



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15

TÍTULO DE LA TESIS:

**ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO,
EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15,
IMSS**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2022-3701-036

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

PRESENTA:

HUITRÓN AVALOS VIRIDIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS :

DRA BEATRIZ LUIZ VILLAGÓMEZ



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2023



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.

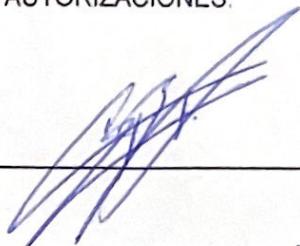
**ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO,
EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15,
IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

PRESENTA:

HUITRÓN AVALOS VIRIDIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DRA. LYDIA CRISTINA BARRIOS DOMÍNGUEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO CHURUBUSCO



DRA. NANCY GARCÍA CERVANTES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO CHURUBUSCO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. MARÍA YOLADA ROCHA RODRÍGUEZ

PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, PRADO CHURUBUSCO



**ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO,
EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15,
IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

PRESENTA:

**HUITRÓN AVALOS VIRIDIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:

ASESORES DE TESIS:



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "B. Villagómez", written over a horizontal line.

**DRA. BEATRIZ LUIZ VILLAGÓMEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO,
EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15,
IMSS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

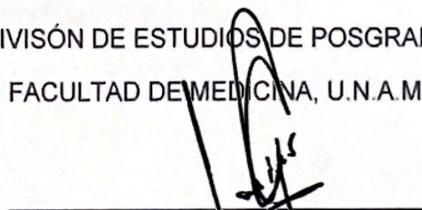
PRESENTA:

HUITRÓN AVALOS VIRIDIANA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

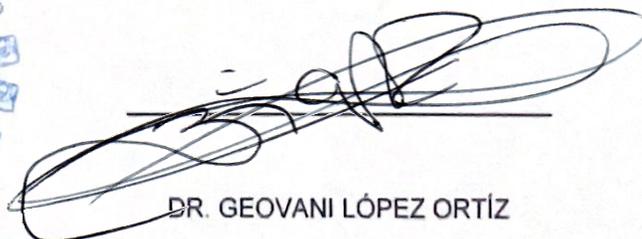
AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3701.
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS 17 CI 09 014 056
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 018 2018100

FECHA Miércoles, 01 de junio de 2022

M.E. BEATRIZ LUIZ VILLAGOMEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO, EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, NÚMERO 15, IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3701-036

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

ATENTAMENTE

Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

Firma



IMSS
SECRETARÍA DE SALUD
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos:

Queridas hijas, les agradezco por los momentos sacrificados en nuestra vida como familia, para avanzar en la elaboración de esta tesis, gracias por siempre estar presente a mi lado y nunca juzgarme, gracias mis princesas hermosas por ser la fuente de mi esfuerzo y todas las energías requeridas en este camino, gracias por ser el motor de mi vida, el motor que siempre esta encendido y dispuesto a escucharme, a entenderme y a darme una hermosa sonrisa cuando mas la necesite. Fátima agradezco tu amabilidad, tu apoyo, tu comprensión, tu sinceridad y tu amor para conmigo en este trayecto.

Valentina agradezco tu felicidad, tus locuras, tu amor, tu paciencia, tu inocencia, tus travesuras, tus canciones y bailes para facilitar los días pesados y difíciles.

Mi esposo, Aarón agradezco tu motivación e impulso para realizar mi residencia médica, gracias por tu paciencia extrema, tu amor, tu compañía mientras realizaba este proyecto. Gracias por cada café preparado. Gracias por ayudarme a controlar el estrés, gracias por siempre confiar en mi capacidad, por apoyarme en todos mis procesos, por involucrarte en mi vida académica, por estar a mi lado día a día. Gracias por los buenos y malos momentos. Pero sobre todo por tu amor.

Le doy gracias a Dios por la vida de mis padres. Por mantenerlos a mi lado, por continuar en el mismo camino, y darme la oportunidad de disfrutar su compañía. Le agradezco a mis padres por todos los esfuerzos que realizaron desde mi infancia, para apoyarme a lograr mis sueños, por la educación que me otorgaron. Gracias infinitas a mi madre por todo el amor que me da día a día.

Gracias a mis hermanos por su compañía, por su confianza, por su apoyo y por estar a mi lado en los momentos más complicados.

Gracias a mis sobrinos por estar a mi lado. Gracias a mis suegros por creer en mí. Gracias a San y al tío Miguel por su ayuda cuando mas necesitaban cuidado mis niñas.

Gracias a mamá Coco que, en su décima década de la vida, me demuestra que ni la edad, ni el cansancio, ni la fatiga te puede detener, y que uno mismo pone sus límites.

Gracias a mi perfecta Pao, y al tío Lalo por todo su apoyo, confianza, consejos, por tolerar mis malos momentos, pero sobre todo por todas las sonrisas y carcajadas en estos 3 años juntos.

Gracias a mi asesora de tesis Dra. Luiz por su tiempo brindado, su guía, su aportación de consejos para la realización de este protocolo de investigación.

No existe el buen tiempo ni el mal tiempo. Solo existe el tiempo y tu actitud ante él.

Louise Hay

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Huitrón
Apellido materno	Avalos
Nombre	Viridiana
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	307056430

DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno	Luiz
Apellido materno	Villagómez
Nombre	Beatriz

DATOS DE LA TESIS

Título	Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS.
No. De páginas	
Año	2023

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
OBJETIVOS	27
HIPÓTESIS	28
MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	33
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	41
METODO DE RECOLECCION.....	42
CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN:.....	43
ASPECTOS ÉTICOS.....	44
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	50
RESULTADOS	52
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63
ANEXO 1	64
ANEXO 2	66
TABLAS Y GRÁFICAS.....	72

RESUMEN

“ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO, EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, NÚMERO 15, IMSS”

Autores: Huitrón Avalos Viridiana¹, Luiz Villagómez Beatriz².

1 Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar N° 15, Prado Churubusco. IMSS

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Médico Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar N° 15, Prado Churubusco. IMSS

Antecedentes: El Trastorno Depresivo es un trastorno psiquiátrico, puede tener una aparición importante en pacientes con patologías crónicas.

Objetivo: Determinar la asociación entre Enfermedad Renal Crónica y Trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, 15, IMSS.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, de casos y controles, prolectivo, retrospectivo. En pacientes ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, excluyendo a los que no tengan consentimiento informado firmado, con discapacidad intelectual, que no sepan leer y escribir. Se estudiara la asociación entre Enfermedad Renal Crónica y Trastorno Depresivo.

Análisis estadístico: Se llevará a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Se calcula el valor de p (chi cuadrada), razón de momios e intervalo de confianza.

Consideraciones éticas: contara con la aprobación de ética e investigación del Comité de ética de la Unidad de Medicina Familiar, así como consentimiento informado.

Recursos: Investigador, asesores, equipo de cómputo, impresora, lápices, hojas blancas, USB, los gastos del estudio serán financiados por la autora del mismo.

Infraestructura: Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.15 Churubusco, IMSS

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollar: Los investigadores cuentan con formación en investigación clínica, educativa, de comportamiento organizacional y administración humana (diplomados, maestrías y doctorados), así como en el uso de métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos para la investigación en salud. Los participantes tienen experiencia de manera personal en investigación y en la problemática a estudiar. Se realizará de Marzo del 2020 a Marzo del 2022.

Palabras clave: Depresión, Enfermedad Renal crónica.

ABSTRACT

Intruduction: Depressive disorder is a psychiatric disorder, it can have an important appearance in patients with chronic pathologies.

Objective: Determine the association between chronic renal disease and depressive disorder, in patients assigned to the Family Medicine Unit, 15, IMSS.

Materials and Methods: Observational, analytical, cases and control study, prolective, retrospective. In patients both sexes, over 18, with a diagnosis of chronic kidney disease, excluding those who do not have signed informed consent, with intellectual disability, who do not know how to read and write. The association between chronic renal disease and depressive disorder will be studied.

Statistical analysis: It will be carried out through the SPSS 22 Windows program. The p value (chi square), odds ratio, and confidence interval are calculated.

Ethical considerations: It will have the approval of ethics and investigation of the Ethics Committee of the Family Medicine Unit, as well as informed consent.

Resources: Researcher, advisors, computer equipment, printer, pencils, white leaves, USB, the expenses of the study will be financed by the author of the same.

Infrastructure: facilities of the Family Medicine Unit No.15 Churubusco, IMSS

Group and time experience to be developed: researchers have training in clinical, educational, organizational behavior and human administration (diploma, masters and doctorates), as well as in the use of quantitative, qualitative and mixed methods for health research . Participants have experience in a personal way in research and in the problem to study. It will be held from March 2020 to March 2022.

Keywords: depression, chronic kidney disease.

**“ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y
TRASTORNO DEPRESIVO, EN PACIENTES, ADSCRITOS
A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, NÚMERO 15,
IMSS”**

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida de la mayoría de los habitantes del mundo y en específico de los mexicanos, se caracterizan por moderada a baja actividad física, por lo que aumentan los casos de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, dislipidemias, etc. Estas enfermedades someten al riñón, a un mayor esfuerzo, causando una lesión tisular, disminuyendo la tasa de filtrado glomerular, traduciendo esto en daño renal progresivo. Dando como resultado un aumento en el número de casos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Cuando la filtración glomerular disminuye, se requiere intervención de un equipo interdisciplinario, el cual valora, que tipo de tratamiento es el indicado para cada paciente. Con apoyo de asesoría para alimentación personalizada basada en nutrición renal, aminoácidos de alfacetoanalogos, sustitución renal con diálisis peritoneal, hemodiálisis, y en el mejor de los casos trasplante renal, lamentablemente existe una gran lista de espera para trasplante renal. Al momento de dar el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, el paciente percibe pérdida de autonomía e independencia, pierde la seguridad de tener una adecuada salud, siente miedo al sufrimiento e incertidumbre de la muerte. Esto lo sumerge en un cuadro de ansiedad, sentimientos negativos como: tristeza, enojo, desilusión. Por ende le cuesta más trabajo mantener la concentración y apegarse al tratamiento. Esto como un círculo vicioso lo lleva a deteriorar progresivamente su estado general. Un gran porcentaje de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica cursan con datos de trastorno depresivo. El cual amerita ser detectado y tratado a tiempo.

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Antecedentes y epidemiología

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una entidad clínica bien definida, secundaria a múltiples etiologías con factores de riesgo comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), una población envejecida que se incrementa constantemente, con enfermedades crónicas en aumento a expensas de la diabetes mellitus (dm) e hipertensión

arterial (HTA) y la presencia de más de una enfermedad en un mismo paciente, que de no identificarse a tiempo, conduce inexorablemente a la enfermedad renal crónica terminal (ERC-T) requiriendo terapia renal de reemplazo (TRR) o sustitutiva (s) por diálisis o trasplante renal ante el daño funcional renal irreversible.¹

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se reconoce cada vez más como un problema de salud pública mundial y un importante contribuyente a la morbilidad y la mortalidad. Los principales contribuyentes a la carga de la ERC son el aumento de casos de diabetes, hipertensión y obesidad, que son factores de riesgo tradicionales bien establecidos para la ERC. Se desconoce la contribución de los factores de riesgo de ERC no tradicionales, incluida la exposición a nefrotoxinas, cálculos renales, factores fetales y maternos, infecciones, factores ambientales y lesión renal aguda, a la carga global de ERC.²

La incidencia, la prevalencia y la progresión de la enfermedad renal crónica varía entre países de acuerdo al origen étnico y a los determinantes sociales de la salud, posiblemente por una influencia epigenética.³

Alrededor del mundo, 415 millones de adultos tienen Diabetes, 1.4 billones de adultos tienen hipertensión, y 2.1 billones de niños y adultos presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en adultos con Diabetes tipo 2 es de aproximadamente 25 a 40% dependiendo de factores poblacionales. En los Estados Unidos, la prevalencia de ERC es de aproximadamente 30% entre adultos con hipertensión y de 17% en adultos con obesidad.²

Un dato de importancia en México, las mujeres tienen una de las tasas de año de vida ajustadas por discapacidad más altas de ERC (relacionada con obesidad, diabetes e hipertensión), así como zonas en Nicaragua, Guatemala y el Salvador, donde se presenta ERC de causa no especificada, altamente prevalente en hombres, principalmente relacionado con factores de riesgo no tradicionales.²

La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en México en 2001 fue de 338 pacientes por millón de población/año, mientras que en el 2014 fue de 1,568 pacientes por millón de población/año.⁴

De acuerdo al reporte de salud mundial de la OMS y al proyecto de carga global de la enfermedad (Global Burden of Disease Study 2015), la ERC en México en el 2013 fue la tercera causa de mortalidad ajustada por edad y sexo con el 9% de todas las muertes reportadas, además de contribuir al 8.1% de los años perdidos de vida por muerte prematura (APMP) y el 5.7% de los años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA).³

El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. En el año 2014, el tratamiento de IRC, representó para el instituto, el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), aproximadamente \$13,250 millones de pesos; este gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con IRC). Se estima además que si en nuestro país, el acceso a diálisis fuese universal, se requeriría una inversión de más de 33,000 millones de pesos anuales, lo que representaría cerca del 40% del presupuesto nacional destinado a salud.⁴

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en el 2016, la ERC causó 13,132 defunciones, colocándola en la décima causa de muertes totales, y avanzando al noveno lugar en la mortalidad en mujeres, lo cual indica un aumento de casos en comparación a 2014 y 2015.

Definición

La Enfermedad Renal Crónica se define como una disminución de la función renal demostrada por la Tasa de Filtrado Glomerular (GFR) de menos de 60 ml/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente.³

Daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño renal (orina, sangre o imágenes). Se estratifica en cinco estadios. La finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbimortalidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis.¹

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS), la organización panamericana para la salud (OPS) y al Reporte Anual del Sistema de Datos Renales de Estados Unidos (USRDS) 2014, se estima que el 10% de la población mundial cursa con ERC (luyckx v, 2017).³

La ERC se clasifica según la causa, la categoría de TFG y la categoría de albuminuria (CGA). La Kidney International Supplements toma los siguientes criterios que son representados por los siguientes marcadores de daño renal, de los cuales necesita contar con uno o más: albuminuria, anormalidades en el sedimento urinario, trastornos de los electrolitos y otras anomalías debidas a trastornos tubulares, anormalidades detectadas por cortes histológicos, anormalidades estructurales detectadas por imágenes, historia de Trasplante Renal y/o disminución de la TFG (TFG ≤ 60 ml / min / 1,73 m²). (Tabla 1) ³

Para la evaluación de la tasa de filtrado glomerular la guía de diario oficial de la Sociedad Internacional de Nefrología recomienda utilizar creatinina sérica en la ecuación de estimación de la TFG para la evaluación inicial. Se sugiere, el uso de pruebas adicionales (como la Cistatina C o una medición de aclaramiento) para las pruebas de confirmación, en pacientes en quien la creatinina sérica es menos precisa.

Tener una enfermedad renal es estresante y podría provocar una variedad de reacciones emocionales, especialmente depresión. González y colaboradores, notaron depresión severa (1963) en la mitad de los pacientes. Herrero y colaboradores (1985) encontró que la proporción de pacientes era del 47% según lo medido por el cuestionario de Depresión de Beck (BDI). Mientras tanto, Watnick y colaboradores (2005) encontraron una prevalencia del 19 % de depresión mayor en una cohorte de 62 pacientes en diálisis de Oregón, EE. UU. Sin embargo, Craven y colaboradores (1988) encontraron que solo el 8,1% cumplía con los criterios para la depresión mayor del Manual Diagnostico y Estadístico, tercera edición. Kimmel y sus colegas informaron que entre los pacientes ambulatorios que fueron tratados con HD, aproximadamente el 25% de ellos estaban deprimidos, con puntuaciones medias de BDI que correspondían a niveles leves de depresión en la población general (Cohen y colaboradores (2007)).⁵

Aunque la depresión y la diálisis son relativamente comunes entre las personas con ESRD, se han realizado pocos estudios sistemáticos del suicidio en esta población. Estudios de Kurrella y colaboradores (2005) muestra que desde 465. 563 pacientes, 44, 465 (9.6%) se retiraron de la diálisis antes de la muerte y 264 (0.0005%) murieron por suicidio en los EE. UU.⁵

Los mecanismos de afrontamiento para cada paciente con Enfermedad Renal son diferentes y pueden estar influenciados por las diferencias de personalidad, religión, cultura y apoyo moral y socioeconómico. Se predijo que la asociación de un tipo particular de afrontamiento con la adherencia del paciente dependería del tipo específico de condiciones estresantes (Christensen y col., 1995). Estos incluyen cómo dichos individuos podían hacer frente al estrés que estaba influyendo en su bienestar psicológico, funcionamiento social y salud somática (Folkman y Lazarus, 1988). La elección de estrategias de afrontamiento es un aspecto conductual importante de la personalidad que se ha examinado en estudios de depresión y enfermedades crónicas. El uso de estrategias de afrontamiento menos activas y más pasivas se ha asociado con un aumento de los síntomas de depresión en pacientes que viven con enfermedades crónicas, incluidas enfermedades que tienen un componente sustancial de fatiga (Bardwell y col., 2001) los estudios han demostrado que los pacientes con ESRD experimentan diferentes niveles de calidad de vida y utilizan una amplia gama de mecanismos de afrontamiento para manejar su enfermedad y su vida diaria (gudex, 1995. Valderrábano y col, 2001).⁵

Vivir con Enfermedad Renal Crónica y diálisis puede ser estresante, ya que afecta casi todos los aspectos de la vida del paciente. Este estudio mostro que muchos pacientes en diálisis sufren depresión, de acuerdo con los hallazgos de los estudios de Hinrichsen y col, (1989) y Craven y col. (1988).⁵

En este estudio encontró que a pesar de que la depresión es un problema psicológico común entre los pacientes con ESRD en Malasia, el porcentaje de pacientes que experimentan depresión severa fue pequeño. Este hallazgo puede deberse a varios factores. Uno de los factores contribuyentes fue el apoyo social recibido por los pacientes.⁵

Un informe anterior de Ibrahim y col (2011^a, b) en la misma población de estudio ha demostrado que el apoyo de familiares y amigos jugó un papel importante en la determinación de la calidad de vida de los pacientes, por lo que los pacientes que tenían puntuaciones altas de depresión tendían a tener una calidad de vida baja. La propia percepción de los pacientes hacia su enfermedad puede ser un determinante importante de la conducta que conduce a la depresión. La forma en que un paciente se siente y piensa sobre sí mismo, la enfermedad y también el tratamiento afectará su calidad de vida. ⁵

Se observó menos depresión entre los pacientes que tenían un buen control interpersonal y del tratamiento y mayor comprensión de su enfermedad. La rutina del tratamiento de diálisis y los diferentes niveles de salud física también pueden tener un impacto en los sentimientos de desesperanza, que pueden inducir episodios de depresión (Chilcot, y col, 2008). ⁵

La depresión es común en pacientes con ESRD, pero a menudo esta infradiagnosticada y poco estudiada. Todos los pacientes con ESRD deben ser monitoreados para detectar depresión y recibir el tratamiento adecuado en forma de psicoterapia o farmacoterapia. Los proveedores de atención médica, como enfermeras, psicólogos y psiquiatras, deberían desempeñar un papel más importante en ayudar a los pacientes con depresión a controlar sus emociones y proporcionar movilidad y horarios de tratamiento. ⁵

El uso de auto culpa o falta de compromiso conductual como estrategia de afrontamiento lleva a los pacientes a la depresión más fácilmente que otras habilidades de afrontamiento. El apoyo de los familiares y la consejería están indicados para reducir el nivel de depresión y auto culparse, y mejorar su calidad de vida. ⁵

La enfermedad renal en etapa terminal es una condición de privación emocional y física que puede conducir a la depresión. En este estudio muestra la importancia de como la habilidad de afrontamiento determina la depresión en pacientes con ESRD. Todos los médicos y psicólogos deben ser conscientes de la importancia de detectar la expresión en este grupo de alto riesgo y poder ofrecer un tratamiento físico y psicológico adecuado. Por lo que tenemos que tomar en cuenta los consejos sobre estrategias de afrontamiento adecuadas pueden ayudar a los pacientes a afrontar mejor su enfermedad y mejorar su calidad de vida. ⁵

DIALISIS PERITONEAL

El primer intento de usar el peritoneo humano para dializar los solutos de retención urémica se hizo hace casi 100 años. Durante las siguientes cinco décadas, la terapia evolucionó gradualmente con una expansión en nuestra comprensión de la cinética de solutos y agua que permitió la aplicación exitosa de este modo de diálisis. Esto, además del desarrollo del catéter permanente que proporcionó acceso a la cavidad peritoneal a voluntad y la estandarización de la composición del dializado a base de dextrosa, culminó con la introducción de la diálisis peritoneal ambulatoria continua en 1976. ⁶

La diálisis es un procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones, y permite la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal crónica. La misma se indica cuando la filtración glomerular es menor o igual a 15 ml/min/1.73m². La diálisis peritoneal se divide en dos grandes tipos: la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y la diálisis peritoneal automática (DPA), esta última con diferentes modalidades como son: la diálisis peritoneal continua cíclica (DPCC), la diálisis peritoneal ambulatoria diurna (DPAD), la diálisis peritoneal intermitente (DPI) la diálisis peritoneal intermitente nocturna (DPIN), y la diálisis peritoneal intermitente tidal (DPIT).⁷

Ha demostrado, ser eficaz en cuanto a dos principales objetivos, la depuración de toxinas urémicas y el mantenimiento de un balance hidrosalino. En pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal hay que tener en cuenta que exista una adecuada disminución de exceso de volumen de líquidos, manejo de Hipertensión Arterial, manejo de anemia con eritropoyetina, prevención de peritonitis y prevenir complicaciones secundarias como hernias, tunelitis, hidrotórax, síndrome urémico, hipoalbuminemia y el deterioro de la integridad cutánea.⁷

La implementación exitosa de la diálisis peritoneal de inicio urgente requiere la capacidad de educar a los pacientes derivados tardíamente con poca antelación sobre las opciones de tratamiento: colocar catéter de diálisis en el momento oportuno y ofrecer diálisis intermitente en un hospital o centro de diálisis.⁶

Existen algunas ventajas y desventajas de la diálisis peritoneal:

Ventajas: terapia de diálisis en el hogar sin maquina compleja, fácil de enseñar y colocar en terapia domiciliaria, más fácil para viajar, dieta más liberal y asignación de líquidos, más barato que la hemodiálisis, más adecuado para niños, ancianos y pacientes con diabetes o inestabilidad cardiovascular, eliminación continua de fluidos y solutos, y preservación más prolongada de la función renal residual.

