

División Académica de Ciencias de la Salud



“Depresión en pacientes con insuficiencia Renal Crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff”

Tesis para obtener el Grado de
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Presenta:
Lic. Enf. Juana Estradas García.

Asesora:
Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez

Coasesora:
Dra. Carmen De la Cruz

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre, 2020



Of. No. 0585/DACS/JAEP

15 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Juana Estradas García
Especialidad en Enfermería Quirúrgica
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C.E. Margarita Magaña Castillo, M. en C. Francisca Gómez Hernández, M.A.EE. Carmen de la Cruz García, M. en C. Adelfo García Jiménez, y la M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue, impresión de la tesis titulada: "**Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff**", para sustento de su trabajo recepcional de la *Especialidad en Enfermería Quirúrgica*, donde funge como Directores de Tesis la Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez y M.A.E. Carmen De la Cruz García.

Atentamente

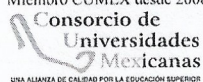


Dra. C. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Director de Tesis
- C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Directora de Tesis
- C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal
- C.c.p.- M. en C. Francisca Gómez Hernández.- Sinodal
- C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
- C.c.p.- M. en C. Adelfo García Jiménez.- Sinodal
- C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008



UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 11:30 horas del día 15 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff"

Presentada por el alumno (a):

Estradas García Juana
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	5	2	E	2	4	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Enfermería Quirúrgica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Ma. Trinidad Fuentes Álvarez
Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez
M.A.E. Carmen De la Cruz García
Directores de Tesis

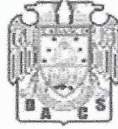
M.C.E. Margarita Magaña Castillo

M. en C. Francisca Gómez Hernández

M.A.E. Carmen De la Cruz García

M. en C. Adelfo García Jiménez

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 19 del mes de octubre del año 2020, el que suscribe, C. Juana Estradas García, alumno del programa de la especialidad en Enfermería Quirúrgica, con número de matrícula* 152E24004 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff" bajo la Dirección del Dra. Ma. Trinidad Fuentes Alvares, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: torresfher@mail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Juana Estradas García

Nombre y Firma

DIVISION ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

INDICE

Capítulo 1	1
Introducción	1
<i>Planteamiento del problema</i>	1
<i>Objetivo General</i>	4
<i>Objetivo Específicos</i>	4
<i>Marco Conceptual</i>	5
<i>Generalidades de la Insuficiencia Renal Crónica</i>	6
<i>Etiología</i>	6
<i>Fisiopatología</i>	6
<i>Manifestaciones Clínicas</i>	6
<i>Desequilibrios hidroelectrolíticos y del estado ácido-base</i>	6
<i>Trastornos Cardiovasculares</i>	8
<i>Trastornos Tegumentarios</i>	9
<i>Trastornos Gastrointestinales</i>	9
<i>Trastornos de la Función Neurológica</i>	10
<i>Trastornos Musculo-esqueléticos</i>	10
<i>Trastornos Hematológicos</i>	11
<i>Alteraciones inmunológicas</i>	12
<i>Disfunción Sexual</i>	13
<i>Tratamiento</i>	13
<i>Diálisis</i>	13
<i>Hemodiálisis</i>	14
<i>Terapia Dietética</i>	15
<i>Proteínas</i>	15
<i>Líquidos</i>	16
<i>Generalidades de la Calidad de vida</i>	17
<i>Calidad de vida en pacientes con IRC</i>	18
<i>Calidad de Vida Relacionada con la Salud</i>	19
<i>Mediciones en la Calidad de Vida</i>	20
<i>Utilidad de la Calidad de Vida</i>	21

<i>Generalidades de la Depresión</i>	21
<i>Depresión</i>	22
<i>Escalas para Valorar la Depresión</i>	21
<i>Explicaciones de la Condición Depresiva</i>	24
<i>Descripción de las Variables</i>	25
Capítulo II	27
Metodología	27
<i>Tipo de estudio.</i>	27
<i>Criterios de Inclusión:</i>	28
<i>Criterios de Exclusión:</i>	28
<i>Instrumento y medición.</i>	29
<i>Consideraciones éticas</i>	30
<i>Consideraciones Éticas.</i>	30
<i>Plan de Tabulación y Análisis de los Datos.</i>	31
Capitulo III	32
Resultados	32
IV. <i>Discusión</i>	46
V. <i>Conclusión</i>	49
VII. <i>Referencias bibliográficas</i>	51
Anexo A	54
<i>Consentimiento informado</i>	60
Título de estudio: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de tenckhoff	59

RESUMEN

Introducción: La Insuficiencia Renal (IRC), es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce aún 10%. La incidencia de la insuficiencia renal crónica se ha incrementado considerablemente en la última década, como consecuencia de ello, el número de pacientes con diálisis peritoneal es de 154.6 por millón de habitantes.

Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos como la diálisis peritoneal garantizan la supervivencia de los enfermos pero no necesariamente implica un completo bienestar físico, psicoemocional y social debido a que tanto el proceso patológico como el tratamiento hacen que los pacientes cambien su percepción de sí mismo lo que genera un impacto sobre la calidad de vida, índice de morbi-mortalidad asociado al análisis de otros parámetros psicológicos como la depresión.

Objetivo: conocer el grado de depresión de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de diálisis peritoneal.

Metodología: Es una investigación de tipo cuantitativo- descriptivo transversal porque se busca obtener información de cada individuo que se estudie en un momento dado o específico además de tipo cuantitativo-descriptivo. La población de estudio fue los pacientes con insuficiencia renal crónica incluidos en el programa de cirugía para diálisis peritoneal. Se incluyeron a la población integrada por pacientes sometidos a cirugía de diálisis peritoneal del hospital, se excluyeron a pacientes hemodinámicamente inestables. La recolección de la información fue a través de encuestas. El instrumento de medición fue el inventario de Depresión de Beck-I.

Resultados: la edad más predominante es de 52-60 años con un porcentaje mayor de 51-60 años y el 46.3% del Género femenina. En la tabla N.5 el 56% de las personas refirió sentirse desanimado de cara al futuro, en el apartado de auto desprecio el 53.7% de las personas refirió: estar descontento con mígo mismo, en la tabla N.12 el 34.1% de las personas refirió: desearía poner fin a mi vida. En la tabla N. 25 se puede apreciar que el 87.8% se encuentra en una población moderada.

Conclusión: Los pacientes sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff necesitan atención especializada y de calidad en lo cual, como enfermeras antes y después de que sean sometidos estos pacientes a cirugía, es necesario explicarles los beneficios y cuidados

que debe tener y brindarle seguridad en el tratamiento, de igual forma explicar a sus familiares la técnica de los cuidados y apoyo emocional a su paciente.

Estos pacientes deben sentir satisfacción en cuanto a sus cuidados e intervenciones esto permitirá que al ser intervenido quirúrgicamente el vea una oportunidad para mejorar su estado de salud y no vea la enfermedad como algo que arruina su estado físico o emocional es uno de los grandes indicadores brindar servicios de calidad.

ABSTRACT

Introducción: chronic kidney failure is a disease that involves the gradual loss of kidney function, this is progressive and can become terminal when kidney capacity is reduced to 10%.the incidence of chronic kidney failure has increased considerably in the last decade.As a consequence, the number of patients, with peritoneal dialysis is 154.6 per million inhabitants. Advances in the technology of substitutive treatments such as peritoneal dialysis guarantee the survival of the patients, but it does not necessarily imply a complete physical, psychoemotional and social well-being because both the pathological process and the treatment generate an impact on the quality of life, morbidity and mortality index associated with the analysis of the other psychological parameters such as depression.

Objective: To know the degree of depression in patients with chronic renal failure undergoing peritoneal dialysis surgery.

Methodology: It is a cross-sectional quantitative-descriptive research because it seeks to obtain information on each individual that is studied at a given or specific time, as well as a quantitative-descriptive type.

The study population was the patients with chronic renal failure included in the peritoneal dialysis surgery program. The population made up of patients undergoing peritoneal dialysis surgery at the hospital was included, hemodynamically unstable patients were excluded, the measurement instrument was the inevitable Beck-II depression.

Results: The most prevalent age is 51-60 years with a higher percentage of 46.3% of the female sex. In table N.5 56.2% of the people reported feeling discouraged from childbirth to the future, in the self depression section, 53.7% of the people said: being happy with myself, in table N.12 34.1 people said: I wish I could end my life. 41.5% of the people said:

how many more continuously, in table N.25 it can be seen that 87.8% are in a moderate depression.

Conclusion: Patients undergoing Tenckhoff catheter placement surgery need specialized and quality care in which, as nurses before and after these patients undergo surgery, it is necessary to explain the benefits and care they should have and provide them with security in the treatment, likewise explain to their relatives the technique of care and emotional support for their patient.

These patients should feel satisfaction in terms of their care and interventions, this will allow that when undergoing surgery they see an opportunity to improve their state of health and not see the disease as something that ruins their physical or emotional state is one of the great indicators to provide quality services.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo 1

Introducción

Planteamiento del problema

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10% (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006).

La incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica se ha incrementado considerablemente en la última década. Como consecuencia de ello, el número de pacientes que reciben un proceso dialítico ha crecido paralelamente, en México la tasa anual de pacientes con Diálisis peritoneal es de 154.6 por millón de habitantes. El incremento de la ocurrencia de esta enfermedad conduce a una serie de condiciones adversas clínicas, económicas, de servicios de salud y consecuentemente de la calidad de vida de los pacientes afectados por lo tanto el estudio de la depresión en estos pacientes es área de interés para la investigación científica (Morales, Salazar, Flores, Bochicchio & López, 2008).

La percepción de la calidad de vida está relacionada con la salud se expresa en términos de bienestar, derivada de un concepto en el que convergen múltiples factores entre ellos el funcionamiento físico, psicológico y social, donde considera el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad y la depresión factores que deben atenderse para la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006).

