

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS, HOSPITALIZADOS EN
EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”

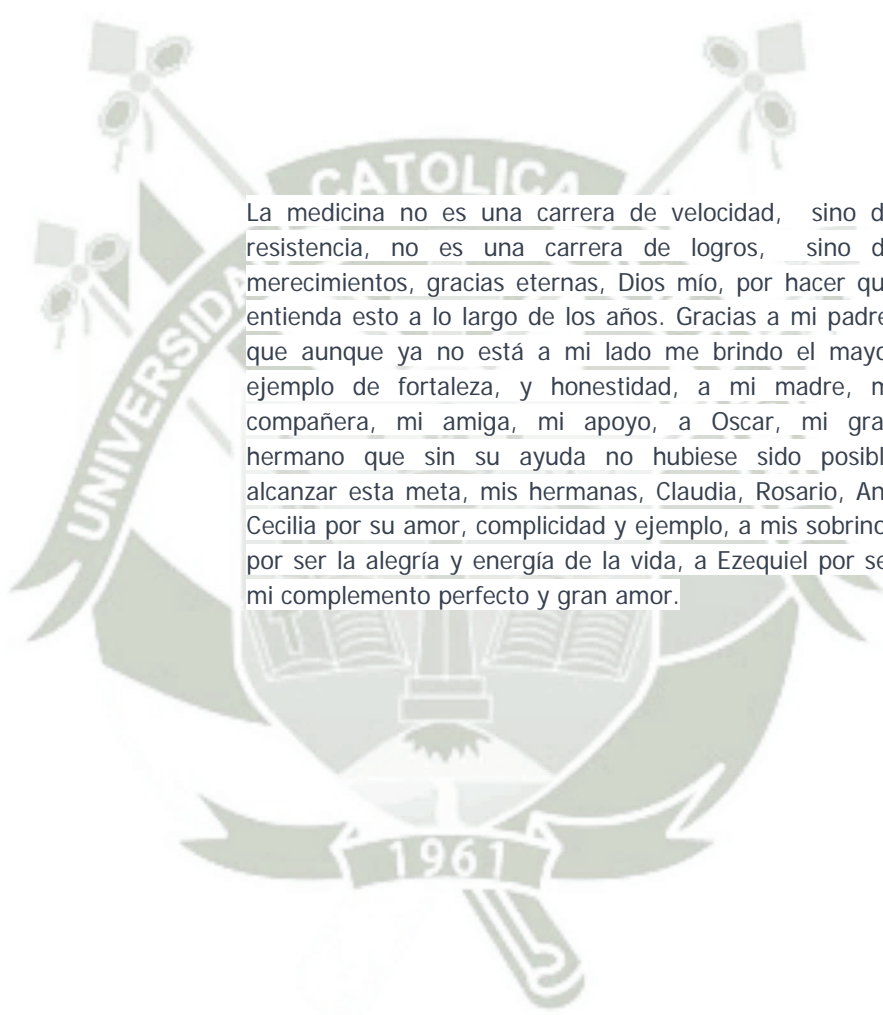
Autor:

Andrea Celeste Concha Chirinos

Para obtener el título profesional
de Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2014



La medicina no es una carrera de velocidad, sino de resistencia, no es una carrera de logros, sino de merecimientos, gracias eternas, Dios mío, por hacer que entienda esto a lo largo de los años. Gracias a mi padre, que aunque ya no está a mi lado me brindo el mayor ejemplo de fortaleza, y honestidad, a mi madre, mi compañera, mi amiga, mi apoyo, a Oscar, mi gran hermano que sin su ayuda no hubiese sido posible alcanzar esta meta, mis hermanas, Claudia, Rosario, Ana Cecilia por su amor, complicidad y ejemplo, a mis sobrinos por ser la alegría y energía de la vida, a Ezequiel por ser mi complemento perfecto y gran amor.

INDICE

RESUMEN.....
ABSTRACT.....
INTRODUCCIÓN.....
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....
BIBLIOGRAFÍA.....
ANEXOS.....
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	
Anexo 2: Cuestionario	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel depresión y apoyo social en pacientes con ERC estadio V hospitalizados hemodializados en Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014. **Métodos:** Estudio observacional y transversal, se evaluó el grado de depresión según la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos además del apoyo social con la Escala de Percepción de Apoyo social de Zimet en los pacientes hospitalizados en hemodiálisis.

Resultados: Se entrevistó a 100 pacientes con ERC estadio V hemodializados hospitalizados, el grupo etáreo predominante fue el de 30 a 59 años (50%), el 62% eran de sexo femenino, un 53% se encuentra entre 3 a 6 meses en hemodiálisis, la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión un 46%, el promedio de días de hospitalización fue de 5 días. En la evaluación de apoyo social con la escala de percepción de apoyo social se obtuvo que un 68% de los pacientes percibiera un bajo apoyo social, en la valoración con la escala de evaluación de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), evidencio que el 65% de los pacientes en hemodiálisis presentan un grado severo de depresión. En la evaluación sobre asociación de apoyo social y depresión se evidencio que el 90.7% de los pacientes con depresión severa tuvo bajo apoyo social. Se halló que la relación de apoyo social con edad ($p=0.016$), sexo femenino ($p=0.021$), tiempo de hemodiálisis corto ($p=0.0001$), se asocian significativamente a una baja percepción de apoyo social, mientras que la asociación con comorbilidades ($p=0.298$) y tiempo de hospitalización ($p=0.604$), siendo en ambos casos no estadísticamente significativo. Se encontró que una edad media ($p=0,044$), el sexo femenino ($p=0.001$), y el periodo corto en hemodiálisis ($p=0,0001$) se asocian significativamente con un grado más severo de depresión en los pacientes en hemodiálisis, mientras que las comorbilidades ($p=0.058$) y los días de hospitalización ($p=0.0.295$), no tienen asociación estadísticamente significativa.

Conclusión: Se encontró que la mayoría de los pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis presentaron un grado severo de depresión según la escala del CES-D). Además los pacientes en su mayoría que percibían un bajo apoyo social de parte de su familia y entorno **Palabras clave:** depresión, hemodiálisis, apoyo social, CES-D

ABSTRACT

Objective: To determine the level of depression and social support in hospitalized hemodialysis patients in Arzobispo Loayza Hospital in Lima 2014.

Methods: An observational cross-sectional study, the degree of depression was assessed according to the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies and of social support in addition to the Perception Scale Zimet social support in inpatients undergoing hemodialysis. **Results:** We

interviewed 100 hospitalized patients, the predominant age group was 30 to 59 years (50 %) , 62% were female , the most common comorbidity was hypertension in 46%, the average number of days hospitalization was 5 days , whereas 53% of patients is between 3 to 6 months on dialysis . In assessing depression scale of perceived social support was obtained that 68 % of patients perceived low social support , the evaluation with depression rating scale Center for Epidemiologic Studies (CES- D) , evidenced that 65 % of patients on hemodialysis have a severe degree of depression, found that female gender ($p = 0.001$) , mean age ($p = 0.044$) and short time in hemodialysis ($p = 0.0001$) was significant association with a more severe degree of depression in hemodialysis patients **Conclusion:** We found that the majority of hemodialysis patients showed a severe degree of depression according to the scale of the Center for Epidemiologic Studies (CES- D). In addition, patients mostly perceived low social support from family and environment

Keywords: depression, hemodialysis, social support, CES-D.

INTRODUCCION

Uno de los problemas más grandes y a los que menos interés se le presta en pacientes que sufren de enfermedades crónicas están relacionados al área de la salud mental. La incidencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) , los cuales pueden llegar a ERC estadio V, aumenta cada año, requiriendo tener acceso a terapias de reemplazo de la función renal, para mantenerse con vida, estas terapias que van desde la diálisis, en sus diferentes modalidades hasta el trasplante renal, vienen siendo una forma de tratamiento a los que los pacientes deben someterse por grandes periodos de tiempo lo cual condiciona y afecta directamente su calidad de vida, sometiéndolos y supeditando todos los aspectos de su vida a seguir el tratamiento en pro de mantenerse con vida y en buen estado de salud.

