



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO
DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL
ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL
PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2013”**

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL**

AUTORA:

Irina Milagros Guerra Adrianzén

DIRECTORA:

Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera

Loja – Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN

Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado: "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2013**" De autoría de la Srta. Irina Milagros Guerra Adrianzén, estudiante de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MÉDICO GENERAL. Ha sido revisada en su integridad y se encuentra concluida, cumpliendo con los requisitos académicos estipulados para su aprobación, por lo que autoriza su publicación

Loja, 27 Octubre del 2014



Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera

MÉDICO INTERNISTA

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, Guerra Adrianzén Irina Milagros 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.

La responsabilidad por el análisis de la información obtenida, conclusiones y recomendaciones son exclusividad del autor.

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

Autor: Guerra Adrianzén Irina Milagros

Firma: 

Cédula: 46368346

Fecha: 27 de Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Guerra Adrianzén Irina Milagros declaro ser autora de la tesis titulada: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2013" como requisito para obtener el Título 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 usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de 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 realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 27 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma la autora.

Firma: 

Autor: Guerra Adrianzén Irina Milagros

Cédula: 46368346

Dirección: Sucre 04-27 (entre Quito e Imbabura)

Correo electrónico: iriguerra05@gmail.com

Teléfono: ----- Celular: 0990156900

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera -Médico Internista

Tribunal de Grado: Dr. Jorge Leonardo Cabrera Loján -Médico Nefrólogo
(Presidente del Tribunal)

Dr. Tito Goberth Carrión Dávila - Médico Cirujano y
Mg. (Miembro del Tribunal)

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza - Médico y Mg. en
Salud Mental (Miembro del Tribunal)

DEDICATORIA

A Dios, que me ha dado la vida y por permitir que mis manos sean instrumento de su bondad.

A Manuel, mi padre, por todo su amor y por haber sido mi mejor ejemplo de superación y perseverancia. Y a María, mi madre, quien con su sacrificio, abnegación y amor incondicional me impulsó siempre por el camino del éxito y la felicidad.

Todo lo que soy nunca habría sido posible sin ellos.

Con amor.

Irina Guerra

AGRADECIMIENTO

A mi madre y familiares por su apoyo incondicional y constante.

A la Universidad Nacional de Loja, quien a través de sus Docente inculcó en mí, conocimientos y aprendizajes durante toda mi vida de formación universitaria.

Gratitud y muestras de estima personal para la Dra. Ximena Vásquez, por la paciencia y asesoría brindada para la culminación exitosa de esta investigación.

Agradecimiento especial, a los pacientes y equipo médico del departamento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora que en forma voluntaria y respetuosa colaboraron en la investigación realizada.

La autora

1. TÍTULO

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2013”

2. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo Identificar la Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el periodo Marzo- Agosto del 2013. Se trata de un estudio Descriptivo, constituido por un universo de 65 pacientes de los cuales mediante criterios de Inclusión, Exclusión se tomó como muestra a 53 pacientes comprendidos entre 20 y 80 años de edad; los mismos que fueron entrevistados y con ayuda de un cuestionario se obtuvo el registro de datos sociodemográficos, clínicos y factores de riesgos, así como también la aplicación de Test, La escala de Hamilton para determinar la Ansiedad y el Inventario de Beck- II para la Depresión.

Del estudio se determinó que es una población que tienen en su mayoría entre 41 -60 años de edad, son de género masculino, residentes en la Provincia de Loja, son casados, de instrucción primaria, económicamente independientes. La gran mayoría tiene como enfermedad base la Diabetes Mellitus y el periodo de tratamiento es mayor a 24 meses.

Se pudo determinar que el 58.5% tienen Ansiedad, generalmente es Leve y se correlaciona a pacientes con edades comprendidas entre 41 -60 años y un periodo de tratamiento mayor a 24 meses.

El 62.3% tienen Depresión, generalmente es Depresión Moderada y se correlaciona a pacientes con edades comprendidas entre 41-60 años y un periodo de tratamiento mayor a 24 meses.

Los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de la Ansiedad y la Depresión son: el No Trabajar, Dependencia económica, situación económica Regular y la Exclusión Social.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Hemodiálisis

2.1 ABSTRACT

This study aims to identify the Anxiety and Depression in Patients with Chronic Renal Failure, Regional Hospital Isidro Ayora city of Loja, during the period March-August 2013 This is a descriptive study, consisting of a universe of 65 patients of which by Inclusion criteria Exclusion sample was taken as 53 patients between 20 and 80 years old; them who were interviewed with the help of a questionnaire recording sociodemographic, clinical and risk factors of patients in study data was obtained, as well as the application of Test, The Hamilton Rating Scale for Anxiety and determine inventory Beck Depression II.

According to the results it was determined that it is a generally they have in the main between 41-60 years of age, they are of masculine , resident in Loja's Province, is married, of primary instruction, self-supporting. The great majority has as disease base the Diabetes Mellitus and the period of treatment is bigger than 24 months.

It was determined that the 58.5% had anxiety, generally it is Slight and are correlated to patients by ages understood 41- 60 years and a period of treatment bigger than 24 months.

The 62.3% had depression, generally it is Moderate and are correlated to patients by ages understood 41- 60 years and a period of treatment bigger than 24 month,

The factors of risk that intervene in the development process of Anxiety and Depression have: the No Work, economic dependence, Regular economic situation and the social exclusion.

Keywords: Anxiety, Depression, Hemodialysis

3. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, en el cual existe una pérdida irreversible de la función renal endógena, de una magnitud suficiente para que el sujeto dependa de forma permanente del tratamiento sustitutivo renal, como la Hemodiálisis, procedimiento por el cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. Este proceso se realiza conectando el enfermo a una máquina durante 3 ó 4 horas, 3 veces por semana. Además, implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos ^(1,2).

En el año 2005 más de 40.000 personas en EE.UU, es decir alrededor de 1.000 por millón de población estaban en tratamiento renal sustitutivo, cifra que se estima aumentará en los próximos 10 años debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento en la prevalencia de otros procesos crónicos como la diabetes mellitus, hipertensión y obesidad ⁽³⁾. Lo mismo ocurre en otros países desarrollados, donde el tratamiento sustitutivo de la función renal, ha podido alcanzar cifras de 1.500-1.800 / millón de población en el año 2003 en Japón, Taiwán y España ^(4, 5).

El Ministerio de Salud Pública en el 2007 registra dentro de las diez principales causas de morbilidad en Loja a las enfermedades crónicas degenerativas en particular Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus ocupando el 3 y 5 lugar respectivamente, las mismas por las que mayormente enferman y mueren los ecuatorianos, como lo deja ver el INEC en el 2010 ubicándolas como las dos principales causas de mortalidad general en el Ecuador, con tasas de 30.3 y 28.3 por cada 100.000 habitantes, respectivamente; y con el agravante de que generan enfermedades secundarias en especial Nefropatía Diabética e Hipertensiva que llevan a la Insuficiencia Renal Crónica y por lo tanto a la Terapia Sustitutiva de la Función Renal ⁽⁶⁾.

La OMS define la salud mental como: *...Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad* (OMS 2001) ⁽⁷⁾.

La depresión es considerada un trastorno de la afectividad con sentimientos caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo; y la ansiedad como un “estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo” (9, 10,11).

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. En el 2005 concluye Kurella que la depresión en pacientes renales aumenta en un 84% las probabilidades de suicidio en comparación con la población general de EE.UU. Según la American Psychiatric Association [APA], “Las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (...) como la insuficiencia renal terminal” (9,11).

En un estudio realizado en Argentina en el 2008 por la Universidad de San Luis, se concluye que: el 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión: y el 56.6 % presentó ansiedad (12). Siendo entonces la Insuficiencia renal crónica es una enfermedad que está emergiendo como problema de salud pública, causando una mortalidad y morbilidad prematura de los pacientes, bajar la calidad de la vida e imponer una carga económica cuantiosa no sólo para los pacientes y sus familias sino también para el Ministerio de Salud Pública; establecida la importancia que tiene la salud mental para el mantenimiento de la salud física adecuada y para la recuperación de enfermedades físicas; y las escasas investigaciones realizadas en el país para identificar la presencia de trastornos y enfermedades mentales como consecuencia del proceso de es que decidí realizar ésta investigación, la misma que tuvo como objetivo general: Identificar la Ansiedad y Depresión como efecto secundario del tratamiento de Hemodiálisis en

pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal del Hospital Regional Docente Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, para mejora del manejo terapéutico de los mismos. Así como también:

- Establecer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Determinar la existencia de la Ansiedad y Depresión; y su correlación con el tiempo del tratamiento y edad del paciente.
- Identificar los principales factores que intervienen en el desarrollo de la ansiedad y depresión, y finalmente Elaborar una propuesta de trabajo integral que mejore la salud mental de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Éste estudio Descriptivo, estuvo conformado por 53 pacientes con edades comprendidas entre 20 - 80 años de edad con ERCT y se encontraban en tratamiento de HD en el Hospital Isidro Ayora , los mismos que fueron entrevistados, y con ayuda de un cuestionario se obtuvo el registro de datos sociodemográficos, clínicos y factores de riesgos de los pacientes en estudio, así como también la aplicación de Test, La escala de Hamilton para determinar la Ansiedad y el Inventario de Beck- II para la Depresión.

De donde se determinó que la Ansiedad y la Depresión son enfermedades que están presentes en los pacientes con ERCT, como un efecto secundario del tratamiento de Hemodiálisis, demostrado que el 58.5% tienen Ansiedad y El 62.3% tienen Depresión; la edad y el tiempo de tratamiento influye en el establecimiento de las mismas, siendo frecuentes entre 41-60 años y un periodo de tratamiento mayor de 24 meses.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

4.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Actualmente también conocida como enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante problema de salud pública.

La visión epidemiológica de la ERC ha cambiado notablemente. Restringida inicialmente a patología de incidencia baja como las enfermedades renales clásicas, en la actualidad la ERC afecta a un porcentaje significativo de la población debido fundamentalmente a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes y la enfermedad vascular ⁽¹⁶⁾.

4.1.1. DEFINICION

La ERC se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m², o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses ⁽¹⁶⁾.

TABLA 1: Situaciones consideradas como daño renal para el diagnóstico de enfermedad renal crónica

-
- Daño renal diagnosticado por método directo
 - Alteraciones histológicas en la biopsia renal

 - Daño renal diagnosticado de forma indirecta, por marcadores
 - Albuminuria o proteinuria elevadas
 - Alteraciones en el sedimento urinario
 - Alteraciones en pruebas de imagen
-

** Para que un marcador de daño renal establezca el diagnóstico de enfermedad renal crónica la anomalía tiene que ser persistente durante al menos 3 meses.*

ESTADIOS EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Las guías K/DOQI del año 2002 proponen:

El estadio 1, daño renal con FG normal o aumentado (FG 90 ml/min/1,73 m²).

El estadio 2 corresponde a situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG (FG entre 60 y 89 ml/min/1,73 m²) ⁽¹⁶⁾.

El estadio 3, disminución moderada del FG (FG entre 30-59 ml/min/1,73 m²).

El estadio 4, disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²).

El estadio 5 de la ERC es un FG < 15 ml/min/1,73 m² y se denomina también fallo renal (kidney failure). La valoración de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es perentoria, especialmente cuando se presentan síntomas o signos urémicos.

4.1.2. ETIOLOGÍA

- ENFERMEDADES GLOMERULARES
 - Enfermedad Glomerular primaria.
 - Enfermedad Glomerular secundaria.
- UROPATIAS OBSTRUCTIVAS
- HIPOPLASIAS RENALES
- NEFROPATÍAS HEREDITARIAS
- NEFROPATÍAS VASCULARES.
- NEFRITIS INTERSTICIALES
- ENFERMEDADES METABÓLICAS
- ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

4.1.3. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La incidencia actual se sitúa en los varones en 404 casos por millón de población y en las mujeres en 280 casos por millón de población. Se estima que la prevalencia de IRCT en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente. En Europa, donde la incidencia de IRCT es claramente

inferior a la de Estados Unidos, se ha detectado un incremento anual cercano al 5% de pacientes en diálisis o con un trasplante renal.

TABLA 2: Prevalencia de enfermedad renal crónica en la población no institucionalizada mayor de 20 años en Estados Unidos

Estadio	Prevalencia (%)
1 Daño renal con FG ≥ 90 ml/min/1,73 m ²	3,3
2 Daño renal con FG 60-89 ml/min/1,73 m ²	3,0
3 FG 30-59 ml/min/1,73 m ²	4,3
4 FG 15-29 ml/min/1,73 m ²	0,2
5 FG < 15 ml/min/1,73 m ²	0,2
Total	11,0

FG, filtrado glomerular.

4.1.4. FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Las guías K/DOQI establecen distintos niveles de responsabilidad de estas y otras situaciones en cuanto a su capacidad de facilitar, iniciar o empeorar la ERC. En estudios recientes se ha analizado el papel de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en la aparición y desarrollo de la ERC ⁽¹⁶⁾.

TABLA 3: Situaciones de riesgo aumentado de enfermedad renal crónica

- Edad ≥ 60 años
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Otros factores de riesgo cardiovascular como obesidad, dislipemia y tabaquismo
- Enfermedad cardiovascular
- Antecedentes familiares de enfermedad renal crónica
- Trasplante renal
- Masa renal reducida
- FG o CCr estimados levemente disminuidos, entre 60 y 89 ml/min/1,73 m²
- Enfermedades autoinmunes
- Infecciones sistémicas
- Infecciones urinarias- Litiasis urinarias
- Enfermedades obstructivas del tracto urinario
- Toxicidad por fármacos, sobre todo antiinflamatorios no esteroideos
- Bajo peso al nacer
- Nivel socioeconómico bajo
- Minorías raciales

CCr, aclaramiento de creatinina; FG, filtrado glomerular

4.1.5. ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico.

Toxicidad urémica: En la actualidad, se reconocen 90 sustancias como toxinas urémicas ⁽¹⁷⁾. A medida que disminuye el FG, aumenta la tasa sérica de muchas de estas moléculas ⁽¹⁸⁾.

Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base: La capacidad del riñón para eliminar agua y electrolitos se mantiene hasta fases avanzadas de insuficiencia renal. El balance glomerulotubular, al existir un menor número de nefronas funcionantes, se adapta para permitir la eliminación de solutos ⁽¹⁸⁾.

Nutrición: La desnutrición calórico-proteica puede afectar a más del 50% de los pacientes en diálisis. El riesgo de desnutrición, en los pacientes con ERC, aumenta en fases muy avanzadas de insuficiencia renal.

Anemia: La anemia en la IRC se caracteriza por ser normocítica y normocroma. Puede detectarse con FG <60 ml/min, haciéndose más severa a medida que empeora la función renal ⁽²⁰⁾.

Osteodistrofia renal: Las lesiones óseas que aparecen en la IRC se clasifican en enfermedad ósea de remodelado alto u osteítis fibrosa o hiperparatiroidismo secundario, y enfermedad ósea de remodelado bajo u osteomalacia. ^(20, 18).

Alteraciones cardiovasculares: La insuficiencia renal se caracteriza por la presencia de marcadores de estrés oxidativo y de inflamación. La angiogénesis y remodelado vascular es otro hecho presente en la aterosclerosis. La neovascularización de la placa de ateroma puede promover el crecimiento de lesiones inestables ⁽²²⁾.

4.1.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Alteraciones electrolíticas: se producen anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el potasio y el bicarbonato.