Desventajas: infecciones, complicaciones metabólicas y mecánicas, riesgo de diálisis inadecuada / posibilidad limitada para aumentar la adecuación, desnutrición, viabilidad a largo plazo, problemas psicológicos relacionados con el catéter permanente, y fatiga por el uso continuo, especialmente en personas mayores. 8

HEMODIALISIS

La hemodiálisis consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias toxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, la sangre libre de toxinas vuelve al organismo a través de una cánula. Esta técnica no suple algunas funciones importantes del riñón, como las endocrinas y metabólicas. Suple las funciones como excreción de solutos, eliminación de líquido retenido y regulación del equilibrio acido base y electrolítico. Es un proceso lento que se realiza conectando el paciente a una maquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana. 9

Las indicaciones para hemodiálisis son síntomas urémicos mayores, serositis, encefalopatía urémica, polineuropatía urémica malnutrición, anorexia severa, hiperkalemia persistente refractaria a tratamiento médico, acidosis persistente refractaria a tratamiento médico, edema agudo de pulmón refractario e hipertensión arterial refractaria.9

Para lo cual existen contraindicaciones absolutas como son el estado vegetativo comatoso irreversible, dolor, sufrimiento intratable. Y contraindicaciones relativas como accidente vascular cerebral con secuelas graves, enfermedades malignas con metástasis, cirrosis hepática con encefalopatía, demencia y arteriosclerosis grave sintomática. 9

Existen factores sociales, y personales que llevan al paciente con enfermedad renal crónica a la negativa de aceptación de tratamiento de sustitución renal, son paciente que ya cuentan

con criterios para terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal y hemodiálisis los cuales no aceptan el tratamiento. La pobre red de apoyo, la situación anímica, la situación económica, y de independencia son algunos de los tantos puntos por los cuales el paciente se niega a recibir este apoyo, por lo que abandonan el tratamiento, y regresan a su atención con complicaciones importantes, que ponen en peligro su vida.

TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (encuesta internacional de salud mental OMS, 2012), con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% (Kessler et al., 2007) y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030. ¹⁰

La prevalencia de depresión es variable según el país y así, el National Comorbidity Survey Replication (www.hcp.med.harvard.edu/ncs/americano) observó que un 16,2% de las personas presentan depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada: 12,1%). (Programa de acción para mejorar la brecha de salud mental OMS). ¹⁰

En México según la Encuesta Epidemiológica de Salud Mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0). ¹ en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una prevalencia general de 7.2%.¹⁰

La depresión es un trastorno sin diagnosticar y sin tratar debido al estigma, la falta de terapias y recursos de salud mental adecuados. Casi la mitad de la población mundial vive en un país con solo dos psiquiatras por cada 100 000 habitantes. ¹¹

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia) dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Se posiciona como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbimortalidad. ¹⁰

Definición

La 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 mayor o menor grado están, presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anteponía, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. ¹⁰

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el Trastorno de Depresión Mayor, el Trastorno Depresivo Persistente (distimia), el Trastorno disfórico premenstrual, el Trastorno Depresivo Inducido por una sustancia/medicamento, el Trastorno Depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afecta significativamente a la capacidad funcional del individuo. ¹²

El Trastorno Depresivo Mayor como lo dice el DSM-V se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. ¹²

Para tener un estudio claro y más exacto se debe diferenciar entre la tristeza y tristeza del episodio depresivo mayor. Es muy importante percatarse cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional por lo que tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor.^{7 12} Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos.¹²

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción y varias afecciones médicas. Por lo tanto, se puede buscar la asociación de trastorno depresivo y enfermedad renal crónica.¹²

Los síntomas de los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Presencia de ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infra diagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes puede pasar desapercibido debido a que como se menciona en el DSM-V, cuando tienen episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.¹²

En pacientes con Enfermedad Renal Crónica, existen ciertos síntomas propios del desgaste renal, que se pueden empalmar con los del trastorno depresivo, como lo son la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga.

Cuando a un paciente le comunican del deterioro renal, lo hacen de manera paulatina, describiendo las actividades que debe realizar y las que debe suspender, para conservar o mejorar la función renal. Por lo que poco a poco comienzan una etapa de duelo, lo que es un factor de riesgo para cursas con cuadro depresivo.

Es en este momento que pueden referir incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones. Por ende, se puede llegar a tener un desapego al tratamiento, y seguir avanzando a un daño renal permanente. Por esta situación es importante el estudio de la asociación entre Enfermedad Renal Crónica y Trastorno Depresivo, para comenzar con un tratamiento oportuno. Si este se trata con éxito, los problemas de memoria y concentración a menudo desaparecen por completo y como resultado podremos tener un mejor apego a tratamiento, mejorando el estilo de vida, y siguiendo un tratamiento farmacológico adecuado.

El daño renal irreversible, debe ser tratado con diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante renal. Esto se convierte, en un factor de riesgo para padecer Trastorno Depresivo mayor. El cual se empieza a presentar con pensamientos de angustia, invalidez, sentimientos de pesimismo, muerte, ideación suicida o intento de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. Ej. Cáncer, Infarto Cerebral, Infarto de Miocardio, Diabetes, Embarazo) alguno de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. Ej. Pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el Cáncer, la hipersomnolia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. ¹²

El Trastorno Depresivo Mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de esta se debe al suicidio. La prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en adolescencia temprana. ¹²

El Trastorno Depresivo Mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece tener un pico hacia los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez en la ancianidad. ¹²

Existen algunas diferencias en cuanto los síntomas: la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores. La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. ¹²

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes. Las características que se asocian a unas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas. El riesgo de recurrencia se vuelve progresivamente menor con el tiempo conforme se incrementa la duración de la remisión. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia. ¹²

Factores de riesgo

Temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos o modificaciones del curso. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la Diabetes, la Obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas. ¹²

Tratamiento

El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional. ¹³

Tratamiento farmacológico

Se ha demostrado que el tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave.¹⁴

La Guía de práctica clínica de Madrid, recomienda el manejo escalonado, el cual consiste en tres niveles;

Depresión leve: evaluación, apoyo, psicoeducación. Intervenciones psicológicas y antidepresivos.

Depresión moderada: intervenciones psicológicas, antidepresivos con tratamiento combinado.

Depresión grave y/o resistente: estrategias farmacológicas, intervenciones psicológicas, tratamiento combinado y terapia electroconvulsiva.

El tratamiento combinado de terapia cognitivo conductual más antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas. Sin embargo, no se observó ningún beneficio en añadir tratamiento antidepresivo a la TCC al finalizar el tratamiento o al mes.¹³

Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción. La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. Los fármacos antidepresivos no generan adicción. ¹ se recomienda elegir los antidepresivos que presenten menor interferencia con el metabolismo de otros fármacos, especialmente en el caso de pacientes polimedicados.¹³

Es muy importante recordar que hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunos estudios señalan una respuesta más temprana, especialmente en aquellos pacientes que al final alcanzan la remisión del cuadro.¹³

La eficacia de los ISRS se ha evaluado en muchos ensayos clínicos controlados que han mostrado tasas de respuesta similares para estos agentes en el trastorno depresivo mayor en comparación con los antidepresivos tricíclicos, pero con mayor tolerabilidad, por lo que se recomienda iniciar el tratamiento con inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. ¹⁵

A diferencia, en pacientes que cuentan con otras patologías no psiquiátricas o con polifarmacia, se sugiere como antidepresivos de primera elección Sertralina o Citalopram. Que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos. ¹³

Tratamiento no farmacológico

El manejo de los pacientes con trastorno depresivo se realiza con tratamiento farmacológico más tratamiento no farmacológico. El cual consiste en terapia cognitivo conductual, activación conductual, terapia de solución de problemas, terapia incluyendo a la pareja, terapia interpersonal, counselling, terapia psicodinámica breve y otras intervenciones psicoterapéuticas. Existe evidencia de algunos estudios realizados en pacientes con tratamiento para enfermedad renal crónica, en donde observamos diferentes posturas. La prevalencia de síntomas depresivos entre los pacientes de diálisis en KSA es relativamente baja. Especularon que esto puede deberse a los factores sociales, religiosos y culturales únicos que caracterizan a ese país. Sin embargo, pudimos identificar una serie de características que se asociaron con una mayor sintomatología depresiva. ¹⁶

Dado que la atención de pacientes con múltiples enfermedades crónicas representa la mayor parte de los costos de atención médica, se necesitan enfoques efectivos para administrar una atención tan compleja en la atención primaria. Un enfoque posible para organizar servicios para pacientes con múltiples condiciones es identificar grupos de enfermedades coexistentes con pautas de manejo compatibles (p. ej., diabetes y enfermedad coronaria). La depresión mayor es prevalente entre los pacientes con diabetes y enfermedad coronaria y es un factor de riesgo de mal autocuidado, complicaciones y muerte. ¹⁷

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Entre los instrumentos de autoevaluación disponibles, El Inventario de Depresión de Beck (BDI), con 21 ítems, es uno de los más populares para síntomas depresivos en todo el mundo. La aparición de trastornos depresivos en todo el mundo justifica el uso de escalas de autoevaluación para detectar depresión. Estos deben ser económicos y fácil de administrar, con buena aceptación por parte de los usuarios en el ámbito de la salud pública.¹⁸

Dentro de sus ventajas se encuentra su conocimiento internacional, su alta consistencia interna en psiquiatría, su alta validez, su sensibilidad al cambio. Discrimina de forma fiable entre depresivos y no depresivo, no mide una entidad nosológica, y es se ha dado a conocer en muchos idiomas ¹⁹

El Inventario de Depresión de Beck ((BDI-II)) fue desarrollado por Beck en 1 988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), el Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y el Anxiety Checklist (ACL). Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como Screening en población general.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (de 11,4) y en sujetos normales 15,8 (de 11,8). Somoza y cols, han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento. Posee una elevada consistencia interna (alfa de cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71.

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: Las enfermedades cronicodegenerativas, son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. De este grupo la Hipertensión Arterial, y la Diabetes tipo 2 no controladas, se reconocen como factores de riesgo para desarrollar Enfermedad Renal. Se estima que 1 de cada 10 adultos, en el mundo, tiene Enfermedad Renal Crónica. Del mismo modo un gran porcentaje de pacientes con Enfermedad Renal, tienen diagnosticado Trastorno depresivo. En estudios previos se ha encontrado, prevalencia importantes de pacientes con Enfermedad Renal Crónica y Trastorno Depresivo. En la UMF número 15, contamos con pacientes con diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, los cuales por la naturaleza de las enfermedades cronicodegenerativas podría presentar Trastorno Depresivo. Al mismo tiempo se ha observado en la UMF 15, que los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal o hemodiálisis acuden a la consulta externa con sentimientos de tristeza, por lo que genero interés por buscar si existe una asociación entre la Enfermedad Renal Crónica y el Trastorno Depresivo.

Viabilidad: La OMS y las instituciones de salud cuentan con programas que promueven la prevención de enfermedades cronicodegenerativas en México y el mundo. El IMSS cuenta con un modelo preventivo de enfermedades crónicas, que tiene como objetivo atajar el crecimiento de estas. Del mismo modo se cuenta con consulta de psicología y psiquiatría para el tratamiento oportuno de Trastorno Depresivo.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la prevención o detección oportuna de las patologías que en él se estudiarán.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: A la larga este padecimiento traerá repercusiones económicas a nuestro sistema de salud, pues las enfermedades cronicodegenerativas, y mentales para las cuáles es factor de riesgo son enfermedades que utilizan muchos recursos de nuestro sector salud y se relacionan con enfermedades mentales, que aumentan el grado de discapacidad, incapacidad laboral y dependencia de cuidador.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estadísticas en México y el mundo sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades cronicodegenerativas no son nada favorables, en la actualidad siguen en aumento. Las enfermedades cronicodegenerativas no controladas, son un factor de riesgo para el desarrollar Enfermedad Renal Crónica, la cual sigue una historia de la enfermedad tórpida al no apearse al tratamiento adecuado. Llegando a ameritar un manejo sustitutivo renal, con apoyo, farmacológico, diálisis peritoneal o hemodiálisis. Los pacientes con manejo sustitutivo renal, pierden su autonomía, se apoyan de un cuidador primario, por lo que cambian su dinámica diaria, tanto social como laboral. Lo que los mantiene en un estado de ánimo no favorable, cursando con alteraciones mentales, tales como duelo patológico, y/o trastorno depresivo, y/o trastorno de ansiedad, etc. En la UMF 15 se cuenta con pacientes con Enfermedad Renal Crónica, los cuales tiene un tratamiento establecido, con farmacología permanente, diálisis peritoneal o hemodiálisis, por lo que la mayoría ha tenido que cambiar su estilo de vida, incluso llegar a la incapacidad laboral a temprana edad, por lo que podríamos pensar que un porcentaje de estos pacientes podrían estar cursando con Trastorno Depresivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existirá asociación, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica y el Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación que existe en pacientes con Enfermedad Renal Crónica y Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Definir la asociación que existe en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, en manejo con Diálisis Peritoneal y Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS.

Reportar si existe asociación en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, en manejo con Hemodiálisis y Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS.

Identificar la asociación en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que rechazaron manejo con diálisis peritoneal y/o hemodiálisis pero que están en tratamiento farmacológico y Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H_0)

El diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, no se asocia con Trastorno Depresivo.

Hipótesis alterna (H_1)

El diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, se asocian con Trastorno Depresivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación: Cuantitativo.

Diseño y características: Estudio observacional, analítico, de casos y controles, prolectivo y retrospectivo.

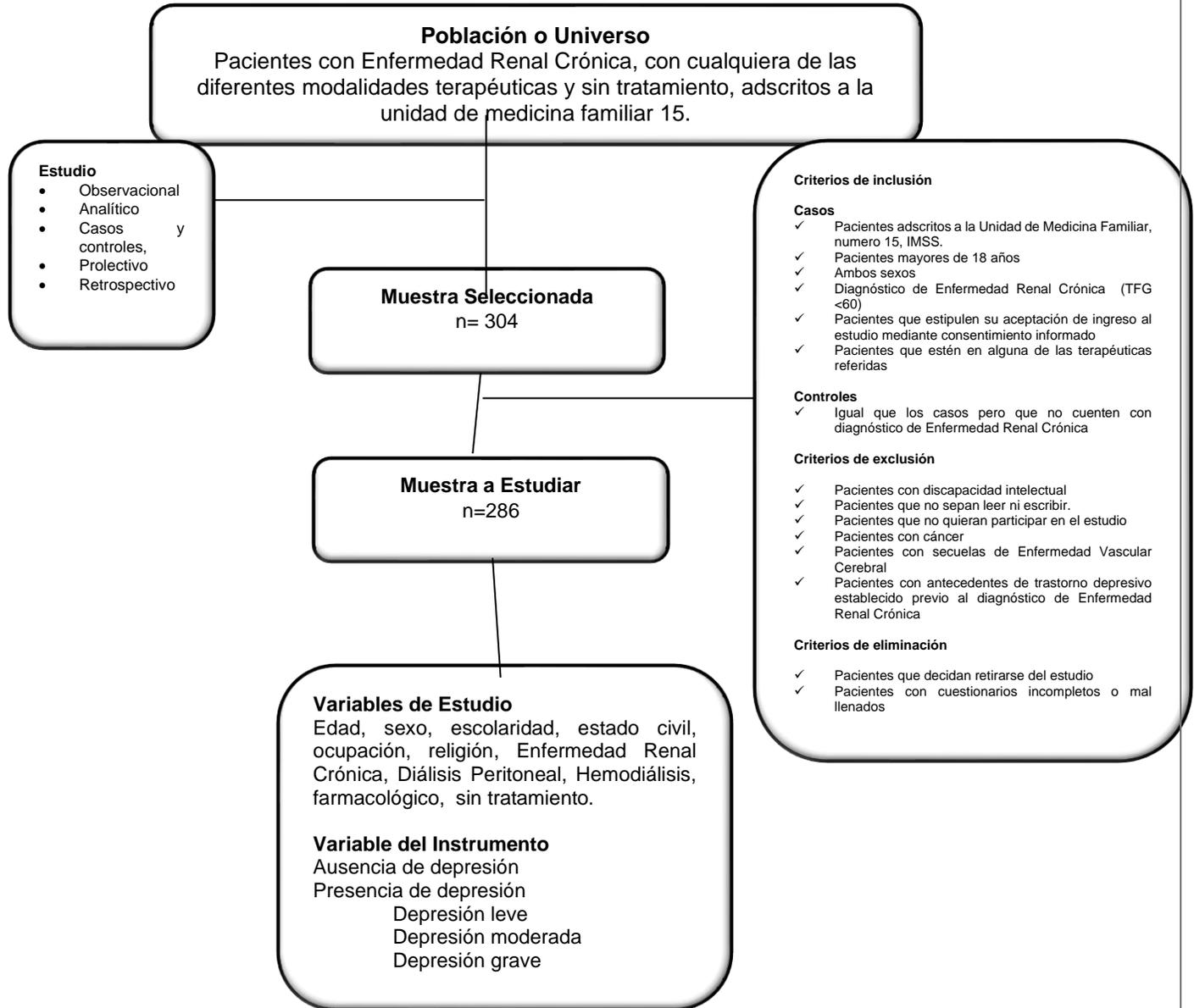
Las principales variables de la investigación son dos variables cualitativa, nominal, dicotómica. Se calcula el valor de p (chi cuadrada), razón de momios e intervalo de confianza.

- a) **Observacional.** De acuerdo con la intervención del investigador en el fenómeno que se analiza. Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.
- b) **Analítico.** Se intentan establecer las causas o factores de riesgo de determinados problemas. Esto se hace comparando dos o más grupos, algunos de los cuales experimentan o están a punto de experimentar el problema y otros a los que no afecta
- c) **Prolectivo.**
- d) **Retrospectivo.** De acuerdo al periodo en que se capta la información. Estudio cuya información se obtuvo anteriormente a su planeación con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretende realizar.
- e) **Casos y controles.**

Caso: pacientes mayores de 18 años, con Enfermedad Renal Crónica, en sus diferentes modalidades de tratamiento; pacientes con hemodiálisis, pacientes con diálisis peritoneal, o pacientes con rechazo a tratamiento.

Controles: pacientes con edad semejante, que tengan antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2, adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar, número 15, que no tengan diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Viridiana Huitrón Avalos

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La investigación se llevara a cabo en la población de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar, Numero 15, Prado Churubusco, CDMX, que acudan a la consulta externa, durante el periodo de Enero 2022 hasta completar tamaño de muestra.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA

Para un estudio descriptivo de dos variables cualitativas, se requiere una muestra necesaria, de 304 pacientes, con 152 casos, 152 controles. Pacientes con un intervalo de confianza de 95%.

- a. Frecuencia de exposición entre los casos: 75%. $p_1 = 0.75$
- b. Frecuencia de exposición entre los controles: 60%, $p_2 = 0.60$
- c. Odds ratio previsto: 2
- d. Nivel de seguridad: 95%. (0.95)
- e. Poder estadístico: 80%. (0.80)

$$f. = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_1 - \beta \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$g. Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$

$$h. z_1 - \beta = 0.84$$

$$i. p = \frac{p_1 + p_2}{2} \quad p = \frac{0.75 + 0.60}{2} \quad \frac{0.75 + 0.60}{2} = 0.675$$

$$j. n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_1 - \beta \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$k. n = \frac{\left[1.96 \sqrt{2(0.675)(1-0.675)} + 0.84 \sqrt{0.75(1-0.75) + 0.60(1-0.60)} \right]^2}{(0.75 - 0.60)^2}$$

$$l. \frac{\left[1.96 \sqrt{2(0.675)(1-0.675)} + 0.84 \sqrt{0.75(1-0.75) + 0.60(1-0.60)} \right]^2}{(0.75 - 0.60)^2} = 152$$

n= 152

152 Casos

152 Controles

304 Pacientes en total

Muestreo:

Muestreo no probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Casos

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar, número 15, IMSS.

Pacientes mayores de 18 años

Ambos sexos

Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (TFG <60)

Pacientes que estipulen su aceptación de ingreso al estudio mediante consentimiento informado

Pacientes que estén en alguna de las terapéuticas referidas

Controles

Igual que los casos pero que no cuenten con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con discapacidad intelectual

Pacientes que no sepan leer ni escribir.

Pacientes que no quieran participar en el estudio

Pacientes con cáncer

Pacientes con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral

Pacientes con antecedentes de trastorno depresivo establecido previo al diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que decidan retirarse del estudio

Pacientes con cuestionarios incompletos o mal llenados

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermedad Renal Crónica

Definición conceptual: La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de enfermedad renal.

