Universidad Nacional De Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

Autora:

Verónica Sthefanya Rosales Correa

Director:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg.Sc.

Loja- Ecuador

2017

Loja, 07/09/2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

CERTIFICA:

Que este trabajo de Tesis titulado **"EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.",** ha sido dirigido, asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original de la Srta. Veronica Sthefanya Rosales Correa, previo a la obtención del título de médica general.

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

Director de tesis

AUTORÍA

Yo, Veronica Sthefanya Rosales Correa declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Firma: _____

Cédula: 1104921919

Fecha: 07/09/2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Veronica Sthefanya Rosales Correa, declaro ser autor de la tesis titulada: **"Evaluación de trastornos: ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis del Centro Diálisis Cornelio-Samaniego-Loja. abril-septiembre-2016",** como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuario pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes se información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realiza un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 07 días del mes de septiembre del dos mil diecisiete, firma el autor.

.....

Firma

Autor: Veronica Sthefanya Rosales Correa Cédula: 1104921919

Dirección: Padre Esteban - Gerónimo Carrión

Correo electrónico: verito-22-101@hotmail.com

Teléfono: 2687865 Celular: 0981516987

DATOS COMPLEMETARIOS

Director de tesis: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Dr. Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustan, Mg. Sc.	Presidente del tribunal
Dr. Cristian Alfonso Galarza Sanchez, Esp.	Miembro del tribunal
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg, Sc	Miembro del tribunal

DEDICATORIA

"A la cima no se llega superando a los demás, sino superándose a sí mismo" al culminar esta meta quiero dedicar este trabajo:

A mi Dios, por darme la oportunidad de vivir , quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia por ser el pilar fundamental en todo lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hermano y abuelita por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

AGRADECIMIENTO

"nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber"

Agradezco a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja por haberme abierto las puertas para cumplir con este gran sueño; a mis docentes que durante toda la carrera con sus palabras de apoyo inculcaron en mí no solo conocimiento sino valores que hoy me convierten en una mejor persona; a mi director de tesis por su apoyo en la realización de este trabajo, porque sin su conocimiento y guía no lo hubiese logrado; a todo el personal que labora en el Centro de Diálisis Cornelio-Samaniego-Loja y en especial a los pacientes que me brindaron su apoyo incondicional para realizar este proyecto de investigación, y a mis amigos y amigas por haber estado a mi lado a pesar de mis momentos de ausencia dedicados a mi carrera, gracias de todo corazón a quienes hicieron que este sueño se haga realidad.

ÍNDICE

CARATULA……..i

CERTIFICACIÓN…….....ii

AUTORÍA……..iii

CARTA DE CERTIFICACIÓN…….iv

DEDICATORIA……vi

AGRADECIMIENTO……..……vii

ÍNDICE…….viii

ÍNDICE DE TABLAS…….....xii

ÍNDICE DE GRÁFICOS…….……xiii

1.TÍTULO:……...1

2.RESUMEN…….....…2

Summary…….……...3

3.INTRODUCCIÓN……4

4.REVISIÓN DE

LITERATURA……7

CAPÍTULO 1

1.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA……7

1.1.Historia……7

1.2.Definición…….....7

1.3.Etiología y fisiopatología…….....8

1.4.Manifestaciones Clínicas…….....9

1.5.Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica……...13

1.6.Importancia del momento de referencia de los pacientes……..14

1.7.Terapia de Reemplazo Renal…….15

__1.7.1.Hemodiálisis…….16

__1.7.2.Diálisis Peritoneal……...17

1.7.3.Trasplante Renal……...…20

1.8.Aspectos Económicos de la Terapia de Reemplazo Renal……21

1.9.Efectos psico-sociales de la Hemodiálisis…….23

CAPÍTULO 2

2.DEPRESIÓN……..26

2.1.Definición.....26

2.2.Clasificación y cuadros clínicos……26

2.2.1.Episodio depresivo mayor……26

2.2.2.Trastorno depresivo Mayor……..28

2.2.2.1.Especificaciones……..28

2.2.3.Trastorno Distímico…….30

2.2.4.Trastorno depresivo no especificado……....31

2.3.Epidemiología……...33

CAPÍTULO 3

3.ANSIEDAD……..33

3.1.Definición…….33

3.2.Presentación clínica……....34

3.2.1.Tensión motora……....34

3.2.2.Hiperactividad autónoma……34

3.2.3.Expectación aprensiva…….34

3.2.4.Actitud de vigilancia y escrutinio…….....34

3.3.Clasificación……...….34

3.3.1.La crisis de angustia (panic attack)……..…34

3.3.2.La agora…….....35

3.3.3.El trastorno de angustia sin agorafobia…….....35

3.3.4.La agorafobia sin historia de trastorno de angustia……...35

3.3.5.La fobia social…….....35

3.3.6.El trastorno obsesivo-compulsivo……...….35

3.3.7.El trastorno por estrés postraumático……...…35

3.3.8.El trastorno por estrés agudo……36

3.3.9.El trastorno de ansiedad generalizada……..36

3.3.10.El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica……..36

3.3.11.El trastorno de ansiedad inducido……..36

3.3.12.El trastorno de ansiedad no especificado……..36

3.4.Escala de Hamilton y de Yesavage para medir el estado de ansiedad y depresión……..….37

3.4.1.Escala de ansiedad de Hamilton……..37

3.4.2.Escala de depresión de Yesavage……39

CAPÍTULO 4

4.LAS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SUS TRATAMIENTOS…….41

4.1.El impacto del tratamiento de hemodiálisis en el estilo de vida de los pacientes…….41

4.1.1.Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas……..41

4.1.2.Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo……..42

4.1.4.Readaptación: personal, social y familiar……43

4.2.Calidad de vida e insuficiencia renal crónica……..……44

4.3.Depresión en pacientes renales crónicos…….....45

4.3.1.Factores predisponentes de la depresión en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis……..…46

4.4.Ansiedad en enfermos renales crónicos……..…..47

4.4.1.Fuentes de estrés en pacientes renales…….…48

5.MATERIALES Y MÉTODOS……...…50

6.RESULTADOS…….…54

7.DISCUSIÓN…….….64

8.CONCLUSIONES……67

9.RECOMENDACIONES…….....68

10.BIBLIOGRAFÍA……...…….69

11.ANEXOS…….75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 54

Tabla N° 2 55

Tabla N° 3 56

Tabla N° 4 57

Tabla N° 5 58

Tabla N° 6 59

Tabla N° 7 61

Tabla N° 8……..…….62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 54

Gráfico N° 2 55

Gráfico N° 3 56

Gráfico N° 4 57

Gráfico N° 5 58

Gráfico N° 6 59

Gráfico N° 7 60

Gráfico N° 8 61

Gráfico N° 9 62

Gráfico N° 10 63

1. TÍTULO:

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.

2. RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad determinar la presencia de trastornos de ansiedad, depresión y sus factores en pacientes sometidos a hemodiálisis del centro diálisis Cornelio-Samaniego-Loja, en el periodo Abril-Septiembre-2016; realizando de esta manera valoración del grado de ansiedad mediante la escala de Hamilton así mismo se valoró el estado de depresión mediante escala de Yesavage en cada paciente previo a someterse a diálisis, finalmente se relacionó factores presentes en los pacientes con niveles de ansiedad y depresión. El estudio fue de tipo descriptivo, cualitativo y cuantitativo, con una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica y tratamiento de Hemodiálisis, conociendo de esta manera el nivel de los trastornos de ansiedad y depresión mediante la aplicación de los Test ante mencionados. Los principales resultados fueron: en un 76% presentan una ansiedad mayor, asociado a factores, de los cuales lo más frecuentes encontrados son los siguientes: síntomas somáticos generales, síntomas genitourinarios como micción frecuente-urgente, preocupaciones, dificultad para dormir, llanto fácil y dificultad de concentrarse.; mientras que un 5% del estudio no presentan ansiedad. Así mismo tenemos un 53% con nivel normal de depresión y un 23% que presentan depresión severa relacionada la aceptación de la enfermedad y su tratamiento respectivo.

Concluyendo de esta manera los pacientes sometidos a Hemodiálisis presentan mayor ansiedad y menor depresión.

Palabras claves: Ansiedad y Depresión

Summary

This study aims to determine the factors that trigger anxiety disorders and depression in patients undergoing hemodialysis dialysis center Cornelio-Samaniego-Loja, in the period April-September-2016; It thereby performing assessment of the degree of anxiety by the Hamilton scale so does the state of depression was assessed by scale Yesavage in each pre-dialysis patient, eventually factors present was associated in patients with levels of anxiety and depression. The study was descriptive, qualitative and quantitative, with a sample of 57 patients diagnosed with chronic renal failure and hemodialysis treatment, knowing this way the level of anxiety disorders and depression by applying the test before mentioned. The main results were: 76% have a higher anxiety, associated factors, of which the most frequently encountered are the following: general somatic symptoms, genitourinary symptoms such as frequent-urgent urination, concerns, difficulty sleeping, crying easily and difficulty concentrating; while 5% of the study have no anxiety. We also have 53% normal level of depression and 23% with severe depression that due to the acceptance of the disease and its respective treatment.

Thus concluding that patients undergoing hemodialysis have more anxiety and minor depression

Keywords: Anxiety and Depression.

3. INTRODUCCIÓN

Por lo que se refiere a la ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual**.** (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008), es importante tomar en cuenta que con altos niveles de ansiedad la persona pierde su capacidad de adaptación a situaciones cotidianas y esto imposibilita a la misma en su desarrollo bio-psico-social.

Con respecto a la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (Organizacion Mundial de la Salud (Depresión), 2016), las principales características de la depresión afectan tanto de forma física

como emocional a la persona y esto genera una serie de signos y síntomas que poco a poco van deteriorando al paciente y a su vez se complique aún más el cuadro que presente el mismo.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) mencionan que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones son: la diálisis y el trasplante de riñón son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. (La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento, 2015), el índice mencionados con anterioridad es de notable preocupación ya que un gran porcentaje de personas afectadas solo pueden acceder a un tratamiento paliativo siendo esta la única opción ya que no se cuenta con una cura definitiva, en nuestra provincia es muy limitado el acceso a tratamientos, siendo la ciudad de Loja un centro de concentración para quienes necesitan del mismo, actualmente existen tratamientos avanzados lo que significaría una mejor opción de vida para quienes sufran esta patología.

Así mismo se ha podido evidenciar en los pacientes evaluados que su función renal crónicamente alterada produce una serie de anormalidades como el síndrome urémico caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC); debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta

problemática con el objetivo de brindarles a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

Debido a ello el siguiente estudio lleva por título: "Evaluación de Trastornos: Ansiedad y Depresión en pacientes sometidos a Hemodiálisis del Centro Diálisis Cornelio-Samaniego-Loja. Abril-Septiembre-2016". Para lo cual el objetivo general fue determinar los factores que desencadenan trastornos de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis del centro diálisis Cornelio-Samaniego-Loja. Y los objetivos específicos fueron: valorar mediante escala de Hamilton el grado de ansiedad en que se encuentra cada paciente previo a someterse a diálisis; establecer mediante escala de Yesavage el estado de depresión en que se encuentra cada paciente previo a someterse a diálisis y finalmente relacionar los factores presentes en los pacientes con los niveles de ansiedad y depresión.

Para la presente propuesta de investigación se utilizaran instrumentos y cuestionarios de evaluación psicológica como: Escala de depresión geriátrica Yesavage para Adultos Mayores y la escala de Ansiedad de Hamilton. El diseño del presente estudio de investigación fue descriptivo, cualitativo, cuantitativo.

Los resultados nos indica que un 76% presentan una ansiedad mayor, asociado a factores como: síntomas somáticos generales, síntomas genitourinarios; micción frecuente-urgente, preocupaciones, dificultad para dormir, llanto fácil y dificultad de concentrarse; mientras que un 5% del estudio no presentan ansiedad.

Así mismo tenemos un 53% con nivel normal de depresión y un 23% que presentan depresión severa esto debido a la aceptación de la enfermedad y su tratamiento respectivo.