Numerosos estudios han analizado al impacto psicológico que genera la enfermedad de insuficiencia renal crónica el tratamiento de cirugía de diálisis peritoneal en el estilo de vida en los pacientes ya que se determinó que los problemas conductuales que con mayor frecuencia exhiben son depresión, ansiedad y dependencia por la inminente sensación de muerte (García, Calvanese, 2008).

Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos como la diálisis peritoneal garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente implica un completo bienestar físico, psicoemocional y social debido a que tanto el proceso patológico como el de tratamiento, hacen que los pacientes cambien su percepción de sí mismos lo que genera un impacto sobre su calidad de vida, índice de morbi-mortalidad, asociado al análisis de otros parámetros psicológicos como la depresión y la ansiedad (García & Calvanese, 2008).

La prevalencia de depresión en tales pacientes es aún desconocida, pero no existe duda que tanto la depresión como la ansiedad pueden influir en la adherencia al tratamiento de Diálisis peritoneal (García & Calvanese, 2008).

Investigaciones anteriores han enfatizado que la depresión y la ansiedad en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamiento de adhesión al tratamiento de cirugía de Diálisis Peritoneal, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (Páez, Jofre, Azpiroz & Bortoli, 2008).

Actualmente en México se considera la IRC como un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la tercera causa de muerte y el número de pacientes está constantemente incrementando tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Como consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis o en su defecto de trasplante renal. Recientemente en México se estima que existen 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento de Diálisis peritoneal y para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con enfermedad renal crónica se duplicara (Esquivel, et al.2009).

A nivel estatal no hay una cifra exacta de personas con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, pero tan solo en el Hospital de Alta Especialidad Juan Graham Casasús, el número de nuevos casos se incrementa considerablemente y se considera que el 60 % de los

pacientes sufren de Insuficiencia Renal Crónica y son sometidos a cirugía para Diálisis peritoneal (IMSS) (Ortiz ,2011)

Observándose, además, que el tratamiento de Diálisis peritoneal por vía de catéter de Tenckhoff a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desencadena ansiedad y depresión en este tipo de pacientes y por consiguiente disminución en la calidad de vida.

De acuerdo a lo antes expuesto, y considerándolo un tema de suma importancia, se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff, para tratamiento de Diálisis peritoneal en el Hospital Regional de Pemex?

Objetivo General

Conocer el grado de Depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a cirugía de Diálisis peritoneal del Hospital Regional de Pemex.

Objetivo Específicos

Determinar el grado de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tras cirugía de colocación de Tenckhoff del Hospital Regional de Pemex

Impacto de la depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de Diálisis peritoneal.

Marco Conceptual

El siguiente apartado describe información acerca de Insuficiencia Renal Crónica y definición y características de Depresión en pacientes sometidos a cirugía de colocación de Tenckhoff.

Función Renal

El riñón es un órgano que forma parte del aparato urinario. En cuanto a su tamaño un riñón promedio mide aproximadamente 11.25 cm de longitud, de 5 a 7.5 cm de ancho y 2.5 cm de espesor, anatómicamente se localizan detrás del peritoneo parietal, situados a cada lado de la columna y se extienden desde la última vértebra torácica hasta la tercera vértebra lumbar (Anthony & Thibodeau, 2006).

Desempeñan varias funciones vitales para el organismo como la regulación del equilibrio hidroelectrolítico, el control de la presión arterial a través del volumen de líquido del sistema renina-angiotensina, eliminación de desechos nitrogenados y otros productos de desecho, el control del recuento de glóbulos rojos a través de la síntesis de eritropoyetina y control de la síntesis de hormona paratiroidea así como la función esquelética a través de la eliminación de fosfato y la activación de la vitamina D (Mattson, 2007, p.838).

La unidad básica y funcional renal es la nefrona y existen alrededor de un millón en cada riñón. En cada una de ellas, la filtración tiene lugar en el glomérulo, donde se fuerza al plasma sanguíneo a atravesar una barrera de perforaciones capilares, una lámina basal y una serie de hendiduras. Estas estructuras mantienen en el interior de la sangre las células y las moléculas de tamaño grande, al tiempo que permiten el paso de los productos de desechos y del exceso de agua para su eliminación (Castner, Douglas, 2007).

Cuando se produce la lesión de algunas nefronas, la filtración a través de las nefronas restantes se incrementa, existe presión y flujo de capilares a pesar de que estos efectos tienen un carácter compensador a corto plazo, finalmente dan lugar a hipertrofia y esclerosis de los

glomérulos. La barrera de filtración se debilita y aparecen las proteínas en la orina dando origen a una Insuficiencia Renal Crónica (Castner, Douglas, 2007).

Generalidades de la Insuficiencia Renal Crónica

La IRC se define como el daño renal que persiste durante más de tres meses y que se manifiesta por una excreción anormal de albumina o una función renal disminuida, cuyos signos y síntomas aparecen en forma gradual y no se evidencian hasta que la enfermedad está bastante avanzada. Representa la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas al igual que el deterioro progresivo de la velocidad de filtración glomerular (VFG), de la capacidad de reabsorción tubular y de las funciones endocrinas de los riñones, que por lo general progresa en cuatro fases: disminución de la reserva renal, insuficiencia renal, falla renal y nefropatía terminal (Millán-González, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo & Villegas, 2009; Mattson, 2007, p.837-838).

Etiología

Las causas más frecuentes que originan Insuficiencia Renal Crónica son las infecciones crónicas o recidivantes del tejido renal, la obstrucción mantenida del tracto urinario y las correspondientes a la diabetes mellitus, hipertensión arterial de larga evolución, glomerulonefritis y enfermedad poliquística renal (Díez, Fernández, López, Martín, Martínez, Romero, Uceda, Luna, Baena, Mateo, Álvarez, Torres-Pardo, Álvarez & Guerra, 2008)

Fisiopatología

La lesión crónica del riñón evoluciona en cuatro fases diferenciadas: En la primera fase de la patología, conocida como disminución de la reserva funcional renal existe un 50% de la función renal, ocasionando la disminución en el número de nefronas funcionales y aumentando el filtrado glomerular mientras que se mantiene el balance externo de sodio, agua y la excreción neta de ácido. La fase consecutiva de deterioro renal cuenta con el 25% de función renal aparente, trayendo como consecuencia que la concentración de fosforo sérico se mantenga constante a expensas de elevar la hormona paratiroidea (PTH), además del curso de

una anemia leve. Durante la fase tres o de insuficiencia renal el paciente solo conserva aproximadamente el 10% de su función renal, provocándole elevación en las cifras de (P)_p, hiperparatiroidismo, osteodistrofia renal, acidosis, uremia, anemia, hipocalemia, falta de concentración y dilución en la orina, hiponatremia en caso de sobrecarga de H₂O e inicio de la astenia. Durante la última fase o urémica, el paciente presenta una función renal menor al 10% y la homeostasia del K⁺ y del agua son absolutamente dependientes del volumen de diuresis, presentando así, irritabilidad, letargia, lentitud intelectual, anemia, coagulo Patía, inmunosupresión, amenorrea prurito, neuropatía periférica, anorexia, nauseas, vómitos, gastritis, colitis hemorrágicas, osteodistrofia renal (fracturas y dolores), impotencia y esterilidad, expansión del volumen extracelular (VEC) que a su vez provoca disnea, edema agudo de pulmón (EAP) e hipertensión arterial. En esta fase el paciente precisa de terapia de reemplazo o se hace evidente la muerte inminente (Pérez, Llamas & Legido, 2005).

Manifestaciones Clínicas.

Todos los sistemas del cuerpo son afectados por la uremia derivada de la IRC y dichas manifestaciones son: acumulación aguda desechos nitrogenados, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y del estado acido-base, trastornos de los minerales y esqueléticos, anemia y trastornos de la coagulación, hipertensión y alteraciones de la función cardiovascular, trastornos gastrointestinales, complicaciones neurológicas, trastornos de la integridad de la piel y alteraciones inmunitarias. Cabe señalar que estas manifestaciones dependen en gran medida del grado de función renal, de la presencia de enfermedades coexistentes y del tipo de terapia de reemplazo renal que recibe el paciente (Mattson, 2007, p. 839).

Desequilibrios hidroelectrolíticos y del estado ácido-base.

El balance de sodio y equilibrio hídrico se puede ver comprometido debido a que la IRC puede producir deshidratación o sobrecarga hídrica de acuerdo con la enfermedad subyacente a la nefropatía, debido a que cuando la función renal declina disminuye la capacidad de regular la excreción de sodio. En condiciones normales los riñones toleran

grandes variaciones en el consumo de sodio y pueden mantener sus niveles séricos dentro de límites normales. En la Insuficiencia Renal Crónica, la capacidad de adaptarse a una reducción súbita del consumo de sodio esta alterada y los riñones revelan intolerancia a la sobrecarga aguda de sodio. Cuando se limita el consumo de sodio o se pierde una cantidad excesiva debido a diarrea o a vómitos, se puede producir una depleción de volumen con una reducción asociada la VFG. La pérdida de sal es un problema frecuente en la insuficiencia renal avanzada debido a la alteración de la reabsorción tubular de sodio (Mattson, 2007, p.840).

En cuanto al balance de potasio (K) aumenta su excreción en cada nefrona a medida que los riñones se adaptan a la disminución de VFG, por lo que no se desarrolla hiperpotasemia hasta que la función renal se compromete en forma grave y suele deberse a que el paciente no respeta las restricciones dietéticas y a la toma de fármacos que contiene potasio o a una secreción endógena de K, como sucede en los procesos infecciosos (Mattson, 2007, p.840).

En lo referente al estado acido-base, cabe señalar que en condiciones normales los riñones regulan el pH de la sangre a través de la eliminación de iones hidrogeno producidos por procesos metabólicos y la regeneración de bicarbonato. Esto se logra mediante la secreción de iones hidrogeno, reabsorción de sodio y bicarbonato, así como la producción de amoniaco que actúa como tampón de los ácidos. Cuando la función renal disminuye estos mecanismos se alteran y se produce acidosis metabólica, que se estabiliza a medida que la enfermedad progresa, probablemente como consecuencia de la capacidad de amortiguación del hueso. Esta acción amortiguadora aumenta la resorción de hueso y contribuye a la aparición de los trastornos esqueléticos asociados a IRC (Mattson, 2007, p.840).

