



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ANGUSTIA Y DEPRESION EN PACIENTES SOMETIDOS AL PROGRAMA DE HEMODIALISIS”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: J. CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ

No. CTA. 9312309-9

[Firma manuscrita]

DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA MA. CRISTINA MÜGGENBURG R. V.



MEXICO; D. F.

SEPTIEMBRE DEL 2000

2000/09



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**“ FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ANGUSTIA Y
DEPRESION EN PACIENTES SOMETIDOS AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS”**

**PRESENTA
J. CAROLINA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

No. Cta. 9312309-9

**DIRECTORA DE TESIS:
MAESTRA MA. CRISTINA MÜGGENBURG R.V.**

México, Septiembre 2000.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme la oportunidad de vivir y salir adelante

A MIS PADRES:

Por haberme brindado su apoyo incondicional durante toda la carrera y para la realización del presente trabajo.

A MIS HERMANAS:

Por su apoyo durante mi carrera y la realización de la tesis

A LA ESCUELA:

Por brindarme la oportunidad de aprender mi profesión

A MI ASESORA:

Por su tiempo, ayuda y asesoría tan acertada para realizar con éxito la presente investigación

A MIS AMIGAS:

Por su compañía y apoyo durante toda la carrera y en la realización del presente trabajo

A LA COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

Por la asesoría y ayuda brindada durante el desarrollo de la investigación

ORACIÓN DE LA ENFERMERA

**Señor, tú que sabes mi deber de asistir
a los enfermos, haz que yo les sirva
no solamente con las manos, sino también
con el corazón; haz que yo los cuide.**

**Señor, tú, que has tenido piedad para todo
humano sufrimiento, haz fuerte mi espíritu,
seguro mi brazo, al cuidar a los enfermos
auxiliar a los heridos, animar a los angustiados,
pero conserva sensible mi alma al
dolor ajeno, delicada mi palabra, dulce mi trato,
paciente mi guardia.**

**Señor, tú, que has creado la naturaleza humana
compuesta de alma y cuerpo, infúndeme
respeto por la una y por el otro, enséñame a
consolar el alma afligida curando el cuerpo
enfermo. Amén.**

DEDICATORIA:

La presente tesis la dedico a:

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANAS

A MI ASESORA

A LA COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

A MIS AMIGAS

INDICE

PÁG.

INTRODUCCIÓN

1. ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivos	5
General	
Específicos	

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Insuficiencia Renal Crónica	7
Los riñones, filtros de la vida	7
Concepto	7
Etiología	8
Epidemiología	9
Fisiopatología	9
Diagnóstico	12
Tratamiento	13
Tratamiento oportuno	13
Tratamiento tardío	14
2.2 Alteraciones psicológicas en el paciente con IRC en programa de hemodiálisis.	
Depresión	16
Angustia	19
Reacciones del Paciente asociadas a la enfermedad: Etapas de duelo	20
Alternativas para la depresión y angustia	20
2.3 Enfermería ante el paciente renal	
Teorías y modelos de enfermería: Henderson	22
Enfermería en la unidad de hemodiálisis: Un apoyo psicológico	23

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación	25
3.2 Población de estudio	25
3.3 Tipo y tamaño de la muestra	25
3.4 Criterios de selección	25
Inclusión	
Exclusión	
3.5 Definición y operacionalización de las variables	25
3.6 Recolección de datos	29
3.7 Procesamiento de datos	30

4. RESULTADOS	
4.1 Descripción de resultados	31
4.2 Discusión	37
5. CONCLUSIONES	43
6. PROPUESTA	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Cuadros y gráficas	
Cuestionario	
Escala de Hamilton	
Escala de Beck	

INTRODUCCIÓN

En toda enfermedad crónica degenerativa se dañan de manera irreversible órganos y sistemas que provocan en el individuo diversas y múltiples alteraciones en las tres esferas del ser humano: la biológica, la psicológica y la social.

La Insuficiencia Renal, forma parte de estas enfermedades. Es la incapacidad de los riñones para realizar sus funciones normales, se caracteriza por una disminución lenta, progresiva e irreversible de la filtración glomerular, conduciendo al síndrome urémico y lesionando varios sistemas tales como el sistema eritropoyético, el árbol vascular y el esqueleto óseo.

La insuficiencia renal se ha convertido en un problema de salud, es la sexta causa de hospitalización en el IMSS, con una prevalencia de 100 casos por cada millón de habitantes al año, y de los cuales el 5 % se encuentran en algún programa de hemodiálisis.

La hemodiálisis es una alternativa de tratamiento que sustituye la función renal, corrige los desequilibrios hidroelectrolíticos, retira del organismo los desechos metabólicos, restaura el equilibrio ácido-base de la sangre a través de tres principios: La difusión, la osmosis y la ultrafiltración.

Tanto la enfermedad como el tratamiento de hemodiálisis, provocan un impacto psicológico en el individuo y su familia, las funciones normales están alteradas, se hacen presentes sentimientos de frustración y de miedo a morir por un concepto de vida corta, se ven afectados por diferentes cargas emotivas que disminuyen el autoestima y afecta a sus relaciones sociales y productivas.

Las cargas emotivas que se presentan generalmente son la angustia y la depresión. La depresión afecta a un 70% de la población que se encuentra en un programa de hemodiálisis, se crean diversos sentimientos como tristeza, vergüenza, inferioridad, culpa y un intenso remordimiento por constituir una carga económica y afectiva, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida. La angustia es la segunda carga emotiva que se presenta en el paciente renal como respuesta a una amenaza biológica.

Ante ésta problemática, enfermería juega un papel importante, debe satisfacer las necesidades del paciente, dichas necesidades pueden ser satisfechas a partir de diversas teorías de enfermería, de las cuales la teoría de Virginia Henderson sería las mas recomendable, ya propone la satisfacción de necesidades que el paciente requiere y que le ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida, además de que su enfoque hacia el paciente es a partir del holismo.

Enfermería podría identificar factores de riesgo que condicionan la depresión y angustia para incidir en éstos, y proporcionar una mejor atención al paciente renal. Con el fin de identificar los factores de riesgo psicosociales que influyen para la

presencia de ambas alteraciones en los pacientes sometidos al tratamiento de hemodiálisis se elaboró la presente tesis, en la cual, una pasante en su servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, es la autora principal, aplicó aparte de un cuestionario, dos escalas psicológicas para determinar la presencia de angustia y depresión evaluadas y valoradas por un especialista (psiquiatra), en las cuales se establecieron puntos de corte. Una vez obtenida la prevalencia y la frecuencia de las alteraciones psicológicas, se correlacionaron múltiples variables que representan los factores de riesgo. La investigación se realizó en la población derecho-habiente del IMSS, en tres hospitales de la institución.

1. ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad con efectos devastadores en la población económicamente activa y en los últimos años se ha denotado un aumento en la frecuencia y magnitud de la enfermedad. La prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica en la población es grande y muchas veces ésta provoca múltiples trastornos emocionales entre los cuales la depresión y angustia se presentan en primer lugar, y afectan directamente a la vida del paciente, tanto en la calidad como en la vida de los familiares.

La presencia de estos trastornos emocionales ha ido en aumento, casi un 70% de los pacientes que se encuentran en el programa de hemodiálisis los presentan. Esto relacionado con la falta de apoyo emocional por parte del personal de la unidad de diálisis (enfermería), la familia y otros factores de riesgo relacionados.

Si estos trastornos no son detectados a tiempo pueden volverse patológicos y ser necesario emplear un tratamiento psiquiátrico, el cual proporciona un beneficio para el paciente pero que puede alterar más al individuo por el bombardeo de cuidados y la necesidad de los medicamentos para sentirse mejor y mantenerse vivo, y comience a declinar el tratamiento dialítico. Por ello es importante identificar factores de riesgo que se asocien con la presencia de estas alteraciones.

Al ser identificados los factores de riesgo, el personal de enfermería puede incidir directamente sobre estos factores de riesgo identificados para prevenir la presencia de depresión y angustia, mejorando la adaptación a la enfermedad, al tratamiento y mejorar la calidad de vida, la autoestima del paciente hemodializado y la de sus familiares, y cubrir así las necesidades del individuo.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta a cualquier edad, es la complicación más común de enfermedades sistémicas como la diabetes o la hipertensión. Esta patología, por su alto costo económico se ha convertido en un problema de salud en el mundo y en nuestro país. La prevalencia es de 100/millón/año, con una incidencia de 4 a 8 mil casos nuevos por año. Aproximadamente el 90% de los urémicos están en algún programa de diálisis: 70% en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, 5% en Hemodiálisis, 30% en Diálisis Peritoneal Intermittente y 5% para trasplante renal.

El impacto de la HD y el estrés del tratamiento pueden destruir el ego y causar tensión mental importante al paciente y su familia, ya que su vida se parte y se reestructura nuevamente para poder adaptarse a las limitantes de la enfermedad que se ven afectadas por diferentes cargas emotivas. Estas cargas se ven representadas, en primer lugar, por la depresión seguida de la angustia.

La depresión es la manifestación psicológica más común en pacientes con hemodiálisis, se refiere que un 70% de los pacientes presentan esta alteración psíquica. La angustia es la segunda alteración. Estas, provocan en el paciente una variedad de sentimientos que se ven interrelacionados con su calidad de vida, con sus relaciones interpersonales, con el propio tratamiento de Hemodiálisis HD y el régimen médico.

La presencia de la depresión y la angustia puede asociarse a diversos factores de riesgo sociodemográficos e influencias ambientales, por alteración de rasgos de personalidad y factores socioeconómicos, a parte de la asociación con la enfermedad crónica que padece actualmente el paciente y el tipo de tratamiento que esta recibiendo. Por todo lo anterior surge el siguiente planteamiento:

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales asociados con la presencia de angustia y depresión en el paciente sometido al tratamiento de hemodiálisis en la población derechohabiente del IMSS.

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo psicosociales asociados para la presencia de angustia y depresión en los pacientes sometidos al programa de hemodiálisis, en la población derechohabiente del IMSS en la ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de depresión y angustia en pacientes sometidos a HD.

Determinar la prevalencia de depresión y angustia en pacientes sometidos a HD por edad y sexo.

Determinar si a mayor edad mayor riesgo de presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si el ser varón implica mayor riesgo de presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si los pensionados o jubilados presentan mayor riesgo de presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si los viudos o solteros presentan mayor riesgo de presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si la menor escolaridad es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si el fumar es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si el tomar bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si a mayor edad de diagnóstico de la enfermedad es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si un mayor tiempo de tratamiento de HD es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si profesar cualquier creencia religiosa es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si la mala calidad de atención por parte del personal de enfermería es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si la presencia de antecedentes familiares de depresión y angustia es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

Determinar si la presencia de otras patologías es un factor de riesgo para presentar angustia y depresión en pacientes sometidos a HD.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

LOS RIÑONES, FILTROS DE LA VIDA

El ser humano esta conformado de diversos órganos y sistemas, los cuales realizan múltiples funciones para que el organismo este equilibrado (homostasia). Unos de estos órganos importantes son los riñones. Los riñones expulsan las sustancias de desecho y el exceso de sales que no necesita la sangre, regulan el equilibrio de los líquidos del cuerpo, mantienen el nivel normal de calcio y fósforo, intervienen en la formación de glóbulos rojos y desempeñan un papel fundamental en el control de la presión arterial, entre otras funciones.

Por ser el cuerpo humano un organismo totalmente interrelacionado, el mal funcionamiento de los riñones afecta a todo el sistema. Por lo que, es indispensable impedir que se lleguen a dañar de manera irreversible estos pequeños órganos que miden aproximadamente 12 cm de largo por 7 cm. de ancho, tienen forma de frijol, pesan entre 130 a 150 gr. y se encuentran a ambos lados de la columna vertebral, por arriba de la cintura.⁽¹⁾ Están formados por unidades básicas llamadas néfronas que funcionan como una especie de filtro de la sangre. Después de que la sangre ha sido filtrada, los riñones ajustan la composición y concentración de la orina. Cada día, los riñones filtran cerca de 180 litros de sangre y producen de 1 a 3 litros de orina⁽¹⁾. Cuando se presenta un mal funcionamiento renal y este filtro se deteriora se acumulan sustancias dañinas y se pierden sustancias útiles para el cuerpo tales como calcio y fósforo. Los riñones sanos eliminan a través de la orina las sustancias que dañan, mientras que los riñones enfermos retienen estas sustancias tóxicas.

Descuidar los riñones puede ser fatal, esto órganos, realizan una gran variedad de funciones que se relacionan con la salud de todo el organismo; por ello las enfermedades renales son peligrosas. Existen enfermedades adquiridas o heredadas que afectan a los riñones, y con el tiempo causan Insuficiencia Renal (IR).

CONCEPTO

La IR es la incapacidad de los riñones para realizar sus funciones normales. Las enfermedades renales se clasifican en: La Insuficiencia Renal Aguda (IRA): Es una disminución rápida de la función renal que ocurre de horas a días, puede ser producida por accidentes, cirugía, exposición a agentes químicos o medicamentos que dañan el riñón. Si la IRA se atiende oportuna y adecuadamente, se puede recuperar toda la función renal.⁽¹⁾

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la incapacidad del riñón para efectuar su función normal⁽²⁾, se caracteriza por una disminución progresiva e irreversible⁽¹⁾ de

la tasa de filtración glomerular⁽³⁾ que condiciona a un estado urémico, por falta de eliminación de desechos tóxicos de la sangre tales como urea, creatinina, ácido úrico; lo que afecta a todo el organismo.⁽¹⁾

Puesto que en todos los pacientes la filtración glomerular se reduce cerca de un tercio de lo normal (<30-40ml/min y creatinina sérica >2.5ml/dl), la IR se desarrolla y conduce lentamente en periodos de 20 a 30 años, al síndrome urémico y a la IRC.⁽⁴⁾ Se lesiona inexorablemente el parénquima renal hasta disminuir su función a cero. Se lesionan múltiples sistemas, entre otros el eritropoyético, el árbol vascular y el esqueleto óseo, lo que conduce a Hipertensión Arterial (HTA), anemia, osteodistrofia y edema. Las repercusiones multisistémicas de la IRC llevan al enfermo a un estado de suma gravedad y pueden ocasionar su muerte por complicaciones cardíacas, electrolíticas, desequilibrio ácido-base, pulmonares o neurológicas.⁽⁵⁾

ETIOLOGIA

La IRC se puede producir como consecuencia de múltiples afecciones y mecanismos, ya sean inmunológicos primarios o secundarios a enfermedades sistémicas, por alteraciones vasculares, metabólicas, hereditarias, congénitas y obstructivas. Mac Gregor y Pérez Otero^(2,4) clasificaron las diversas causas de la IRC por grupos etiológicos:

1. Glomerulonefritis proliferativa focal, proliferativa difusa, membrana proliferativa I y II, glomérulo esclerosis focal, segmentaria y membranosa de Bergeró por IgA.
2. Enfermedades sistémicas con glomerulonefritis: Púrpura de Henoch-Schonlein, poliartritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, granulomatosis de Wegener, y síndrome de Goodpasture.
3. Nefritis túbulo intersticial.
4. Enfermedad vascular renal: Nefroesclerosis, nefroangioesclerosis, obstrucción de la arteria renal, trombosis de la vena renal, esclerodermia, diabetes mellitus.
5. Causas metabólicas: Diabetes, gota, hipercalcemia, hiperoxaluria, cistinosis, enfermedad de Fabry.
6. Nefrotóxica: Nefropatía por analgésicos o por metales pesados.
7. Congénitas y hereditarias: Enfermedad poliquística, síndrome de Alport, riñones displásicos, cistanuria, hiperoxaluria.
8. Disproteinemia: Microma, amiloidosis, crioglobulinemia, macroglobulinemia.
9. Uropatía obstructiva: Hipertrofia prostática, vejiga neurogénica, reflujo vesicouretral, litiasis, valvas uretrales o estenosis, fibrosis retroperitoneal, ligadura de ureteros.
10. Causas diversas: Radiación, tuberculosis, pielonefritis crónica, sarcoidosis, hemoglobinopatía por células falciformes, nefropatía de Balcanas, dermatomiositis y nefropatía colágena.

En un estudio que se realizó en el Hospital de Ticomán de 1988 a 1994 en 219 pacientes que ingresaron con IRC (11.8% del total de ingresos al servicio de medicina interna), la nefropatía diabética fue la principal causa desencadenante de

IRC con 61.18%, seguida de HTA sistémica con 16% y glomerulonefritis con 3.2%, siendo éstas, las mismas causas de mortalidad.⁽⁶⁾ Estrada (1996) en su estudio, encontró datos similares.⁽⁷⁾

EPIDEMIOLOGIA

La IRC es un síndrome que por su alto costo económico se ha convertido en un problema de salud en el mundo y en nuestro país. En la última década se ha registrado un incremento importante en el número de pacientes con IRC que inician un tratamiento regular con diálisis a nivel mundial, en promedio 83 casos nuevos por millón de habitantes por año, con rango de 51 en Europa a 181 en Japón.

En Estados Unidos se duplica esta incidencia entre 1981 a 1990, en este año el 59% de la población recibían tratamiento con hemodiálisis (HD), el 27.5% trasplante renal (TR) y el 11% con diálisis peritoneal (DP)⁽⁷⁾. Según Benett, más de 165 000 pacientes fueron tratados por IRC. La prevalencia en 1997 fue solo de 45 000 pacientes⁽³⁾. La estadística mundial reveló 357 000 pacientes con HD y 58 100 en DP⁽⁸⁾. Siendo en EU 962 en DP y 160 000 pacientes registrados con IRC con un costo anual de 6 billones de dólares.⁽⁹⁾

En México, según Rodríguez y Treviño, la prevalencia es de 100/millón/año, de los cuales 12 mil están en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) para 1992.⁽⁹⁾ La incidencia se estima en 4 a 8 mil casos nuevos año.⁽⁴⁻⁵⁾

Es importante mencionar que la IRC es la sexta causa de hospitalización en el IMSS, en hospitales de especialidad representa la segunda. Solo existen 63 especialistas para 18 millones de habitantes, es decir, 0.35 nefrólogos para cada 100,000 habitantes. Existen 300 aparatos (riñones artificiales), un riñón para cada 130 urémicos, para 6 pacientes por día.⁽⁵⁾

Según un estudio realizado en Baja California (Estrada, 1996) se informa que de un total de 67 pacientes 46 estaban con DPCA, 3 en Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), 7 en HD y 11 para TR.⁽⁷⁾

Llamas Hernández, realizó un estudio en 13 ciudades de la República Mexicana en 1993, captó un total de 2879 pacientes, de los cuales 284 están en HD y 2595 en DP para representar el 10 y el 90 % respectivamente.⁽⁵⁾

FISIOPATOLOGIA

La historia de la IRC se caracteriza por un deterioro renal progresivo e irreversible hasta que la filtración glomerular disminuye a menos de 15 ml/min.⁽²⁾

Se ha propuesto que cambios hemodinámicos de hiperfiltración glomerular modulan la progresión de la IRC como respuesta a la reducción del número de nefrones funcionantes debido a una enfermedad renal. El aumento de la filtración

glomerular por nefrón se debe a un aumento en el flujo plasmático en el capilar glomerular y al aumento de la presión hidráulica en el capilar glomerular por cambios en las resistencias de las arteriolas aferentes y eferentes del glomérulo. El aumento de la presión capilar glomerular se correlaciona con el desarrollo de glomeruloesclerosis, especialmente cuando se asocia de hipertrofia glomerular capilar. El estiramiento de células mesangiales estimula la formación de matriz mesangial con aumento de la síntesis de colágeno tipo I y IV, fibronectina y laminina.⁽⁴⁾

Una vez establecido el daño renal independientemente de su causa, la función de los riñones se va deteriorando incluso cuando la falla primaria haya sido controlada o corregida. Esta progresión varía dependiendo de la edad del paciente, de enfermedades agregadas o factores hereditarios, factores dietéticos como el consumo alto de proteínas, calorías, fosfato y colesterol, factores hemodinámicos, factores de coagulación y plaquetario.

Cuando la pérdida de la función renal se presenta, empiezan algunos cambios clínicos y bioquímicos como retención leve de azoados en sangre, tendencia a la anemia e hipertensión arterial, poliuria y nicturia como consecuencia de la disminución de la capacidad de concentrar la orina. La hipertrigliceridemia y los trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono se pueden manifestar a partir de esta etapa. Los riñones controlan la concentración de solutos y el volumen de agua del organismo, esta función se conserva a pesar de que el filtrado glomerular es menor de 20 o incluso 10% y esto gracias a la capacidad compensadora de las néfronas aun funcionantes. Esta acción compensadora permite que las concentraciones séricas de potasio se eleven. El aumento de secreción de aldosterona y las pérdidas gastrointestinales de potasio contribuyen a este equilibrio. Otro mecanismo de función renal se relaciona con el balance de sodio. Cuando disminuye la filtración glomerular también disminuye la carga de sodio filtrado, pero la fracción de excreción de sodio aumenta de 1 al 25%.

El síndrome urémico tiene efectos tóxicos que se manifiestan por anorexia, náusea, vómito, debilidad, prurito y tendencia al sangrado, debido a productos finales del metabolismo nitrogenado y de los aminoácidos que se excretan por vía renal.

Existe una elevación exagerada de las concentraciones séricas de potasio con valores superiores de 6.5 mEq/L, la cual puede aumentar por trasgresión dietética, acidosis, cirugía y traumatismos. Más del 90% del potasio se excreta por los riñones, en los segmentos de las néfronas distales.