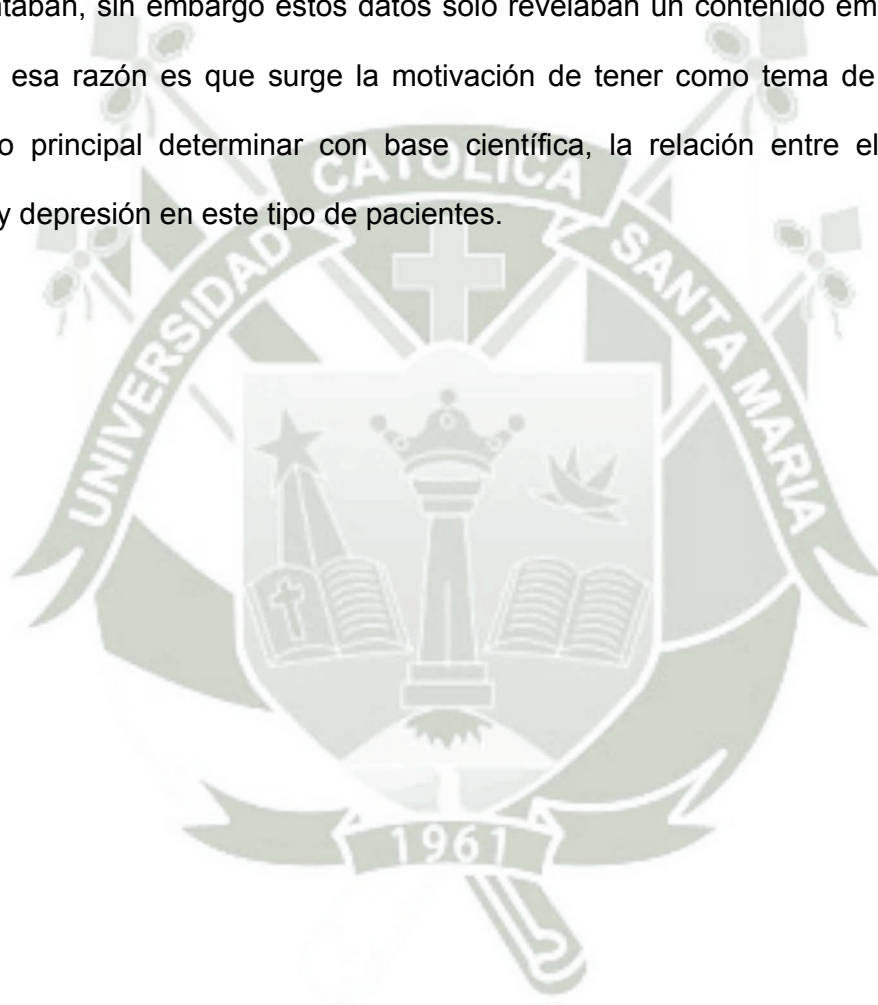
A pesar de los adelantos tecnológicos, los pacientes en modalidad de hemodiálisis, aún presentan menor calidad de vida en relación a la población en general. Se considera que quienes son informados de forma repentina de la necesidad de iniciar la terapia de reemplazo renal podrían experimentar reacciones de ajuste o duelo más complejos por la falta de preparación para enfrentar dicho evento.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en esta población son ansiedad y depresión, en sus distintas presentaciones. La evaluación de esta última se complica por la similitud en la sintomatología con la ERC y su tratamiento (16), porque clínicamente comparten elementos como la reducción del apetito, de energía, de libido y de concentración.

Durante mi internado médico realizado en el Hospital Arzobispo Loayza en la ciudad de Lima y en especial durante mi rotación de Medicina pude observar

que un cuantioso número de pacientes que permanecían hospitalizados y en programa de hemodiálisis, no solo se deterioraban a nivel físico, sino a nivel mental.

Dichos pacientes aparentemente mostraban síntomas depresivos y además que estos quizá de algún modo podrían influirse por las visitas que recibían por parte de sus amigos y/o familiares, es decir por el apoyo social que presentaban, sin embargo estos datos sólo revelaban un contenido empírico y es por esa razón es que surge la motivación de tener como tema de tesis y objetivo principal determinar con base científica, la relación entre el apoyo social y depresión en este tipo de pacientes.





MATERIAL Y METODOS

Técnicas: Encuesta tipo cuestionario

Instrumentos

- Ficha de recolección de datos: La misma que incluía los datos de edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades y tiempo de hospitalización. (ANEXO 01)

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (ANEXO 02) se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), fue desarrollada por Radloff (1977) con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos. La escala permite identificar indicadores de riesgo de la depresión mediante la sintomatología. Es un instrumento para ser utilizado en comunidad, su principal utilidad reside en detectar sintomatología depresiva, así como los factores de riesgo para la depresión que son de naturaleza sociodemográfica.

El instrumento ha sido traducido y validado en nuestro medio bajo el modelo de la teoría clásica de los tests por Riveros (2004), quien en el contexto de la ciudad de Lima trabajó con alumnos universitarios ingresantes. La forma de aplicación es del tipo autoadministrado. El cuestionario comprende 20 ítems que incluyen los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, y, de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: a) afecto depresivo; b) afecto positivo; c) actividad somática; y d) relaciones interpersonales que fueron considerados relevantes en

estudios clínicos sobre depresión, fue construida siguiendo los criterios para la elaboración de escalas tipo Likert con enunciados y niveles de calificación. La escala de calificación implica indicar la respuesta de la siguiente manera, su aplicación consiste en marcar con una “X” la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la persona durante la semana pasada, la semana previa a la aplicación y las respuestas se califican de la siguiente manera: 0 = menos de un día; 1 = uno o dos días; 2 = tres o cuatro días, y 3 = cinco o siete días. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los veinte reactivos, que tienen un rango de 0 a 60.

De acuerdo al puntaje obtenido se tiene la que si el puntaje es menos de 16 no indica depresión, si es de 16 a 20 indica depresión leve, de 21 a 25 indica depresión moderada y de 26 ó mayor puntaje indica depresión severa.

- Escala Multidimensional de Apoyo social de Zimet: (ANEXO 03) el cual mide el grado en que el individuo percibe el apoyo social de su familia, amigos u otros. La versión utilizada fue traducida y validada al español por Arechabala y colaboradores. Está conformada por 12 preguntas donde se responde por media de una escala Likert de 1 a 7, donde 1 es muy en desacuerdo a 7 donde es muy de acuerdo. Para su calificación se considera de 12 a 48 puntos como bajo apoyo social, de 49 a 68 como moderado apoyo social y de 69 a 84 como elevado apoyo social.

Ubicación Espacial y Temporal

El estudio se llevó a cabo en todos los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Arzobispo Loayza en la ciudad de Lima, se llevó a cabo durante los meses de enero, febrero, 2014.

Población

La población se encontró conformada por todos los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Arzobispo Loayza y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de Inclusión
 - Pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza.
 - Pacientes de edad comprendida entre 18 y 65 años
 - Pacientes que estén en hemodiálisis al menos tres meses.
 - Aceptación voluntaria colaborar con el proyecto de tesis.
- Criterios de Exclusión
 - Pacientes que presenten alteraciones de conciencia.
 - Pacientes que no puedan comunicarse en español.

Validación de los instrumentos

Se utilizó la versión original de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, esta escala fue creada por Radloff en 1970 consta de 20 ítems que incluyen los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: a) afecto depresivo; b) afecto positivo; c) actividad somática; y d) relaciones interpersonales.

La Escala de Percepción de Apoyo social de Zimet, la versión utilizada fue traducida y validada al español por Arechabala y colaboradores (31). Está conformada por 12 preguntas donde se responde por medio de una escala Likert de 1 a 7.