Manifestaciones cardiovasculares: hipertensión arterial, retención hidrosalina, aunque también está implicada una situación de hiperreninemia. En fases terminales de la insuficiencia renal pueden aparecer episodios de insuficiencia cardiaca congestiva por sobrecarga hidrosalina y de pericarditis urémica.

Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náuseas y vómitos. Un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva ⁽¹⁸⁾.

Alteraciones hematológicas: un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia, causada en gran parte por déficit de eritropoyetina, en los leucocitos se produce una alteración en su función, provocando un cierto grado de inmunodeficiencia ^(18,20).

Alteraciones neurológicas: es típica la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. Polineuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora.

Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal): se manifiesta por dolores óseos, deformidades (reabsorción de falanges distales en dedos), fracturas y retraso del crecimiento en niños.

Alteraciones dermatológicas: el signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acúmulo de urocromos. El prurito (picor) es también muy frecuente y muy molesto, pudiendo llegar a provocar lesiones de rascado; está originado por la sequedad de la piel y la hiperfosforemia.

Alteraciones hormonales: en el hombre provoca fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides). En la mujer provoca alteraciones en ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones).

4.1.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en parte de la enfermedad depende más de hallazgos en el uroanálisis o elevación de compuestos nitrogenados, que de manifestaciones clínicas claras. En fases más avanzadas podemos encontrar, al examen físico, palidez mucocutánea, edema palpebral o resequedad de la piel, así como cambios en la coloración o textura de la misma. Al examen cardiovascular se pueden auscultar ruidos cardiacos sobre agregados como soplos funcionales, arritmias por alteración del potasio y frote pericárdico y a nivel pulmonar se pueden encontrar signos de sobrecarga hídrica y disnea.

En el abdomen podemos palpar los riñones aumentados de tamaño en el caso de los riñones poliquísticos, hepatomegalia en pacientes con falla cardiaca concomitante y ascitis por retención hídrica en casos de ERC avanzada.

En los exámenes básicos por lo general encontramos elevación de nitrogenados, hiperfosfatemia, hiponatremia, hipocalemia, anemia y la valoración hematológica debe incluir recuento de reticulocitos, saturación de transferrina, el hierro sérico y la ferritina sérica y vitamina B12 y niveles de paratohormona ⁽²³⁾.

El diagnóstico de IRC se basa en exámenes paraclínicos como la depuración de creatinina, calculada en fórmula clásica:

$$\text{Deper: } \frac{\text{vol}_{\text{urinario}} \left(\frac{\text{ml}}{\text{min}} \right) \cdot \text{UrCr} \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}} \right)}{\text{PICr} \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}} \right)} \quad \text{Donde : UrCr: Creatinina urinaria}$$

PICr: Creatinina sérica

Existen formas de hacer el cálculo rápido y aproximado de la función renal:

Fórmula de Cockroft –Gault:

$$\text{Depr: } \frac{(140 - \text{edad}) \cdot \text{peso (kg)}}{72 \cdot \text{PICr}}$$

CAPITULO II

4.2 HEMODIALISIS

4.2.1. DEFINICIÓN

Es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones, eliminando toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro o dializador.

4.2.2. TÉCNICA

Los principios físicos en los que se basa la hemodiálisis (HD) son la difusión y la convección, los cuales permiten el paso de solutos y agua a través de una membrana semipermeable. Este intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis (LD) logra la eliminación de las toxinas urémicas y el exceso de líquido del organismo, produciéndose de forma simultánea un equilibrio positivo hacia el paciente de calcio y bicarbonato.

Los mecanismos utilizados para el transporte de solutos se realizan mediante Difusión, Convección y Ultrafiltración, pudiendo ser esta última Hidrostática u Osmótica ⁽²⁴⁾.

4.2.3. INDICACIONES DE LA HEMODIÁLISIS

La diálisis no es un tratamiento exento de riesgos y además pone en marcha una serie de reacciones, la mayor parte de ellas poco sintomáticas a corto plazo, por el contacto repetido con sustancias extrañas (dializador, líneas, agentes esterilizantes, baño de diálisis): proceso crónico de activación de mediadores de la inflamación.

Lo fundamental es un diagnóstico precoz de la insuficiencia renal crónica y un seguimiento adecuado en la etapa prediálisis que conlleve una entrada programada en diálisis. Los esfuerzos se deben dirigir a cómo prolongar el período prediálisis el máximo posible sin que exista detrimento para el estado clínico del paciente ^(24,25,26).

ABSOLUTAS PARA SITUACIONES CLARAS

- Síntomas urémicos: náuseas, vómitos.
- Pericarditis urémica.
- Hiperpotasemia no por exceso dietético o tratamiento con IECA.
- Acidosis metabólica severa no controlable con tratamiento médico.
- Sobrecarga de volumen que no sea por transgresión dietética (sal).
- Edema pulmonar no debido a insuficiencia cardíaca descompensada y que no responda a medidas terapéuticas simples.
- Desnutrición: albúmina inferior a 4 g% que no sea por pérdidas urinarias.
- Encefalopatía urémica: desorientación, confusión, flapping, mioclonías o crisis convulsivas.
- Tendencia hemorrágica con sangrado atribuible a uremia.
- HTA que no responda bien al tratamiento.
- Aclaramiento de creatinina 5 ml/min o concentración de creatinina superior a 12 mg% con peso > 70 kg (10 ml/min para pacientes diabéticos).

RELATIVAS MÁS DIFÍCILES DE DEFINIR Y CON VARIABILIDAD INTERPACIENTE

- Sintomatología digestiva: anorexia, náuseas y vómitos con cifras no muy elevadas (¿depresión?).
- Neurológicas: tendencia al sueño, disminución de la atención y funciones cognitivas disminuidas, déficit de memoria, neuropatía sensitiva y motora, síndrome de piernas inquietas.
- Dermatológicas: prurito.
- Aclaramiento de creatinina 5-10 ml/min (10-15 ml/min para pacientes diabéticos) ⁽²⁵⁾.

4.2.4. ACCESOS VASCULARES

Con el fin de ser conectado a la máquina, un paciente en hemodiálisis debe disponer de un acceso vascular, esto es, un medio a través del cual se hace llegar fácilmente la sangre del paciente al monitor de diálisis. Existen principalmente tres

- Fístula arterio- Fístula arterio---venosa
- Fístula con prótesis "Goretex"
- Catéter

4.2.5. ASPECTOS GENERALES DE CUIDADO DEL ACCESO ARTERIAL VENOSO

MANEJO DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS:

Durante la sesión de diálisis mantendremos unos flujos sanguíneos adecuados (300-500 ml/min) para obtener una eficacia óptima. En las primeras punciones se recomienda utilizar flujos inferiores (en torno a 200 ml/min) y elevarlos en las siguientes sesiones.

Se evitarán manipulaciones de la aguja durante la sesión de diálisis principalmente en las primeras punciones. En caso de realizar una nueva punción, se aconseja dejar la aguja de la anterior punción hasta el final de la sesión (siempre que no empeore la situación), y realizar la hemostasia de todas las punciones al finalizar la HD ⁽²⁶⁾. La hemostasia en las primeras punciones ha de realizarse siempre por personal de enfermería experto, puesto que la pared vascular todavía es muy frágil y hay riesgo de formación de hematomas.

4.2.6. COMPLICACIONES

Complicaciones Agudas Durante La Hemodiálisis

Las complicaciones agudas ocasionadas por fallos técnicos durante la hemodiálisis, frecuentes hace 40 años, son hoy día excepcionales, sin embargo merece la pena destacar la hipoxemia, la hipotensión arterial y la

sintomatología digestiva (náuseas y vómitos). Otras, menos frecuentes pero importantes, son los síndromes de desequilibrio, reacciones de hipersensibilidad, arritmias, hemorragias, hemólisis y embolismo aéreo.

La hipotensión intradiálisis, problema llamativo por su frecuencia y manifestaciones clínicas. El síndrome de desequilibrio, conjunto de síntomas sistémicos y neurológicos como náuseas, vómitos, cefalea, desorientación, hipertensión e incluso convulsiones, también ha reducido su incidencia actualmente por las modificaciones del líquido dializante. ^(25,26).

Las enfermedades infecciosas son las responsables de un 15 a un 20% de fallecimientos de pacientes en hemodiálisis, segunda causa de mortalidad tras las complicaciones cardiovasculares, y llamativamente superiores a las de la población general. Hay que considerar al paciente urémico como inmunodeprimido ⁽²⁶⁾.

TABLA 4: Causas más frecuentes de hipotensión en diálisis

Causas frecuentes

- Disminución excesiva del volumen plasmático
- Ultrafiltración excesiva programada o accidental
- Relleno vascular disminuido (peso ideal modificado, terceros espacios)
- Ajuste inadecuado de las resistencias vasculares a la depleción plasmática
- Disfunción sistema nervioso vegetativo (diabetes, edad avanzada...)
- Dializante con acetato
- Vasodilatación cutánea (Fiebre, alteración temperatura líquido diálisis)
- Medicación hipotensora asociada, Isquemia tisular
- Vasodilatación esplácnica (relacionada con ingesta intradiálisis)
- Gasto cardíaco insuficiente
- Disfunción diastólica por hipertrofia ventricular izquierda
- Respuesta inadecuada de la frecuencia cardíaca
- Arritmias, Betabloqueantes, Calcificaciones miocárdicas
- Disminución de la contractilidad cardíaca, Isquemia
- Amiloidosis primaria o secundaria a diálisis larga supervivencia
- Pericarditis constrictiva, Taponamiento cardíaco

Causa menos frecuentes

- Enfermedades agudas conocidas o no
- Pericarditis, Isquemia de miocardio
- Sepsis, Embolia pulmonar
- Hemólisis, Hemorragia aguda
- Reacciones alérgicas graves a componentes circuito extracorpóreo
- Embolia gaseosa

Complicaciones Crónicas De La Hemodiálisis

Las complicaciones crónicas más habituales de los pacientes en hemodiálisis coinciden con las propias de la insuficiencia renal crónica. La anemia, las alteraciones nutricionales, la osteodistrofia renal, y las complicaciones cardiovasculares son revisados en otros apartados de este monográfico.

La bacteriemia relacionada con catéter tiene como factores de riesgo: portadores nasales de *Staphylococcus aureus*, inmunodeprimidos, diabéticos, niveles de albúmina bajos y niveles elevados de ferritina. La incidencia de complicaciones infecciosas metastásicas no es despreciable (hasta 50% en algunas series). Implica gérmenes gram-positivos y gram-negativos y las principales localizaciones serán a nivel pulmonar, osteomielitis más frecuente en vértebras cervicales y lumbares, artritis séptica endocarditis bacteriana con una incidencia del 3 a 6% y una mortalidad elevada. Hay autores que estiman un riesgo relativo de mortalidad superior al 95% respecto a los portadores de fístula; similarmente, los injertos vasculares o prótesis se relacionan con un 32% de riesgo superior con respecto a las fístulas autólogas.

Los factores implicados en el desarrollo de la trombosis del acceso vascular son controvertidos; no existen datos concluyentes que puedan relacionarse con los niveles corregidos de hemoglobina al instaurar tratamiento con eritropoyetina.

CAPITULO III

4.3 TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA

4.3.1. DEFINICIÓN

El trastorno mental debido a enfermedad médica se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. El término enfermedad médica se refiere a las enfermedades codificadas en el Eje III, que se enumeran en el capítulo «Trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Tal como se ha comentado en la «Introducción» a este manual, mantener la distinción entre trastornos mentales y enfermedades médicas no implica la existencia de diferencias fundamentales en su conceptualización, ni tampoco significa que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales. Esta distinción intenta promover rigor en la evaluación y favorecer el intercambio de comunicación entre los profesionales de la salud. Sin embargo, en la práctica clínica es de esperar una mayor especificidad terminológica en la identificación de cada enfermedad ⁽²⁷⁾.

En el DSM-III-R los trastornos mentales debidos a enfermedad médica y los trastornos relacionados con sustancias fueron denominados trastornos «orgánicos» y se enumeraron por separado en una sola sección. Esta diferenciación de trastornos mentales «orgánicos» como un tipo separado no implica que los trastornos «no orgánicos» o «funcionales» no estén de algún modo relacionados con factores o procesos físicos o biológicos. El DSM-IV elimina el término orgánico y distingue los trastornos mentales debidos a enfermedad médica de los trastornos inducidos por sustancias y de los que no tienen una etiología especificada. El término trastorno mental primario se utiliza para denominar de una manera abreviada los trastornos mentales no debidos a enfermedad médica y no inducidos por sustancias ⁽²⁷⁾.

4.3.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

Existen tres criterios diagnósticos para cada uno de los trastornos mentales debidos a enfermedad médica:

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El cumplimiento de este criterio requiere dos juicios por separado: que exista una enfermedad médica (corroborada por la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio) y de la alteración (p. ej., síntomas psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad) se relacionen etiológicamente, a través de un mecanismo fisiológico, con dicha enfermedad médica. Aunque no hay una guía infalible para determinar si la relación entre la alteración y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera consideración hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la reagudización o remisión de la enfermedad médica y el trastorno mental.

Aunque la demostración de una asociación temporal es útil para hacer un juicio etiológico, a menudo hay excepciones. Por ejemplo, el trastorno psicótico debido a la epilepsia puede presentarse muchos años después del inicio de las crisis comiciales. Por otra parte, entre las primeras manifestaciones de una enfermedad sistémica o cerebral puede haber signos y síntomas de un trastorno mental, que aparecen meses o años antes de la detección del proceso subyacente.

Los trastornos mentales debidos a enfermedad médica pueden también persistir después de la resolución de la enfermedad médica (p. ej., estado de ánimo deprimido que persiste tras la terapéutica sustitutiva con hormona tiroidea). Además, un trastorno mental debido a enfermedad médica puede ser susceptible de tratamiento sintomático incluso durante la actividad de la enfermedad (p. ej., depresión en la epilepsia). El tratamiento específico de la enfermedad que alivia los síntomas de ésta y del trastorno mental puede corroborar la relación etiológica de ambos procesos.

La segunda consideración importante es la presencia de síntomas típicos de trastorno mental primario. El ejemplo más frecuente es una edad de inicio y un curso atípicos (p. ej., presentación por primera vez de síntomas parecidos a la esquizofrenia en un sujeto de más de 75 años). Puede haber síntomas asociados poco habituales (p. ej., alucinaciones táctiles o visuales en episodios parecidos a la depresión mayor), o características diagnósticas que son desproporcionadamente más graves que las esperadas (p. ej., la pérdida de 25 kg de peso en un sujeto con síntomas depresivos benignos podría sugerir la presencia de una enfermedad médica subyacente). El clínico debe prestar atención a la presencia de déficit cognoscitivo significativo desproporcionado en relación a lo que cabría esperar en el trastorno mental primario ⁽²⁷⁾.