El riñón tiene una capacidad notable para conservar el sodio, conforme se agrava la enfermedad renal, las néfronas restantes deben excretar una cantidad proporcionalmente mayor del sodio de la dieta para conservar el equilibrio corporal total de este elemento.^(3, 4) Algunos pacientes con nefropatía con pérdida de sal pueden perder cloruro de sodio hasta el punto de contracción de volumen extracelular e hipotensión (necesitan consumo diario de sodio), en estos trastornos

los conductos colectores están dañados y no pueden regular la excreción urinaria final de cloruro de sodio. En ocasiones el organismo no puede aumentar las excreciones de sodio a valores apropiados ante incrementos en la ingestión dietética, y se llega a un nuevo equilibrio dinámico, con aumento de peso corporal total, presentando edema, hipertensión, congestión pulmonar y cardiomegalia.^(3,4)

Igualmente, los riñones eliminan de 60 a 100 mEq/día de ácidos, productos del metabolismo de las proteínas de la dieta cuando el filtrado glomerular es mayor de 40 a 60%. Cuando la función renal es menor se retienen amonio y fosfatos y se acumulan ácidos orgánicos, lo que desarrolla acidosis metabólica. La retención de iones hidrógeno se acompaña de bicarbonaturia, la cual se debe a la expansión de volumen propia del síndrome urémico, a la elevación de la hormona paratiroidea que regula la resorción de bicarbonato y a la diuresis osmótica debida al exceso de solutos que arrastra también el bicarbonato. Existe una reducción progresiva del amoniaco, el pH urinario puede llegar al máximo de acidez, la cantidad total de secreción de ácido esta reducida por la limitación del transporte de amortiguados al túbulo distal. Cuando la ingesta y la producción endógena de ácido exceden a la excreción renal neta de éste se presenta acidosis metabólica. En la acidosis metabólica crónica participan amortiguadores compensadores (sales óseas y amortiguadores intracelulares), estos se movilizan hacia la circulación y conservan concentraciones de bicarbonato. La pérdida de los depósitos óseos de amortiguadores contribuye al desarrollo de osteomalacia y osteodistrofia renal, esta es la complicación universal. La disminución de la filtración glomerular produce un aumento de la concentración de fosfato sérico acompañado de la disminución de la concentración de calcio, lo cual estimula la secreción de hormona paratiroidea, lo que a su vez produce liberación de calcio por la resorción ósea. Por otro lado, la disminución de la masa renal y las altas concentraciones de fosfato impiden la hidroxilación de la 1-25 dihidroxi-vitamina D a su forma activa.

La concentración sérica total de calcio es considerablemente más baja que lo normal. A veces se desencadena tetania por la infusión de bicarbonato de sodio. La concentración sérica de fosfato es mayor que lo normal, su elevación se relaciona con la presencia de hiperparatiroidismo secundario a la IRC.

Se presentan alteraciones cardiovasculares, entre la más importante se encuentra la arteriosclerosis que es causada por la anormalidad de los lípidos, es decir, el aumento de los triglicéridos, con valores de colesterol normales. La HTA se presenta en un 80% de la población urémica. La tendencia a la retención de sodio y expansión de volumen acompañado de un aumento inicial de gasto cardiaco, seguido de una elevación de la resistencia periférica. La pericarditis urémica ocurre en relación con la uremia, es más común en aquellos que no se dializan de manera adecuada. En la uremia los capilares pulmonares son más permeables al agua y al sodio.

La anemia es característica en estos pacientes, debida a una disminución o

abolición de la producción de eritropoyetina, una glucoproteína producida anormalmente en el riñón en respuesta a la hipoxia, tiene como función la diferenciación normal de los eritrocitos a partir de la célula madre. La disminución en la producción de eritropoyetina se debe a la destrucción del parénquima renal y causa anemia normocrómica y normocítica. La vida media de los eritrocitos está disminuida por acción de toxinas de la uremia.^(3,4)

Se presentan hemorragias constantes por la deficiente producción del factor III plaquetario, o defecto de la agregación plaquetaria. La disfunción leucocitaria expone al paciente a infección recurrente.

La neuropatía se hace presente, las alteraciones de las funciones del sistema nervioso central y periférico se evidencian. Son comunes el cansancio, insomnio, síntomas psicológicos que incluyen agitación, irritabilidad, depresión, regresión y rebeldía. Puede haber disminución de la capacidad de concentración y de pensamiento abstracto.

Se presentan alteraciones de lípidos, proteínas y trastorno de hormonas sexuales. La hipotermia se relaciona por los índices metabólicos basales y anomalías en la regulación de la temperatura.

El prurito generalizado de intensidad variable ocasiona trastornos de sueño o excoriaciones, entre los factores causales están los productos dializables de la uremia, una producción alta de calcio y fósforo en el líquido extracelular con depósitos de sales de calcio en estructuras dérmicas y anomalías en las placas terminales de los nervios.^(3,4) La coloración amarillenta característica en estos pacientes se debe a la concentración elevada de urocromo, hormona melanotrófica y de melanina. La coloración bronceada por hemocromatosis, escarcha ureica por depósito de cristales de urea en la superficie de la piel y calcificaciones metásicas.^(3,5)

DIAGNOSTICO

Realizar una historia clínica detallada, examen físico para establecer la gravedad del daño renal, la cronicidad o la agudización de éste. Es necesario determinar la urea, creatinina sérica y proteinuria, filtrado glomerular por la depuración de creatinina o gammagrama renal. Un sonograma renal para estimar tamaño e identificar hidronefrosis o masas císticas, si están reducidas de tamaño: Cronicidad e irreversibilidad. Se realizará, si es necesario biopsia renal.

Estudios de Gabinete: Teleradiografía de tórax, ecocardiograma y electrocardiograma para valorar la función cardíaca y la repercusión de la uremia sobre el corazón. La placa de tórax es útil para descartar la existencia de infiltrado pulmonar o derrame pleural. La determinación de gases arteriales para descartar y valorar la gravedad de acidosis metabólicas.

Los exámenes de laboratorio como beometría hemática, coagulación, electrolitos

séricos, determinación de calcio y fósforo, así como, pruebas funcionales hepáticas que ayudan a determinar la gravedad de la anemia, hipercalemia, coagulopatía, hiperparatiroidismo, estado nutricional del paciente. La exploración neurológica es útil y necesaria, ayuda a detectar tempranamente alteraciones en las funciones mentales superiores y en los reflejos profundos.^(3,4)

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del paciente con IRC varía según el grado de la enfermedad renal:

- 1.-Retardar la progresión del daño.
- 2.-Revertir o aminorar el síndrome urémico.
- 3.-Revertir o evitar las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico.

TRATAMIENTO OPORTUNO

1. **CONTROL DE LA HTA:** A partir del uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), se ha mostrado su eficacia en la reducción de resistencias de arteriola eferente bloqueando la formación de angiotensina II y en consecuencia reduciendo la presión intracapilar y el daño glomerular. Los bloqueadores de calcio y diuréticos disminuyen el volumen intracelular para controlar la HTA junto con una disminución en la ingesta de sal y agua.
2. **REDUCCION PROTEICA:** La restricción de las proteínas de los alimentos limita la progresión de la enfermedad renal, disminuye las concentraciones séricas de colesterol, modifica concentraciones circulantes o la sensibilidad a las prostaglandinas, tromboxano y renina, limita la hipertrofia compensadora y modifica la permeabilidad selectiva glomerular.
3. **CARBOHIDRATOS:** En diabéticos es necesario ajustar las dosis de insulina para conservar los valores séricos de glucosa. La restricción del aporte calórico por medio de los alimentos puede producir un efecto protector sobre los riñones enfermos.
4. **FOSFATOS:** La restricción de fosfatos en los alimentos preserva la función renal y reduce la cantidad de calcio depositado en el tejido renal intersticial, puede prevenir la osteodistrofia renal.
5. **ANEMIA:** Se deben administrar suplementos de hierro (sal ferrosa) diario por vía oral, ó, periódicamente como hierro dextrán intravenoso. Se utiliza la eritropoyetina humana recombinante para la anemia no complicada, aumenta los niveles de hematocrito estimulando la eritropoyesis en la médula ósea. La corrección de la anemia mejora el estado general y la sensación de bienestar, aumenta el apetito, la energía, la capacidad de concentración y de trabajo, aprovechamiento escolar y la vida sexual. Se reducen las transfusiones, disminuyendo así el riesgo de infección.
6. **HIPERCALEMIA:** Restringir la ingesta de potasio. Si la hipercalemia es grave es necesario aplicar calcio intravenoso y meter rápidamente el potasio al espacio

intracelular con solución glucosada con bicarbonato de sodio e insulina de acción rápida IV.

7. SODIO: Si hay hipotensión ortostática: Ingestión liberal de sal, si hay expansión de volumen se administra diuréticos.
8. ACIDOSIS METABOLICA: Bicarbonato de sodio oral a razón de 2.5g/día ayuda a concentrar el bicarbonato sódico en valores mayores de 18 mEq.^(3,4)

TRATAMIENTO TARDIO

TRATAMIENTO DIALITICO.

Cuando el paciente con IRC no logra conservar un adecuado control ácido-base, excretar productos tóxicos del organismo y mantener el equilibrio de sodio y líquidos corporales, se debe iniciar el tratamiento dialítico. Esto se traduce en uremia, hipercalemia, actividad metabólica grave, sobrecarga hídrica y pericarditis urémica.

DIALISIS PERITONEAL (DP)

Es un proceso que permite realizar en el paciente un intercambio hidroelectrolítico entre una solución dialítica (dextrosa) y el medio interno a través del peritoneo (membrana natural), las sustancias tóxicas y el exceso de líquido se movilizan desde la circulación hasta la solución de diálisis por ultrafiltración y difusión a través de la membrana, por la osmosis provocada por la alta concentración de glucosa. Permite el paso de moléculas mayores (1300 daltons), lo que elimina el mayor número de toxinas. Se lleva a cabo por un catéter blando o rígido.^(1,4,6)

HEMODIALISIS(HD)

La hemodiálisis como tratamiento es una alternativa como sustituto de la función renal que ofrece una rehabilitación posible y adecuada, prepara al paciente candidato a transplante renal, cada año 225 000 personas inician HD.

La HD corrige los desequilibrios de líquidos y electrolitos, retira del organismo los desechos metabólicos, restaura el equilibrio ácido-base de la sangre de los pacientes que han perdido la función renal. Se indica en IRA, nefropatía diabética, nefrosclerosis por HTA, glomerulonefritis, riñón poliquístico y nefritis intersticial⁽¹⁰⁾. Ante la presencia de sobrecarga hídrica, en hiperpotasemia, uremia o sobredosis farmacológicas, y alteración de desechos metabólicos.⁽¹¹⁾

La HD tiene tres principios: a) difusión, b) ósmosis, c) ultrafiltración. Estos tres principios se logra por una membrana semipermeable,^(4,11) que tiene la función de un filtro, con un flujo constante de sangre a un lado de la membrana y una solución limpiadora de dializado del otro, permitiendo la retirada de los productos de desechos de forma similar a la filtración glomerular⁽¹¹⁾ eliminando agua y toxinas y el intercambio de electrolitos.

El agua del líquido dializante es similar a la del agua plasmática, contiene sodio, potasio, calcio, magnesio, bicarbonato y cloruro,⁽¹¹⁾ ésta debe ser tratada con un equipo con filtros de sedimentación y carbón activado, deionizadores y ósmosis inversa con el objeto de que el agua obtenida tenga una concentración de las sustancias orgánicas e inorgánicas menor a las consideradas que producen efectos adversos en el paciente.⁽⁸⁾ El dializador bombea a través de cables equipados y contiene una membrana (celulosa, poliacrilonitrilo, polimetilmetacrilato o polifulsona), la cual es un componente del sistema y posee diferentes coeficientes de ultrafiltración, que es el movimiento del agua a través de la membrana de diálisis, y la difusión es el movimiento de solutos de la sangre hacia el líquido de diálisis.^(8,11,12)

El número de horas semanales de hemodiálisis que requiere el paciente depende de su peso corporal, de la función renal residual, ingesta dietética, enfermedades complicantes y el grado de anabolismo y catabolismo. El tiempo, la frecuencia de los tratamientos y el tipo y tamaño del dializador, la composición del dializado, de la sangre o del flujo dializado se puede alterar para satisfacer necesidades específicas. Por lo general se requiere de tres a cuatro horas tres veces por semana.^(8,11) Las principales complicaciones de la hemodiálisis son la anafilaxia por la membrana, infecciones, hipercatabolismo, hematomas y hemorragias.

TRANSPLANTE RENAL (TR)

El TR es la mejor alternativa de tratamiento, ya que ofrece mejor posibilidades de rehabilitación, restituye las funciones del riñón y desaparece la uremia. El principal problema es la escasez de donantes tanto vivos como cadavéricos. La sobrevida del paciente y del injerto varía dependiendo de la edad, sexo, enfermedad original y agregadas, tiempo y calidad de tratamiento dialítico, tipo de donador, histocompatibilidad, y características de la operación. Con una sobrevida de cinco años en un 70%. En México en 1997 se realizaron 463 trasplantes.^(4,5)

2.2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE CON IRC EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

La IRC es una enfermedad de larga duración, progresiva e irreversible, por lo que el impacto de la enfermedad renal y el estrés del tratamiento pueden destruir el ego y causar estrés importantes al paciente y a su familia.⁽¹³⁾ Esta problemática, así como los vínculos personales e institucionales que se establecen, determinan el curso de la enfermedad y los alcances de la rehabilitación.⁽⁹⁾

El ingreso de los pacientes a cualquiera de los programas constituye un momento crítico para él y su familia, a partir de ese momento su vida se parte y se reestructura alrededor de la enfermedad y su tratamiento. Las funciones y actividades normales y normativas están alteradas o fallidas, situación que afecta a su vida y con la que tendrá que aprender a convivir, a pesar de la restricción del trabajo, reducción de las relaciones sociales, sentimientos de frustración y el miedo

continuo de morir, que hace el concepto de una vida corta.⁽¹⁴⁾

La HD y la máquina de diálisis, permite al paciente compensar algunas funciones corporales; sin embargo, al mismo tiempo esto provoca incapacidad de los pacientes a controlar la nueva situación y el curso de sus vidas, los vuelve dependientes al catéter y a la máquina física y mentalmente,⁽¹⁴⁾ con el desarrollo de una actitud ambivalente hacia ésta por sentirse en cautiverio. Esta situación de frustración rompe cruelmente con la rutina usual de vida del paciente y crea un elemental miedo, en lo que tanto a él como a sus familiares se ven afectados por diferentes cargas emotivas originadas por el deterioro del organismo, que disminuye el autoestima.⁽¹⁵⁾

Las cargas emotivas mencionadas se presentan como problemas psicosociales:

1. Depresión
2. Ansiedad⁽¹³⁾

El prolongado estado de riesgo corporal provoca tensión psicológica y un repetido estrés, se hace una relación entre lo corporal y lo emocional. Esta relación es apoyada durante el tratamiento del paciente. Lo somático puede influir en lo mental por medio de las condiciones del cuerpo y del cerebro por el tipo de vida del paciente. Como la enfermedad va progresando lo somático y lo mental crea una red de reacciones e interacciones estableciendo un estado prolongado de crisis psicológica y física. Este conflicto aumenta cuando el paciente descubre o se entera que el tratamiento de HD no es la solución a su problema, pero solamente le permite vivir con un tipo de vida que la enfermedad le eligió.⁽¹⁴⁾

DEPRESION

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública, se ha demostrado el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad.⁽¹⁶⁾

Se mostró en un estudio clínico-epidemiológico (1999) que la prevalencia de los trastornos depresivos, incluyendo los episodios depresivos y la distimia, durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México, es del 12%. Se corroboró un alto riesgo de recurrencia. La edad promedio en la que se inicia este tipo de alteración se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida. Este tipo de padecimiento los padecen 2 mujeres por cada hombre.⁽¹⁶⁾

La depresión es una alteración psicológica que se presenta en la población con una etiología psicosocial predominante sobre causas biológicas y genéticas, así como, en personas con enfermedades crónico degenerativas, por la alteración física de su organismo.

Este padecimiento afecta con más frecuencia a mujeres, entre los 15 y 19 años de edad y en la población adulta mayor de 65 años o más. Las personas con abuso o dependencia al alcohol y drogas, trastornos de pánico y trastorno obsesivo compulsivo muestran un mayor riesgo de padecer depresión. Las personas separadas o divorciadas tienen dos a cuatro veces más posibilidades de sufrir depresión que las casadas; la soledad,⁽¹⁷⁾ así como la alteración de rasgos de personalidad y determinada por influencias ambientales tempranas, hace más vulnerable a la depresión a los individuos con ciertos rasgos de carácter.⁽¹⁷⁾ Se piensa que las personalidades limítrofes y dependientes predicen la recurrencia, y que en ellas con frecuencia también se mezclan la ansiedad y la depresión.⁽¹⁷⁾ Es notable la tendencia a la depresión aquellos que tienen menos escolaridad, aunque, también se presenta en personas que tienen de 10 a 12 años de estudios. Las personas con menores ingresos, pero no los más pobres, reportan mayor prevalencia, seguidos por aquellos con los mayores ingresos.⁽¹⁶⁾

La depresión menos grave se conoce como depresión neurótica, menor y reactiva y actualmente se le denomina distimia (trastorno no persistente de baja intensidad).⁽¹⁷⁾ Existe la doble depresión, la cual se ven mezcladas la ansiedad y la depresión, la depresión melancólica o endógena que se caracteriza por manifestaciones físicas, el trastorno depresivo recurrente y la depresión psicótica.⁽¹⁷⁾

La depresión se asocia a padecimientos físicos y sobre todo a enfermedades crónicas.⁽¹⁸⁾

La depresión es la manifestación psicológica más común en pacientes con HD.^(9,13,19) Diferentes investigaciones muestran que el 80% del síndrome psicológico fue la depresión, que aparece como un homólogo y efectos de un tratamiento prolongado de la IRC.⁽¹⁴⁾ De acuerdo con Peterson (1991) y otros autores, la psicopatología prevaleciente en individuos afectados por la enfermedad renal está encabezada por la depresión que es significativamente mayor en enfermos masculinos y mayores de 51 años.⁽²⁰⁾ Contradictoriamente, Alfredo Fernández señala los síntomas depresivos con predominio en el sexo femenino.⁽²¹⁾

Su prevalencia en forma de depresión mayor varía de 5 a 10% en población ambulatoria hasta 25 a 40% en la hospitalizada.⁽²¹⁾ En nuestro país se reporta una frecuencia de depresión en pacientes sometidos a diálisis y hemodiálisis de un 70%.⁽²⁰⁾

Esta depresión puede ser orgánica natural y su incidencia aumenta progresivamente con el deterioro de los riñones y se relaciona con el daño orgánico del cerebro. La depresión sintomática del paciente con daño renal es generada por pequeñas muertes, cuando se rompe el sueño de una vida saludable y duradera.⁽²²⁾

El daño orgánico y funcional, los procedimientos instructivos y las experiencias de

dolor repetidos han agujerado real e imaginariamente los límites corporales de los pacientes produciéndoles alteraciones en el esquema de la imagen corporal. Aunado a esto, las pérdidas yoicas, objétales y narcisistas, le lesionan el "YO", disminuyendo la autoestima y originan sentimientos de tristeza, vergüenza, inferioridad y culpa; Vergüenza e inferioridad por no sentirse normales, culpa por la enfermedad fantaseada como castigo por sus pecados, envidia y reacciones hostiles hacia los sanos y un intenso remordimiento por constituir una carga económica y afectiva. Culpas que se suman y que los lleva a autoagredirse o a buscar castigos como no comer o infectar su equipo de diálisis.^(9,22) La provocación y búsqueda del castigo puede manifestarse de manera secundaria y adoptar una actitud sadomasoquista con y entre el paciente con su familia y el equipo de salud.

La regresión se manifiesta con actitudes de dependencia con los familiares y el equipo asistencial, en la falta de cooperación y el empleo de recursos yoicos y de conducta defensivas como la presencia de escisión, proyección, idealización, negación, omnipotencia del pensamiento para defenderse de la angustia, regresión, desaceleración de procesos mentales, retardo psicomotor, conducta de impotencia, ira, enfado y frustración^(9,14,19,22) y poder adaptarse a su situación. Con el consiguiente deterioro en la calidad de vida, mayor aislamiento, discapacidad física y social, e internamientos hospitalarios.⁽²¹⁾

Estas diferentes situaciones a las que se enfrentan la mayoría de los pacientes con HD, no pueden reaccionar debido a su incapacidad por aceptar. Esto resulta en pasividad, apatía y desgana para luchar y terminar con la depresión.⁽¹⁴⁾

En 1993 se realiza un estudio de cohorte donde se encontró que 9% de los pacientes fueron hospitalizados por un diagnóstico primario de desorden psiquiátrico, hombres ($p=0.001$), afro-americanos ($p=0.004$) y pacientes jóvenes ($p=0.001$) fueron los que más números de hospitalizaciones tuvieron. Los pacientes con fracaso renal comparado con otras cuatro patologías mostró mayor índice de depresión, la modalidad de tratamiento mostró que la mayoría de los pacientes con hemodiálisis presentan mayor riesgo de desorden mental ($p=0.005$), que los tratados con diálisis peritoneal.