Estrategia de recolección y manejo de datos

- A nivel de la recolección: Las encuestas se manejaron de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada ficha de recolección de datos. Además se solicitó el consentimiento verbal a cada participante previo a la toma de la encuesta. El tiempo aproximado en la aplicación del cuestionario fue de 10 minutos, las mismas que se realizaron en los ambientes de hospitalización del mencionado hospital.
- La información obtenida de las encuestas se procesó en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente se analizó en el paquete estadístico SPSS v.20. Se obtuvo los puntajes totales de las escalas aplicadas para depresión y percepción del apoyo social para realizar el análisis pertinente en relación a las otras variables estudiadas. La

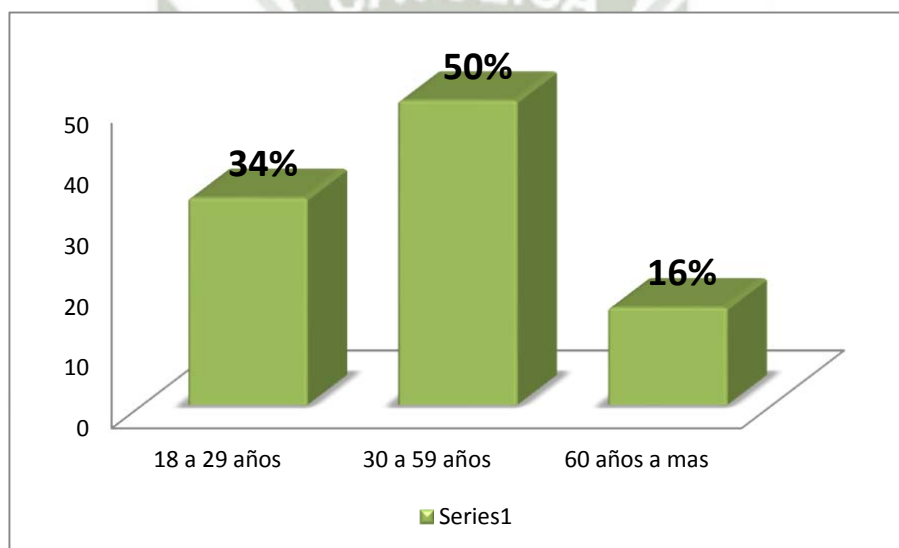
descripción de las variables categóricas se presenta en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados y para las variables numéricas se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos. Para las asociaciones se usó la pruebas de Chi cuadrado y se consideró estadísticamente significativas al tener un $p < 0,05$.





**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

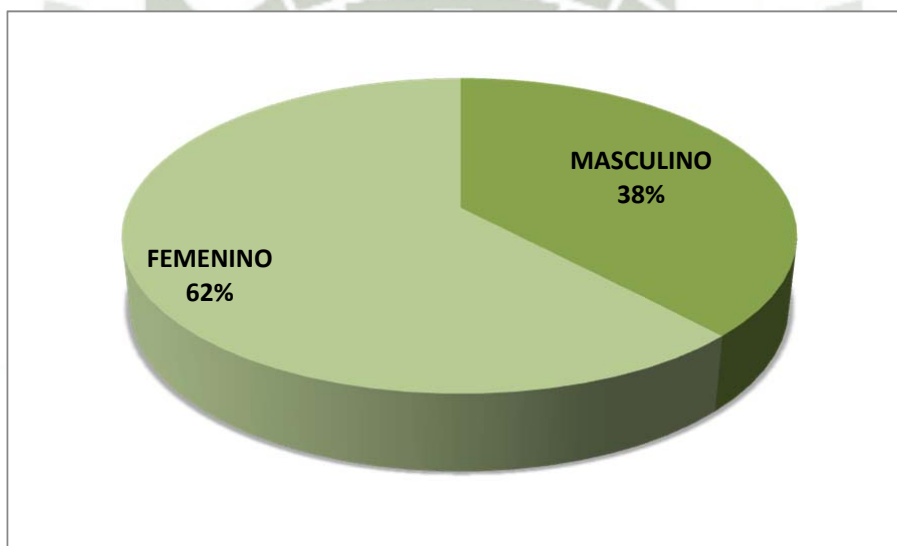
**Gráfico N°01 Distribución según el grupo etáreo de los pacientes con ERC
estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital
Arzobispo Loayza, Lima 2014**



Promedio	Desviación estándar	Mediana	Rango ^a
39 años	15.53	35	18 – 65

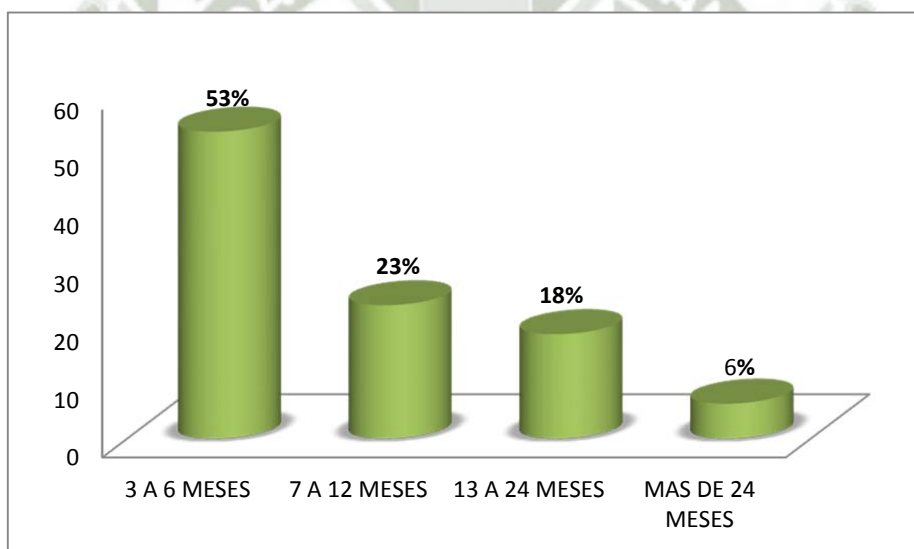
**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°02 Distribución según sexo de los pacientes con ERC estadio V
en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo
Loayza, Lima 2014**



**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

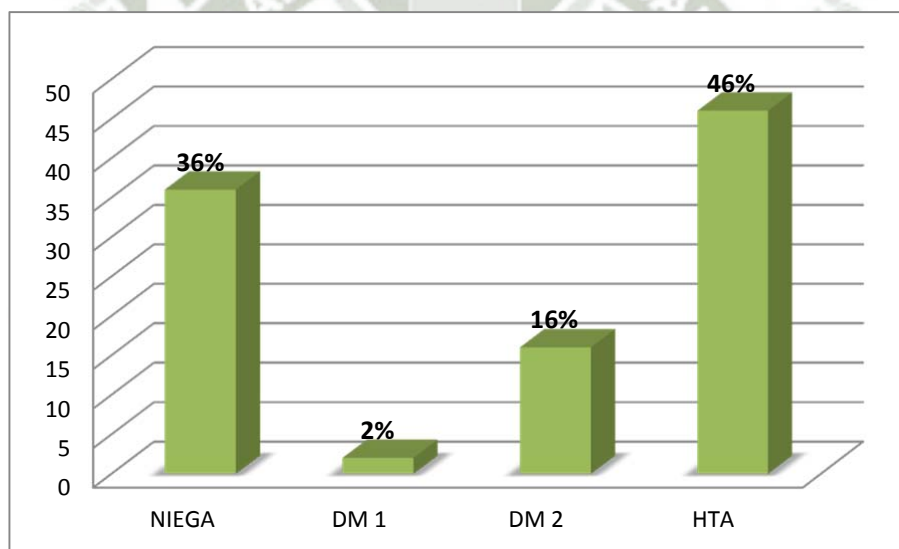
**Gráfico N°03 Tiempo en hemodiálisis de los pacientes con ERC estadio V
en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo
Loayza, Lima 2014**