Si existen datos en la literatura de una asociación bien establecida o frecuentemente encontrada entre la enfermedad médica y la fenomenología de un trastorno mental específico, esto puede ser útil en la valoración de cada caso. Algunos estudios sugieren la demostración de una causa etiológica plausible asociada a los síntomas mentales y a la enfermedad médica (p. ej., una lesión que por su localización o por un mecanismo fisiopatológico conocido afecte la función cerebral) y de una elevada prevalencia de síntomas mentales (p. ej., por encima de la de la población general) en sujetos afectados de la enfermedad médica. Aunque tales datos sugieren una posible relación causal entre el trastorno mental y la enfermedad médica en particular, no bastan para tomar decisiones en un caso individual, ya que los estudios de investigación generalmente reflejan valores promedio y el clínico debe tomar una decisión que afecta a un sujeto.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Para establecer el diagnóstico de trastorno mental debido a enfermedad médica es necesario descartar los trastornos mentales primarios y los trastornos mentales inducidos por sustancias. Descartar los trastornos mentales primarios es a menudo difícil, ya que sujetos con trastornos mentales primarios suelen presentar enfermedades médicas que no son las causantes de los síntomas mentales. Puede haber otras relaciones entre un trastorno

mental y una enfermedad médica: la enfermedad médica puede reagudizar los síntomas o complicar el tratamiento del trastorno mental; las dos pueden estar relacionadas a través de mecanismos no fisiológicos; o pueden coexistir por coincidencia. Por ejemplo, cuando los síntomas depresivos son precipitados por la enfermedad médica al actuar ésta como estresante psicosocial más que como responsable de un efecto fisiológico directo, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, o trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. En un sujeto con síntomas depresivos que coexisten con una enfermedad médica, con historia de varios episodios depresivos o historia familiar de depresión, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor más que trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Finalmente, el clínico también debe considerar si los síntomas mentales son provocados por una droga de abuso, un medicamento o la exposición a tóxicos.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Si los síntomas (psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad) aparecen sólo durante períodos de delirium, serán considerados síntomas asociados al delirium y no merecerán un diagnóstico por separado. Estas enfermedades (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica) pueden diagnosticarse por separado sólo si ocurren al margen del delirium o de la demencia.

4.3.3. PROCEDIMIENTO DE TIPIFICACIÓN

En el registro de trastorno mental debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en el Eje I el tipo de alteración mental y la etiología de la enfermedad médica (p. ej., F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [393.83]). En el Eje III debe anotarse el código correspondiente para la enfermedad médica (p. ej., E03.9 Hipotiroidismo [244.9]). En los casos en los que el clínico ha determinado que los síntomas mentales no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad, el trastorno mental primario debe codificarse en el Eje I y la enfermedad médica, en el Eje III. ⁽²⁷⁾

4.3.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando los síntomas de un trastorno mental primario y una enfermedad médica aparecen juntos, es especialmente importante determinar si la relación etiológica, si la hay, es de naturaleza fisiológica (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental debido a enfermedad médica) o se debe a otro mecanismo (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental primario). En algunos casos el desarrollo de una enfermedad médica o la presencia de una discapacidad asociada pueden precipitar o agudizar un trastorno mental sin una explicación fisiológica conocida (p. ej., la discapacidad asociada a la osteoartritis puede desempeñar un papel en el desarrollo de síntomas depresivos o de episodios de depresión mayor, pero se desconoce el mecanismo fisiológico que vincula la artritis y los síntomas depresivos). En este caso, el trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo o trastorno depresivo) debe diagnosticarse en el Eje I y la enfermedad médica (p. ej., osteoartritis) en el Eje III. ⁽²⁷⁾

El trastorno mental debido a enfermedad médica debe distinguirse del trastorno relacionado con sustancias. Si se demuestra el consumo reciente o prolongado de una sustancia (incluyendo los efectos psicoactivos de los medicamentos), la abstinencia de una sustancia o la exposición a tóxicos, debe considerarse el diagnóstico trastorno relacionado con sustancias. Pueden ser de utilidad los análisis de sangre y de orina y otras pruebas de laboratorio apropiadas (screening) para completar la evaluación. Los síntomas que aparecen poco después (p. ej., 4 semanas) de la intoxicación o de la abstinencia de una sustancia o del consumo de un medicamento pueden ser especialmente indicativos de un trastorno relacionado con sustancias, dependiendo del tipo o de la cantidad de sustancia ingerida o de la duración de su uso.

Los efectos combinados de una enfermedad médica y el consumo de sustancias (incluyendo medicamentos) pueden provocar delirium, demencia, síntomas psicóticos, depresivos, de ansiedad, trastornos del sueño y disfunción sexual. En estos casos deben anotarse ambos diagnósticos (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). La categoría diagnóstica no especificada se

debe usar cuando no es posible asegurar si los síntomas mentales son debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias. Cuando, como ocurre con frecuencia, la presentación del trastorno mental debido a una enfermedad médica consiste en una mezcla de síntomas diferentes (p. ej., depresión y ansiedad), es deseable asignar un solo diagnóstico basado en los síntomas que predominan en la presentación clínica. En algunos casos no es posible determinar si los síntomas mentales son primarios, debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias. En estas situaciones debe utilizarse la categoría no especificado ⁽²⁷⁾.

CAPITULO IV

4.4 TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

4.4.1. DEFINICIÓN

La ansiedad es un estado que tiene muchos efectos: influyen en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. Se diferencia del miedo, que es una respuesta apropiada a una amenaza conocida; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva ⁽²⁸⁾. 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.

4.4.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS:

La característica esencial de este trastorno es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones (Criterio A). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica (Criterio C). No debe efectuarse este diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Para ello es

fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores. Aunque no existen procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático, pueden ser de utilidad algunas consideraciones. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Otra consideración es la presencia de rasgos atípicos de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos, ausencia de historia familiar). A veces es útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas de ansiedad ^(28,42).

Además, el clínico también debe establecer que esta alteración no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias u otros trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno adaptativo)⁽²⁹⁾.

4.4.3. ESPECIFICACIONES

Especificaciones para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

Con ansiedad generalizada: Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

4.4.4. PROCEDIMIENTO DE TIPIFICACIÓN

Al registrar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en primer lugar la presencia del trastorno de ansiedad, después la enfermedad médica que se considera responsable de la alteración y, finalmente, la especificación apropiada para indicar el cuadro

sintomático predominante en el Eje I (p. ej., F06.4 Trastorno de ansiedad debido a tirotoxicosis, con ansiedad generalizada). En el Eje III también debe anotarse el código diagnóstico de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis) ^(28,29,42).

4.4.5. ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad, por ejemplo, enfermedades endocrinas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades y enfermedades neurológicas ⁽³⁰⁾. Los hallazgos de la exploración física y de laboratorio, y los patrones de prevalencia o inicio de este trastorno corresponden a los de la enfermedad médica responsable del cuadro ⁽³¹⁾.

4.4.6. CUADRO CLÍNICO

SIGNOS SOMÁTICOS	SIGNOS PSICOLÓGICOS
Temblor, contracciones, agitación	Sensación de temor
Dolor de espalda, cefalea	Dificultades de concentración
Tensión muscular	Hipervigilancia
Disnea, hiperventilación	Insomnio
Fatigabilidad	Disminución de la libido
Respuesta de sobresalto	“Nudo en la Garganta”
Hiperactividad vegetativa	Molestias de estómago “ estomago revuelto”
Rubefacción y palidez	
Taquicardia, palpitaciones	
Sudoración, Manos Frías	
Diarrea, Polaquiuria	
Xerostomía	
Parestesias	
Dificultad para la deglución	

4.4.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de delirium, no debe realizarse el diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Si en el cuadro clínico aparece una constelación de diferentes síntomas (ej., alteraciones del estado de ánimo y síntomas de ansiedad), la especificación del tipo concreto de trastorno mental

debido a enfermedad médica dependerá de qué grupo de síntomas predomine en el cuadro clínico general.

Si hay confirmación de un consumo reciente y prolongado de determinada sustancia (incluyendo fármacos con efectos psicoactivos), del abandono de cualquier otra sustancia o de la exposición a agentes tóxicos, debe considerarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias. Los síntomas que aparecen durante o poco después (4 semanas posteriores) de una intoxicación, un síndrome de abstinencia o un tratamiento farmacológico indican con bastante seguridad la existencia de un trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de sustancia consumida. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a la enfermedad médica como al consumo de una sustancia, deben efectuarse ambos diagnósticos a la vez (es decir, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias) ⁽⁴²⁾.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe distinguirse de los trastornos de ansiedad primarios (sobre todo del trastorno de angustia, del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno obsesivo-compulsivo) y del trastorno adaptativo con ansiedad o mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. En los trastornos mentales primarios no es posible demostrar mecanismos fisiológicos relacionados directa y específicamente con una enfermedad médica. Una edad de inicio tardía y la ausencia de historia personal o familiar de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de realizar una valoración cuidadosa con el fin de descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica ^(29, 30, 31).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren que el cuadro clínico reúna la totalidad de criterios sintomáticos y de duración del trastorno de angustia o del trastorno de ansiedad generalizada. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de ansiedad orgánico ^(28, 29).

TABLA 5: Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica

Nota de codificación: *Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.*

CAPITULO V

4.5 TRASTORNOS DEL ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

4.5.1. DEFINICIÓN

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo que se presenta como respuesta al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad médica) (Criterio C). Tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo sólo se presenta en el transcurso de un delirium (Criterio D). La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E) ⁽³³⁾.

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a enfermedad médica, el clínico, en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad médica,

algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos para un trastorno afectivo primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico o ausencia de historia familiar). En la evaluación de cada caso pueden ser de ayuda los datos bibliográficos que sugieran que puede haber una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas afectivos. Además, el clínico debe dictaminar que la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo primario, un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo) ^(33,34).

Al contrario de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, no hay diferencias en la distribución por sexos en el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos. El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (p. ej., cáncer, lesiones medulares, úlcera péptica, enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], insuficiencia renal terminal, lesiones cerebrales) ⁽³³⁾.

4.5.2. SUBTIPOS

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar la presentación sintomática predominante:

- F06.32 Con síntomas depresivos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.
- F06.32 Con episodio similar al depresivo mayor. Se emplea este subtipo si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el Criterio D).

- F06.30 Con síntomas maníacos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.
- F06.33 Con síntomas mixtos. Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

4.5.3. ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas, patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, enfermedades endocrinas, enfermedades autoinmunes, infecciones víricas y algunos tipos de cáncer. Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro ^(33,34).

4.5.4. PREVALENCIA

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se limitan a los cuadros con síntomas depresivos. Se ha observado que el 25-40 % de los sujetos con ciertas enfermedades neurológicas (que incluyen la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple, el accidente vascular cerebral y la enfermedad de Alzheimer) presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades médicas sin una implicación directa del sistema nervioso central las tasas son mucho más variables, y comprenden desde más del 60 % en el síndrome de Cushing hasta menos del 8 % en la insuficiencia renal terminal ⁽³⁴⁾.

4.5.5. CUADRO CLÍNICO:

Especificación de síntomas melancólicos: La especificación con síntomas melancólicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) que se presenta en el curso de un trastorno depresivo mayor y en un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o II sólo si es el tipo más reciente de episodio. La característica esencial de un episodio depresivo

mayor, con síntomas melancólicos, es la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. El estado de ánimo depresivo de los sujetos no mejora, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno (Criterio A). Además hay al menos tres de los síntomas siguientes: una cualidad diferente del estado de ánimo depresivo, la depresión es habitualmente peor por la mañana, con despertar precoz, enlentecimiento o agitación psicomotora, anorexia significativa o pérdida de peso, o culpabilidad excesiva o inapropiada (Criterio B).

La especificación con síntomas melancólicos es aplicable si estos síntomas aparecen en el transcurso del episodio. Hay una casi completa ausencia de capacidad para experimentar placer y no sólo una simple disminución. Una orientación para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo consiste en constatar que el estado de ánimo depresivo no mejora o lo hace sólo parcialmente incluso con lo que es muy apreciado por el sujeto (p. ej., hasta un 20-40 % de lo que es normal durante sólo unos minutos cada vez). La cualidad distintiva del estado de ánimo que es típica de la especificación con síntomas melancólicos es experimentada por el sujeto como cualitativamente diferente de la tristeza que se siente al estar de duelo o al padecer un episodio depresivo no melancólico. Esto puede averiguarse pidiendo a la persona que compare la cualidad del estado de ánimo actual con el estado de ánimo experimentado tras la muerte de un ser querido. No se considera que el estado de ánimo tenga una cualidad distintiva si el humor depresivo es únicamente descrito como más intenso, más duradero o si no hay motivo alguno para presentarlo. Casi siempre hay cambios psicomotora, que son observables por los demás. Los sujetos con síntomas melancólicos tienen menos probabilidades de presentar un trastorno premórbido de la personalidad o de tener un precipitante claro del episodio y de responder a una prueba con un placebo. Es más probable que estos sujetos hayan respondido anteriormente a medicamentos antidepresivos o a terapéutica electroconvulsiva y también es más probable que respondan en el episodio actual.

Los síntomas melancólicos se dan por igual en ambos sexos, pero son más frecuentes en los sujetos mayores. Son más frecuentes en pacientes ingresados que en los ambulatorios y es menos probable que se presenten en los episodios depresivos mayores leves que en los graves, así como también es más probable que se presenten en los que tienen síntomas psicóticos. Los síntomas melancólicos se asocian con mayor frecuencia a los hallazgos de laboratorio del tipo de la no supresión con dexametasona, hiperfunción corticosuprarrenal, reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM), test de provocación con tiramina anormal y asimetría anormal en la prueba de escucha dicótica ⁽³⁵⁾ .

Especificación de síntomas atípicos: La especificación con síntomas atípicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente, o a un trastorno distímico. Las características principales son la reactividad del estado de ánimo (Criterio A) y la presencia de al menos dos de los síntomas siguientes (Criterio B): aumento del apetito y del peso, hipersomnia, abatimiento y un patrón muy prolongado de extrema sensibilidad a la percepción de rechazo interpersonal. Estos síntomas predominan durante el período de 2 semanas más reciente (o el período de 2 años más reciente en el trastorno distímico). La especificación con síntomas atípicos no se asigna cuando, durante el mismo episodio depresivo mayor, se han cumplido los criterios para los síntomas melancólicos o catatónicos.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad para alegrarse en situaciones positivas (p. ej., una visita de los hijos, recibir cumplidos) ⁽³⁵⁾.

El aumento del apetito puede ponerse de manifiesto por un claro aumento de la ingesta o por la ganancia de peso. La hipersomnia puede incluir un largo período de sueño nocturno o siestas durante el día que totalicen al menos 10 horas de sueño al día (o por lo menos 2 horas más que cuando el sujeto no está deprimido). El abatimiento se define como la sensación de pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas; generalmente, esta sensación dura al menos 1 hora al día, pero a menudo dura varias horas

seguidas. Al contrario de otros síntomas atípicos, la sensibilidad patológica a la percepción de rechazo interpersonal es un rasgo que aparece precozmente y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos. Puede haber relaciones conflictivas con incapacidad para mantener una relación duradera. La reacción del sujeto a los desaires o a las críticas puede hacer que deje pronto los trabajos, que use sustancias o que presente otras respuestas comportamentales desadaptativos clínicamente significativos. ^(34,35).

Los trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de la personalidad por evitación) y los trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobia específica o fobia social) pueden ser más frecuentes en los sujetos con síntomas atípicos.

Los síntomas atípicos son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres. Los sujetos con síntomas atípicos refieren una edad de inicio de los episodios depresivos más temprana (p. ej., mientras cursaban estudios de educación secundaria) y frecuentemente tienen un curso más crónico, menos episódico y con una recuperación interepisódica parcial. Es más probable que los sujetos jóvenes presenten episodios con síntomas atípicos, mientras que los sujetos mayores presentan más a menudo episodios con síntomas melancólicos ⁽³⁶⁾.

4.5.6. DIAGNÓSTICO

TABLA 6: Criterios para el diagnóstico de F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo ⁽³⁷⁾.

TABLA 7: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos <ul style="list-style-type: none">— Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras— Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta— Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual— Empeoramiento matutino del humor depresivo— Presencia de enlentecimiento motor o agitación— Pérdida marcada del apetito— Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes— Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS

TABLA 8: Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.