Los pacientes del sexo masculino presentaron mayor probabilidad de depresión relacionado con el consumo de alcohol, drogas y tabaquismo.⁽²³⁾

La depresión como enfermedad concomitante retarda la recuperación orgánica y psíquica de estos pacientes, el factor socioeconómico aumenta de modo directo y consciente las preocupaciones y culpas de los enfermos por los sufrimientos y privaciones económicas que a causa de ellos padecen sus familiares.⁽⁹⁾ Las pérdidas de las relaciones sociales también causan depresión.⁽²²⁾

Estos pacientes se caracterizan por ser enfermos muy exigentes, por exagerar síntomas y dolor, retrasan su vida social y productiva. Algunos factores motivan que se presente la depresión como antecedentes de enfermedad depresiva,

pérdidas físicas y psicológicas, dolor crónico, terapias dialíticas e incapacidad depresiva.

En los pacientes con IRC resulta más difícil identificar la depresión, debido a que los síntomas somáticos de la depresión tales como trastornos de sueño y pérdida de peso corporal y fatiga también pueden ser ocasionados por la enfermedad física, otros síntomas son; la tristeza, escasa autoestima, humor decaído, falta de interés o placer, períodos de llanto, sensación de inutilidad, cansancio (reducción de la energía), falta de concentración, deterioro de la memoria, pensamiento distorsionado, desarreglo personal, inhibición frente a las actividades sociales, disminución o aumento del apetito, sueño reducido, ideas suicidas, pesimismo, desesperanza ante el futuro, agitación, inseguridad, irritabilidad, soledad, culpabilidad, lentitud psicomotora, molestias y dolor somático, incapacidad para hacer frente a una situación y a la toma de decisiones^(18,22). Los índices de depresión establecen en buena medida la calidad de vida del paciente.⁽²⁴⁾

ANGUSTIA

La angustia son episodios breves de miedo que se acompañan de múltiples síntomas físicos que aparecen de forma repetitiva y de manera inesperada.⁽²⁵⁾

Los trastornos de angustia tienen una prevalencia importante, si bien no mayor a la de los trastornos afectivos y, por lo general, se encuentran asociados por su comorbilidad con otros padecimientos no ansiosos, entre los que sobresalen los trastornos depresivos. Los trastornos de angustia ocurren en una proporción casi del doble en la mujeres en comparación con los hombres, son más frecuentes en individuos divorciados, viudos y separados y están muy relacionados con una situación socioeconómica baja. También se ha encontrado una marcada asociación entre los distintos tipos de angustia y el abuso y la dependencia al alcohol y a las sustancias psicoactivas. Se identificó una prevalencia del 7.3% de angustia en la población de la ciudad de México en 1996.⁽²⁶⁾ Es el segundo trastorno psicológico que se presenta en el paciente renal.⁽¹⁹⁾

Es fundamental distinguirla, ya que la origina el mismo paciente como respuesta a la amenaza biológica, al igual que es provocada por su propio cuerpo.⁽¹⁴⁾ Como la IRC es una enfermedad degenerativa, esta clase de angustia es casi imposible de erradicar. Esta es existencial y generada por un miedo por la vida. Como regla, algunas clases de ansiedad se enfocan hacia algún objeto fundamental del paciente, hacia el riñón, por ejemplo, el cual es el foco del problema, o hacia la máquina, que es esencial para la vida del paciente, o hacia personas importantes para el paciente.

Bajo lo desbordante de la ansiedad, el mecanismo de defensa sufre cambios y se vuelve débil. El mecanismo primitivo puede aparecer en forma de negación, insolación, regresión, fantasía, represión, yuxtaposición, intelectualización,

proyección o actitudes religiosas excesivas.^(13,14,27)

Tanto la angustia como la depresión pueden provocar en el paciente conductas suicidas.

REACCIONES DEL PACIENTE ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD: ETAPAS DE DUELO

Las etapas de duelo son un mecanismo de defensa que adopta el individuo y la familia para poder aceptar y adaptarse ante la enfermedad por las pérdidas que ésta provoca en la vida de los individuos.⁽⁹⁾

1ª. Etapa: **NEGACIÓN**. La negación es una reacción común a un cambio de salud, la negación puede ser protectora y útil en cierto grado, protege al paciente de descompensaciones emocionales y la ausencia de ésta origina depresión. El paciente y la familia al conocer el diagnóstico se defienden de la angustia que les produce negando su existencia. Escuchan pero no oyen ni entienden y reaccionan alejándose temporal o definitivamente.

2ª. Etapa: **ENOJO Y REBELIÓN**. Se caracteriza por ira y coraje, el paciente y la familia se preguntan ¿por qué a mí?, ¿qué hice de malo?, el paciente como la familia pueden adoptar conductas amenazantes, confusión, persecución, despersonalización y desrealización. Criticarán todo y a todos, y montarán en ira ante cualquier actividad del personal de salud.

3ª. Etapa: **ACEPTACIÓN**. Los pacientes empiezan a entender, hacen suyos los cambios, lo que es difícil de comprender, es la irreversibilidad del proceso, sus riñones ya no podrán funcionar.

4ª. Etapa: **ADAPTACIÓN**. Se adaptan a una nueva realidad, a remendar los duelos por la salud y vitalidad perdida, y a convivir con la proximidad de la muerte.⁽⁹⁾

ALTERNATIVAS PARA LA DEPRESIÓN Y ANGUSTIA: RELIGIÓN Y PSICOTERAPIA

Diversos estudios han mostrado que estas dos alternativas ayudan a disminuir los trastornos psicológicos.

La religión en sentido general, es el complejo de las relaciones que unen al hombre a Dios y deberes que de ellos se derivan.⁽²⁵⁾ Las creencias religiosas, las percepciones y valores culturales, familiares y los significados conscientes e inconscientes que el paciente y su familia adjudican a la enfermedad y a los diferentes procedimientos dialécticos.

Cummings y Col. (1997) Reportan que las creencias (percepciones) y los conflictos

personales y familiares son los obstáculos de mayor peso para lograr una adecuada aceptación a la terapéutica^(9,28). Matthews (1998)⁽²⁴⁾ señala la importancia de incluir en el plan de tratamiento las necesidades espirituales, ya que el tratarlas y satisfacerlas mejora la prevención y el tratamiento de los desordenes adictivos, psicológicos y mentales aumentando su calidad de vida y autoestima, prolongando así su supervivencia.^(10,29)

Los pacientes al conjuntar su práctica religiosa con el tratamiento médico reportan beneficios, con frecuencia estos pacientes se sienten solos, desmoralizados, desesperados pero su fe ayuda a fomentar optimismo, bienestar, esperanza, olvidando la pena y el sufrimiento, reduciendo aun la posibilidad de suicidio.⁽¹⁵⁾

Diversas encuestas refieren que el 42% de la población occidental asisten semanalmente a algún tipo de culto religioso⁽²⁷⁾ tres de cada cuatro norteamericanos creen que la religión es la influencia más importante en su vida. De acuerdo a varios sondeos nacionales cuatro de cada cinco americanos creen que la fe y la oración les mantiene fuertes y saludables y la adjuntan al tratamiento y cuidado médico. Se realizó un estudio (1991) en 100 pacientes para cirugía, de los cuales 96% de los pacientes reportaron que el uso de la oración, les ayuda a hacer frente al estrés.⁽³⁰⁾

Otro estudio (1986) realizado en 200 pacientes mayores de edad, el 91% reportó que por medio de la oración respondían mejor ante los problemas médicos.⁽³¹⁾ Los pacientes con una religión activa, su autoestima es mayor, se reducen los niveles de sicopatología y tienen una actitud más positiva acerca de su enfermedad y su tratamiento,⁽³²⁾ incluyendo la disminución de desarrollar depresión y ansiedad.⁽³³⁾

En un estudio (1995) de 126 pacientes bajo tratamiento de diálisis el 51% cree que su religión fue importante para ellos, el 51% asistió a algún servicio al menos mensualmente y 20% semanalmente. Para aquellos que creen que su religión fue importante, tiene mayor interacción social, mayor calidad en sus relaciones sociales y menor grado de desesperación, incapacidad y soledad, los que asistieron semanalmente, cumplen con su régimen médico, y sus relaciones sociales son buenas comparadas con los que no asisten.⁽³⁴⁾

La religión estimula sentimientos de optimismo, esperanza que ayuda a controlar la desesperación que frecuentemente se presenta. La fe proporciona sentimientos de paz, serenidad y tranquilidad en pleno dolor y sufrimiento, regula la posibilidad de una conducta destructiva (uso de alcohol, suicidio, abandono de diálisis). Los pacientes con una continua actividad religiosa es más probable a que lleven una adecuada dieta, a ejercitarse y a adherirse mejor al tratamiento.⁽²⁴⁾

Existe la necesidad de una consejería temprana y efectiva para ayudar psicológicamente a los pacientes con HD, estos deben apoyarse en varios programas psicoterapéuticos para que se adapten al tratamiento.⁽¹⁹⁾

La psicoterapia es un tratamiento basado en la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Este tratamiento tiene como finalidad aliviar la tensión emocional mediante la expresión de los sentimientos, modificar las conductas inadecuadas o mal adaptadas y promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad. Se han impulsado en los últimos años la psicoterapia cognitiva conductual, pues ésta se aboca a modificar o eliminar los patrones de pensamiento que contribuyen a la aparición de los síntomas, junto con técnicas de modificación de conducta que incluyen un entrenamiento sistémico en técnicas de relajamiento, con lo cual el paciente puede adquirir la habilidad para reducir la ansiedad y el estrés que están presentes al inicio de la enfermedad⁽³⁵⁾. Así podrán mejorar su calidad de vida, elevar la autoestima, acentuando en logro de los pacientes y favorecer el desarrollo de diversas actividades, alentando contactos interpersonales extra-sesión.⁽²⁰⁾

La psicoterapia, ya sea en grupo o individual ha demostrado ser benéfica para los pacientes hemodializados. Se presenta un estudio de cohorte (1995) con un grupo de doce pacientes renales con HD y en programa de TR con trastornos depresivos, en quienes se implemento un proceso psicoterapéutico. Los resultados muestran mejorías clínicas, evidenciada por una mayor adherencia terapéutica, disminución de conflictos personales y familiares, así como un incremento en las redes sociales de apoyo.⁽²⁰⁾

Cambell (1991) cree que es buena la terapia individual, sin embargo la terapia de grupo resulta más convincente y efectiva para los pacientes y su familia. Según lo referido en su estudio de cohorte con una muestra de 30 pacientes, los cuales recibieron terapia individual y grupal disminuyendo la depresión y ansiedad.⁽¹⁹⁾ El objetivo de la consejería es que los pacientes se adapten y acepten su enfermedad, así como infundir esperanza y optimismo para el presente.⁽²⁸⁾

2.3. ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE RENAL

TEORÍAS DE ENFERMERÍA: VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en el desarrollo de su teoría. Henderson afirma que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, ya que la emoción es en realidad la interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares. Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia, para aceptar y llevar una enfermedad crónica o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables.

La teoría de Henderson esta constituida por catorce necesidades, que en alguna etapa del proceso de la enfermedad es necesario satisfacer, en este caso la décima y onceava necesidad nos interesa satisfacer, para tomar al paciente como individuo integral: Comunicarse con los demás, expresando las emociones,

necesidades, temores u opiniones [décima necesidad] y realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno [11ava. necesidad], sin olvidar el resto de las necesidades que ayuden a satisfacer a el paciente Es importante mantener un equilibrio fisiológico y emocional ya que la mente y el cuerpo de las personas son inseparables. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe tratar de mantener este equilibrio. Debe ser una sustituta de algo necesario para el paciente, debe ser ayuda y compañera para éste.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia es, de forma temporal, la conciencia de la inconsciencia, es el amor a la vida del suicida, el micrófono para los demasiados débiles o introvertidos para hablar, la esperanza y alegría del deprimido. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia junto con el paciente deben planear el plan terapéutico. La enfermera puede modificar el entorno en lo que considera necesario, las enfermeras que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas puede organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone, para lograr que el paciente se sienta lo más cómodo, reconfortante, y animoso para luchar contra su enfermedad, entenderlo cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Cada una de estas actuaciones son individuales, según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales.⁽³⁶⁾ Es decir, tratar al paciente desde un enfoque holístico.

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS: UN APOYO PSICOLÓGICO

Es de vital importancia que el equipo de salud trate al paciente con IRC individualmente y tomar en cuenta sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Requiere ser tratado como un ser humano que se está enfrentando a los sufrimientos más grandes que existen, el de la muerte y la desesperanza.⁽¹⁸⁾

La intervención de enfermería es de suma importancia, debe brindar una atención profesional que permita la detección y jerarquización de las necesidades desde un enfoque holístico.

El compromiso de la enfermera no es solo proporcionar tratamientos sustitutivos, sino lograr una verdadera y real calidad de vida.

La enfermera de la unidad de HD se enfrenta a una serie de problemas psicosociales, técnicos y médicos: problemas económicos y familiares, relaciones enfermera-paciente-familiar prolongadas, repetidas, profundas y dolorosas, asociadas con carencia de personal y falta de recursos, lo que ocasiona que aumente o disminuya la distancia afectiva con pacientes y familiares⁽⁹⁾ Un estudio realizado en E.U. (Conivay, 1990) a 32 pacientes para identificar el nivel de atención que brinda el personal de enfermería al paciente dializado, documentó una correlación positiva ($p < 0.1$) entre depresión y la pérdida de calidad de atención.⁽³¹⁾

La enfermera debe centrar su atención en la calidad de atención que brinda al paciente, la cual debe ser integral, con apoyo psicológico y emocional. La enfermera deberá:

- 1.- Establecer una relación dinámica enfermera-paciente-familiar
- 2.- Favorecer reuniones con el equipo terapéutico para discutir las problemáticas individuales de cada paciente.
- 3.- Establecer en todos los casos, independientemente de la gravedad del paciente una relación terapéutica con la familia con el propio paciente.
- 4.- Proteger al paciente contra lesiones potenciales, educarlos en relación con las pociões terapéuticas y ayudarlos a superar los problemas relacionados con la depresión.
- 5.- Alentar al paciente a que asuma el cuidado y control de su régimen terapéutico:
 - a) Determinar el propio sistema de valor y fortaleza de su ego utilizarlos para ayudarse a adaptarse a un estilo de vida diferente.
 - b) Resaltar sus capacidades.
 - c) Enseñar sobre su enfermedad y tratamiento.
 - d) Quitarle la imagen de si mismo de "ENFERMO."
 - e) Ayudarle a desarrollar un sentimiento de independencia del aparato de diálisis.
 - f) Alentarlo a que interactúe con su medio durante la HD.
 - g) Ayudar a que se establezca metas realistas.
 - h) Modificar actitudes en el sentido de permitirle participar en áreas de productividad.
- 6.- Alentarlo a que exprese sus sentimientos de enojo, dolor, molestia, frustración, lo cual ayuda a reducir el grado de tensión emocional y también a evitar la depresión.
- 7.- Permitir a la familiar la oportunidad (lejos del paciente) de expresar sus sentimientos de enojo, desamparo, etcétera.
- 8.- Utilizar valores como la familia, la religión y los amigos como cimiento para ayudar al paciente
- 9.- La fe es una influencia importante, un sacerdote o uno puede explicarle que cada paso que dé en su lucha contra la enfermedad crónica tiene una dimensión espiritual acompañante y ofrece una oportunidad para descubrir el significado de la vida. Al reconocer las dimensiones espirituales e los pacientes, se pone en práctica la enfermería hoslítica de una manera óptima.

Consejos para proporcionar cuidados espirituales:

- a) Comience con unos momentos de silencio, plegaria o su himno favorito
- b) Trabajar con el paciente una finalidad determinada, concederle toda la atención al entrar a la habitación (unidad de HD)
- c) Tener contacto físico con el paciente (tomarle de la mano, o tocarle la frente)
- d) Leer al paciente una lectura espiritual, poema o himno preferidos.

- e) Ser generosa con el silencio. Simplemente, la meditación con un paciente puede confortarlo.
- f) Reconozca el espíritu en todas las personas.
- 10.- Hablar despacio, utilizar frases cortas y repetir lo que se ha dicho. La magnitud de un diagnóstico clínico implica que el paciente se deprima y tenga alteración de la concentración y la memoria.
- 11.- Formular preguntas abiertas para invitar al paciente expresen sus sentimientos. ^(9,13,22,37)

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo transversal de prevalencia.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó un estudio en sujetos derechohabientes del IMSS que se encontraron en el programa de hemodiálisis en el Hospital Regional "Gabriel Mancera", Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, durante el periodo del 1º de marzo al 16 de Junio de 2000.

3.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron a todos los sujetos que durante el periodo de estudio se encontraron en el programa de hemodiálisis en los hospitales incluidos en el presente trabajo.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento de hemodiálisis
2. Que desearon participar en el estudio
3. Pacientes derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Sujetos con incapacidad física (ceguera, hipoacusia)
2. Sujetos que estuvieran recibiendo tratamiento psiquiátrico.

3.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

DEPRESIÓN

Definición: Es una alteración psicológica que se presenta en los pacientes con

IRC por la alteración física de su organismo

Operacionalización: Se aplicó una escala para determinar el grado de depresión y otro para medir angustia. Para determinar la existencia de depresión, se hizo la sumatoria de los pesos que se obtuvieron de las 21 preguntas que tiene el cuestionario de Beck, se establecieron los siguientes puntos de corte, avalados por el médico psiquiatra que asesoró la investigación, en donde se consideró sin depresión aquellos individuos que tuvieron menos de 15 puntos, depresión leve de 16 a 20 puntos, depresión moderada de 20 a 29 y depresión grave mayor de 30 puntos. Ahora bien, para obtener la variable angustia se incluyó en el cuestionario, la escala de Hamilton, se realizó también la sumatoria de los pesos de las 14 preguntas que lo componen, se establecieron los puntos de corte, se consideró sin angustia aquellos pacientes que presentaron de 0 a 17 puntos, y con angustia de 18 a 42 puntos.

Escala: Depresión. Ordinal, Nominal. Angustia: Nominal

Indicador: Depresión: a) Ausente b) Leve c) Moderada d) Grave y 1) Sí 2) No, Angustia: 1) Sí 2) No.

VARIABLES INDEPENDIENTES

FACTORES SOCIALES

Definición: Perteneciente a la sociedad, conjunto de modos de vida y costumbres, en el cual el ser humano se desenvuelve y se interrelaciona.

Operacionalización: Se consideraron aquellas variables como la religión, el consumo de alcohol, tabaco y las relaciones sociales, las cuales se midieron a través de una serie de preguntas que contiene el cuestionario.

Indicadores:

Alcohol

¿Consume algún tipo de bebida alcohólica? {nominal}

1) Sí 2) No

¿Cuántas copas se toma? _____ {razón}

¿Cada cuánto consume bebidas alcohólicas? _____ {razón}

¿A qué edad tomo su primera copa? _____ {razón}

Tabaquismo

¿Usted fuma? {nominal}

1) Sí 2) No

¿Cuánto tiempo lleva fumando? {razón}

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? {razón}

¿A qué edad fumó su primer cigarrillo? {razón}

Religión

¿Qué religión profesa? {nominal}

1) Católica 2) Evangelista 3) Testigos de Jehová 4) Mormones 5) Ninguna
6) Otras

¿Cada cuánto asiste al servicio espiritual? _____

¿Considera que su religión tiene una influencia importante en su vida? {nominal}

1) Si 2) No ¿Por qué?

¿Conjunta su religión con el tratamiento médico para sentirse mejor? {nominal}

1) Si 2) No ¿Por qué?

¿Utiliza la oración para aliviar el estrés emocional? {nominal}

1) Si 2) No ¿Por qué?

OTRAS VARIABLES

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición: Nivel de vida en el cual se desarrolla un individuo y su familia para satisfacer sus necesidades.

Operacionalización: Se obtuvo a partir de la aplicación del cuestionario en forma directa, a cada pregunta se le asignó un peso y posteriormente se conformó un índice en el cual se utilizó la técnica que aplicó M. Brofman⁽⁴²⁾ Se tomaron las características de la vivienda, tales como el tipo de piso de la casa, tipo de propiedad del inmueble, si contaba con los servicios públicos, el ingreso familiar mensual, el cual es recodificado en tres niveles de acuerdo con el salario mínimo con puntos de corte: Más de \$4001 igual a uno, de \$2001 a \$4000 igual a dos y menos de \$2000 igual a tres. Se creó la variable hacinamiento, a través de dos variables: Número de personas que habitan la casa entre el total de cuartos para dormir. Se asignó el menor puntaje a las características más deficientes, se hace la sumatoria de todas estas características y se crea el Índice de condiciones de la vivienda (INCOVI)⁽³⁸⁾, se obtienen los puntos de corte, cuya base son los terciles, y se estableció como puntos de corte (de 7 a 9 puntos para el nivel socioeconómico alto, de 10 a 12 puntos para el nivel socioeconómico medio y de 12 a 17 puntos nivel socioeconómico bajo).

Indicador: Nivel socioeconómico: 1) Alto 2) Medio 3) Bajo {ordinal}

Indicadores para conformar el índice fueron:

¿La casa donde vive es? {nominal}

1) Propia 2) Prestada 3) Rentada 4) Otra

¿Cuántas personas viven en su casa? {razón}

¿Cuántos cuartos tiene para dormir, su casa? {razón}

¿El piso de su casa es de? {nominal}

0) Tierra 2) Cemento 3) Madera 4) Ladrillo 5) Otro

¿Dispone de agua potable? {nominal}

1) Dentro de la vivienda 2) Hidratante público 3) No dispone

¿La eliminación de excretas, donde se realiza? {nominal}

1) Drenaje 2) Fosa séptica 3) Letrina 4) Ras del suelo

¿Cuenta con luz eléctrica? {nominal}

1) Si 2) No

¿Cuál es el ingreso familiar mensual? {razón}

EDAD

Definición: Tiempo que una persona ha vivido, contando desde que nació.