Promedio	Desviación estándar	Mediana	Rango ^a
10 meses	8.81	6	3 - 48

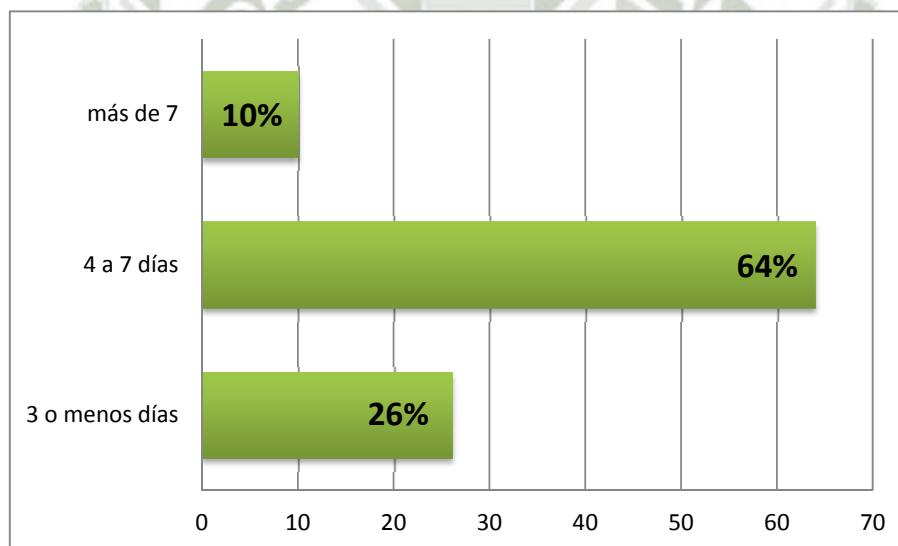
**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°04 Comorbilidad de los pacientes con ERC estadio V en
programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo
Loayza, Lima 2014**



**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

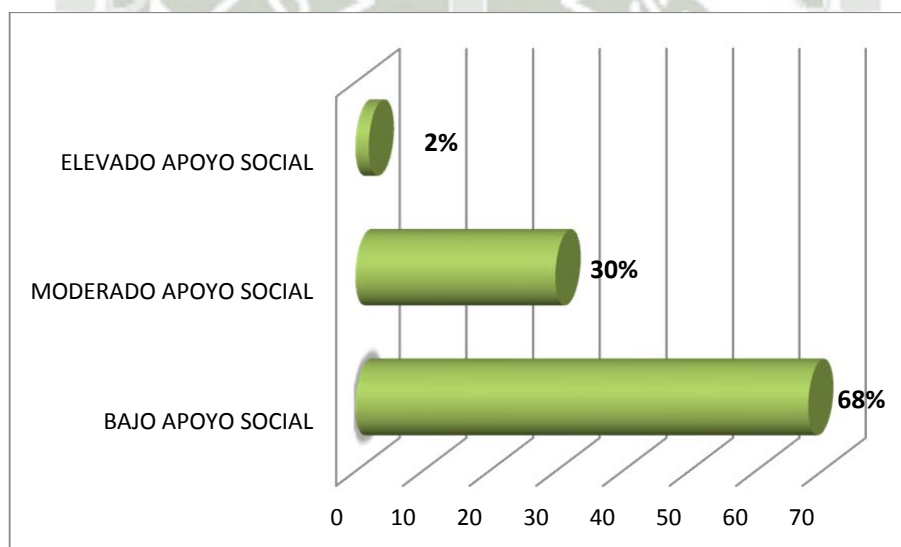
**Gráfico N°05 Días de hospitalización de los pacientes con ERC estadio V
en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo
Loayza, Lima 2014**



Promedio	Desviación estándar	Mediana	Rango ^a
5 días	2.099	5	1 -14

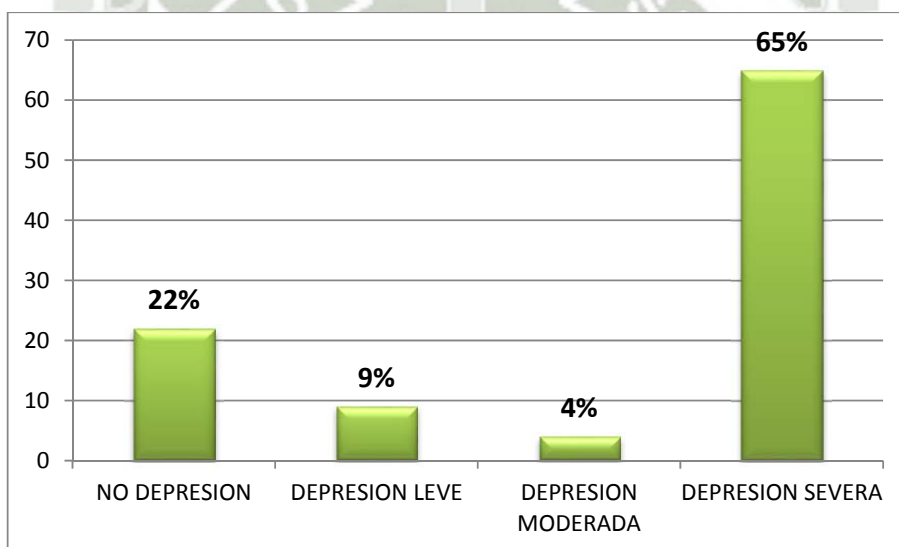
**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°06 Percepción de apoyo social según la escala de Zimet de los
los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis,
hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**



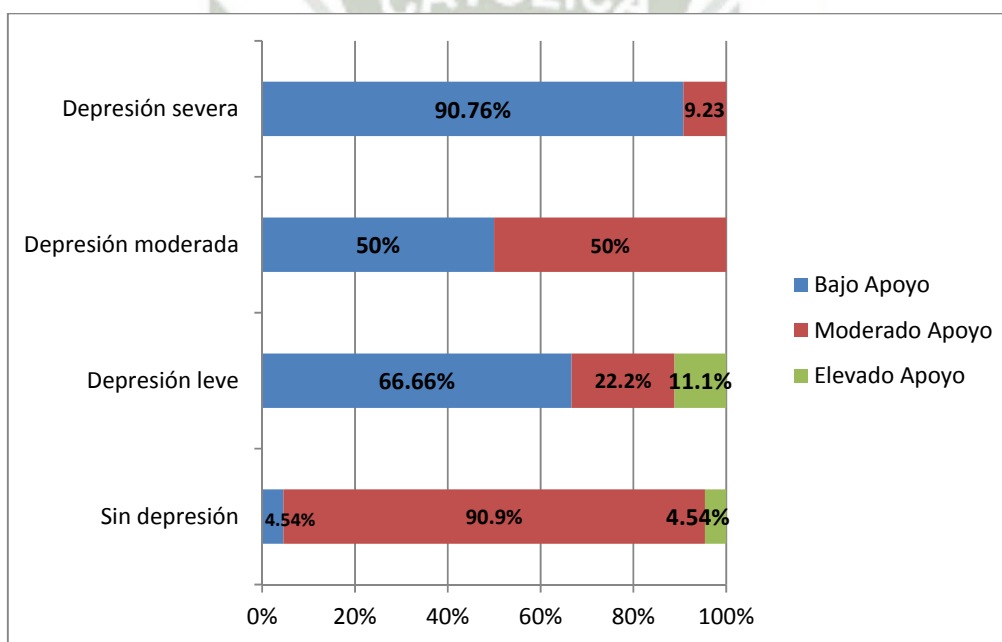
**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°07 Escala de depresión según la escala CESD de los pacientes
con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el
Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**



**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°08 Percepción del apoyo social según el grado de depresión de
los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis,
hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