Definición operativa: Pacientes con filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ calculada con CKD EPI

Opciones terapéuticas:

- Hemodiálisis: El sistema de hemodiálisis es un equipo médico cuya función es la de reemplazar la actividad fisiológica principal de los riñones en pacientes que sufren de insuficiencia renal, removiendo agua y desechos metabólico, mediante el proceso por el cual la sangre del paciente se pone en contacto con una membrana semipermeable a través de la cual se lleva a cabo el proceso de difusión.
- Diálisis peritoneal: procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones y permite la supervivencia de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, cuando la filtración glomerular es menor o igual a $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$. Mediante un catéter peritoneal, a través por el cual entra y sale el líquido, colocado en cavidad peritoneal, espacio en el abdomen que sostiene los órganos principales.
- Tratamiento farmacológico. Pacientes los cuales cuentan una TFG menor d $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ pero mayor a $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ y sin valores séricos que ameriten iniciar terapia de sustitución renal. En los cuales el objetivo es la nefroprotección, mantener en control patologías de base como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipideia y anemia.
- Sin diálisis en tratamiento farmacológico. Pacientes que cuenten con criterios para terapia de sustitución renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis) y no acepten tratamiento, por lo que continúan con tratamiento farmacológico para control de patologías de base, terapia nutricional, y alfacetoanalogos de aminoácidos.

Escala de medición: Nominal

SI/ NO

VARIABLE DEPENDIENTE: Trastorno Depresivo

Definición conceptual: La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. El grado de severidad se evaluara con Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Definición operativa: Se utilizara el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para determinar ausente y presente

Escala de medición: nominal

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido de una persona, desde su nacimiento hasta el día que se interroga.	Años cumplidos	Discreta	Numero enteros
Sexo	Cualitativa	Características biológicas y/o fisiológicas que definen al hombre y a la mujer, masculinas o femeninas.	Femenino Masculino	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de la familia.	Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo No especificado	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Divorciado 6. Viudo 7. No especificado
Escolaridad	Cualitativa	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Sin escolaridad Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria o bachillerato general Bachillerato tecnologico Estudios tecnicos o comerciales Escuela normal Licenciatura Especialidad Maestria Doctorado	Ordinal	1. Sin escolaridad 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria o bachillerato general 6. Bachillerato tecnologico 7. Estudios tecnicos o comerciales

					8. Escuela normal 9. Licenciatura 10. Especialidad 11. Maestría 12. Doctorado
Ocupación	Cualitativa	<p>La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.</p>	<p>Estudiante Desempleado Se dedica a quehacer de su hogar Empleada (o) u obrera (o) Jornalera (o) o peón (a) Patrón o empleador Ayudante con pago Trabajador por cuenta propio Trabajador sin pago Pensionado o jubilado</p>	Nominal	1. Estudiante 2. Desempleado 3. Se dedica a quehacer de su hogar 4. Empleada (o) u obrera (o) 5. Jornalera (o) o peón (a) 6. Patrón o empleador 7. Ayudante con pago 8. Trabajador por cuenta propio 9. Trabajador sin pago 10. Pensionado o jubilado
Religión	Cualitativa	<p>Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto</p>	<p>Católica Cristiana Testigo de Jehová Ninguna Otra</p>	Nominal	1. Ninguna religión 2. Católica 3. Otras religiones o movimientos religiosos 4. Ateo / agnósticos 5. No especificado

Elaboro: Huitrón Avalos Viridiana

DEFINICIÓN OPERATIVA PATOLOGIAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Hipertensión Arterial Sistémica	Cualitativa	Pacientes con diagnostico y tratamiento establecido de Hipertension Arterial Sistémica. La cual es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstriccion artrial e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevacion de la presion arterial sistémica > 140/90 mmhg, de acuerdo a la guia eruropea para el manejo de la hipertension.	SI NO	Nominal	1. SI 2. NO
Diabetes tipo 2	Cualitativa	Hemoglobina glucosilada > 6.5%, nivel de glucosa en sangre en ayunas superior o igual a 126 mg/dl, glucosa sérica superior o goal a 200 mg/dl a last 2 horas de la ingesta de	SI NO	Nominal	1. SI 2. NO

		75mg azúcar.			
Enfermedad Renal Crónica	Cualitativa	Presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m ² sin otros signos de enfermedad renal.	SI NO	Nominal	1. SI 2. NO
Función renal	Cualitativa	La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria	G1: >90, normal G2: 60 – 89 G3a: 45 – 59, leve a moderada G3b: 30-44, moderada a grave G4: 15-29, grave G5: <15. Falla renal	ORDINAL	1. G1 2. G2 3. G3a 4. G3b 5. G4 6. G5
Transtorno de Depresión	Cualitativa	La depresión es un trastorno del	Se utilizara el Inventario de Depresión de	Nominal	1. SI 2. NO

		<p>estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento.</p>	<p>Beck-II (BDI-II) para determinar presencia o ausencia de depresión.</p>		
<p>Severidad de Depresion</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>El grado de severidad se evaluará con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</p>	<p>Se utilizará el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para determinar el estado depresivo con las siguientes dimensiones: Ausencia de depresión 0-13 Depresión leve 14-19 Depresión moderada 20-28 Depresión grave 29-63</p>	<p>Ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de depresión 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión grave

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central y de dispersión, además de medidas de distribución de frecuencias.

Para dos variables cualitativas, nominales se utilizara el valor de p (chi cuadrada), razón de momios e intervalo de confianza.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Inventario autoaplicado, describe diversos síntomas de depresión. Posee una elevada consistencia interna (alfa de cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71.

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (*Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes mayores de 13 años. La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general, autoaplicada, utilizando solo lápiz y papel.

ANEXO 2

Puntuación Nivel de depresión

Rango de 0 a 63

0-13 ausencia de depresión.

14-19 depresión leve.

20-28 depresión moderada.

29-63 depresión grave.

METODO DE RECOLECCION

En las instalaciones de la unidad de medicina familiar No. 15 Prado Churubusco se buscaran derechohabientes, de ambos sexos, dentro del rango de edad de 20 a 60 años, con diagnostico establecido de enfermedad renal crónica. Se les otorgara una explicación, con lenguaje claro y coherente, sobre el estudio, y los motivos por los cuales se está realizando. A los cuales se les aplicar una hoja de recolección de variables sociodemográficas (anexo 1), así como el instrumento evaluación, por medio de Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (anexo 2), con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo) para participar en dicho estudio.

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:

- Se realizará una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos se someterá a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se elegirán grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicará el instrumento Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), el cual esta validado con un alfa de Cronbach de 0.90.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaran los datos recabados.
- Los resultados serán analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 20 de Windows, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularán los resultados.

PRUEBA PILOTO

Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. **Confidencialidad:** Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. **Consentimiento Informado:** Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;
- II. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en

los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

- III. **Investigación con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe

proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio son determinar si existe una **ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, SUS DIFERENTES TERAPEUTICAS Y TRASTORNO DEPRESIVO, EN PACIENTES, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15, IMSS**. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador. Viridiana Huitrón Avalos
- Director de protocolo: Luiz Villagómez Beatriz
- Aplicador de encuestas. Viridiana Huitrón Avalos
- Recolector de datos: Viridiana Huitrón Avalos
- Asesor clínico y metodológico: Luiz Villagómez Beatriz

Físicos:

- Unidad de Medicina Familiar No. 15 Prado Churubusco, IMSS.

Materiales:

- Inventario de depresión de Beck (BDI-2)
- Computadora
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	18000
	Impresora	1	2000
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	850
	Lápices	10	30
	Internet	1	1000
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
		Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		31930

RESULTADOS

Se analizaron 304 pacientes, durante el periodo de Enero 2022 a Enero 2023, en la Unidad de medicina familiar número 15, prado Churubusco, CDMX. Divididos en dos grupos. Grupo 1, control 136 pacientes y grupo 2, 150 casos. Se excluyeron 18 pacientes por mal llenado de encuestas.

En los cuales la edad media fue de 64,41 años, con una desviación estándar de +/-15.25, mediana de 65.50 años y una moda de 61 años (tabla 1, grafica 1).

Predominando el sexo femenino con un 60.5% (n= 173) sobre el sexo masculino con un 39.5% (n=113) (tabla 2, grafica 2).

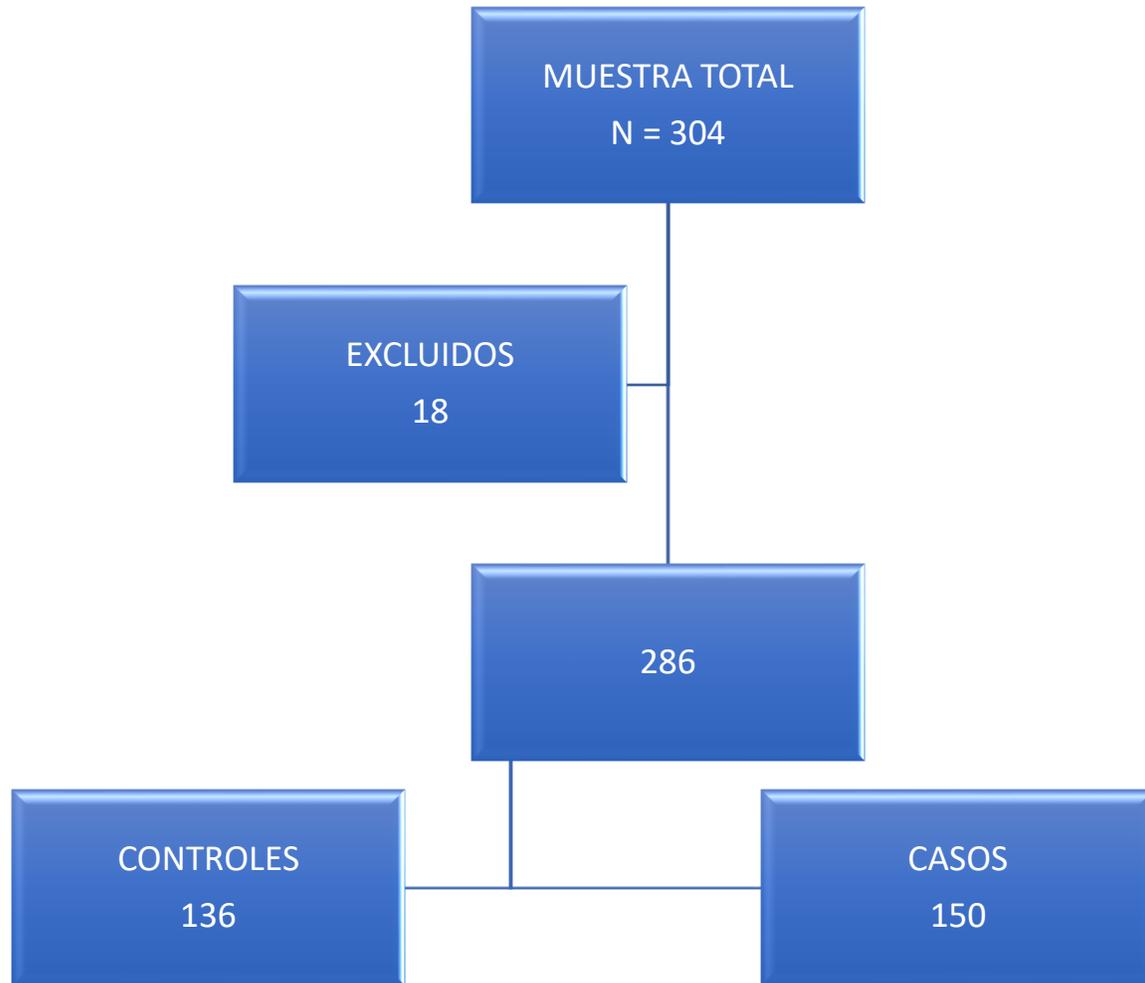
El estado civil más frecuente fue casado con un 31.1% (n=89), sobre unión libre con un 29.7% (n=85), 13.6% (n=39) viudo, 11.9% (n=34) soltero, 8.7% (n=25) divorciado, 4.5% (n=13) separado, 0.3% (n=1) no especificado (tabla 3, grafica 3).

En el apartado de escolaridad predomina nivel secundaria con un 36.4% (n=104), seguido de 19.2% (n=55) sin escolaridad, 18.9% (n=54) primaria, 12.2% (n=35) preparatoria o bachillerato general, 4.2% (n=12) licenciatura, 3.5% (n=10) estudios técnicos, 3.1% (n=9) preescolar, 1% (n=3) bachillerato tecnológico, 0.3 % (n=1) especialidad (tabla 4, grafica 4).

Predominando la ocupación de empleado u obrero con un 34.3% (n=98), pensionado o jubilado 27.6% (n=79), se dedica a quehaceres de su hogar 21.7% (n=62), trabajador por su cuenta propia 7% (n=20), estudiante 4.5% (n=13), desempleado 3.8% (n=11), jornalera (o) o peón (a) 0.3% (n=1), patrón o empleador 0.3% (n=1) y ayudante con pago 0.3% (n=1) (tabla 5, grafica 5).

Según su religión se distribuye de la siguiente manera católico con un 84.3% (n= 241), otras religiones o movimiento religioso 7.7% (n=22), no especificado 4.9%(n=14), ninguna religión 2.8% (n=8) y ateo / agnóstico 0.3% (n=1) (tabla 6, grafica 6).

FLUJOGRAMA



GRUPO 1. CONTROLES.

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad renal crónica.

Se analizaron 136 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad renal crónica.

En los cuales la edad media fue de 65.07 años, con una desviación estándar de +/-10.911, mediana de 65.07 años y una moda de 61 años (tabla 7, grafica 7).

Predominando el sexo femenino con un 69.3% (n=82) sobre el sexo masculino con un 39.7% (n=54) (tabla 8, grafica 8).

Estado civil más frecuente fue unión libre 31.6% (n=43), seguido de casado con un 27.2% (n=37), viudo 20.6% (n=28), soltero 8.8 % (n=12), divorciado 6.6% (n=9), separado 4.4% (n=6), no especificado 0.7% (n=1) (tabla 9, grafica 9).

En el apartado de escolaridad predomina por mayor frecuencia nivel secundaria con un 35.3% (n=48), seguido de 24.3% (n=33) primaria, 15.4% (n=21) preparatoria o bachillerato general, 6.6%(n=9) sin escolaridad, 6.6%(n=9) estudios técnicos o comerciales, 5.9% (n=8) licenciatura, 2.9% (n=4) preescolar, 0.7%(n=1) especialidad y 0.7%(n=1) doctorado (tabla 10, grafica 10).

Predominando la ocupación de empleado u obrero con un 32.4% (n=44), pensionado o jubilado 29.4% (n=40), se dedica a quehaceres de su hogar 27.2% (n=37), trabajador por su cuenta propia 5.1% (n=7), desempleado 5.1% (n=7), jornalera (o) o peón (a) 0.7% (n=1), patrón o empleador 0% (n=0) y ayudante con pago 0% (n=0) y estudiante con 0% (n=0) (tabla 11, grafica 11).

Según su religión se distribuye de la siguiente manera católico con un 86.8% (n=118), no especificado 5.9%(n=8), otras religiones o movimiento religioso 4.4% (n=6), ninguna religión 2.9% (n=4) y ateo / agnóstico 0.0% (n=0) (tabla 12, grafica 12).

De los 136 pacientes que lograron clasificarse en el grupo de controles encontramos que 72.8% (n=99) cuenta con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica (tabla 13, grafica 13), 55.88% (n=76) con diagnóstico de Diabetes tipo 2 (tabla 14, grafica 14).

Se encontró que en este grupo control, contamos con un 22.1% (n=30) de pacientes con diagnóstico de Depresión según Escala de Beck (tabla 15, grafica 15). Y al clasificarlos según gravedad, quedan distribuidos de la siguiente manera. 14.7% (n=20) depresión leve, 6.6% (n=9) moderada y 0.7% (n=1) grave. (tabla 16, grafica 16).

De los 30 pacientes con diagnóstico de depresión del grupo control, 16 son mujeres, y 14 son hombres (tabla 17, gráfica 17).

23 cuentan con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica (tabla 18, grafica 18).

14 cuentan con diagnóstico de Diabetes tipo 2. (tabla 19, grafica 19).

GRUPO 2. CASOS.

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes tipo 2 más diagnóstico de Enfermedad renal crónica

Se estudiaron 150 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes tipo 2 más diagnóstico de Enfermedad renal crónica.

En los cuales la edad media fue de 63.80 años, con una desviación estándar de +/-16.74, mediana de 67 años y una moda de 72 años (tabla 20, grafica 20).

En donde el sexo femenino se presentó en un 60.7% (n=91) sobre el sexo masculino con un 39.3% (n=59) (tabla 21, grafica 21).

Estado civil se dividió en casado 34.7% (n=52), soltero 14.7% (n=22), unión libre 28% (n=42), separado 4.7% (n=7), divorciado 10.7% (n=16), viudo 7.3% (n=11), no especificado 0. (tabla 22, grafica 22).

En el apartado de escolaridad predomina nivel secundaria con un 37.3% (n=56), seguido de sin escolaridad 30.7%(n=46), primaria 14% (n=21), preparatoria o bachillerato general 9.3% (n=14), preescolar 3.3% (n=5), licenciatura 2.7% (n=4), maestría 1.3% (n=2), bachillerato tecnológico 0.7% (n=1) y estudios técnicos o comerciales 0.7% (n=1) (tabla 23, grafica 23).

La ocupación predominante es empleado u obrero con un 36% (n=54), pensionado o jubilado 26% (n=39), se dedica a quehaceres de su hogar 16.7% (n=25), trabajador por su cuenta propia 8.7% (n 13), desempleado 2.7 % (n=4), patrón o empleador 0.7% (n=1) y ayudante con pago 0.7% (n=1) y estudiante con 8.7% (n=13) (tabla 24, grafica 24).

La religión católica sigue predominando en este grupo con un 82% (n=123), otras religiones o movimiento religioso 10.7% (n=16), no especificado 4%(n=6), ninguna religión 2.7% (n=4) y ateo / agnóstico 0.7% (n=1) (tabla 25, grafica 25).

De los 150 pacientes que lograron clasificarse en el grupo de casos encontramos que 61.3% (n=92) con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica (tabla 26, grafica 26) y 59.3 % (n=89) con Diabetes tipo 2 (tabla 27, grafica 27).

Se encontró que en este grupo de casos contamos con un 45.3% (n=68) de pacientes con diagnóstico de Depresión según Escala de Beck (tabla 28, grafica 28). Al clasificarlos según gravedad, quedan distribuidos de la siguiente manera. 30% (n=45) depresión leve, 14% (n=21) moderada y 1.3% (n=2) grave. (tabla 29, grafica 29).

De los 68 pacientes con diagnóstico de Depresión del grupo de casos, 44 son mujeres, y 24 son hombres (tabla 30, gráfica 30).

38 presentan diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica. (tabla 31, grafica 31).

45 presentan diagnóstico de Diabetes tipo 2. (tabla 32, grafica 32).

Se realizó el análisis con tabla cruzada, calculando chi cuadrado y riesgo relativo, lo que nos otorga los siguientes datos:

Tabla de 2 x 2. Enfermedad renal crónica * depresión

Lo cual nos da un valor de p 0.001 con un riesgo de 2.93 con un intervalo de confianza (95%) con un mínimo de 1.74 y un máximo de 4.91. (tabla 33)

Tabla de 2 x 2. Hipertensión arterial sistémica * depresión

Valor de p 0.239 con un riesgo de 0.736 con un intervalo de confianza (95%) con un mínimo de 0.44 y un máximo de 1.22. (tabla 34)

Tabla de 2 x 2. Diabetes tipo 2 * depresión

Valor de p 0.535 con un riesgo de 1.17 con un intervalo mínimo de 0.71 y un máximo de 1.92 (tabla 35)

Tabla de 2 x n. terapéutica de Enfermedad renal crónica * depresión

Valor de p 0.787.

Sin tratamiento con un riesgo de 0.86 con un intervalo mínimo de 0.57 y un máximo de 1.29.

Hemodiálisis con un riesgo de 1.00 con un intervalo mínimo de 0.39 y un máximo de 1.26.

Diálisis con un riesgo de 0.7 con un intervalo mínimo de 0.32 y un máximo de 3.10. (tabla 36)

DISCUSIÓN

La depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (encuesta internacional de salud mental OMS, 2012), con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% (Kessler et al, 2007), menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés.¹⁰

En nuestra encuesta encontramos que la Enfermedad renal crónica tiene una importante asociación (**p=0.001**) con Depresión según escala de Beck, a comparación de los pacientes que solo cuentan con Diabetes y/o Hipertensión arterial sistémica.

En México según la Encuesta Epidemiológica de Salud Mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).¹⁰

La encuesta de 286 pacientes, 34.4% (n=98) presentaron Depresión. De los 98 pacientes con Depresión según escala de Beck, se clasifican en 61.22 % (n= 60) sexo femenino y 38.7% (n= 38) sexo masculino.

Alrededor del mundo, 415 millones de adultos tienen Diabetes, 1.4 billones de adultos tienen hipertensión, y 2.1 billones de niños y adultos presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en adultos con Diabetes tipo 2 es de aproximadamente 25 a 40% dependiendo de factores poblacionales.²

Según nuestra encuesta el 66.7% (n=191) cuentan con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, 57.69% (n=165) Diabetes tipo 2 y/o 52.44% (n=150) con Enfermedad renal crónica.

La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en México en 2001 fue de 338 pacientes por millón de población/año, mientras que en el 2014 fue de 1,568 pacientes por millón de población/año.⁴

Tener una enfermedad renal es estresante y podría provocar una variedad de reacciones emocionales, especialmente depresión. González y colaboradores, notaron depresión severa (1963) en la mitad de los pacientes. Herrero y colaboradores (1985) encontró que la proporción de pacientes era del 47% según lo medido por el cuestionario de Depresión de Beck (BDI). Mientras tanto, Watnick y colaboradores (2005) encontraron una prevalencia del 19 % de depresión mayor en una cohorte de 62 pacientes en diálisis de Oregón, EE. UU. Kimmel y sus colegas informaron que entre los pacientes ambulatorios que fueron

tratados con HD, aproximadamente el 25% de ellos estaban deprimidos, con puntuaciones medias de BDI que correspondían a niveles leves de depresión en la población general (Cohen y colaboradores (2007)).⁵

Vivir con Enfermedad Renal Crónica y diálisis puede ser estresante, ya que afecta casi todos los aspectos de la vida del paciente. Este estudio mostro que muchos pacientes en diálisis sufren depresión, de acuerdo con los hallazgos de los estudios de Hinrichsen y col, (1989) y Craven y col. (1988).⁵

Uno de los datos más relevantes y sobre todo foco de alerta, fue que se encontró una asociación importante entre los pacientes que presentan Depresión según escala de Beck y los que ya tienen establecido diagnóstico de Enfermedad renal crónica.