En conclusión la mayoría de los pacientes que están sometidos a hemodiálisis presentan ansiedad y en lo referente a depresión no presentan.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO 1

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1. Historia

- 1840: se descubrió la uremia o contaminación de sangre con orina (Piorry); y en el mismo año se descubre la azotemia: que es acumulación de nitrógeno en sangre.
- 1923 Ganter realizo la primera diálisis peritoneal.
- 1943se puso en práctica la hemodiálisis en humanos.
- Scribner 1960 desarrolla el aparato de derivación arteriovenosa externa.
- 1966 Brescia y Cimino desarrollan la fístula arteriovenosa subcutánea.
- 1968 Tenckoff desarrolla un catéter de hule de silicón.
- 1976 Popovich y Montier diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). (Tintinalli & Hill, 2010)

1.2. Definición

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) actualmente llamada Enfermedad Renal Crónica (ERC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m2. La ERC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el

paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. La TFG es el mejor método para calcular la función renal. Esta consiste en medir la depuración renal de una sustancia, es decir el volumen de plasma del que puede ser eliminada una sustancia completamente por unidad de tiempo. Se la calcula mediante la fórmula de Cockroft-Gault o la de MDRD (Modified Diet in Renal Disease).

- Cockroft-Gault = ((140-edad) x peso))/72 x Cr sérica x 0.85 si es mujer
- MDRD = (186 x Cr sérica -1.154 x edad-0.203) x 0.742 si es mujer x 1.212 si es de raza negra. (Venado- Estrada, 2011).

1.3. Etiología y fisiopatología

De las muchas causas de la IRC, las más comunes son la diabetes mellitus, la hipertensión y la enfermedad de los riñones poliquísticos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo de la IRC. La TFG puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG. La pérdida estructural y funcional del tejido renal es lo que intentan mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la

función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR (terapia de reemplazo renal). El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundarios a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas.

El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis. Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemia, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular. (Ribes, 2014)

1.4. Manifestaciones Clínicas

Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema

pulmonar. La hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada. La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m2.

La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico. La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m2, se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico. (Avendaño, 2008)**.**

Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales. Su

presencia es una indicación firme de iniciar Terapia Regresiva Reconstructiva. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplejia flácida. (Gómez-Carracedo, 2010)**.**

La nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hipercalcemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardiaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardiaco. Por lo general no se observa hipercalcemia clínicamente significativa hasta que la TFG cae por debajo de 10 ml/min/1.73 m2 o el paciente recibe una carga adicional de potasio. Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo.

En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. En un inicio los pacientes presentan acidosis de brecha aniónica normal, sin embargo, conforme progresa la enfermedad renal aumenta la brecha aniónica con una disminución recíproca del bicarbonato en sangre. En la mayoría de los pacientes se observa una acidosis leve, por lo general con pH superior a 7.3, sin embargo pueden presentarse manifestaciones severas de un desequilibrio ácido base cuando el paciente se expone a un exceso de ácido o pérdidas alcalinas, como ocurre en la diarrea. Los riñones y el hueso son importantes reguladores del metabolismo del calcio y del fósforo. Al deteriorarse la función renal, disminuye la síntesis de vitamina D, baja el nivel de calcio y aumenta el de fosfato. (Torres- Viloria, 2012)

La hiperfosfatemia se presenta en estadios avanzados de la insuficiencia renal, en pacientes con TFG menor a 20 ml/min/1.73m2, siendo está una de las principales causas de hiperparatiroidismo en los pacientes con IRC. El exceso de fosfato disminuye la síntesis de vitamina D activa y esto a su vez resulta en una caída del nivel sérico de calcio, que es el estímulo principal para la secreción de paratohormona (PTH). En aproximadamente 35% y 90% de los pacientes con IRCT existe evidencia de alteraciones óseas a nivel radiológico e histológico, respectivamente, a pesar de que menos del 10% presentan síntomas clínicos de enfermedad ósea antes de requerir diálisis. En los pacientes con enfermedad renal crónica se observan principalmente dos tipos de trastornos óseos, que se reflejan como fragilidad ósea: la osteítis fibrosa quística y la osteomalacia que progresa a enfermedad ósea adinámica. Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos. Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a broncínea debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. En estados avanzados, la cantidad de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica. (González- Casaús, 2011)

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo. El daño renal puede diagnosticarse directamente al observar alteraciones histológicas en la biopsia renal, o bien indirectamente por albuminuria o proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen. Debido a que la TFG disminuye con la edad, la prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta con ella y se estima que

aproximadamente el 17% de las personas mayores de 60 años tienen una TFG menor a 60ml/min/1.73m2. (Vicente-Torregrosa, 2011)

1.5. Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como microalbuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macroalbuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular.

Las guías de la National Kidney Foundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y microalbuminuria con una TFG normal en el **estadio 1**. El **estadio 2** se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m2. Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental. El **estadio 3** es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m2. Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La **etapa temprana 3a**, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m2 y la **etapa tardía 3b** con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m2. Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y

calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.

El **estadio 4** se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m2. Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades. El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m2. En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido.

1.6. Importancia del momento de referencia de los pacientes

Un gran número de pacientes con IRC son referidos tardíamente al nefrólogo, lo cual se asocia con un incremento de la mortalidad y morbilidad. Un análisis retrospectivo evidenció la relación entre el momento de referencia al servicio de nefrología y la mortalidad a dos años. Considerando como referencia tardía aquellos casos en que el paciente tenía una TFG menor a 20 ml/min/1.73m2 en su primera visita al nefrólogo, más de la mitad de los pacientes con IRCT fueron referidos tardíamente. La mortalidad a dos años fue significativamente mayor en el grupo de pacientes referidos tardíamente, y se asoció a mayor edad y comorbilidad adquirida durante el curso de la enfermedad renal crónica. Es evidente la importancia de identificar específicamente a los pacientes con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad para desarrollar estrategias de referencia a los servicios de nefrología. Pacientes atendidos por un nefrólogo antes de iniciar diálisis tienen una reducción significativa en el deterioro de la concentración sérica de creatinina.

En pacientes diabéticos ha sido estudiado el impacto de la atención médica en el resultado clínico una vez comenzada la TRR. La sobrevivencia en este grupo de pacientes es crítica comparada con la de los pacientes no diabéticos. Es sabido que los pacientes que son referidos al nefrólogo de manera temprana en el curso de la enfermedad tienen un mejor resultado después de la TRR que aquellos que son referidos justo antes de iniciar la TRR. Por lo general, la historia natural de la IRC en pacientes con diabetes tipo 2 dura más de 10 años, lo cual permite realizar intervenciones médicas apropiadas según la evolución de la enfermedad. Se ha demostrado que la presencia o ausencia de atención por el médico familiar o el nefrólogo se asocia significativamente con el riesgo de muerte durante los primeros 3 meses de iniciar la TRR. La sobrevivencia a 3 meses de los pacientes que contaron con atención nefrológica regular fue 9.1% y 16.4% mayor que la de aquellos con nula e irregular atención, respectivamente. Se observó que los pacientes que requerían diálisis de urgencia habían tenido menos control nefrológico regular y tenían una estancia hospitalaria más prolongada. Tenían una función renal residual menor, un nivel de albúmina sérica, hematocrito y calcio sérico menor; un fósforo sérico mayor y síntomas gastrointestinales. (Blake, 2010)

1.7. Terapia de Reemplazo Renal

Las opciones de TRR para los pacientes en IRCT son: hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal, con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular. (Flores, 2010).

1.7.1. Hemodiálisis

La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica. Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular. Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el

catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteremia la más importante.

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent propusieron utilizar el parámetro Kt/V, donde K es depuración de urea, t duración de la sesión de diálisis, y V volumen de distribución de la urea, observando que un Kt/V > 0.8 se asociaba a una mejor evolución clínica. La hipotensión es la complicación más frecuente de diálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a tasas altas tasas de ultrafiltración. A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome incluye síntomas no específicos como nausea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000. (Lombardi, 2011).

1.7.2. Diálisis Peritoneal

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida. El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo,

con un área de 1 a 2 m^2 en los adultos y está abundantemente vascularizado. La difusión de solutos mediada por las fuerzas oncóticas y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa.

Con el tiempo, el transporte peritoneal se altera en el paciente en diálisis peritoneal, debido a diversos factores. Los episodios repetidos de peritonitis y la exposición crónica a líquido de diálisis con contenido de glucosa deterioran la membrana peritoneal. Ocurren alteraciones patológicas como pérdida del mesotelio, engrosamiento de la matriz, hialinosis, obliteración de las vénulas postcapilares y neoangiogénesis en la membrana peritoneal. El aumento neto de la vascularidad peritoneal resulta en un incremento del transporte de solutos, pero con disminución de la capacidad de ultrafiltración hasta que se vuelve insuficiente en los casos más severos.

La diálisis peritoneal en los pacientes con IRC es un proceso crónico por lo que se utiliza un catéter flexible de silicón que se coloca en un túnel subcutáneo en la pared abdominal de modo que estimula el crecimiento de células a su alrededor que forman una barrera contra la infección. Existen diferentes variedades de catéteres, sin embargo todos ellos tienen una vida media del 85 al 90% al año y una tasa similar de complicaciones. Las principales complicaciones relacionadas al catéter son la infección del túnel y del sitio de salida, las fugas y disfunción del catéter.

Las soluciones de diálisis tradicionalmente contienen glucosa como agente osmótico y se encuentran disponibles en varias concentraciones de acuerdo al grado de ultrafiltración que requiera el paciente. Recientemente, la glucosa está siendo sustituida por otros agentes osmóticos debido a la evidencia de que las soluciones glucosadas causan un daño acelerado de la membrana peritoneal. Además existe la preocupación de efectos adversos potenciales causados por la absorción constante de glucosa, como hiperglucemia, hiperinsulinemia y obesidad, que son factores

de riesgo cardiovascular en una población que por sí misma tiene un riesgo aumentado de enfermedad cardiaca. Actualmente, se utiliza la icodextrina para inducir ultrafiltración por presión oncótica, manteniendo la misma osmolaridad del plasma. Hay evidencia de que los líquidos de diálisis que contienen icodextrina en vez de glucosa pueden prevenir el deterioro acelerado del peritoneo. Las soluciones de diálisis contienen lactato como amortiguador de pH, el cual se convierte en bicarbonato en el hígado y es efectivo para mantener el equilibrio ácido base del paciente. Existen soluciones que contienen bicarbonato, que han mostrado disminuir el dolor abdominal asociado a la infusión de la solución, aunque no hay datos convincentes de su superioridad en la sobrevida del paciente.

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal, siendo la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o ciclada (DPA) las mayormente utilizadas. La DPCA es muy popular debido a que es un procedimiento sencillo que el paciente puede realizar fácilmente en su domicilio con un entrenamiento adecuado. Por lo general se realizan tres o cuatro recambios de 1.5 a 2.5 L al día, con una duración de 4 a 6 horas durante el día y 8 a 9 horas durante la noche. Los pacientes en DPA tienen de 3 a 7 ciclos de 1.5 a 2.5 L durante un periodo de 9 horas en la noche. La situación socioeconómica del paciente y su capacidad de realizar el procedimiento son factores muy importantes al momento de prescribir la diálisis peritoneal. Una vez que se ha logrado un nivel de depuración mínimo suficiente para preservar la vida y evitar las complicaciones agudas de la uremia, no se logra un beneficio adicional para el paciente incrementando la intensidad de la diálisis, sino al contrario, puede generar efectos negativos por sobreexposición a glucosa y costos excesivos.

La depuración en el paciente en diálisis peritoneal es una suma del efecto de la diálisis y su función renal residual. La depuración se mide mediante el índice de depuración fraccional de urea

(Kt/V) y la depuración de creatinina ajustada por superficie corporal (CrCl). El estudio ADEMEX y otros estudios demostraron que los regímenes de diálisis peritoneal más intensivos no confieren un beneficio adicional comparados con el régimen estándar de la DPCA de 4 x 2 L, por lo que actualmente las guías indican que una diálisis peritoneal adecuada debe lograr una depuración de solutos pequeños mínima de 1.7 KtV a la semana.

Finalmente, la intensidad del régimen prescrito debe individualizarse de acuerdo al estado clínico del paciente. La función renal residual se preserva mejor con la diálisis peritoneal que con la hemodiálisis, debido a una mejor estabilidad hemodinámica y a que no es necesaria la exposición a una membrana extracorpórea, entre otros factores. Una vez que se pierde la función renal residual, la hipertensión arterial se vuelve más difícil de controlar. La disminución de la función renal residual contribuye significativamente a la anemia, inflamación y malnutrición en pacientes en diálisis. (Montenegro, 2010).

1.7.3. Trasplante Renal

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRR que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. Hay varias circunstancias que se consideran contraindicaciones para el trasplante renal, en general se acepta que los pacientes cuya esperanza de vida es menor a 2 años no son

candidatos a trasplante renal. Otras contraindicaciones son 1) enfermedades sistémicas incorregibles con corta esperanza de vida, 2) falla renal reversible, 3) historia reciente de cáncer o malignidad intratable, 4) enfermedad psiquiátrica grave y abuso de sustancias, 5) falta de apego al tratamiento, 6) infección crónica o activa, 7) oxalosis Primaria y 8) potencial de rehabilitación limitado.