Operacionalización: Se le preguntó al paciente su edad en el interrogatorio. Posteriormente se categorizó por grupo de edad
Escala de medición: De razón.
Indicador: Edad en años cumplidos.

GENERO:

Definición: Características fenotípicas y genotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.
Operacionalización: Se observaron las características fenotípicas del paciente durante la entrevista.
Escala de medición: Nominal
Indicador: 1) Femenino 2) Masculino

ESCOLARIDAD

Definición: Años de estudio realizados en el sistema formal educativo.
Operacionalización: Se le preguntó al paciente durante la entrevista, los años cursados en la escuela.
Escala de medición: Nominal.
Indicador: 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Técnico. 5) Preparatoria 6) Profesional

ESTADO CIVIL

Definición: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
Operacionalización: Se le preguntó al sujeto durante la entrevista.
Escala de medición: Nominal.
Indicador: 1) Soltero 3) Unión libre 5) Viudo 2) Casado 4) Divorciado 6) Otro

OCUPACIÓN:

Definición: Actividad a la cual se emplea la persona.
Operacionalización: Se le preguntó al sujeto durante la entrevista
Escala de Medición: Nominal
Indicador: 1) Comerciante 2) Obrero 3) Empleado 4) Estudiante 5) Pensionado 6) Jubilado 7) Otro

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE DEPRESIÓN

Definición: Presencia de depresión en algún familiar del paciente en estudio
Operacionalización: Por medio del cuestionario en la entrevista se preguntó si algún familiar del paciente padece o padeció depresión o angustia.
Escala de medición: Nominal
Indicador: 1) Ninguno 2) Padre 3) Madre 4) Abuelos maternos 5) Abuelos paternos 6) Otro

ANTECEDENTES PERSONALES

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA HEMODIÁLISIS

Definición: Tiempo que lleva el paciente con el tratamiento de Hemodiálisis

Operacionalización: Se preguntó al paciente la fecha en que inició con su tratamiento de hemodiálisis en la entrevista.

Escala de medición: Razón

Indicador:

¿En que fecha inicio con su tratamiento de hemodiálisis?

EDAD DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

Definición: Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento y el grado de madurez que tenía al saberse enfermo.

Operacionalización: Se le preguntó durante la entrevista, a que edad le diagnosticaron la enfermedad. Se categorizó por grupos de edad.

Escala de Medición: De razón

Indicador: Edad en años.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Definición: Nivel de atención que proporciona el personal al paciente en la unidad de hemodiálisis.

Operacionalización: Se obtuvo a partir de la entrevista directa al paciente

Escala de Medición: Nominal

Indicador:

¿Cómo considera la atención que le brinda el personal de enfermería?

1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Malas {ordinal}

¿El personal de enfermería le resuelve las dudas que tiene? {ordinal}

1) Siempre 2) A veces 3) Nunca

¿Cuándo usted se dirige al personal de enfermería, le responden rápidamente?

1) Si 2) No 3) A veces 4) Nunca {Nominal}

¿El personal de enfermería le proporciona algún tipo de apoyo psicológico durante sus sesiones? {Ordinal}

2) Siempre 2) A veces 3) Nunca

¿La enfermera se preocupa por su estado de salud?{nominal}

1) Si 2) No

3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un cuestionario semi-estructurado (anexo 1), para identificar los factores de riesgo para la presencia de angustia y depresión, además dos escalas: La escala de Beck (anexo 2) para depresión y la escala de Hamilton (anexo3) para medir angustia en el paciente sometido al programa de hemodiálisis.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes para verificar los datos.

3.7 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos se capturaron y se codificaron en una base de datos, fueron analizados por medio de los paquetes estadísticos. (Epi-info-V6.04 y SPSS para Windows, CIA). Se obtuvieron frecuencias simples, se calcularon las prevalencias, Intervalos de confianza (IC 95%), para variables continuas, medidas de tendencia central y dispersión, finalmente se graficaron los datos.

4.RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De un total de 260 pacientes derechohabientes del IMSS, que se encontraron en el programa de hemodiálisis, durante el periodo de estudio que comprendió del 1º. de marzo al 16 de junio de 2000, 20% (52) pertenecían al Hospital Regional de Zona No. 1 "Gabriel Mancera", 37% (98) al Hospital de Especialidades del CMN SXXI y 39% (106) al Hospital de Especialidades del CMN "La Raza". Del total 4% (9) fueron excluidos del estudio, 2% (5) por ceguera y 2%(4) por hipoacusia.

De la población total, 98% (245) presentó Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y 2% (6) presentó Insuficiencia Renal Aguda (IRA) La edad de diagnóstico de la enfermedad renal oscila entre el primer año de vida a los 78 años con un promedio de 30 años, desviación estándar (S)=16, la población se concentra en el segundo grupo de edad, que abarca de los 21 a los 40 años con un 44% (110), seguida del tercer grupo de los 41 a los 60 años con un 26%. (Cuadro N°1)

Respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada, se muestra que el 51% (128) fueron mujeres. Con relación a la edad, se presentó una edad mínima de 16 años y una máxima de 78 con un promedio de 37 años (S=15), dominaron dos grupos, el 27% tenían entre 27 y 37 años, seguidos de los de 16 a 26 años (24%), como es de notarse, la población abarca en más del 50% la edad reproductiva. Según el estado civil, 52% (131) de ellos estaban casados, seguido de los solteros con un 35% (87). El 6% (14) eran analfabetas, y el 29% (73) recibieron instrucción primaria, seguidos de los que tenían secundaria con el 28% (70).Cuadro N° 2.

La IR es una enfermedad crónica-degenerativa que provoca incapacidad en los individuos, esto es resaltado en la población estudiada, ya el 27% (68) de ellos no tienen ninguna ocupación, el 24% (60) se dedican a algunas labores en el hogar y 13% (32) son comerciantes. Según el nivel socioeconómico la población se encuentra en el nivel medio, con el 63% (159), seguido del nivel socioeconómico alto con un 22% (54). (Cuadro N°2)

Solo 13% (32) de los pacientes padecían Diabetes Mellitus, el 72% (182) presentaron hipertensión arterial, seguida del 5% (12) que presentaban lupus causante de su enfermedad actual y 3% (7) cursaban con hepatitis B ó C. (Cuadro N°3)

Como se puede observar, dentro de los factores sociales que se consideraron fue la religión. Se observa mayor porcentaje en que si la religión tiene una influencia importante en su vida con un 54% (135), 52% (131) conjuntaban a la religión con el tratamiento de hemodiálisis para obtener mejores resultados de este y el mismo porcentaje realizaban algún tipo de oración para aliviar el estrés que le provoca el

procedimiento, 82% (206) profesan la religión católica seguida de la evangélica con un 10% (25). Cuadro N° 4.

Con respecto a las relaciones sociales 83%(207) consideran que son buenas, solamente 6% (16) pertenecían a algún tipo de grupo social, de estos el 3% (7) pertenecían a grupos sociales de apoyo hacia la enfermedad. Así mismo, de la población total el 10% (25) fumaban y el 4% (10) tomaban. (Cuadro N°4)

El único aspecto psicológico que se estudio fue el tipo de personalidad y su distribución fue la siguiente: Se observa que el 16% (40) se clasificaron con personalidad tipo A y el 84% (211) con personalidad tipo B.

Respecto a la calidad de atención por parte del personal de enfermería, se observa que el 72% (182) consideró que el tipo de atención recibida es buena y el 14% (36) como regular. (Cuadro N°5)

Se muestra que el 98% (247) de los pacientes no presentaron antecedentes heredo-familiares de depresión o angustia, sin embargo, el 36% (90) de los pacientes presentaron depresión, de los cuales 17% (42) tenían depresión leve, 16% (40) depresión moderada y 3% (8) depresión grave. De los 251 pacientes, el 20% (51) presentó angustia. (Cuadro N° 6)

Con relación a la ocurrencia de depresión y angustia, la prevalencia global de angustia fue del 20% con un intervalo de confianza ($IC_{95\%}=15$ al 25%) en mujeres se observa una prevalencia del 23% ($IC_{95\%}=15$ al 30%), y en hombres la prevalencia es del 18% ($IC_{95\%}=11$ al 25%). Con respecto a los grupos de edad, se presento una prevalencia del 75% de los 49 a los 59 años ($IC_{95\%}=60$ al 86%); seguida del tercer grupo que abarca de los 38 a los 48 años con una prevalencia del 53% ($IC_{95\%}= 39$ al 67%). (Cuadro N° 7)

La prevalencia de depresión fue de 36% ($IC_{95\%}=30$ al 41%). El promedio de edad para presentar depresión fue de 45 años ($S=16$) y para presentar angustia 36 años ($S=13$). En hombres se observó una prevalencia del 34% ($IC_{95\%}=26$ al 43%) y en mujeres una prevalencia del 38% ($IC_{95\%}= 29$ al 46%). El tercer grupo de edad que abarca de los 38 a los 48 años presentó una prevalencia del 22% ($IC_{95\%}= 14$ al 32%) seguido del cuarto grupo que abarca de los 49 a los 59 años con una prevalencia del 27% ($IC_{95\%}=18$ al 37%).Cuadro N° 7.

Según grados de depresión, se observa que el 14% (40) de las mujeres presentaron depresión moderada, seguida del 19% (25) que presentaron depresión leve. El 23% (29) manifestaron angustia. En hombres el 18 % (22) presentaron depresión moderada. El grupo de edad de los 38 a los 48 años presentó en un 25% (11) depresión moderada seguida de el grupo de los 49 a 59 años con un 24% (12) y angustia con un 38% (19) (Cuadro N°8)

Los casados presentaron en un 17% (22), un 14% (19) y un 24% (31) depresión leve, depresión moderada y angustia respectivamente. Los divorciados presentaron en un 33% angustia. (Cuadro N°8)

Con respecto al tipo de escolaridad, los pacientes sin ninguna escolaridad presentaron un 50% depresión moderada, los que recibieron instrucción primaria presenta el 22% (16) depresión leve y el 18% (13) depresión moderada, el 14% (10) los que tenían secundaria con esta última. El 23%(17) seguida del 21% (15) de la población con instrucción primaria y secundaria respectivamente presentaron angustia.

Los individuos sin ninguna ocupación y los que se dedican a algunas labores del hogar, representan el 18% y el 13% para depresión moderada, el 22% y 17% para depresión leve, el 28% y 23% para angustia, los jubilados presentan en un 29% depresión leve.

La distribución de la depresión según nivel socioeconómico, los mayores porcentajes se encontraron en el nivel socioeconómico medio, en un 17% presenta depresión leve, el 16% para depresión moderada y para angustia el 20%.(Cuadro N°8)

Los pacientes con IRC presentaron en un 17% depresión leve, en un 16% depresión moderada y 20% angustia (Cuadro N°9)

La edad de diagnóstico de la enfermedad renal se presenta en el segundo grupo de edad que abarca de los 21 a los 40 años, un 16% con depresión leve y un 13% con depresión moderada, seguida del tercer grupo de los 41 a los 60 años con un 31% con depresión moderada y un 20% con depresión leve y de los 61 a los 81 años un 29% con esta última. Con una edad promedio de 38 años (S=15) si se le diagnostica a esta edad la depresión. La angustia se presenta con más frecuencia en el segundo grupo de edad con una edad promedio a los 42 años (S=13) (Cuadro N°9)

Los pacientes con diabetes mellitus refirieron en un 44% la presencia de angustia y un 22% depresión leve. El 25% de los pacientes con hipertensión arterial, presentaron angustia. (Cuadro N°9)

Con respecto a la presencia de depresión y angustia en pacientes en hemodiálisis relacionadas con otras enfermedades no se encontró una frecuencia significativa debido a la heterogeneidad que se presentó. (Cuadro N°9)

Los factores sociales representados en el Cuadro N°10 nos indican que los católicos presentaron en un 18% y 17% depresión moderada y leve, en un 22% angustia, seguida de los evangelistas que en un 20% presentaron angustia.

Ahora bien, de los que utilizan algún tipo de oración para liberar un poco el estrés del tratamiento el 23% presenta angustia, el 21% seguido del 18% presentaron depresión leve y moderada respectivamente. (Cuadro N°10)

De los que conjuntan su religión con el tratamiento de hemodiálisis 21% presentaron depresión leve, el 18% depresión moderada y el 23% angustia, en los que la religión tiene alguna influencia en su vida, el 22% seguida del 19% presentaron depresión leve y moderada respectivamente. El 23% presentó angustia.

Del 10% de la población que fuma, el 40% presentaban angustia, el 28% depresión moderada y el 12% depresión leve, cabe mencionar que del 90% (185) de individuos que no fuman el 17% manifestaron depresión leve y el 18% angustia. De los pacientes que toman el 40% presentó angustia.

En un 17% y 15% que consideran que sus relaciones sociales son buenas presentaron depresión leve y moderada respectivamente, a los que no pertenecen a ningún tipo de grupo social presentaron depresión leve y moderada en un 16% y un 20% angustia, aunque hay que recalcar que de la población que pertenece a un grupo de apoyo para la enfermedad presentó en un 57% angustia. (Cuadro N°10)

La proporción de individuos con angustia y depresión con antecedentes heredo-familiares de estos padecimientos, fue menor con respecto a los individuos que no presentaron, el 17% presentó depresión leve, seguido del 16% que presentó depresión moderada y un 20% angustia, (Cuadro N°11)

El tipo de personalidad representado en el Cuadro N°12 se observa que el 28% de personalidad tipo A presentó depresión moderada, seguida del 17% de la personalidad tipo B que presentó depresión leve. En cuanto a la presencia de angustia, el 19% pertenencia al tipo de personalidad B.

La calidad de atención brindada por el personal de enfermería relacionada con la presencia de depresión o angustia, una regular calidad de atención brindada se puede observar que el 22% presenta depresión moderada, seguida de un 14% representada por depresión leve, y un 31% para la presencia de angustia. (Cuadro N°13)

ANÁLISIS DE RIESGOS. (Cuadro N° 14)

Para saber cual era el riesgo de presentar angustia, se obtuvo que existe un riesgo tres veces mayor de que las personas con angustia manifiesten algún episodio de depresión Razón de momios (RM)=3.12 (IC_{95%}= 2.4-4.2), Ji cuadrada (Ji^2)=50.4, P=0.0001.

Existe una tendencia, es decir que a mayor edad existe mayor riesgo de presentar depresión, de forma tal que el grupo de 60 a 80 años de edad tuvo tres veces mayor probabilidad de presentar depresión. (RM=3.56, $Ji^2=15.336$, $P=0.0009$)

Los pacientes que no recibieron ningún tipo de educación presentaron un exceso de riesgo del 50% de presentar depresión, con una asociación estadísticamente significativa. (RM=1.5, $Ji^2=6.414$, $P=0.011$).

Aquellos pacientes que ya no estaban empleados presentaron un exceso de riesgo del 50% de presentar depresión con una RM=1.5 e $IC_{95\%}=.94\%-3.3\%$, $Ji^2=3.19$, $p=0.074$.

Existe 2.3 veces más probabilidad de presentar depresión en aquellos pacientes diabéticos en comparación con aquellos que no lo son ($IC_{95\%}=1.07-4.79$, $Ji^2=4.75$, PA 0.03) Para angustia 3.8 veces mayor riesgo de presentarla en comparación con los que no tiene el antecedente de padecer la diabetes ($IC_{95\%}=1.75-8.38$) $Ji^2=12.48$, $P=0.000$

Así mismo se puede observar dos veces mayor riesgo de presentar depresión, si se tiene el antecedente de padecer Hipertensión arterial, en comparación con los que no son hipertensos (RM=2.05; $IC_{95\%}=1.1-3.82$, $Ji^2=5.208$, $P=0.022$) y 4.3 veces mayor riesgo ($IC_{95\%}=1.74-11.42$. $Ji^2=10.04$, $P=0.002$) para presentar angustia en aquellos hipertensos comparados con los que no tienen este antecedente. No se encontró asociación entre la depresión relacionada con la presencia de alguna otra enfermedad. (Cuadro N°14)

Ahora bien, existe una tendencia de presentar depresión a mayor edad de diagnóstico de la insuficiencia renal ($Ji^2=10.943$, $P=0.009$), lo mismo que para angustia ($Ji^2=14.55$, $P=0.009$), de forma tal que el mayor riesgo es en el grupo de edad de los 41 a 60 años.

La mediana del tiempo que lleva el paciente en el tratamiento de hemodiálisis, para que se presente la depresión fue de 2 años Rango intercuartilar (RI=2.6 años), mientras que para los que no presentaron depresión la mediana fue de 2 años y RI de 3 años. Para que se presente angustia la mediana de tiempo en el tratamiento fue de 1 año, con RI 3.3.

Los pacientes que fuman, presentaron 3 veces más un riesgo de presentar angustia de los que no fuman (RM=3.0 $IC_{95\%}=1.26-7.17$; $Ji^2=6.64$, $P=0.001$)

Ahora bien, a medida que sus relaciones sociales son malas existe 2 veces mayor riesgo de presentar depresión, comparado con las relaciones sociales buenas y muy buenas (RM=2.4 $IC_{95\%}=0.4-13$ $Ji^2=0.6$, $P=0.0043$)

Existe un riesgo del 1.64 ($IC_{95\%}=0.97-2.76$, $Ji^2=3.43$, $P=0.064$) de que se presente depresión si se utiliza la oración, comparados con los que no la usan.

Se observó un riesgo 2.3 veces mayor de presentar depresión si relaciona la religión con su vida, y si la conjunta con el tratamiento de hemodiálisis (RM=2.3, IC_{95%}=1.3-3.9, Ji²=9.4, P=0.002).

4.2 DISCUSIÓN

El ingreso de los pacientes al programa de hemodiálisis constituye una reestructuración alrededor de la enfermedad y de la vida del paciente, todas las funciones y actividades normales se alteran, el paciente tiene que aprender a vivir a pesar de la restricción del trabajo, la reducción de las relaciones sociales, soportar una dieta estricta, la dependencia a la máquina, tanto física como mentalmente, los sentimientos de frustración y el miedo continuo de morir al enterarse de que la hemodiálisis no es la solución a su problema, sino que solamente puede vivir con un tipo de vida que la enfermedad le permite, provocando en el paciente manifestaciones psicológicas.

El presente estudio ha permitido una visión panorámica de la magnitud de este problema en la población derecho-habiente de las tres instituciones del IMSS, que cuentan con pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Se ha documentado que una de las causas para la presencia de la depresión y angustia en la población son los antecedentes familiares,^(19,39,40) sin embargo, en este estudio el 98% de la población refirió no presentar antecedentes familiares de depresión o angustia, lo cual es muy alto, lo que refleja quizás que estos padecimientos no son diagnosticados en forma común, o que realmente es baja dicha asociación en esta población de estudio. Sería conveniente para estudios posteriores estudiar a la familia, ya que las personas no tienen mucho conocimiento de este tipo de padecimientos, y muchas veces algún miembro de la familia se encuentra en un estado de depresión y angustia y no son consideradas como enfermedades, sino como simples episodios de la vida.

Es de notarse que los episodios depresivos se manifiestan más que los de angustia, lo que refuerza lo documentado en otros estudios, donde se menciona que la depresión es la manifestación psicológica más común en pacientes con hemodiálisis.^(9,13,19) Aun así, los trastornos de angustia se encuentran asociados por su comorbilidad con otros padecimientos no ansiosos, entre los que sobresalen notoriamente los trastornos depresivos. Los pacientes que se les identificó angustia, tienen un riesgo mayor de que presenten episodios depresivos comparados con los pacientes depresivos que tienden menos a que se manifieste un evento de angustia.

Es importante mencionar que el tratamiento de hemodiálisis es una alternativa como sustituto de la función renal, que ofrece una rehabilitación posible y adecuada; está dirigido a pacientes con Insuficiencia Renal Aguda (IRA), en sobredosis farmacológicas y en candidatos a trasplante renal, entre otras⁽¹⁰⁾, sin embargo, en este estudio, solo el 2% de los pacientes padecían de IRA y el 9% eran candidatos a trasplante renal, el resto de la población padecía de Insuficiencia Renal Crónica, la mayoría de los cuales iniciaron con esta modalidad de tratamiento "temporal" debido al descanso de la cavidad abdominal por cuadros

de peritonitis; ó bien, se encontraban en programa crónico por pérdida de la cavidad abdominal a causa de la diálisis peritoneal. Se encontró pacientes con más de 20 años bajo el tratamiento de hemodiálisis, por ende, el impacto de la enfermedad renal y el estrés del tratamiento pueden causar tensión emocional importante en el paciente y en su familia.

Ahora bien, la depresión leve y angustia afectó en su gran mayoría a la población del género femenino, como se documenta en otros estudios, ^(16,17,21,39) sin embargo, en los hombres se observa una mayor frecuencia la depresión moderada. Existe en la literatura contradicción, según Caraveo Anduaga, (1996) ⁽⁴⁰⁾ menciona que este tipo de trastornos depresivos y ansiosos afecta por igual a hombres y mujeres.

Es posible que este tipo de alteraciones se presente más en las mujeres por su sensibilidad emocional natural, y al hecho de que las múltiples agresiones físicas provocadas por el catéter o la fistula y la debilidad causada por las alteraciones orgánicas propias de la enfermedad renal, disminuye en gran medida el autoestima de las pacientes.