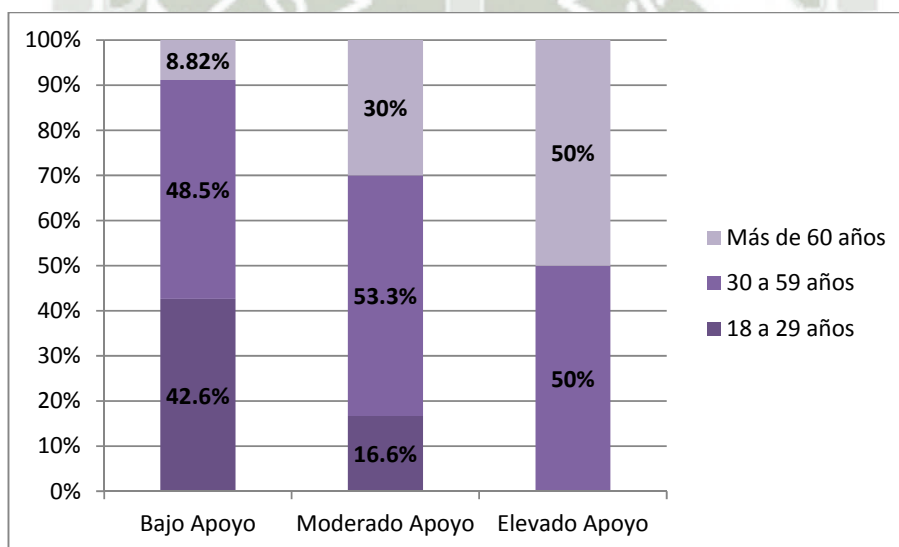


Chi2 de Pearson: 61,271

p=0,0001 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°09 Percepción del apoyo social según grupo etáreo de los
pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados
en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

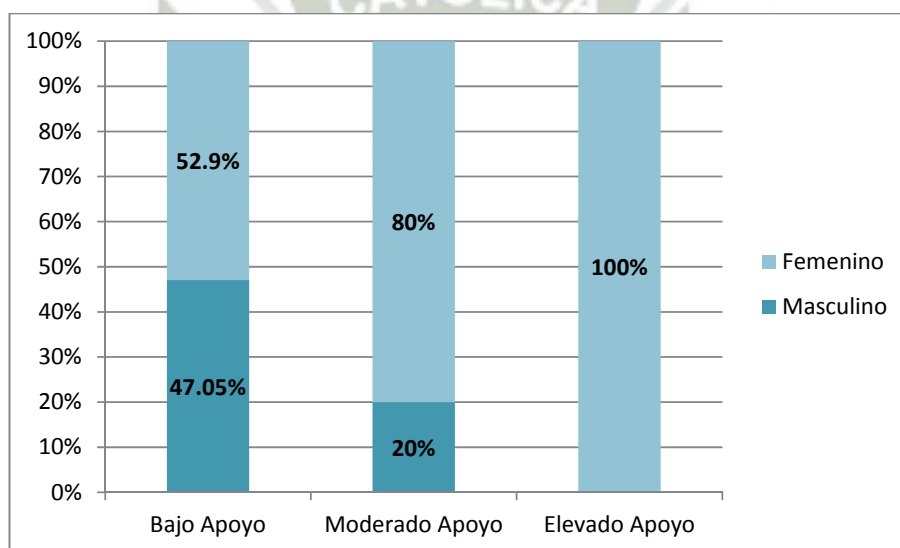


Chi2 de Pearson: 12,231

p=0,016 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°10 Percepción del apoyo social según el sexo de los pacientes
con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el
Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

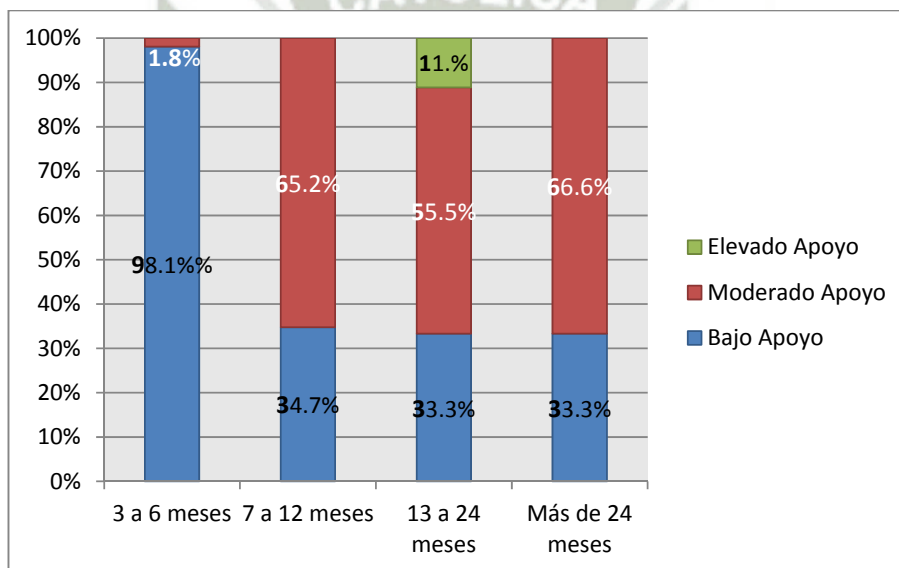


Chi2 de Pearson: 7,720

p=0,021 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

Gráfico N°11 Percepción del apoyo social según tiempo en hemodiálisis de los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014

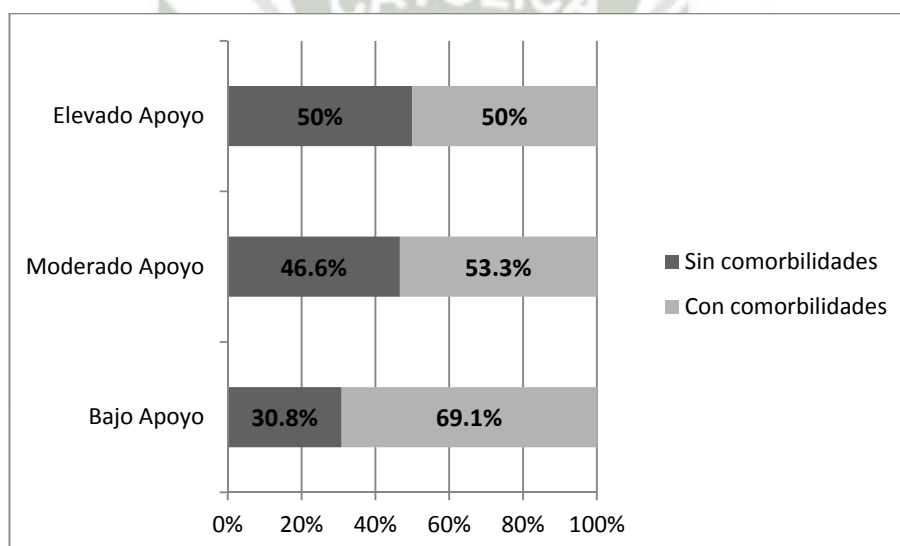


Chi2 de Pearson: 54,231

$p=0,0001$ (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Grafico N°12 Percepción del apoyo social según comorbilidad de los
pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados
en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