La enfermedad cardiovascular no controlada también es un impedimento. La edad no es una contraindicación absoluta para un trasplante, sin embargo, se debe considerar la condición general de los pacientes así como sus enfermedades para estimar su probable sobrevida. Es necesaria una historia clínica y exploración física detallada por un equipo multidisciplinario así como los estudios de gabinete y laboratorio incluyendo immunotipificación de HLA, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, EGO, perfil viral, hemocultivos, electrocardiograma, ecocardiograma, radiografía de tórax y en pacientes mayores de 50 años colonoscopia.

El trasplante renal de donador vivo relacionado es la mejor opción de terapia de reemplazo renal en pacientes con IRCT. La sobrevida media del injerto de donador cadavérico a uno y 5 años es del 88% y 63%, respectivamente. Mientras que los injertos de donador vivo relacionado tienen una sobrevida de 94% y 76%, respectivamente. (Ortega, 2010)**.**

1.8. Aspectos Económicos de la Terapia de Reemplazo Renal

La IRC representa una de las enfermedades más costosas a nivel mundial. Los costos globales de su tratamiento son muy altos y continúan aumentando, constituyendo un reto económico para los sistemas de salud. Existen factores económicos importantes que influyen en la selección de la modalidad de diálisis, especialmente el financiamiento, el reembolso por el servicio

y la disponibilidad de recursos. En el caso particular de nuestro país en que más del 70% de los pacientes reciben Diálisis Peritoneal, su alta utilización se debe en parte a que es la modalidad con el mayor apoyo financiero por parte del sistema de seguridad social y las instituciones públicas. En los últimos años ha habido una tendencia a promover el financiamiento de la Hemodiálisis, lo que podría estar en relación con la disminución en el uso de Diálisis Peritoneal que se aprecia en México actualmente.

Algunos autores sugieren que los pacientes con terapia en casa, Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal, tienen mejores resultados con respecto a sobrevivencia, calidad de vida y satisfacción.

La IRC afecta de manera importante la fuerza laboral de una nación. La participación productiva de los adultos entre 18 y 64 años que viven con la enfermedad se ve disminuida significativamente. Un gran número de estudios transversales han observado que es más probable que los pacientes en Diálisis Peritoneal estén empleados a aquellos en Hemodiálisis.

Sin embargo, se ha sugerido que la modalidad de TRR no influye en la habilidad de mantener un empleo, peri el tener un empleo si puede influir en la elección entre Diálisis Peritoneal Hemodiálisis. Se espera el costo de mantenimiento de la población en diálisis a nivel mundial va continuar aumentando.

Los costos de la diálisis varían en diferentes partes del mundo dependiendo de las condiciones locales del mercado, como la producción y distribución, la importación, la presencia o ausencia de proveedores locales y el poder de adquisición. El costo de la HD está determinado en gran medida por los costos fijos del espacio y el personal. Otros costos adicionales son el mantenimiento de la facilidad y el transporte de los pacientes al centro de HD. Por otra parte, el costo de la DP se relaciona con el costo de los insumos desechables como soluciones y tubos.

En conclusión, la prevalencia de la IRC en Ecuador es probablemente mayor que la estimada. En la mayoría de los casos la modalidad utilizada es la Diálisis Peritoneal y la mayoría de

los pacientes no participan en el proceso de selección de la modalidad de diálisis. La prevalencia de IRC actual estimada, considerando que Ecuador cuenta con una prevalencia de diabetes casi epidémica, es de hasta 1200 pmp y la meta es brindar Terapia Regresiva Reconstructiva a un número de pacientes que está siempre en aumento. Es evidente desde una perspectiva médica, que no todos los pacientes son candidatos para Diálisis Peritoneal.

Por lo tanto, una política de una sola modalidad dialítica impacta negativamente en la calidad de la atención y sobrevida de los pacientes. Un análisis cuidadoso del costo-beneficio en situaciones clínicas particulares y pacientes específicos es necesario a fin de proporcionar la terapia más adecuada, dando el mayor peso al factor médico. Es cierto que a fin de atender al mayor número de pacientes, la modalidad menos costosa puede estar indicada en muchos casos, sin embargo a veces los tratamientos más baratos pueden resultar los más costosos si se consideran los costos asociados a las complicaciones. Por lo tanto, cuando claramente una modalidad sea mejor para un paciente, las indicaciones médicas deben jugar el papel más importante en la decisión final, de esta manera se obtendrán los resultados más costo-efectivos para el sistema de salud a largo plazo y para la calidad de vida de los pacientes. (López-Viñas, 2013).

1.9. Efectos psico-sociales de la Hemodiálisis

Las enfermedades crónicas de tipo renal no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas renales surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad frente al diagnóstico y al pronóstico.

De acuerdo con Nobe, Lluch y Rourera (2001), los problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como el tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia la vivencia de la incapacidad, los recursos, creencias y valores personales o los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia.

En el caso específico de la IRC, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiares y económicas asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia. Y en la medida en que esta enfermedad avanza, el problema de la persona se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de recursos propios.

Área personal: En el área personal, se encuentra el malestar físico y emocional, el cambio en el estilo de vida, pérdida de la independencia y alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona. El diagnóstico de la presencia de la enfermedad en sí mismo es algo que impacta emocionalmente al paciente, y que de algún modo le obliga a realizar cambios en su estilo de vida. El estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

En cuanto a la pérdida de independencia, es importante señalar que este es un factor que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal. A partir del diagnóstico y primeras diálisis, el paciente se va a encontrar cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, a menos que él mismo tenga

la oportunidad de un trasplante de órgano exitoso que le permita volver a la normalidad y así asumir nuevamente su independencia.

Área familiar: El entorno inmediato del paciente es la familia. Por lo tanto, en la medida en que la familia acompañe el proceso de enfermedad del paciente, éste tendrá mayores posibilidades de afrontarla de manera adecuada. En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Los problemas se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte del entorno.

Área social: está es el área en la que los problemas se relacionan con la pérdida de relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral. En este sentido, es preciso brindar al paciente posibilidades de apoyo que le permitan superar la situación a la que se ve expuesto con la presencia de su enfermedad y la pérdida de las relaciones sociales.

Entre los trastornos que pueden presentarse en estos pacientes se encuentran los de tipo emocional, ya que esta enfermedad los enfrenta con la necesidad de múltiples cambios en su estilo de vida. Además, tiene una evolución incierta, por lo que muchos pacientes ante el diagnóstico asumen una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares. (NOVE, 2001).

CAPÍTULO 2

2. DEPRESIÓN

2.1. Definición

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (OMS, 2015).

2.2.Clasificación y cuadros clínicos

Según la clasificación del DSM-IV-TR, el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

2.2.1. Episodio depresivo mayor.

Los criterios diagnósticos se especifican en el siguiente cuadro:

A		Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de 2 semanas y presentan un cambio respecto a la actividad de funcionamiento previo. Por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés
	1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
	2	Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
	3	Pérdida o aumento significativo de peso.
	4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
	5	Agitación o retardo psicomotor
	6	Fatiga o perdida de energía
	7	Sentimiento de minusvalía o culpa excesiva
	8	Capacidad disminuida de pensar o concentrarse.
	9	Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intento de suicidio con plan específico.
B		Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C		Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo en el área laboral,

	social o familiar.
D	Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de sustancias
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, e ideación suicida.

FUENTE: Criterios para episodio depresivo mayor, tomado del DSM-IV-TR
AUTOR: keck
(Keck, 2010)

2.2.2. Trastorno depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

2.2.2.1.Especificaciones:

De acuerdo al número de episodios:	
Episodio único:	Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Estudios demuestran que esta evolución es la menos frecuente.

Recidivante:	Este curso es el más común. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

FUENTE: Especificaciones del trastorno depresivo mayor, DSM-IV-TR
AUTOR: Heinze.
(Heinze, 2010).

De acuerdo con la severidad: la clasificación se basa en el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar	
1	Leve
2	Moderado
3	Grave sin síntomas psicóticos
4	Grave con síntomas psicóticos
5	En remisión parcial/en remisión total
6	No especificado

FUENTE: Especificaciones del trastorno depresivo mayor, DSM-IV-TR
AUTOR: Heinze
(Heinze, 2010).

Los **episodios leves** se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un

esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Los **episodios graves** sin síntomas psicóticos se caracterizan por varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor, es evidente y observable. Además de una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Los **episodios graves** con síntomas psicóticos se caracterizan por presencia de ideas delirantes o alucinaciones. En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo incluyen ideas delirantes de culpa, fracaso personal, enfermedad, de ser merecedor de un castigo, ideas delirantes nihilistas, somáticas o ideas delirantes de ruina. Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados. Las ideas delirantes incongruentes con el estado de ánimo pueden ser ideas de persecución, ideas delirantes de inserción del pensamiento, ideas delirantes de difusión del pensamiento e ideas delirantes de control. Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. (Alberdi-Sudupe, 2011)

2.2.3. Trastorno Distímico.

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónico. Ocurre la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, sin tener período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de depresión hay al menos dos síntomas de entre los siguientes:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza
- Pérdida de intereses y aumento de la autocrítica (viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles)

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímico. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se puede desarrollar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que desarrolle un episodio depresivo.

2.2.4. Trastorno depresivo no especificado

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o

trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

CLASIFICACIÒN	DESCRIPCIÓN
Trastorno disfórico premenstrual	Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de la menstruación. Los síntomas son depresión, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades. Se presentan en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
Trastorno depresivo menor	Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
Trastorno depresivo breve recidivante	Cumple con los criterios del episodio depresivo con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Es incapacitante y presenta intentos de suicidio.
Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia	Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

FUENTE: Clasificación del trastorno depresivo no especificado, DSM-IV-TR
AUTOR: Vázquez
(Vázquez, 2010).

2.3.Epidemiología

Según Jesús de la Gándara en su estudio “La depresión: un problema de salud pública” señala:

- El 25 % de la población padece al menos una vez en su vida una depresión.
- Las depresiones se asocian con más frecuencia a otras enfermedades mentales y médicas.
- La depresión afecta al doble de mujeres que a hombres.
- La incidencia más alta de depresión en la mujer se sitúa entre los 30-35 años.
- Los varones casados tienen menos depresiones.
- La frecuencia de depresión en el varón aumenta con la edad más que en la mujer.
- El 10-20 % de las personas que van al médico general tienen depresión.
- El 50 % de los pacientes que ve un psiquiatra son depresivos/as
- El 80 % de los depresivos/as no reciben un tratamiento correcto. (Katon, 2010).

CAPÍTULO 3

3. ANSIEDAD

3.1.Definición

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos

psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se trasforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico. (Bados- López, 2010).

3.2.Presentación clínica

3.2.1. Tensión motora: el paciente se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

3.2.2. Hiperactividad autónoma: como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos, etc.

3.2.3. Expectación aprensiva: es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.

3.2.4. Actitud de vigilancia y escrutinio: el paciente suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio de conciliación y mantenimiento. (Montelongo, 2013).

3.3.Clasificación

3.3.1. La crisis de angustia (panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte

inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

3.3.2. La agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

3.3.3. El trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

3.3.4. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

3.3.5. La fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

3.3.6. El trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

3.3.7. El trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

3.3.8. El trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

3.3.9. El trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

3.3.10. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente

3.3.11. El trastorno de ansiedad inducido: por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

3.3.12. El trastorno de ansiedad no especificado: se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia». La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual». (Burillo, 2014).

3.4. Escala de Hamilton y de Yesavage para medir el estado de ansiedad y depresión.

3.4.1. Escala de ansiedad de Hamilton

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Las instrucciones para el profesional son seleccionar cada ítem, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marcar en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Resultados:

- ✓ **0-5**: no presenta ansiedad
- ✓ **6-14**: ansiedad menor
- ✓ **15 o más:** ansiedad mayor

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	**Ausente**	**Leve**	**Moderado**	**Grave**	**Muy grave/ Incapacitante**
Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez,					

eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

FUENTE: Escala de ansiedad de Hamilton. (Servicio Andaluz de Salud)
AUTOR: Hamilton.

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

(Hamilton, 2010)

3.4.2. Escala de depresión de Yesavage

Existen dos versiones:

Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	**SI**	**NO**
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**SI**	**NO**
3- ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	**NO**
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	**SI**	**NO**
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**SI**	**NO**
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	**SI**	**NO**
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**SI**	**NO**
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**SI**	**NO**
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	**SI**	**NO**
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	**SI**	**NO**
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	**SI**	**NO**
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**SI**	**NO**
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

FUENTE: Escala de depresión geriátrica (Yesavage). (Servicio Andaluz de Salud)
AUTOR: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T.
(Beltrán, 2012).