CONCLUSIONES

Se analizaron 304 pacientes, con una edad media de 64,41 años, con una desviación estándar de +/-15.25, predominando el sexo femenino con un 60.5 % (n= 173), en donde el estado civil más frecuente fue casado con un 31.1% (n=89), una escolaridad en nivel secundaria con un 36.4% (n=104), la ocupación más común fue empleado u obrero con un 34.3% (n=98), la religión mayormente mencionada fue católico con un 84.3% (n= 241).

Al clasificar y analizar los pacientes con enfermedad renal crónica más depresión según Escala de depresión de Beck, se encontró que el tipo de manejo de la enfermedad renal crónica con diálisis ($p= 0.817$), hemodiálisis ($p=0.735$) o sin tratamiento ($p=0.663$) no tiene una asociación directa con la presencia de Depresión.

Por último, en relación con nuestra pregunta de investigación

¿Existirá asociación, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica y el Trastorno Depresivo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS?

Aceptamos la **Hipótesis Alternativa (H1)**:

El diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, se asocian con Trastorno Depresivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Chipi Cabrera JA, Fernandini Escalona E. Presumptive chronic kidney disease in elderly adults [Internet]. Rev.Colomb. Nefrol. 2019 [citado 3 septiembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.6.2.352>
- 2.- A. Luyckx V, R. Tuttle K, Garcia-Garcia G, Benghanem Gharbi M, J.L. Heerspink H, W. Johnson D, Liu Z-H, Massy ZA, Moe O, G. Nelson R, Sola L, C. Wheeler D, L. White S. Reducing major risk factors for chronic kidney disease [Internet]. Kidney International Supplements. 2017 [citado 3 septiembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.003>
- 3.- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019 [citado 6 septiembre 2021]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 4.- Cortés-Sanabria L, Ayala-Cortés RA, Calderón-García CE, Silva-Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017 [Internet]. Revsaljal. 2017 [citado 6 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2017/sj171b.pdf>
- 5.- Ibrahim N, Kong Chiew Thong N, Desa A, Razali R. Depression and coping in adults undergoing dialysis for end-stage renal disease [Internet]. Asiapacific Psychiatry . 2013 [citado 10 septiembre 2021]. Disponible en: [10.1111/appy.12042](https://doi.org/10.1111/appy.12042)
- 6.- Mehrotra R, Devuyst O, Davies SJ, Johnson DW. The Current State of Peritoneal Dialysis [Internet]. J Am Soc Nephrol. 2016 [citado 20 octubre 2021]. Disponible en: [10.1681/ASN.2016010112](https://doi.org/10.1681/ASN.2016010112)
- 7.- Intervención de enfermería en el manejo ambulatorio de adulto con terapia sustitutiva de la función renal-dialisis peritoneal. Mexico Secretaria de Salud 2013. Disponible en; www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- 8.- Gokal R, Mallick NP. Peritoneal dialysis [Internet]. THE LANCET. 1999 [citado 20 octubre 2021]. Disponible en: [10.1016/S0140-6736\(98\)09410-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)09410-0)
- 9.- Pereira Rodríguez J, Boada Morales L, Peñaranda Florez DG, Torrado Navarro Y. Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia [Internet]. Rehabilitar Cúcuta IPS, Grupo De Investigación RehabilitarCI, Cúcuta – Colombia. 2005 [citado 30 octubre 2021]. Disponible en:http://www.afam.org.ar/textos/material_junio_2019/dialisis_y_hemodialisis_revisión_según_la_evidencia.pdf
- 10.- Diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC 2015 Instituto Mexicano del Seguro Social. [Citado 15 septiembre 2021]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 11.- Smith K. Mental health: a world of depression. Nature. [Internet]. NATURE NOV. 2014 [citado 12 septiembre 2021]. Disponible en: [10.1038/515180a](https://doi.org/10.1038/515180a). PMID: 25391942.

12.- [American Psychiatric Association - APA](#), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

13.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. [citado 25 septiembre 2021] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

14.- M. Cameron I, C. Reid I, A. Macgillivray S. Efficacy and tolerability of antidepressants for sub-threshold depression and for mild major depressive disorder [Internet]. Journal of Affective Disorders. 2014 [citado 30 septiembre 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.078>

15.- Machado M, Einarson TR. Comparison of ssris and snris in major depressive disorder: a meta-analysis of head-to-head randomized clinical trials [Internet]. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2010 [citado 10 octubre 2021]. Disponible en: [10.1111/j.1365-2710.2009.01050.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2009.01050.x)

16.- Al Zaben F, Ahmed Khalifa D, Gamal Sehlo M, Al Shohaib S, Shaheen F, Alhozali H, Osama Hariri A, Ghazi Ahmad R, Reda Kabli M, G. Koenig H. Depression in patients with chronic kidney disease on dialysis in Saudi Arabia [Internet]. Int Urol Nephrol. 2014 [citado 14 octubre 2021]. Disponible en: [10.1007/s11255-014-0802-2](https://doi.org/10.1007/s11255-014-0802-2)

17.- J. Katon W, H.B. Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, J. Ludman E, Young B. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses [Internet]. N Engl J Med. 2010 [citado 17 octubre 2021]. Disponible en: [10.1056/NEJMoa1003955](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003955).

18.- Pang Wang Y, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review [Internet]. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013 [citado 17 octubre 2021]. Disponible en: [10.1590/1516-4446-2012-1048](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048)

19.- Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory [Internet]. Psychopathology. 1998 [citado 17 octubre 2021]. Disponible en: <http://BioMedNet.com/karger>

20.- Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. [Internet]. Asamblea Médica Mundial. 1964. p. 8. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=3082755&orden=227343%0Ahttp://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

[21.](#)- M. DEGE. Normativas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos: pautas CIOMS [Internet]. Index Infectológico. 2008. p. 1–119. Available from: <http://www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/16791.pdf#page=11>

22.- Comportamiento. CN para la P de SH de IB y de. REPORTE BELMONT: PRINCIPIOS ETICOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCION DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACION. [Internet]. p. 1–10. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETC-CR/nr/rdonlyres/ena7zwmzpxffu44jh4evwz55t2cm3xeg7kxwld3hjae6np2vynxn3dy5hg7tsjt aqlwlkz57zxmho/belmontSP.pdf>

23.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [Internet]. 2022 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/default.html>

24.- Díaz S. P, Fernández S. P. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles [Internet]. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. 2002 [citado 1 enero 2022]. Disponible en: https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/muestra_casos2.pdf

25.- Cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 1.^a ed. México : Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ; 2021 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_cuest_ampliado.pdf

ANEXOS



ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASTORNO DEPRESIVO, EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, NÚMERO 15, IMSS

Investigadores a cargo:

Viridiana Huitrón Avalos Médico Residente Matricula 97385659 Adscripción UMF15

Beatriz Luiz Villagomez Médico Familiar Matricula 97151227 Adscripción UMF15

a) NSS _____

b) Fecha: _____

c) Edad: _____

d) Sexo:

- 1. Femenino
- 2. Masculino

e) Estado civil:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre
- 4. Separado
- 5. Divorciado
- 6. Viudo
- 7. No especificado

f) Escolaridad:

- 1. Sin escolaridad
- 2. Preescolar
- 3. Primaria
- 4. Secundaria
- 5. Preparatoria o bachillerato general
- 6. Bachillerato tecnologico
- 7. Estudios tecnicos o comerciales
- 8. Escuela normal
- 9. Licenciatura
- 10. Especialidad
- 11. Maestria
- 12. Doctorado

g) Ocupación:

- 1. Estudiante
- 2. Desempleado
- 3. Se dedica a quehaceres de su hogar
- 4. Empleado (o) u obrera (o)
- 5. Jornalera (o) o peón (a)
- 6. Patrón o empleador
- 7. Ayudante con pago
- 8. Trabajador por cuenta propia
- 9. Trabajador sin pago
- 10. Pensionado o jubilado

h) Religión:

- 1. religión
- 2. Católico
- 3. Otras religiones o movimiento religioso
- 4. Ateo / Agnósticos
- 5. No especificado

i) Hipertensión Arterial Sistémica

- SI
- NO (pasar a inciso k)

j) Años de diagnóstico HAS:

- _____

k) Tratamiento HAS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

l) Diabetes tipo 2

- SI
- NO (pasar a inciso j)

h) Años de diagnóstico DM2

- _____

i) Tratamiento DM 2

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

j) Enfermedad Renal Crónica

- SI
- NO (pasar anexo 2)

k) Años de diagnóstico

- _____

l) Tratamiento ERC

- Sin tratamiento
- Diálisis
- Hemodiálisis

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de placer

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

5. Sentimientos de culpa

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

6. Sentimientos de castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o deseos suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Investigadores a cargo:

Viridiana Huitrín Avalos Médico Residente de Medicina Familiar. Matricula 97385659

Adscripción UMF15

Beatriz Luis Villagómez Médico Familiar Matricula 97151227 Adscripción UMF15



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 15 "Prado Churubusco" Av. Ermita Iztapalapa 411, Co. Prado Churubusco, Alcaldía Coyoacán CP 04320 Ciudad de México, a
Número de registro institucional:	En Trámite
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha invitado a participar en un protocolo de investigación que consiste en realizar un cuestionario que aporte datos que le ayuden a descubrir si existe una relación entre enfermedad renal crónica y el trastorno depresivo. Objetivo: Determinar el grado de asociación entre Enfermedad Renal Crónica, sus diferentes terapéuticas, y Trastorno Depresivo, en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 15, IMSS.
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario de datos de identificación y un breve cuestionario "Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)" de 21 ITEMS. Para el que se me otorgará un tiempo de 10 minutos, garantizando la confidencialidad de mis respuestas
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha informado que el presente estudio está clasificada como Investigación de mínimo riesgo por lo que no representa algún riesgo para mi salud e integridad. Se llevará a cabo en las instalaciones de la UMF y no representará mayor carga de trabajo, solo una breve distracción de mi actividad laboral. Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima y únicamente para fines académicos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador me ha explicado que con el presente estudio se buscará si existe una asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, para así detectar y dar manejo oportuno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Mi participación es voluntaria en este estudio. Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (no aplica)	
<input type="checkbox"/> NA	No autorizo que se tome la muestra
<input type="checkbox"/> NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
<input type="checkbox"/> NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Luiz villagómez beatriz. Matricula:97151227 Médico especialista en medicina familiar /profesor adjunto a especialidad de medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 15, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa No. 411, Colonia Prado Churubusco C.P. 04320, Delegación Coyoacán, Ciudad de México. Teléfono: 5517974437 fax: no fax E-mail: katyakelsey@live.com
Colaboradores:	Huitrón Avalos Viridiana Matricula: 97385659. Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 15, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa No. 411, Colonia Prado Churubusco C.P. 04320, Delegación Coyoacán, Ciudad de México. Tel:5533610688 . Fax: No Fax. Email: viridianahuitronavalos@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Huitrón Avalos Viridiana Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ 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	

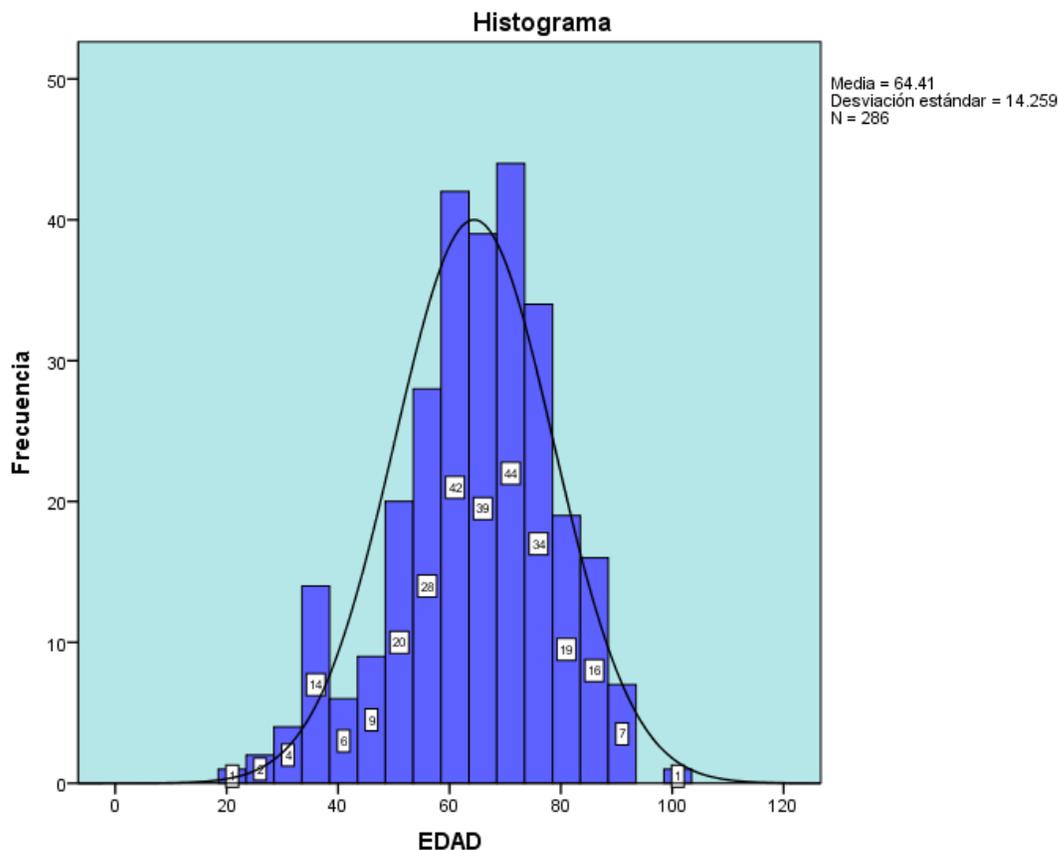
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

EDAD	ESTADÍSTICA
	286
<u>Media</u>	<u>64.41</u>
Mediana	65.50
Moda	61
Desviación estándar	14.259

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 1. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



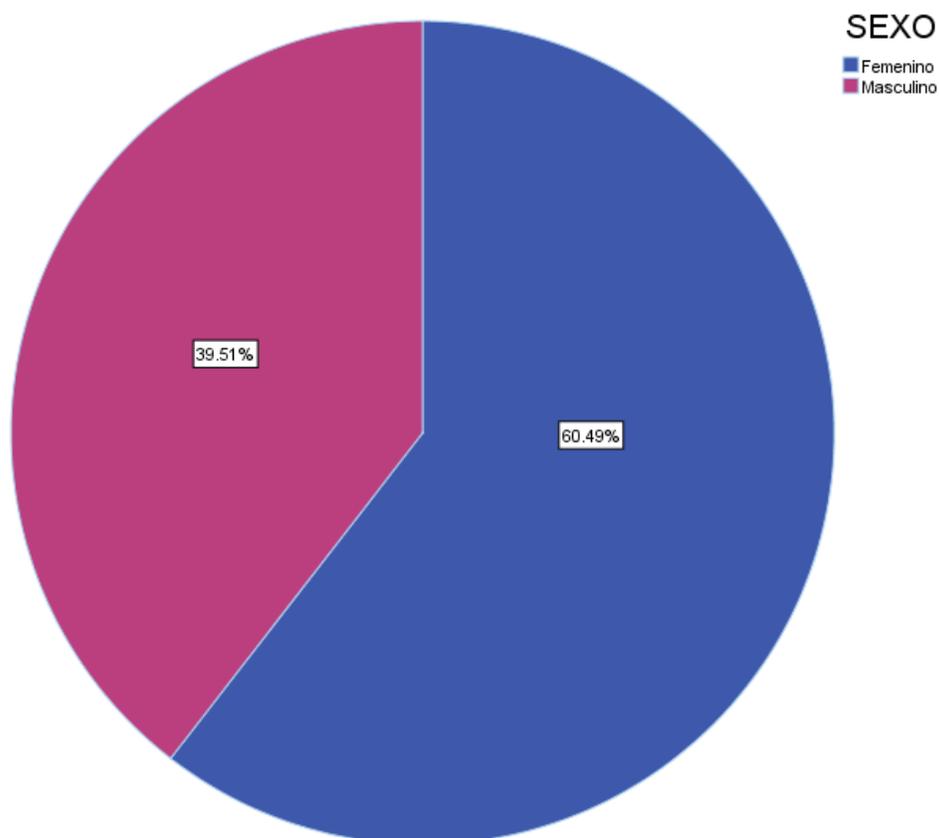
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 2. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	173	60.5 %
Masculino	113	39.5 %
Total	286	100%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 2. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



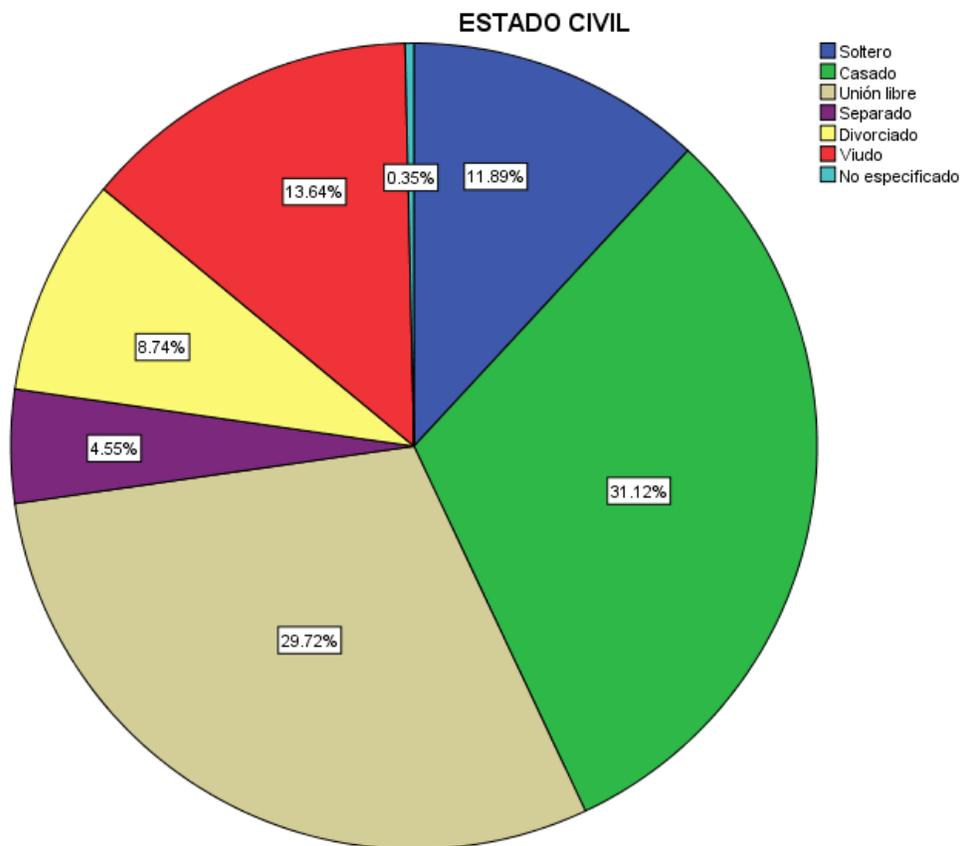
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 3. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	34	11.9
Casado	89	31.1
Unión libre	85	29.7
Separado	13	4.5
Divorciado	25	8.7
Viudo	39	13.6
No especificado	1	.3
Total	286	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B.* Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS.*

Gráfica 3. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15



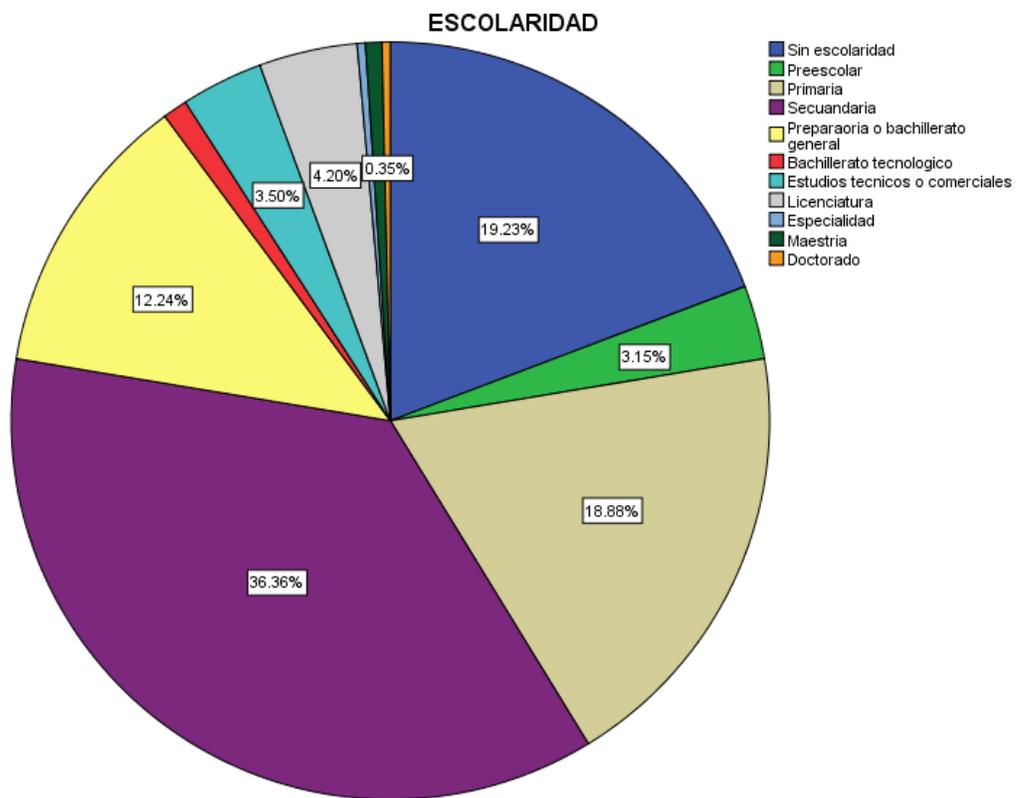
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 4. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	55	19.2
Preescolar	9	3.1
Primaria	54	18.9
Secundaria	104	36.4
Preparatoria o bachillerato general	35	12.2
Bachillerato tecnológico	3	1.0
Estudios técnicos o comerciales	10	3.5
Licenciatura	12	4.2
Especialidad	1	.3
Maestría	2	.7
Doctorado	1	.3
Total	286	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 4. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15