Trastornos Cardiovasculares

La hipertensión es una manifestación temprana, consecuencia del aumento del aumento del volumen vascular y la resistencia vascular periférica, la disminución de la concentración de prostaglandinas renales vasodilatadoras y el incremento de la actividad del sistema renina-

angiotensina, es tratada mediante el control del volumen intravascular, diferentes medicamentos antihipertensivos, restricción de sal y agua. Las enfermedades cardiovasculares que pueden desarrollarse son hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiopatía isquémica. La insuficiencia cardíaca congestiva y el edema pulmonar tienden a aparecer durante los estadios más avanzados de la insuficiencia renal. Las condiciones coexistentes identificadas como factores contribuyentes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular son hipertensión, anemia, diabetes mellitus, dislipidemia y coagulo Patía; por lo que los pacientes requieren tratamiento con restricción de líquidos, dieta baja en sodio, diuréticos, agentes inotrópicos, como digital o dobutamina y hemodiálisis. La pericarditis es otra manifestación, que puede deberse a toxinas metabólicas asociadas con el estado urémico o a la hemodiálisis (Mattson, 2007, p. 842,843).

Trastornos Tegumentarios.

La piel suele estar pálida debido a la anemia y puede tener un matiz cetrino, amarillo amarronado, además de estar seca debido a la disminución de la transpiración a causa de la reducción del tamaño de las glándulas sudoríparas y de la menor actividad de las glándulas sebáceas. El prurito es ocasionado por los niveles séricos elevados de fosfato y por el desarrollo de cristales de fosfato asociado con el hiperparatiroidismo. El rascado intenso y pinchazos sucesivos con agujas, en especial cuando el paciente es sometido a hemodiálisis, destruyen la integridad de la piel aumentando así el riesgo de infección. Las mucosas suelen estar secas y se observan hematomas subcutáneos. Las uñas de los dedos de las manos pueden tornarse delgadas y quebradizas, con una banda oscura justo detrás del borde conductor de la uña, seguida por una banda blanca, alteración que se denomina uñas de Terry (Mattson, 2007, p.843).

Trastornos Gastrointestinales

La anorexia, las náuseas y los vómitos son frecuentes en los pacientes con uremia, así como un gusto metálico en la boca que disminuye aún más el apetito. Las náuseas durante la

mañana son comunes. Los pacientes pueden desarrollar úlceras y hemorragias provenientes de la mucosa gastrointestinal y con frecuencia experimentar hipo. La causa posible de náuseas y vómito es la descomposición de la urea por la flora intestinal que produce una concentración elevada de amoníaco y suelen mejorar cuando se limita las proteínas de la dieta y después de iniciar la hemodíalisis (Mattson, 2007, p.843).

Trastornos de la Función Neurológica

La neuropatía periférica afecta las extremidades inferiores con mayor frecuencia que las superiores. Su etiología es la atrofia y la desmineralización de las fibras nerviosas, es posible que, a causa de la presencia de toxinas urémicas, debido a que una manifestación de la uremia sea la sensación de quemazón en los pies, que puede proceder al desarrollo de debilidad y atrofia muscular. El síndrome se caracteriza por hormigueo, pinchazos y prurito que se intensifican durante el reposo (Mattson, 2007, p. 843).

Trastornos Musculo-esqueléticos.

La osteodistrofia renal es un término usado comúnmente, para describir las complicaciones esqueléticas asociadas con la Nefropatía Terminal (NT). Los factores contribuyentes a su aparición son el aumento de los niveles séricos de fosfato, disminución de los niveles séricos de calcio, la alteración de la activación de la vitamina D en los riñones y el hiperparatiroidismo. Las modificaciones esqueléticas asociadas con la IR se dividen en dos principales tipos de trastornos: osteodistrofia con recambio elevado y con recambio bajo. En ambas se observa una reabsorción anormal y un defecto del remodelado del hueso (Mattson, 2007, p. 840,841).

La osteodistrofia con recambio óseo elevado, a veces denominada osteítis fibrosa, se caracteriza por el aumento de la resorción y la formación del hueso, con predominio de la resorción. El trastorno se asocia con hiperparatiroidismo secundario, alteración del metabolismo de la vitamina D junto con resistencia a la acción de la vitamina D y alteración

de la regulación de los factores de crecimiento y de los inhibidores locales. Se observa un aumento de la cantidad y de la actividad de los osteoblastos y de los osteoclastos, estos últimos producen una excesiva cantidad de matriz ósea, la mineralización no actúa con la misma rapidez y determina una disminución de la densidad ósea, con formación de hueso poroso y de fibras inadecuadas. Otro componente de la osteítis fibrosa es la fibrosis de la médula ósea, que se produce que presentan un aumento de la actividad de las células óseas.

La osteodistrofia con recambio óseo bajo se caracteriza por la disminución de la cantidad de osteoblastos y por una cantidad baja o reducida de osteoclastos, intercambio óseo enlentecido y acumulación de matriz ósea no mineralizada. Hay dos formas de osteodistrofia con recambio bajo: la osteomalacia y la osteodistrofia adinámica. La osteomalacia se caracteriza por una disminución de la velocidad de la formación de hueso y por defectos de la mineralización del hueso y los factores que contribuyen a su desarrollo son la disminución de los niveles de vitamina D y la acidosis metabólica. Se considera que la acidosis metabólica ejerce un efecto directo tanto sobre la actividad osteoblástica como sobre la osteoclástica, así como sobre el proceso de mineralización, por medio de la disminución de la disponibilidad de fosfato trivalente.

El segundo tipo de osteodistrofia con recambio bajo, la osteodistrofia adinámica, se caracteriza por escasa cantidad de osteoblastos, con una cantidad de osteoclastos normal o disminuida. Se asocia con un aumento de las fracturas. Los síntomas de la osteodistrofia renal, que aparecen en un momento avanzado de la enfermedad, son sensibilidad al tacto de los huesos y debilidad muscular. La debilidad de los músculos proximales de las extremidades inferiores es común y le dificulta al paciente levantarse de la silla o subir escaleras. (Mattson, 2007, p. 840,841).

Trastornos Hematológicos

La anemia (hematocrito inferior a 30%) asociada con IRC presenta síntomas no específicos como malestar, fatiga generalizada y reducción en la tolerancia a la actividad. Es

tratada con eritropoyetina humana recombinante administra por vía intravenosa o intramuscular tres veces a la semana, para lograr un hematocrito de 33 a 38%, que en general alivia los síntomas de anemia. El resultado podría observarse al cabo de dos a seis semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de dicho tratamiento se incluyen hipertensión (especialmente al principio del tratamiento), incremento de coagulación en puntos de acceso vascular, ataques y agotamiento de las reservas de hierro del organismo. Al iniciar el tratamiento, el paciente puede experimentar síntomas parecidos a los de la gripe, los cuales tienden a desaparecer con las dosis subsiguientes.

El tratamiento implica ajustes de heparina para evitar la coagulación de las sondas de diálisis durante la hemodiálisis; control frecuente de hematocrito y valoración periódica de hierro en suero, y niveles de transferrina. Debido a que necesita reservas adecuadas de hierro para una respuesta ideal a la eritropoyetina, se prescriben complementos del elemento. Además, se vigilan la presión sanguínea y los valores de potasio sérico para descubrir hipertensión, las cuales suelen aparecer con el tratamiento y el aumento masivo de eritrocitos.

El paciente que recibe este medicamento, por lo general informa que disminuye la fatiga y aumenta su sensación de bienestar, tolera mejor la diálisis, tiene mayor energía y mejora la tolerancia al ejercicio. Además, este tratamiento disminuye la necesidad de transfusiones y sus riesgos (enfermedad infecciosa, formación de anticuerpos y sobrecarga de hierro) (Mattson, 2007, p. 841,842).

Alteraciones inmunológicas.

La infección es una complicación frecuente y produce la internación y la muerte de los pacientes con IRC. Las anomalías inmunitarias disminuyen la eficiencia de la respuesta inmune contra las infecciones. Los niveles elevados de urea y de desechos metabólicos pueden comprometer los aspectos de la inflamación y función inmune, produciendo disminución del recuento de granulocitos, alteración de la inmunidad humoral y mediada por células y defecto de la función fagocítica (Mattson, 2007, p. 843).

Disfunción Sexual.

La etiología de dicho trastorno es incierta tanto en hombre como en mujeres con IRC. Es probable la multicausalidad, además de que el trastorno se deba a la presencia de niveles elevados de toxinas urémicas, a la neuropatía, a la alteración de la función endocrina, a factores psicológicos y a fármacos. Frecuentemente hay alteraciones de las respuestas sexuales fisiológicas, de la capacidad reproductiva y de la libido.

Las hormonas hipofisarias y gonadales también sufren alteraciones como la disminución de los niveles de testosterona y el aumento de los niveles de prolactina y de hormona luteinizante, así como dificultades eréctiles y disminución de los recuentos espermáticos. La pérdida de la libido puede ser consecuencia de la anemia crónica y de la disminución de los niveles de testosterona (Mattson, 2007, p. 843,844).

La alteración de la función sexual en las mujeres se caracteriza por niveles anormales de progesterona, de hormona luteinizante y de prolactina. Disminución de la fertilidad, anomalías menstruales, disminución de la lubricación vaginal y diversos problemas orgásmicos. La amenorrea es frecuente en las mujeres sometidas a diálisis (Mattson, 2007, p.844).

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento en IRC es la modificación de los factores de riesgo, la evitación de las sustancias nefrotóxicas y la protección de la función renal restante (Castner & Douglas, 2007).

Las metas de la terapia de reemplazo son: disminuir la mortalidad, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento pre mórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria (Millán-González, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo & Villegas, 2009).