CAPÍTULO 4

4. LAS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SUS TRATAMIENTOS.

4.1. El impacto del tratamiento de hemodiálisis en el estilo de vida de los pacientes.

Se han diferenciado cuatro fases en el transcurso de la enfermedad: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación.

4.1.1. Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas.

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo. Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período.

4.1.2. Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo.

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas "minusválidas", inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Cuando el enfermo pone en cuestión este sistema de valores, se inicia la tercera fase.

4.1.3. Reflexión y Análisis: Nuevo punto de referencia.

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

4.1.4. Readaptación: personal, social y familiar.

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de adaptación puede resolver muchas de las dudas que le acosaban en el pasado: ¿qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál es mi papel en la familia?, ¿cuál es mi papel en el grupo social?

El modo en que se resuelvan estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios. En general, podría afirmarse que las personas que no pasan de la primera etapa son aquéllas que tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos psicológicos.

Permanecer en la segunda fase podría conducir a la marginación social, a la dependencia y a la pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda, con altibajos emocionales, relaciones familiares tensas. También pueden aparecer problemas de ansiedad, por la incertidumbre ante los cambios en sus hábitos y en sus condiciones físicas. La mayoría de las personas con IRC suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento. En gran parte de las investigaciones que estudian la influencia del tipo de tratamiento

sobre los trastornos psicológicos del sujeto exigen como requisito que los enfermos hayan (Villagrán- Venegas, 2012).

permanecido en diálisis por lo menos un año, ya que éste parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación, después de superar el desconcierto inicial.

4.2. Calidad de vida e insuficiencia renal crónica

El impacto de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se pone de relieve al considerar cómo influye la enfermedad en la "calidad de vida" de los enfermos. Este término comienza a emplearse en la literatura médica en los años 70 para designar el bienestar general de los sujetos en todas las áreas de su vida. Pese a que hoy es un concepto ampliamente extendido todavía no se ha propuesto una definición consensuada. Cuando se aplica a enfermos renales parece equipararse con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: "el grado de bienestar a nivel físico, emocional y social". Evans (1990) llevó a cabo una revisión exhaustiva sobre 300 publicaciones relativas a la "calidad de vida" de los pacientes renales, llegando a aislar hasta 40 indicadores utilizados para evaluar este concepto, y que podrían agruparse en las siguientes categorías generales: físicos, cognitivos, de actividad, emocionales, psicopatológicos y sociales. Cada uno de estos grupos incluye los siguientes componentes:

Físicos: tolerancia al ejercicio, síntomas, vitalidad, fatiga, funcionamiento sexual y motor, sueño, rehabilitación, dolor, apariencia física y apetito;

Cognitivos: percepción de salud, imagen personal y corporal, crecimiento y desarrollo personal, habilidades cognitivas, agudeza y funcionamiento mental;

De actividad: limitación en las actividades, vuelta al trabajo, búsqueda de actividades recreativas, restricciones dietéticas, progresos académicos, autocuidados, cuidado del hogar y tiempo de ocio;

Emocionales: seguridad, bienestar, autoestima, ira, satisfacción en general, satisfacción con la salud, con la vida sexual y con las relaciones sociales y familiares;

Psicopatológicos: síntomas psicóticos, ansiedad y depresión;

Sociales: vida familiar, vida social y relaciones familiares.

Esta relación ilustra la amplitud del término, al tiempo que apoya la noción de que el concepto de calidad de vida hace referencia al funcionamiento general del sujeto y al grado de bienestar personal entendido en un sentido amplio: físico, psicológico, laboral, social. De todas las variables mencionadas, las que aparecen recogidas en la literatura con mayor frecuencia son: los síntomas físicos, la ansiedad, la depresión u otros indicadores de bienestar psicológico, las relaciones sociales y las limitaciones o el impacto de la enfermedad. (Floril- Peña, 2011).

4.3. Depresión en pacientes renales crónicos

Junto con la ansiedad, la depresión parece ser una de las psicopatologías más frecuentes en los pacientes renales Diversos estudios comparativos han indicado que los enfermos renales tienen un nivel de depresión superior al de la población general, aunque inferior al de los pacientes psiquiátricos, similar al de otros enfermos crónicos y menor que el de los pacientes que acuden a Servicios Médicos de Atención Primaria.

Una fuente de confusión en el diagnóstico de depresión en estos pacientes es la presencia de síntomas físicos (derivados de la uremia) que son comunes a un estado de ánimo depresivo: apatía,

dificultades para concentrarse, problemas relacionados con el sueño, anorexia, fatiga, disminución del deseo sexual, etc. Cuando estos se consideran indicadores de depresión se puede llegar a sobrestimar su prevalencia en este colectivo. Para paliar este riesgo de sobreestimación o confusión en el diagnóstico de depresión Levy (1989) y O´Donnell y Chung (1997) han planteado la necesidad de utilizar técnicas o estrategias específicas para evaluar la depresión en este colectivo, de modo que no se confundan los síntomas de la enfermedad con los síntomas depresivos.

4.3.1. Factores predisponentes de la depresión en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Se consideran factores predisponentes de la depresión aquellas variables que favorecen la tristeza, la apatía y el desinterés. Gran parte de los factores predisponentes de la depresión, que pueden aparecer esporádicamente en población general, tienen una presencia constante en los enfermos renales: la pérdida de salud, trabajo, estabilidad, movilidad, dieta, ingesta de líquidos o el riesgo de pérdida del trasplante; la reducción de las actividades de ocio y divertimento; la experiencia de indefensión, por lo poco que puede hacer por sí mismo para cambiar sus condiciones físicas o las exigencias del tratamiento.

Por otro lado, en los enfermos sometidos a diálisis, la presencia de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdida de memoria, dificultad de concentración, apatía, anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio, etc.

En general, parece que es más probable que los pacientes con peores condiciones físicas desarrollen y mantengan una depresión aunque la gravedad de la misma dependerá del estilo de afrontamiento de cada uno. Una variable que se encuentra relacionada con la depresión es el

"apoyo social" o las características del medio social y familiar en que se desenvuelve habitualmente cada persona encontraron que los pacientes con menor apoyo social tenían más síntomas depresivos que los que gozaban de mayor apoyo, especialmente cuando la percepción de disfunción física era mayor.

El efecto de la actividad laboral sobre la depresión también parece poco consistente en los enfermos renales. La mayoría de los resultados indican la existencia de un menor número de personas deprimidas entre las activas laboralmente aunque esto se podría explicar porque los pacientes activos son los que tienen mejores condiciones físicas.

Tampoco está claro el influjo del tiempo en tratamiento sobre la depresión. Los resultados de Gentry y Davis, (1972) con pacientes en diálisis mostraron que aquellos que habían recibido un mayor número de sesiones presentaban menos depresión, lo cual puede ser un indicador de habituación a la técnica. Datos similares fueron obtenidos por Kutner et al. (1986), quienes encontraron que en los pacientes en diálisis la depresión disminuía con el paso del tiempo; las personas trasplantadas presentaban niveles de depresión similares a los de los pacientes en HDH, aunque en este grupo el nivel de depresión aumentaba desde la primera a la última evaluación. En general, después de los tres primeros meses de tratamiento en los que prácticamente todos los enfermos manifiestan síntomas depresivos, parece que la depresión tiende a aumentar con el paso del tiempo. (Páez, 2010).

4.4. Ansiedad en enfermos renales crónicos

Las características de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y sus tratamientos parecen predisponer para la aparición de ansiedad, debido a la presencia constante de situaciones amenazantes en la vida de estos enfermos. De hecho, el estudio de la ansiedad en los pacientes

renales es uno de los problemas psicológicos que, junto con la depresión, ha recibido mayor atención en la literatura especializada; lo cual se puede explicar por la elevada prevalencia de la ansiedad en este colectivo y por la relación entre ansiedad y salud.

Llamativamente, se ha observado que cuando no hay riesgo de fallecimiento el nivel de ansiedad predice la supervivencia de los pacientes renales, incluso mejor que las variables médicas. Todo parece indicar que la ansiedad generalizada y mantenida perjudica no sólo el bienestar de los enfermos renales, sino también sus condiciones físicas. (Barba- Tejedor, 2014).

4.4.1. Fuentes de estrés en pacientes renales.

Habitualmente, se admite que las personas con Insuficiencia Renal Crónica están sometidas a más situaciones amenazantes que la población general. Este fenómeno es común a otros pacientes que sufren otras enfermedades crónicas sintomáticas o que reciben tratamientos que incluyen elementos aversivos y cambios en el estilo de vida. Entre las fuentes de estrés mencionadas destacan los siguientes sucesos, comunes a todos los tratamientos (diálisis y trasplante): restricciones en la dieta, disminución de la capacidad sexual, cambios en las relaciones sociales y familiares, cambios en la apariencia física, situación laboral y económica, dependencia de la tecnología médica y del personal sanitario, y disminución de la resistencia y fuerza física. Es común también el temor a la muerte, con variaciones en las causas del miedo a morir; así, los sujetos en hemodiálisis tienen miedo a las complicaciones derivadas de la enfermedad y de la diálisis.

También varían los miedos específicos en función de las características y problemas individuales. No obstante, las características personales o del medio en que se desenvuelve un enfermo, la evolución de la enfermedad y el momento en que se realiza la evaluación pueden

afectar a la intensidad de la ansiedad como respuesta a las fuentes de estrés mencionadas. Entre los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la Hemodiálisis Hospitalaria son dignos de mención: la restricción de las vacaciones, de la actividad física y del tiempo disponible; los picores y las náuseas; el miedo a empeorar y el temor a un posible fallo de la máquina, el miedo al futuro y a los ingresos hospitalarios, así como a la dependencia de la máquina. (Reyes- Saborit, 2011).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, en el que se utilizó las escalas de Hamilton y Yesavage para determinar los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes sometidos a hemodiálisis, y demostrar la naturaleza y magnitud del problema, y es transversal porque se realizó en el período abril a septiembre de 2016.

Área de estudio

La investigación se realizó en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego ubicada en la Av Cuxibamba 00-34 y Av Gran Colombia de la ciudad de Loja; que es una empresa privada dentro de la industria de laboratorios médico en Loja.

Universo y Muestra

La población está conformada por cincuenta y siete pacientes que llevan sus controles en el centro de diálisis Cornelio Samaniego de la ciudad de Loja.

Para determinar la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de ambos géneros que aceptaron, participaron y dieron su consentimiento informado.

- Pacientes sometidos a hemodiálisis que tengan o no como antecedentes problemas psicológicos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías no asociadas a Insuficiencia Renal Crónica.
- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis que no den el consentimiento informado.

Procedimiento

Para la aplicación de las escalas de Hamilton (ANEXO N°1) y de Yesavage (ANEXO N°2) que valoran el estado de ansiedad y depresión, se presentó un oficio al Ing. Carlos Vallejos, Director del Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Loja, (ANEXO N°3) para evaluar los días y hora en la que se podrá acceder al centro de diálisis, luego se procedió la aprobación o desaprobación del consentimiento informado (ANEXO N°4) de los paciente donde se les informa previamente de los objetos, metodología y beneficios-riesgo de la investigación. Y finalmente se aplicó las escalas ante mencionadas.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Las técnicas empleadas fueron la Escala de ansiedad de Hamilton (ANEXO N°1) la misma que fue descubierta por el autor Hamilton avalada por el MSP; Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte.

Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Las instrucciones para el profesional son seleccionar cada ítem, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marcar en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Resultados:

- ✓ **0-5**: no presenta ansiedad
- ✓ **6-14**: ansiedad menor
- ✓ **15 o más:** ansiedad mayor

Y la escala de depresión de Yesavage (ANEXO N°2) que fue descubierta por Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T. y avalada por MSP.

Existen dos versiones:

Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

Plan de tabulación y presentación de resultados

El procesamiento de datos de la información se realizó una vez recolectados los datos. El análisis de los datos se presentó en porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel, Power Point, para la elaboración de gráficos representativos.

Los resultados serán devueltos a las autoridades del Centro de Salud Cornelio-Samaniego para que conjuntamente con los profesionales tomen acciones de promoción para el bienestar de los pacientes.

Consentimiento informado

El consentimiento informado tuvo como objetivo comunicar los posibles riesgos y beneficios de la investigación a los pacientes del Centro de Diálisis Cornelio-Samaniego para que puedan tomar una decisión informada.