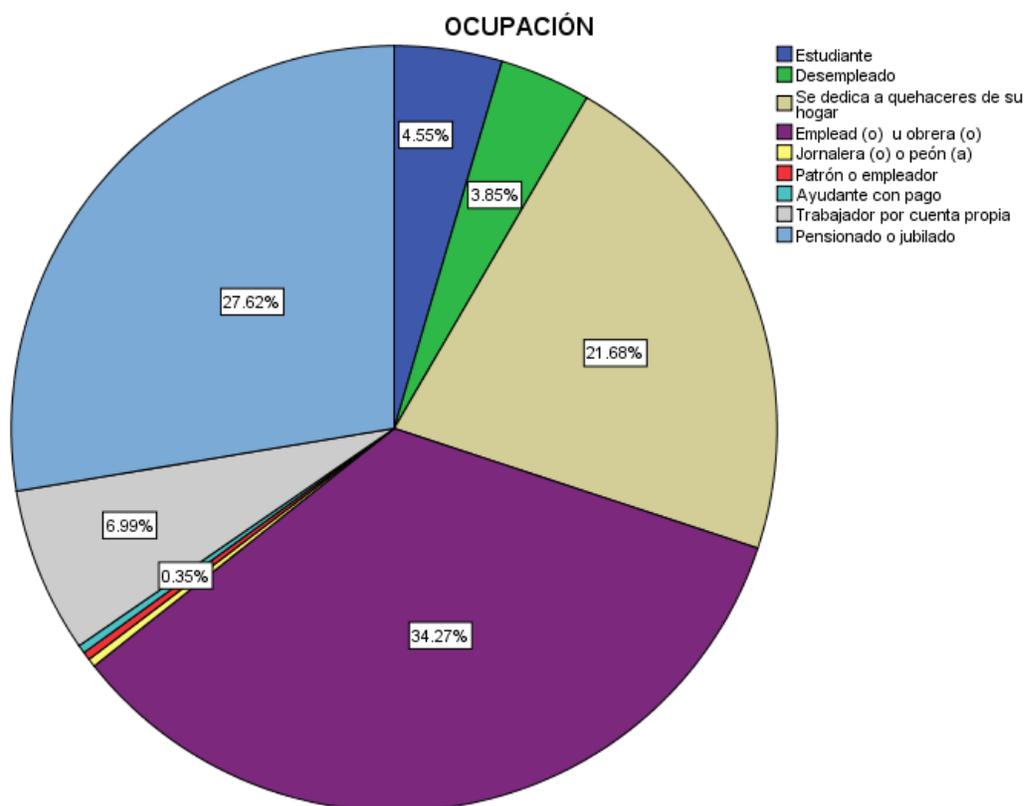
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luíz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 5. Ocupación según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	13	4.5
Desempleado	11	3.8
Se dedica a quehaceres de su hogar	62	21.7
Emplead (o) u obrera (o)	98	34.3
Jornalera (o) o peón (a)	1	.3
Patrón o empleador	1	.3
Ayudante con pago	1	.3
Trabajador por cuenta propia	20	7.0
Pensionado o jubilado	79	27.6
Total	286	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 5. Ocupación según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15



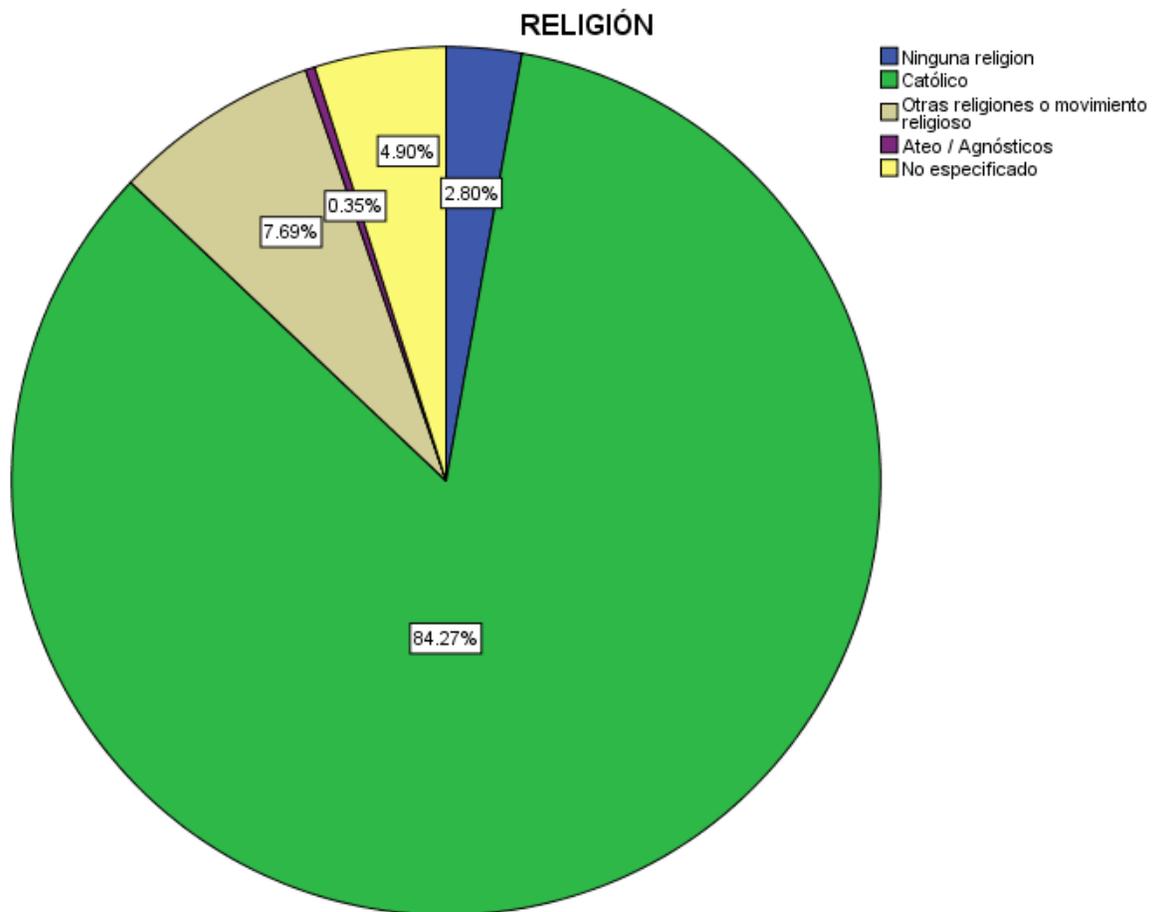
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 6. Religión según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15

Religión	frecuencia	porcentaje
Ninguna religión	8	2.8
Católico	241	84.3
Otras religiones o movimiento religioso	22	7.7
Ateo / Agnósticos	1	.3
No especificado	14	4.9
Total	286	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 6. Religión según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 y/o Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15



Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

GRUPO 1. CONTROLES

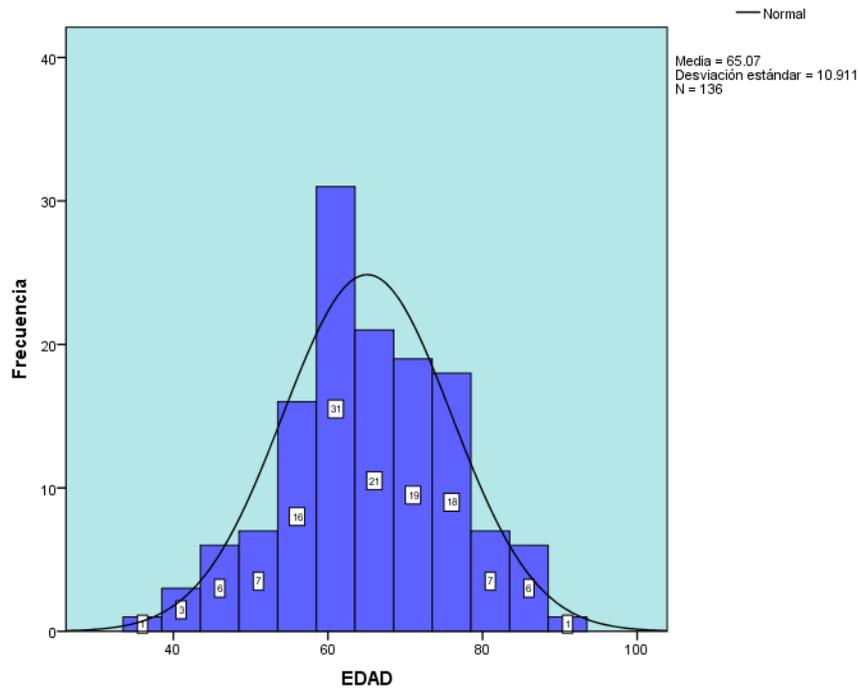
Tabla 7. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

EDAD	ESTADÍSTICA
	136
Media	<u>65.07</u>
Mediana	64.5
Moda	61
Desviación estándar	10.911

Gráfica 7. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

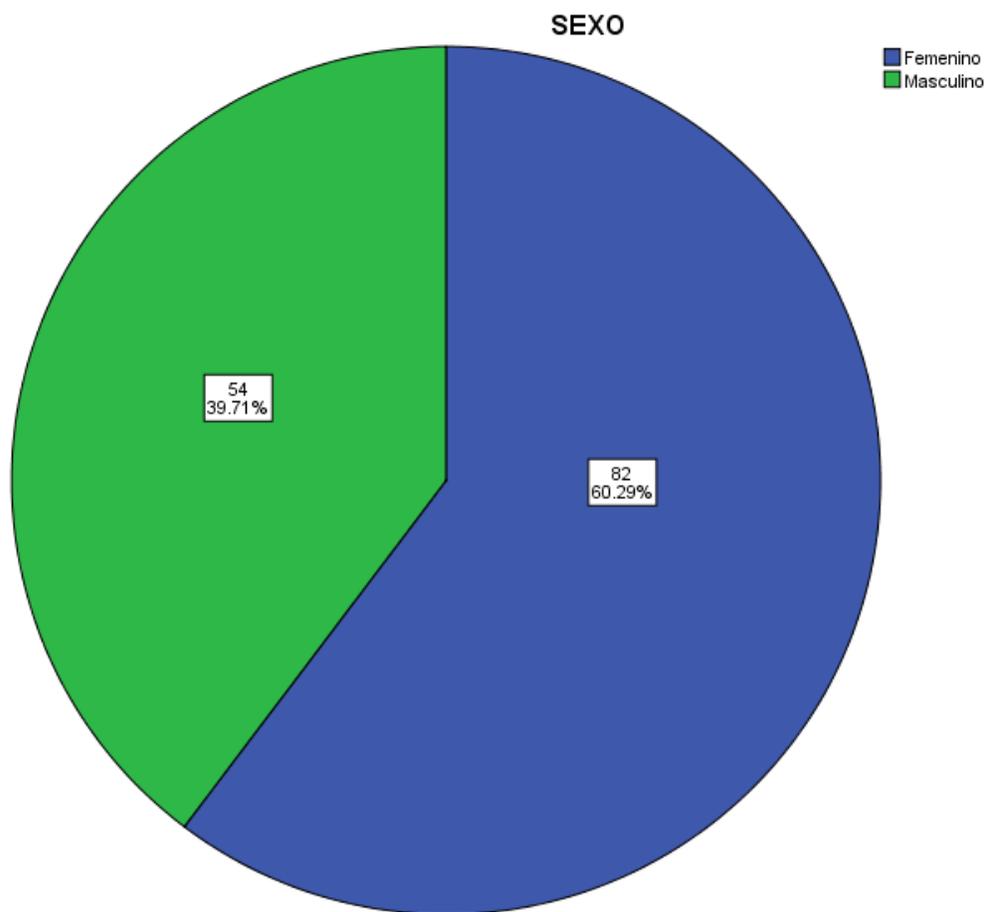
Tabla 8. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	82	69.3 %
Masculino	54	39.7 %
Total	136	100%

Gráfica 8. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luíz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



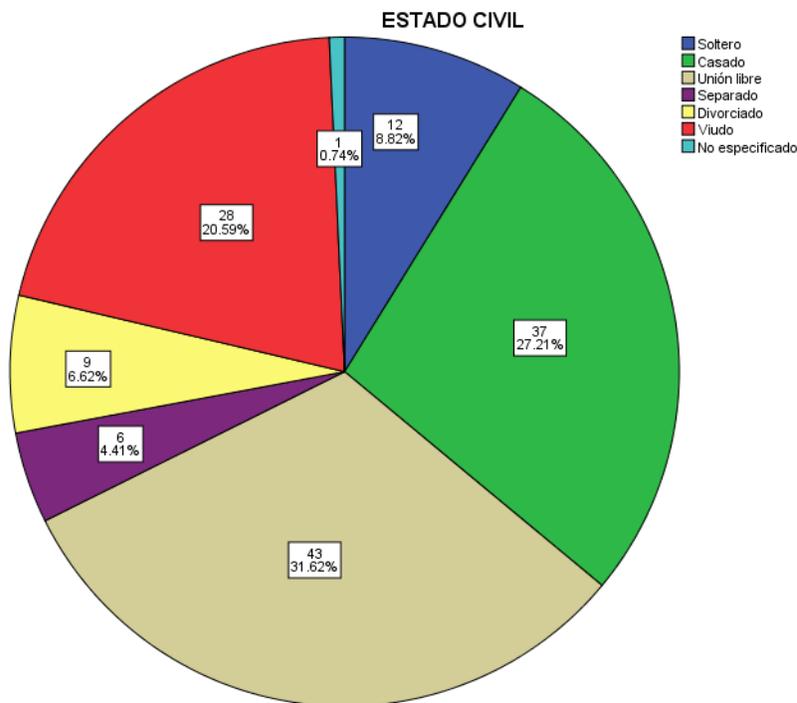
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luíz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 9. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	12	8.8
Casado	37	27.2
Unión libre	43	31.6
Separado	6	4.4
Divorciado	9	6.6
Viudo	28	20.6
No especificado	1	.7
Total	286	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 9. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



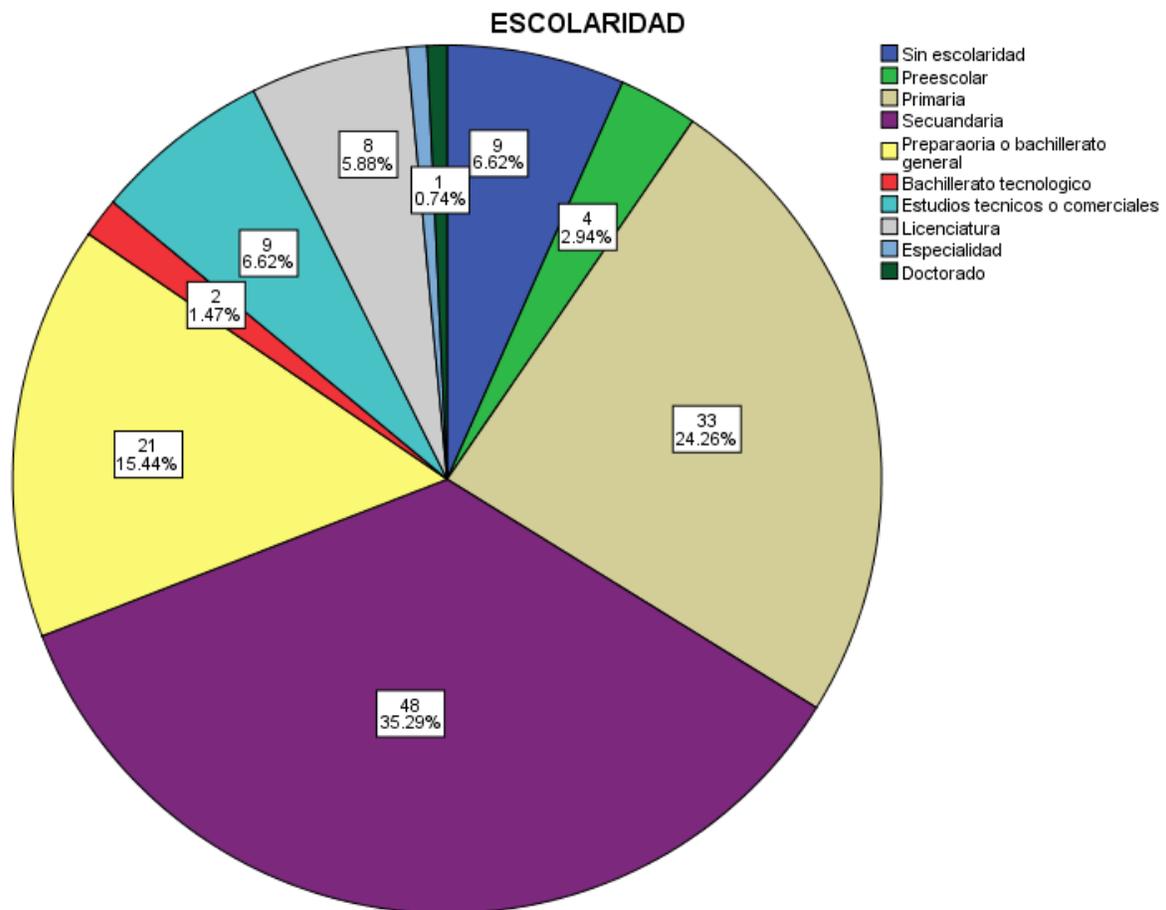
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 10. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	9	6.6
Preescolar	4	2.9
Primaria	33	24.3
Secundaria	48	35.3
Preparatoria o bachillerato general	21	15.4
Bachillerato tecnológico	2	1.5
Estudios técnicos o comerciales	9	6.6
Licenciatura	8	5.9
Especialidad	1	0.7
Doctorado	1	0.7
Total	136	100

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 10. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



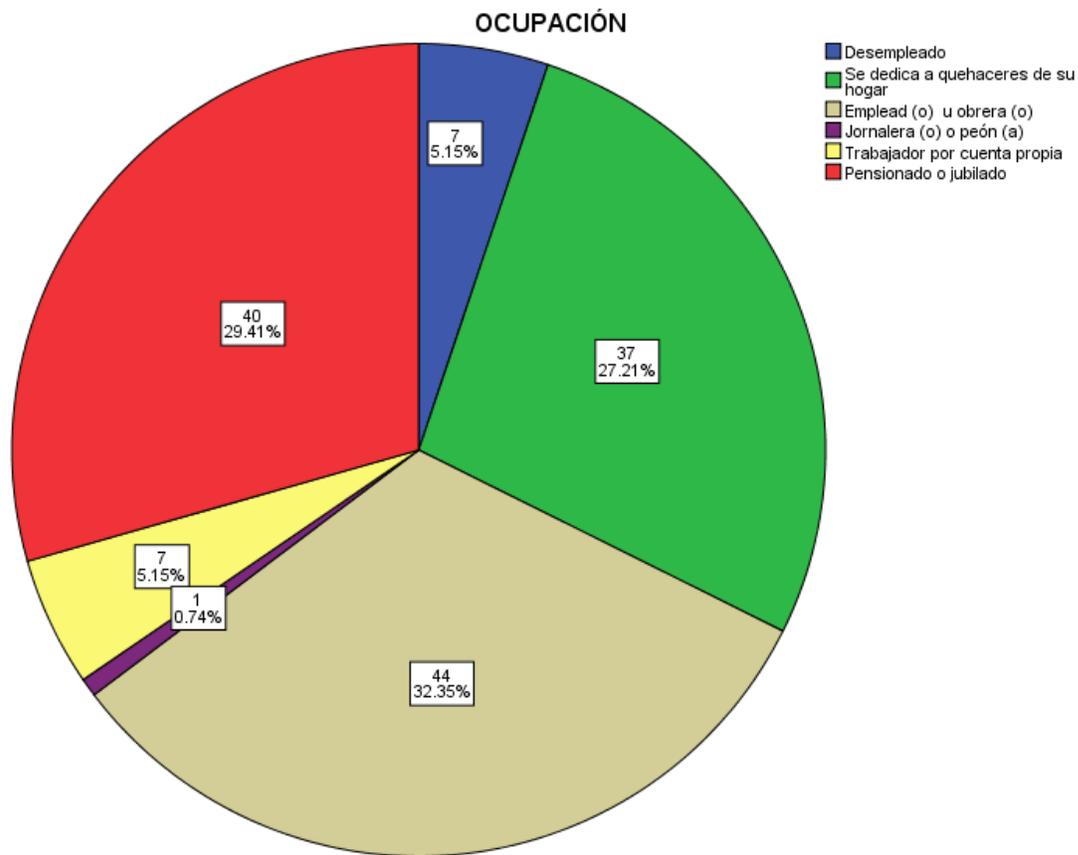
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luíz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 11. Ocupación según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	0	0
Desempleado	7	5.1
Se dedica a quehaceres de su hogar	37	27.2
Emplead (o) u obrera (o)	44	32.4
Jornalera (o) o peón (a)	1	.7
Patrón o empleador	0	0
Ayudante con pago	0	0
Trabajador por cuenta propia	7	5.1
Pensionado o jubilado	40	29.4
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 11. Ocupación según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



