



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**MANIFESTACIONES DEPRESIVAS Y ANSIOSAS EN
PACIENTES NEFROPATAS EN TRATAMIENTO CON
DIALISIS.**

Profesor Asesor:
Dr. Héctor Cipriani

Trabajo de Grado presentado por:
Br. Noguera Rivas, Miorlys Josefina
C.I 16.394.410
Br. Noriega Torres, Carlos Eduardo
C.I 18.450.824

Como requisito parcial para optar Porel título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, Enero de 2012

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
Objetivo General:	11
Objetivos Específicos:	11
METODOLOGÍA	12
Tipo de estudio	12
Universo.....	12
Muestra	12
Métodos e instrumentos.....	12
Procedimientos	14
Tabulación y Análisis	15
RESULTADOS	16
Tabla 1	18
Tabla 2.....	19
Tabla 3	20
Tabla 4.....	21
Tabla 5	22
Tabla 6.....	23
Tabla 7	24

DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS	34
APÉNDICES.....	39

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la culminación de mi carrera, siempre Señor has sido mi guía y mi apoyo. Gracias a ti hoy culmino un tramo de este largo camino que decidí andar unos años atrás. Gracias por logros obtenidos, por todas las vivencias en esta casa de estudios, porque cada una dejó en mí una enseñanza.

A mi Papá, a mi Mamá y mis hermanos, porque siempre me han apoyado. Con su esfuerzo y dedicación han hecho posible éste sueño. Ustedes han impartido valores importantes en mí vida, me han brindado su amor, su cariño y su respeto. Especialmente agradezco a mi madre Martha Torres, porque me has dado hasta lo que no tenias para que cumpliera mi meta, valoro tu esfuerzo mamá.

A mis amigos, en especial a mi mejor amiga y mi novia, porque ustedes han sido mi familia al estar lejos de casa, porque me han brindado un apoyo incondicional.

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, en especial la Escuela Ciencias de la salud Francisco Battistini, por permitirme formarme como profesional.

Al Dr. Cipriani por su asesoría y colaboración para la realización de esta investigación.

A mis colaboradores, en especial a Juan Sosa por la ayuda brindada para la realización de este proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de este trabajo.

¡Gracias!

Carlos Noriega

AGRADECIMIENTOS

Ante todo a Dios por darme paciencia durante el camino recorrido y permitirme disfrutar este triunfo, culminar con esta etapa de mi vida, para dar comienzo a otra en la cual se que me acompañara en todo momento.

A mis Padres Militza Rivas y Orlando Noguera porque gracias a sus esfuerzo, consejos, valores, amor, motivación, constancia y apoyo incondicional estoy cumpliendo uno de los más grandes sueños de mi vida.

A mi hermano Orlando Noguera, por apoyarme en todo momento, espero este logro te motive a seguir adelante.

A mi esposo Giancarlo Malavé, por su apoyo incondicional, por su comprensión, su cariño.

A mis tías y tíos, en especial a Marlene Loroima, por estar siempre a mi lado cuando más lo necesite.

Al Dr. Cipriani por su asesoría y colaboración para la realización de esta investigación

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, en especial la Escuela Ciencias de la salud Francisco Battistini, por permitirme formarme como profesional.

Miorlys Noguera.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto primeramente a Dios por ser mi guía, mi fortaleza en todo momento.

A mis Padres, Martha y Eduardo, con sus enseñanzas y sus consejos han hecho de mí un hombre de bien. Con esfuerzo y dedicación me han permitido llegar hasta aquí.

A mis hermanos Katherine, Rafael y muy especialmente a Kelly, mi niña ya crecida, por su amor, cariño y apoyo en todo momento. A mis sobrinos Luisangel y Fabian porque son luz y alegría en mi vida.

A mis abuelitos, quienes estarían muy orgullosos al verme cumplir esta meta, Dios los tenga a su lado.

A mi novia María, por apoyarme, comprenderme y siempre estar conmigo durante mi carrera.

A mis distinguidos asesores y maestros, especialmente al Dr. Cipriani por compartir sus conocimientos, por sus consejos y sugerencias para la elaboración de este proyecto

A mis colaboradores, en especial a Juan Sosa por orientarme en la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que me apoyan, que siempre están conmigo en las buenas y en las malas, y que en este momento olvido mencionar.

Carlos Noriega

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por estar siempre conmigo, ser mi compañero y mi guía en todo momento.

A mis Padres por todo lo que me han dado en esta vida, por impartirme valores para conducirme correctamente, especialmente por sus sabios consejos y apoyo en los momentos difíciles.

A mi familia, por acompañarme en cada paso que di durante mi carrera, sin su ayuda hubiese sido difícil cumplir esta meta.

A mi esposo por estar siempre a mi lado en este largo caminar, cuidándome, apoyándome y comprendiéndome.

A mis profesores y asesores, en especial al Dr. Cipriani por su colaboración, su dedicación y sus consejos para la elaboración de este trabajo.

A Juan Sosa por la orientación prestada en la elaboración de este proyecto.

A todas aquellas personas que me apoyan, que siempre están conmigo en las buenas y en las malas.

Miorlys Noguera

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**MANIFESTACIONES DEPRESIVAS Y ANSIOSAS EN PACIENTES NEFROPATAS
EN TRATAMIENTO CON DIALISIS.**

Asesor: Dr. Héctor Cipriani Autores: Noguera, M., Noriega, C.