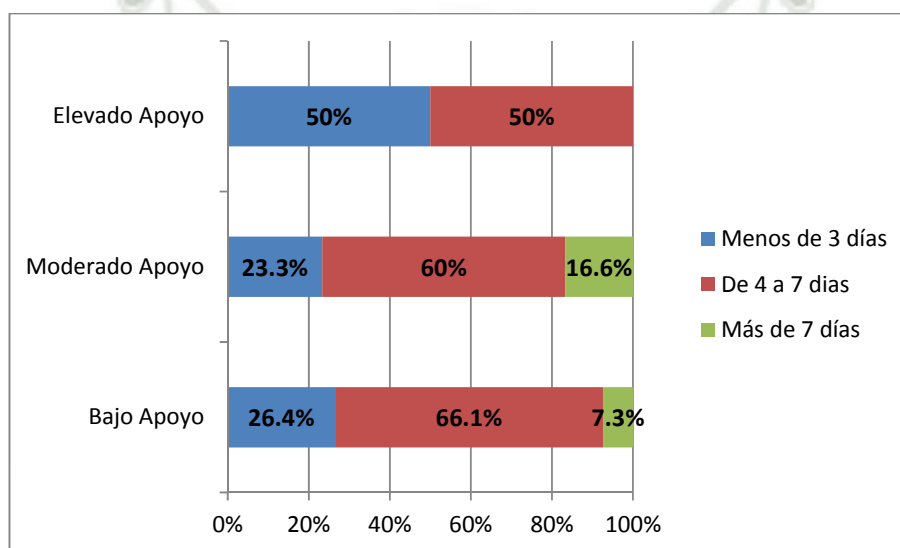


Chi2 de Pearson: 2,425

p=0,298 (No Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°13 Percepción del apoyo social según días de hospitalización
de los pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis,
hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

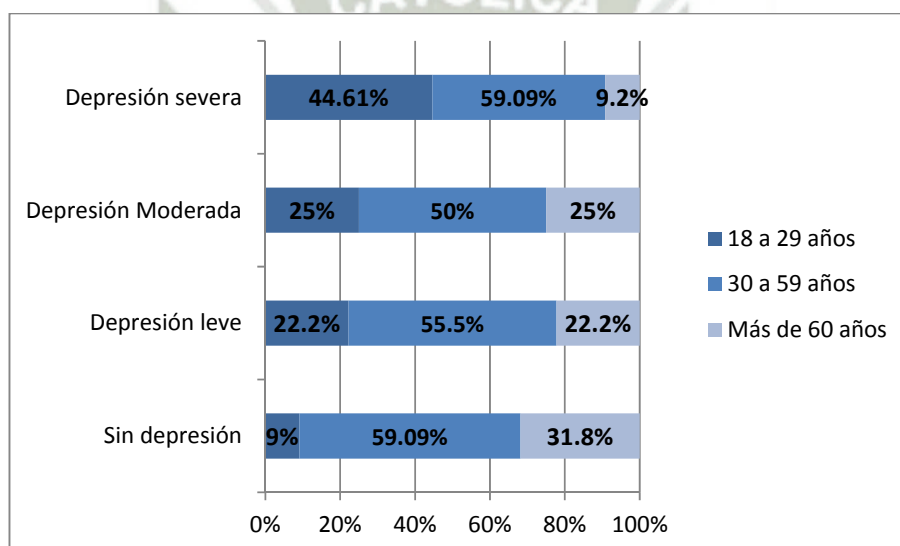


Chi2 de Pearson: 2,727

$p=0,604$ (No Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°14 Grado de depresión según la edad de los pacientes con ERC
estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital
Arzobispo Loayza, Lima 2014**

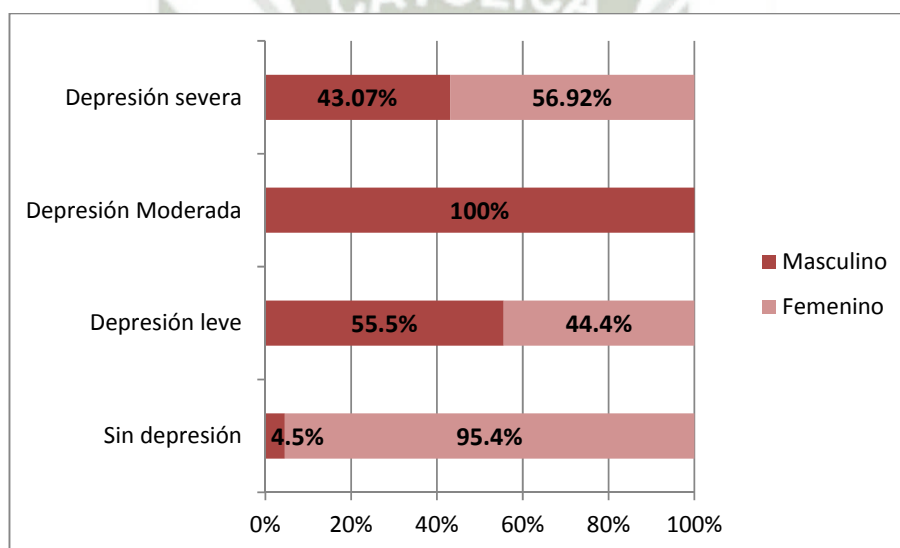


Chi2 de Pearson: 12,965

p=0,044 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N°15 Grado de depresión según el sexo de los pacientes con ERC
estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital
Arzobispo Loayza, Lima 2014**

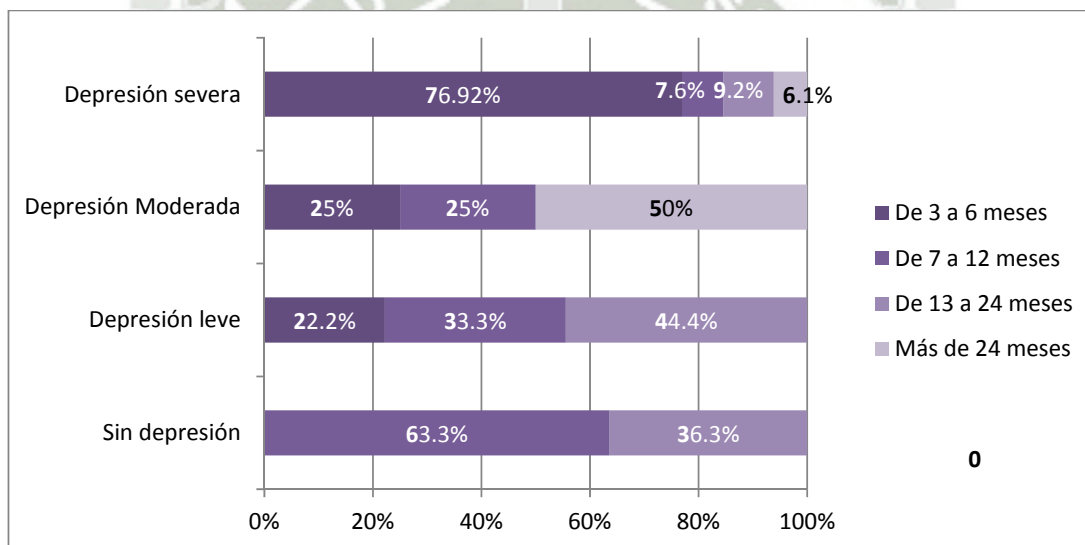


Chi2 de Pearson: 18,866

p=0,001 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Gráfico N° 16 Grado de depresión según el tiempo en hemodiálisis de los
pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados
en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

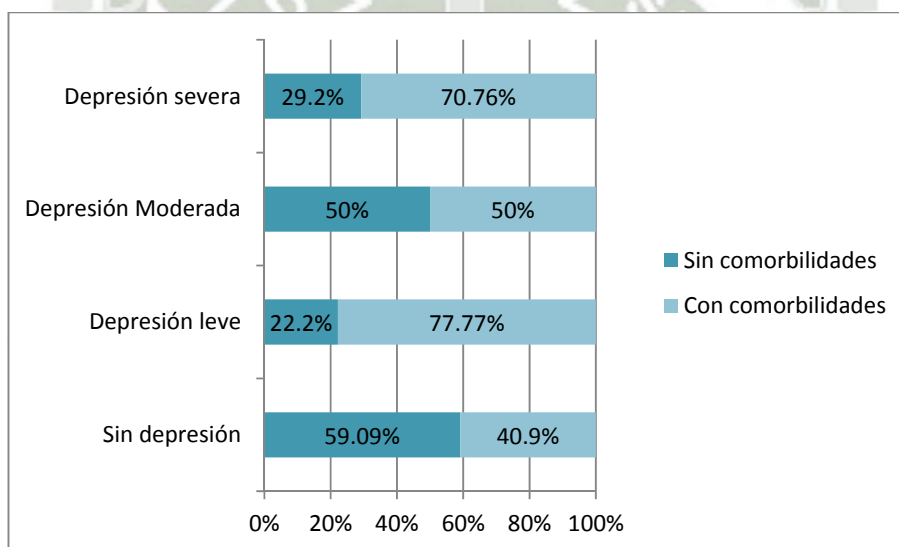


Chi2 de Pearson: 69,606

p=0,0001 (Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Grafico N°17 Grado de depresión según comorbilidad de los pacientes
con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el
Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**