La alta frecuencia de depresión moderada que se presenta en los hombres es al hecho de que se sienten frustrados por no cumplir con su rol de hombre, ante la sociedad y ante su familia.

La contribución del estrés psicosocial a la incidencia de los episodios depresivos y de angustia, parece deberse a que afecta a la población en edad reproductiva, productiva y con responsabilidades familiares, el estudio muestra que más del 50% de la población se encuentra con estas características. El promedio de edad encontrado para que se manifieste la depresión es de 45 años, por lo que se puede considerar como grupo de riesgo a las personas que se encuentren por arriba de esta edad. De hecho, se observa que se presenta entre los 38 a 50 años una frecuencia mayor de depresión leve, depresión moderada y angustia. Se reporta que las personas mayores de 50 años muestran una prevalencia y un riesgo mayor de presentar tanto depresión como angustia, esto aunado, posiblemente al proceso de envejecimiento que se presenta en la vida del individuo, complicando aun más su concepto de si mismo y la manera de enfrentar su enfermedad.

En los pacientes con angustia, hay dos extremos en los que se presenta, por un lado en los de 38 a 59 años, y el otro grupo es el de 16 a 26 años. El promedio de edad para que se manifieste la angustia fue de 36 años, en pacientes un poco más jóvenes comparados con el promedio de edad para que se presente depresión. En diferentes estudios se documenta que a mayor edad, ^(16,20,40) es más probable que se presente depresión, y entre mas joven que se manifieste angustia, lo cual concuerda con los hallazgos del presente estudio.

La depresión en la población adulta mayor, se puede deber a las responsabilidades familiares en los que se encuentran inmersos los pacientes, de tener que cumplirlas y no llevarlas a cabo, que esas responsabilidades son relevadas a los diferentes miembros de la familia, lo que crea conflictos internos en ambas partes, y si no se sabe como manejar la situación envuelve a todo el rol familiar en un constante estrés psicológico, lo que provoca la presencia de los estados depresivos en el individuo bajo tratamiento de hemodiálisis.

Con respecto al estado civil, se observa que los casados tienen una frecuencia considerable de presentar depresión, comparativamente con las personas que se encuentran sin pareja como los divorciados, separados o viudos son más frecuentes a manifestar angustia. Lo anterior difiere con otros estudios, en los cuales se reportan que los divorciados, los viudos y separados tienen dos a cuatro veces más posibilidades de sufrir depresión que los casados.^(16,17) Para lo cual es necesario establecer a partir de otro estudio que grupos son los que realmente presentan un mayor riesgo de presentar este tipo de alteraciones.

Existe una asociación significativa entre la población que tienen nula o menor escolaridad para presentar depresión comparados con las personas con un nivel de escolaridad mayor, considerándose pues, como un grupo vulnerable, ya que la persona con bajo nivel educativo, es más sensible a todo tipo de agresión, tanto física como mental; los individuos sin ninguna ocupación y los que se dedican a algunas labores en el hogar, representan los porcentajes más altos en presentar depresión leve, moderada y angustia, y existe un riesgo mayor en aquellas sin ninguna ocupación de presentar depresión, comparadas con las personas que se dedican a alguna actividad, por lo que es importante mantener la mente ocupada del paciente a través de una terapia ocupacional durante las sesiones de hemodiálisis. De la población total, un mínimo porcentaje pertenece a algún tipo de grupo social que le ayude a ocupar su tiempo libre.

A pesar de que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad discapacitante, la mayoría de la población cuenta con un nivel de vida medio, por lo mismo, la mayor frecuencia de depresión tanto moderada como grave afecta más al nivel socioeconómico medio, y al nivel socioeconómico alto, Caraveo (1996) reporta que los episodios depresivos fueron frecuentes en las personas con menores ingresos, pero no los más pobres, seguidos por aquellos con los mayores ingresos, que es concordante con los hallazgos obtenidos por la presente investigación.⁽¹⁶⁾

Los pacientes diabéticos tienen una mayor probabilidad de presentar depresión en comparación con aquellos que no lo son. Y, existe un riesgo aun mucho mayor para que éste tipo de pacientes manifiesten episodios de angustia durante su tratamiento de hemodiálisis y durante su vida. Esta relación tan estrecha, también es debida a que una buena parte de estos padecimientos crónicos, son los que originan precisamente la IRC.

Respecto a la presencia de depresión en pacientes con hipertensión arterial se presenta un riesgo mayor comparados en los pacientes no hipertensos y se observa una alta frecuencia y un mayor riesgo, casi del doble de que se manifieste la angustia en los pacientes con antecedente de hipertensión arterial. La presencia de enfermedades agregadas en el paciente renal provocan en él una serie de manifestaciones físicas de difícil control, al tener que lidiar no solamente con una patología, ya que las implicaciones terapéuticas, las manifestaciones clínicas, la reacción del organismo, las complicaciones, los cuidados, y las medidas de atención es diferente en cada enfermedad. Esta documentado que la depresión y la angustia se asocian a padecimientos físicos y sobre todo a enfermedades crónicas. ^(18,39) y que se ve manifestado en el paciente renal a partir de la angustia y en menor proporción en depresión, al no saber como manejar y adaptarse con dos o tres patologías a la vez, al provocar en la familia y en el propio paciente un esfuerzo mayor para sobrellevar el estilo de vida que la o las enfermedades les permite.

Con respecto a la variable de la edad de diagnóstico de la enfermedad renal se presenta una alta frecuencia en el grupo de edad de los 21 a los 40 años para manifestar depresión leve y moderada seguida del segundo grupo de los 41 a los 60 años predominando la depresión moderada, si se le diagnostica la enfermedad en promedio de los 38 años de edad, existe una mayor probabilidad de presentar episodios depresivos.

Como se puede observar, en las edades que más frecuentemente se presentan ambas alteraciones psicológicas son las edades mayores, donde existe un sin número de cambios internos biológicos y físicos, en donde su autoestima, en mucho de los casos, se encuentra por debajo de lo normal, se sienten inútiles, lo que provoca una situación estresante de no saber manejar su yo conjuntamente con las implicaciones de la enfermedad crónica. La falta del apoyo familiar provoca en el paciente mayor sentimientos de tristeza, vergüenza, inferioridad y culpa, vergüenza e inferioridad por no sentirse normales, culpa por la enfermedad fantaseada como castigo, envidia y reacciones hostiles hacia los sanos y un intenso remordimiento por constituir una carga económica y afectiva. ^(9,22) Lo anteriormente descrito también se presenta en los pacientes que se encuentran en edad productiva y reproductiva. Esta situación de frustración rompe cruelmente con la rutina usual de la vida del paciente y crea un elemental miedo en lo que tanto a él como a sus familiares se ven afectados por diferentes cargas emotivas, originadas por el deterioro del organismo, que disminuye la autoestima, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida, mayor aislamiento, discapacidad física y social, e internamientos hospitalarios. Estas diferentes situaciones a las que se enfrentan la mayoría de los pacientes con hemodiálisis, no pueden reaccionar debido a su incapacidad por aceptar, esto resulta en pasividad, apatía y desgana para luchar y terminar en depresión o angustia.

Con respecto al tiempo que lleva el paciente bajo el tratamiento de hemodiálisis, en promedio de tres años tiende a presentar depresión y un promedio de dos años para que se presente la angustia, probablemente la causa sea de que los pacientes se dan cuenta de que el tratamiento de hemodiálisis no les va a curar la enfermedad, sino solamente se las controla y que depende de la máquina para mantener un estado fisiológico más o menos equilibrado, que sin la sesión de hemodiálisis tienen el riesgo de morir.

Dentro de las variables para identificar los factores de riesgo sociales se encontró una asociación entre el consumo de tabaco y la presencia de angustia, ya que se observa un alto porcentaje para presentar angustia en la población que fuma. El 28% manifestó depresión moderada. Así mismo, estos pacientes presentan tres veces más riesgo de presentar angustia comparado con los que no fuman. De los pacientes que consumen bebidas alcohólicas, el 40% manifestó angustia, lo que reafirma lo documentado en estudios de prevalencia donde se ha encontrado una marcada asociación entre los distintos tipos de angustia y el abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias como el tabaco. ⁽⁴⁰⁾ Hay que considerar que no está bien determinado si la presencia de estas alteraciones se relaciona con el consumo de sustancias tóxicas, o si las alteraciones psicológicas orillan al paciente al consumo de estas.

A medida que sus relaciones sociales son malas existe un riesgo mayor de presentar depresión comparado con las personas que consideran que sus relaciones sociales son buenas o muy buenas. La falta de la relación social en todo individuo, crea sentimientos de soledad, ⁽²²⁾ el paciente al sentirse diferente y menos que los demás crea un elemental aislamiento y se desconecta del mundo real en el cual está inmerso, como un mecanismo de defensa para no sentirse enfermo y creando reacciones hostiles hacia los sanos o el personal de salud.

En la República Mexicana, la religión predominante es la católica, en la población de estudio se presentó en un 82%, seguida de la evangélica, se sabe, que la religión juega un papel muy importante en la vida de los individuos, es parte de su idiosincrasia.

Cummings y Cols (1997). reportan que las creencias son de los obstáculos de mayor peso para lograr una adecuada adaptación a la terapéutica y la enfermedad. ^(9,35) Matthews ⁽²⁴⁾ (1998) apoyado por otra infinidad de estudios, señala la importancia de incluir en el plan de tratamiento las necesidades espirituales, que él tratarlas y satisfacerlas mejora la prevención y el tratamiento de los desórdenes adictivos y psicológicos, aumentando la calidad de vida y autoestima del paciente prolongando así su supervivencia; Sin embargo, en este estudio se reporta que de las personas que utilizan algún tipo de oración para liberar un poco el estrés del tratamiento presentaron angustia y depresión moderada con un riesgo de 1.64 de que se manifieste la depresión. El que conjunta su religión con el tratamiento de hemodiálisis, y en los que su religión tiene alguna influencia importante en su vida

presentan un riesgo de dos veces más de manifestar depresión. Sería importante determinar en estudios posteriores que tipo de religión es la que se presenta en el paciente, si es religión de amor o es religión de culpa o temor, dependiendo de esta clasificación es como reaccionaría el paciente renal ante la enfermedad y el tratamiento. Mejorando o empeorando su calidad de vida, provocando o disminuyendo la frecuencia de los trastornos psicológicos.

Según lo documentado en la literatura⁽¹⁷⁾ el tipo de personalidad es un factor de riesgo para la presencia de depresión o angustia, sin embargo, no se encontró una asociación entre el tipo de personalidad y la presencia de depresión o angustia, aun así, la mayoría de la población se clasificó con una personalidad tipo B. Las personas con personalidad tipo A presentaron una frecuencia mayor de manifestar depresión moderada y angustia comparadas con las personas con personalidad tipo B.

La calidad de atención brindado por el personal de enfermería fue considerada por la población como buena, sin embargo, los pacientes que consideran que la calidad de atención fue regular presentaron una frecuencia mayor de depresión moderada y de angustia, por lo que es de considerarse que el tipo de atención recibida por parte del personal si influye en el paciente, lo que hace considerar esta variable como un factor que debe profundizarse en su análisis, para hacer mas sólida e influir en acciones encaminadas a una participación mayor de este personal que ayude en el tratamiento de este tipo de pacientes. Aunado a lo anterior, hay que tomar en cuenta la personalidad de cada paciente, en muchas ocasiones el paciente renal es problemático, uraño, introvertido, con actitudes negativas, que ni con la mejor atención se sienten satisfechos, por lo que se deprimen independientemente del tipo de atención que reciban.

5 CONCLUSIONES

- El problema surgió a partir de la inquietud al observar a los pacientes en las unidades de hemodiálisis durante las prácticas realizadas durante la carrera, por la falta de información respecto al tema en nuestro país, considerando que la depresión y la angustia han ido en aumento en los últimos años y se están considerando como problemas de salud pública y enfermedades crónicas degenerativas. .
- Con los resultados del estudio se ha podido documentar y mostrar las alteraciones psicológicas que se presentan en el paciente renal y la gran problemática que ello representa, en los diferentes ámbitos de su atención. Para abordar sistemáticamente la problemática, tanto desde el punto de vista administrativo de la atención, como de la investigación aplicada, destaca la necesidad de un sistema de información actualizada y oportuna sobre los cambios que se van presentando en el paciente, no sólo en la Insuficiencia Renal Crónica, sino en otras muchas enfermedades crónicas degenerativas que van en aumento cada día en nuestro país.
- Respecto a la frecuencia de los trastornos mentales que se estudiaron, los resultados son más altos que los reportados en la bibliografía, siendo la depresión el síndrome más frecuente en la población. Durante la realización de las entrevistas, se pudo observar que el ambiente hospitalario es muy deprimente para la mayoría de los pacientes, sobre todo las instalación del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.
- Dentro de las características sociodemográficas, existe una marcada diferencia entre el género masculino con el femenino para que se presenten ambas alteraciones, es más frecuente en la mujer y en los grupos de mayor edad, sin embargo, en las personas jóvenes existe mayor ocurrencia de manifestar angustia comparado con los otros grupos de edad. Por lo que estos individuos con estas características se pueden considerar grupos vulnerables, que necesitan del implemento de un programa que ayude a prevenir e identificar en ellos la depresión y la angustia, para mejorar su calidad de vida.
- En cuanto al estado civil, se encontró que las personas casadas, con pareja o con familia tienden más a deprimirse y angustiarse en comparación con las personas solas, lo cual es diferente a lo documentado en la literatura. Quizás el tipo de población que se estudio, comparada con las poblaciones que documentan los otros países sean diferentes, sería bueno estudiar más a fondo esta variable en otras poblaciones para determinar si es la variable la que influye o realmente es el tipo de población.
- Entre menos años de estudios se tenga, se asocia la presencia de las alteraciones mentales en los pacientes con IRC y en tratamiento de

hemodiálisis, que quizás es un reflejo de que aunado a la enfermedad esta el peso de las carencias sobre todo económicas.

- El desempleo, la ociosidad, la falta de interés para realizar, por lo menos una mínima actividad, son factores de riesgo que se presentan en el paciente renal, ya que los pacientes que no se ocupa en ninguna actividad o las que realizan alguna actividad en su hogar, están más propensos a manifestar episodios depresivos o de angustia, comparados con los pacientes que tienen alguna ocupación, que les permite distraerse y eliminar un poco el estrés que les provoca la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis.
- No se puede considerar como factor de riesgo al nivel socioeconómico, según los resultados de este estudio, no existe una asociación significativa para la presencia de los trastornos psicológicos relacionados con esta variable. Por lo que se pudo observar al relacionarse con los pacientes, aquellos de mejor nivel socioeconómicos tenían menos esperanzas de su futuro, con mayor complicación para aceptar su enfermedad y los cambios tan radicales en su vida.
- Es importante señalar que la depresión y angustia que se presentó en los pacientes bajo el tratamiento de hemodiálisis, puede ser causado en sí por la enfermedad y el tratamiento, no se encontró la asociación entre lo hereditario y la presencia de los trastornos. En la mayoría de la población no existía el antecedente heredo-familiar. Esto sin tomar en cuenta, que este tipo de padecimientos no son detectados por la misma familia y muchas veces no son detectados por el propio personal de salud, por la falta de conocimiento de este tipo de padecimientos.
- El tiempo de evolución de la enfermedad, el tiempo que lleva el paciente bajo el tratamiento de hemodiálisis y la presencia de otras enfermedades se pueden considerar como los factores de riesgo predominantes para la presencia de la depresión y angustia.
- La religión que profesa el paciente es un factor de riesgo potencial para obstruir la aceptación de la enfermedad y del tratamiento en el paciente renal, según los resultados del estudio, sin embargo, la creencia religiosa es una parte fundamental del ser humano, es una necesidad humana la cual tiene que ser satisfecha.
- El consumo de alcohol y tabaco aumenta el riesgo, para presentar ambas alteraciones, lo que refuerza lo encontrado en otros estudios, es un factor de riesgo que puede ser difícilmente modificarlo. En realidad es difícil determinar por el tipo de estudio, si es la depresión la que provoca que tengan alguna adicción o la presencia de alguna de ellas provoca la depresión o angustia.

- Con respecto al tipo de personalidad, no se puede considerar como un factor de riesgo, ya que no se identificó una diferencia significativa entre ambas relacionadas con la presencia de las alteraciones psicológicas, sin embargo, en otros estudios se menciona que el tipo de personalidad sí está asociado. Se recomienda para estudios posteriores, la utilización de otro instrumento para medir el tipo de personalidad que tenga una validez comprobada en población mexicana, que permita hacer más consistente este hallazgo.
- En cuanto a la calidad de atención, a pesar de que en este estudio se consideró como buena, en los pacientes que observan una regular atención, presentan más frecuentemente angustia. Sería bueno, para estudios posteriores, se ocupe un instrumento que evalúe la calidad de atención, ya que el utilizado en este estudio no está evaluado.
- Se pudo observar durante la realización del estudio que el personal de enfermería se encuentra preparado para la realización de la técnica para el tratamiento de hemodiálisis, sin embargo, falta una preparación para tratar el aspecto psicológico del paciente, ya que solo se dedican a su rutina, y en muy pocas ocasiones tienen un contacto directo con el paciente.
- Se denota la necesidad del paciente de expresar sus sentimientos, ya que una vez finalizada la entrevista o durante ella manifestaban todo tipo de sentimientos, desde alegría hasta llanto, comentaban de sus problemas médicos, familiares, laborales, sociales. Que se sienten solos en su problema, lo que hace pensar que no existe una comunicación ni con el personal de enfermería, ni con el médico y ni entre los mismos pacientes.
- A pesar de que la gran mayoría de los pacientes se encontraban en algún estado de depresión me encontré con pacientes que son un ejemplo a seguir para sus compañeros de piso y para uno mismo como persona y profesional al demostrar un amor a la vida a pesar de su enfermedad y del tratamiento.
- La angustia corresponde a un fenómeno clínico importante, además de que su frecuencia entre la población es elevada, es muy común encontrar estos padecimientos asociados con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, en los que por lo general complican la evolución y la respuesta al tratamiento de hemodiálisis.

6 PROPUESTA

Es de vital importancia que el equipo de salud trate al paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) individualmente y tomar en cuenta sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Requiere ser tratado como un ser humano que se está enfrentando a los sufrimientos más grandes que existen, el de la muerte y la desesperanza.

La intervención de enfermería es de suma importancia, debe brindar una atención profesional que permita la detección y la jerarquización de las necesidades desde un enfoque holístico. El compromiso de la enfermera no es solo proporcionar tratamientos sustitutivos, sino lograr una verdadera y real calidad de vida.

Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia, para aceptar y llevar una enfermedad crónica o una muerte tranquila.

El equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, ya que la emoción es en realidad la interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares.

Por lo anteriormente descrito por Virginia Henderson, es importante mantener un equilibrio fisiológico y emocional, ya que la mente y el cuerpo son inseparables. Así pues, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia podrá implementar actividades o programas para poder mantener este equilibrio, debe ser sustituto de las necesidades del paciente, debe ser su ayuda y compañera, debe ser la esperanza y alegría del deprimido.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia, junto con un equipo interdisciplinario, con la familia del paciente y con el propio interesado, deben planear un esquema terapéutico, si es necesario modificar el entorno para lograr que el paciente se sienta lo más cómodo, reconfortante y animoso, para luchar contra su enfermedad, entenderlo cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Cada una de estas actuaciones son individuales, según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas. Abarcando así el enfoque holístico en el cliente.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia, debe limitar la magnitud del tejido implicado en la enfermedad (el riñón) por medio de una identificación precoz de los cambios funcionales y mediante las intervenciones de enfermería, trabajando conjuntamente con el personal médico, para ir reservando al máximo las funciones corporales.

La autoestima y el sentido de la identidad son importantes. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe mostrar respeto por el paciente llamándolo por su

nombre, respetando sus deseos, valorando sus objetos personales, proporcionándoles intimidad ante sus actuaciones, apoyando sus defensas y enseñarles. El objetivo de la enfermera es impartir conocimiento y fuerza de tal forma que el individuo pueda reanudar su vida privada.

La vida adquiere significado a través de la convivencia social, la salud está determinada socialmente. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe desempeñar un papel profesional, al hacer que los miembros de la familia contribuyan al cuidado individual de su paciente, de satisfacer las necesidades religiosas y utilizar las relaciones interpersonales para conservar la integridad social perdida en el paciente renal.

El profesional de enfermería, debe brindar calidad en la atención, la cual debe ser integral y abordar el aspecto psicológico. Satisfacer al máximo todas las necesidades del paciente según la Teoría de Virginia Henderson para mejorar la calidad de vida del paciente y su salud al máximo.

Una vez que se han identificados que factores de riesgo predisponen al paciente a manifestar depresión o angustia, se logra persuadir a los grupos de riesgo, tal es el caso de las mujeres, personas mayores de 50 años, los individuos que fuman, que toman, los que presentan enfermedades agregadas, los de menos escolaridad, los que no tienen ninguna ocupación y aquellos pacientes con un promedio de 2 años en el tratamiento. Todos esto son grupos en los que es necesario trabajar, elaborar programas de prevención para disminuir al máximo los factores de riesgo que se presentan, al brindar charlas de salud a este tipo de grupos para proporcionar información acerca de la enfermedad, sus riesgos, consecuencias, el tipo de tratamiento que van ha recibir, la necesidad de la comunicación en todos los niveles, la expresión de sus sentimientos, su dieta, sus medicamentos, ejercicio.