Año 2012

RESUMEN

El número de los enfermos renales ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas por la IRC que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo. La depresión es el problema psiquiátrico con mayor prevalencia en los pacientes tratados con hemodiálisis, estudios sugieren que constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad. En EE.UU, la prevalencia de síntomas depresivos (usando el Inventario de Beck) en pacientes en hemodiálisis varía entre el 25,5% y 47%¹⁴, en Perú varía entre el 50% y 67,5%, mientras que se registra una prevalencia del 50% de síntomas ansiosos en pacientes en hemodiálisis. Objetivo:Determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con tratamiento de diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar en los meses de Noviembre- Diciembre del año 2011.Metodología: Se utilizaron 2 instrumentos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).La muestra la conformaron 40pacientes nefrópatas en tratamiento sustitutivo renal, escogidos al azar, que decidieron participar del estudio. Resultados:50% de la muestra estaba en tratamiento con Diálisis peritoneal y el restante 50% en tratamiento con Hemodiálisis, el 92,5% presentaba síntomas (leves, moderados o severos) de ansiedad y/o depresión, el 27% tenía edades comprendidas entre 41 y 50 años, el 54,1% eran de género masculino, el 21,6% se dedicaba al comercio, el 43,2% eran solteros, por ultimo, los niveles de ansiedad fueron más severos en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (20%) y los de depresión en los pacientes con diálisis peritoneal (40%). Conclusión: se demostró una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes nefrópatas en tratamiento sustitutivo renal, aunque esta en concordancia con las cifras expuestas por estudios similares.

Palabras claves: depresión, ansiedad, nefropatías, diálisis peritoneal, hemodiálisis

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal se considera un grave problema de salud pública Mundial y va en aumento principalmente por el envejecimiento de la humanidad y por el crecimiento de padecimientos emergentes, como son la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial sistémica (HTA). Estas entidades influyen de manera importante en la incidencia de enfermedades renales, siendo en el momento actual de 500 a 800 pacientes anuales por cada millón de habitantes los que padecen de esta enfermedad crónico-degenerativa en su fase terminal (Lara, 2008).

Ésta consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis) (Páez *et al.*, 2009).

La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina donde se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (Páez *et al.*, 2009).

En el caso de la diálisis peritoneal se utiliza una membrana orgánica situada en la zona abdominal de todas las personas: el peritoneo. El propio paciente introduce el líquido de diálisis en la cavidad abdominal que queda a un lado del peritoneo. El proceso físico de diálisis es el mismo que hemos descrito, pero, a diferencia de la hemodiálisis, el intercambio entre la sangre y la solución de diálisis se realiza durante veinticuatro horas, ya que el líquido de diálisis está en la cavidad abdominal durante todo el día y la noche. Éste líquido suele cambiarse tres o cuatro veces al día. La preparación del paciente para esta modalidad de diálisis consiste en realizar una intervención de cirugía menor, en la que se practica un orificio en el abdomen para introducir en él un catéter que ponga en contacto la cavidad del peritoneo con el exterior (Magaz, 2003).

Durante los años 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, hicieron surgir la necesidad de medir la realidad a través de datos objetivos (relacionados con las necesidades del individuo en salud, educación, etc.) y en términos subjetivos mediante el análisis de la percepción del individuo en cuanto a lo que considera su nivel de bienestar (Rodríguez *et al.*, 2005).

En la década de los setenta, en el campo de la medicina, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías, dando lugar al modelo biopsicosocial de la enfermedad. A partir del modelo biopsicosocial se resaltaría la necesidad de no sólo tener en cuenta los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad (Soucase *et al.*, 2005).

En los pacientes con falla renal, las disfunciones en el sistema nervioso representan la mayor causa de inhabilidad. Desde hace aproximadamente 30 años se han descrito alteraciones en las funciones neuropsicológicas en los pacientes en

diálisis. Estos pacientes presentan alteraciones en la función de memoria, pobre concentración, fatiga mental, disfunciones emocionales, aprendizaje, atención y pruebas que requieren manipulación mental (Duarte *et al.*, 2006).

Según Martínez, existe un subregistro de pacientes nefrópatas con trastornos mentales, ya que algunos síntomas presentes en trastornos como la ansiedad y la depresión, son compartidos con los síntomas físicos que conlleva el estado urémico, en estos pacientes, como son anorexia, astenia, insomnio, entre otros, lo que dificulta su diagnóstico y condiciona una mayor comorbilidad (Martínez *et al.*, 2007).

En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales (Contreras *et al.*, 2006). Además, Los pacientes con enfermedad crónica 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 *et al.*, 2007).

Ruiz *et al.*, (2008) sugiere que los pacientes que se encuentran en tratamiento sustitutivo, condicionan y son condicionados por el entorno familiar, laboral y social produciéndose una alteración psicofísica de forma continuada alterando los mediadores hormonales del estrés que proceden del Sistema Nervioso Central y del eje Renal-Hipotálamo-Hipófisis. Dicha situación de estrés produce un efecto patológico a añadir a los factores propios de la enfermedad. Los trastornos psicológicos (depresión, ansiedad y otros) presentan un aumento de comorbilidad, actuando de forma directa sobre el desarrollo del tratamiento, el fracaso posterior de dicho tratamiento y la percepción personal del propio estado de salud.

Según cita Moreno *et al.*, (2004) la ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro. La depresión, al contrario, es la consecuencia de experiencias que tienen que ver con el pasado, normalmente con pérdidas. La presencia de ansiedad y depresión no es, por sí misma, síntoma de trastorno mental alguno, lo que sí puede ser anómalo es cuando su intensidad y duración es desproporcionada al estímulo que las desencadena.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, en su cuarta edición (DSM-IV), establece los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo son: A) Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo necesariamente el 1 o el 2. Estos son: 1. Estado de ánimo deprimido. 2. Disminución del placer o interés en cualquier actividad. 3. Aumento o disminución de peso/apetito. 4. Insomnio o hipersomnio. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor. 6. Fatiga o pérdida de energía. 7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. 8. Problemas de concentración o toma de decisiones. 9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio. B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano. C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (por ejemplo, hipotiroidismo). D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida en los últimos dos meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento) (Díaz *et al.*, 2005).