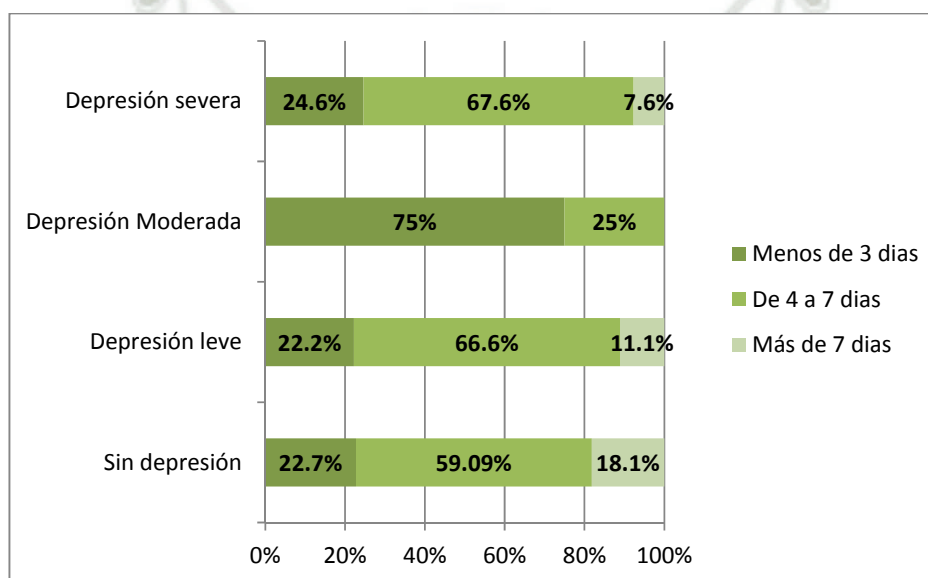


Chi2 de Pearson: 7,466

p=0,058 (No Significativo)

**“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO V EN
PROGRAMA DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”**

**Grafico N°18 Grado de depresión según días de hospitalización de los
pacientes con ERC estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados
en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014**



Chi2 de Pearson: 7,294

p=0,295 (No Significativo)



DISCUSION

Cuando un paciente con enfermedad renal crónica inicia terapia en hemodiálisis se topa bruscamente como dependiente de una máquina, un centro y un personal sanitario del que depende su vida, además de estar expuestos a otros factores de estrés como el cuidado del catéter venoso central o fistula arteriovenosa para dializarse, el turno, transporte o una dieta. Todo se complica con otros problemas como el fin de la diuresis, trastornos en su función sexual y en general, la presencia constante de situaciones amenazantes a las que se tienen que enfrentar diariamente dichos pacientes. Los trastornos ansiosos y depresivos pueden ser respuestas normales a todas las variables mencionadas.

En el presente estudio se utilizó una escala para evaluar el grado de depresión de los pacientes en diálisis, así como una que mide la percepción de los pacientes acerca del apoyo social que recibe de su familia y entorno.

En la características epidemiológicas se vio que el promedio de edad de los pacientes de la población estudiada fue de 39 años, el grupo incluía pacientes desde los 19 años hasta los 65 años, al agrupar a los pacientes según su grupo etáreo, por etapa de vida se observó que el 50% estaba dentro los 30 a 59 años y solo un 16% de los pacientes eran mayores de 60 años. Esto se contrasta con un grupo de pacientes en Chile donde el promedio de edad era de 56 años (34) (grafico 01).

En la distribución por sexo de los pacientes se observó que el 62% eran de sexo femenino y solo un 38% de sexo masculino, en el estudio chileno de referencia solo un 40% de las pacientes eran de sexo femenino (33), mientras

en un estudio brasilero también se evidencio un predominio del sexo masculino en los pacientes en hemodiálisis (32). (Gráfico 02)

En el grupo de pacientes en diálisis se vio que el promedio de tiempo en hemodiálisis es de 10 meses, pese a ello el 53% de los pacientes se encuentra entre 3 a 6 meses en diálisis y solo el 24% se encuentra en tratamiento más de 12 meses, en el estudio realizado por *Arechabala* en Chile los pacientes tenían un promedio de 61 meses en diálisis (33) y un estudio español mostro un promedio de 33 meses de tiempo en diálisis de sus pacientes. (35) (Grafico 03).

Las comorbilidades más frecuentes en el grupo de pacientes en hemodiálisis estudiado fueron los hipertensos con un 46% y los diabéticos tipo 2 con un 16%, sin embargo el 36% negó o desconoció tener alguna enfermedad concomitante, coincidentemente el grupo estudiado por *Arechabala* también describe que el 61% de los pacientes estudiados presentaban hipertensión y Diabetes Mellitus (34), mientras que el estudio brasilero de *Santos y cols.* Mostraron que el 23.6% de los pacientes eran hipertensos y solo un 9.9% eran diabéticos, frecuencias más bajas en relación a nuestro grupo de estudio. (33) (Grafico 4).

En el grupo estudiado se vio el promedio de días de hospitalización fue de 5 días, con un mínimo de 1 día hospitalizado y un máximo de 14 días, se observó que un 26% se encontraba hospitalizado 3 días o menos, un 64% entre 4 a 7 días; siendo el grupo predominante y solo un 10% estaba hospitalizado más de una semana. (Grafico 05)

La escala de percepción de apoyo social utilizada tiene valores que van de 12 a 84 puntos que permite graduar esta percepción por parte de los pacientes, en el grupo estudiado se vio que el puntaje promedio obtenido fue de 38, el puntaje máximo obtenido por los pacientes fue de 70 y también varios pacientes obtuvieron el mínimo puntaje, en el estudio chileno referenciado usaron el mismo instrumento y se vio que el promedio fue de 38.55 con valores mínimos y máximos que van desde 17 hasta 60, coincidentemente el promedio fue el mismo en ambas poblaciones, con la diferencia que en el estudio chileno nadie obtuvo la más baja puntuación. En la evaluación de la percepción de apoyo social de los pacientes en hemodiálisis según la escala de Zimet se obtuvo que un 68% percibiera un bajo apoyo social, un 30% uno moderado y tan solo el 2% de los pacientes un elevado apoyo social, *Arechabala* solo encontró un 16.67% de percepción de bajo apoyo social por sus pacientes (34) lo cual muestra un claro contraste que justifica el estudio de los factores relacionados que podrían afectar esta percepción del paciente de no recibir el apoyo suficiente de su ámbito social. (Grafico 06).

La escala de evaluación de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), tiene valores desde 0 hasta 60, en la población estudiada el puntaje promedio obtenido fue de 32, el puntaje mínimo obtenido fue de 7 y el máximo de 59, en el estudio chileno (34), el promedio fue solo de 16 con valores mínimos y máximos que van desde 0 hasta 54, se evidencia ligero contraste con los resultados obtenidos en nuestra población donde nadie obtuvo 0 en su puntuación y si obtuvieron mejores calificaciones en la escala evaluada.