Diálisis

Es una forma de eliminar los desechos de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función adecuadamente. Este procedimiento filtra la sangre de un modo diferente a como lo realiza la hemodiálisis. Durante la diálisis peritoneal, un líquido purificador circula a través de una sonda (catéter) aparte del abdomen. El tejido que reviste el abdomen (peritoneo) actúa como filtro y quita los desechos de la sangre. Luego de un periodo de tiempo determinado, el líquido con los desechos filtrados fluye hacia afuera del abdomen y se descarta Contreras et al. (2006).

La diálisis peritoneal implica colocar una sonda de catéter suave en su cavidad abdominal y llenarla de líquido limpiador (solución de diálisis). Esta solución contiene un tipo de azúcar que saca el desecho y el líquido excedente.

Aunque el tratamiento de diálisis peritoneal es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga perdida de movilidad, cansancio, palidez, edema de pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos Contreras et al. (2006).

Hemodiálisis

Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, demandantes e invasivos que involucran altos costos para el paciente y su familia a nivel físico, psicológico, social y económico. La hemodiálisis (HD) que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la IRC, dicho tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta, restricción en la ingesta de líquidos y toma de medicamento Contreras et al. (2006)

En cuanto a la estructura del sistema de hemodiálisis, este consta de tres partes: un compartimiento con sangre, un compartimiento con líquido de diálisis y una membrana de celofán que separa los dos compartimientos. La membrana de celofán es semipermeable y permite que todas las moléculas, excepto las células de la sangre y las proteínas plasmáticas, se muevan con libertad en ambas direcciones. La dirección del flujo depende de la concentración de las sustancias contenidas en las dos soluciones.

En condiciones normales los productos de desechos y el exceso de electrolitos presentes en la sangre se difunden hacia la solución de diálisis. Durante la diálisis se mueve

desde una arteria hacia los tubos y la cámara con sangre de la máquina de diálisis para regresar al cuerpo por una vena, que proporciona acceso al sistema vascular llevándose a cabo a través de una fistula arteriovenosa interna. La mayoría de los pacientes se someten a diálisis tres veces por semana durante 3 a 4 horas, por lo que se administra heparina en forma intermitente o continua para prevenir la coagulación durante la diálisis (Mattson, 2007, p. 844).

Terapia Dietética.

Al deteriorarse la función renal se necesita intervención dietética, con regulación cuidadosa del ingreso de proteínas, líquidos (para equilibrar las pérdidas hídricas) y sodio (a fin de compensar las pérdidas de este mineral), con restricción moderada de potasio. Al mismo tiempo, hay que garantizar el ingreso adecuado de calorías con complementos vitamínicos. (Mattson, 2007, p. 846).

Debido a informes de depleción significativa de tejidos magros en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) sometidos a Diálisis peritoneal con signos de desnutrición; el tratamiento dietético tiene como objetivos: proporcionar suficientes proteínas para compensar pérdidas de aminoácidos esenciales y nitrógeno, mantener el equilibrio de este e impedir acumulación excesiva de productos de desecho; suministrar la cantidad adecuada de kilocalorías para prevenir o frenar el catabolismo del tejido corporal magro; limitar la ingesta de sodio para controlar presión sanguínea y sed, y prevenir edemas; estabilizar el potasio sérico para prevenir la hipercalcemia y arritmias cardíacas; controlar ingesta de líquidos para prevenir la hiponatremia e incremento excesivo de peso interdiálisis; limitar el fosforo para controlar hiperfosfatemia y reducir la osteodistrofia renal (González, Ayala & Ramírez, 2010).

Proteínas

La restricción de proteínas es moderada por que los productos de degradación de las proteínas alimenticias e hísticas, como la urea, creatinina, ácido úrico y ácidos orgánicos, se acumulan con rapidez en la sangre cuando el riñón no los desecha de inmediato. La ración permitida de proteínas incluirá productos de alto valor biológico (lácteos, huevos y carnes). Las proteínas de alto valor biológico son las completas y las que aportan aminoácidos

esenciales para el crecimiento y reparación celulares. Se necesitan complementos vitamínicos porque la dieta hipoproteínica no aporta las cantidades necesarias de vitaminas. Además, los individuos sometidos a diálisis pierden vitaminas hidrosolubles presentes en la sangre durante los tratamientos (Mattson, 2007, p. 846).

Líquidos

La ración permitida de líquidos es de 500 a 600 ml en exceso del volumen de diuresis en 24 hrs. Las calorías se aportan por medio de carbohidratos y grasas para evitar la consunción (Mattson, 2007, p. 846).

La IRC es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y su familia, con las consecuencias sobre su calidad de vida. Además de poseer las características de otras enfermedades crónicas, la IRC tiene factores que incrementan su severidad y suele asociarse a la presencia de otros trastornos, sus modalidades de tratamiento son invasivas y altamente exigentes en tiempo y esto impide al paciente en muchas ocasiones conseguir o mantener un trabajo (García, Calvanese, 2008).

Generalidades de la Calidad de vida

Conceptos Actuales

La aparición del concepto calidad de vida es relativamente reciente y se define como “la satisfacción personal experimentada y ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas individuales, mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos de dichas condiciones vitales” (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (1998) definió la calidad de vida en función de cómo el individuo “percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Calidad de vida es considerado de igual forma, como un bien propositivo, en cuanto que busca de modo activo el desarrollo óptimo de la persona en las distintas dimensiones; a la vez, connota un bien variable, marcado por las limitaciones, las transformaciones, donde hay progreso y regresión, no es algo lineal ni mecánico (Roque, 2008).

Dependiendo del contexto, se compone por variables objetivas, subjetivas y de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades. Las subjetivas permiten evaluar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en salud (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

De entre las subjetivas y personales, se consideran: la percepción de salud, el involucramiento en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades funcionales. En este último concepto se sugiere cautela, ya que un

individuo puede exhibir una distorsión sobre su CV general en función de sus emociones, también las circunstancias de vida pueden tener un efecto al momento de la medición (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

Calidad de vida en pacientes con IRC

El aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales no existe una curación y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, se ha hecho de gran prevalencia en nuestros días (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010). Una de ellas es la IRC que se ha convertido en un problema de salud cada vez más preocupante, debido al deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen; es por eso que los pacientes sometidos a cirugía de Diálisis peritoneal llevan una vida muy difícil, principalmente por depender de un centro hospitalario cuando presentas alteraciones físicas, personal médico y de enfermería especializados, y recambio de bolsas de diálisis o de catéter, cambios higiénico-dietéticas, de vida sexual, social y laboral (Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez & Velasco, 2009).

El caso de la Insuficiencia Renal Crónica presenta características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalaron que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos, psicosociales y cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; acentuando en el paciente efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles familiares (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007).

Estos pacientes experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como

Náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007).

Las entidades psicológicas frecuentes en esta población son la ansiedad y la depresión en sus distintas presentaciones sobre todo al ser sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff (Millán-González, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo & Villegas, 2009).

Cuando estas entidades acompañan la enfermedad renal se reportan más retiros voluntarios del proceso dialítico y mayor mortalidad; en caso de que pasen desapercibidas, el pronóstico es aún más negativo (Millán-González, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo & Villegas, 2009).

Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

De acuerdo con algunos teóricos e investigadores, el componente esencial y determinante para evaluar la CV y el grado de Depresión es la percepción subjetiva de cada persona (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009). Ya que la mejor fuente de información sobre CV es el propio individuo, y será el quien determine cuales aspectos de la propia CV son los más importantes, respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención médica y/o psicológica, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), como indicador de la atención a la salud, incorpora la percepción del paciente como una necesidad de evaluación de resultados en salud (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010). Recientemente en el estudio

efectuado por Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda (2010) concluyeron que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es una forma de señalar la percepción que tiene la persona sobre los efectos que una enfermedad determinada o la aplicación de una medida terapéutica sobre los diversos ámbitos de su vida, especialmente las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Dimensiones y Características de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Cada uno de sus dominios tanto físico, mental o social, que conforman el término, pueden ser medidos en dos dimensiones: la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Las investigaciones más recientes, orientadas a la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) han proporcionado tres enfoques principales: el primero de ellos como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general. El segundo enfoque para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social. El tercer enfoque está dado para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendientes a mejorar el nivel de salud (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Mediciones en la Calidad de Vida

Los instrumentos elaborados para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos: para conocer el deterioro de la percepción de la calidad en personas con alguna patología o evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas encaminadas a mejorar los síntomas y función física a través del tiempo (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

Por tanto, las escalas de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) incluyen aspectos generales que suelen afectarse ante su pérdida, como las funciones físicas, interacciones sociales y síntomas. Miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba el grado de bienestar o malestar que posee al respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, que serían las afectadas por un proceso de enfermedad (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

Utilidad de la Calidad de Vida

Su utilidad en la medicina se ha señalado como relevante por diversos investigadores para la planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población, la evaluación de resultados en ensayos clínicos y en la investigación sobre los servicios de salud y para elegir las mejores decisiones en cuanto a la distribución de recursos (Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

Generalidades de la Depresión

Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente, originada por una hiperactividad del sistema nervioso (Virues, 2005; Sarason & Sarason, 2006).

En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con Insuficiencia Renal sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la enfermedad y al tratamiento de diálisis peritoneal. Lo anterior se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en los enfermos de IRC (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bartoli, 2008; Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007).

Depresión

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2009). Es la percepción que tiene la persona sobre algún efecto, enfermedad y se presenta inversamente con las percepciones de satisfacción con la vida y el apoyo social (García & Calvanese, 2008).

Se caracteriza por una importante alteración del humor, con episodios que pueden durar varias semanas o meses. Los pacientes sufren pérdida de interés en todo e incapacidad para experimentar placer, con sentimientos de infravaloración y culpa, déficits cognitivos, junto con pérdida del apetito, del sueño y del deseo sexual (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Panorama

La depresión tiene hoy día un lugar muy especial debido a que ha alcanzado prevalencias de 1 al 6% en muestras comunitarias en todo el mundo (Elizalde, 2006).

Como tema de investigación la depresión ha tenido gran importancia en los últimos años, sabiéndose al momento que no es un trastorno homogéneo, sino un fenómeno complejo que tiene diversos subtipos y probablemente más de una etiología. Incluye una predisposición a tener problemas episódicos de la afectividad y frecuentemente progresivos, que muestra toda una gama de diferencias en sintomatología que van desde lo más leve a lo más severo con o sin características psicóticas relacionadas y suele tener interacción con otros trastornos somáticos y psiquiátricos (Antai-Otong, 2005).