Mientras que para el trastorno de ansiedad generalizada el DSM IV plantea: 1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de temas durante más de 6 meses (criterio A). 2. Dificultad para controlar esa preocupación (criterio B). 3. Junto a lo anterior aparecen, al menos, tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (criterio C). 4. Las situaciones que generan ansiedad no son sólo las que la provocan en el resto de los trastornos del Eje I (criterio D). 5. Que el individuo manifieste una dificultad

importante a la hora de controlar las preocupaciones que le provocan, además, malestar subjetivo, deterioro social, laboral, etc. (criterio E). 6. Finalmente, que la ansiedad no se deba a los efectos directos de una sustancia o a una enfermedad médica en general, o que no aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (criterio F) (Capafons, 2001).

Entre los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la hemodiálisis hospitalaria son dignos de mención: la restricción de las vacaciones, de la actividad física y del tiempo disponible; los picores y las náuseas; el miedo a empeorar y el temor a un posible fallo de la máquina, el miedo al futuro y a los ingresos hospitalarios, así como a la dependencia de la máquina. En el caso de la diálisis peritoneal, a las fuentes de estrés comunes a la diálisis y al trasplante, hay que añadir el tiempo dedicado a los recambios, las dificultades para pasar más de tres o cuatro horas fuera del domicilio, la presencia del catéter, la rutina exigida por el tratamiento, las infecciones, los trastornos del sueño y el dolor. En este grupo los temores más frecuentes también están relacionados directamente con complicaciones del tratamiento: las posibles peritonitis y el mal funcionamiento del catéter (Magaz, 2003).

Por su parte, en los enfermos sometidos a diálisis, tanto la peritoneal como hemodiálisis, la presencia de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdida de memoria, dificultad de concentración, apatía, anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio, etc. En general, parece que es más probable que los pacientes con peores condiciones físicas desarrollen y mantengan una depresión (Magaz, 2003).

En España, un estudio que tenía por objetivo establecer la existencia de factores predictores que expliquen un mejor o peor ajuste del paciente a su dolor crónico,

tomando como referencia las variables de ansiedad y depresión, se encontró que el nivel de ansiedad, se estimó en un 48,7% a partir de una mayor represión de las emociones, una menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, una mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, una mayor preocupación por su dolor, una mayor valoración de que el dolor le desborda claramente, una menor consideración de las consecuencias de las acciones realizadas ante el dolor y una menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento ante el dolor (Soucaseet *al.*, 2005).

Respecto a la depresión, se planteó que cuanto mayor es la percepción de que el dolor limita su vida, mayor represión de las emociones, mayor preocupación por su dolor, mayor percepción de que el dolor supera sus propios recursos, menor utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento y mayor será la anticipación del dolor, la depresión como índice de ajuste al dolor es explicada en un 34,1% (Soucaseet *al.*, 2005).

En el año 2005, un estudio cuyo propósito fue conocer los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica por diabetes, se seleccionaron a 100 de estos pacientes, (50% mujeres y 50% hombres), de los cuales un 30% tenían entre 56 y 60 años, y 19% entre 51 y 55 años; el estado civil de los pacientes fue de casados en un 88%; en la ocupación, el 44% se dedican a las labores del hogar, de los sujetos objeto de estudio, un 86% obtuvo puntajes que los catalogan como casos de depresión, los cuales mantienen un avance continuo dentro del grado de depresión que va desde leve con un 24%, moderado 30% y severo o grave con un 46% (De los Ríos *et al.*, 2005).

Una investigación realizada en Madrid, con el objetivo de estudiar las diferencias entre 158 hombres y mujeres con tratamiento de hemodiálisis según algunas variables, evidenció, desde el punto de vista de la variable psicosocial, un

aumento en las mujeres respecto a los hombres, en los puntajes de las escalas que median síntomas de ansiedad y depresión 25,7pts vs 18,4pts y 6,51pts vs 4,26pts, respectivamente (Vázquez *et al.*, 2004).

También en España, se buscó identificar los factores predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal. Participaron 53 pacientes, con una edad media de $49,54 \pm 17,03$ años, el 54,7% eran mujeres, el 64,2% estaban casados o vivían en pareja y el 67,9% tenía una situación laboral no activa; en esta muestra, el 31,4% obtuvo una puntuación mayor de 11 en depresión y un 35,3%, una puntuación mayor de 11 en ansiedad, lo que indica sospecha de problema clínico de depresión y ansiedad, respectivamente (Varela *et al.*, 2011).

En la ciudad de Lima, Perú, una investigación, con el objetivo de determinar la relación de los síntomas depresivos o ansiosos con la mala adherencia a la dieta y restricción de fluidos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, incluyó a 88 pacientes, la edad promedio fue $55,9 \pm 15,8$ años; 47 (53,4%) eran varones; (65,9%) no realizaban ninguna actividad laboral; 54 (61,4%) pacientes presentaban síntomas depresivos, 27 (30,7%) eran leves, 18 (20,5%) moderados y 9 (10,2%) severos; 46 (52,3%) pacientes presentaban síntomas ansiosos, 33 (37,5%) eran leves, 12 (13,6%) moderados y 1 (1,2%) severos (García *et al.*, 2002).