El personal de enfermería está en un contacto directo con pacientes con estas características, es necesario que tengan una preparación que les ayude a identificar este tipo de padecimientos en el paciente renal en la unidad de hemodiálisis, para así implementar un proceso de atención que le permita al paciente superar este tipo de alteraciones, o en todo caso para ser remitidos al especialista e iniciar un tratamiento adecuado.

El aplicar escalas para determinar la presencia de los trastornos psicológicos es sencillo, lo cual ayudaría mucho para identificar a los pacientes en riesgo.

Sería recomendable implementar un programa en todas las unidades de hemodiálisis, conjuntamente con el servicio de psiquiatría, trabajo social y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en el cual por medio de la aplicación de escalas como la de Beck o de Hamilton, en aquellos pacientes que con reciente ingreso al programa de hemodiálisis y a los pacientes que ya se encuentren dentro del programa cada mes, que permitan identificar aquellos pacientes que presenten

signos y síntomas de depresión o angustia, para ser tratados por medio de terapia ocupacional, sesiones de psicoterapia o que sean canalizados a un especialista si así que requiere.

Es importante establecer una relación enfermera-paciente-familiar dinámica y confiable, para mayor y mejor aceptación a la situación de salud, un ambiente hospitalario es frío, el recibir una atención cálida, provoca sentimientos de confiabilidad.

Es necesario establecer en todos los casos, independientemente de la gravedad del paciente, una relación terapéutica con la familia y con el propio paciente.

Uno de los objetivos de la enfermería es enseñar sobre la enfermedad y el tratamiento, es proteger al paciente contra lesiones potenciales, educarlos en relación con las pociiones terapéuticas y ayudarlos a superar los problemas relacionados con la depresión, lo que permite al paciente a que asuma el cuidado y el control de su régimen terapéutico, al resaltar sus capacidades y a que establezca metas realistas, alentarlo que interactúe con su medio durante las sesiones de hemodiálisis, animarlo a que exprese sus sentimientos de enojo, dolor, molestia, frustración para reducir el grado de tensión emocional, con lo anterior se satisfacen varias necesidades según la Teoría de Virginia Henderson.

Es recomendable, utilizar valores como la familia, la religión y los amigos para el apoyo del paciente. A pesar que en este estudio se demostró que la religión y la práctica de ésta es un riesgo para la presencia de la depresión o de la angustia, no hay que olvidar que forma parte de la idiosincrasia del ser humano, es una cuestión holística. Es importante que el personal de enfermería tenga conocimiento de las diferentes religiones y sectas, lo que le permitirá ofrecer el respeto y las condiciones necesarias según la creencia religiosa del paciente, para su bienestar y no para lo contrario, la fe es una influencia importante, el reconocer las dimensiones espirituales en los pacientes, se pone en práctica la filosofía del enfoque holístico. Cuando la enfermera identifica las necesidades del enfermo renal, tanto físicas como espirituales, plantea acciones que tendrá que priorizar, de acuerdo con la gravedad de las dolencias físicas y las espirituales que en forma ambivalente pueden limitar o ayudar en la superación de las deficiencias corpóreas y así se estarían cubriendo una de las necesidades de la teoría de Virginia Henderson, que en mi opinión personal, la religión es un motivo de ayuda y de fortalecimiento al paciente, todo es cuestión de saber como manejarla y sobre todo de el respeto hacia el cliente.

No hay que olvidar a la familia, es indispensable lograr que la familia exprese sus sentimientos de enojo, culpa y carga que les provoca su paciente, apoyarlos emocionalmente y mostrar interés por ellos ayuda a que acepten la enfermedad y alcancen una mejor calidad de vida tanto el paciente como su familia.

Todas las acciones anteriormente mencionadas, son una alternativa de solución a los problemas a los cuales se enfrentan los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis, el pretexto: la carencia del personal y falta de recursos, limitantes que pueden resolverse y mejorar aun más la atención que brinda el personal de enfermería, con el fin de que el paciente renal tenga una mayor aceptación de su enfermedad, de su tratamiento, alcanzado mejorar su calidad de vida de él y de su familia.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Los Riñones, **Filtros de la vida**. Hoja de Internet.
- 2.-Pérez Otero Elizabeth, Velázquez Serrano Juan. **Insuficiencia Renal**. *Enf Día* 17(11);1992:11-15.
- 3.-Benett Claude. Cecil. **Tratado de medicina interna**. 20 ED. (1997). México, Mc Graw Hill Interamericana, tomo 2. p. 633-642.
- 4.-Mac Gregor G., **Insuficiencia Renal Crónica**. *Med Int Actualidades* No.3; 1998:2-21.
- 5.-Llamas Henández Guillermo, Espinoza Vazque Beatriz, Exaire Murad Emilio, Burdes Aznar Javier. **Algunas reflexiones sobre la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en México**. *Gac Med Mex* 131(4);1995:459-463.
- 6.-Moreno Oliver Martín, Rubio Guerra Alberto, Rodríguez López Leticia, Lozano Nuevo José. **Causas de Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital de Ticoman S.S 1988-1994**. *Med Int Mex*. 12(3);1996:159-162.
- 7.- Estrada Salgado Victor. **Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en Baja California Sur, México**. *Nefrol Mex*. 18(4);1997:157-160.
- 8.-Ruiz Arguelles Tanimoto, Weki Miguel. **Prescripción de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica**. *Gac Med Mex*. 130(4);1999, 269-271.
- 9.-Rodriquer Zamora Cristina, Pineda Olvera Juan. **Entorno psicosocial en DPCA.** *Des Cient Enf*. 5(3);1997:69-72.
- 10.-Zevin, J. Schiller P. **Is there a religious factor in health?** *J Religion Health*. 26; 1987:936-939.
- 11.-Kurt J. Isselbacher, Eugene Braunwald, Jean D. Wilson. Harrison. **Principios de Medicina Interna**.(1994). 13ª.ed. Interamericana Mc-Graw-Hill, México. 1436pp. Tomo 1.
- 12.-Torres Zamora Manuel. **Progresión de la Insuficiencia Renal**. *Nefrol Mex*. 16(2);1995:69-72.
- 13.-Sholtis Brunner Liliana. **Manual Médico Quirúrgica** (1988). 4ª. Edición. México.Interamericana. p. 2555-2560.
- 14.-Slobodan Ilić, Vidojko Dmordjexić. **Psychological status of ESRD patients on hemodialysis**. *Dial Transp*. 25(10);1996:871,872,880.
- 15.-García Rodríguez Leonor, Hernández, Méndez Yolanda. **Efecto de la DPCA y de la DPI en la sexualidad del paciente**. *Enf Día* 17(1);1992:20-23.
- 16.-Caraveo, Jorge, Colmenares Eduardo, Saldivar Gabriela. **Estudio clinico-epidemiológico de los trastornos depresivos**. *Salud Mental*. 2(22);1999:7-17.
- 17.- Revisión Bibliográfica. **Depresión**. *Med Gen*. 8(3);1998:12-15.
- 18.-Gómez Torres Patricia. **Comorbilidad de la depresión en la Insuficiencia Renal Crónica**. *Des Cient Enf*. 7(5);1999:132-134.
- 19.-Conrray Nancy. **The effectiveness of psychological counseling for long-term hemodialysis patients**. *Dial Transp*. 20(1);1990:26-29.
- 20.-Almanza Muñoz José, Blum gordillo Bertha, Gordillo Paniagua Gustavo. **Psicoterapia en grupo con pacientes renales**. *Rev Sanid Milit Mex*.

- 49(5);1995:127-132.
- 21.-Fernández Alfredo. **Depresión en la población adulta mayor.** Rev Med IMSS. 37(2);1997:111-115.
22. -Messner Roberta. **Dos problemas en uno.** Nursing. No. 18;1996:19-22.
23. -Kimmel, Paul; Thamer, Mae PhD; Richard, M.MsC. **Psychiatric Illnes in patients con end-stage disease renal.** Am J Med. 105(3);1998:214-221.
- 24.-Mattehews, Dale. **Religion and spirituality in the care of patients whit chronic renal failure.** Dial Transp.27(3);1998:136-140.
- 25.-Diccionario Enciclopédico Lexix 22, tomo 18, Pág. 4561.-
- 26.-Berlanga Carlos. **Evaluación clínica y tratamiento de los pacientes con trastornos de angustia: Estado actual y perspectivas.** Salud Mental. 4(19);1996:52-57.
- 27.-Gallup, G. **Religión en América: 1990.** Princeton. NJ Princeton Religion Research Center.1990.
- 28.-Kurtner Nancy. Lin Lillian. **Continued survival of older hemodialysis patients Investigation of psychosocial predictors.** J Kidney Dis. 24; 1994:661-668.
29. -Matthews,D. **Religion y spirituality in primary care.** Mind Body Med. 2(1);1997:9 19.
30. Saudia, T. Kinnerey, M. **Health locus of control and helpfulness of prayer.** Heart Lung. 20;1991:60-65.
- 31.-Conivay, K. **Coping with the stress of medical problems among black and white elderly.** Int J aging Hum Dev. 21;1986:39-48.
- 32.-Koenig, H. **Use of religion by patients with severa medical illness.** Mind Body Med. 2(1);1997:31-36.
- 33.-Woodward Kl. **Faith and healing.** Time. 24;1996:62-65.
- 34.-McNichol T. **The new faith in medicina** Weekens. 5(7);1996:4-5.
- 35.-Colin Piano Ricardo. **Trastornos de Pánico.** Folleto Informativo. 1995.
- 36.-Marriner Ann. **Modelos y Teorías de Enfermería.** (1994). 3ª. Edición. Mosby Dayma, España. 103-112, 201-205.
- 37.-Kresse Munrray Carolyn. **Cubrir las necesidades espirituales del paciente.** Nursing. 10;1998. 29-30.
- 38.-Bronfman Mario, Guiscafne Hector. **La medición de la desigualdad: Una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra.** Arch. Invest. Méd.4(19);1988:351-360.
- 39.-Caraveo, Jorge. Colmenares Eduardo, Saldivar Gabriela. **Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida.** Salud Mental. Número Especial 1999:62-66.
- 40.-Caraveo, Jorge. **La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas.** Salud Mental.Suplemento abril(19); 1996:8-13.
- 41.-Brofman Mario, Guiscafne Hector. **La medición de la desigualdad: Una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra.** Arch. Invest. Méd. 4(19);1988:351-360.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA	1. FOLIO <hr/>															
FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y ANGUSTIA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL IMSS																
<p>Estamos realizando un estudio en el que nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su persona con relación a la presencia de depresión, los datos que aporten serán confidenciales.</p> <p>FECHA DE LA ENTREVISTA DIA ____ MES ____ AÑO ____</p>																
I DATOS DE IDENTIFICACIÓN																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido paterno</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Apellido materno</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre (s)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-top: 10px;">Domicilio _____</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Calle y No.</td> <td style="padding-left: 20px;">Colonia o barrio</td> <td style="padding-left: 20px;">Teléfono</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Delegación _____</td> <td style="padding-left: 20px;">Estado _____</td> <td style="padding-left: 20px;">C.P. _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-top: 10px;">No. de afiliación _____</td> </tr> </table>		Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Domicilio _____			Calle y No.	Colonia o barrio	Teléfono	Delegación _____	Estado _____	C.P. _____	No. de afiliación _____		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)														
Domicilio _____																
Calle y No.	Colonia o barrio	Teléfono														
Delegación _____	Estado _____	C.P. _____														
No. de afiliación _____																
II. DATOS PERSONALES																
2. Género 1)Masculino 2)Femenino	2.- / /															
3. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____	3.- / / /															
4. ¿Cuál es su estado civil? 1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo 6)Otro _____	4.- / /															
5. ¿Cuál es su escolaridad? 1)Ninguna 2)Primaria 3)Secundaria 4)Técnico 5)Preparatoria 6)Técnico 7) Profesional	5.- / /															
6. ¿Cuál es su ocupación actual? 1)Comerciante 2)Obrero 3)Empleado 4) estudiante 5)Pensionado 6)Jubilado 7)Otro _____	6.- / /															
III. NIVEL SOCIOECONOMICO																
7. ¿La casa donde vive es? 1)Propia 2)Rentada 3)Prestada 4)Otro _____	7.- / /															
7.1. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____	7.1.- / / /															
7.2. ¿Cuántos cuartos para dormir, tiene su casa? _____	7.2.- / / /															
7.3. ¿El piso de su casa es de? 1)Tierra 2)Cemento 3)Madera 4)Ladrillo 5)Otro	7.3.- / /															
7.4. ¿Dispone de agua potable? 1)Dentro de la vivienda 2)Hidratante público 3)No dispone	7.4.- / /															
7.5. ¿Dónde realiza la eliminación de excretas? 1)Drenaje 2)Fosa séptica 3)Letrina 4)Ras del suelo	7.5.- / /															
7.6. ¿Cuenta con luz eléctrica? 1)Sí 2)No	7.6.- / /															

7.7. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual? _____	7.6.- / / 7.7.- / /
IV. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	
8. ¿Algún familiar de usted sufre de depresión clínica o angustia? 1)Si 2)No	8.- / /
8.1. ¿Quién o quiénes? 1)Ninguno 2)Madre 3)Madre 4)Abuelos maternos 5)Abuelos paternos 6)Otro _____	8.1.- / /
V. ANTECEDENTES PERSONALES	
9. ¿La insuficiencia renal que padece es? 1)Aguda 2)Crónica	9.- / /
9.1. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron la enfermedad? _____	9.1.- / / / /
9.2. ¿En qué fecha inicio su tratamiento de hemodiálisis? Día _____ Mes _____ Año _____	9.2.- / /
9.3. ¿Alguna vez ha faltado a sus sesiones de hemodiálisis? 1)Si 2)No 3)A veces 4)Nunca	9.3.- / /
9.4. ¿El año pasado, cuántas veces fue hospitalizado? _____	9.4.- / /
9.5. ¿Padece de diabetes mellitus? 1)Si 2)No	9.5.- / /
9.6. ¿Padece usted de hipertensión? 1)Si 2)No	9.6.- / /
9.7. ¿Padece de otras enfermedades? 1)Si 2)No	9.7.- / /
¿Cuáles? _____	
V. FACTORES PSICOLOGICOS	
10. PERSONALIDAD 0)B 1)A Impaciencia __ Competitividad __ Motivación al logro __ Hostilidad en la comunicación __ Habla rápido __ Tensión en la musculatura facial __ Gesticulaciones bruscas __ Irritabilidad __ Actitud alerta __ De 0 a 4 personalidad tipo B de 5 y +, personalidad tipo A .	10.- / /
VI. FACTORES SOCIALES	
11. ¿Cómo considera sus relaciones sociales? 1) Muy buenas 2) Buenas 3) Malas	11.- / /
12. ¿Pertenece a algún grupo social? 1) Si 2) No Especifique a cual _____	12.- / /
13. Mencione tres metas en su vida: _____ _____ _____	13.- / /
CONSUMO DE ALCOHOL	
14. ¿Consume algún tipo de bebida alcohólica? 1)Si 2)No	14.- / /
14.1. ¿Cuántas copas se toma? _____	14.1.- / /
14.2. ¿Cada cuándo consume bebidas alcohólicas? _____	14.2.- / /
14.3. ¿A qué edad tomó su primera copa? _____	14.3.- / /
TABAQUISMO	
15. ¿Usted fuma? 1)Si 2)No	15.- / /
15.1. ¿Cuánto tiempo lleva fumando? _____	15.1.- / /
15.2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____	15.2.- / /
15.3. ¿A qué edad fumó su primer cigarrillo? _____	15.3.- / /
APOYO FAMILIAR	

16. ¿Quién lo acompaña a sus sesiones de hemodiálisis? 1)Madre 2)Padre 3)Abuelos 4)Tío 5)Hermana 6)Otro _____	16.- / _ /
16.1. ¿Cómo considera las relaciones familiares en su casa? 1)Excelentes 2)Buenas 3) Regulares 4)Malas	16.1 / _ /
16.2. ¿Quién le proporciona sus medicamentos en casa? 1)Madre 2)Padre 3)Abuela(o) 4)Tía(o) 5)Otro	16.2 / _ /
RELIGION	
17. ¿Qué religión profesa? 1)Católica 2)Evangelista 3)Testigo de Jehóva 4)Mormones 5)Ninguna 6)Otra _____	17.- / _ /
18. ¿Cada cuándo asiste al servicio espiritual de su religión?	18.- / _ /
19. ¿Considera que su religión tiene influencia importante en su vida? 1)Si 2)No ¿Por qué? _____	19.- / _ /
20. ¿Conjunta su religión con el tratamiento médico para sentirse mejor? 1)Si 2)No ¿Por qué? _____	20.- / _ /
21. ¿Utiliza la oración para aliviar el estrés emocional? 1)Si 2)No ¿Por qué? _____	21.- / _ /
VI.CALIDAD DE ATENCIÓN	
22. ¿Cómo considera la atención que le brinda el personal de enfermería? 1)Excelente 2)Buena 3) Regular 4)Mala	22.- / _ /
23. ¿El Personal de enfermería le resuelve las dudas que tiene de su padecimiento? 1)Siempre 2)A veces 3)Nunca	23.- / _ /
24. ¿Cuándo usted se dirige al personal de enfermería, le responden rápidamente? 1)Si 2)No 3)A veces 4)Nunca	24.- / _ /
25. ¿El personal de enfermería le proporciona algún tipo de apoyo psicológico durante sus sesiones de hemodiálisis? 1)Siempre 2)A veces 3)Nunca	25.- / _ /
26. ¿La enfermera se preocupa por su estado de salud? 1)Siempre 2)A veces 3)Nunca	26.- / _ /

ANEXO 2

ESCALA DE HAMILTON

AUSENTE=0
 LEVE=1
 MODERADO=2
 GRAVE=3
 INCAPACITANTE=4

- 1) ESTADO ANSIOSO
 Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.
 TENSION
 Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor,
 sensación de inquietud, imposibilidad para relajarse.
- 3) TEMORES
 De la obscuridad, de extraños, de ser dejado solo de animales, del tráfico, de las
 multitudes.
- 4) INSOMNIO
 Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y
 sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.
- 5) INTELLECTUAL (COMPRENSION)
 Dificultad de concentración, memoria pobre.
- 6) ESTADO DEPRESIVO
 Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar
 temprano, transposición de sueño de vigilia.
- 7) SISTEMA SOMATICO (MUSCULAR)
 Dolores mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics mioclónicos,
 rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.
- 8) SISTEMA SOMATICO (SENSORIAL)
 Tinnitus, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad.
- 9) SINTOMAS CARDIOVASCULARES
 Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, pulsaciones vasculares pronunciadas
 sensación de desmayo.
- 10) SINTOMAS RESPIRATORIOS
 Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
- 11) SINTOMAS GASTROINTESTINALES
 Dificultad para deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez
 abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso.
- 12) SINTOMAS GENITOURINARIOS
 Polaquiuria, micción urgente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz,
 pérdida de la libido, impotencia.
- 13) SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO
 Sequedad de boca, rubor, tendencia a la sudoración, vértigo, cefaleas por tensión.
- 14) COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA
 Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del ceño
 rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de
 eructos, tics, midriasis, exoftalmia. saliva.

ANEXO 3 AUTOEVALUACION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 0 No me siento triste | 6 0 No creo que esté siendo castigado |
| 1 Me siento triste | 1 Siento que estoy siendo castigado |
| 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo | 2 Espero ser castigado |
| 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo | 3 Siento que estoy siendo castigado |
| 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro | 7 0 No estoy descontento de mí mismo |
| 1 Me siento desanimado de cara al futuro | 1 Estoy descontento de mí mismo |
| 2 Siento que no hay nada por que luchar | 2 Estoy a disgusto conmigo mismo |
| 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán | 3 Me detesto |
| 3 0 No me siento como un fracasado | 8 0 No me considero peor que cualquier otro |
| 1 He fracasado más que la mayoría de las personas | 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores |
| Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro | 2 Continualmente me culpo por mis faltas |
| 3 Soy un fracaso total como persona | 3 Me culpo por todo lo malo que sucede |
| 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes | 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio |
| 1 No disfruto de las cosas como antes | 1 a veces pienso en suicidarme , pero no lo haré |
| 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas | 2 Desearía poner fin a mi vida |
| 3 Estoy insatisfecho y aburrido con respecto a todo | 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad |
| 5 0 No me siento especialmente culpable | 10 0 No lloro más de lo normal |
| 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones | 1 Ahora lloro más que antes |
| 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones | 2 Lloro continuamente |
| 3 Me siento culpable constantemente | 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga |

11 0 No estoy especialmente irritado

- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado continuamente
- 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaba

12 0 No he perdido el interés por los demás

- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás
- 3 He perdido todo interés por los demás

13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes

- 1 Evito tomar decisiones más que antes
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- 3 Me es imposible tomar decisiones

14 0 No creo tener peor aspecto que antes

- 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible

15 0 Trabajo igual que antes

- 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar hacer algo
- 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16 0 Puedo dormir tan bien como siempre

- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1-2 hrs más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.

17 0 No me siento más cansado de lo normal

- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado de hacer cualquier cosa

18 0 Mi apetito no ha disminuido

- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 No tengo apetito

19 0 No he perdido peso últimamente

- 1 He perdido más de 2.5 kgs He intentado perder
- 2 He perdido más de 5 kgs peso comiendo menos
- 3 He perdido más de 7.5 kgs Si ____ No ____

20 0 No estoy preocupado por mi salud

- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores y molestias
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas que no puedo pensar en nada más

21 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo

- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

CUADROS

Y

GRÁFICAS

**CUADRO N°1. TIPO DE INSUFICIENCIA RENAL Y EDAD DE DIAGNOSTICO
DE PACIENTES EN HEMODIALISIS DE TRES INSTITUCIONES DEL
IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
INSUF. RENAL		
I.R. CRONICA	245	98
I.R. AGUDA	6	2
EDAD DE DIAGNOSTICO		
1-20	59	23
21-40	110	44
41-60	65	26
61-81	17	7

Fuente: Revisión de expediente y entrevista realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% y el número de 251.