Presentación sintomática según la edad

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> — El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas — El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico 	
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p>	
Adultos	Niños y adolescentes
<p>Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</p>	<p>El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable, los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.</p>
<p>Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras</p>	<p>La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.</p>
<p>Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</p>	<p>La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.</p>
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p>	
<p>Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.</p>	<p>Similar a los adultos.</p>
<p>Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</p>	<p>Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.</p>
<p>Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</p>	<p>Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).</p>
<p>Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.</p>	<p>Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.</p>

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo
D. Puede haber o no síndrome somático*	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. la persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. la persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo ⁽³⁸⁾.</p>	

Fuente: CIE-10 e información extraída de la bibliografía

4.5.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No se establece un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración se presenta exclusivamente en el transcurso de un delirium. Cuando el clínico desea indicar la presencia de síntomas afectivos clínicamente significativos que se producen en el contexto de una demencia debida a enfermedad médica, puede ser apropiado establecer un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Los síntomas que se presentan durante o poco después (en un período de 4 semanas) de una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o después del

empleo de algún medicamento, pueden ser muy sugerentes de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, dependiendo del tipo, la duración o la cantidad de la sustancia que se haya usado.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica debe diferenciarse del trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (p. ej., una respuesta desadaptativa al estrés de tener una enfermedad médica). Frecuentemente, es difícil determinar si algunos síntomas (p. ej., pérdida de peso, insomnio, fatiga) representan una alteración del estado de ánimo o si son una manifestación directa de una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidente vascular cerebral, infarto de miocardio, diabetes). Estos síntomas contribuyen al diagnóstico de episodio depresivo mayor excepto en los casos en que son total y claramente atribuibles a una enfermedad médica. Se diagnostica trastorno del estado de ánimo no especificado cuando el clínico no puede determinar si la alteración del estado de ánimo es primaria, inducida por sustancias o debida a enfermedad médica ⁽³⁹⁾.

CAPITULO VI

4.6 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO

4.6.1. GENERALIDADES

El hecho de que los factores psicológicos y psiquiátricos pueden afectar el curso clínico de enfermedades médicas ha dejado de ser controversia y ya no es un tema de *debate serio*. Por ejemplo, los trastornos psiquiátricos pueden afectar de manera adversa la evolución y la duración de la estancia de los pacientes hospitalizados en hospitales generales. En algunas situaciones, una intervención psiquiátrica temporal en pacientes médicos puede mejorar su ajuste psicosocial (Evans y col., 1988) e incluso su supervivencia (Spiegel y col., 1989). Debería tenerse en cuenta, sin embargo, que mientras la mayoría de la literatura de consulta se centra en las interrelaciones entre trastornos psiquiátricos y médicos comórbidos, una abundante investigación epidemiológica ha identificado factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades médicas. En la Tabla 9 se presenta un esquema para describir áreas de investigación (Lipowski, 1986) que pretenden clasificar las áreas en las cuales los factores psicológicos, conductuales y sociales pueden afectar la salud física ⁽⁴⁰⁾.

Este capítulo consolida el trabajo del comité que examinó la categoría diagnóstica del DSM-III "*Factores psicológicos que afectan al estado físico (FPACF)*", para llevar a cabo la revisión que queda reflejada en el DSM-IV (American Psychiatric Association ⁽⁴¹⁾).

Por ejemplo, no trataremos de síntomas psicofisiológicos no específicos relativamente comunes, como la diaforesis, palpitaciones, molestias gástricas, diarrea, frecuencia urinaria, cefaleas «tensionales», reacciones vasovagales y otras reacciones mediadas predominantemente de forma automática, ya que éstas son muy familiares para la mayoría de los clínicos.

TABLA 9: FACTORES PSICOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES QUE AFECTAN CONDICIONES MÉDICAS

I . Psicofisiología

A . Reacciones fisiológicas a variables psicológicas y conductuales .

B . Mecanismos biológicos reguladores asociados con variables conductuales y psicológicas

1 . Psiconeurofisiología

2 . Psiconeuroendocrinología

3 . Psiconeuroinmunología

4.Psicocardiología.

II . Efectos de enfermedades psiquiátricas concurrentes en el curso y la evolución de los trastornos médicos.

III .Factores conductuales de riesgo para trastornos y lesiones

A .Variables de personalidad

B . Fumar cigarrillos

C .Hábitos alimentarios

D .Consumo de alcohol y sustancias

E . Conducta sexual arriesgada

F . Conductas de riesgo (accidentes, heridas)

G .No adherencia al tratamiento médico

H .Violencia, suicidio, homicidio

I . Cambios vitales estresantes o molestos.

F u e n t e : *Reimpreso de Stoudemire A, Hales RE:«Factores psicológicos y conductuales que afectan condiciones médicas y DSM-IV: Una revisión» . Psychosomatics 32: 5-13, 1991, American Psychiatric Association. Utilizado con permiso.*

TABLA 10: CRITERIOS DEL DSM-IV PARA LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO

A . Presencia de una enfermedad médica (codificada en el eje III).

B . Factores psicológicos que afectan negativamente a la enfermedad física en alguna de estas formas:

- 1 . Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación .
- 2 . Los factores intervienen en el tratamiento de la enfermedad médica.
- 3 . Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
- 4 . Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas del estado médico general.

Escoger nombre basándose en la naturaleza de los factores psicológicos (si hay más de un factor, indicar el más prominente):

Trastorno mental que afecta a... (*indicar enfermedad médica*) (p. ej., un trastorno del Eje I como trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio).

Síntomas psicológicos que afectan a... (*Indicar enfermedad médica*) (p. ej., síntomas depresivos que retrasan una operación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma).

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a... (*indicar enfermedad médica*) (p. ej., negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular).

Comportamientos desadaptativos que afectan a... (*indicar enfermedad médica*) (p. ej., sobrealimentación, falta de ejercicio, comportamientos sexuales de riesgo).

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... (*indicar enfermedad médica*) (p. ej., exacerbación de una úlcera relacionada con el estrés, hipertensión, arritmia o cefalea tensional).

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a... (*indicar enfermedad médica*) (p. ej., factores interpersonales, culturales o religiosos).

4.6.2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Aunque existe una considerable base bibliográfica que examina el campo de la psiconeuroendocrinología, particularmente en relación a la biología de los trastornos del estado de ánimo, existe una escasez de investigación metodológicamente sólida por lo que se refiere a los aspectos clínicos de los factores psicológicos y a cómo estos factores influyen potencialmente en las enfermedades endocrinas ⁽⁴¹⁾.

4.6.3. ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL

A medida que el tratamiento para la enfermedad renal en fase terminal (ERFT) ha evolucionado, ha aparecido un creciente interés por los aspectos psiquiátricos y psicosociales de la diálisis y el trasplante.

Calidad de vida y modalidad de tratamiento

Varios estudios han comparado la calidad de vida psicosocial de la diálisis versus el trasplante renal.

La mayoría han hallado mejor funcionamiento psicosocial en pacientes trasplantados, incluyendo estudios en los Estados Unidos (Evans y col., 1985; Petrie, 1989; Simmons y Abress, 1990) y en otros países (Morris y Jones, 1989; Zimmermann, 1989).

Otros estudios no han hallado diferencia en el ajuste psicológico entre las dos modalidades de tratamiento (Kalman y col., 1983; Sayag y col., 1990). Los investigadores también han comparado la calidad de vida en pacientes sometidos a diversas modalidades de diálisis.

Algunos han hallado que la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) está asociada a una mayor evolución psicológica (Brownbridge y Fielding, 1991; Rydholm y Pauling, 1991; Wolcott y col., 1988).

Todos estos estudios referidos a la calidad de vida deben ser interpretados de forma cautelosa porque los pacientes nunca reciben aleatoriamente una forma determinada de diálisis o trasplante. Por tanto, las diferencias resultantes pueden estar relacionadas con diferencias en variables médicas o psicosociales previas al tratamiento ^(40,41).

Efectos de la depresión en la evolución de los pacientes renales

Un grupo de investigación canadiense hallaron que la *depresión* era un mejor predictor de una corta supervivencia de lo que lo eran la edad o un índice psicológico compuesto de variables clínicas (Burton y col., 1986). Otros investigadores han observado que la depresión en pacientes con ERFT está asociada con una mayor mortalidad y morbilidad.

Un punto débil fundamental de estos estudios es que no se ha llevado a cabo ningún intento de medir y/o controlar la gravedad de la enfermedad, un factor de gran confusión en los estudios que relacionan la psicopatología con la evolución de la enfermedad física (Levenson y col., 1990a) ⁽⁴¹⁾.

Efectos de la adherencia en la evolución

Desde un punto de vista clínico, la adherencia es un factor importante en el tratamiento de los pacientes en diálisis, pero su definición y medida formales han sido problemáticas. Los factores psicosociales con efectos demostrados sobre la adherencia en ERFT incluyen las creencias de los pacientes acerca de sus conductas saludables (Cummings y col., 1982), «locus de control» y autoeficacia (Schneider y col., 1991), problemas familiares (Cummings y col., 1982) y apoyo social (O'Brien, 1990).

La relación entre la adherencia al tratamiento y la evolución de la salud de los pacientes en diálisis no es simple. En un estudio de los efectos de variables de procesos familiares en la supervivencia de los pacientes en centros de hemodiálisis, Reiss y col. (1986) examinaron 23 familias en situación de laboratorio. En contra de lo que esperaban los investigadores, un *mejor* funcionamiento familiar predecía más la muerte prematura que la

supervivencia. La no adherencia del paciente tuvo que ver en la mayoría de las asociaciones entre las variables familiares y la supervivencia. Mientras que la relación hallada en el estudio entre la no adherencia y la supervivencia es consistente con otros trabajos, la asociación de la no adherencia y la muerte prematura con indicadores de un *alto* funcionamiento familiar es contraria a la mayoría de la experiencia clínica. O'Brien (1990) estudió una muestra de 126 pacientes en un centro de hemodiálisis y realizó un seguimiento a los 3 y los 6 años hallando que los pacientes que murieron antes demostraron la *mayor* adherencia, mientras que los que todavía vivían al final del estudio habían presentado la adherencia *menor*. Globalmente, aunque los efectos de la no adherencia en la evolución de los pacientes en diálisis son bien reconocidos por todos los clínicos, la adherencia debe considerarse como un complejo conjunto de conductas que aún permanece insuficientemente caracterizada y clasificada de forma empírica.

Pequeños estudios con pacientes trasplantados de riñón han demostrado que la no adherencia preoperatoria predice la no adherencia postoperatoria y los rechazos (Rodríguez y col., 1991). Los pacientes trasplantados de riñón que no se adhieren al tratamiento tienden a ser más depresivos y a tener otros problemas psicosociales que los pacientes cumplidores (Rodríguez y col., 1991) ⁽⁴¹⁾.

Abandono de la diálisis

Se debe solicitar una consulta psiquiátrica cuando los pacientes que llevan largo tiempo en diálisis desean abandonar el tratamiento, apareciendo problemas clínicos (Greene, 1983), de relación (Slevin, 1983) y éticos (Holley y col., 1989). En un amplio estudio de pacientes en diálisis (Neu y Kjellstrand, 1986), la diálisis fue abandonada en un 9% de los casos suponiendo un 22% de las muertes. La mitad de los abandonos fueron incompetentes y necesitaron de una toma de decisión sustitutoria. Pequeños estudios similares han aparecido en otros países (Hirsch, 1989; van Nieuwkerk y col., 1990). Los primeros estudios que habían sugerido una tasa muy alta de suicidios en pacientes en diálisis sobreestimaron la prevalencia de suicidio al no distinguir

entre el abandono racional del tratamiento del suicidio. La tasa real de suicidio en diálisis no ha sido establecida sistemáticamente, ni ha habido atención cuidadosa de los factores psicológicos que pueden afectar la decisión de abandonar el tratamiento ^(40,41).

- **Mecanismos**

El actual estado de la investigación permite especular acerca de cómo factores psicológicos tales como la depresión pueden influir en la evolución de la ERFT. La depresión puede afectar de manera adversa a la función inmune (Stein y col., 1991). La evidencia clínica indica que los pacientes con ERFT deprimidos son más proclives a presentar un cuidado pobre de sí mismos, incumplimientos, y pobre seguimiento médico.

La depresión se asocia con el tabaco, el alcoholismo y otras formas de consumo de sustancias que son causa mayor en el incremento de la morbilidad y la mortalidad. La depresión puede impactar de manera adversa en la evolución de la ERFT funcionando como factor de riesgo para la comorbilidad de otras condiciones médicas —como por ejemplo infarto de miocardio (Booth-Kewley y Friedman, 1987) o reduciendo la capacidad aeróbica (Carny y col., 1986) ⁽⁴¹⁾.

- **Implicaciones clínicas**

A veces se pide a los psiquiatras que participen en la decisión de qué modalidad de tratamiento es la más adecuada para un paciente con ERFT. La investigación actual arroja alguna luz sobre esta cuestión, pero ésta debe ser contestada todavía de manera individualizada. ¿Qué modalidad es la que más llama la atención del paciente (en función de su estilo de vida, imagen corporal y demandas del tratamiento)? ¿Con qué tratamiento será el paciente más cumplidor? ^(40,41)

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en los pacientes con ERFT, y los síntomas pueden ser difíciles de distinguir de la uremia u otras condiciones médicas comórbidas (Hart y Kreutzer, 1988; Levenson y Glocheski, 1991).

El incumplimiento sigue siendo la razón por la cual los nefrólogos consultan con más frecuencia a los psiquiatras. El psiquiatra debe ayudar al equipo de tratamiento de ERFT a evitar ideas simplistas acerca del incumplimiento del tratamiento y estar atentos al riesgo de utilizar al paciente como chivo expiatorio. «La no adherencia» como ya se ha comentado, representa un complejo conjunto de conductas y relaciones interpersonales (paciente, familia, médico, enfermera) con importantes consideraciones éticas y culturales. El caso más extremo de no adherencia, es la negación a aceptar el tratamiento en la ERFT o abandonarlo. Algunos clínicos se equivocan al considerar a esos pacientes siempre como deprimidos o suicidas, mientras otros se equivocan en el sentido contrario, aceptando con demasiada frecuencia esa decisión como racional. Los psiquiatras tienen un papel crucial en lo que puede ser una distinción difícil entre una toma de decisión autónoma racional versus una rendición suicida irracional sintomática de una depresión tratable. ⁽⁴¹⁾.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo Descriptivo y Transversal.

Descriptivo porque se realizará un análisis detallado de la evolución del paciente para determinar la presencia de Ansiedad y Depresión en función al tratamiento de Hemodiálisis.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

Institución: Hospital Regional Isidro Ayora

Ubicación: Av. Iberoamericana e Imbabura (En el centro de la ciudad de Loja)

Lugar : Loja

5.3. VARIABLES, DEFINICIÓN, Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE: Ansiedad y Depresión

VARIABLE DEPENDIENTE: La Hemodiálisis

5.4. UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo estuvo constituido los 65 pacientes con ERCT que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis, en el Hospital Regional Isidro Ayora.

La muestra estuvo conformada por 53 pacientes, de los cuales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Son todos los pacientes con diagnóstico confirmado de ERCT que reciban Hemodiálisis.

Edad comprendida entre 20 y 80 años

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Los pacientes complicados con pronóstico reservado o con expectativa de vida menor al tiempo señalado para la investigación.

Aquellos pacientes que no autoricen colaborar voluntariamente como parte de la investigación.

Criterios de Salida.