Una vez que tuvieron conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevaron a cabo, se les pidió que firmen para poder participar en el estudio. Es importante informarles que la decisión de participar en la investigación es voluntaria, lo que significa que la estudiante es totalmente libre de ingresar o no en el estudio; y podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones. (ANEXO 4).

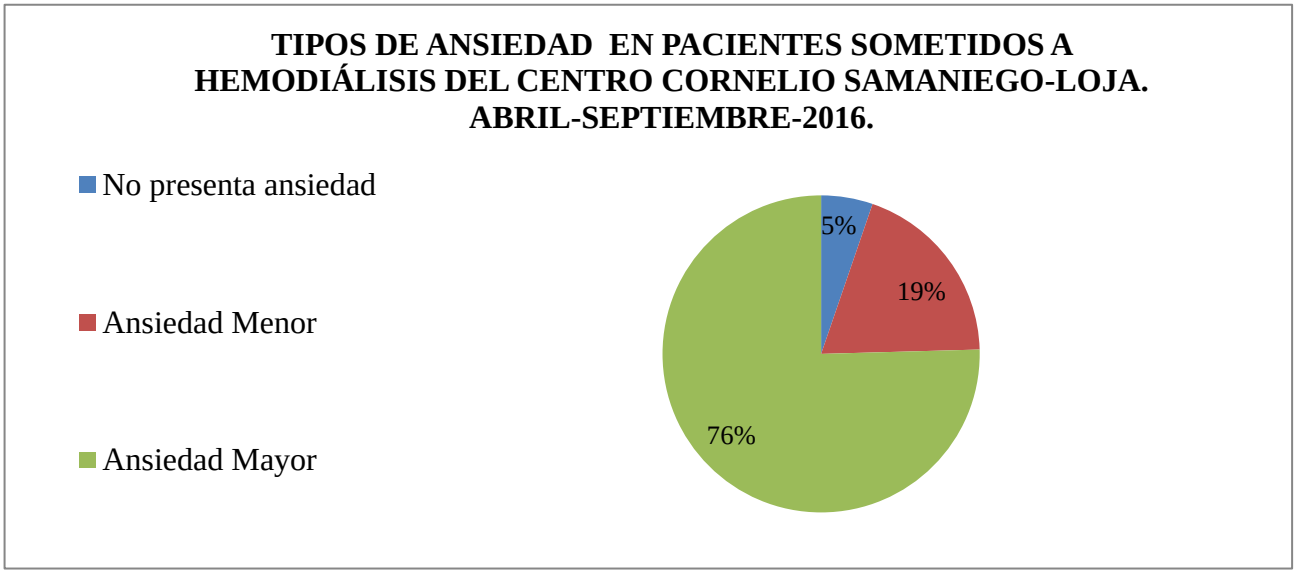
6. RESULTADOS

Tabla N° 1

TIPO DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.		
No presenta ansiedad	**Ansiedad menor**	**Ansiedad mayor**
3	**11**	**43**

Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 1



Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales

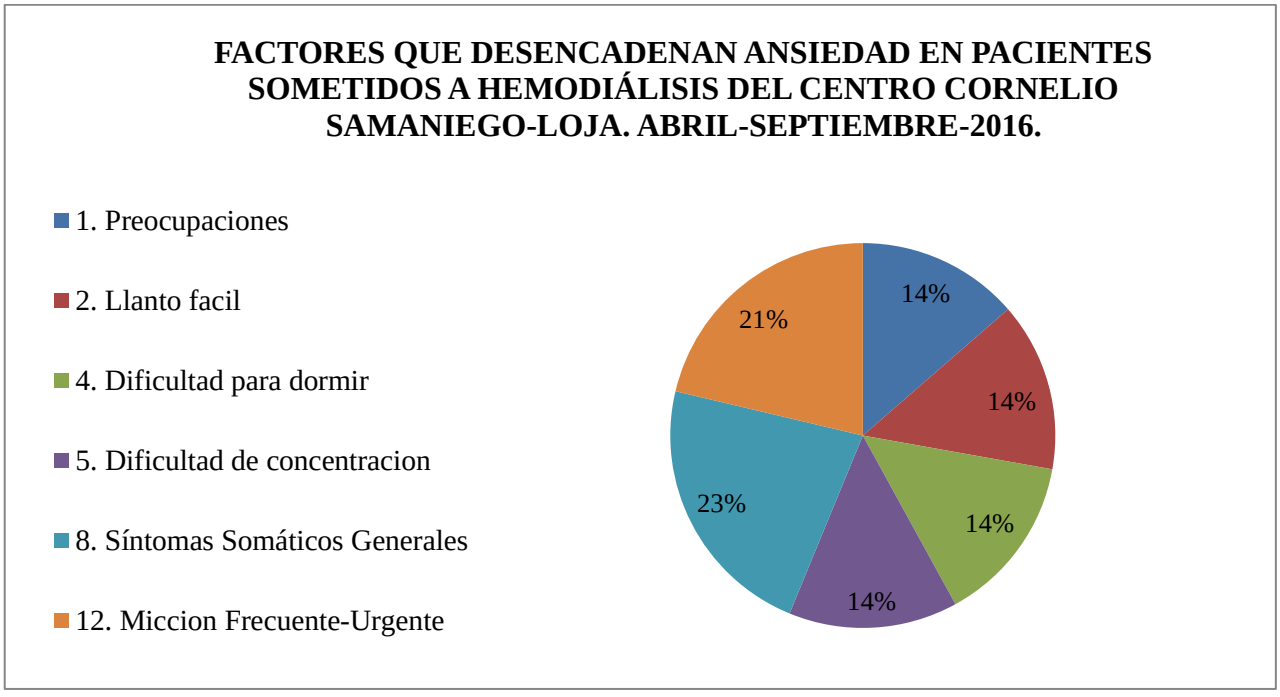
La ansiedad es mayor en 76%, ansiedad menor igual al 19%, y no presentan ansiedad 5% de la población estudiada.

Tabla N° 2

FACTORES QUE DESENCADENAN ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
1. Preocupaciones	**2. Llanto Fácil**	**4. Dificultad para Dormir**	**5. Dificultad de Concentración**	**8. Síntomas Somáticos Generales**	**12. Micción Frecuente-Urgente**
23	**24**	**24**	**24**	**38**	**36**

Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 2



Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

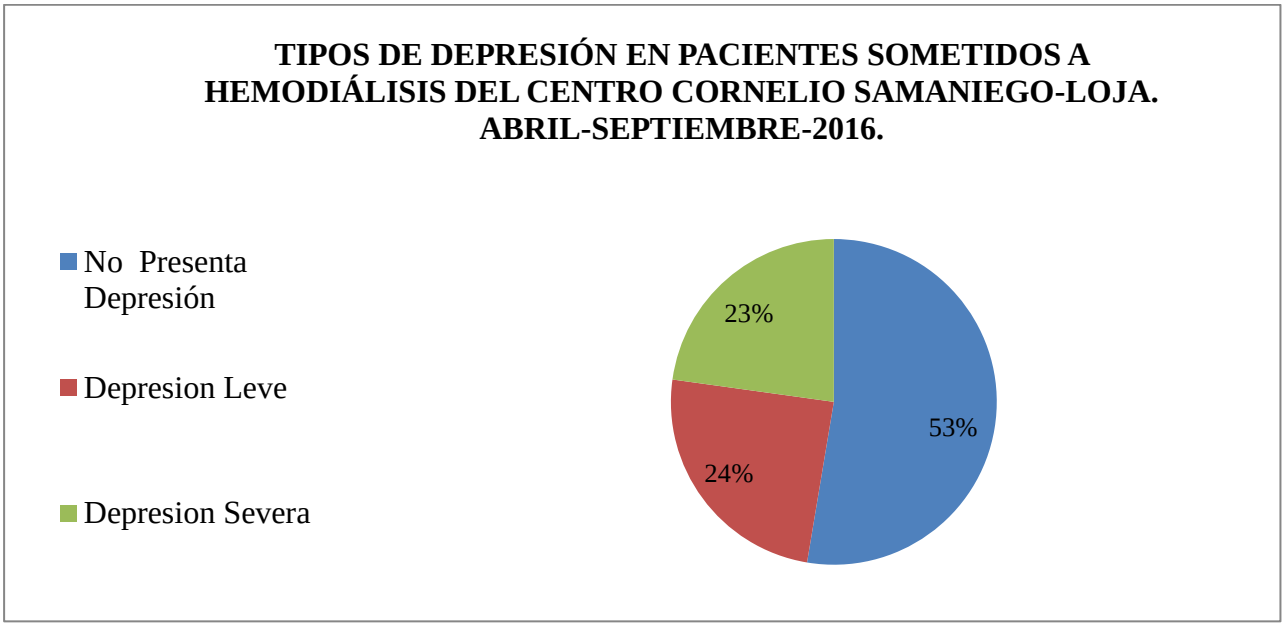
Los factores que desencadena ansiedad son un 23% síntomas somáticos generales, 21% síntomas genitourinarios como micción frecuente-urgente, 14% preocupaciones, dificultad para dormir, llanto fácil y dificultad de concentrarse.

Tabla N° 3

NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.		
No presenta depresión	**Depresión leve**	**Depresión severa**
30	**14**	**13**

Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 3



Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

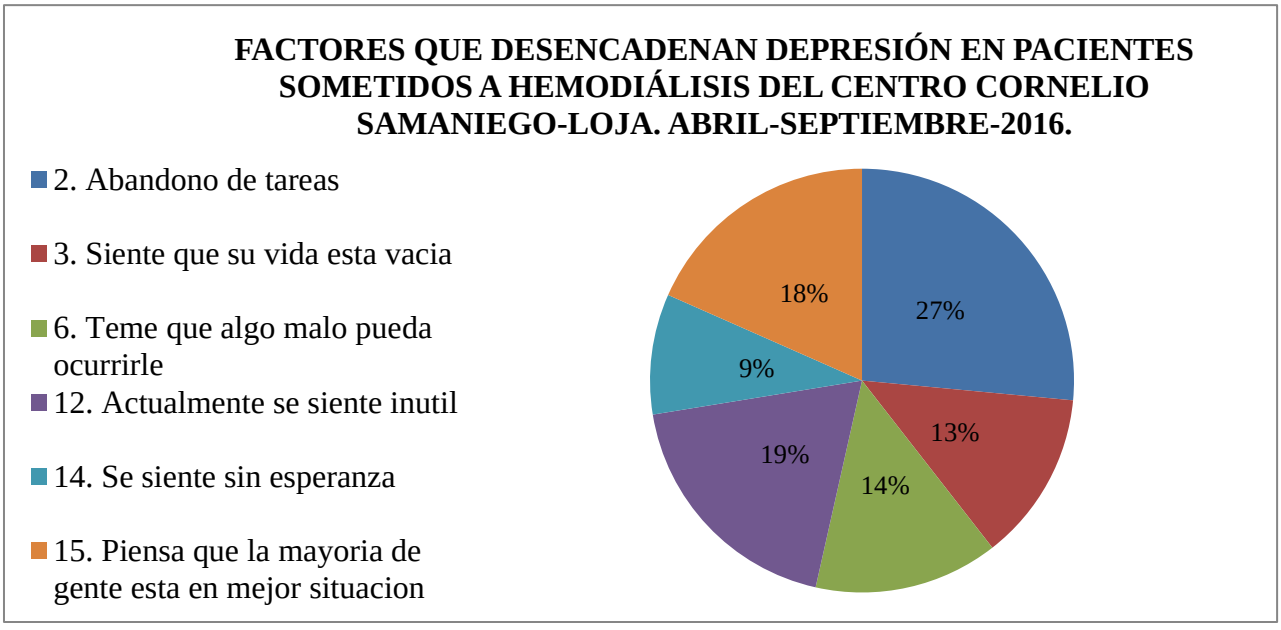
No presentan depresión 53%, presentan depresión leve 24% y depresión severa 23% de la población estudiada.