En el año 2004, un estudio que tenía como propósito conocer la prevalencia de trastornos afectivos y ansiosos en pacientes hemodializados, evaluó a 75 pacientes, de los cuales un 52% tenía edades comprendidas entre 51 y 65 años; 66,7% eran hombres; 70% estaba casado, y 72% estaba pensionado; 53,4 % tenía depresión de algún grado de los cuales, 22,7 % era grave; la prevalencia de síntomas ansiosos

alcanzó el 46,6%, con un mayor porcentaje para ansiosos leves 33,3% (Moreno *et al.*, 2004).

Un estudio en Argentina que buscaba investigar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, analizó a 30 pacientes (50% mujeres y 50% hombres) con una edad media de 53,7 años (rango 25-85 años), el 46% de los pacientes era casado, 23% soltero, 19% divorciado y 13% viudo. El 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión, 3,3% presentó depresión leve, 16,7% depresión moderada, y 36,7% depresión grave. Con respecto a la ansiedad estado, 16,7% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad estado y 3,3% ansiedad estado alta. En cuanto a la ansiedad rasgo 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajos niveles de ansiedad rasgo y 23,3% altos niveles de ansiedad rasgo (Páez *et al.*, 2009).

En España, utilizando características metodológicas similares al anterior, se evaluaron 58 pacientes, con una edad promedio de 65,8 años. El 52% eran mujeres y 71% de los pacientes estaba casado. El 24% tenían ansiedad estado y 31% ansiedad rasgo patológicas. Respecto a la depresión, 43% obtuvieron una puntuación que refleja la existencia de sintomatología depresiva relevante (moderada/severa) (Álvarez *et al.*, 2001).

En el año 2007, en Chile, con el propósito de determinar la prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC) en tratamiento de hemodiálisis se evaluaron a 20 pacientes, con edades comprendidas entre 63 a 78 años, 68% de los cuales eran mujeres. El 50% de los pacientes tenían algún grado de depresión, destacando la de tipo moderada, de donde la mayoría de las personas con pareja estable, tienden a presentar depresión, entre ellos; casados (57.1%) y convivientes (100%) (Aguilera, 2007).

Así, estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice y del impacto de la enfermedad renal sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse. (Páez *et al.*, 2009)

Por esta razón, éste trabajo propone determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con tratamiento de diálisis, tanto modalidad hemodiálisis como diálisis peritoneal, y analizando la comparación entre ambos grupos, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar en los meses de noviembre a diciembre del año 2011.

JUSTIFICACIÓN

El número de los enfermos renales ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas por la IRC que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo (Magaz, 2003)

La depresión es el problema psiquiátrico con mayor prevalencia en los pacientes tratados con hemodiálisis, estudios sugieren que constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad. En EE.UU., la prevalencia de síntomas depresivos (usando el Inventario de Beck) en pacientes en hemodiálisis varía entre el 25,5% y 47%¹⁴, en Perú varía entre el 50% y 67,5%, mientras que se registra una prevalencia del 50% de síntomas ansiosos en pacientes en hemodiálisis (García *et al.*, 2002).

Con este estudio se espera identificar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento sustitutivo renal, tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal, estableciendo comparación entre ambos grupos, colaborando así, con la estadística a nivel nacional.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con tratamiento de diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar en los meses de noviembre- diciembre del año 2011

Objetivos Específicos:

1. Agrupar a los pacientes según tipo de tratamiento de sustitución renal que recibe (diálisis peritoneal o hemodiálisis).
2. Identificar la frecuencia de pacientes en diálisis con síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo a la edad y sexo.
3. Precisar la frecuencia de pacientes en diálisis con síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo a la profesión y al estado civil.
4. Investigar los niveles de ansiedad en pacientes nefrópatas según tipo de tratamiento sustitutivo.
5. Determinar los niveles de depresión en pacientes nefrópatas según tipo de tratamiento sustitutivo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo, de campo, no experimental.

Universo

Representado por la totalidad de los pacientes nefróticas en tratamiento con diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar, en los meses de noviembre a diciembre del año 2011.

Muestra

Estuvo representada por 40 (70% del universo) de los pacientes nefróticas en tratamiento con diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar, en los meses de noviembre- diciembre del año 2011.

Métodos e instrumentos

Se utilizaron 2 instrumentos, el primero de ellos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en Inglés) original de Beck y Steer (1988). Con traducciones o adaptaciones a los idiomas: alemán, árabe, coreano, chino, finés, francés canadiense, español, italiano, noruego, portugués, sueco y turco. Es elementalmente un inventario de autoinforme de lápiz y papel que se administra en unos 5 minutos. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Fue creado con el objetivo de valorar la presencia de síntomas de ansiedad

y su gravedad y discriminar de manera más fiable entre ansiedad y depresión. Anexo 1

El BAI se distingue, en cuanto a su contenido, por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Aunque las crisis de angustia pueden aparecer en el contexto de todos los trastornos de ansiedad, se echa de menos en el BAI la alusión a síntomas de ansiedad no relacionados con las crisis de angustia que bien pueden ser comunes a muchos trastornos de ansiedad.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada, en una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (nada en absoluto), 1 (levemente, no me molestó mucho), 2 (moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (gravemente, casi no podía soportarlo), tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63. Los autores proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa, a saber; 0-7 = “normal”; 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 = “grave”.