Las personas que padecen una enfermedad médica grave están en riesgo de sufrir depresión. La incidencia es aproximadamente doble en mujeres que, en varones, posiblemente debido a las diferencias hormonales entre ambos sexos (Antai-Otong, 2005).

La depresión no tratada puede alterar el funcionalismo cotidiano y la calidad de vida de una persona con la misma intensidad que cualquier otra enfermedad crónica (Antai-Otong, 2005).

Aunque su causa todavía no ha sido bien definida, se considera que la depresión es el resultado de un desequilibrio de los neurotransmisores del sistema nervioso central.

Diferencias Sintomatológicas Depresivas de acuerdo al Género

Los signos y síntomas de la depresión mayor son variables en las distintas personas, y también son diferentes entre varones y mujeres. A diferencia de la mujer, el varón puede presentar una actitud enfurecida más que tristeza o mostrar resistencia a admitir que se siente deprimido. Lo más habitual es que el paciente presente un estado de ánimo persistentemente triste o deprimido, con pérdida de interés por las cosas que anteriormente le satisfacían y con al menos tres de los síntomas psicológicos o somáticos que se exponen a continuación como son; sensación de fatiga o de disminución de la energía, falta de motivación o de estímulo, alteraciones en el apetito y el peso corporal, falta de atención a los cuidados personales o alteraciones en los patrones del sueño (insomnio, despertar temprano o sueño excesivo), dificultades de concentración, facilidad para los olvidos, sentimientos de inutilidad, desesperanza, indefensión, o autoestima baja, retardo psicomotor o agitación, ideaciones de muerte o suicidio (Antai-Otong, 2005).

Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

La depresión está bien identificada entre pacientes con enfermedad renal terminal, sin embargo, pocos pacientes reciben evaluación o terapia médica para minimizar los efectos de este trastorno (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

La importancia de estudiar la Depresión en los pacientes con IRC sometidos a cirugía de colocación de catéter de tenckhoff se ha incrementado recientemente. Los primeros estudios mostraron que estos pacientes tienen disminución importante en la calidad de vida al compararlos con la población general y presentan síntomas depresivos tras el tratamiento de diálisis peritoneal. (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Posteriormente las diferencias entre la calidad de vida de la población general y la de los enfermos crónicos dio lugar al desarrollo del concepto “calidad de vida relacionada con la salud”, en el cual se incluyen dimensiones físicas, psicológicas y sociales ; además, cada una incluye una diversidad de componentes que pueden expresarse de manera diferente según la percepción subjetiva de cada paciente (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Estudios recientes han mostrado que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis oscila entre 40 y 45% (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

La depresión puede afectar las funciones inmunológica y nutricional, así como el cumplimiento del programa de diálisis influyendo en los resultados del tratamiento siendo un factor fundamental en la supervivencia de los pacientes (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Explicaciones de la Condición Depresiva

A pesar de su prevalencia y del impacto considerable en la salud humana, se conoce poco sobre las regiones cerebrales involucradas en la aparición de la enfermedad, los factores genéticos y ambientales desencadenantes y los mecanismos a través de los cuales se produce la condición depresiva (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Se supone que existe una predisposición genética asociada con muchos genes con efecto aditivo, la cual interactúa con factores ambientales de riesgo, tales como la alimentación, la exposición a sustancias xenobióticas o la ocurrencia de eventos estresantes que pueden resultar en episodios depresivos en algunos pacientes (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Se han llevado a cabo estudios en pacientes con depresión a largo plazo, encontrando que existen dos formas básicas de depresión: la exógena y la endógena y que las causas

pueden incluir factores: genéticos, químicos y psicosociales (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

El estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y este no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Por lo tanto, se puede inferir que la llamada depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Un elemento clave en el desarrollo de la depresión radica en una respuesta aumentada o disminuida al estrés. Los agentes estresantes provocan una serie de reacciones corporales que en conjunto se conocen como el Síndrome de Adaptación General (SAG). Este síndrome representa un esfuerzo del organismo para adaptarse a las nuevas condiciones generadas por tales agentes. Aunque la respuesta corporal al estrés es un proceso normal, dirigido a mantener la estabilidad y/o la homeostasis, la activación del sistema de respuesta mantenida a largo plazo puede tener efectos peligrosos, e inclusive mortales, incrementando el riesgo no solo de depresión, sino de otros padecimientos (Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana, 2008).

Descripción de las Variables

Depresión

Percepción que tiene la persona sobre algún efecto, enfermedad, e inversamente con las percepciones de satisfacción con la vida y el apoyo social (García, Calvanese, 2008).

El instrumento para medir esta variable es el siguiente Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Artículos relacionados

Morales-Jaimes, (2008). El propósito de dicho estudio consistió en evaluar la calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal, sobre todo el papel de la depresión. La población requerida consistió en 123 sujetos, todos mayores de 19 años de edad con tratamiento sustitutivo renal. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de la calidad de vida en enfermedad renal versión 1.3 (KDQOI-SF-36), inventario de depresión de Beck, estudios de laboratorio y modelos múltiples de regresión logística ordinal. Los resultados obtenidos arrojaron una importante asociación entre la depresión y la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, debido a que la depresión es el desorden psicológico más común entre pacientes con IR.

Páez, Amelia E. (2008). El propósito de dicho estudio consistió en investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años con IRC en tratamiento de hemodiálisis. Los instrumentos utilizados fueron la elaboración de una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, se aplicó un cuestionario de adaptación mexicana de Díaz y Spielberger (1975) del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y finalmente se utilizó la versión adaptada a la población argentina por Brenlla y Rodríguez (2006) para evaluar intensidad de síntomas depresivos (escala de Likert). Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 3.3 % de los integrantes presento depresión leve; el 16.7 % depresión moderada y el 36.7 % depresión grave en síntesis el 56.7 % de la muestra manifestó algún grado de depresión. Con respecto al estado de ansiedad el 16.7 % de los pacientes presento niveles bajos y el 3.3 % ansiedad en estado alto. En cuanto a la ansiedad rasgo, el 13.3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajo niveles de ansiedad rasgo t el 23.3 % altos niveles de ansiedad rasgo.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio, en primer lugar, se muestra el diseño del estudio, posteriormente la población, la muestra y muestreo; los criterios de inclusión y exclusión, así como la selección de los participantes, el procedimiento de recolección de datos, el instrumento y medición, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, de tipo cuantitativo-descriptivo. Transversal por que se busca obtener información de cada individuo que se estudie en un momento dado o específico, además de tipo cuantitativo-descriptivo., Cuantitativo porque es un proceso formal, riguroso, sistemático para generar información sobre el mundo. Y descriptivo por que consiste en la exploración y descripción de los fenómenos en las situaciones de la vida real. Ofrece una descripción detallada de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos (Polit&Hungler, 2000 pp.159, Burns & Grove, 2008 pp.29-31)

Población, muestreo y muestra.

La población es el total de elementos (individuos, objetos o sustancias) que cumplen ciertos criterios para ser incluidos en un estudio. El muestreo define el proceso de seleccionar un grupo de personas, sucesos, conductas u otros elementos con los cuales realizar un estudio, y, la muestra es el subconjunto de la población que es seleccionado para un estudio en particular (Burns & Grove, 2008 pp. 47-49).

La población de estudio fueron todos los pacientes con insuficiencia renal crónica incluidos en el Programa de cirugía para diálisis peritoneal del Hospital Regional de Pemex de Villahermosa, Tabasco, en el periodo comprendido de la recolección de datos.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. Ya que como su nombre lo indica se seleccionará la población de acuerdo a la conveniencia del investigador (Polit & Hungler, 2000, p. 286-271).

La muestra estuvo compuesta por pacientes de ambos sexos que sean sometidos a cirugía de Diálisis Peritoneal.

Criterios de Inclusión:

Se incluyó a la población integrada por los pacientes sometidos a cirugía de diálisis peritoneal que acuden a la unidad del Hospital Regional de Pemex., de igual forma los pacientes hemodinámicamente estables, sin urgencia médica al momento de la entrevista, y los pacientes que supieran leer y escribir y por último a los pacientes que aceptaron participar en el estudio (García, Calvanese, 2008).

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron del estudio a pacientes hemodinámicamente inestables o con urgencia médica al momento de la entrevista, pacientes bajo algún tratamiento psiquiátrico esto porque presentan problemas mentales diagnosticados y tienen dificultad para responder al instrumento, de igual forma a los pacientes que no supieran leer ni escribir y a los que no aceptaron participar en el estudio. (Contreras, Es guerra, Espinosa, Gutiérrez& Fajardo, 2006).

Procedimiento de recolección de datos.

Para la recolección de la información se utilizó la técnica denominada encuesta, ya que este es un medio que permite la recolección de datos que muestran información específica de lo que se quiere investigar.

Primero se solicitó a la Coordinación de Estudios de la Licenciatura de Enfermería, y a la Directora de la DACS, para identificarse como tesis y es en beneficio de la salud y que será estudiado en el hospital correspondiente.

Con la lista de los pacientes identificados se ingresó al área de quirófano donde se encuentran los pacientes sometidos a cirugía de colocación de Tenckhoff, se les explicó a los pacientes encontrados sobre el motivo que serán encuestados, la importancia del estudio y se

les proporciono las encuestas correspondientes, dándoles media hora para contestar, sucesivamente hasta lograr el total de nuestra población en estudio.

Instrumento y medición.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Beck, Steer y Brown (2006), el objetivo de este instrumento es evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que se puntúan sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3); la puntuación total varía de 0 a 63. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad de los síntomas depresivos son los siguientes: 0-13 puntos: no depresión; 14-19 puntos: depresión leve; 20-28 puntos: depresión moderada, y 29-63 puntos: depresión severa.