Tabla N° 4

FACTORES QUE DESENCADENAN DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
2. Abandono de tareas	**3. Siente que su vida está vacía**	**6. Teme que algo malo pueda ocurrirle**	**12. Actualmente se siente inútil**	**14. Se siente sin esperanza**	**15. Piensa que la mayoría de gente está en mejor situación**
49	**24**	**26**	**35**	**17**	**34**

Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 4



Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

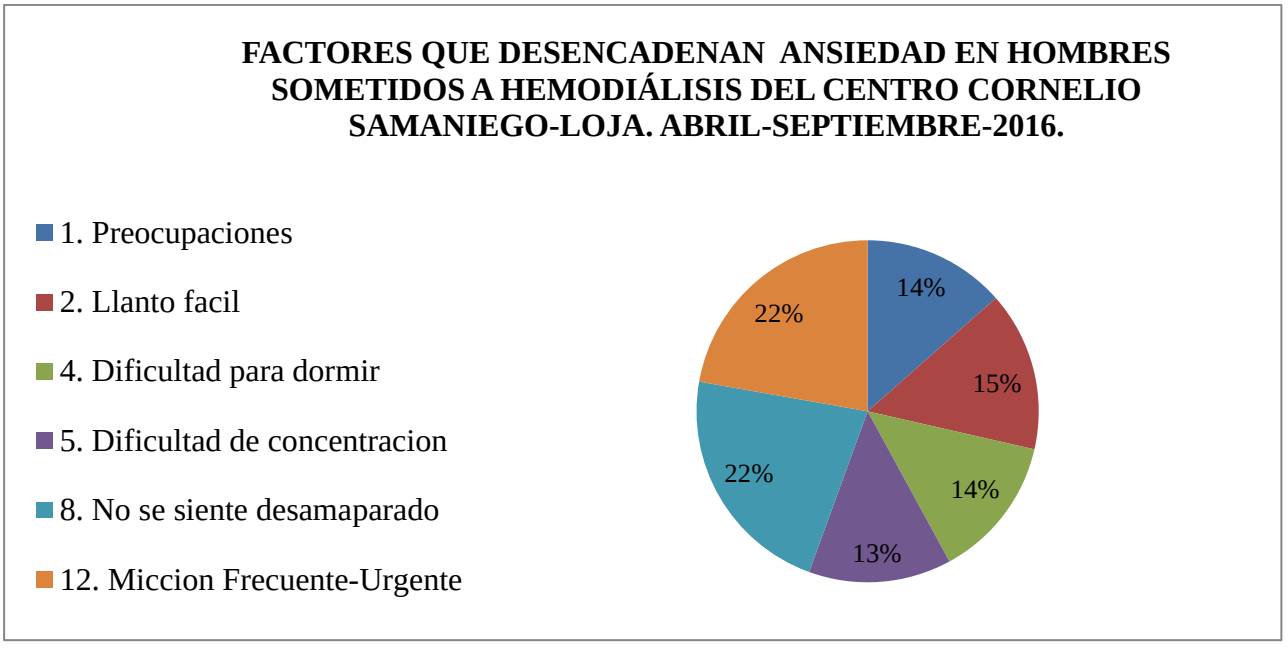
Los factores que desencadena depresión son un 49% abandono de sus tareas, 35% actualmente se sienten inutilices, 34% creen que la mayoría de gente está en mejor situación , 26% temen que algo malo pueda ocurrirles, 24% sienten que su vida está vacía y 17% se sienten sin esperanza.

Tabla N° 5

FACTORES QUE DESENCADENAN ANSIEDAD EN HOMBRES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
1. Preocupaciones	**2. Llanto fácil**	**4. Dificultad para dormir**	**5. Dificultad de concentración**	**8. No se siente desamparado**	**12. Micción Frecuente-Urgente**
17	**19**	**17**	**17**	**28**	**28**

Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 5



Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

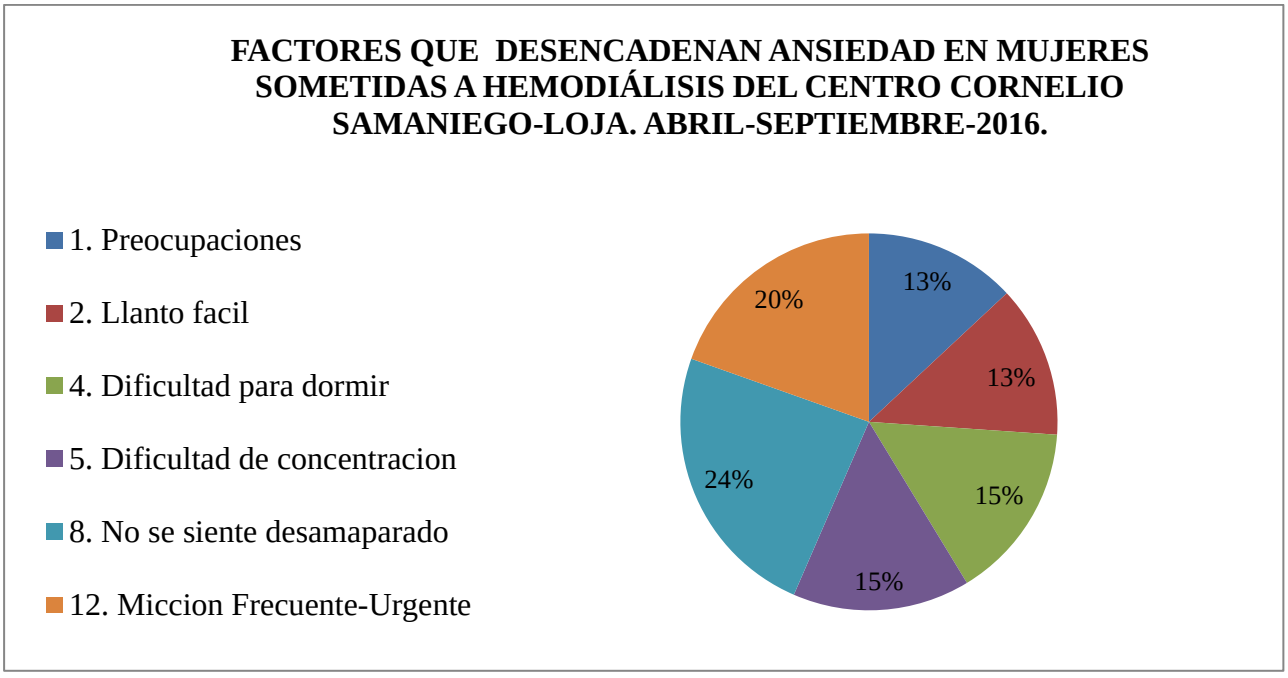
Los factores que desencadenan ansiedad en hombres son un 22% micción frecuente-urgente y no se sienten desamparados, 15% presento llanto fácil, 14% tienen dificultad para dormir y preocupaciones y finalmente 13% tienen dificultad de concentración.

Tabla N° 6

FACTORES QUE DESENCADENAN ANSIEDAD EN MUJERES SOMETIDAS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
1. Preocupaciones	**2. Llanto fácil**	**4. Dificultad para dormir**	**5. Dificultad de concentración**	**8. No se siente desamparado**	**12. Micción Frecuente-Urgente**
6	**6**	**7**	**7**	**11**	**9**

Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

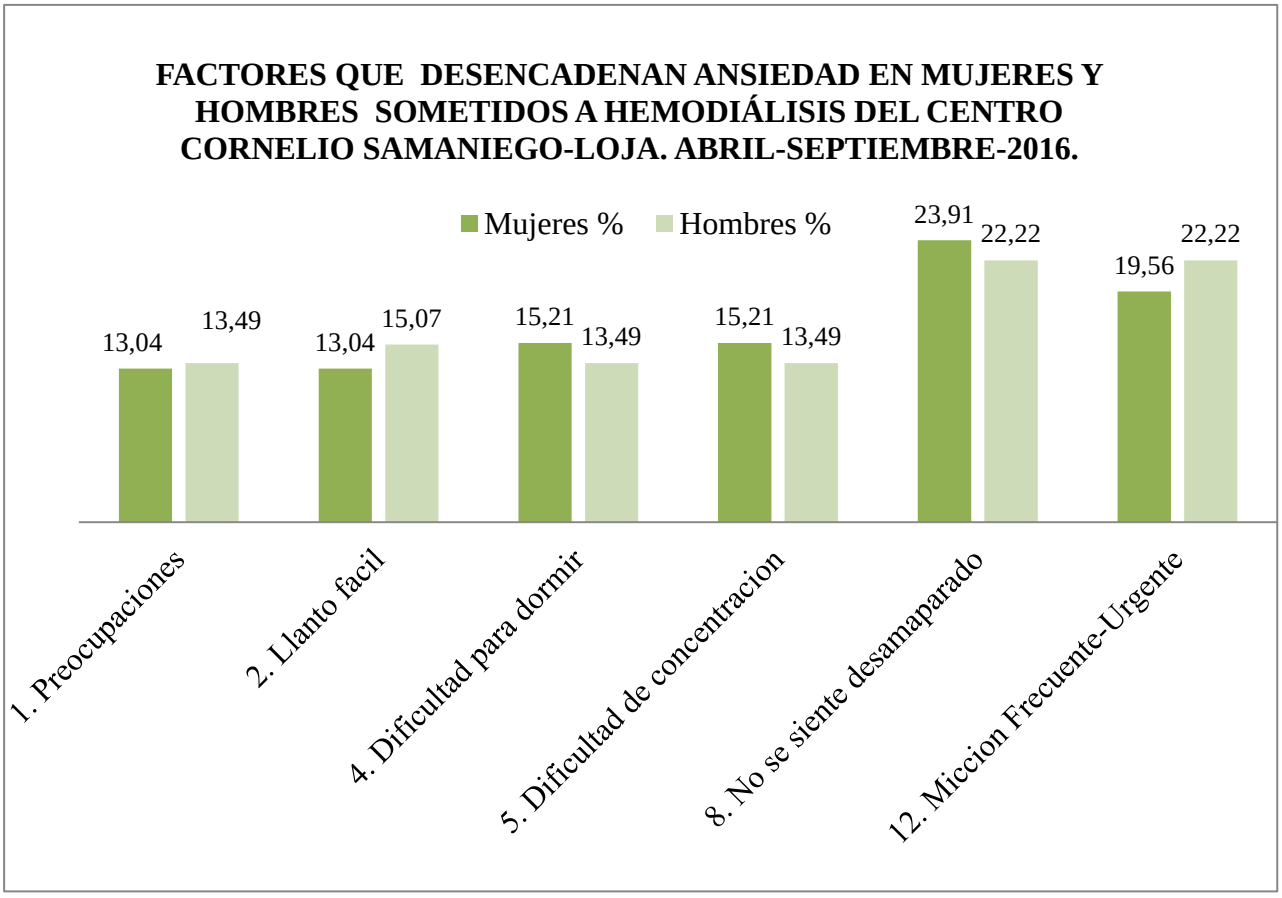
Gráfico N° 6



Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Los factores que desencadenan ansiedad en mujeres son un 24% no se sienten desamparadas, 20% presentaron micción frecuente-urgente, 15% tienen dificultad para dormir y de concentración, finalmente 13% presentan llanto fácil y preocupaciones.

Gráfico N° 7



Fuente: Test de Hamilton
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

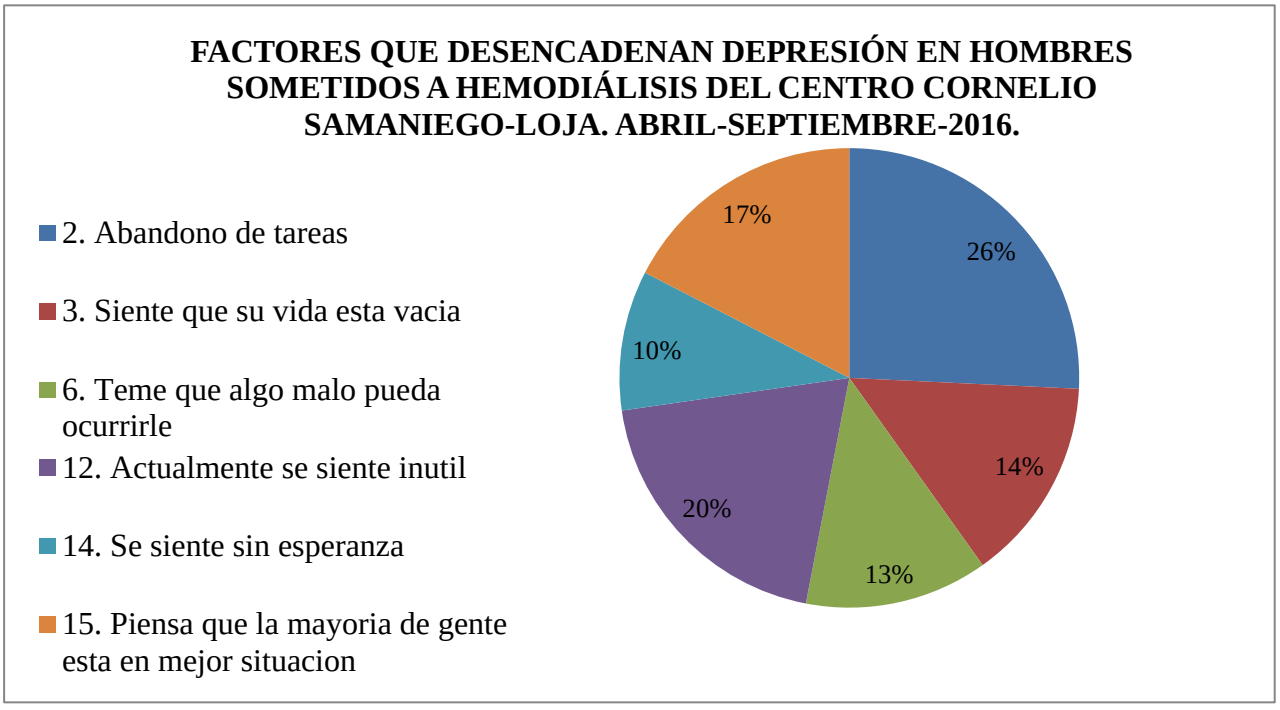
Se concluye que un 23% de mujeres no se sienten desamparadas mientras que en hombres 22%, 19% de mujeres presentan micción frecuente-urgente y 22% en hombres, 15% de mujeres presentan dificultad de concentración y para dormir mientras que en hombres13%, 13% de mujeres presentan llanto fácil y 15% en hombres; y finalmente 13% de mujeres y hombres presentan preocupación.