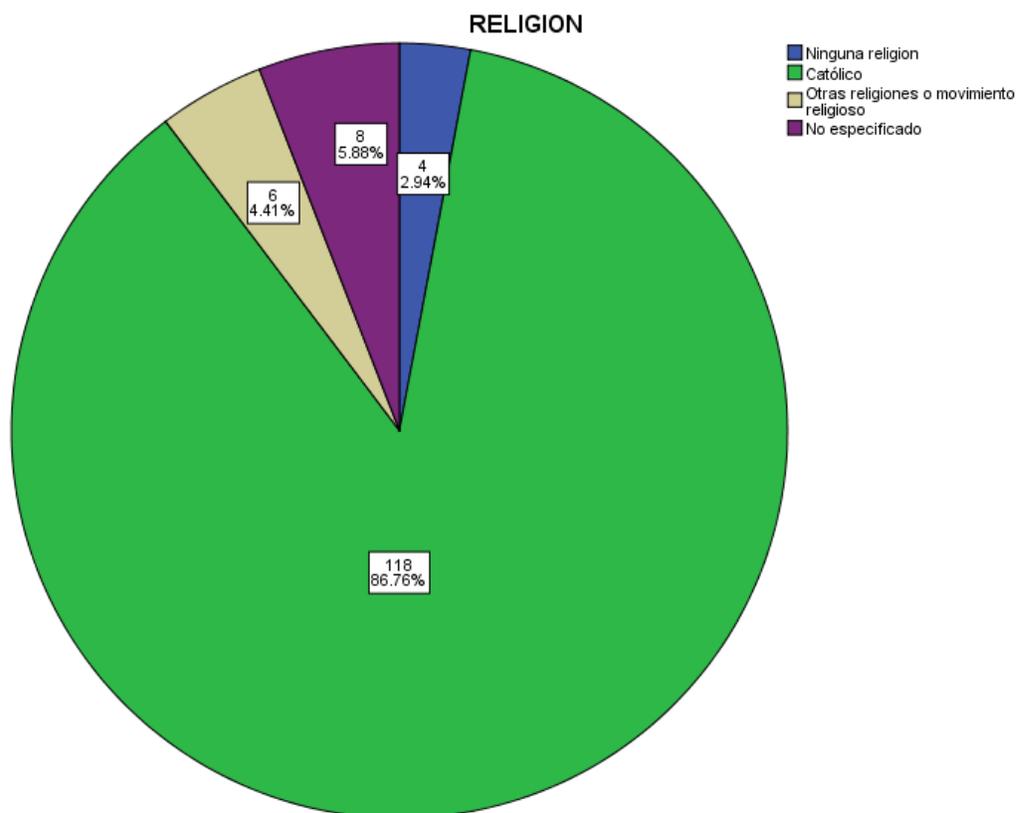
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 12. Religión según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Religión	frecuencia	porcentaje
Ninguna religión	4	2.9
Católico	118	86.8
Otras religiones o movimiento religioso	6	4.4
Ateo / Agnósticos	0	0
No especificado	8	5.9
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 12. Religión según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



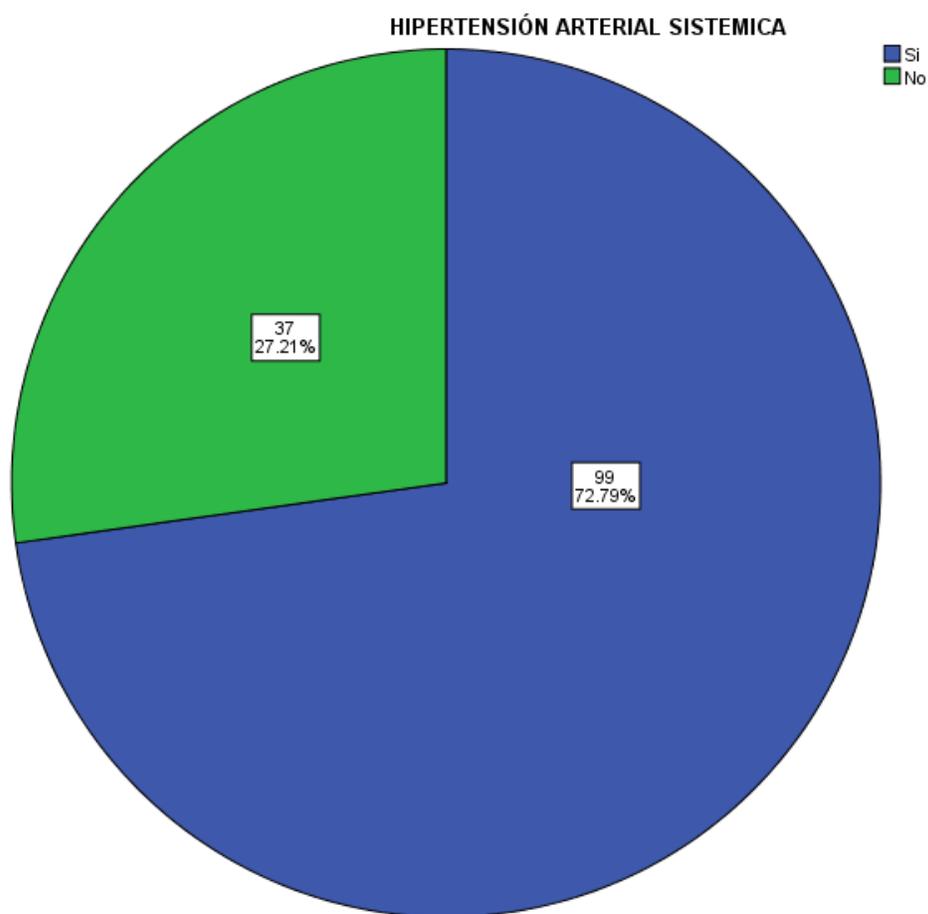
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 13. Hipertensión arterial sistémica según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).

	Frecuencia	Porcentaje
Si HAS	99	72.8
No HAS	37	27.2
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 13. Hipertensión arterial sistémica según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).



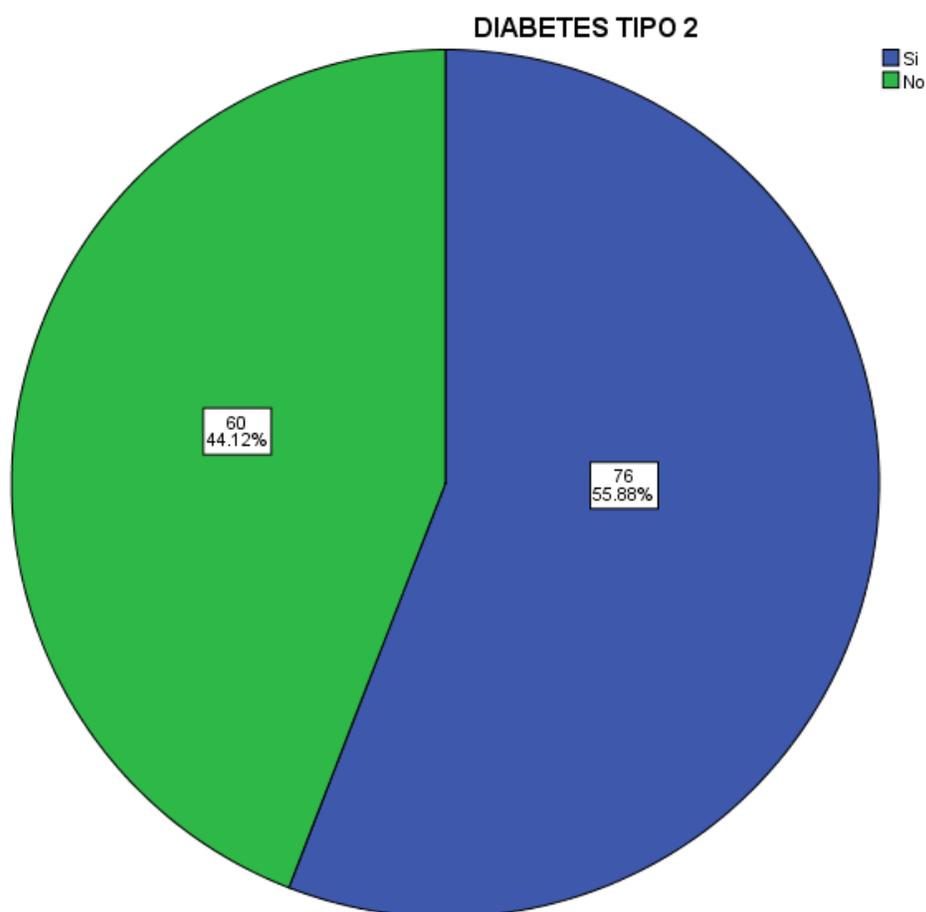
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 14. Diabetes tipo 2 según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).

	Frecuencia	Porcentaje
Si DT2	76	55.8
No DT2	60	44.1
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 14. Diabetes tipo 2 según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).



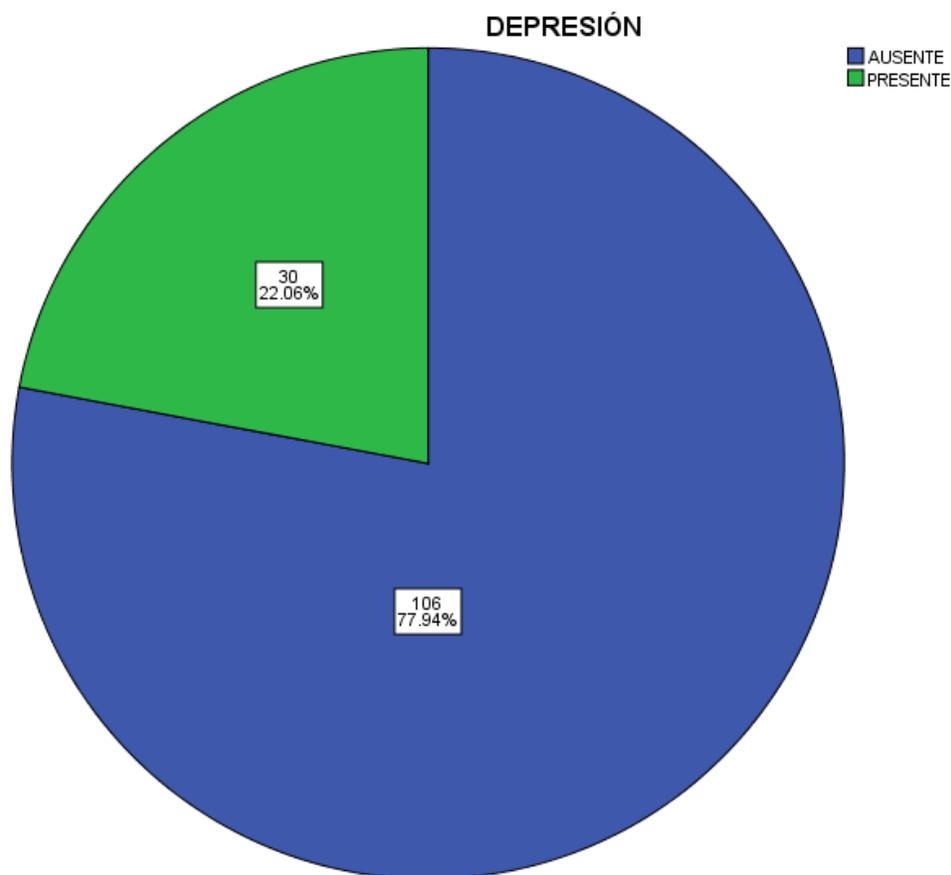
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 15. Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).

	Frecuencia	Porcentaje
AUSENTE	106	77.9
PRESENTE	30	22.1
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 15. Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).



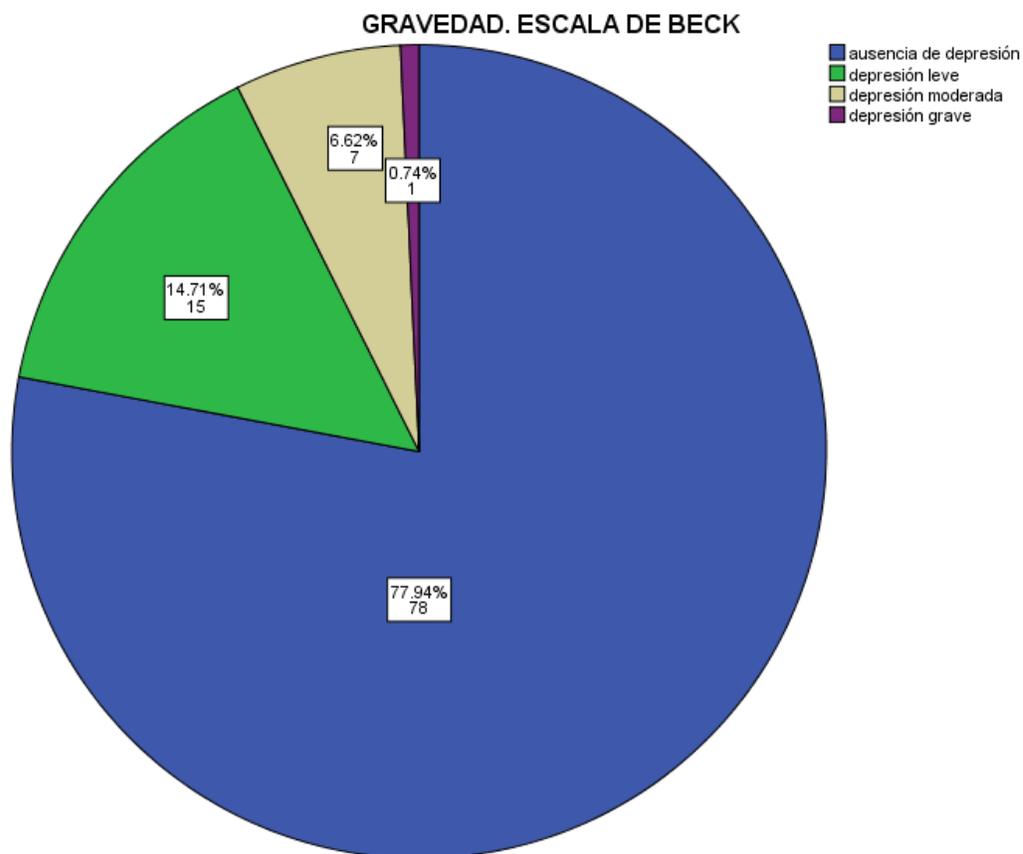
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 16. Grado de gravedad de Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de depresión	106	77.9
Depresión leve	20	14.7
Depresión moderada	9	6.6
Depresión grave	1	.7
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 16. Grado de gravedad de Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 1 (controles).



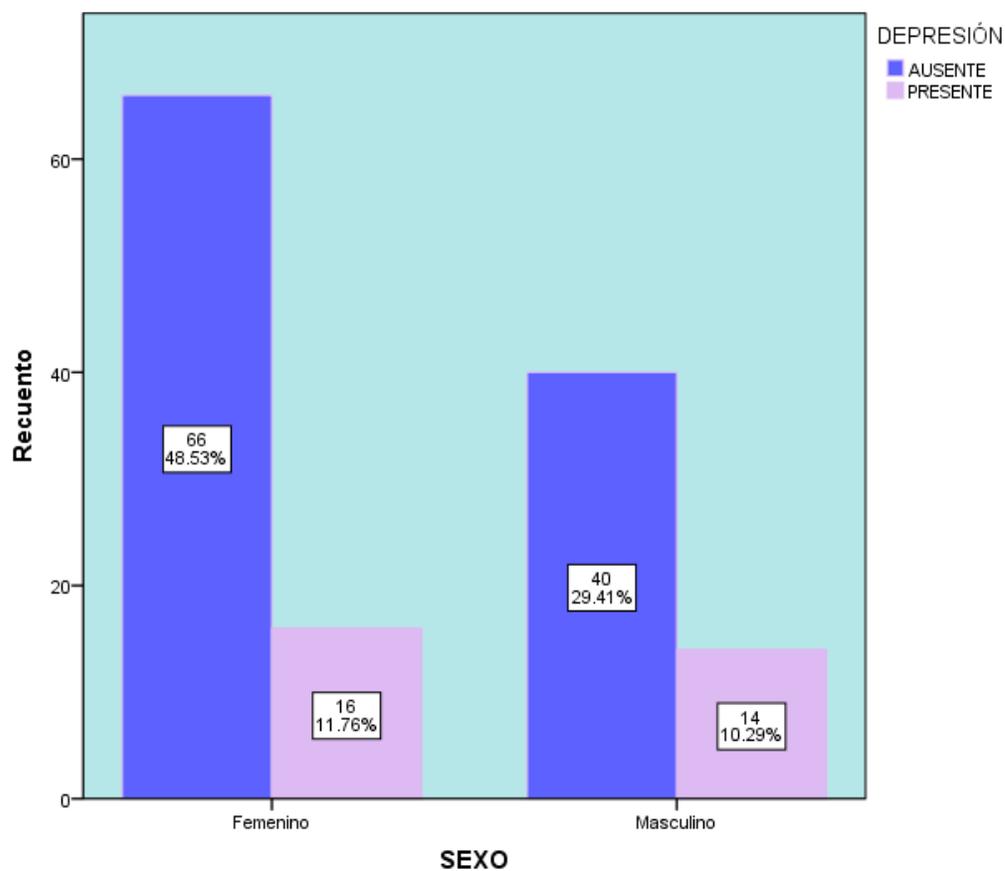
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 17. Tabla cruzada. Relación de Depresión y Sexo en el grupo 1 (Controles).

	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
Femenino	66	16	82
	48.5%	11.8%	60.3%
Masculino	40	14	54
	29.4%	10.3%	39.7%
TOTAL	106	30	136
	77.9%	22.1%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 17. Relación de Depresión y Sexo en el grupo 1 (Controles).



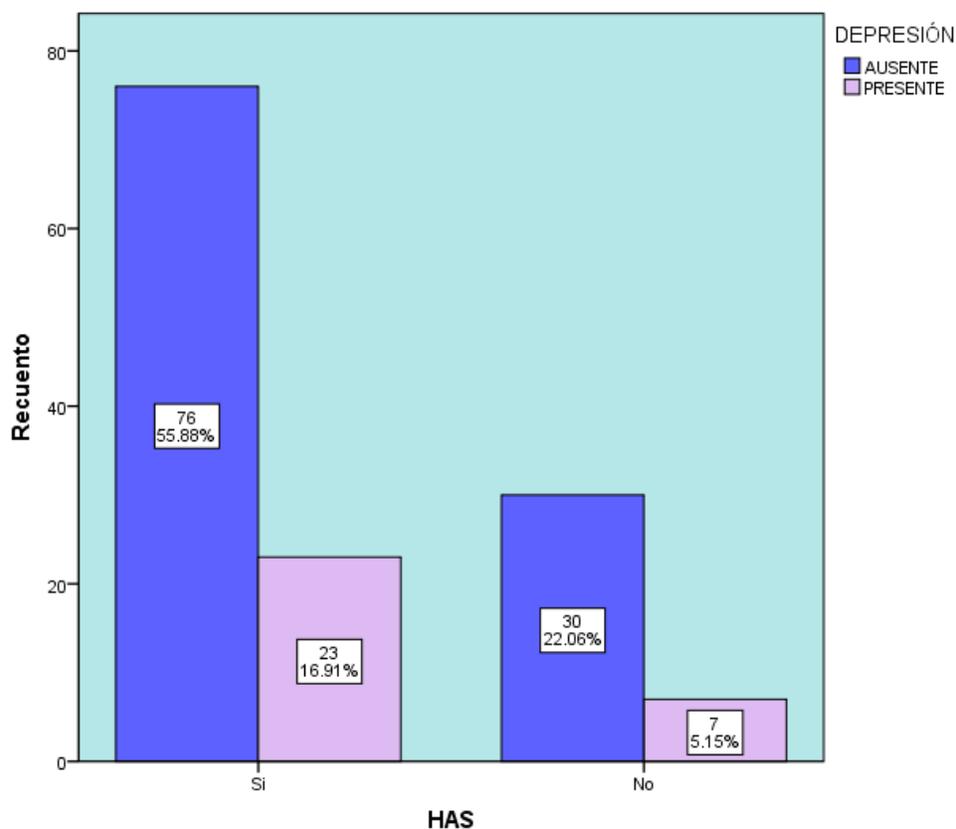
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 18. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Hipertensión arterial sistémica en el grupo 1 (Controles).

	AUSENTE	PRESENTE	Total
Si HAS	76	23	99
	55.9%	16.9%	72.8%
No HAS	30	7	37
	22.1%	5.1%	27.2%
	106	30	136
	77.9%	22.1%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 18. Relación de Depresión e Hipertensión arterial sistémica en el grupo 1 (Controles).