Para evaluar la ansiedad se utilizó el Inventario de ansiedad Rasgo –Estado (IDARE) versión en español de “The *Scale of State – Trait Anxiety Inventory*” desarrollada por Spielberg & Díaz (2002), con el objetivo de medir el grado de ansiedad experimentada. Este inventario está constituido por dos escalas de autoevaluación conformadas cada una por veinte afirmaciones con 4 alternativas de respuesta, cuantificadas de 1-4, cuya puntuación total varia de 20 a 80. La primera escala evalúa la ansiedad estado (AE) y la segunda la ansiedad rasgo (AR). Los percentiles a manejar correspondientes a cada graduación de ansiedad: percentiles 1-16: ansiedad baja, percentiles de 17-84: ansiedad moderada, y percentiles de 85-100: ansiedad alta.

El IDARE posee una confiabilidad de .83 en pacientes de medicina interna.

Tabla No. 1:
Confiabilidad del instrumento

Instrumento	Reactivos	Coficiente
Confiabilidad Interna del Instrumento IDARE	21	.776

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron en consideración aspectos éticos que garantizan la integridad de los participantes y confidencialidad de los mismos, por lo que las consideraciones éticas y legales son las que se rigen por los reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo Capítulo I, Artículo 13, artículo 16, artículo 17 fracción II, artículo 18, artículo 20, artículo 21 fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y el artículo 22, fracción I, II, III, IV y V.

Consideraciones Éticas.

El presente estudio de investigación se apega a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos Capítulo 1.

Se tomaron en consideración los siguientes artículos:

Artículo 13. Se protegerá el respeto a su dignidad, bienestar y la protección de sus derechos.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17 Fracción I. Se considera como una investigación sin riesgo, puesto que se emplearon técnicas de investigación como la aplicación de cuestionarios.

Artículo 20. Se utilizará el consentimiento informado por escrito mediante el cual el sujeto de investigación autorizará de manera legal su participación en la investigación, con pleno conocimiento y con la capacidad de libre elección y sin obligación alguna.

Artículo 21. Se informará acerca del conocimiento informado en donde se explique la justificación y los objetivos de la investigación, los beneficios que pueden observarse, y según la fracción VII el participante tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se cree perjuicios. Y fracción VIII

donde el participante no será identificado y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22. Se elaborará el consentimiento informado por escrito y cumplirá los requisitos mencionados en el lineamiento I, II, III, IV, V, el cual será elaborado por los investigadores, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo en la norma técnica que emita la secretaria, será revisado por la institución, indicara el nombre del investigador y testigos con sus respectivas firmas, y se extenderá un duplicado del ejemplar en representación legal.

Plan de Tabulación y Análisis de los Datos.

El análisis de datos se realizó usando el Programa Estadístico SPSS versión 15. Esto con el fin de analizar los datos de cada variable y conocer la relación entre ellas. Se utilizaron también medidas de tendencia central (media, mediana, y moda) de variabilidad (rango y desviación estándar).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados de la recolección de datos en relación a datos sociodemográficos, resultados de tendencia central como frecuencias, porcentajes, media, mediana, desviación estándar como respuesta al objetivo general y específicos planteados en la investigación.

Para darle respuesta al objetivo uno, se describen las variables sociodemográficas de los participantes.

Tabla No. 2:

Características sociodemográficas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	<i>f</i>	%
Edad		
51-60 años	19	46.3
41-50 años	17	41.5
30-40 años	5	12.2
Sexo		
Femenino	22	53.7
Masculino	19	46.3
Estado civil		
Unión Libre	4	9.8
Casado	30	73.2
Soltero	1	2.4

Otro	5	14.4
<hr/>		
Escolaridad		
Primaria	1	2.4
Formación Profesional	34	82.9
Secundaria	6	14.6
<hr/>		
Situación Laboral		
Activa	11	26.8
Desempleado	30	73.2

Fuente: Encuesta Sociodemográfica

En la Tabla 2, se observa que la edad más predominante en el estudio es de 51-60 años con un porcentaje mayor de 46.3% (n=19), en cuanto el sexo fueron más mujeres con un 53.7% (22) a diferencia del sexo masculino con un 46.3% (n=19), y el 73.2% es casado, en cuanto a la escolaridad el 82.9% tiene una formación profesional, aunque el 73.2 es desempleado por jubilación.

Tabla No.3:

Variables Sociodemográficas

Variable	f	%
Diabetes mellitus	29	70.7
Hipertensión	39	95.1

Fuente: Pacientes con insuficiencia renal crónica incluidos en el Programa de cirugía para diálisis peritoneal del Hospital Regional de Pemex

En la tabla 3 el 70.7% (n=29) de los adultos pacientes refirió ser diabéticos y el 95.1% (n=39) es hipertenso causa de la insuficiencia renal crónica.

Para darle respuesta al objetivo dos, determinar el grado de depresión de los participantes se describen los siguientes resultados arrojados por el instrumento ansiedad Rasgo –Estado (IDARE).

Tabla No.4:

Tristeza

Variables	<i>f</i>	%
Me siento triste	18	43.9
Me siento triste continuamente y no puedo dejarlo de estarlo	16	39.0
Mes siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	7	17.1

Fuente: *Identificación de IDARE*

En la tabla No.4 se muestra los datos de identificación de los encuestados en relación al estado de tristeza donde el 43.9% ($n=18$) de las personas comento sentirse triste.

Tabla No.5:

Pesimismo

Variables	<i>f</i>	%
Me siento desanimado de cara al futuro	23	56.1
Siento que no hay nada por lo que luchar	16	39.0
El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	2	4.9

Fuente: IDARE

En la tabla No.5 el 56.1% ($n=23$) de las personas refirió sentirse desanimado de cara al futuro y el 39.0% ($n=16$) refirió siento que no hay nada por lo que luchar.

Tabla No.6:
Sensación de fracaso

VARIABLES	<i>f</i>	%
No me siento fracasado	4	9.8
He fracasado más que la mayoría de las personas	22	53.7
Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.	15	36.6

Fuente: IDARE

En la tabla No.6 el 53.7% ($n=22$) de las personas específico sentirse fracasado más que la mayoría de las personas, lo cual se asociamos al 36.6% ($n=15$) que señalo que cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro, por lo cual casi el 90% consideran que no han alcanzado una vida estable y feliz.

Tabla No.7:
Insatisfacción

VARIABLES	<i>f</i>	%
No disfruta tanto de las cosas como antes	23	56.1
Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas	12	29.3
Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	6	14.6

Fuente: IDARE

En la tabla No.7 el 56.1% ($n=23$) de las personas muestra insatisfacción con su vida actual al señalar que no disfrutan tanto de las cosas como antes, sin embargo y parece ser un dato muy desalentador el 29.33% ($n=12$) ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas, encontrándonos con una situación de desesperanza.

Tabla No.8:**Culpa**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No me siento especialmente culpable	1	2.4
Me siento culpable en bastantes ocasiones	19	46.3
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	14	34.1
Me siento culpable constantemente	7	17.1

Fuente: IDARE

En la tabla No.8 el 46.3% ($n=19$) de las personas refirió: Me siento culpable en bastantes ocasiones y el 34.1% ($n=14$) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones, por lo cual parecen asociar su estado a acciones que asocian a su comportamiento, lo que puede incluir su salud.

Tabla No.9:**Expectativas de castigo**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No creo que este siendo castigado	22	53.7
Siento que quizá esté siendo castigado	17	41.5
Espero ser castigado	2	4.9

Fuente: IDARE

En la tabla No.9. El 53.7% ($n=22$) de las personas refirió: no creo que este siendo castigado a diferencia del 41.5% ($n=17$) siento que quizá esté siendo castigado, lo que confirma lo expresado en la pregunta anterior

Tabla No.10.
Autodesprecio

Variables	<i>f</i>	%
Estoy descontento de mí mismo	22	53.7
Estoy a disgusto conmigo mismo	17	41.5
Me detesto	2	4.9

Fuente: IDARE

En la tabla No.7 el 53.7% ($n=22$) de las personas refirió: estoy descontento conmigo mismo, y el 41.5% ($n=17$) estoy a disgusto conmigo mismo.

Tabla No.11.
Autoacusación

Variables	<i>f</i>	%
No me considero peor que cualquier otro	11	26.8
Me autocritico por mi debilidad o por mis errores	13	31.7
Continuamente me culpo por mis faltas	16	39.0
Me culpo por todo lo malo que sucede	1	2.4

Fuente: IDARE

En la tabla No.11 el 39.0% ($n=16$) de las personas refirió: continuamente me culpo por mis faltas y el 31.7% ($n=13$) me autocritico por mi debilidad o por mis errores, reafirmando lo expresado en la Tabla 8, la situación en la que actualmente están es producto de sus acciones.

Tabla No.12.**Idea suicida**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No tengo ningún pensamiento de suicidio	24	58.5
A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare	3	7.3
Desearía poner fin a mi vida	14	34.1

Fuente: IDARE

En la tabla No.12 el 34.1% ($n=14$) de las personas refirió: desearía poner fin a mi vida, y el 7.3% ($n=3$) a veces pienso en suicidarme, pero no lo hare, indicando situaciones de riesgo y una fuerte carga emocional de dolor, lo que altera su nivel de juicio.

Tabla No.13.**Episodios de llanto**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No lloro más de lo normal	2	4.9
Ahora lloro más que antes	17	41.5
Lloro continuamente	17	41.5
No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	5	12.2

Fuente: IDARE

En la tabla No.13 el 41.5% ($n=17$) de las personas refirió: Ahora lloro más que antes y lloro continuamente, lo que implica que por lo menos se permite desahogarse.

Tabla No.14.**Irritabilidad**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No estoy especialmente irritado	1	2.4
Me molesto o irrito más fácilmente que antes	18	43.9
Me siento irritado continuamente	18	43.9
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	4	9.8

Fuente: IDARE

En la tabla No.14 el 43.9% ($n=18$) de las personas refirió: Me molesto o irrito más fácilmente que antes, y me siento irritado continuamente, asociándola a la anterior, continuos cambios de humor.