5.5. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación se utilizaron técnicas de análisis cuantitativo, que permitieron el cumplimiento óptimo de cada objetivo.

- ✓ **Entrevista:** Método que consiste en obtener información detallada y personalizada de los datos de los pacientes, Para ella haremos también uso de Instrumentos como un Cuestionario y Test, que a continuación detallaremos.

- ✓ **Cuestionario:** Elaborado en función de la literatura revisada, con preguntas cerradas y previamente validado en los pacientes del Hospital Regional Docente Isidro Ayora de la ciudad de Loja y modificado para una mejor aplicación. Éste está dividido en dos partes fundamentales la primera orientado al cumplimiento de nuestro primer objetivo, de modo que permitirá conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Y la segunda a la Identificación de los principales factores de riesgo que determinan el desarrollo de la ansiedad y depresión en los pacientes en estudio, es decir nuestro cuarto objetivo.

- ✓ **Test:** Prueba que permite conocer ciertas aptitudes, presencia de patologías y su clasificación según severidad. Se aplicarán los test: Escala de Hamilton, Inventario de Beck- II para la ansiedad y depresión, respectivamente. Con estos instrumentos podremos cumplir nuestros segundo y tercer objetivos que son determinar la existencia de la Ansiedad y Depresión; así como su correlación con el tiempo del tratamiento y edad del paciente.

ESCALA DE HAMILTON: La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes, según el autor no es aplicable cuando coexisten trastornos mentales como: demencia o esquizofrenia

Nosotros utilizaremos la versión española realizada por Carroble y Cols en 1986 ⁽¹⁴⁾. Para revisar el instrumento revisar el Anexo 3

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS:

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$).

MODO DE APLICACIÓN:

Identificar en cada ítem el síntoma más problemático. Determinar para ese síntoma:

Gravedad:

- 1= Leve de poca importancia
- 2= Moderada y alteraciones
- 3= Alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto.
- 4= El peor síntoma nunca padecido.

Tiempo / Frecuencia:

- 1= Con poca frecuencia, Cortos periodos de tiempo
- 2= Parte del día o menos de la mitad de los días
- 3= Gran parte del día, durante la mayoría de días
- 4= Ocurre casi todo el tiempo.

Incapacidad / disfunción

- 1= Conciencia de los síntomas, pero sin interferencia e actividades normales.
- 2= Interfieren alguna actividad.
- 3= Interfieren gravemente las actividades sociales, familiares, laborales.
- 4= Incapacidad para realizar (o llevar a evitar) actividades en 2 o más áreas anteriores.

Se calcula la media de gravedad y tiempo /frecuencia y se redondea con la incapacidad.

INTERPRETACIÓN: Proporciona una medida global de la ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0 - 5 : No ansiedad
- 6 -14 : Ansiedad Leve
- 15 : Ansiedad Moderada/ Grave

INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK-II: El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización psicoanalítica de la depresión correspondiente a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association¹⁵. Para revisar el instrumento revisar el Anexo 4.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS:

Fiabilidad:

El BDI- II tiene una consistencia interna en pacientes de $=0.91$

Validez:

Su validez factorial ha demostrado ser mucho más consistente que la de BDI-I, y en correlación con escalas de depresión mayor (CC) y distimia (D) del MCMI-II = $.70$ y $.68$. Correlación con ítem de gravedad de la depresión evaluado por clínico = $.51$ y $.66$

MODO DE APLICACIÓN:

Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una

escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario.

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

INTERPRETACIÓN:

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63.

Puntuación Nivel de Depresión

- 1 -10 : Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20: Estados de depresión intermitentes.
- 21-30: Depresión moderada.
- 31-40: Depresión grave.
- > 40 : Depresión extrema.

5.6. PLAN DE TABULACION DE ANALISIS

Una vez obtenida y recolectada la información se procederá a la introducción de datos y procesamiento de la información en Excel de modo que permita ir realizando el análisis y la posterior elaboración de Cuadros, Gráfico, seguidos de la discusión de los resultados.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Recursos humanos:

- a. **Población:** Los 65 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora – Loja
- b. **Tesista:** Irina Milagros Guerra Adrianzén
- c. **Directora de tesis:** Dra. Ximena Vásquez Cabrera

6. RESULTADOS

TABLA Nº 1

GRUPOS ETÀREOS DE LOS PACIENTES CON ERCT EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-40 años	9	16.98
41-60 años	24	45.28
>60 años	20	37.74
TOTAL	53	100.00

GRÀFICO Nº 1



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

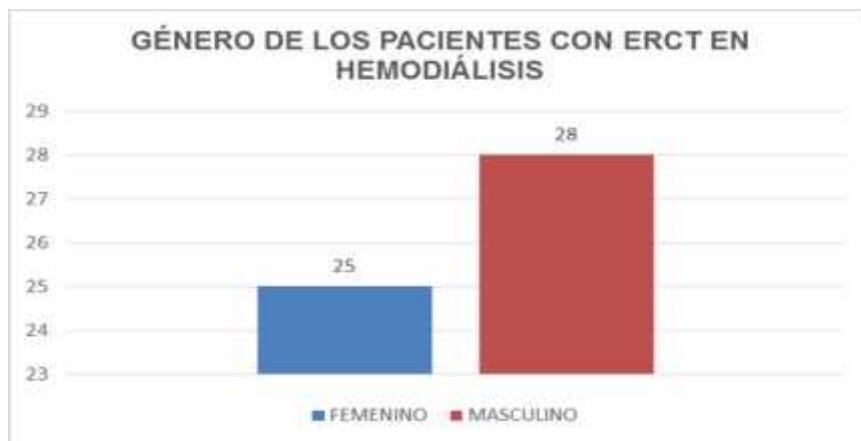
Los pacientes con ERCT en tratamiento de HD el 45.28 % tienen entre 40 – 60 años de edad que corresponde a 24 pacientes.

TABLA Nº 2

**GÉNERO DE LOS PACIENTES CON ERCT EN HEMODIÁLISIS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA**

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	25	47.17
MASCULINO	28	52.83
TOTAL	53	100

GRÁFICO Nº2



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

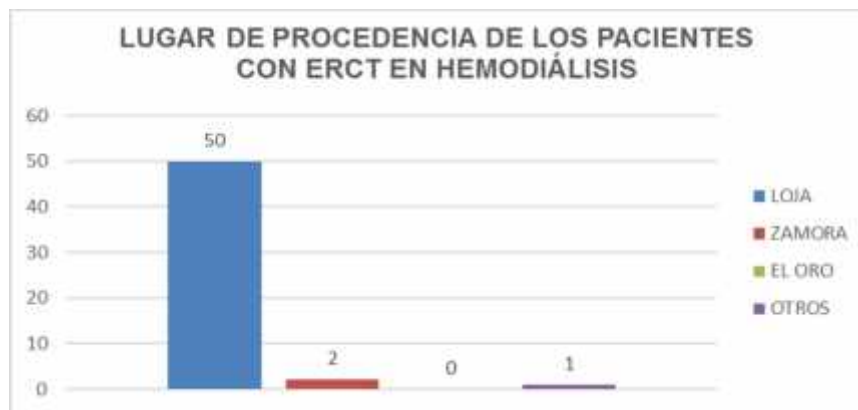
Del grupo en estudio se ha podido determinar que en su mayoría está conformado por pacientes de sexo masculino representando un 52.83% con un número de 28 pacientes.

TABLA Nº 3

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON ERCT EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LOJA	50	94.34
ZAMORA	2	3.77
EL ORO	0	0.00
OTROS	1	1.89
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 3



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

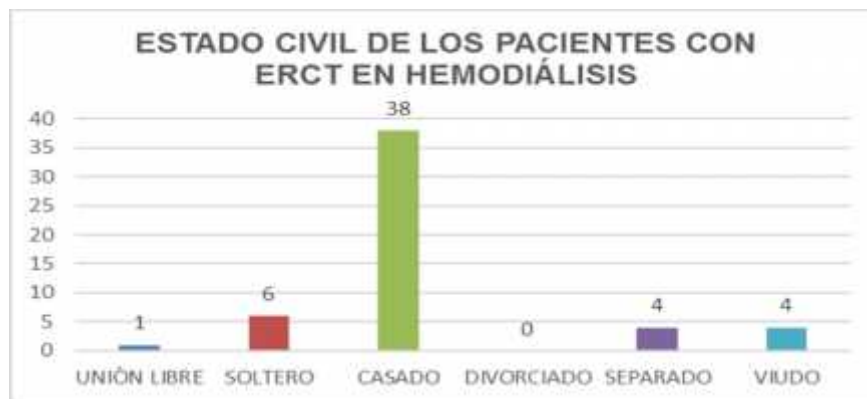
Del estudio realizado se ha podido determinar que solo el 94.34 %, que representa 50 de los pacientes, son de la Provincia de Loja

TABLA Nº 4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ERCT EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIÓN LIBRE	1	1.89
SOLTERO	6	11.32
CASADO	38	71.70
DIVORCIADO	0	0.00
SEPARADO	4	7.55
VIUDO	4	7.55
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 4



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

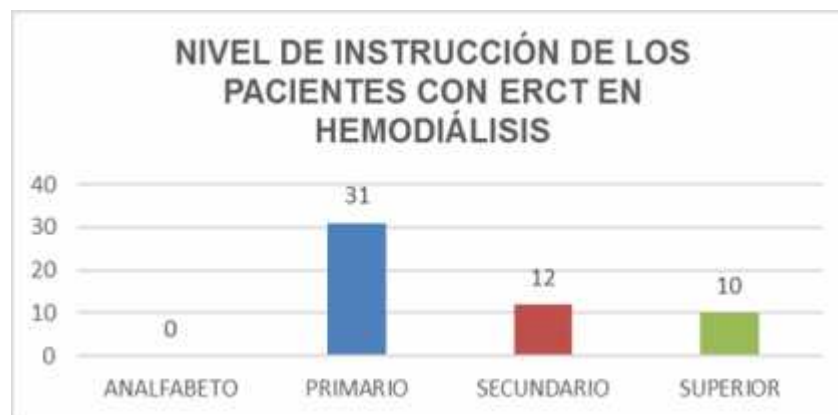
El estado civil de los pacientes con hemodiálisis hemos podido ver que 38 de ellos están casados representando un 71.70 %. Cabe resaltar de los pacientes separados lo hicieron luego de haber sido diagnosticados de ERCT, lo cual constituye un factor de riesgo importante para la salud mental de los pacientes.

TABLA Nº 5

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON ERCT EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	0	0.00
PRIMARIO	31	58.49
SECUNDARIO	12	22.64
SUPERIOR	10	18.87
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 5



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

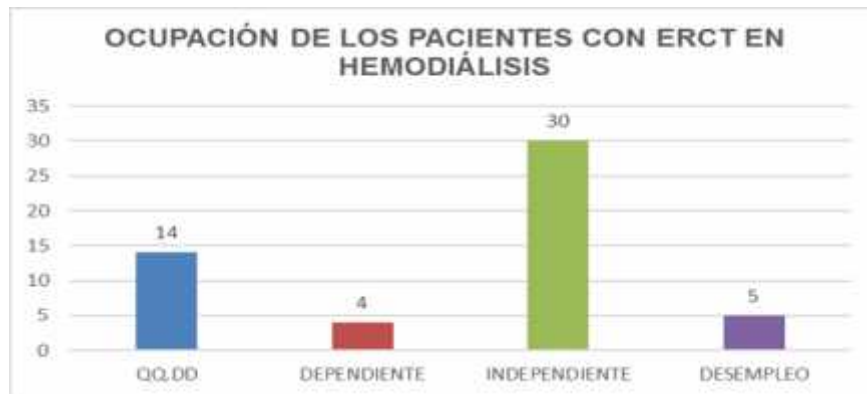
El grupo de estudio está constituido por personas en su mayoría de Instrucción Primaria representada por un 58.49% que equivale a 31 pacientes, solo el 18.87% de nivel Superior con un total de 10 pacientes, no se encontró pacientes con analfabetismo.

TABLA Nº 6

**OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ERCT EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA- LOJA**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QQ.DD	14	26.42
DEPENDIENTE	4	7.55
INDEPENDIENTE	30	56.60
DESEMPLEO	5	9.43
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº6



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

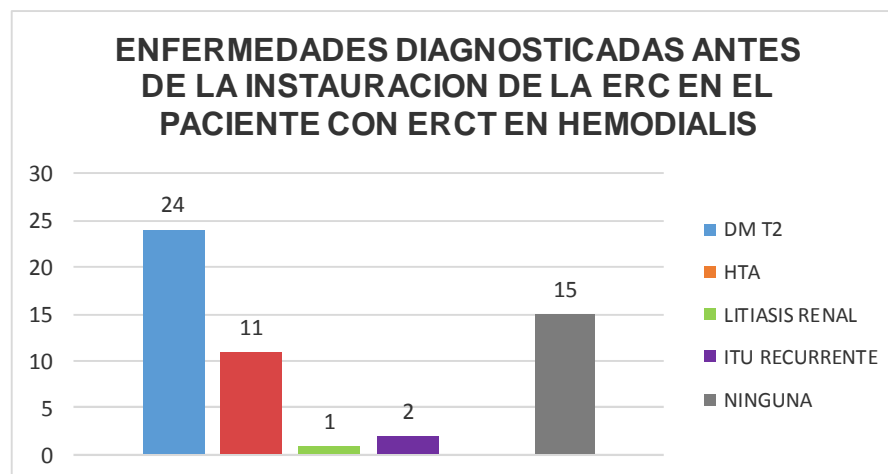
El grupo de estudios se determinó que 30 de ellos que representan 56.60 % tienen una actividad económica independiente.

TABLA Nº 7

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS ANTES DE LA INSTAURACIÓN DE LA ERC EN EL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DM T2	24	45.28
HTA	11	20.75
LITIASIS RENAL	1	1.89
ITU RECURRENTE	2	3.77
NINGUNA	15	28.30
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 7



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Los pacientes en estudio en su gran mayoría fueron diagnosticado de alguna enfermedad antes del desarrollo de la ERCT de las cuales encontramos que el 45.16% de ellos tienen Diabetes Mellitus tipo 2 con una representación de 24 pacientes. Además el 28.30% que representa a 15 pacientes, no tuvo ningún diagnóstico previo a la ERC.

TABLA Nº 8

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE HD DEL PACIENTE CON ERCT EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA – LOJA

TIEMPO DE TRATAMIENTO CON HD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-12 meses	12	22.64
12-24 meses	8	15.09
>24 meses	33	62.26
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 8



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los pacientes en HD del HRIA el 62.26% de ellos representado por 33 pacientes tienen más de 24 meses en tratamiento con HD.

