1)No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. 2)Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía Estar. 3)Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 4)He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 2." Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Guerrero."

Buen día mi nombre es Leticia Campos Villano, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de identificar Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón" de Chilpancingo, Guerrero. La información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta. Escriba en el recuadro la respuesta de la opción que corresponda a la cuestión y/o encierre el número

Folio: _____ Número de Expediente _____

Derechohabiente: _____ Fecha de Ingreso: _____

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1.	Edad:	
2	Sexo	1 Femenino 2 Masculino
3	Estado civil	1 Casado(a) 2 Soltera(o) 3 Unión estable 4 Viuda(o) 5 Divorciado(a)
4	Lugar de residencia	1 Chilpancingo 2 Otro
5	Etnia:	1 Ninguna 2 Tlapaneco 3 Mixteco 4 Amuzgo
6	Religión	1 Católica 2 Cristiana 3 Pentecostés 4 No tiene 5 Otra
7	Escolaridad	1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Licenciatura 6 Posgrado
8	Ocupación	1 Ama de casa 2 Empleada 3 Desempleada 4 Estudiante 5 Otra: _____
9	Estado socioeconómico en base a la ocupación del jefe de familia	1 Campesina 2 Obrera 3 Técnica 4 Profesional técnica 5 Profesional
10	Estructura familiar	1 Nuclear (padre y madre con hijos) 2 Extensa (padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos

		<p>consanguíneos de adopción o de afinidad)</p> <p>3 Extensa compuesta (Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres)</p> <p>4 Sin familia</p>
11	Según su demografía	<p>1 Urbana</p> <p>2 Rural</p>
12	En base a su integración	<p>1 Integrada</p> <p>2 Semi-integrada</p> <p>3 Desintegrada</p>
13	En base a su desarrollo:	<p>1 Moderna</p> <p>2 Tradicional</p>
14	Estadio de ERC según clasificación de KDIGO 2012.	<p>1 G1</p> <p>2 G2</p> <p>3 G3</p> <p>4 G4</p> <p>5 G5</p>
15	Tiempo de evolución de su enfermedad renal crónica	R:

Anexo 3. Consentimiento informado

El propósito de este estudio es estimar la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo gro, en el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

La información se obtendrá a través del test “Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Guerrero.” y del test de Beck depresión (B-II).

A través del estudio se busca detectar depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar canalizar su atención en caso necesario a la Clínica de Salud Mental para recibir apoyo terapéutico especializado y así tratar la depresión que beneficiara su apego al tratamiento y su calidad de vida.

El investigador y los que colaboran en este estudio nos comprometemos a siempre buscar el beneficio de los pacientes y tratar de disminuir al mínimo el daño a la salud que pueda causar la realización de este estudio.

Se hace constar que la participación es voluntaria, puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión o sin pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Los datos de identificación se mantendrán en forma confidencial.

Nota: Si usted identifica que se han violado sus derechos puede reportarlo al CEEI al teléfono: (Presidente del CEEI) 01 (747) 49 43 100 Ext. 1235 y/o al correo martha.teliz@hotmail.com

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

He sido invitado a participar en una investigación para detección de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica, me han informado que no habrá riesgos para mi salud y que puedo discernir de participar en cualquier momento de la investigación sin que esto me cause represalias, se me ha explicado que en caso de resultar con depresión se me canalizara para recibir apoyo terapéutico especializado.

Mi médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este hospital.

Nombre del participante _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del participante _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre y firma de quien solicito el Consentimiento _____

Anexo 5. Dictamen para el acceso a la información

C: _____ a las _____
hrs. Del día _____ de _____ del 2017.

Acepto la realización del trabajo de investigación titulado: Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, Chilpancingo, Gro., en el periodo de enero a junio del 2017.

El propósito de este estudio es estimar la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica y su tipología familiar atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo gro, en el periodo comprendido de enero a junio del 2017. Manifiesto que tras haber leído el documento de consentimiento informado, me considero adecuadamente informado.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para la realización de la recolección de datos de expedientes clínicos de pacientes atendidos en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón en el período de enero a junio del 2017.

Nombre y firma del aceptante

Nombre y firma del testigo

Anexo 6. Tablas

Características	Depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sociodemográficas						
Edad						
15 – 24	4	5	0	0	4	5
25 – 34	3	4	2	3	5	6.25
35 – 44	9	11	1	1	10	12.5
45 – 54	8	10	4	5	12	15
55 – 64	21	26	4	5	25	31.25
65 a mas	19	24	5	6	24	30
Total	64	80	16	20	80	100
Sexo						
Femenino	38	47.5	7	8.75	45	56.25
Masculino	26	32.5	9	11.25	35	43.75
Total	64	80	16	20	80	100
Estado civil						
Casado(a)	37	46	10	13	47	58.75
Soltera(o)	15	19	1	1	16	20
Unión estable	3	4	1	1	4	5
Viuda(o)	8	10	4	5	12	15
Divorciado(a)	1	1	0	0	1	1.25
Total	64	80	16	20	80	100
Lugar de residencia						
Chilpancingo	29	36.25	10	12.5	39	48.75
Otro	35	43.75	6	7.5	41	51.25
Total	64	80	16	20	80	100
Etnia						
Ninguna	60	75	15	18.75	75	93.75
Tlapaneco	1	1.25	0	0	1	1.25
Mixteco	0	0	1	1.25	1	1.25
Otra	3	3.75	0	0	3	3.75
Total	64	80	16	20	80	100
Región						
Católica	57	71.25	14	17.5	71	88.75
Cristiana	4	5	2	2.5	6	7.5
Ateo	1	1.25	0	0	1	1.25
Otra	2	2.5	0	0	2	2.5
Total	64	80	16	20	80	100
Escolaridad						

Anexo 6. Tablas

Ninguna	19	23.75	2	2.5	21	26.25
Primaria	22	27.5	5	6.25	27	33.75
Secundaria	14	17.5	8	10	22	27.5
Preparatoria	5	6.25	1	1.25	6	7.5
Universidad	4	5	0	0	4	5
Total	64	80	16	20	80	100
Ocupación						
Ama de casa	29	36.25	7	8.75	36	45
Empleada(o)	1	1.25	1	1.25	2	2.5
Desempleada(o)	23	28.75	4	5	27	33.75
Estudiante	2	2.5	0	0	2	2.5
Otra	9	11.25	4	5	13	16.25
Total	64	80	16	20	80	100
Nivel socioeconómico						
Campesina	27	33.75	7	8.75	34	42.5
Obrera	28	35	6	7.5	34	42.5
Técnica	7	8.75	2	2.5	9	11.25
Profesional	2	2.5	1	1.25	3	3.75
Total	64	80	16	20	80	100

Anexo 6. Tablas

Características familiares	Depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Composición familiar						
Nuclear	47	58.75	11	13.75	58	72.5
Extensa	11	13.75	2	2.5	13	16.25
Monoparental	1	1.25	2	2.5	3	3.75
Sin familia	5	6.25	1	1.25	6	7.5
Total	64	80	16	20	80	100
Demografía familiar						
Urbana	38	47.5	10	12.5	48	60
Rural	26	32.5	6	7.5	32	40
total	64	80	16	20	80	100
Desarrollo familiar						
Moderna	29	36.25	10	12.5	39	48.75
Tradicional	35	43.75	6	7.5	41	51.25
Total	64	80	16	20	80	100
Integración familiar						
Integrada	4	5	0	0	4	5
Semi-integrada	11	13.75	1	1.25	12	15
Desintegrada	49	61.25	15	18.75	64	80
Total	64	80	16	20	80	100