El segundo instrumento, también Original de Beck es el Inventario de Depresión de Beck, versión corregida o versión de 1978 (BDI-IA). Un inventario de autoinforme de lápiz y papel. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario, creado con el propósito de valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV, el BDI-IA cubre el 100% de los síntomas que definen el trastorno distímico y el 88,9% de los síntomas que definen el episodio depresivo mayor, mientras que si se toma como referencia los criterios sintomáticos de la CIE-10, el BDI-IA cubre el 75%

de los síntomas de la distimia y el 90% de los síntomas del episodio depresivo. Anexo 2

El BDI-IA es la versión revisada del BDI original publicado en 1961, consta de 21 ítems que evalúan los síntomas depresivos, cada uno de esos ítems presenta 4 afirmaciones o alternativas de respuesta de las cuales la persona evaluada tiene que elegir una, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. A veces se da la circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad. Por otro lado, el ítem de pérdida de peso (ítem 19) sólo se valora si la persona evaluada indica que no está bajo dieta para adelgazar. Los autores proponen como puntos de corte, 0-9 = “depresión mínima”; 10-16 = “depresión leve”; 17-29 = “depresión moderada”, y 30-63 = “depresión grave”.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al director de la Clínica San Pedro a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación dirigido a determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con tratamiento de diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar en los meses de noviembre diciembre del año 2011 (Apéndice A).

Así mismo, los instrumentos para recolectar la información requerida fueron revisados y reproducidos, luego se procedió a aplicar los instrumentos (Anexos 1 y 2), a la población a estudiar, luego de obtener su consentimiento escrito (Apéndice B), por último, bajo la asesoría de un experto estadístico, se procesaron los datos obtenidos.

Tabulación y Análisis

Los datos se presentan a través de tablas de distribución de frecuencia. Se utilizaron como estadísticos descriptivos el porcentaje, razón y proporción. Para el manejo estadístico de los resultados del estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 15.

RESULTADOS

La presente investigación fue realizada con pacientes nefrópatas en tratamiento sustitutivo renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis), de ambos sexos, atendidos en la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar durante los meses noviembre a diciembre del año 2011.

La muestra estuvo conformada por 40 de estos pacientes, 50% (n=20) en tratamiento con diálisis peritoneal y el restante 50% (n=20) en tratamiento con hemodiálisis (Tabla 1).

De la población estudiada, el 92,5% (n=37) presentaban síntomas (leves, moderados o severos) de ansiedad y/o depresión. De estos, el 27% (n=10) tenían edades comprendidas entre 41 y 50 años, seguido por aquellos con edades entre 20-30 años donde se ubicó el 21,6% (n=8) de aquellos pacientes con síntomas de ansiedad/depresión (Tabla 2).

Al analizar la variable respecto al género, se encontró que el 54,1% (n=20) de los pacientes con síntomas de ansiedad/depresión eran de género masculino y 45,9% (n=17) restante de género femenino (Tabla 3).

En cuanto a la ocupación, de aquellos pacientes con síntomas de ansiedad/depresión, el 21,6% (n=8) se dedicaban al comercio, seguido por aquellos que se dedicaban a los oficios del hogar donde se encontró el 18,9% (n=7) de los pacientes con síntomas (Tabla 4).

El estado civil más frecuente en aquellos pacientes con síntomas de ansiedad/depresión fue “soltero” con 43,2% (n=16) y en último lugar de frecuencia se encontraron los viudos (as) donde se ubicó tan solo el 8,1% (n=3) (Tabla 5).

Respecto a los niveles de ansiedad en los pacientes nefrópatas según el tipo de tratamiento sustitutivo se pudo comprobar que, el 65% (n=13) de todos los pacientes que reciben diálisis peritoneal presentan niveles de ansiedad moderada, a en contraste con el 55% de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis con este mismo nivel de ansiedad, aunque el 20% de estos últimos presentaron niveles de ansiedad grave, en comparación con tan solo el 5% de los que reciben diálisis peritoneal (Tabla 6).

Por último, de acuerdo a los niveles de depresión según el tipo de tratamiento sustitutivo se encontró que, el 65% de los que reciben tratamiento de hemodiálisis tienen niveles de depresión moderados y el 40% de los que reciben diálisis peritoneal están deprimidos severamente (Tabla 7).

Tabla 1

Distribución de pacientes nefrópatas, según tipo de tratamiento de sustitución renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis). Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre - diciembre de 2011.

Tratamiento de Sustitución Renal	n	%
Diálisis peritoneal	20	50
Hemodiálisis	20	50
Total	40	100

Tabla 2

Distribución de pacientes nefrópatas, según edad y presencia de síntomas de ansiedad/depresión. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre - diciembre de 2011.

Edad (años)	Síntomas Ansiedad/Depresión					
	Presentes		Ausentes		total	
	n°	%	n°	%	n°	%
20-30	8	21,6	0	0	8	20
31-40	7	18,9	0	0	7	17,5
41-50	10	27	2	66,6	12	30
51-60	6	16,2	1	33,3	7	17,5
61-70	5	13,5	0	0	5	12,5
71-80	1	2,7	0	0	1	2,5
Total	37	100	3	100	40	100

Tabla 3

Distribución de pacientes nefrópatas, según género y presencia de síntomas de ansiedad/depresión. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre- Diciembre de 2011.

Género	Síntomas Ansiedad/Depresión				Total	
	Presentes		Ausentes		n°	%
	n°	%	n°	%		
Masculino	20	54,1	1	33,3	21	52,5
Femenino	17	45,9	2	66,6	19	47,5
Total	37	100	3	100	40	100

Tabla 4

Distribución de pacientes nefrópatas, según ocupación y presencia de síntomas de ansiedad/depresión. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre-Diciembre de 2011.

Ocupación	Síntomas Ansiedad/Depresión				Total	
	Presentes		Ausentes		N°	%
	N°	%	N°	%		
Comerciante	8	21,6	0	0	8	20
Ama de casa	7	18,9	0	0	7	17,5
Estudiante	6	16,2	0	0	6	15
Docente	3	8,1	2	66,6	5	12,5
Mecánico	3	8,1	1	33,3	4	10
Otros	10	27	0	0	10	25
Total	37	100	3	100	40	100

Tabla 5

Distribución de pacientes nefrópatas, según estado civil y presencia de síntomas de ansiedad/depresión. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre-Diciembre de 2011.