Tabla No.15.**Retirada social**

VARIABLES	<i>f</i>	%
No he perdido el interés por los demás	3	7.3
Estoy menos interesado en los demás que antes	16	39.0
He perdido gran parte del interés por los demás	18	43.9
He perdido todo el interés por los demás	4	9.8

Fuente: IDARE

En la tabla No.15 el 43.9% ($n=18$) de las personas refirió: He perdido gran parte del interés por los demás, y el 39.0% ($n=16$) estoy menos interesado en los demás que antes, alejándose así de quienes podrían brindarles apoyo como su red de apoyo familiar y/o social

Tabla No.16.**Indecisión**

VARIABLES	<i>f</i>	%
Tomo mis propias decisiones que antes	2	4.9
Evito tomar decisiones más que antes	15	36.6
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	17	41.5
Me es imposible tomar decisiones	6	14.6

Fuente: IDARE

En la tabla No.16 el 41.5% ($n=17$) de las personas refirió: Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes y el 36.6% ($n=15$) Evito tomar decisiones más que antes, asociado probablemente a las limitaciones de su enfermedad.

Tabla No.17.**Cambios en la imagen corporal**

VARIABLES	<i>f</i>	%
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	19	46.3
Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	18	43.9
Creo que tengo un aspecto horrible	4	9.8

Fuente: IDARE

En la tabla No.17 el 46.3% ($n=19$) de las personas refirió: Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo y el 9.8% ($n=4$) Creo que tengo un aspecto horrible un resultado de relevancia, lo que nos explica como los estragos de la enfermedad son conscientes.

Tabla No.18.
Enlentecimiento

VARIABLES	<i>f</i>	%
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar hacer algo	19	46.3
Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	21	51.2
Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	1	2.4

Fuente: IDARE

En la tabla No.18 el 51.2% ($n=21$) refirió tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo que aunado al 46.3% ($n=19$) que comenta que: Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar hacer algo, encontramos poca motivación.

Tabla No.19.
Insomnio

VARIABLES	<i>f</i>	%
No duermo tan bien como antes	10	24.4
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme	20	48.8
Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme	11	26.8

Fuente: IDARE

En la tabla No.19. toda la población encuestada señala algunas alteraciones del sueño, asociadas a un cuadro ansio-depresivo: el 48.8% ($n=20$) explica: Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme, el 26.8% ($n=11$) Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme y el 24.4% no duerme tan bien como antes

Tabla No.20.**Fatigabilidad**

Variables	<i>f</i>	%
Me canso más que antes	17	41.5
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	19	46.3
Estoy demasiado cansado para hacer nada	5	12.5

Fuente: IDARE

En la tabla No.20 se observa que la enfermedad afecta su capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana e instrumental, al señalar el 46.3% ($n=19$) que Me canso en cuanto hago cualquier cosa y el 41.5% ($n=17$) Me canso más que antes.

Lo cual puede asociarse a factores físicos como se observa en las siguientes tablas:

Tabla No.21.**Pérdida de apetito**

Variables	<i>f</i>	%
No tengo tan buen apetito como antes	18	43.9
Ahora tengo mucho menos apetito	19	46.3
He perdido completamente el apetito	4	9.8

Fuente: IDARE

En la tabla No.21. El 46.3% ($n=19$) refirió. Ahora tengo mucho menos apetito, del 43.9% y el ($n=18$) No tengo tan buen apetito como antes.

Tabla No.22.
Pérdida de peso

Variables	<i>f</i>	%
He perdido más de 2 kilos	7	17.1
He perdido más de 4 kilos	27	65.9
He perdido más de 7 kilos	7	17.1

Fuente: IDARE

En la tabla No.22. El 65.9% (n=27) refirió. He perdido más de 4 kilos (n=18), solo el 17.1% (n=7) he perdido más de 7 kilos.

Tabla No.23.
Preocupaciones somáticas

Variables	<i>f</i>	%
Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros ,etc.	7	17.1
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	26	63.4
Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	8	19.5

Fuente: IDARE

Asociado a una gran preocupación por su salud como se observa en la Tabla No.23 donde el 63.4% (n=26) refirió. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

Tabla No.24.
Interés Sexual

Variables	<i>f</i>	%
No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	4	9.8
La relación sexual me atrae menos que antes	17	41.5
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	14	34.1
He perdido totalmente el interés sexual	6	14.6

Fuente: IDARE

He incluso ha afectado su vida sexual, lo cual se muestra en la Tabla 24 donde el 41.5% (n=17) refirió que las relaciones sexuales le atraen menos que antes y el 34.1% (n=14) comenta que esta menos interesado por el sexo.

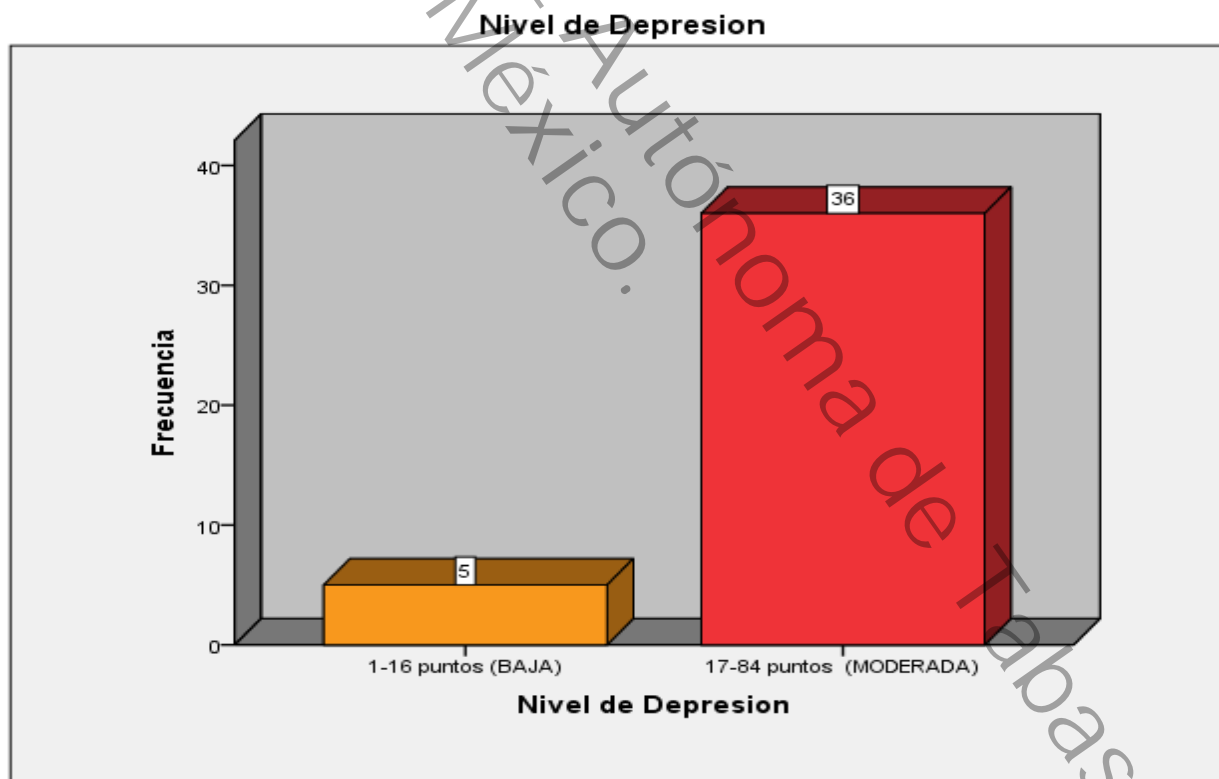
En respuesta al Objetivo Determinar el grado de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tras cirugía de colocación de Tenckhoff del Hospital Regional de Pemex para lo cual se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) se encontraron los siguientes resultados, especificados en la tabla No.25 donde el 87.8% (n=36) presenta depresión moderada y el 12.2% (n=5) depresión baja.

Tabla No.25.
Nivel depresión

Variables	<i>f</i>	%
Nivel		
1-16 puntos depresión baja	5	12.2
17-84 puntos moderada	36	87.8

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Ambos resultados se muestran en el siguiente gráfico:



Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

IV. Discusión

En este estudio la edad promedio caracterizada con más prevalencia fue de 51-60 años. En relación con la edad la mayoría de las participantes son mujeres y estado civil casados y en mayor proporción demuestran que son profesionales y la mayoría se encuentra en una situación laboral como desempleados. En cuanto a las enfermedades asociadas a la insuficiencia renal crónica la mayoría son hipertensos, el cual es uno de los padecimientos que más desencadena una falla renal y por consiguiente la intervención quirúrgica.

De acuerdo a los objetivos planteados podemos determinar que los participantes se encuentran en estado de tristeza manifestando en los siguientes rubros “me siento triste, me siento desanimado de cara al futuro, he fracasado más que la mayoría de las personas, no disfruto tanto de las cosas como antes, me siento culpable en bastantes ocasiones” esto coincide con lo reportado por Antai-Otong (2005) donde en su estudio revelan tres de los síntomas psicológicos o somáticos que presentan los pacientes con diálisis peritoneal como son, sentimientos de inutilidad, desesperanza, indefensión o autoestima baja, retardo psicomotor o agitación e ideaciones de muerte o suicidio.

Los ítems de mayor relevancia en cuanto al instrumento IDARE en pacientes sometidos a colocación de catéter de Tenckhoff los pacientes refieren “he fracasado más que la mayoría de las personas, no disfruto tanto de las cosas como antes, me siento culpable en bastantes ocasiones, siento que quizá esté siendo castigado, estoy descontento conmigo mismo, continuamente me culpo por mis faltas, me molesto o irrito más fácilmente que antes, estoy menos interesado en los demás que antes, tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes”, y aunque en poco porcentaje algunos manifiestan ideaciones respecto a poner fin a su vida, lo cual debe ser atendida por el personal de salud de forma rápida.