**CUADRO N°2. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
DE PACIENTES EN HEMODIALISIS DE TRES INSTITUCIONES DEL
IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
GENERO		
MASCULINO	123	49
FEMENINO	128	51
EDAD		
16-26	59	24
27-37	67	27
38-48	44	17
49-59	50	20
60-80	31	12
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	87	35
CASADO	131	52
UNION LIBRE	10	4
DIVORCIADO	9	4
VIUDO	12	5
OTRO	2	0.8
ESCOLARIDAD		
NINGUNA	14	6
PRIMARIA	73	29
SECUNDARIA	70	28
TECNICO	26	10
BACHILLERATO	40	16
PROFESIONAL	28	11
OCUPACION		
NINGUNA	68	27
HOGAR	60	24
OBRERO	15	6
COMERCIANTE	32	13
EMPLEADO	30	12
ESTUDIANTE	4	1
PENSIONADO	28	11
JUBILADO	14	6
NIVEL SOCIOECONOMICO		
ALTO	54	22
MEDIO	159	63
BAJO	38	15

Fuente: Revisión de expediente y entrevista realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% y el número de 251.

**CUADRO N°3. ENFERMEDADES QUE PRESENTARON LOS
PACIENTES EN HEMODIALISIS DE TRES INSTITUCIONES DEL
IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
D. MELLITUS		
SI	32	13
NO	219	87
HIPERTENSION A.		
SI	182	72
NO	69	28
OTRAS ENFERM.		
NINGUNA	214	85
HEPATITIS (B o C)	7	3
A. REUMATOIDE	4	2
LUPUS	12	5
CIRROSIS HEPAT	1	0.4
CANCER RIÑON	1	0.4
RETINOP. DM.	3	1
RETINOP. HTA.	3	1
CARDIOPAT. HTA	5	2
CRISIS CONVULS	1	0.4

Fuente: Revisión de expediente y entrevista realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% y el número de 251.

**CUADRO N°4. FACTORES SOCIALES PRESENTES EN PACIENTES
EN HEMODIALISIS EN TRES INTITUCIONES DEL IMSS
(MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
RELIGION		
NINGUNA	11	4
CATOLICA	206	82
EVANGELISTA	25	10
TESTIGO DE JEOVA	2	0.8
MORMONES	3	1
OTRAS	4	2
INFLUENCIA DE LA RELIGION EN LA VIDA		
SI	135	54
NO	116	46
CONJUNTA RELIGION CON TRATAMIENTO		
SI	131	52
NO	120	48
ORACION		
SI	131	52
NO	120	48
FUMA		
SI	25	10
NO	226	90
TOMA		
SI	10	4
NO	241	96
RELACION SOCIAL		
MUY BUENAS	36	14
BUENAS	207	83
MALAS	8	3
GRUPO SOCIAL		
SI	16	6
NO	235	94
QUE GRUPO SOC		
NINGUNO	237	94
RELIGIOSO	3	1
APOYO	7	3
BENEFICIENCIA	4	2

Fuente: Revisión de expediente y entrevista realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% y el número de 251.

CUADRO N°5. CALIDAD DE ATENCION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS (MARZO-JUNIO 2000)

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
CALIDAD DE ATENCION		
 MALA	35	14
 REGULAR	36	14
 BUENA	182	72

**CUADRO N°6. DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INTITUCIONES
(DEL IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

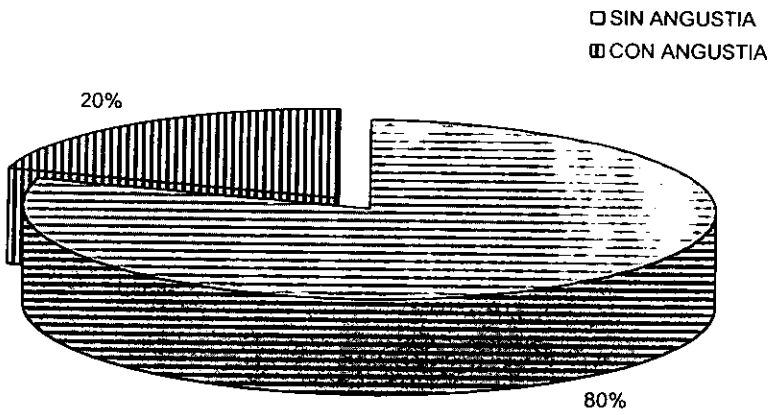
VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIAR DE DEPRESION Y ANGUSTIA		
CON ANTEC.	4	2
SIN ANTEC.	247	98
DEPRESION		
SIN DEPRESION	161	64
LEVE	42	17
MODERADA	40	16
GRAVE	8	3
ANGUSTIA		
SIN ANGUSTIA	200	80
CON ANGUSTIA	51	20

Fuente: Revisión de expediente y entrevista realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% y el número de 251.

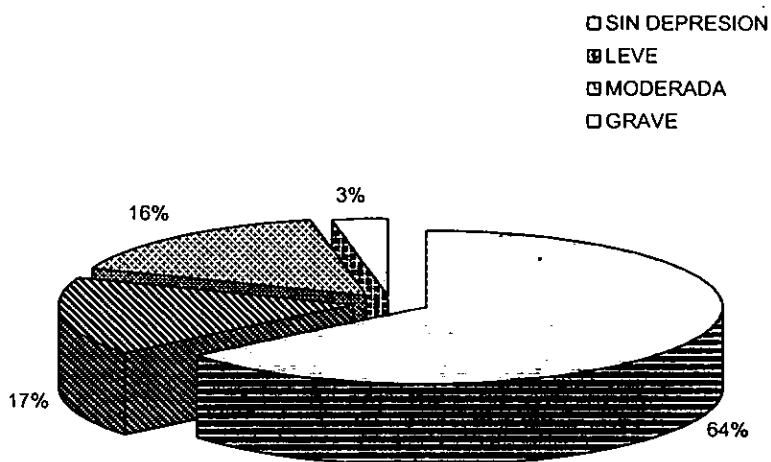
Gráfica N°2 Angustia en pacientes en hemodiálisis.

Fuente: Cuadro N°6



Gráfica N°2 Angustia en pacientes en hemodiálisis.

Fuente: Cuadro N° 6.



**CUADRO N°7. PREVALENCIA GLOBAL DE DEPRESION
PREVALENCIA DE DEPRESION POR GENERO Y EDAD
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INTITUCIONES
DEL IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	PREVALENCIA	IC 95% *
DEPRESION	36%	30 % - 41 %
GENERO		
MASCULINO	34%	26 % - 43 %
FEMENINO	38%	29 % - 46 %
GRUPOS DE EDAD		
16-26	17%	10 % - 26 %
27-37	16%	9 % - 25 %
38-48	22%	14 % - 32 %
49-59	27%	18 % - 37 %
60-80	19%	11 % - 29%
ANGUSTIA	20%	15 % - 25 %
GENERO		
MASCULINO	18%	11 % - 25 %
FEMENINO	23%	15 % - 30 %
GRUPOS DE EDAD		
16-26	33%	21 % - 48 %
27-37	20%	10 % - 33 %
38-48	53%	39 % - 67 %
49-59	75%	60 % - 86 %
60-80	20%	10 % - 33 %

*IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

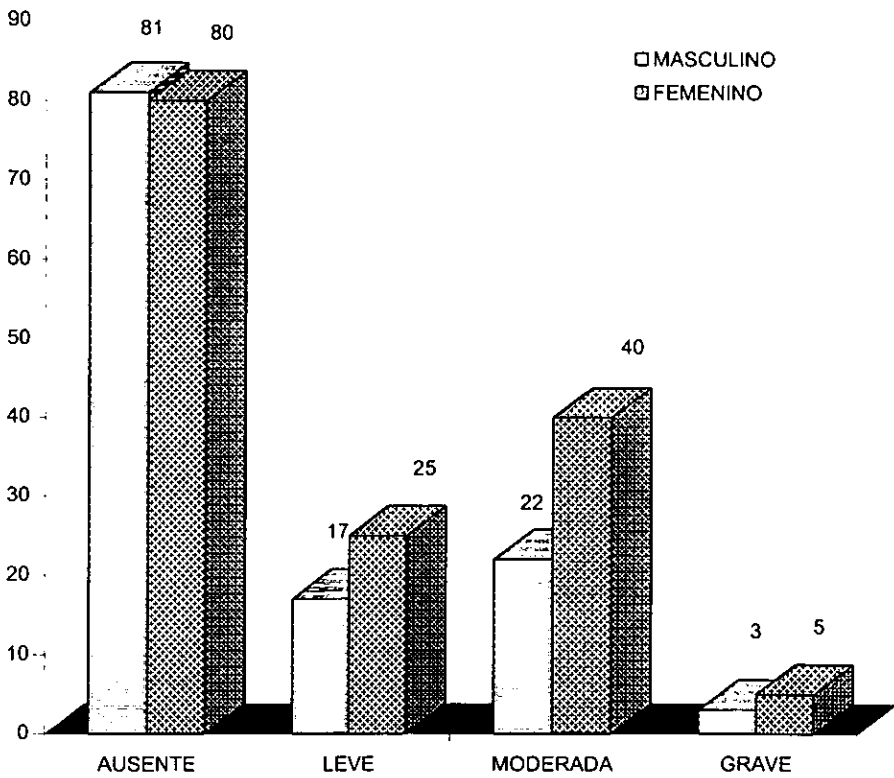
**CUADRO N° 8 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS RELACIONADAS CON DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS
MARZO-JUNIO 2000**

VARIABLE	DEPRESION						ANGUSTIA			
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE		S/ANGUSTIA	C/ANGUSTIA
GENERO	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)
MASCULINO	81	66	17	14	22	18	3	2	101	82
FEMENINO	80	63	25	19	40	14	5	4	99	77
EDAD										
16-26	44	75	6	10	6	10	3	5	49	83
27-37	53	79	10	15	4	6			60	90
38-48	24	54	7	16	11	25	2	5	32	73
49-59	26	52	9	18	12	24	3	6	31	62
60-80	14	45	10	32	7	23			28	90
ESTADO CIVIL										
SOLTERO	56	64	14	16	13	15	4	5	72	83
CASADO	86	66	22	17	19	14	4	3	100	76
UNION LIBRE	9	90			1	10			10	100
DIVORCIADO	4	44	1	12	4	44			6	67
VIUDO	5	42	5	42	2	16			10	83
OTROS	1	50			1	50				
ESCOLARIDAD										
NINGUNA	6	43	1	7	7	50			9	64
PRIMARIA	43	59	16	22	13	18	1	1	56	77
SECUNDARIA	47	67	10	14	10	14	3	5	55	79
TECNICO	14	54	8	31	4	15			21	81
BACHILLERATO	35	88	4	10	1	2			35	88
PROFESIONAL	16	57	3	11	5	18	4	14	24	86
OCUPACION										
NINGUNA	40	59	15	22	12	18	1	1	49	72
HOGAR	39	65	10	17	8	13	3	5	46	77
OBRERO	9	60	2	13	4	27			12	80
COMERCIANTE	25	78	3	9	3	9	1	3	28	88
EMPLEADO	23	77	2	7	5	17			28	93
ESTUDIANTE	4	100							4	100
PENSIONADO	13	46	6	21	6	21	3	11	20	71
JUBILADO	8	57	4	29	2	14			13	93
NIVEL SOCIOECONOMICO										
ALTO	34	63	10	18	7	13	3	6	44	82
MEDIO	102	64	27	17	25	16	5	3	128	80
BAJO	25	66	5	13	8	21			28	74

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

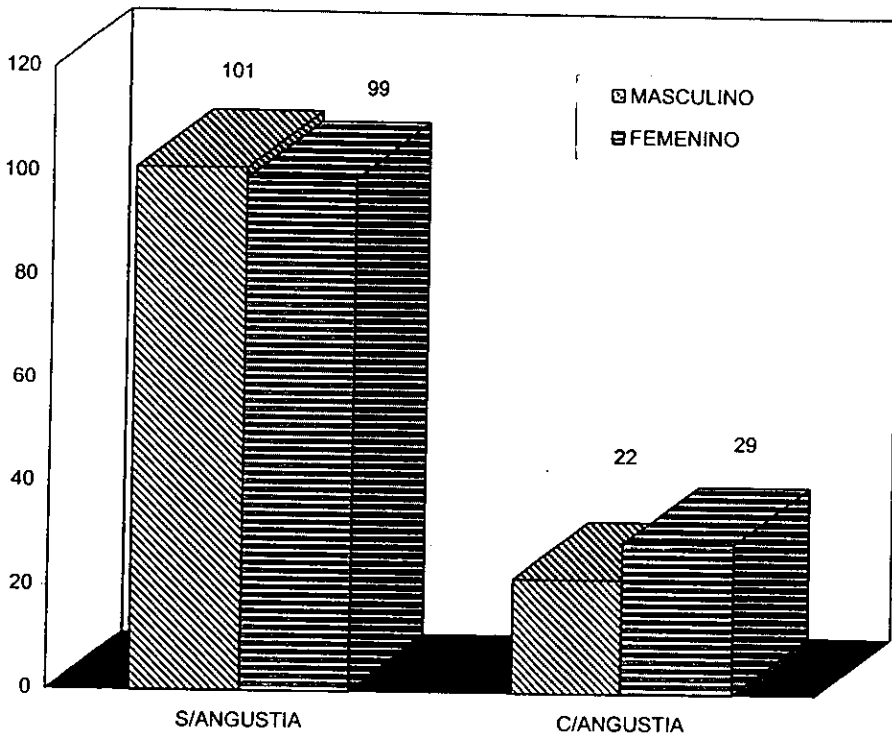
Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

Gráfica N°3 Depresión en pacientes en hemodiálisis por genero



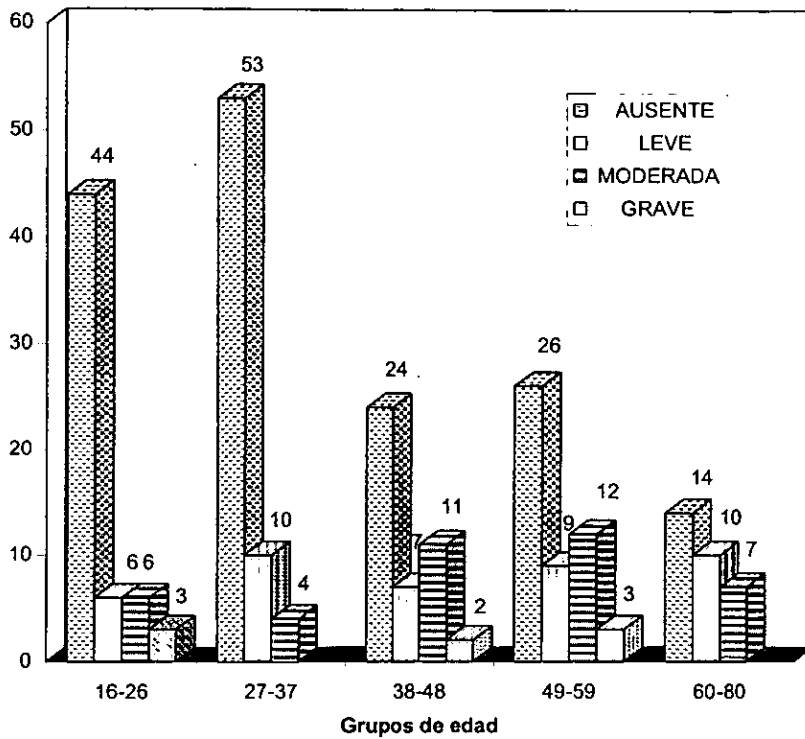
Fuente: Cuadro N° 8.

Grafica N°4 Angustia en pacientes en hemodialis por genero.



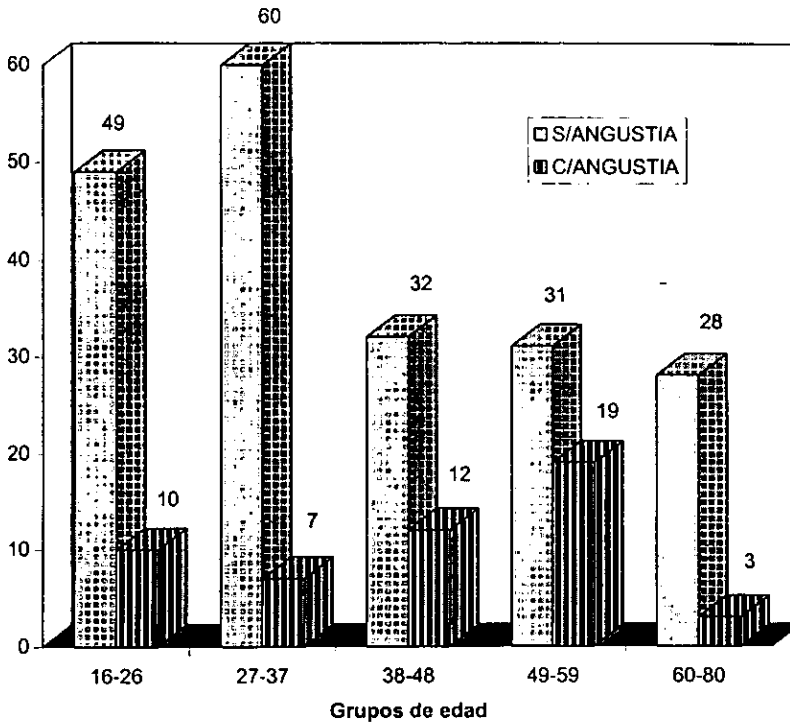
Fuente: Gráfica N° 8.

Gráfica N°5 Depresión en pacientes en hemodiálisis según grupos de edad.



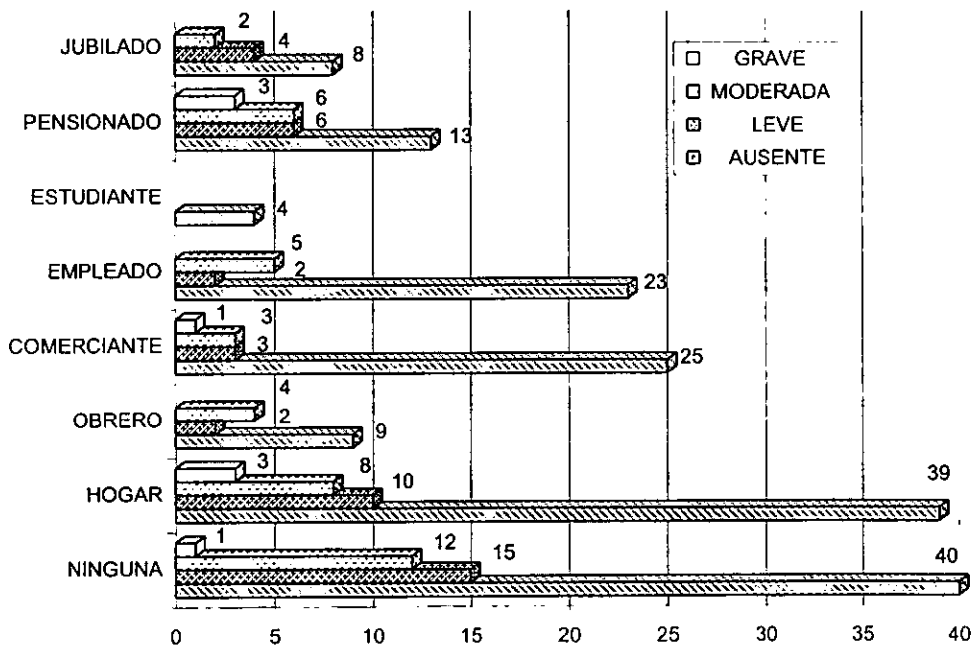
Fuente: Cuadro N° 8.

Gráfica N°6 Angustia en pacientes en hemodiálisis por grupos de edad.



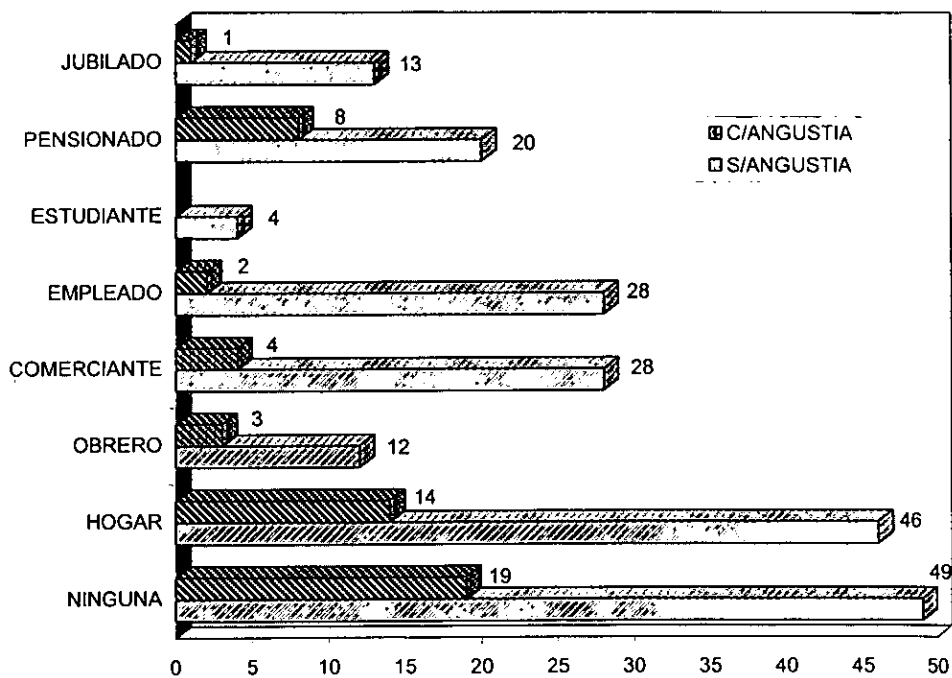
Fuente: Cuadro N° 8

Gráfica N°7 Depresión en pacientes en hemodiálisis por ocupación.