Estado Civil	Síntomas Ansiedad/Depresión				Total	
	Presentes		Ausentes		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero (a)	16	43,2	0	0	16	40
Casado (a)	14	37,8	3	100	17	42,5
Viudo (a)	3	8,1	0	0	3	7,5
Concubinato (o)	4	10,8	0	0	4	10
Total	37	100	3	100	40	100

Tabla 6

Distribución de pacientes según tratamiento sustitutivo y manifestaciones de ansiedad. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre- Diciembre de 2011.

Ansiedad	Tratamiento Sustitutivo				Total	
	Hemodiálisis		Diálisis Peritoneal		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ausente	2	10	0	0	2	5
Leve	3	15	6	30	9	22,5
Moderada	11	55	13	65	24	60
Grave	4	20	1	5	5	12,5
Total	20	100	20	100	40	100

Tabla 7

Distribución de pacientes según tratamiento sustitutivo y manifestaciones de Depresión. Clínica San Pedro. Ciudad Bolívar. Noviembre- Diciembre de 2011.

Ansiedad	Tratamiento Sustitutivo				Total	
	Hemodiálisis		Diálisis Peritoneal		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ausente	2	10	0	0	2	5
Leve	4	20	2	10	6	15
Moderada	13	65	10	50	23	57,5
Severa	1	5	8	40	9	22,5
Total	20	100	20	100	40	100

DISCUSIÓN

El presente trabajo se llevo a cabo con 40 pacientes, de ambos sexos, con un rango de edades entre los 20-80 años, nefrópatas, en tratamiento sustitutivo renal (Hemodiálisis 50% y Diálisis peritoneal 50%), atendidos en la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar, durante los meses de noviembre- Diciembre de 2011.

Se encontró una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (leves, moderados o severos) en 92,5% (n=37) de la muestra estudiada, en comparación con la encontrado por De los Ríos, *et al* (2005), cuando expone en su investigación que un 86% de los individuos con insuficiencia renal crónica evaluados, obtuvo puntajes que los catalogan como casos de depresión.

Para algunos autores, es difícil este tipo de diagnósticos de la esfera mental, en los pacientes nefrópatas, ya que algunos síntomas presentes en los trastornos de ansiedad y depresión, son compartidos con los síntomas físicos que conlleva el estado urémico, en estos pacientes, como son anorexia, astenia, insomnio, entre otros, lo que dificulta su diagnóstico y condiciona una mayor comorbilidad (Martínez, *et al* 2007).

Por su parte, en los enfermos sometidos a diálisis, tanto la peritoneal como hemodiálisis, la presencia de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdida de memoria, dificultad de concentración, apatía, anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio, etc. En general, parece que es más probable que los pacientes con peores condiciones físicas desarrollen y mantengan una depresión (Magaz, 2003).

Respecto a la edad y género de los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión de la muestra estudiada, el 27% (n=10) tenían edades comprendidas entre

41 y 50 años y el 54,1% (n=20) eran de género masculino y 45,9% (n=17) restante de género femenino, en comparación al estudio de Moreno, *et al* (2004) de los cuales un 52% tenía edades comprendidas entre 51 y 65 años, el 66,7% eran hombres, y en contraste a lo expuesto por Álvarez, *et al* (2001), en España, donde 52% eran mujeres.

En cuanto a la ocupación, de aquellos pacientes con síntomas de ansiedad/depresión, el 21,6% (n=8) se dedicaban al comercio, resultado no comparable al no encontrarse en la bibliografía consultada el análisis de tal variables en los pacientes estudiados. El estado civil más frecuente entre los pacientes con síntomas ansiosos/depresivos fue “soltero” con 43,2% (n=16) y en último lugar de frecuencia se encontraron los viudos (as) donde se ubico tan solo el 8,1% (n=3), a diferencia de un estudio en el año 2007, en Chile, donde el 50% de los pacientes que tenían algún grado de depresión, la mayoría vivía con parejas estables, entre ellos; casados (57.1%) y convivientes (100%) (Aguilera, 2007).

Por último, de acuerdo a los niveles de ansiedad según tipo de tratamiento sustitutivo se pudo comprobar que el 65% (n=13) de todos los pacientes que reciben diálisis peritoneal presentan niveles de ansiedad moderada, en contraste con el 55% de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis con este mismo nivel de ansiedad, aunque el 20% de estos últimos presentaron niveles de ansiedad grave, en comparación con tan solo el 5% de los que reciben diálisis peritoneal y respecto a los niveles de depresión según el 65% de los que reciben tratamiento de hemodiálisis tienen niveles de depresión moderado y el 40% de los que reciben diálisis peritoneal están deprimidos severamente.

En la ciudad de Lima, Perú, una investigación demostró que dentro de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, 61,4% presentaban síntomas depresivos, 30,7% eran leves, 20,5% moderados y 9 10,2% severos; 52,3%

pacientes presentaban síntomas ansiosos, 37,5% eran leves, 13,6% moderados y 1,2% severos (García, *et al* 2002).

Mientras que Argentina los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, fue del 56,7%, en donde el 3,3% presentó depresión leve; el 16,7 %, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave. (Páez, *et al* 2009).

Para Magaz, dentro de los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la Hemodiálisis Hospitalaria son dignos de mención: la restricción de las vacaciones, de la actividad física y del tiempo disponible; los picores y las náuseas; el miedo a empeorar y el temor a un posible fallo de la máquina, el miedo al futuro y a los ingresos hospitalarios, así como a la dependencia de la máquina. En el caso de la Diálisis Peritoneal, a las fuentes de estrés comunes a la diálisis y al trasplante, hay que añadir el tiempo dedicado a los recambios, las dificultades para pasar más de tres o cuatro horas fuera del domicilio, la presencia del catéter, la rutina exigida por el tratamiento, las infecciones, los trastornos del sueño y el dolor. En este grupo los temores más frecuentes también están relacionados directamente con complicaciones del tratamiento: las posibles peritonitis y el mal funcionamiento del catéter (Magaz, 2003).

CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fue altísima (92,5%), presentándose con mayor frecuencia en hombres (54,1%) con edades entre 41-50 años (27%).

La ocupación más frecuente de quienes expresaron estos síntomas fue la del comercio (21,6%) y de estado civil soltero (43,2%).

Los niveles de ansiedad fueron más severos en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (20%) y los de depresión en los pacientes con diálisis peritoneal (40%)

RECOMENDACIONES

Divulgar la importancia del apoyo profesional y multidisciplinario que requiere el individuo y la familia de los pacientes nefrópatas, por cada una de las consecuencias y las esferas que pudieran verse afectadas en la vida de estos pacientes.

Que se promueva dentro del plan terapéutico del individuo, elementos de la esfera de la salud mental, previniendo, la aparición de estos síntomas en esta población, una vez que es necesario el tratamiento sustitutivo renal y más aún cuando si existiesen antecedente previos de síntomas ansiosos y depresivos.

Fomentar este tipo de investigaciones, que puedan también analizar diversas variables, y así establecer las características sociodemográficas de esta población en particular en el contexto venezolano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, P. 2007. "Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, Hospital Clínico Regional Valdivia, Abril- Agosto 2007". Tesis de grado. Universidad Austral de Chile. Escuela de Enfermería[En Línea] Disponible:<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fma283p/sources/fma283p.pdf>[Octubre 2011].
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., Rebollo, P. 2001. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología* **21** (2): 191-199[En Línea] Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E181/P1-E181-S132-A1354.pdf>[Octubre 2011].
- Capafons, A. 2001. Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema* **13** (3): 442-446 [En Línea] Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/466.pdf>[Octubre 2011].
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gómez, V. 2007. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicol.* **10** (2): 169-179[En Línea] Disponible:<http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-15%20169-179.pdf>[Octubre 2011].
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C., Fajardo, L. 2006. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal

- crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ. Psychol.* **5** (3): 487-499[En Línea] Disponible:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a05.pdf>[Octubre 2011].
- De los Ríos, J., Ávila, T., Montes, G. 2005. Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. *Rev. Mexicana Enfermería Card.* **13**(12): 9-14[En Línea] Disponible:http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2c.pdf[Octubre 2011].
- Díaz, L., Campo, A., Rueda, G., Barros, J. 2005. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colomb Med* **36** (3): 168-172 [En Línea] Disponible: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05038> [Septiembre 2011].
- Duarte, A., Gómez, L., Aguirre, D., Pineda, D. 2006. Caracterización neuropsicológica de los pacientes adultos en diálisis de una institución especializada de Medellín - Colombia. *Univ. Psychol.* **5** (3): 627-645[En Línea] Disponible:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a16.pdf>[Octubre 2011].
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, V., Hurtado, A. 2002. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología* **22** (3): 245-252[En Línea] Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>[Octubre 2011].

- Lara, J. 2008. Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Tratados con Hemodialis. *Rev. Med. "Dr. José Sierra Flores"* 22 (1): 11–16[En Línea]
Disponible:http://www.une.edu.mx/mod2005/Publicaciones/Revista_2008-01.pdf#page=12[Octubre 2011].
- Magaz, A. 2003. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao.[En Línea]
Disponible:<http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>[Octubre 2011].
- Martínez, M., Martínez, E., Ribes, E. 2007. ¿Por qué no diagnosticamos los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los pacientes en hemodiálisis? *CIN95*: 1-6[En Línea]
Disponible:<http://cin2007.uninet.edu/en/trabajos/fulltext/95.pdf>[Octubre 2011].
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G. et al 2004. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 7 (4): 225/233[En Línea]
Disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>[Octubre 2011].
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., Bortoli, M. 2009. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ. Psychol.* 8 (1): 117-124[En Línea]
Disponible:<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>[Octubre 2011].

- Rodríguez, M., Castro, M., Merino, J. 2005. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia Enferm.* **11** (2): 47-57,[En Línea] Disponible:<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art07.pdf>[Octubre 2011].
- Ruiz, R., Minguela, I., Ocharán, J., Gimeno, I., Chena, A. 2008. El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología (Supl. 6)* 133-136[En Línea] Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E290/P7-E290-S138-A5939.pdf>[Octubre 2011].
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. 2005. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* **12** (1): 8-16[En Línea] Disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>[Octubre 2011].
- Varela, L., Vázquez, M., Bolaños, L., Alonso, R. 2011. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología***31** (1): 97-106[En Línea] Disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n1/original8.pdf>[No viembre 2011].
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López, J., Moreno, F., et al 2004. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* **24** (2): 167-178[En Línea] Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E228/P1-E228-S132-A2917.pdf>[Octubre 2011].

ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación:

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

0: Nada en absoluto.

1: Levemente, no me molestó mucho.

2: Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.

3: Gravemente, casi no podía soportarlo.

1. Hormigueo o entumecimiento	
2. Sensación de calor	
3. Debilidad en las piernas	
4. Incapacidad para relajarme	
5. Miedo a que suceda lo peor	
6. Mareos o vértigos	
7. Palpitaciones o taquicardia	
8. Sensación de inestabilidad	
9. Sensación de estar aterrorizado	
10. Nerviosismo	
11. Sensación de ahogo	
12. Temblor de manos	
13. Temblor generalizado o estremecimiento	
14. Miedo a perder el control	
15. Dificultad para respirar	
16. Miedo a morir	
17. Estar asustado	
18. Indigestión o molestias en el abdomen	
19. Sensación de irme a desmayar	
20. Rubor facial	
21. Sudoración (no debida al calor)	

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-IA)

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación:

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
 - 2 Siento que no tengo que esperar nada.
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. 0 No me siento fracasado.
 - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. 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. 0 No creo que esté siendo castigado.