Tabla N° 7

FACTORES QUE DESENCADENAN DEPRESIÓN EN HOMBRES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
2. Abandono de tareas	**3. Siente que su vida está vacía**	**6. Teme que algo malo pueda ocurrirle**	**12. Actualmente se siente inútil**	**14. Se siente sin esperanza**	**15. Piensa que la mayoría de gente está en mejor situación**
34	**19**	**17**	**26**	**13**	**23**

Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Gráfico N° 8



Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

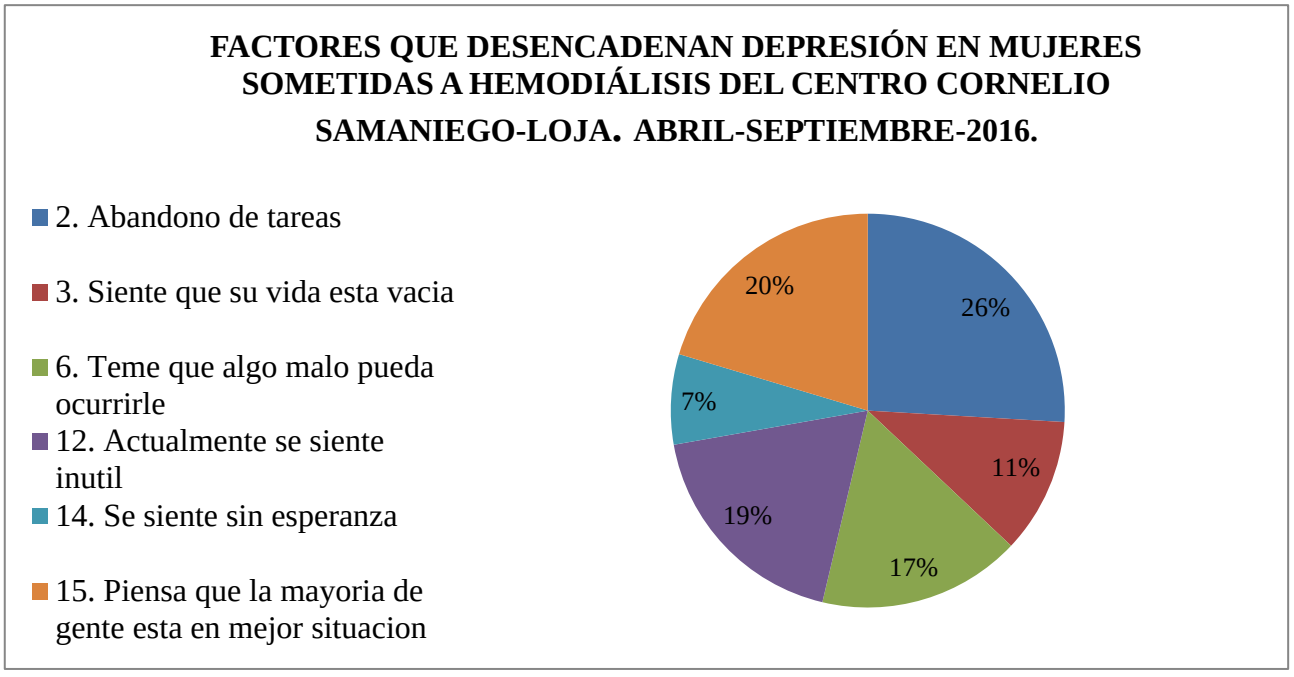
Los factores que desencadenan depresión en hombres son un 26% abandono de sus tareas, 20% se sienten inútiles, 17% piensan que la mayoría de gente está en mejor situación, 14% siente que su vida está vacía, 13% teme que algo malo pueda ocurrirle y 10% se sienten sin esperanza.

Tabla N° 8

FACTORES QUE DESENCADENAN DEPRESIÓN EN MUJERES SOMETIDAS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO CORNELIO SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016.					
2. Abandono de tareas	**3. Siente que su vida está vacía**	**6. Teme que algo malo pueda ocurrirle**	**12. Actualmente se siente inútil**	**14. Se siente sin esperanza**	**15. Piensa que la mayoría de gente está en mejor situación**
14	**6**	**9**	**10**	**4**	**11**

Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

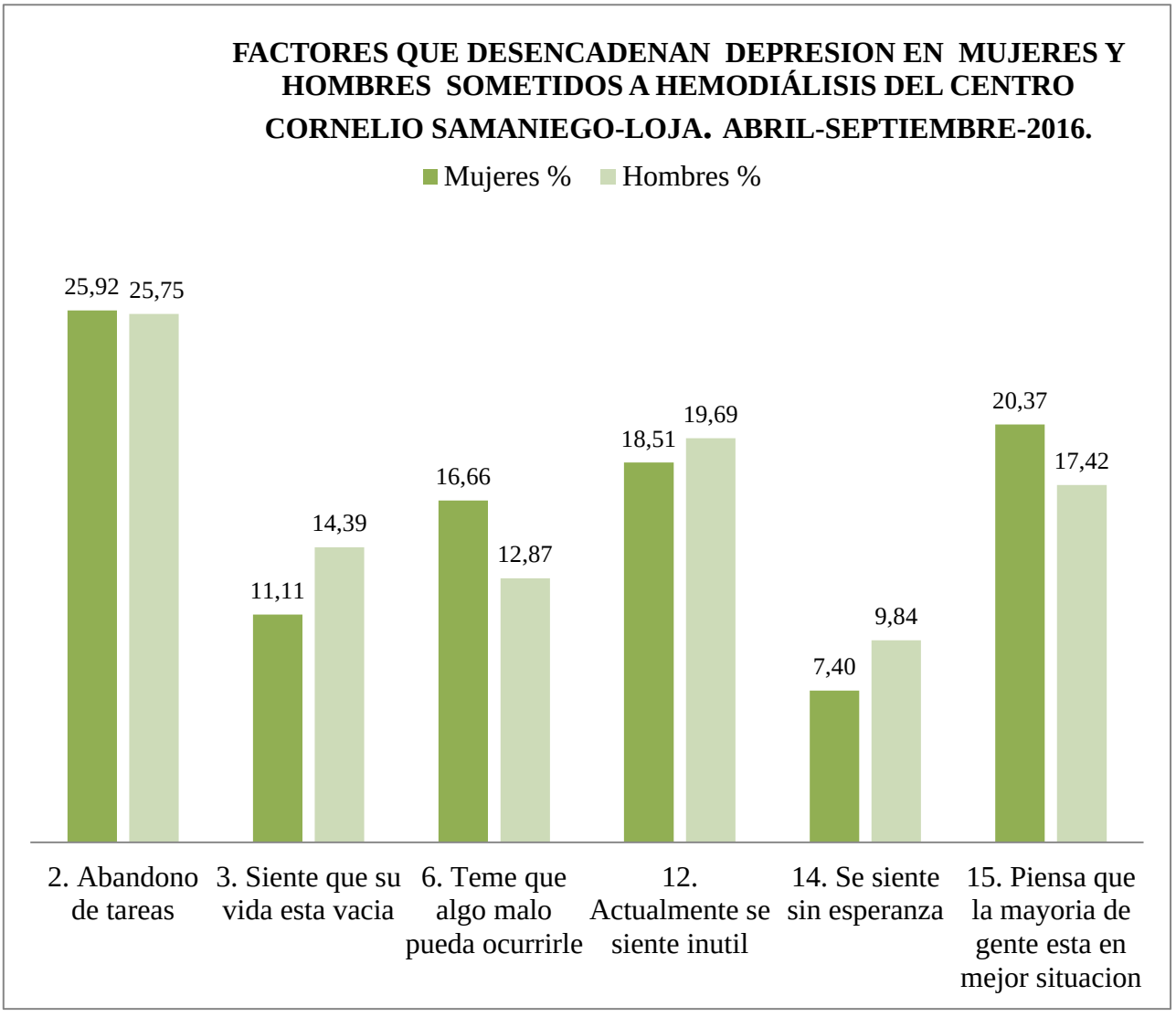
Gráfico N° 9



Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Los factores que desencadenan depresión en mujeres son 26% abandonan sus tareas, 20% piensan que la mayoría de gente está en mejor situación, 19% actualmente se siente inútil, 17% teme que algo malo pueda ocurrirle, 11% siente que su vida está vacía y 7% se sienten sin esperanza.

Gráfico N° 10



Fuente: Test de Yesavage
Elaborado por: Veronica Sthefanya Rosales Correa

Se concluye que 25% de mujeres y hombres abandonan sus tareas. 20% de mujeres piensan que la mayoría de gente está en mejor situación mientras que 17% en hombres. 18% de mujeres se sienten actualmente inútiles y 19% en hombres. 16% de mujeres temen que algo malo pueda ocurrirle y 12% en hombres. 11% de mujeres sienten que su vida está vacía mientras que 14% en hombres; y finalmente 7% de mujeres se sienten sin esperanza y 9% en hombres.

7. DISCUSIÓN

Según (Ojeda , y otros, 2003) La IRC es la consecuencia de una pérdida progresiva del filtrado glomerular que evoluciona desde disturbios bioquímicos asintomáticos hasta un Síndrome Clínico con repercusión multiorgánica que coloca al paciente en una nueva y penosa "condición" de vida.

Con relación a la Escala de ansiedad de Hamilton, se concluye que 43 personas presentan una ansiedad mayor equivalente al 76%, las siguientes 11 personas presentan una ansiedad menor que arroja el 19%, mientras que las 3 personas restantes no presentan ansiedad la misma que representa un 5% del estudio. Por último se concluye que existe un mayor porcentaje de ansiedad asociado a factores, de los cuales lo más frecuentes encontrados son los siguientes: síntomas somáticos generales, síntomas genitourinarios como micción frecuente-urgente, preocupaciones, dificultad para dormir, llanto fácil y dificultad de concentrarse. Comparando con el estudio llamado "**Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis" Realizado en la ciudad de Alicante-España** La prevalencia de síntomas ansiosos detectada es del 46,6%, con un mayor porcentaje para ansiosos leves (33,3%), (Moreno, y otros, 2004).

Así mismo en el estudio "**Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis**" Realizado en la ciudad de Bogotá-Colombia 2008, se menciona que Con respecto a la ansiedad estado, el 16,7% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad estado y el 3,3%, ansiedad estado alta. En cuanto a la ansiedad rasgo, el 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajos niveles de ansiedad rasgo y el 23,3%, altos niveles de ansiedad rasgo (Paez , Jofré, Azpiroz, & De Bortoli, 2008).

Ahora bien en el estudio "**Influencia de una intervención educativa en el nivel de ansiedad de un paciente en hemodiálisis**" Realizado en Lima-Perú 2011, se observa que en una población de 73 pacientes (100%) en tratamiento con hemodiálisis, los niveles de ansiedad de los pacientes antes de la intervención educativa y la terapia de relajación fueron: 36 (49,3%) presentaron ansiedad leve; 36 (49,3%) presentaron ansiedad moderada; 1 (1,4%) presentó ansiedad severa. (Jiménez, Espinoza, Salazar, & Silva, 2011).