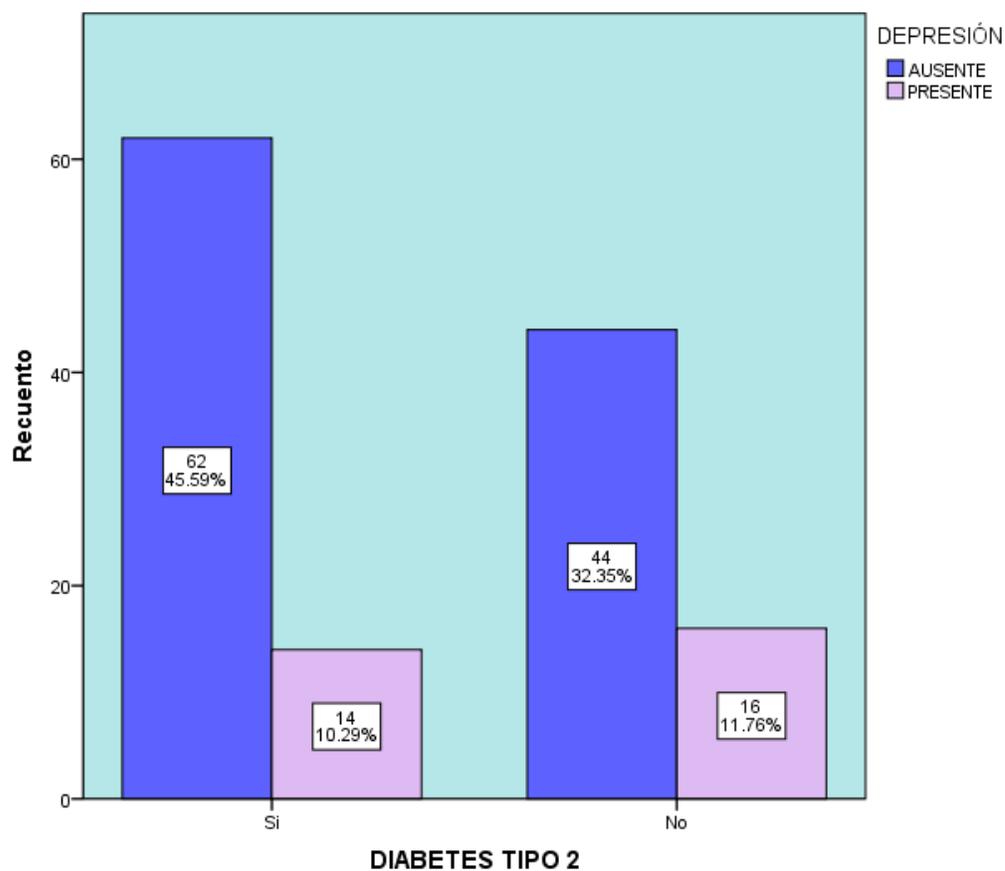
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 19. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Diabetes tipo 2 en el grupo 1 (Controles).

	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
Si DT2	62	14	76
	45.6%	10.3%	55.9%
No DT2	44	16	60
	32.4%	11.8%	44.1%
	106	30	136
	77.9%	22.1%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 19. Relación de Depresión e Diabetes tipo 2 en el grupo 1 (Controles).



Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

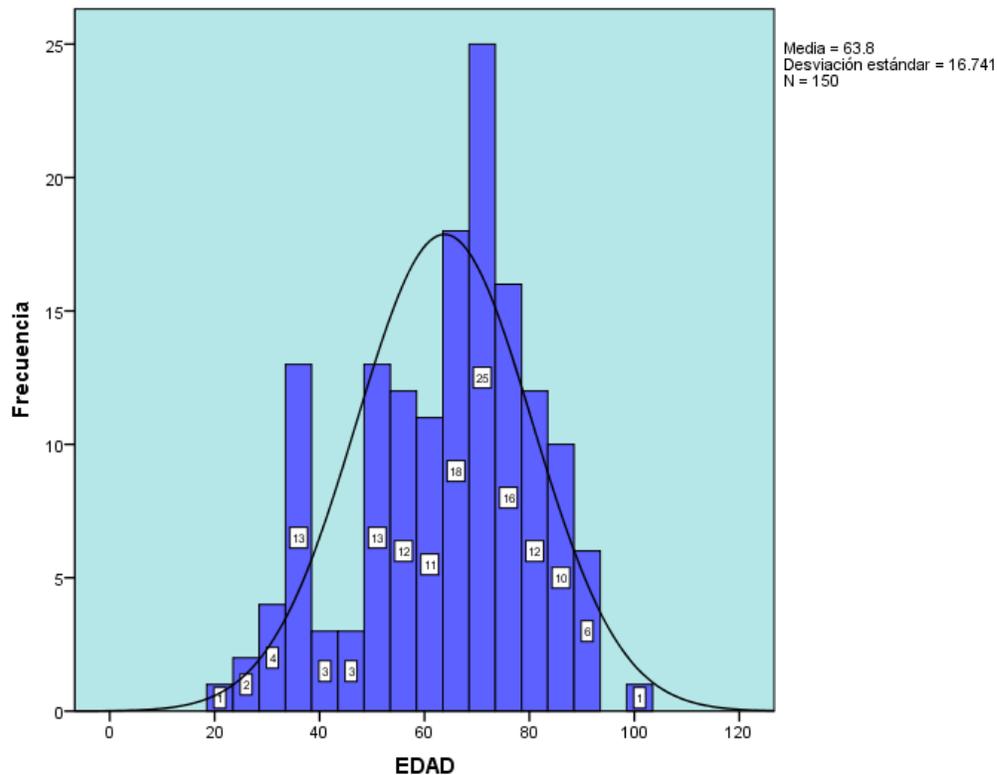
GRUPO 2 CASOS

Tabla 20. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

EDAD	ESTADÍSTICA
	150
Media	<u>63.80</u>
Mediana	67
Moda	72
Desviación estándar	16.741

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 20. Edad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



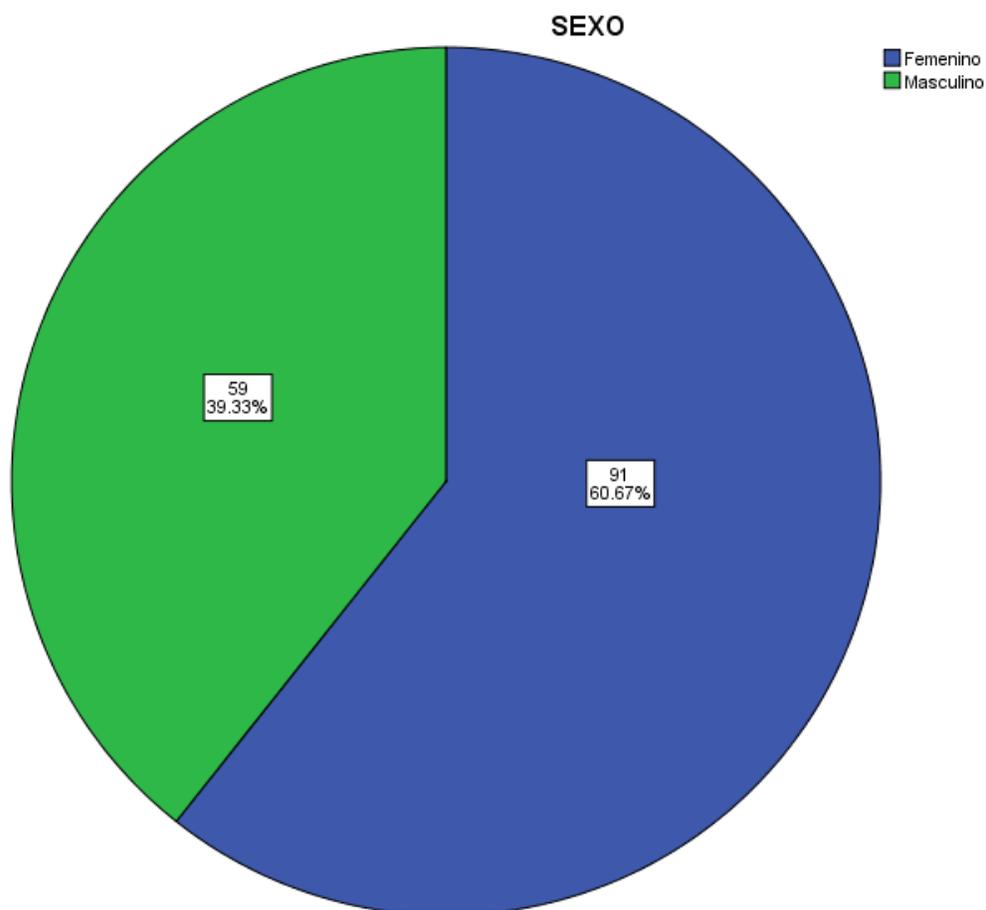
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 21. Sexo según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	91	60.7 %
Masculino	59	39.3 %
Total	150	100%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 21. Sexo según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



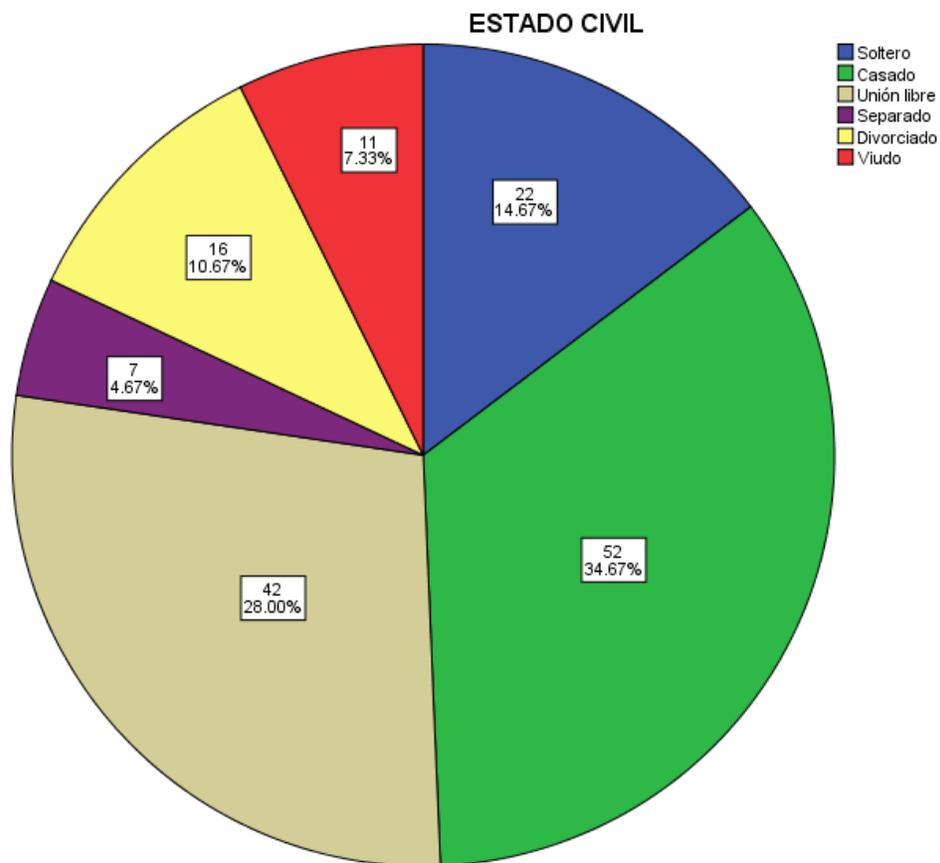
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 22. Estado civil según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	22	14.7
Casado	52	34.7
Unión libre	42	28.0
Separado	7	4.7
Divorciado	16	10.7
Viudo	11	7.3
No especificado	0	0
Total	150	100

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 22. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes tipo 2 sin diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



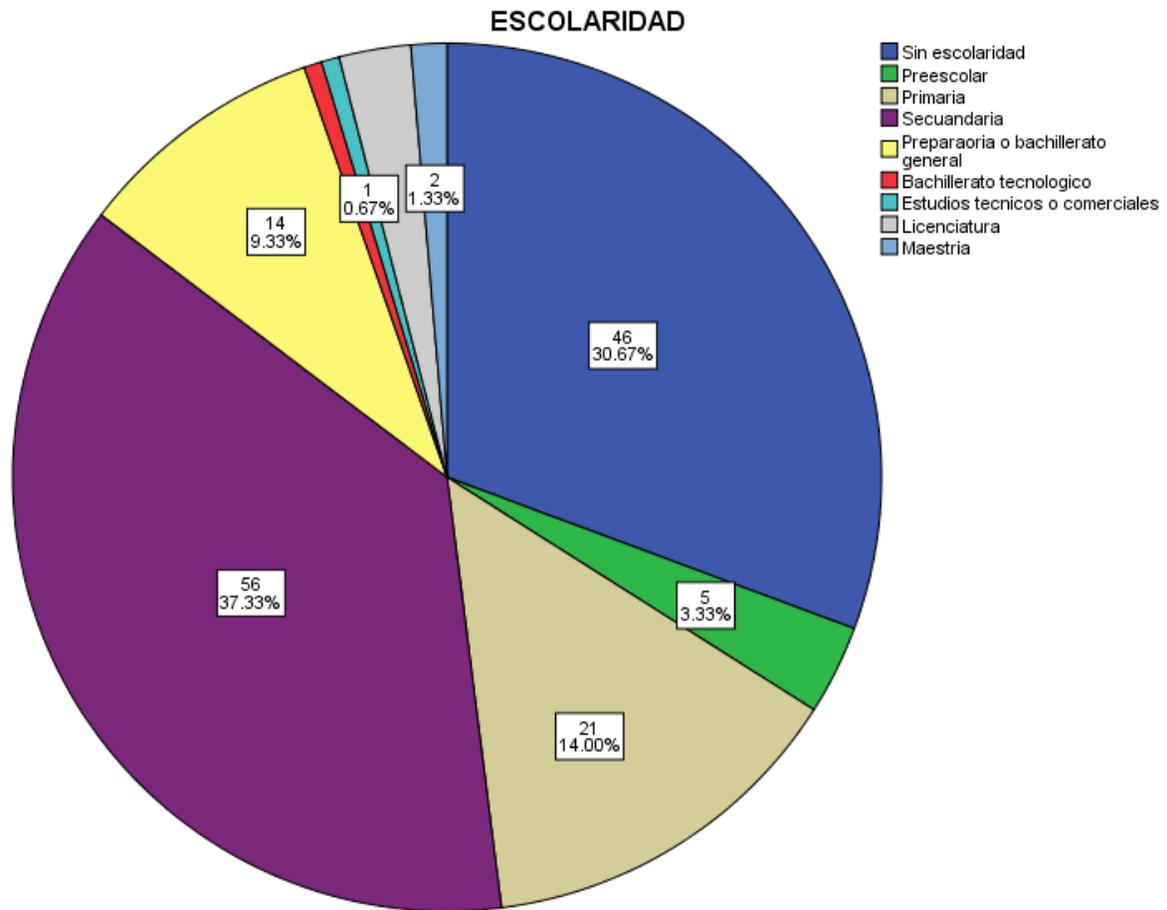
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 23. Escolaridad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	46	30.7
Preescolar	5	3.3
Primaria	21	14.0
Secundaria	56	37.3
Preparatoria o bachillerato general	14	9.3
Bachillerato tecnológico	1	.7
Estudios técnicos o comerciales	1	.7
Licenciatura	4	2.7
Maestría	2	1.3
Total	150	100

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 23. Escolaridad según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



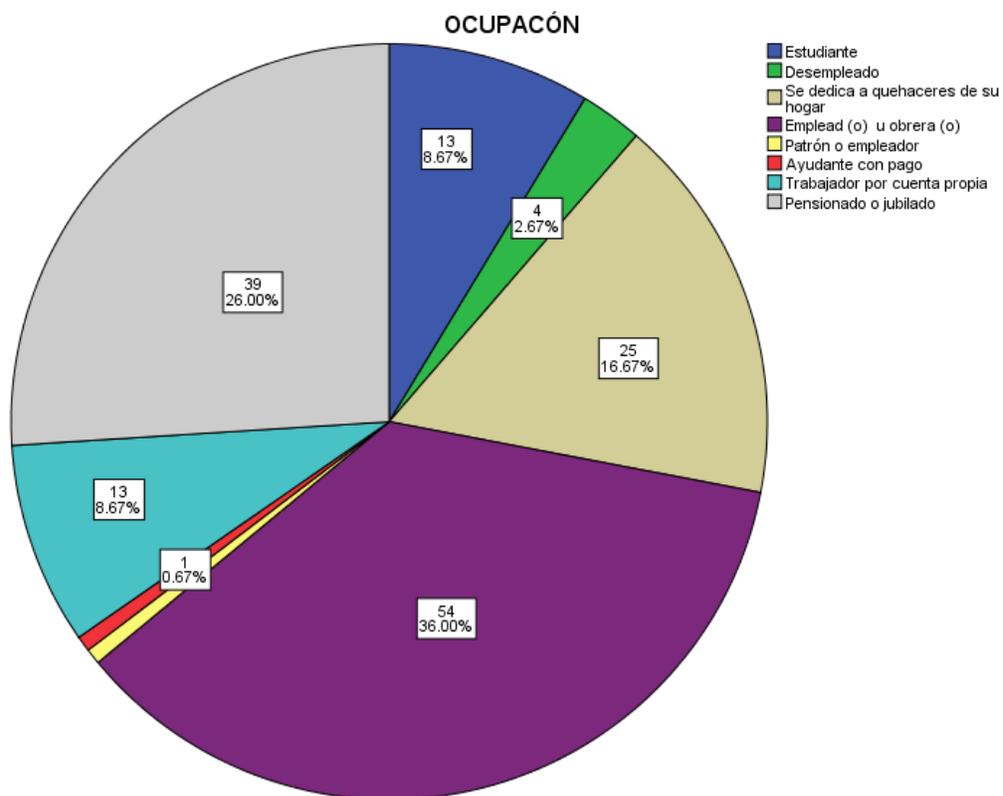
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 24. Ocupación según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	13	8.7
Desempleado	4	2.7
Se dedica a quehaceres de su hogar	25	16.7
Emplead (o) u obrera (o)	54	36.0
Patrón o empleador	1	.7
Ayudante con pago	1	.7
Trabajador por cuenta propia	13	8.7
Pensionado o jubilado	39	26.0
Total	150	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 24. Ocupación según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



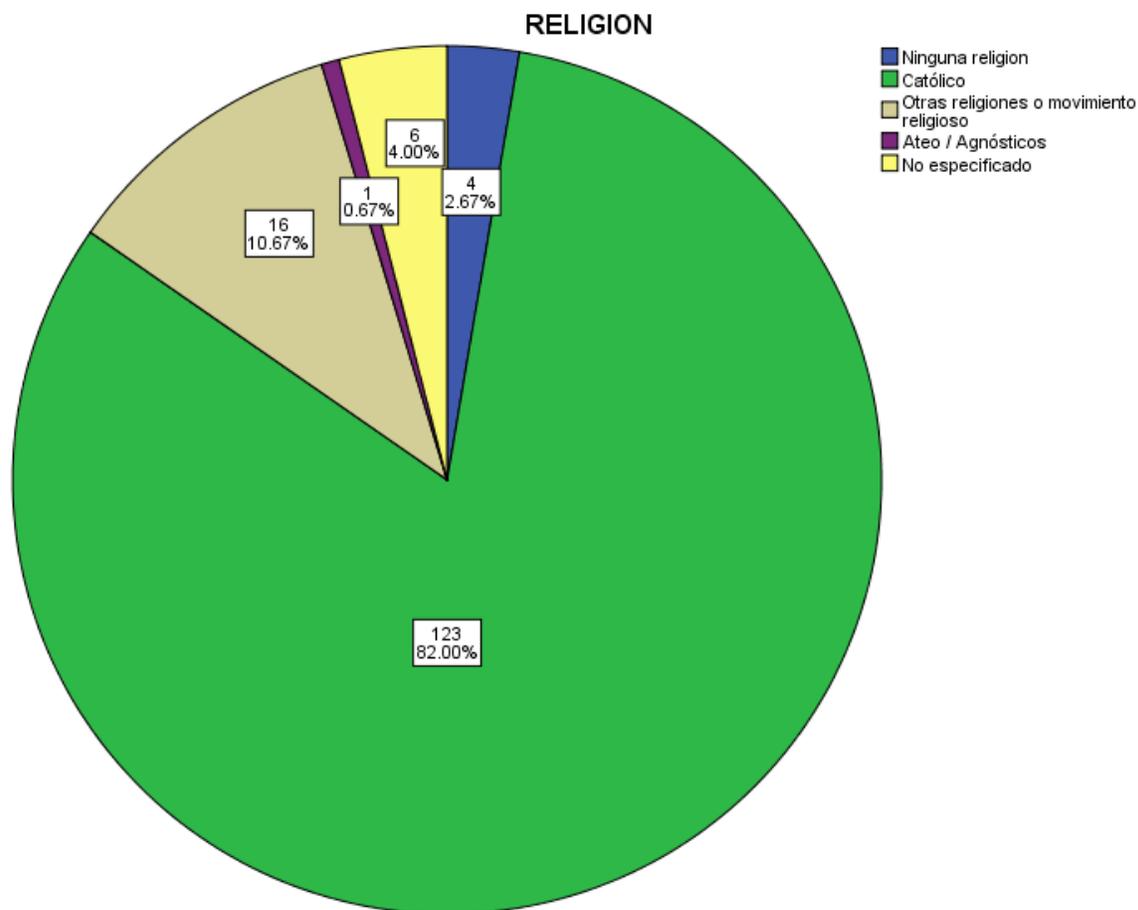
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 25. Religión según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.

Religión	frecuencia	Porcentaje
Ninguna religión	4	2.7
Católico	123	82.0
Otras religiones o movimiento religioso	16	10.7
Ateo / Agnósticos	1	.7
No especificado	6	4.0
Total	150	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 25. Religión según medidas de tendencia central y dispersión en adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes tipo 2 más Enfermedad Renal Crónica de la UMF 15.