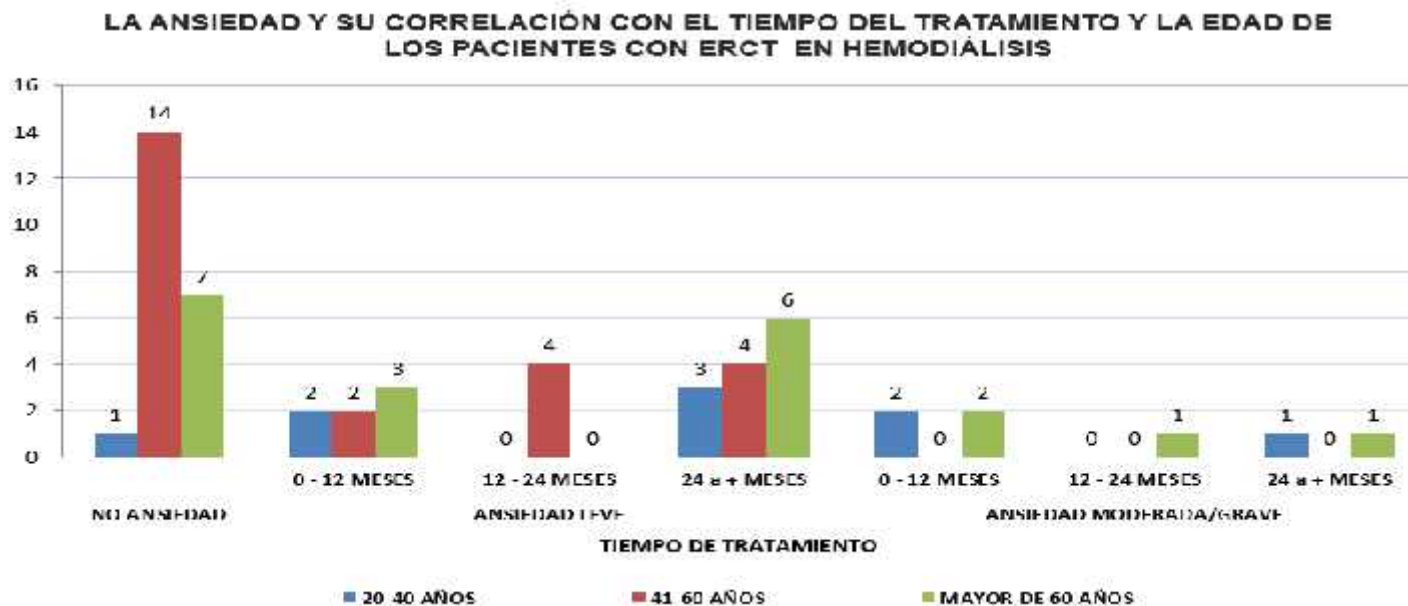
TABLA Nº 9

LA ANSIEDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON ERCT EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

	NO ANSIEDAD		ANSIEDAD LEVE						ANSIEDAD MODERADA/GRAVE						TOTAL	
			0 - 12		12 - 24		24 a +		0 - 12		12 - 24		24 a +			
EDAD	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-40 AÑOS	1	1.9%	2	3.8%	0	0.0%	3	5.7%	2	3.8%	0	0.0%	1	1.9%	9	17.0%
41-60 AÑOS	14	26.4%	2	3.8%	4	7.5%	4	7.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	45.3%
MAYOR DE 60 AÑOS	7	13.2%	3	5.7%	0	0.0%	6	11.3%	2	3.8%	1	1.9%	1	1.9%	20	37.7%
SUB TOTAL			7	13.2%	4	8%	13	24.5%	4	7.5%	1	1.9%	2	3.8%		
TOTAL	22	41.5%	24		45.3%		7		13.2%		53	100.0%				

FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
 REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

GRAFICO Nº 9



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
 REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzen

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Del grupo en estudio se pudo determinar que el 58.5% que representa a 31 pacientes tienen Ansiedad, y que ésta a su vez, es Leve en un 45.3% y que se presenta con mayor frecuencia en pacientes entre 41- 60 años con tratamiento de Hemodiálisis mayor a 24 meses.

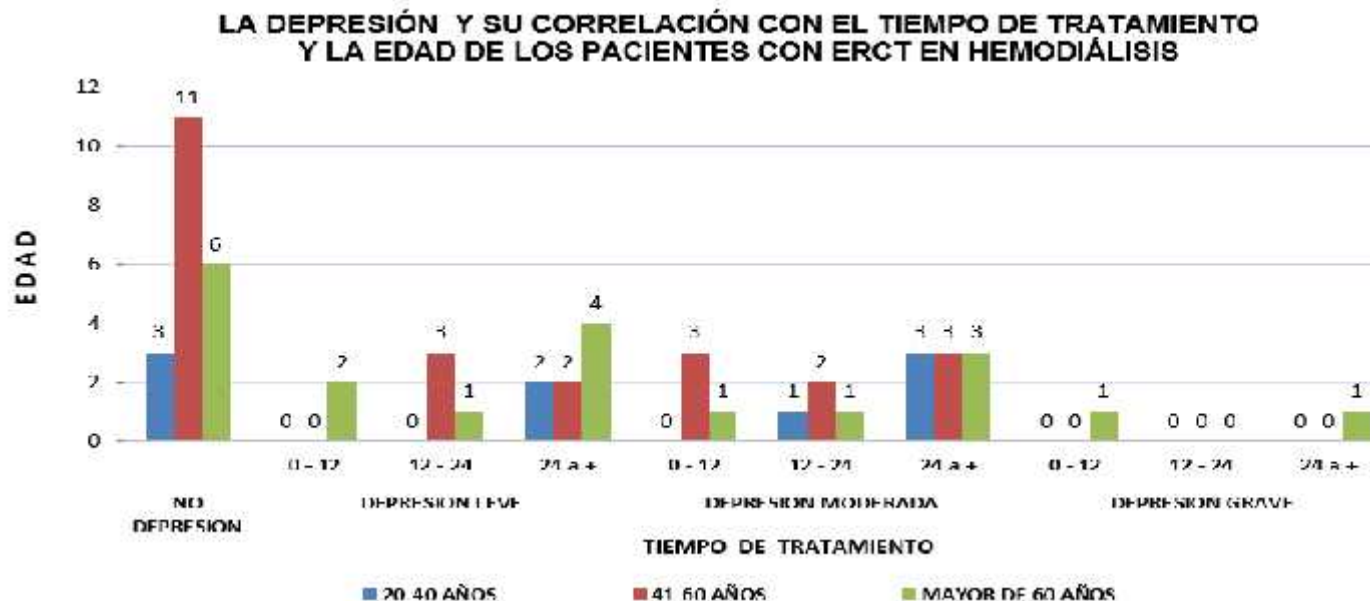
TABLA Nº 10

LA DEPRESIÓN Y SU CORRELACIÓN CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

	NO DEPRESION		DEPRESION LEVE			DEPRESION MODERADA			DEPRESION GRAVE			TOTAL		
			0-12 MESES	12-24 MESES	24 a+ MESES	0-12 MESES	12-24 MESES	24 a+ MESES	0-12 MESES	12-24 MESES	24 a+ MESES			
EDAD	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20-40 AÑOS	3	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.8%	0	0.0%	1	1.9%	3	5.7%
41-60 AÑOS	11	20.8%	0	0.0%	3	5.7%	2	3.8%	3	5.7%	2	3.8%	3	5.7%
MAYOR DE 60 AÑOS	6	11.3%	2	3.8%	1	1.9%	4	7.5%	1	1.9%	1	1.9%	3	5.7%
SUB TOTAL			2	3.8%	4	7.5%	8	15.1%	4	7.5%	4	7.5%	9	17.0%
TOTAL	20	37.7%	14		26.4%		17		32.1%		2		3.8%	
													53	100.0%

FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
 REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

GRAFICO Nº 10



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
 REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

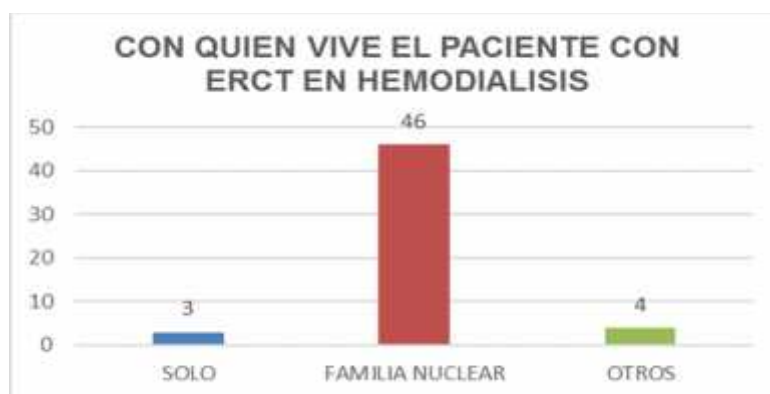
Del grupo en estudio se pudo determinar que el 62.3% que representa a 33 pacientes tienen Depresión, y que ésta a su vez es Moderada en un 32.1% y que se presenta con mayor frecuencia en pacientes entre 41- 60 años con tratamiento de Hemodiálisis mayor a 24 meses.

TABLA Nº 11

CON QUIEN VIVE EL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLO	3	5.66
FAMILIA NUCLEAR	46	86.79
OTROS	4	7.55
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 11



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Se ha determinado que el 86.79% de los pacientes que representa a 46 de ellos vive con su Familia Nuclear.

TABLA N° 12

LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DE EL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

RELACIÓN INTRAFAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	44	88.00
REGULAR	4	8.00
MALA	2	4.00
TOTAL	50	100.00

GRÁFICO N° 12



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los pacientes estudiados el 88.00 % de tiene una Buena relación intrafamiliar con un equivalente a 44 pacientes.

TABLA N^o 13

APOYO EMOCIONAL FAMILIAR EL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

APOYO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	47	88.68
NO	6	11.32
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N^o 13



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los pacientes en estudio se ha determinado que el 88.68% de ellos recibe apoyo emocional de sus familiares representando a 47 pacientes.

TABLA N° 14

TRABAJO DEL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	18.87
NO	43	81.13
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los pacientes en estudio el 81.13% de ellos NO trabajan representado a 43 de los pacientes, mientras que el 18.87 % de ellos que equivale a 10 pacientes SI lo hacen.

TABLA N° 15

**RELACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON ERCT EN
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA**

RELACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	8	80.00
REGULAR	2	20.00
MALA	0	0.00
TOTAL	10	100.00

GRÁFICO N° 15



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzen

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los 53 pacientes, 10 de ellos trabajan y se pudo determinar que el 80 % mantiene una Buena relación laboral que representa a 8 pacientes.

TABLA N° 16

EXPECTATIVA LABORAL DEL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

EXPECTATIVA LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	48.84
NO	22	51.16
TOTAL	43	100.00

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Del grupo en estudio 43 de los pacientes no tenían trabajo pero de ellos el 51.16% representado por 22 pacientes SI desea trabajar.

TABLA N° 17

**PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS EL
PACIENTE CON ERCT EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL
ISIDRO AYORA –LOJA**

INGRESOS ECONOMICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SU TRABAJO	10	18.87
DEL TRABAJO DEL CONYUGE	21	39.62
HIJOS O FAMILIARES	17	32.08
OTROS	5	9.43
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N° 30



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

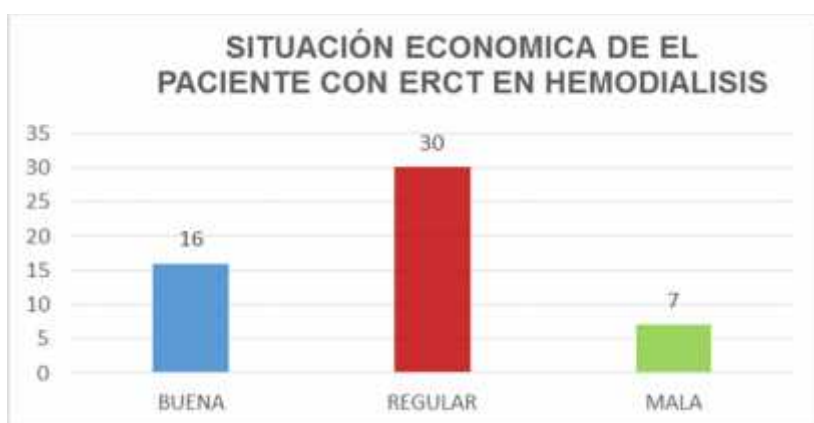
El 39.62% de los pacientes representado por 21 personas obtienen sus ingresos económicos del Trabajo de su Cónyuge, el 32.08 % que representa a 17 pacientes lo hace de aporte de sus Hijos o Familiares, el 18.87% que representa a 10 pacientes lo hace de su propio trabajo.

TABLA N° 18

SITUACIÓN ECONOMICA DE EL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

SITUACION ECONOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	16	30.19
REGULAR	30	56.60
MALA	7	13.21
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

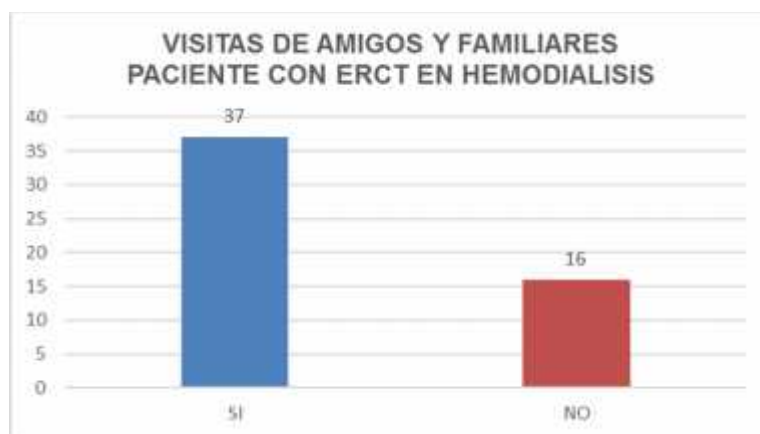
El 56.60 % de los pacientes que está representando a 30 de ellos considera que su Situación Económica es Regular, mientras que el 13.21 % de ellos que representa 7 pacientes la considera Mala.

TABLA N° 19

VISITAS DE AMIGOS Y FAMILIARES AL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

VISITAS DE AMIGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	37	69.81
NO	16	30.19
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N° 19



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

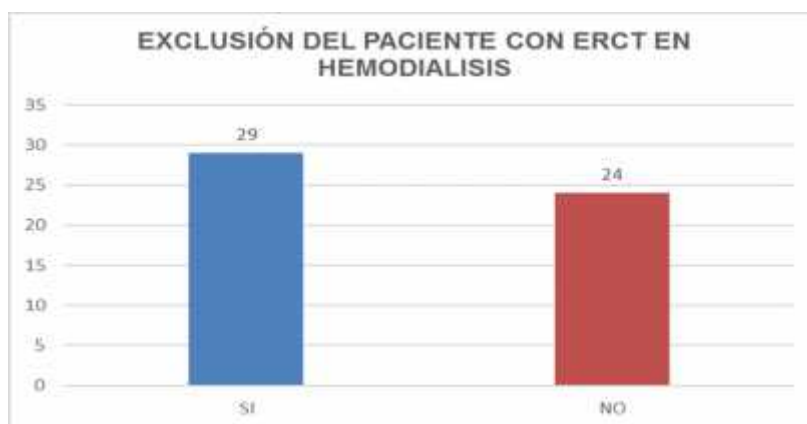
El 69.81% de los pacientes que representa a 37 de ellos SI recibe visitas constante de amigos y familiares, mientras que el 30.19 % que representa a 16 pacientes NO es visitado por sus amigos ni sus familiares.

TABLA Nº 20

EXCLUSIÓN SOCIAL DEL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

EXCLUSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	54.72
NO	24	45.28
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 20



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

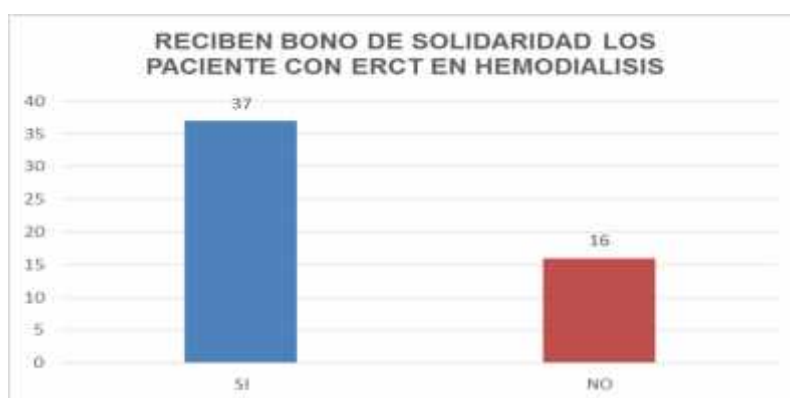
De los 53 pacientes en estudio el 54.72 % de ellos ha sido Excluido de sus grupos de amigos debido a su enfermedad representando a 29 de los pacientes.