Fuente: Cuadro N° 8.

Gráfico N°8 Angustia en pacientes en hemodiálisis por ocupación.



Fuente: Gráfica N° 8.

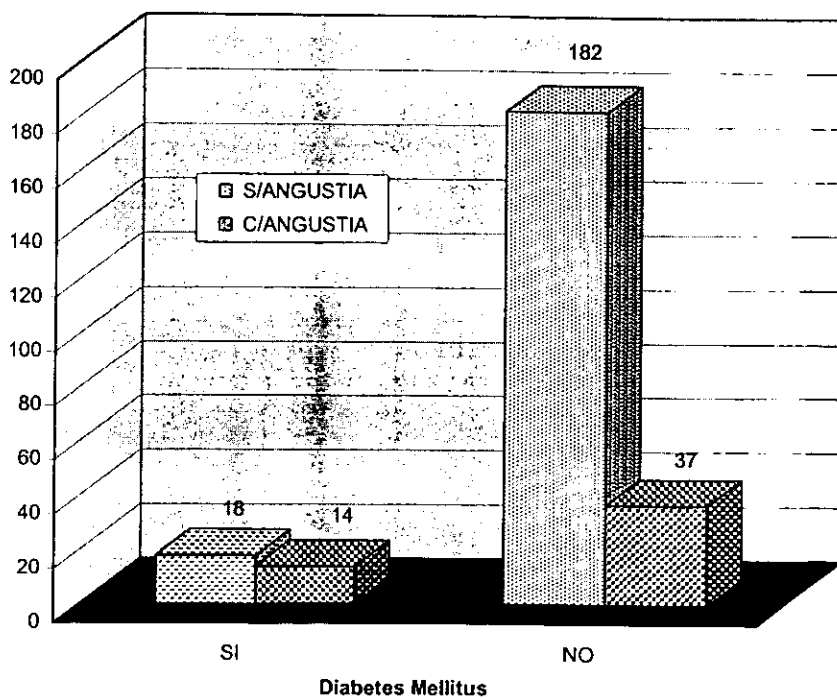
**CUADRO N° 9 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS
(MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	DEPRESIÓN								ANGUSTIA			
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE		S/ANGUSTIA		C/ANGUSTIA	
	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)
INSUF. RENAL												
AGUDA	5	83			1	17			5	83	1	17
CRONICA	156	64	42	17	40	16	8	3	195	80	50	20
EDAD DE DIAGNOSTICO												
1- 20	47	80	6	10	5	9	1	1	52	88	7	12
21-40	74	67	18	16	14	13	4	4	89	81	21	19
41-60	29	45	13	20	20	31	3	4	42	65	23	35
61-81	11	65	5	29	1	6			17	100		
DIABETES MELLITUS												
SI	15	47	7	22	7	22	3	9	18	56	14	44
NO	146	67	35	16	33	15	5	2	182	83	37	17
HIPERTENSION ARTERIAL												
SI	109	60	34	19	32	17	7	4	136	75	46	25
NO	52	75	8	12	8	12	1	1	64	93	5	7
OTRAS												
ENFERMEDADES												
NINGUNA	135	63	36	17	36	17	7	3	171	80	43	20
HEPATITIS	6	86	1	14					4	57	3	43
A. REUMATOIDE	3	75	1	25					4	100		
LUPUS	11	92	1	8					11	92	1	8
CIRROSIS	1	100							1	100		
CANCER RIÑON	1	100							1	100		
RET. DIABETICA			1	33	1	33	1	33	1	33	2	67
RET. HIPERTENS.			1	33	2	67			2	67	1	33
CARDIOPATIA HTA	3	60	1	20	1	20			4	80	1	20
CRISIS CONVULS.	1	100							1	100		

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

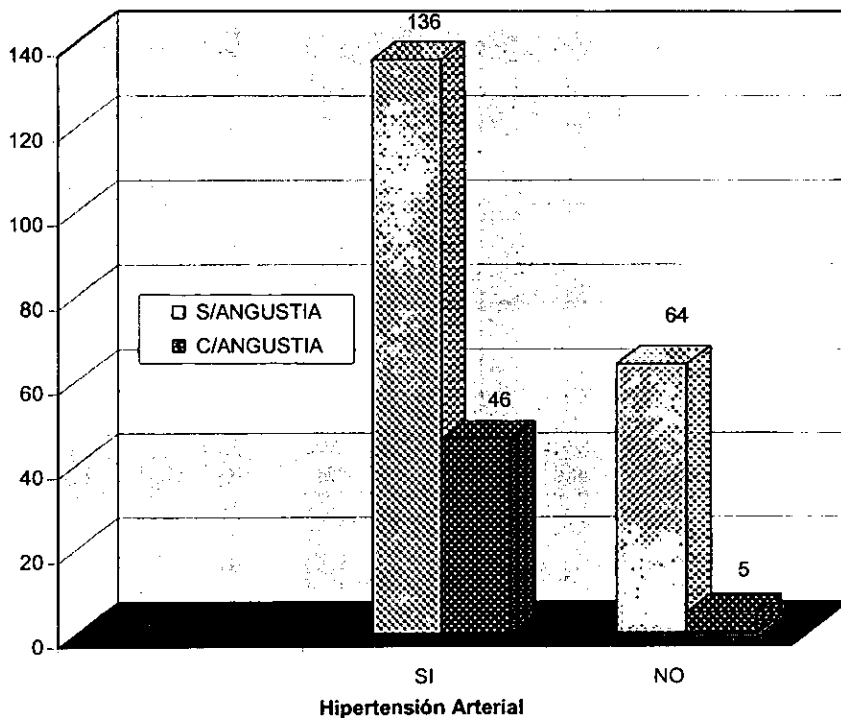
Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

Gráfica N°9 Angustia en pacientes en hemodiálisis con diabetes mellitus.



Fuente: Cuadro N° 9.

Gráfica N°10 Angustia en pacientes en hemodiálisis con hipertensión arterial.



Fuente: Cuadro N° 9.

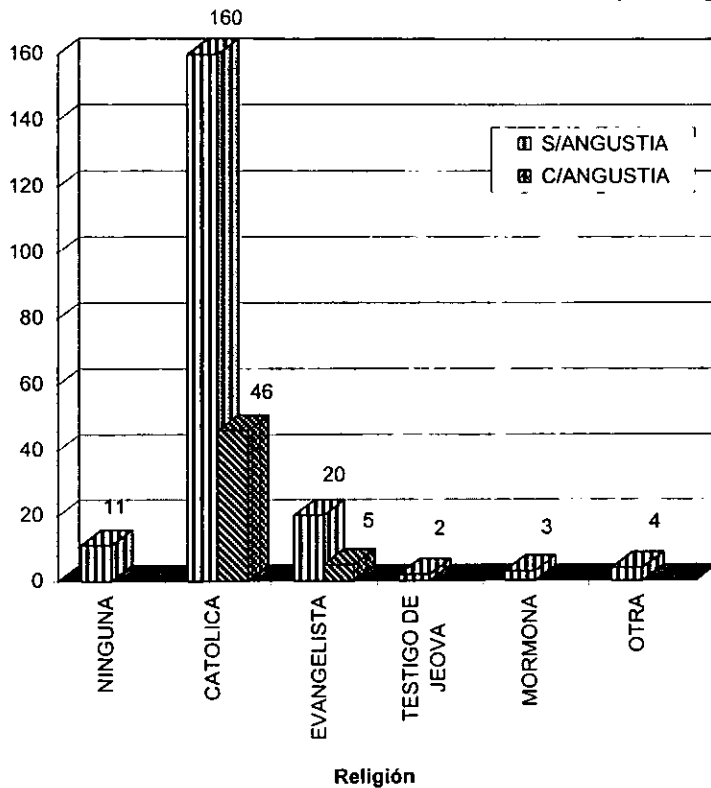
**CUADRO N° 10 FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS
(MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	DEPRESION						ANGUSTIA					
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE		S/ANGUSTIA		C/ANGUSTIA	
RELIGION	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)
NINGUNA	8	73	2	18			1	9	11	100		
CATOLICA	130	63	34	17	37	18	5	2	160	78	46	22
EVANGELISTA	18	72	3	12	2	8	2	8	20	80	5	20
TESTIGO DE JEOVA	2	100							2	100		
MORMONA	1	33	2	67					3	100		
OTRA	2	50	1	25	1	25			4	100		
INFLUENCIA DE LA RELIGION EN SU VIDA												
SI	75	56	30	22	26	19	4	3	104	77	31	23
NO	86	74	12	10	14	12	4	4	96	83	20	17
CONJUNTA RELIGION CON TRATAMIENTO												
SI	77	59	27	21	24	18	3	2	101	77	30	23
NO	84	70	16	13	16	13	5	4	99	83	21	18
ORACION												
SI	77	59	27	21	24	18	3	2	101	77	30	23
NO	84	70	15	13	16	13	5	4	99	82	21	18
FUMA												
SI	15	60	3	12	7	28			15	60	10	40
NO	146	65	39	17	33	15	8	3	185	82	41	18
TOMA												
SI	6	60	1	10	2	20	1	10	6	60	4	40
NO	155	64	41	17	38	16	7	3	194	80	47	20
RELACIONES SOCIALES												
MUY BUENAS	21	58	6	17	7	19	2	6	22	61	14	39
BUENAS	135	65	35	17	31	15	6	3	173	84	34	16
MALAS	5	63	1	13	2	25			5	63	3	37
GRUPO SOCIAL												
SI	9	56	4	25	3	19			11	69	5	31
NO	152	65	38	16	37	16	8	3	189	80	46	20
QUE GRUPO												
NINGUNO	154	65	38	16	37	16	8	3	191	81	46	19
RELIGIOSO	3	100							3	100		
APOYO	2	29	2	29	3	43			3	43	4	57
BENEFICIENCIA	2	5	2	50					3	75	1	25

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

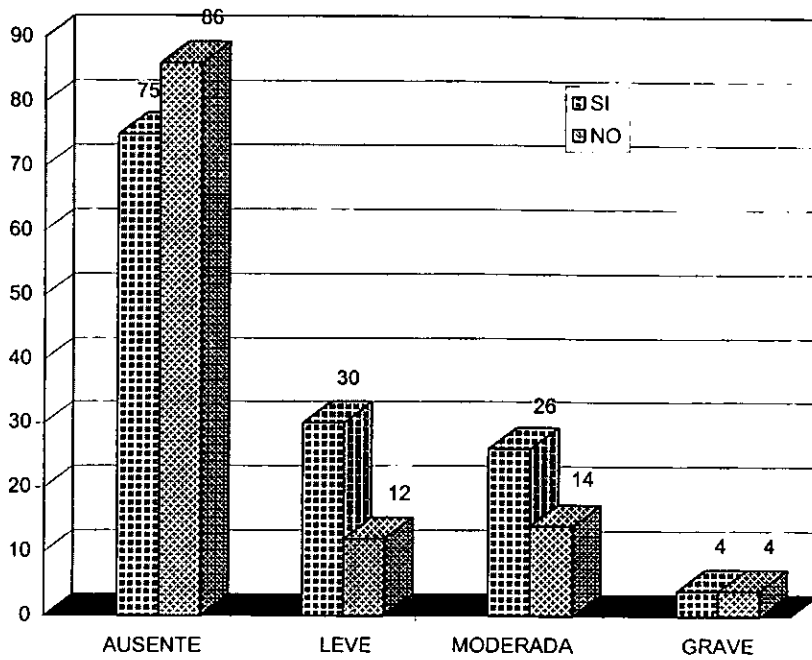
Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

Gráfica N°11 Angustia en pacientes con hemodiálisis por religión.



Fuente: Cuadro N° 10.

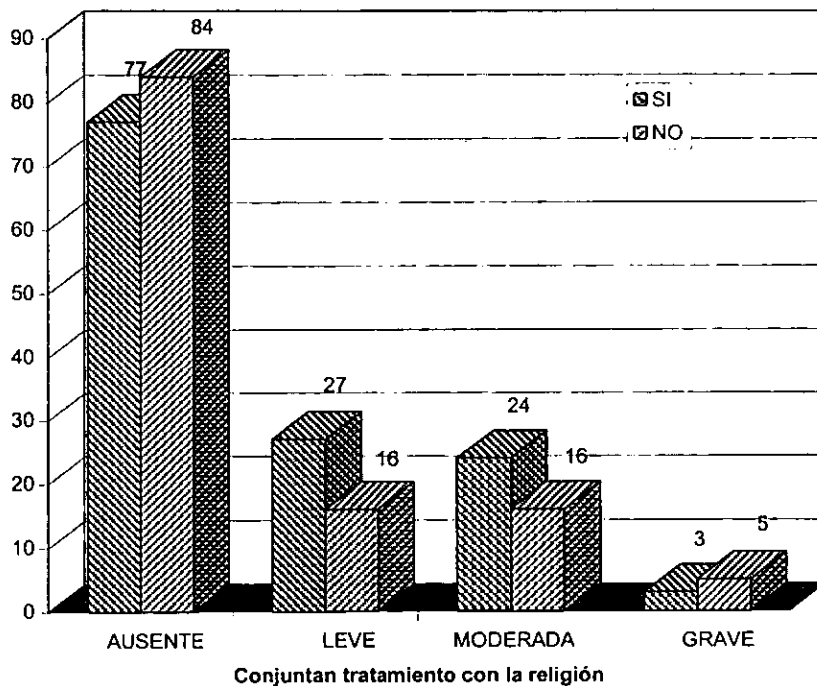
Gráfica N°12 Depresión en pacientes en hemodiálisis por la influencia de la religión en su vida.



Influencia de la religión en la vida del paciente

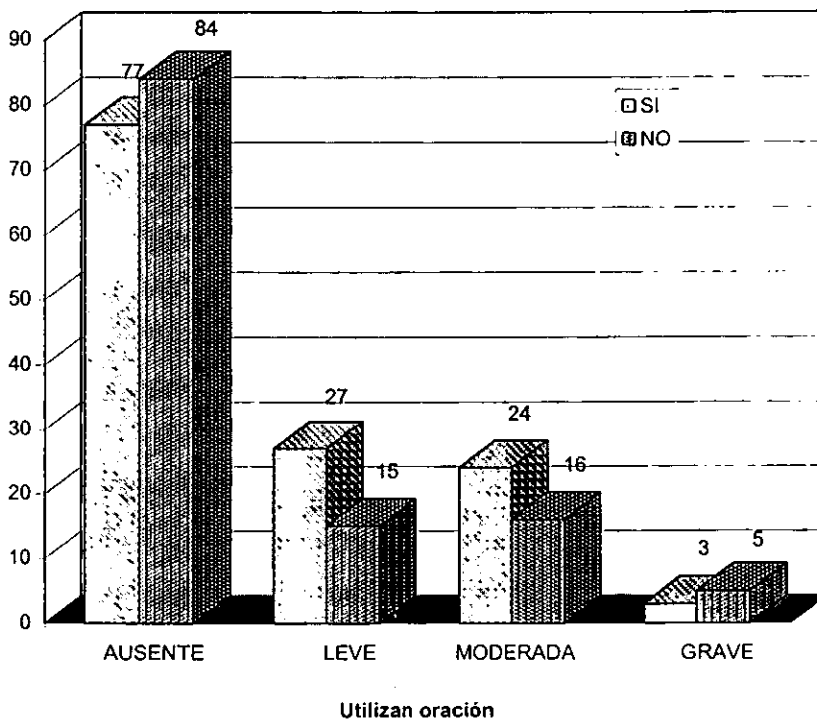
Fuente: Cuadro N° 10.

**Gráfica N°12.1 Depresión en pacientes en hemodiálisis que
conjuntan su tratamiento con la religión.**



Fuente: Cuadro N°10

Gráfica N°12.2 Depresión en pacientes en hemodiálisis por utilizar la oración para aliviar su estrés.



Fuente: Cuadro N° 10.

**CUADRO N° 11 ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADOS CON DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS
(MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	DEPRESION				ANGUSTIA							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE		S/ANGUSTIA		C/ANGUSTIA	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)
SI	3	75					1	25	3	75	1	25
NO	158	64	42	17	40	16	4	3	197	80	50	20

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

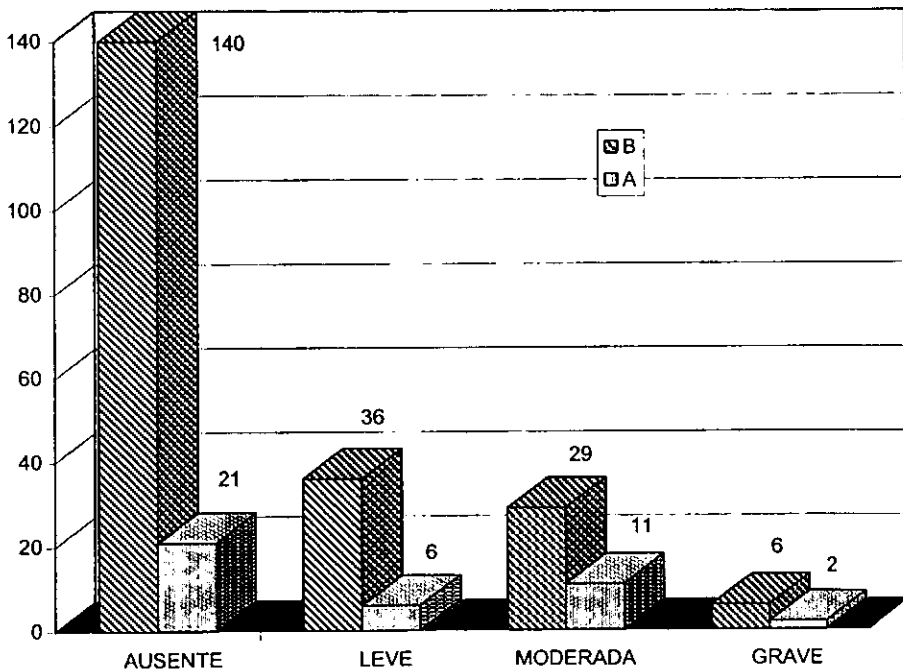
**CUADRO N° 12 TIPO DE PERSONALIDAD RELACIONADA CON DEPRESION Y ANGUSTIA
EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS (MARZO-JUNIO2000)**

VARIABLE	DEPRESION				ANGUSTIA							
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE		S/ANGUSTIA		C/ANGUSTIA	
PERSONALIDAD	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NUM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)
B	140	66	36	17	29	14	6	3	170	81	41	19
A	21	53	6	15	11	28	2	5	30	75	10	25

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

Gráfica N°13 Depresión en pacientes en hemodiálisis según tipo de personalidad



Fuente: Cuadro N° 11

**CUADRO N° 13 CALIDAD DE ATENCION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA RELACIONADA
CON LA PRESENCIA DE DEPRESION Y ANGUSTIA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN
EN TRES INTITUCIONES DEL IMSS (MARZO-JUNIO 2000)**

VARIABLE	DEPRESION						ANGUSTIA					
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		S/ANGUSTIA		C/ANGUSTIA			
CALIDAD DE ATENCION	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)	NÚM	(%)		
MALA	23	66	6	17	5	14	1	3	7	20	28	80
REGULAR	23	64	5	14	8	22			11	31	25	69
BUENA	115	64	31	17	27	15	7	4	33	18	147	82

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton y entrevista realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Nota: Los porcentajes dan un total de 100% por renglón y el número de 251 por columna.

RIESGOS

CUADRO N° 14 ANALISIS DE RIESGOS RELACIONADOS CON DEPRESION Y ANGUSTIA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS EN TRES INSTITUCIONES DEL IMSS "FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DEPRESION Y ANGUSTIA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS"

VARIABLE	Ji ²	P**	RMP***	IC 95%****
DEPRESION NO HIPERTENSION HIPERTENSION	5.21	0.02	2.1	1.1-3.8
NO DIABETES DIABETES	4.8	0.03	2.3	1.07-4.8
ANSIEDAD NO HIPERTENSION HIPERTENSION	10.04	0.002	4.3	1.7-11.4
NO DIABETES DIABETES	12.4	0	3.8	1.8-8.4
ANSIEDAD SIN DEPRESION CON DEPRESION	50.4	0.001	3.1	2.4-4.2
INFLUENCIA DE LA RELIGION EN LA VIDA NO SI	9.4	0.002	2.3	1.3-3.9
FUMA NO SI	6.6	0.01	3	1.3-7.2
OCUPACION SI NO	3.1	0.074	1.5	.9-3.1
RELACIONES SOCIALES BUENAS MALAS	0.6	0.43	2.44	0.44-13

*Ji² Ji cuadrada

**P= valor alfa al 0.05%

***RMP= Razón de momios de la prevalencia

****IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Revisión de expediente, aplicación de escala de Beck y Hamilton realizado por el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.