Sin embargo en el estudio "**Empleo combinado de meditación focalizada e intervención psicológica grupal en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal"** Realizado en Las Tunas-Cuba 2016, La ansiedad antes de la intervención en el IPG (intervención psicológica grupal) apunta a niveles medio en los cinco sujetos que integraron este grupo (100 %); en el caso de la MF (meditación focalizada), también en los niveles moderados se encontraron cuatro de los sujetos (80 %) y uno presentó ansiedad severa (20 %); en el empleo combinado de IPG+MF los resultados apuntaron hacia ansiedad moderada en los cinco sujetos (100 %). (Cisnero & Reyes , 2016)

En comparación con estos estudios los pacientes de esta investigación tienen los niveles más altos de ansiedad con un margen de diferencia bastante amplio y así mismo presentan los niveles más bajos en pacientes que no presentan ansiedad demostrando así que la ansiedad es un síntoma recurrente en la población evaluada.

De acuerdo a la escala de depresión geriátrica Yesavage en los niveles de depresión existen 30 personas con nivel normal de depresión por lo consecuente representan un 53% en la gráfica, de la misma forma encontramos las siguientes 14 personas que representan una depresión leve que figura un 24% de índice de depresión y por ultimo tenemos 13 personas que representan un 23% de depresión severa. Por lo que se puede determinar que tanto en la depresión leve y severa existe

una diferencia mínima del 1% respecto al nivel de depresión. Comparando con el estudio mencionado anterior mente "**Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis**" Realizado en la ciudad de Bogotá-Colombia 2008 por otra parte El 3,3% de los integrantes presentó depresión leve; el 16,7 %, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave; en síntesis, el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión (Paez , Jofré, Azpiroz, & De Bortoli, 2008).

Asimismo haciendo una comparación de estudios podemos determinar que los porcentajes de depresión severa presentes en los evaluados son menores en comparación a la investigación citada, aunque la diferencia no es tan amplia.

Esta comparación de estudios es muy importante recalcar, y así poder mencionar posibles causas relacionadas a los problemas en las conductas disfuncionales de la muestra investigada. Así pues en el estudio "Tratamiento de las alteraciones psicológicas y emocionales de los familiares y pacientes sometidos al proceso de diálisis en la clínica del riñón, RENAL CENTRO de la ciudad y provincia de Esmeraldas" Realizado en Esmeraldas-Ecuador 2015, el 57,69% dijo no haber recibido ningún tipo de tratamiento psicológico, el 30.77% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis expreso haber recibido tratamiento psicológico durante este proceso y el 11.54% solo recibió tratamiento psicológico algunas veces durante su tratamiento; según esto los entrevistados no reciben un apoyo psicológico para sobrellevar su enfermedad catastrófica sea por su recelo con el psicólogo o porque en la institución donde se realiza el proceso no brindan este tipo de servicio. (Parra, 2015). En cambio en nuestro contexto todos los pacientes evaluados refirieron contar con una asistencia psicológico desde el momento que ingresan a hacerse el tratamiento y manteniendo la asistencia psicológica de forma permanente.

8. CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye la presente investigación, que el mayor porcentaje de la población investigada en los pacientes con insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis presentan ansiedad mayor en un 76%, seguido de ansiedad menor en un 19% y finalmente no presentan ansiedad en un 5%.

- ✓ Los resultados en correlación al análisis de nivel de depresión establecieron que la mayor parte de pacientes en estudio no presentan depresión ya que los resultados arrojan un 53%, seguido de depresión leve en un 24% y finalmente depresión severa en un 23%.

- ✓ Finalmente se concluye que los hombres están más afectados por los factores que desencadenan ansiedad siendo el más relevante problema de micción frecuente-urgente; mientras que las mujeres se encuentran afectadas por los factores que desencadenan depresión como pensar que la mayoría de gente están en mejor situación y temen que algo malo pueda ocurrirles.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda la intervención de un equipo multidisciplinario (medico, psicólogo) en donde se cree un compromiso terapéutico para que el paciente sienta el apoyo profesional y terapéutico.

- ✓ Se sugiere una planificación informativa continua con el afán de atender las principales preocupaciones y temores de los pacientes sometidos a hemodiálisis en donde se puedan despejar todas las dudad en relación a la enfermedad y proceso crónico que tienen que seguir.

- ✓ Tomando en consideración la edad de los evaluados (adulto mayor) se propone crear un espacio de socialización en donde se cree un ambiente de proactividad y esto influya anímicamente de manera positiva en los pacientes.

- ✓ Se recomienda que en un futuro se realice una investigación en la que se haga la comparación de ansiedad y depresión con el tiempo de diálisis que lleva cada paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA

Achury Beltrán, L. F., Achury Saldaña, D. M., Rodríquez Colmenares, S. M., Sepúlveda, G., Padilla Velasco, M. P., Leuro Umaña, J. M., . . . Camargo Becerra, L. E. (2012). *Capacidad de aagencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel* . Colombia .

Alberdi-Sudupe, J.-D. -V. (2011). *Depresión.* España.

Avendaño, H.-G.-R.-D. d.-P. (2008). *Nefrología Clínica.* Buenos Aires: Panamericana.

Avendaño, L. H. (2008). *Insuficiencia Renal Crónica* . Madrid España: Panamericana .S.A.

Ávila Rosas, Héctor;. (junio de 1995). Evaluación del estado de nutrición. México: Panamericana.

Bados- López, A. (2010). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS*, 31-35.

Barba- Tejedor, A. (2014). *El Enfermo Renal Crónico: Análisis de su Experiencia Psicosial en la Hemodiálisis* . Salamanca.

Beck, C. C., Silva Lopes, A. d., & Gondim Pitanga, F. J. (19 de Noviembre de 2010). Indicadores antropométricos como predictores de presión arterial elevada en adolescentes. *Scielo*.

Beltrán, M.-Á. H.-G. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck.* México.

Blake, P. (2010). *Replacement of Renal Function.* Brasil.

Burillo, S. (2014). Ansiedad. En S. Burillo, *Ansiedad* (págs. 64-92). México: Panamericana.

Calderón Herrera, M. S. (2015). Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica. *Asociación de Medicina Interna Guatemala* , 10.

Flores, J. A. (2010). Enfermedad renal crónica. *Sociedad Chilena de Nefrología*, 137-177.

Floril- Peña, M. (2011). *CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.* Machala-Oro-Ecuador.

Gómez-Carracedo, A. A.-M.-R. (2010). *INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.* Buenos Aires: Panamericana.

Gonzales Jiménez, E., Aguilar Cordero, M. J., García García, C., García Lopez, A., Álvarez Ferré, J., & Padilla López, C. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. *Scielo*, *26*(5).

González- Casaús, M. G.-P.-S.-I. (2011). Hiperfosfatemia Asociada a la Enfermedad Renal Crónica. *ELSEVIER*, 60-72.

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). Recuperado el 09 de Julio de 2016, de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Hamilton, M. (2010). *ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.* México.

Heinze, G.-S. (2010). *Manejo de la Depresión.* Mexico.

Hernando Avendaño, L. A. (2008). *Nefrología Clínica.* Madrid-España: Panamericana.

Katon, W. (2010). Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psichiatry*, 237-247.

Keck, M. (2010). *La depresión.* Suiza.

La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. (10 de Marzo de 2015). Recuperado el 09 de Julio de 2016, de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

Lombardi, J. A. (2011). *PROCEDIMIENTOS DE.* Cuenca: Panamericana.

López-Viñas, C. (2013). Aspectos Etico-Sociales del Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. *Reflexión en el Tiempo*, 190-199.

Montelongo, R. L.-Z.-B.-B. (2013). LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. *Revista Digital Universitaria*, 04-11.

Montenegro, J.-R. (2010). *Tratado de Diálisis Peritoneal.* Barcelona, España: GEA Consultoría Editorial, S.L.

Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M. J., Castell, G., . . . Cases, J. M. (2004). *Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis.* Obtenido de: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf

Navarrete Marcial, E. (2015). *Trastorno mixto ansioso en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital IIES de la ciudad de ambato.* Ambato.

NOVE, G. L. (2001). Aspectos Psicosociales del Paciente Crónico. *Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes*, 1-8.

Ojeda , J., Sánchez , R., Sandoval , E., Yfrán, W., Passerini, C., & Rodríguez, M. (2003). *La problemática de la insuficiencia renal crónica en nuestro medio.* Obtenido de: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-026.pdf

OMS. (2015). *Depresión.* España.

OMS*Organizacion Mundial de la Sald*

Organizacion Mundial de la Salud (Depresión). (2016). Recuperado el 09 de Julio de 2016, de http://www.who.int/topics/depression/es/

Ortega, F. (2010). *Trasplante Renal.* Colombia: Panamericana.

Paez , A., Jofré, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (20 de 08 de 2008). *Ansiedad y depresion en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.* Obtenido de: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/267/284

Páez, A. A. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal cronica en tratamiento de diálisis. *Facultad de Ciencias Humanas*, 124.

Páez, A. J. (2010). *Ansiedad y Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis.* Argentina.

Parra, J. (Junio de 2015). *TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES SOMETIDOS AL PROCESO DE DIÁLISIS EN LA CLÍNICA DEL RIÑÓN "RENAL CENTRO" DE LA CIUDAD Y PROVINCIA DE ESMERALDAS.* Recuperado el 09 de Julio de 2016, de: http://repositorio.pucese.edu.ec:8080/bitstream/handle/123456789/396/PARRA%20 AV EIGA%20JENNY%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y Purriños, M. (2013). *ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale.* Brasil.

Rello J., A. S. (2000). *ABC de Medicina Intensiva.* Barcelona: Edikamed.

Reyes- Saborit, A. (2011). *APOYO SOCIAL Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.* Santiago de Cuba.

Ribes, E. A. (2014). *Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica.* Barcelona: 5ta edición.

Sanz, J. (2013). Facultad de Psicología. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica*, 25-34.

Tintinalli, & Hill, M. G. (2010). *INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.* México: 5ta edición.

Torres- Viloria, A. Z.-C. (2012). Nefropatía Diabética. *Revisión de Medicina Interna*, 24-32.

Vargas, A. (2013). Actividad fisica,ansiedad y depresiónen pacientes sometidos a hemodiálisi. 12.

Vázquez, C. (2013). *Trastornos depresivos:datos clínicos y modelos teóricos.* Madrid.

Vázquez. (2010). *Trastorno depresivo no especificado* . Brasil.

Venado- Estrada, A. L.-A.-C. (2011). INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. *INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA*, 31.

Vicente-Torregrosa, J. B.-A. (2011). Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 30-40.

Villagrán- Venegas, A. (2012). *Impacto de Tratamiento de Hemodiálisis.* Quito.

11. ANEXOS

(ANEXO N°1)

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

FUENTE: Escala de ansiedad de Hamilton. (Servicio Andaluz de Salud)
AUTOR: Hamilton,M.

(ANEXO N°2)

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	**SI**	**NO**
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**SI**	**NO**
3- ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	**NO**
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	**SI**	**NO**
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**SI**	**NO**
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	**SI**	**NO**
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**SI**	**NO**
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**SI**	**NO**
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	**SI**	**NO**
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	**SI**	**NO**
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	**SI**	**NO**
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**SI**	**NO**
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

FUENTE: Escala de depresión geriátrica (Yesavage). (Servicio Andaluz de Salud)
AUTOR: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.

ANEXO N°3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUAMANA

CARRERA DE MEDICINA

Loja, ….de mayo de 2016

Ing. Carlos Gallardo

DIRECTOR DEL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO LOJA

De mis consideraciones:

Yo, VERONICA STHEFANYA ROSALES CORREA, con CI 1104921919, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, solicito a usted se me autorice poder obtener la muestra de mi tema de tesis "**EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016**", los pacientes que servirán de muestra deberán asistir normalmente a sus controles, por la atención favorable que se sirva dispensar a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente: _____

Veronica Sthefanya Rosales Correa

Estudiante Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

CI. 1104921919.

ANEXO N°4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUAMANA

CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo …… con CI:…….., certifico que he sido informado/a sobre los objetos, metodología y beneficios-riesgo de la investigación titulada: **EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016**, y además que los datos obtenidos sobre mi persona serán almacenados en absoluta confidencialidad.

Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre la investigación me será explicado por el investigador. Saber que los resultados alcanzados en este estudio será utilizados únicamente para fines investigativos.

Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido recibir, ningún beneficio de tipo económico mediante la participación de mi representado o por los hallazgos que resulten del estudio.

……..……. …….

Firma y CI del investigador principal Firma y CI del participante

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Marlon Armijos Ramírez
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "EVALUACIÓN DE TRASTORNOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL CENTRO DIÁLISIS CORNELIO-SAMANIEGO-LOJA. ABRIL-SEPTIEMBRE-2016" autoría de la Srta. Verónica Sthefanya Rosales Correa, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 11 de Septiembre de 2017

FINE-TUNED ENGLISH CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Lic. Marlon Armijos Ramírez
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.