TABLA N° 21

RECIBEN BONO DE SOLIDARIDAD LOS PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA – LOJA

BONO SOLIDARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	37	69.81
NO	16	30.19
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO N° 21



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los 53 pacientes con ERCT en HD en el HRIA el 69.81% que representa a 37 de ellos SI recibe el Bono de Solidaridad, mientras que el 30.19% que representa a 16 de los pacientes NO reciben el Bono de Seguridad.

TABLA Nª 22

**EL ESTADO SE PREOCUPA POR LA SALUD DE LOS
PACIENTES CON ERCT EN HD EN EL HOSPITAL ISIDRO
AYORA –LOJA**

APOYO DEL ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	79.25
NO	11	20.75
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nª 22



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzén

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

A los pacientes con ERCT en tratamiento de HD en el HRIA, el 79.25% que representan a 42 pacientes SI sienten que el Estado se preocupa por su bienestar.

TABLA Nº 23

SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL MSP AL PACIENTE CON ERCT EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA –LOJA

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	47	88.68
NO	6	11.32
TOTAL	53	100.00

GRÁFICO Nº 23



FUENTE: Encuesta aplicada a los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el H.R.I.A. - Loja
REALIZADO POR: Irina Milagros Guerra Adrianzen

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De la siguiente investigación se ha podido determinar que el 88.68% que representa a 47 pacientes están Satisfechos de la atención brindada por el Ministerio de Salud Pública.

7. DISCUSIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica hoy también llamada Enfermedad Renal Crónica es un proceso fisiopatológico multifactorial en el cual existe una pérdida irreversible del número y funcionamiento de las nefronas, quienes al llegar a su etapa Terminal condicionan al paciente a permanecer de forma constante en tratamiento sustitutivo renal, el mismo que en su mayoría de ocasiones es a través de la Hemodiálisis, proceso que además de sus altos costos, requiere ser realizado 2 ó 3 veces por semana en sesiones que duran aproximadamente 4 horas. Siendo así la ERCT en Tratamiento con HD una de las enfermedades más vulnerable para desarrollar enfermedades mentales, principalmente la Ansiedad y la Depresión.

De esta investigación se determinó que los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora son adultos jóvenes cuyo 45.28 % tienen entre 41-60 años de edad, de género masculino en un 52.83%, el 94.34 % son de la provincia de Loja, el 71.70% es casado, el 58.49% es de instrucción primaria; resultados que al comparar con la investigación titulada “ Calidad de vida en pacientes con Hemodiálisis, diálisis peritoneal continua, ambulatoria y automatizada” Realizada en la Ciudad de Veracruz – México el 2003, se pudo determinar que ésta población tenía las siguientes características sociodemográficas y clínicas: El intervalo de edad en años de 15 a 85 años con una media de 46 ± 16.5 , el 54.5% fueron hombres, el 73 % tuvo secundaria y más, el 65.3% fueron casados, el 48 % fueron diabéticos.

Mientras que en una investigación titulada: “Estado Nutricional e Ingesta Alimentaria de Pacientes en Hemodiálisis periódica de la Unidad de Diálisis Baxter, Quito 2010” resalta las siguientes características: las edades están comprendida entre 20 – 81 años el 58.5% es hombres, 51.2% es de nivel de instrucción secundaria, el 78% de ellos lleva menos de 10 años de tratamiento.

Encontrando así similitudes con esta investigación sobre todo en grupo etario, género, estado civil, sin embargo en nuestra investigación predomina el nivel instructivo Primario estableciéndose así como un factor de vulnerabilidad para

la no adherencia al tratamiento, y el desarrollo de enfermedad del estado de ánimo como la Ansiedad y la Depresión.

Se evidencia también que el 71.70% de los pacientes tuvo un diagnóstico previo a la ERCT, de los cuales el 45.28% tiene Diabetes Mellitus, dato preocupante no solo por coincidir con el patrón encontrado en otras investigaciones sino porque habiendo revisado previamente la parte teórica confirmamos que la principal enfermedad crónica degenerativa y causa (en la mayoría de las veces) para el desarrollo de ERCT. Así mismo el 62,26% de los pacientes tiene más de 24 meses de tratamiento de sustitución renal con HD.

Basándonos en la importancia en la que la OMS tiene para la salud mental y su estrecha relación con la salud física, en la actualidad hace un llamado a los agentes médicos a realizar estudios sobre estos temas, sin embargo son escasas las investigaciones que se han realizado lo cual es una debilidad para realizar comparaciones y discutir los resultados en diferentes grupos. Indudablemente Salud Mental involucra un sin número de enfermedades, factores clínicos, psicológicos, experiencias individuales, sociales y la interacción de los mismos; motivo por el cual habíamos mencionado ya que nos centraríamos en el estudio de la Ansiedad y la Depresión.

En esta investigación se determinó que el 58.5 % de los pacientes con ERCT en tratamiento de HD tienen con Ansiedad, y que se presenta en su forma Leve en un 45.3% misma que está correlacionada edades entre 41- 60 años y un periodo de tratamiento mayor a 24 meses; mientras que el 13.2% tiene Ansiedad Moderada/ Grave y está correlacionada a pacientes mayores de 60 años de edad y con un periodo de tratamiento entre de 0-12 meses.

Además el 62.3% presenta Depresión, y que se presenta en su forma Moderada en un 32.1%, misma que está correlacionada con edades 41-60 años y periodo de tratamiento mayor a 24 meses; La Depresión Leve está presente en el 26.4% de los pacientes y esta correlacionada a edades mayores de 60 años y periodos de tratamiento mayor a 24 meses, finalmente la Depresión Grave solo aparece en el 3.8% cuyas características son las mismas que los pacientes con Depresión Leve.

Comparando con el estudio titulado: “Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012”, realizado en la Habana, Cuba determinaron que el 39.1 % tiene Ansiedad y el 56.5 % tiene Depresión; corroboramos la existencia de Ansiedad y Depresión en los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis.

Sin embargo el estudio titulado: “Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Diálisis”, Argentina, 2008 determinó que la Ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis, el grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media (53,67 DE: 15, 83); datos que afirman los resultados encontrados en esta investigación.

Como mencionaba anteriormente, la ansiedad y depresión se ve influenciada por una serie de factores, algunos protectores y otros de riesgo. Nuestra población en su mayoría está casada lo cual representa un factor protector, que se refleja en el 88.00% que manifiesta una Buena Relación Intrafamiliar y 88.68% que recibe apoyo emocional Familiar y soporte a amigos, expresado como el 69.81 % que los visita frecuente.

De las investigaciones anteriormente expuestas para se resalta que la Depresión es mayor en pacientes sin actividad Laboral, y solteros. De los cuales se reflexiona sobre ese 81.13% que representa a los pacientes que No Es llamativo también la Dependencia económica de los pacientes ya que el 56.60% obtiene sus ingresos económicos de su cónyuge, y que a su vez y sumado a lo costos del tratamiento el 56.60% califican su situación económica como Regular.

Sin embargo hay que reconocer el apoyo que reciben por el Estado Ecuatoriano y que se hace notar a través de la atención brindada por el Ministerio de Salud (Dicho sea de paso, Gratuita) de la cual el 88.68% se encuentra Satisfecho; así como el aporte del Bono de Solidaridad que es recibido por el 69.81 % de los pacientes.

Y para finalizar quizás el principal factor de riesgo esta manifestado a través del 54.71% de los pacientes que han sido víctimas de la Exclusión Social, si bien este es un problema muy dependiente de lo cultural e instructivo, ésta es una población de instrucción primaria lo cual es más vulnerable a ser y/o sentirse excluida socialmente. De mi experiencia durante las entrevistas, los pacientes manifiestan sus experiencia de “me miran mal”, de las cuales resalta el deterioro de su aspecto físico; como consecuencia proceso de fistulización y la hiperpigmentación como consecuencia a la administración continua de Hierro como parte del tratamiento.

8. CONCLUSIONES

Del análisis y discusión del presente trabajo investigativo se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis tienen en su mayoría entre 41 -60 años de edad, son de género masculino, procedentes de la Provincia de Loja, son casados, de instrucción primaria, económicamente independientes. La gran mayoría tiene como enfermedad base la Diabetes Mellitus y el periodo de tratamiento es mayor a 24 meses.
2. Los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis tienen Ansiedad, siendo su forma más frecuente la Ansiedad Leve, misma que se correlaciona a pacientes con edades comprendidas entre 41 -60 años y un periodo de tratamiento mayor a 24 meses.
3. Los pacientes con ERCT en Tratamiento de Hemodiálisis tiene Depresión, siendo su forma más frecuente la Depresión Moderada, misma que se correlaciona a pacientes con edades comprendidas entre 41-60 años y un periodo de tratamiento mayor a 24 meses.
4. Existen factores que intervienen en el proceso de desarrollo de la Ansiedad y la Depresión de los cuales identificamos como protectores a: La convivencia con su Familia Nuclear, una Buena Relación Intrafamiliar, el Apoyo Emocional Familiar, la Buena Relación Laboral de los pacientes que trabajan, el deseo de Trabajar, la visitas frecuente de Amigos, recibir el Bono de la Solidaridad, el apoyo por el Estado y la satisfacción con la atención brindada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Identificamos como factores de riesgo: el No Trabajar, la dependencia económica, la situación económica Regular y la Exclusión Social.
5. Para mejorar la salud mental de los pacientes presente el siguiente propuesta:

PROYECTO: “VIVA FELIZ”

“Viva Feliz” es un proyecto de intervención planteando como respuesta a la problemática que afecta la salud mental de los paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora, como se ha demostrado anteriormente la Ansiedad y la Depresión son dos enfermedades que se están presentes como consecuencia de la complejidad y particularidades del tratamiento, así como la existencia de factores protectores y de riesgo , que intervienen en el desarrollo de las mismas; por lo tanto este proyecto tiene como finalidad : “ Rescatar y Potenciar los factores protectores para evitar la Ansiedad y la Depresión los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora”

OBJETIVOS:

- Concientizar a los familiares del paciente en Hemodiálisis sobre la importancia de adherencia al tratamiento y el papel de apoyo de la familia durante este proceso.
- Crear espacios de convivencia, entre el paciente y sus familiares a fin de fortalecer y mejorar la relación intrafamiliar.

ACTIVIDADES:

1. El personal Médico y de Psicología impartirá charlas dirigidas a los familiares de los pacientes, mismas que serán realizadas trimestralmente y en donde se abordaran temas especificados como:
 - Enfermedad Renal Crónica Terminal: Causas y Tratamiento de Hemodiálisis
 - Hemodiálisis: Importancia y adherencia al tratamiento

- Ansiedad y Depresión: Definición, consecuencias, y factores que intervienen en su desarrollo.
 - La Familia como soporte importante del tratamiento.
2. Se realizarán reuniones donde deben participar los pacientes y sus familiares, las mismas que serán dirigidas por Trabajo Social.
- Estas reuniones que se realizarán cada seis meses, y en las que se promoverá ambiente creativo, agradable, dinámico, solidario, y de reencuentro y regocijo familiar; así mismo el cumplimiento de actividades que fortalecerán las relaciones intrafamiliares:
- La importancia de Regalar un abrazo todos los días
 - Risoterapia
 - Bailoterapia
 - Espacio de agradecimiento por la vida.

Para promover a la asistencia de los pacientes se otorgarán Incentivos, como:

- Sorteo de 2 Canastas de víveres en cada reunión
- Sorteo de Boletos de Bus por una semana

RESULTADOS ESPERADOS:

1. El paciente y sus familiares deben estar conscientes de la importancia del cumplimiento del tratamiento y de que su salud mental puede ser afectada por la aparición de problemas como la Ansiedad y la Depresión.
2. El paciente tendrá un espacio de convivencia sana y divertida con sus familiares, misma que le permitirá fortalecer el apoyo emocional y la importancia de la buena relación intrafamiliar.

FACTIBILIDAD:

Desde el punto de Institucional y político “Viva Feliz” es factible ya que El Modelo de Atención Integral de Salud establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, establece brindar una atención integral, de calidad y con calidez, así como incentivando y promocionando la Salud Mental desde las diversas prestaciones de servicios que oferta para el paciente.

Socialmente, es factible ya que se está el proyecto tiene como finalidad rescatar y potenciar los factores protectores para evitar el desarrollo de la Ansiedad y la Depresión los pacientes con ERCT en tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora, la misma que no tiene fines de lucro, sino más bien un sentimiento de compromiso social – moral, y solidaridad con el paciente renal terminal.

Desde el punto de vista económico, el proyecto es factible ya que se ha conversado previamente con la Trabajadora Social del Departamento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora, Lic. Isabel María Armijos G.; quien muy amablemente desea realizar la gestión correspondiente para obtener los donativos para las Canasta de Víveres y los Boletos de Bus.

RECURSOS:

- Humanos:
 - Personal Médico y de Enfermería
 - Personal de Psicología, Trabajador / a Social

- Económicos:
 - Víveres
 - Boletos de Bus

- Materiales:
 - Computador, Infocus y Material de Escritorio

9. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al profesional médico la sensibilización como profesionales de la Salud para brindan atención afectiva, oportuna, adecuada e involucrada en sus sentimientos y emociones podría prevenir graves repercusiones en la salud de los pacientes.
2. Concienciar a los familiares de los pacientes con ERCT sobre los factores protectores y de riesgos para evitar el desarrollo de Ansiedad y Depresión, de modo que se potencien los protectores y se limiten los de riesgo, ya que como hemos revisado la Familia cumple un rol muy importante para la estabilidad emocional del paciente y adherencia al tratamiento.
3. Se recomienda impulsar desde las Universidades, la realización de investigaciones enfocadas a la Salud Mental, ya que la necesidad de estudiar las peculiaridades de enfermedades como la Ansiedad y la Depresión, ya que lastimosamente muchas de las veces pasan desapercibidas y pueden llegar a extremos lamentables incluyendo la autolisis.
4. Se recomienda al profesional de la Salud, Incentivar las Promociones de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, tal cual nos indica el MAIS-FCI con la finalidad de concientizar al paciente sobre de la importancia de la Salud, de mantener hábitos saludables, la No automedicación, así como también evitar que más usuarios desarrollen enfermedad o la evolución rápidamente progresiva de los mismos, como es el caso del paciente con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. HARRISON. “Principios de Medicina Interna”. Fauci, Brounwald, Kasper, Hauser Long, Jameson, Losclzo. 17^o edición Cap. 274. Nefropatía Crónica, pág. 1761-1771
2. HARRISON. “Principios de Medicina Interna”. Fauci, Brounwald, Kasper, Hauser Long, Jameson, Losclzo. 17^o edición Cap. 275. Diálisis en el tratamiento de la Insuficiencia Renal, pág. 1772-1775.
3. Revista de Nefrología, Nefrología Suplemento Extraordinario Vol. 29 N^o 5 Año 2009, Art. “Epidemiología de Insuficiencia renal Crónica” , Disponible on line en: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10082&idlangart=ES>
4. AJ COLLINS, Atkins, J Coresh, EP Cohen, KIDNEY INTERNATIONAL: *La enfermedad renal crónica es un problema mundial de salud pública: enfoques e iniciativas - una declaración de posición de la enfermedad renal Mejorar los Resultados Globales*, EE. UU., 2007
5. DIARIO LA OPINIÓN, Enfermedades Renales, un problema de Salud Pública, 2009, Ecuador: Machala.
6. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, *Proceso De Control Y Mejoramiento de la Salud Públicas – Proceso Epidemiología / Epi-2 Enfermedades Y Eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica diez primeras Causas de morbilidad por Provincias*, Ecuador, 2007, Disponible on line : <http://es.scribd.com/doc/20876528/Diez-Principales-Causas-de-Morbilidad-Ecuador-a-F1o-2007>

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencias, prácticas*. Departamento de Salud mental y abuso de sustancias en colaboración con la fundación Victorian para la Promoción de la Salud Mental (VicHelth) y la Universidad de Melbourne, ISBN 9241591595, Francia, 2004
8. KIMMEL, P. (2001). *Psychosocial Factors in Dialysis Patients*. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
9. CIDONCHA, M., Estevez, I., Marin, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Diez de Baldeon, S. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodialisis*. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_articulos.asp&buscar=&idarticulo=17&Datapageid=248&intInicio=241
10. ANDERSON. J. & LEVINE, J. (1985). *Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal*. En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal*. Madrid: Emalsa.
11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM- IV*. Barcelona: Masson.1994
12. AMELIA PÁEZ, MARCO J JOFRÉ, *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis*, Universidad de San Luis, Argentina, 2008.
13. BECH P. *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. Ed Springer-Verlag Berlin Heidelberg. New York, 1993.
14. CARROBLES JA, COSTA M, DEL SER T, BARTOLOMÉ P. *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. Promolibro. 1986.