- 1 Siento que quizá pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 Estoy decepcionado de mí mismo.
 - 2 Me avergüenzo de mí mismo.
 - 3 Me detesto.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
- 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - 2 Desearía suicidarme.
 - 4 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo que solía.
- 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - 2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.

- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
 - 3 No puedo hacer nada en absoluto.
16. 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 me resulta difícil volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más que antes.
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 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. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kilos.
 - 2 He perdido más de 4 kilos.
 - 3 He perdido más de 7 kilos.
- 19b. Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
20. 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento.
 - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

APÉNDICES

APENDICE A

Ciudad Bolívar, Noviembre 2011

Dr.
Director Clínica San Pedro
Presente.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **MANIFESTACIONES DEPRESIVAS Y ANSIOSAS EN PACIENTES NEFROPATAS EN TRATAMIENTO CON DIALISIS**, que será presentada a posteriori como trabajo de grado como requisito parcial para optar por el título de médicos cirujanos.

En el mencionado trabajo a realizar contaremos con la asesoría del Dr. Héctor Cipriani como tutor, así mismo deseamos contar con la colaboración, en la medida de lo posible, de parte del personal administrativo de la institución, en la medida de su disponibilidad para llevar a cabo este trabajo.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea,

Se despiden,

Atentamente.

Br. Carlos Noriega

Br. Miorlys Noguera

Tesistas

APENDICE B

Consentimiento Informado.

Yo, _____ de nacionalidad _____,
Con documento de identidad n° _____, por medio de la presente doy
constancia de que fui informado y decidí participar voluntariamente del estudio que
tiene por objetivo determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes
nefrópatas en tratamiento con diálisis, de la Clínica San Pedro en Ciudad Bolívar, en
los meses de Noviembre- Diciembre del año 2011.

Firma

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Manifestaciones Depresivas Y Ansiosas En Pacientes Nefrópatas En Tratamiento Con Diálisis
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Noguera R., Miorlys J.	CVLAC: 16.394.410 E MAIL: michiky26_mg@hotmail.com
Noriega T., Carlos E.	CVLAC: 18.450.824 E MAIL: ce_nt_84@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Depresión.
Ansiedad.
Nefropatías.
Diálisis peritoneal.
Hemodiálisis.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Departamento de Salud Mental.	Psiquiatría

RESUMEN (ABSTRACT):

El número de los enfermos renales ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas por la IRC que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo. La depresión es el problema psiquiátrico con mayor prevalencia en los pacientes tratados con hemodiálisis, estudios sugieren que constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad. En EE.UU., la prevalencia de síntomas depresivos (usando el Inventario de Beck) en pacientes en hemodiálisis varía entre el 25,5% y 47%¹⁴, en Perú varía entre el 50% y 67,5%, mientras que se registra una prevalencia del 50% de síntomas ansiosos en pacientes en hemodiálisis. Objetivo: Determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con tratamiento de diálisis, de la Clínica San Pedro de Ciudad Bolívar en los meses de Noviembre-Diciembre del año 2011. Metodología: Se utilizaron 2 instrumentos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La muestra la conformaron 40 pacientes nefrópatas en tratamiento sustitutivo renal, escogidos al azar, que decidieron participar del estudio. Resultados: 50% de la muestra estaba en tratamiento con Diálisis peritoneal y el restante 50% en tratamiento con Hemodiálisis, el 92,5% presentaban síntomas (leves, moderados o severos) de ansiedad y/o depresión, el 27% tenían edades comprendidas entre 41 y 50 años, el 54,1% eran de género masculino, el 21,6% se dedicaban al comercio, el 43,2% eran solteros, por ultimo, los niveles de ansiedad fueron más severos en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (20%) y los de depresión en los pacientes con diálisis peritoneal (40%). Conclusiones: se demostró una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes nefrópatas en tratamiento sustitutivo renal, aunque esta en concordancia con las cifras expuestas por estudios similares.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Flores, Lurlinys	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	8.888.310			
	E_MAIL	lurlinysflores@yahoo.es			
	E_MAIL				
Vaccaro, Yolirma.	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	5.553.546			
	E_MAIL	yulirma@gmail.com			
	E_MAIL				
Cipriani Q., Hector E.	ROL	CA	AS	TU x	JU
	CVLAC:	4.647.443			
	E_MAIL	Hecq53@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	03	09
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. Manifestaciones Depresivas Y Ansiosas En Pacientes Nefrópatas En Tratamiento Con Diálisis	Application. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: Departamento de Salud Mental, del Hospital Psiquiatrico, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: Cinco (5) años.

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Salud Mental. Psiquiatría

INSTITUCIÓN:

Universidad De Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA

RECIBIDO POR *[Firma]*

FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNTEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario “



AUTOR

Noguera R., Miorlys J.



AUTOR

Noriega T., Carlos N.



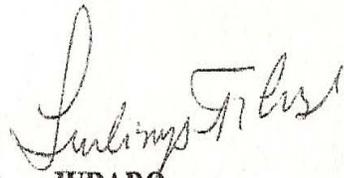
AUTOR

Dr. Cipriani Hector



JURADO

Dra. Vaccaro Yolirma



JURADO

Dra. Lurlinys Flores

POR LA SUBCOMISION DE TESIS