Otras manifestaciones de relevancia son “estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo, ahora tengo mucho menos apetito, he perdido más de 4 kilos, me preocupan las

enfermedades” todas estas manifestaciones tienen relación al estudio de Morales-Jaimes, Salazar-Martínez, Flores-Villegas, Bochicchio-Riccardelli & López-Caudana (2008), donde menciona la importancia de estudiar la Depresión en los pacientes con IRC sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff, se ha incrementado recientemente. Los primeros estudios mostraron que estos pacientes tienen disminución importante en la calidad de vida al compararlos con la población general y presentan síntomas depresivos tras el tratamiento de diálisis peritoneal.

Los pacientes sometidos a colocación de Tenckhoff en mayor proporción presentan depresión moderada lo cual está causando un daño emocional debido a los cambios en sus cuerpos y la dependencia continua del tratamiento, el cual está causando un efecto importante en su calidad de vida y muchos no mejoran su estado de salud sino son intervenidos de nuevo tras complicaciones, este resultado está asociado al estudio de Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda (2010) donde menciona que hay un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales no existe una curación y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, se ha hecho de gran prevalencia en nuestros días (Salvador, Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010). Una de ellas es la IRC que se ha convertido en un problema de salud cada vez más preocupante, debido al deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen; es por eso que los pacientes sometidos a cirugía de Diálisis peritoneal llevan una vida muy difícil, principalmente por depender de un centro hospitalario cuando presentan alteraciones físicas, personal médico y de enfermería especializados, y recambio de bolsas de diálisis o de catéter, cambios higiénico-dietéticas, de vida sexual, social y laboral Esquivel, Prieto, López, Ortega, Martínez & Velasco (2009)

El caso de la Insuficiencia Renal Crónica presenta características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalaron que estos pacientes se encuentran sujetos a

múltiples estresores fisiológicos, psicosociales y cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; acentuando en el paciente efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles familiares Contreras, Es guerra, Espinosa &Gómez (2007).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

V. Conclusión

La calidad del cuidado de enfermería va creciendo en el ámbito de que los pacientes se llevan una gran experiencia durante la estancia hospitalaria ya que los resultados expuestos en esta investigación aportan suficiente información para poder hacer lo necesario para seguir mejorando en la calidad del cuidado, así la satisfacción con la atención.

Los pacientes sometidos a cirugía de colocación de catéter de Tenckhoff necesitan atención especializada y de calidad en lo cual, como enfermeras antes y después de que sean sometidos estos pacientes a cirugía, es necesario explicarles los beneficios y cuidados que debe tener y brindarle seguridad en el tratamiento, de igual forma explicar a sus familiares la técnica de los cuidados y apoyo emocional a su paciente.

Estos pacientes deben sentir satisfacción en cuanto a sus cuidados e intervenciones esto permitirá que al ser intervenido quirúrgicamente el vea una oportunidad para mejorar su estado de salud y no vea la enfermedad como algo que arruina su estado físico o emocional es uno de los grandes indicadores brindar servicios de calidad.

Es por ello que es importante recalcar que lo impuesto en esta investigación detona que los pacientes presentan un grado de depresión importante y la causa para ser sometidos de nuevo a una cirugía por complicaciones y mal estado físico y mental, es por eso que como profesionistas de la salud brindemos apoyo emocional e intervenciones de calidad donde el paciente mire su tratamiento no como un agresor sino como un medio que mejorara su calidad de vida y de esta forma evitar complicaciones y muertes

VI. Recomendaciones

- Fomentar las capacitaciones al personal de enfermería sobre la calidad de atención en el manejo de los pacientes antes, durante y después de la intervención quirúrgica.
- Brindar a las (os) enfermeras (os) los recursos materiales necesarios para poder brindar una mejor calidad de atención a todos los pacientes sometidos a cirugía de colocación de Tenckhoff
- Apoyo emocional del paciente y familiares con profesionales expertos en el área de psicología
- Seguir investigando en otras áreas del hospital sobre la calidad de atención de los pacientes con I.R.C sometidos a cirugía de colocación de Tenckhoff.

VII. Referencias bibliográficas

Bibliografía de las variables

- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal. *Universidad Santo Tomas, Bogotá*, 3 (5).
- Páez, A.E., Jofre, M.J., Azpiroz, C.R & Bartoli, M. A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas psychologica*, 1 (8), 117-124.

Bibliografía del planteamiento

- Antai-Otong, D., (2005). ¿Está deprimido su paciente? Reconozca los signos de esta enfermedad y como proporcionar la ayuda necesaria. *Nursing* 9 (23).
- Anthony, C.P. & Thibodeau, G.A. (2006). Aparato Urinario. *Anatomía y Fisiología* (p.540-562) (10ª.ed.). (S.S. Renard, Trads.) México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Castner, D., & Douglas, C., (2007). Protagonista: La Insuficiencia Renal Crónica. *Nursing* 1 (25), 14-19.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., & Gutiérrez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de diálisis peritoneal. *Acta Colombiana de Psicología* 2 (10), 169-179. Universidad Católica de Colombia.
- Elizalde, U., (2006). Patología de la Depresión. Manuscrito presentado para su publicación.
- Esquivel –Molina, C. G., Prieto-Fierro, J.G., López-Robledo, J., Ortega –Carrasco, R., Martínez-Mendoza, J.A, Velazco-Rodríguez, V.M. (2009). Calidad de Vida y

- Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis peritoneal. *Medicina Interna de México*, 6 (25), 443-449.
- García, H., Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 001 (18), 5-15.
- González, G.E., Ayala, M., & Ramírez, A.M.C., (2010). Soporte Nutricional a Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Dependientes de Hemodiálisis. *Medisan* 14 (3), 325-330.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L., (2006). Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión. *Revista Médica de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México* 2 (49), 66-72.
- Martínez, P.J., Llamas, F.F., & Legido, A. (2005). Insuficiencia Renal Crónica: Revisión y Tratamiento Conservador. *Archivos de Medicina. Asociación Española de Médicos Internos Residentes* 3(1), 1-10.
- Mattson, P.C. (2007). Insuficiencia Renal. *Fisiopatología Salud-enfermedad: un enfoque conceptual* (p.833-850) (7ª ed.). (Cwi, S., Frydman, J., Giovaniello, O., Oxemberg, J., Patrone, U., Rondinone, S., & Tzal, K, Trads.) Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Millán-González, R., Gómez-Restrepo, C., Gil, F.A., Oviedo, L.G.F. & Villegas, S.F. (2009) Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Prevalencia de Síntomas Depresivos y Ansiosos en Pacientes en Diálisis peritoneal, en Seis Unidades hospitalarias de Bogotá Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 4 (38), 622-634. Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Morales-Jaimes, R., Salazar –Martínez, E., Flores-Villegas, F.J., Bochicchio-Riccardelli, T. & López-Caudana, A.E. (2008). Calidad de vida relacionada con la Salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la Depresión. *Medigraphic*, 2 (144), 91-98.

- Paez, A.E., Jofré, M.J., Azpiroz, C.R., & De Bortoli, M.A., (2009). Ansiedad y Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis. *Universitas Psychologica 1* (8), 117-124. Universidad de San Luis, Argentina.
- Riveros, A., Castro, C.G., Lara-Tapia, H. (2009). Características de la Depresión en Enfermos Crónicos y Agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología 2* (41), 291-304. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Romero-Márquez, R.S., Romero-Zepeda, H., (2010). Reflexiones sobre la Depresión Relacionada a la Salud. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 48* (1), 91-102.
- Roque, S.M.V. (2008). Equívocos en Torno a los Conceptos de Depresión. *Cuadernos de Bioética y Ética Médica 66* (19), 223-235. Asociación Española de Bioética y Ética Médica.
- Sarason, G.I., & Sarason, R.B. (2006). Trastorno de Ansiedad. *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (p237-252) (11ª ed.). (Nuding, F.B.C., & Martínez G.M.G, Trads.) México, D.F. Pearson Educación.
- Sequeira, C.A., & Fornaguera, T.J., (2009). Neurobiología de la Depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia 10* (6), 462-478.
- Tafoya, R.S.A., Gómez P.G., Ortega, S.H.A., & Ortiz L.S., (2006). Inventario de Depresión de Beck (BAI): Validez y Confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis 3*(15), 82-87.
- Virues, E.R.A., (2005, 25 de mayo). Estudio sobre Ansiedad. [Psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com). Recuperado 4 de abril de 2011 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

Anexo A

Cuestionario de Depresión de Beck

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

NOMBRE DEL MEDICO

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso

Tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Auto desprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

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 molestaban.

12. Retirada social

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. Indecisión

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. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mí aspecto físico que me hacen
Parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

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 para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

El siguiente cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

A cada frase le corresponde una puntuación Marque 0 si no presenta el síntoma y 3 si su percepción es máxima.

Al terminar sume y compare con la escala, si su puntaje es mayor ó igual a 10 consulte a su médico.

Resultados

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Consentimiento informado



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud.
Coordinación de Estudios de Enfermería.



Título de estudio: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de colocación de catéter de tenckhoff

Investigadores: Estradas. G. Juana.

Los investigadores, Estradas, son estudiantes de la Lic. Enfermería que su estudio de investigación es el nivel de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a cirugía de tekhoff como tratamiento para Diálisis peritoneal del hospital Regional de Pemex, con el propósito de medir porque predomina en este tipo de variable en los pacientes para así realizar un protocolo de investigación y dar mejores intervenciones incluyendo el manejo de estos tres parámetros y así mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

El estudio y sus procedimientos de investigación han sido aprobados por la maestra en investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-DACS. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles en el desarrollo de la enfermedad. El procedimiento incluye: 1) responder el cuestionario sobre el nivel de depresión 2) La participación de las personas en el estudio y dispuestas en responder a las encuestas que será aproximadamente en treinta minutos. Puede preguntar cualquier duda o comentario sobre el estudio a los investigadores Estradas, llamando al número 99-31-03-54-53.

La información del estudio será analizada y recopilada con mucho respeto. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido

publicado. Toda la información del estudio será recopilada por los investigadores, se mantendrá en lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

_____	_____	_____	_____
Firma del sujeto	Fecha	Representante legal	Fecha

Relación con el sujeto

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador Fecha

Firma del investigador Fecha

Firma del investigador Fecha