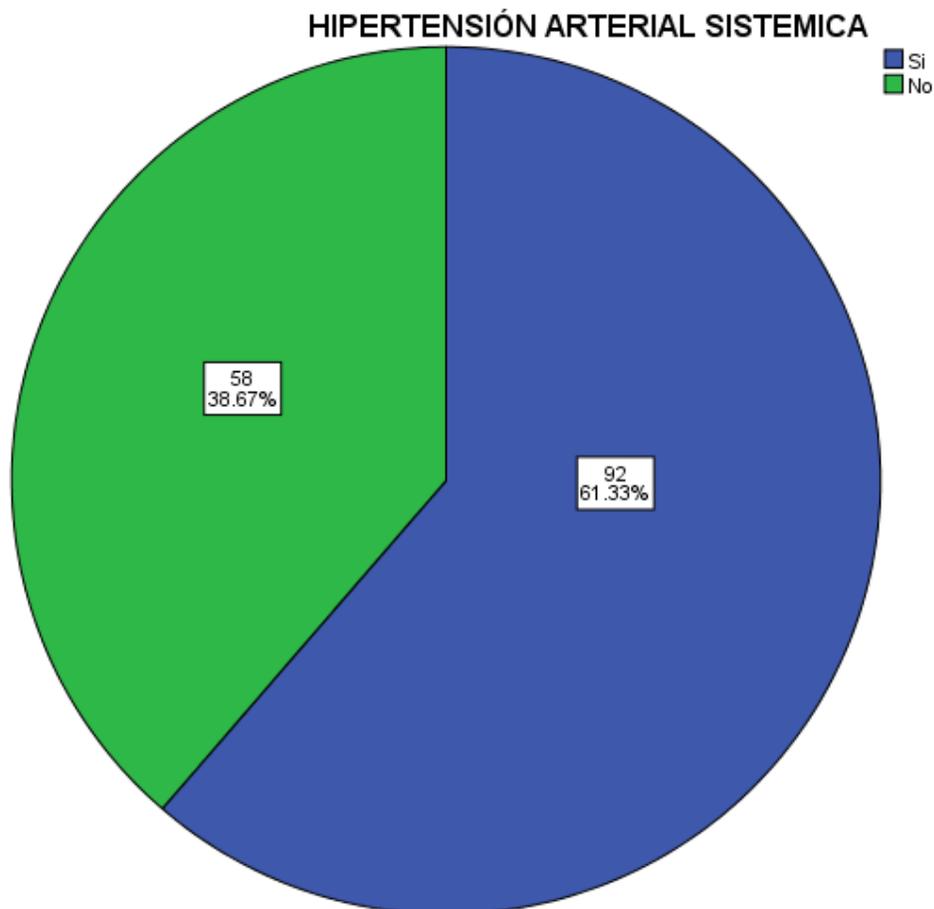
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 26. Hipertensión arterial sistémica según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).

	Frecuencia	Porcentaje
Si HAS	92	61.3
No HAS	58	38.7
Total	136	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 26. Hipertensión arterial sistémica según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).



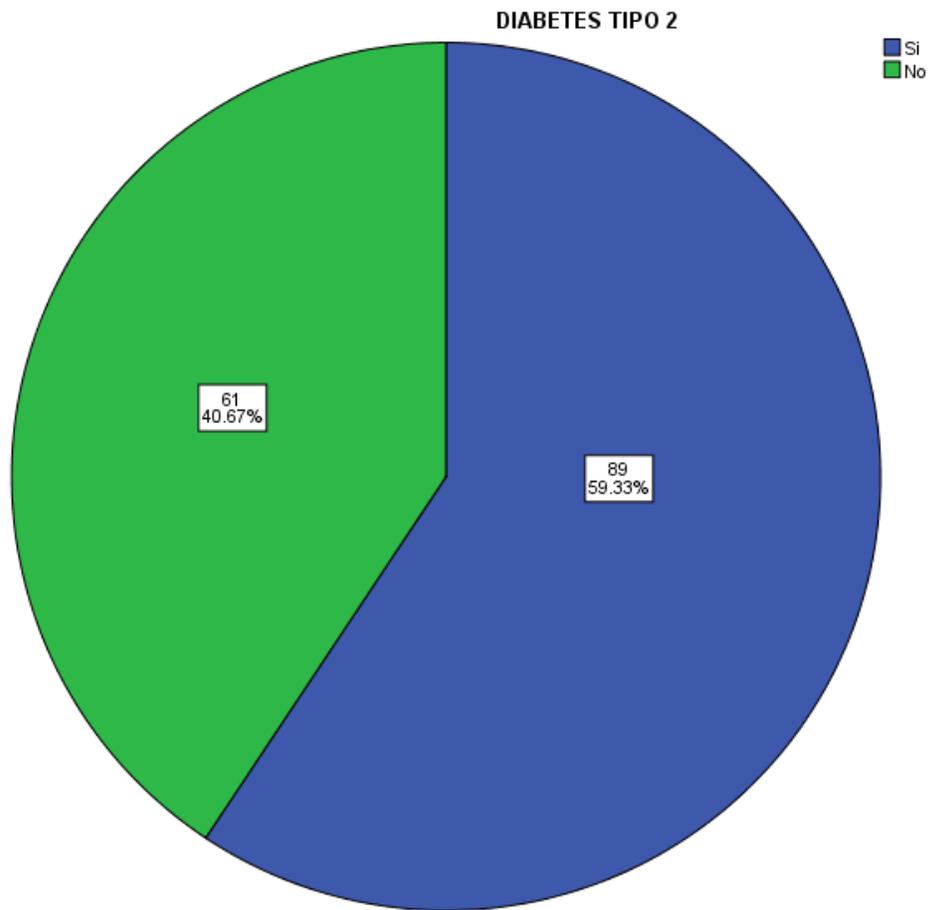
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 27. Diabetes tipo 2 según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).

	Frecuencia	Porcentaje
Si DT2	89	59.3
No DT2	61	40.7
Total	150	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 27. Diabetes tipo 2 según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).



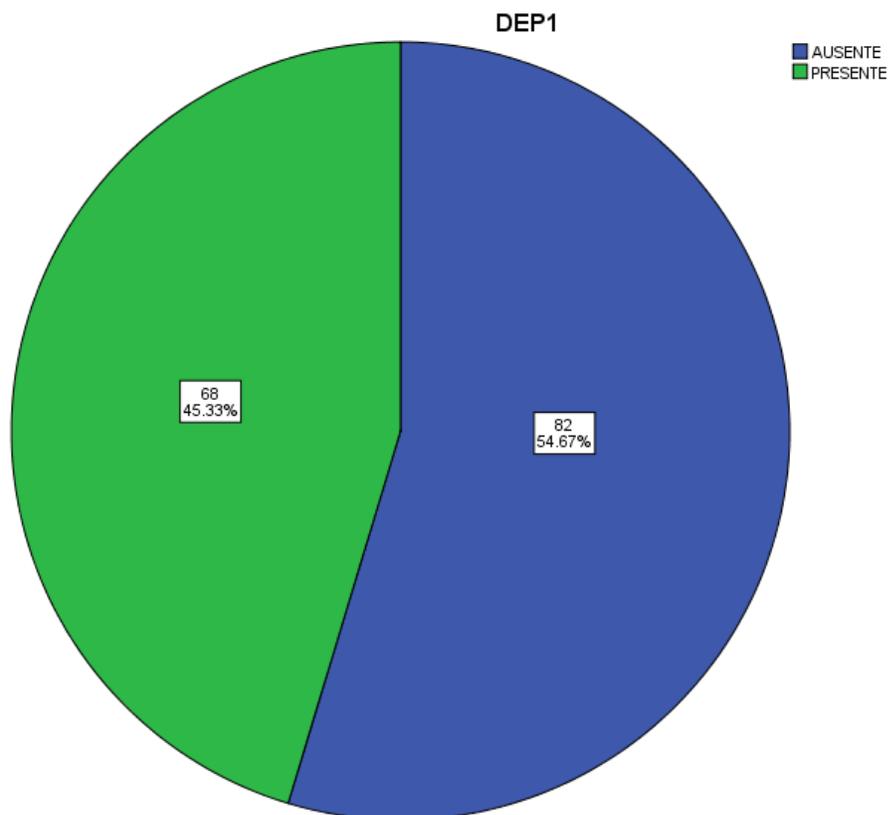
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 28. Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).

	Frecuencia	Porcentaje
AUSENTE	82	54.7
PRESENTE	68	45.3
Total	150	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 28. Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).



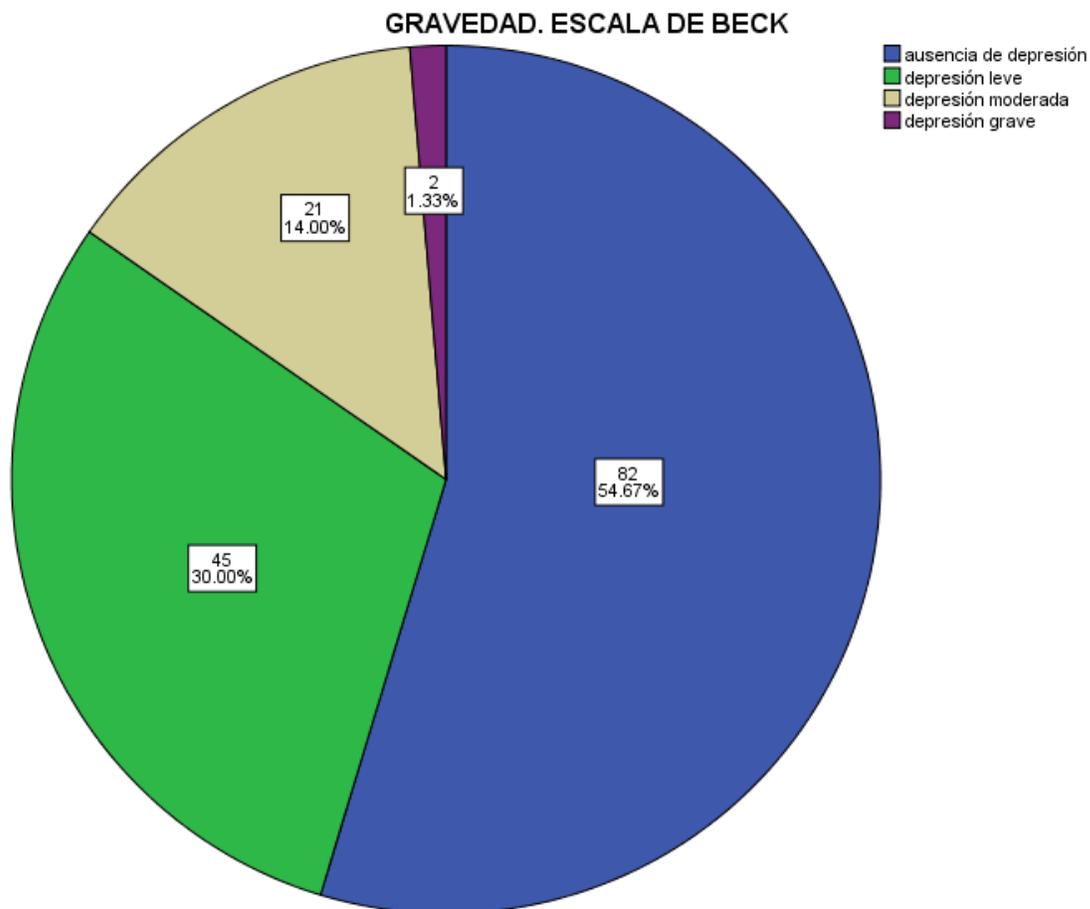
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 29. Grado de gravedad de Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de depresión	82	54.7
Depresión leve	45	30.0
Depresión moderada	21	14.0
Depresión grave	2	1.3
Total	150	100.0

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 29. Grado de gravedad de Depresión calculada con escala de Beck, según frecuencia y porcentaje el grupo 2 (casos).



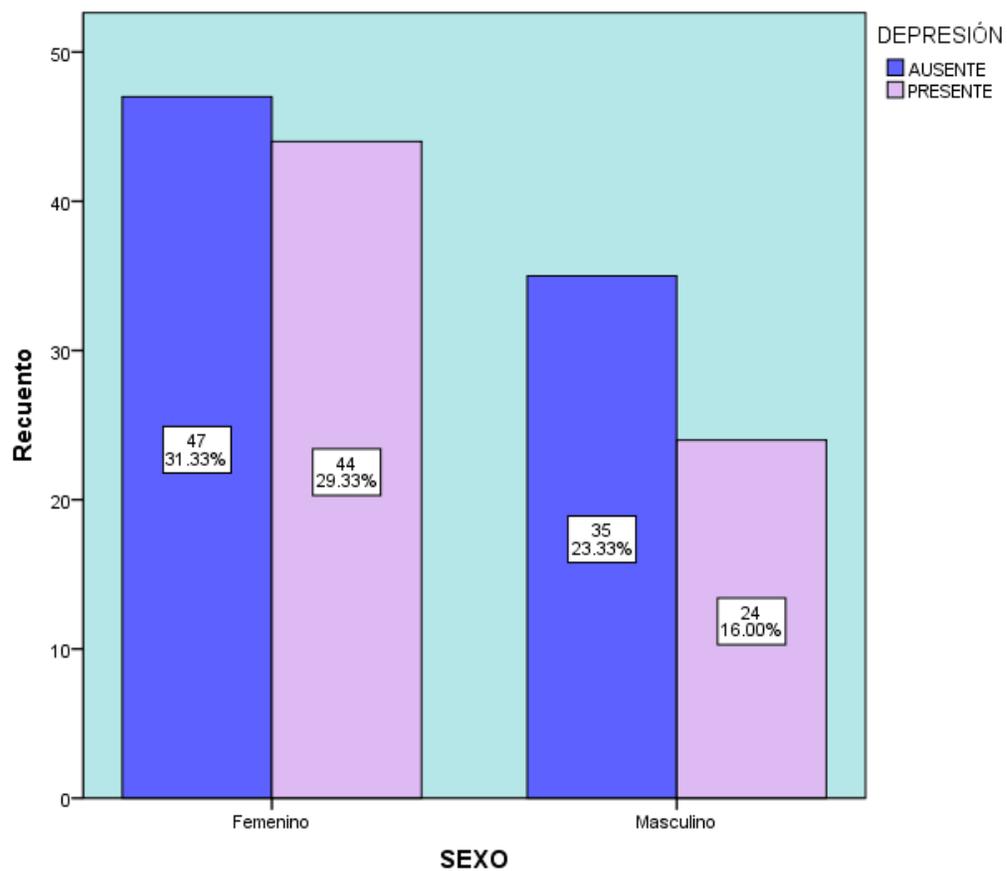
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 30. Tabla cruzada. Relación de Depresión y Sexo en el grupo 2 (Casos)

	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
Femenino	47	44	91
	31.3%	29.3%	60.7%
Masculino	35	24	59
	23.3%	16.0%	39.3%
TOTAL	82	68	150
	54.7%	45.3%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 30. Tabla cruzada. Relación de Depresión y Sexo en el grupo 2 (Casos).



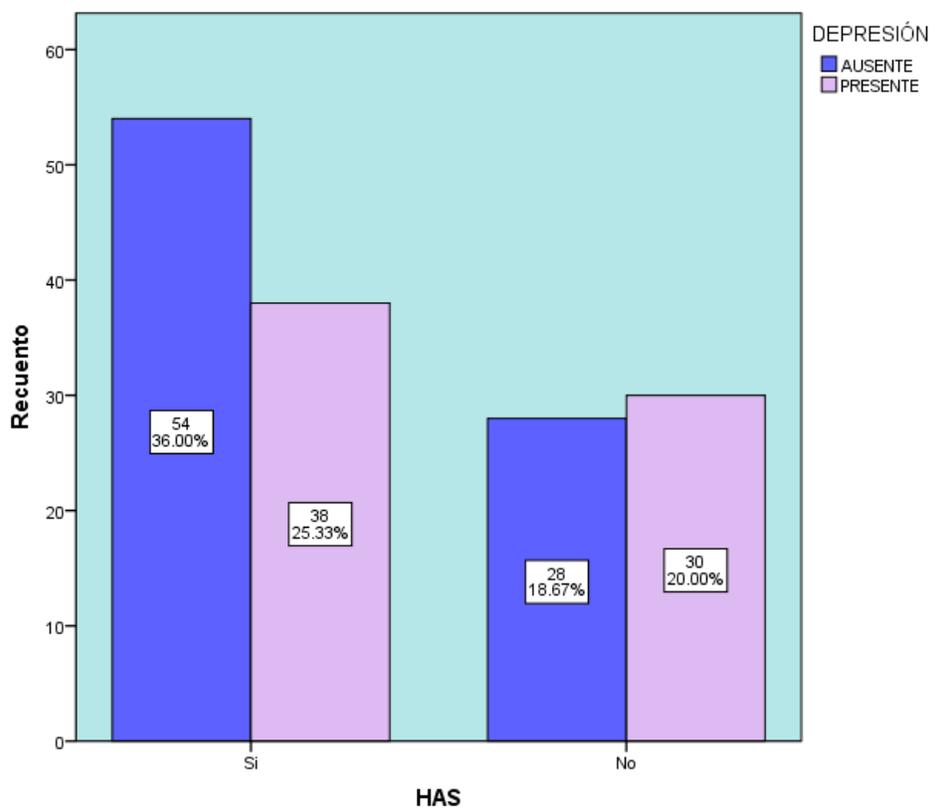
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 31. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Hipertensión arterial sistémica en el grupo 2 (Casos).

	AUSENTE	PRESENTE	
Si	54	38	92
	36.0%	25.3%	61.3%
No	28	30	58
	18.7%	20.0%	38.7%
	82	68	150
	54.7%	45.3%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 31. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Hipertensión arterial sistémica en el grupo 2 (Casos).



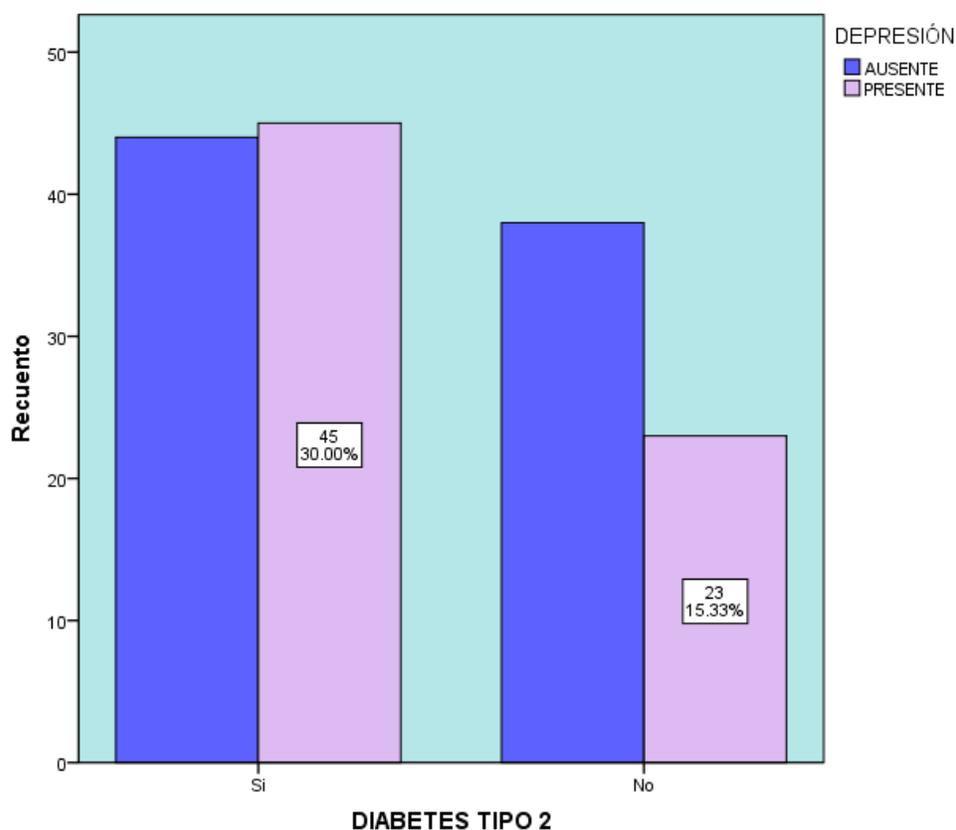
Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 32. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Diabetes tipo 2 en el grupo 2 (Casos).

	AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
Si DT2	44	45	89
	29.3%	30.0%	59.3%
No DT2	38	23	61
	25.3%	15.3%	40.7%
TOTAL	82	68	150
	54.7%	45.3%	100.0%

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Gráfica 32. Tabla cruzada. Relación de Depresión e Diabetes tipo 2 en el grupo 2 (Casos).



Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 33. Tabla de 2 x 2. Enfermedad renal crónica * depresión. Valor de chi cuadrado y riesgo relativo

ERC*DEP1 tabulación cruzada							
Recuento		DEP1		Total	RM	IC95%	P
		PRESENTE	AUSENTE				
ERC	Si	68	82	150	2.93	(1.74-4.91)	0.001
	No	30	106	136			
Total		98	188	286			

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 34. Tabla de 2 x 2. Hipertensión arterial sistémica * depresión Valor de chi cuadrado y riesgo relativo

HAS*DEP1 tabulación cruzada							
Recuento		DEP1		Total	RM	IC 95%	p
		PRESENTE	AUSENTE				
HAS	Si	61	130	191	0.736	(0.44-1.22)	0.239
	No	37	58	95			
Total		98	188	286			

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 35. Tabla de 2 x 2. Diabetes tipo 2 * depresión. Valor de chi cuadrado y riesgo relativo

DM2*DEP1 tabulación cruzada							
Recuento		DEP1		Total	RM	IC 95%	p
		PRESENTE	AUSENTE				
DM2	Si	59	106	165	1.17	(0.71 - 1.92)	0.535
	No	39	82	121			
Total		98	188	286			

Fuente n=286 Huitrón A. V., Luiz V. B." Asociación entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo, en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar, número 15, IMSS."

Tabla 36. Tabla de 2 x n. Terapéutica de Enfermedad renal crónica * depresión. Valor de chi cuadrado y riesgo relativo

ERC_TX*DEP1 tabulación cruzada							
Recuento		DEP1		Total	RM	IC95%	P
		PRESENTE	AUSENTE				
ERC_TX	Sin tratamiento	43	49	92	0.86	(0.57-1.29)	0.787
	Diálisis	19	27	46	0.70	(0.32-3.10)	
	Hemodiálisis	6	6	12	1.00	(0.39-1.26)	
Total		68	82	150			