15. AARON T. BECK , ROBERT A. STERR, GREGORY K, BROWM, *Inventario de Depresión de Beck –II*, 1996. Disponible on-line: <http://www.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/enus/Productdetail.htm?Pid=015-8018-370>
16. NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI “Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification”. *Am J Kidney Dis* 2002;39:1-266.
17. VANHOLDER R, ARGILÉS A, BURMEISTER U, BRUNET P, CLARK W, COHEN G, "Uremic toxicity: present state of the art. *Int J Artif Organs* 2001;24: 695-725
18. HERNANDO AVENDAÑO L. *Nefrología clínica*. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 2003.
19. MITCH, WE. “Malnutrition: a frequent misdiagnosis for hemodialysis patients”. *J Clin Invest* 2002;110:437-9.
20. BAHLMANN FH, DE GROOT K, HALLER H, FLISER D, “Erythropoietin: is it more than correcting anaemia? *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:20-2.
21. AMANN K, RITZ C, ADAMCZAK M, RITZ E. *Why is coronary heart disease of uremic patients so frequent and so devastating? Nephrol Dial Transplant* 2003;18:631-40
22. STENVINKEL P, PECOITS-FILHO R, LINDHOLM B. *Coronary artery disease in end-stage renal disease: no longer a simple plumbing problem. J Am Soc Nephrol* 2003;14:1927-39
23. DRA. AIDA VENADO ESTRADA, DR. JOSÉ ANDRÉS MORENO LÓPEZ, *“Insuficiencia Renal Crónica”*, Unidad de Proyectos Especiales, Universidad Nacional Autónoma De México, Disponible on line en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

- 24.R. ESCALLADA COTERO, A. FERNÁNDEZ ESCRIBANO, *“Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica”*, Hemodiálisis – Técnica, Sociedad Española de Nefrología (SEN), Páginas 15-18, Disponible on line:http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodialisis1.pdf?check_idfile=537
- 25.R. ESCALLADA COTERO, A. FERNÁNDEZ ESCRIBANO, *“Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica”*, Hemodiálisis – Indicaciones de HD, Sociedad Española de Nefrología (SEN), Páginas 36-37, Disponible on line:http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodialisis7.pdf?check_idfile=543
- 26.R. ESCALLADA COTERO, A. FERNÁNDEZ ESCRIBANO, *“Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica”*, Hemodiálisis – Accesos Vasculares, Sociedad Española de Nefrología (SEN), Páginas 33-35, Disponible on line:http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodialisis6.pdf?check_idfile=542
- 27.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Trastornos mentales debido a enfermedad médica ” ,5ta Edición, New York, Pag: 172-174
- 28.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Trastornos de Ansiedad” ,5ta Edición, New York, Pag: 177
- 29.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Trastornos de Ansiedad” ,5ta Edición, New York, Pag: 449
- 30.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Trastornos de Ansiedad” ,5ta Edición, New York, Pag: 450

- 31.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Trastornos de Ansiedad” ,5ta Edición, New York, Pag: 178
- 32.HAMILTON, M. “The assessment of anxiety states by rating”. Pub 1969; Disponible on line: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
- 33.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica,“Otros trastornos del estado de ánimo” ,5ta Edición, New York, Pag: 375
- 34.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Otros trastornos del estado de ánimo” ,5ta Edición, New York, Pag: 377
- 35.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Otros trastornos del estado de ánimo” ,5ta Edición, New York, Pag: 391-392
- 36.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Especificaciones para describir el episodio más reciente” ,5ta Edición, New York, Pag: 391-393
- 37.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Otros trastornos del estado de ánimo” ,5ta Edición, New York, Pag: 378
- 38.Guías de Práctica Clínica del SNS, “Definición, Diagnostico clínico y criterios diagnóstico de la Depresión” Disponible on line en : http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado04/apartado04.pdf
- 39.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “Medicina Psicósomática”, 5ta edición, New York, pág 262.
- 40.KAPLAN & SADOCK, Manual De Psiquiatría Clínica, “factores psicológicos que facetan al estado físico” , 5ta edición, New York

41. ROBERT E. HALES, M.D., Tratado de Psiquiatría "Factores Psicológicos que afectan al estado físico", 2da Edición, Editorial Ancora S.A., Capítulo 15, Pág. 615 -617

42. MASSON, DSM-IV , Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, "Trastornos de Ansiedad", Pág 449 -451

11. ANEXOS



ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARACTERÍSTICAS

SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

COD: -----

- EDAD:
 - 20 - 30 ()
 - 31 - 40 ()
 - 41 - 50 ()
 - 51 - 60 ()
 - Mayores de 60 ()
- GÉNERO:
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- ÉTNIA:
 - Indígena ()
 - Afro- ecuatoriana ()
 - Mestiza ()

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. ¿Había sido ud. antes diagnosticado de alguna enfermedad como éstas?
Señale cual o cuales.
Si () No ()
 - Diabetes Mellitus ()
 - Hipertensión Arterial ()
 - Litiasis Renales ()
 - Infecciones Urinarias Recurrentes ()
 - Glomerulonefritis ()
2. ¿Desde cuándo le diagnosticaron IRCT?
 - 0 - 6 meses ()
 - 6 a 12 meses ()
 - 12 a 24 meses ()
 - Más de 24 meses ()

• LUGAR DE PROCEDENCIA:

• LUGAR DE RESIDENCIA:

- ESTADO CIVIL:
 - Unido(a) ()
 - Soltero(a) ()
 - Casado(a) ()
 - Divorciado(a) ()
 - Separado(a) ()
 - Viudo(a) ()

- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
 - Analfabetismo ()
 - Primario ()
 - Secundario ()
 - Superior ()

- OCUPACIÓN:
 - Ama de Casa ()
 - Dependiente ()
 - Independiente ()
 - Desempleado ()

3. ¿Desde cuándo se realiza la hemodiálisis?
 - 0 a 5 meses ()
 - 6 a 12 meses ()
 - 12 a 24 meses ()
 - Más de 24 meses ()

4. ¿Vía de Acceso Vascular?
Catéter () Fístula ()

5. ¿Cuántas veces a la semana acude a la hemodiálisis?
 - Una ()
 - Dos ()
 - Tres ()
 - Cuatro ()

FACTORES PREDISPONENTES

Relaciones Familiares

6. ¿Con quién vive actualmente?
Sólo ()
Familia Nuclear ()
Con otros Familiares (),
Especifique:

7. ¿Cómo califica la relación con las personas con las que vive?
Excelente ()
Buena ()
Regular ()
Mala ()

8. ¿Recibe apoyo psicoemocional de su familia?
SI () NO ()
()

Relaciones Laborales

9. ¿Trabaja Actualmente?
SI () NO ()

10. Si su respuesta es SI, ¿Cómo se siente en su trabajo?
Excelente ()
Buena ()
Regular ()
Mala ()

11. Si su respuesta es NO
¿Desearía ud. tener un trabajo en este momento?
SI () NO ()

Situación Económica

12. ¿De dónde obtiene sus ingresos económicos?
Su trabajo ()
Del trabajo del conyuge ()
De sus hijos y o familiares ()
Otros ()

13. ¿Cómo considera ud. Su situación económica?
Excelente ()
Buena ()
Regular ()
Mala ()

Relaciones de Amigos

14. ¿Recibe Ud. visitas constantemente de amigos y familiares?
SI () NO ()

15. ¿Se ha sentido alguna vez excluido del grupo de amigos por su enfermedad?
SI () NO ()

Apoyo Social

16. ¿Recibe Bono de la Solidaridad?
SI () NO ()

17. ¿Siente Ud. que el Estado se preocupa por su bienestar?
SI () NO ()

18. ¿Cómo se siente con la atención brindada por el MSP?
Muy Satisfecho ()
Ligeramente Satisfecho ()
Ligeramente insatisfecho ()
Muy insatisfecho ()

Gracias por su Colaboración

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Irina Milagros Guerra Adrianzén, en calidad de estudiante de Medicina de la Universidad Nacional de Loja "UNL", me encuentro realizando la tesis de graduación, por lo que necesito la recolección de datos personales de los pacientes que se encuentran actualmente en el centro de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora, y me comprometo en:

1. Usar la información solo con fines académicos.
2. No revelar los nombres de los pacientes examinados.
3. No hacer pública la información personal.

Además es mi deber informarles que:

1. Nadie está obligado a participar en las evaluaciones que necesite para obtener datos.
2. En cualquier momento de la investigación el paciente puede negarse a participar
3. No recibirá compensación económica por su participación en este estudio.

Habiendo recibido información y entendido todas las explicaciones pertinentes yo..... Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas planteadas.

Toda la información que proporcione será confidencial y sólo será conocida por personas que trabajan en este estudio, así se llegara a publicar este estudio mi identidad no será revelada.

Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio y todas ellas fueron respondidas satisfactoriamente. Yo he leído esta hoja y la entiendo. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma del paciente:

ANEXO N°3

ESCALA DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones , anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual(cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. 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
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho. Latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. 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

12.Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13.Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, pilo erección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14.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: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

MODO DE APLICACIÓN:

Identificar en cada ítem el síntoma más problemático. Determinar para ese síntoma:

Gravedad:

- 1= Leve de poca importancia
- 2= Moderada y alteraciones
- 3= Alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto.
- 4= El peor síntoma nunca padecido.

Tiempo / Frecuencia:

- 1= Con poca frecuencia, Cortos periodos de tiempo
- 2= Parte del día o menos de la mitad de los días
- 3= Gran parte del día, durante la mayoría de días
- 4= Ocurre casi todo el tiempo.

Incapacidad / disfunción

- 1= Conciencia de los síntomas, pero sin interferencia e actividades normales.
- 2= Interfieren alguna actividad.
- 3= Interfieren gravemente las actividades sociales, familiares, laborales.
- 4= Incapacidad para realizar (o llevar a evitar) actividades en 2 o más áreas anteriores.

Se calcula la media de gravedad y tiempo /frecuencia y se redondea con la incapacidad.

INTERPRETACIÓN: Proporciona una medida global de la ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0 – 5: No ansiedad
- 6 -14: Ansiedad Leve
- ≥ 15: Ansiedad Moderada/ Grave

ANEXO N°4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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

2) .

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

3) .

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

4) .

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

5) .

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

6) .

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

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

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

9) .

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

10) .

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

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

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

16) .

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

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

INTERPRETACIÓN:

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de Depresión

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: > 30 puntos

ANEXO Nº 5

- **RECURSOS MATERIALES:**

MATERIALES	COSTOS
Instrumentos de papelería	\$ 200.00
Impresiones	\$ 100.00
Internet	\$30.00
Gastos varios	\$50.00
TOTAL	\$ 380.00

ANEXO Nº 6

- **CRONOGRAMA**

ACTIVIDAD	FEB 2013	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	SEP 2014	OCT 2014
Diseño y Elaboración del proyecto de Tesis	X							
Aprobación del Proyecto	X							
Recolección de la Información		X	X	X	X	X		
Tabulación y análisis							X	
Entrega del informe								X
Correcciones								X
Designación del Tribunal								X
Disertación de la tesis								X

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TÍTULO.....	7
2. RESUMEN	8
2.1 ABSTRACT.....	9
3. INTRODUCCIÓN.....	10
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
<u>CAPITULO I</u>	13
4.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	13
4.1.1. DEFINICION	13
4.1.2. ETIOLOGÍA.....	14
4.1.3. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	14
4.1.4. FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	15
4.1.5. ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	16
4.1.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	17
4.1.7. DIAGNÓSTICO.....	18
<u>CAPITULO II</u>	19
4.2 HEMODIALISIS	19
4.2.1. DEFINICIÓN	19
4.2.2. TÉCNICA.....	19
4.2.3. INDICACIONES DE LA HEMODIÁLISIS	19
4.2.4. ACCESOS VASCULARES	21
4.2.5. ASPECTOS GENERALES DE CUIDADO DEL ACCESO ARTERIAL VENOSO	21
4.2.6. COMPLICACIONES	21

<u>CAPITULO III</u>	24
4.3 TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA	24
4.3.1. DEFINICIÓN	24
4.3.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS	25
4.3.3. PROCEDIMIENTO DE TIPIFICACIÓN	27
4.3.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
<u>CAPITULO IV</u>	30
4.4 TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA ..	30
4.4.1. DEFINICIÓN	30
4.4.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS:	30
4.4.3. ESPECIFICACIONES	31
4.4.4. PROCEDIMIENTO DE TIPIFICACIÓN	31
4.4.5. ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS	32
4.4.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	32
<u>CAPITULO V</u>	35
4.5 TRASTORNOS DEL ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA	35
4.5.1. DEFINICIÓN	35
4.5.2. SUBTIPOS.....	36
4.5.3. ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS	37
4.5.4. PREVALENCIA.....	37
4.5.5. CUADRO CLÍNICO:.....	37
4.5.6. DIAGNÓSTICO.....	40
4.5.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	43
<u>CAPITULO VI</u>	45
4.6 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO.....	45
4.6.1. GENERALIDADES.....	45
4.6.2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y ENFERMEDADES ENDOCRINAS	48
4.6.3. ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL.....	48
5. MATERIALES Y MÉTODOS	53
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	53
5.3. VARIABLES, DEFINICIÓN, Y OPERACIONALIZACIÓN	53
5.4. UNIVERSO Y MUESTRA:	53

5.5. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
5.6. PLAN DE TABULACION DE ANALISIS	58
6. RESULTADOS.....	60
7. DISCUSIÓN.....	85
8. CONCLUSIONES.....	89
9. RECOMENDACIONES	93
10. BIBLIOGRAFÍA.....	94
11. ANEXOS.....	100
INDICE DE CONTENIDOS	111