En la evaluación de depresión a través de la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), se evidencio que el 65% de los pacientes en

hemodiálisis presentan un grado severo de depresión, un 4% y 9% un grado Moderado y leve respectivamente, mientras que un 22% de los pacientes no tenían algún grado de depresión, el estudio de Santos y cols solo encontró una prevalencia de 7.8% de casos con depresión (32), muy baja comparada a otros estudios que incluyen estas series de pacientes que reportan prevalencias de 20% a 30% (36,37), sin embargo la prevalencia encontrada en nuestra población es de 78%, lo cual indica una alarma ante la salud mental de estos pacientes en hemodiálisis, esta alta prevalencia coincide con un estudio español donde el 53.4% de los pacientes tenía un grado de depresión y el 22% de ellos era un severa (35)(Grafico 7).

En el análisis de percepción del apoyo social y la presencia de algún grado de depresión se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación a una baja percepción del apoyo social con un mayor grado de severidad de síntomas depresivos ($p=0.0001$), la misma relación quedo demostrada en el trabajo realizado por Arechabala. (33)(Grafico 8).

Se encontró que la percepción de bajo apoyo social se encuentra relacionado un grupo etáreo joven ($p=0.016$) (Gráfico 9), con el sexo femenino ($p=0.021$) (Grafico 10), y menor tiempo en diálisis ($p=0.0001$) (Gráfico11), todas ellas tuvieron diferencias estadísticamente significativas, la presencia o no de alguna comorbilidad y los días de hospitalización no resultaron significativas (Gráficos 12,13), el estudio chileno solo evidencio diferencia en relación a mayor tiempo en diálisis se asocia a una percepción más baja de apoyo social (33).

Del mismo modo del análisis del grado de depresión en relación a los factores que podrían afectar el mismo se encontró que el grupo etáreo joven

($p=0.044$)(Gráfico 14), el sexo femenino ($p=0.0001$)(Gráfico 15), y un menor tiempo en diálisis ($p=0.0001$)(Gráfico 16), todas ellas tuvieron diferencias estadísticamente significativas y se relacionan a un mayor grado de severidad de síntomas depresivos, la presencia o no de alguna comorbilidad y los días de hospitalización no resultaron significativas (Gráficos 17,18), en este sentido el estudio brasilero (32) demostró que una mayor edad se relaciona a la presencia de depresión, además estudio la posible relación de la presencia de depresión y una menor calidad de vida la cual quedó demostrada en su investigación.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- PRIMERO: En la población de pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis estudiada en su mayoría eran de sexo femenino, hipertensos, con un promedio de edad de 39 años, además la mayoría se encontraba hospitalizada entre 4 a 7 días y predominantemente los pacientes se encontraban entre 3 a 6 meses en diálisis.
- SEGUNDO: Los pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis mostraron en su gran mayoría que percibían un bajo apoyo social de parte de su familia y entorno.
- TERCERO: Se encontró que la mayoría de los pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis presentaron un grado severo de depresión según la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
- CUARTO: Se encontró asociación significativa entre un mayor grado de depresión y una percepción más baja de apoyo social de los pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis.
- QUINTO: Se encontró que no había asociación significativa en cuanto a edad, sexo, y comorbilidades con una percepción más baja de apoyo social, pero si en cuanto a tiempo de hemodiálisis (a menor tiempo de hemodiálisis, la percepción de apoyo social cae en rangos de bajo apoyo).
- SEXTO: Se encontró que el sexo femenino, una edad media y el periodo corto en hemodiálisis se asocian significativamente con un grado más severo de depresión en los pacientes con ERC estadio V en hemodiálisis y hospitalizados.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Dados los resultados encontrados debería poder brindarse soporte adicional en el área de psicología y su respectiva derivación a psiquiatría para los pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en programa de hemodiálisis, con el objetivo de mejorar el estado depresivo que conlleva afrontar una enfermedad crónica.

SEGUNDO: Se debería orientar a pacientes, familiares y amigos para poder afrontar la carga que implica seguir un tratamiento a largo plazo a causa de una enfermedad crónica, particularmente a familiares de la población en estudio, dado que muchas veces resulta ser más una enfermedad terminal para muchos de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cusumano AM, González Bedat MC. Chronic kidney disease in Latin America: time to improve screening and detection. Clin J Am Soc Nephrol. 2008 Mar;3(2):594-600
2. Perico N, Plata R, Anabaya A, Codreanu I, et al. Strategies for national health care systems in emerging countries: the case of screening and prevention of renal disease progression in Bolivia. Kidney Int Suppl. 2005 Aug;(97):S87-94.
3. Dr. Alfredo Piazza Roberts. La Hemodiálisis en el Perú. Trabajo de Incorporación como Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina. Lima 2002
4. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39 (suppl 1): S1-266, 2002.
5. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendation for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. Am J Kidney Dis 48:S1-S322, 2006 (suppl 1)
6. S. Soriano Cabrera Definiciones en enfermedad renal crónica
CAPÍTULO 2 Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento N° 6 2004
7. José Luis Teruel, Jaime Torrente, Milagros Fernández Lucas, Roberto Marcén, Emilio González Parra, Sofía Zarraga, Gorka García.

Valoración de la función renal e indicaciones para el inicio de diálisis.

Nefrología 2009;29(Sup. 1):38-43

8. A Meguid El Nahas, Aminu K Bello Chronic kidney disease: the global challenge Lancet 2005; 365: 331–40
9. Thomas R, KaNo estadísticamente significativoo A, Sedor JR. Chronic kidney disease and its complications. Prim Care Clin. 2008;35(2):329-44.
10. Crawford PW, Lerma EV. Treatment option for end stage renal disease. Prim Care. 2008;35(3):407-32.
11. Levin A, Hemmelgarn B, Culeton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka Mea, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. CMAJ. 2008;179(11):1154-62.
12. Alarcón-Prada A. Aspectos Psicosociales del paciente renal. 2a ed. Bogotá: La Silueta; 2004.
13. UNRUH, MARK, et al. Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study. 2004, Kidney International, Vol. 66, pp. 355–366.
14. Millán González R Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben dialysis Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 3, 2009, pp. 522-533
15. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D. Psychiatric care of the medical patient. 2a ed. New York: OxfordUniversity Press; 2000.
16. Ambrosino-Wyszyn ki A, Wyszyn B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. 1a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2005.

17. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Roderick P, Wallace SA, Daly C. Medidas físicas para el tratamiento de la depresión en pacientes en diálisis (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;2(3):1- 23.
18. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(4):306-12.
19. Delmez JA, Yan G, Bailey J, Beck GJ, Beddhu S, Cheung AK, et al. Cerebrovascular Disease in Maintenance Hemodialysis Patients: Results of the HEMO Study. Am J Kidney Dis. 2006; 47(1):131-8.
20. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: Associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. Kidney Int. 2004;66(5):2047-53.
21. Son Y, Choi K, Park Y, Bae J, Lee J. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. Am J Nephrol. 2009;29(1):36-42.
22. Smith SR, Soliday E. The effects of parental chronic disease on the family. Fam Relat. 2001;50(2):171-7.
23. Schneider RA. Fatigue Among Caregivers of Chronic Renal Failure Patients: A Principal Components Analysis. Nephrol Nurs J. 2003; 30(6):629-33.

24. Tavallaii SA, Nemati E, Khoddami HR, Farahani MA, Lankarani MM, Assari S. Marital Adjustment in Patients on Long-Term Hemodialysis: A Case-Control Study. *Iran J Kidney Dis.* 2009;(3):156–61.
25. Krespi MR, Bone M, Almad R, Worthington B, Salmon P. Hemodialysis patients' evaluation of their lives. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(4):365–72.
26. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int.* 1998;54(1):245–54.
27. Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hébert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Med Care.* 2003;41(1):110–8.
28. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1:385-401.
29. Eaton WW, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment.* 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:363-377.
30. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30–41.
31. Arechabala MC, Miranda CC. Validación de una escala de apoyo social percibido por un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc Enferm.*

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext
&pid=S0717-95532002000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es).

32. Santos Paulo Roberto. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Jan 17]; 33(4): 332-337.

Disponible:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-
44462011000400005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000400005&lng=en).

33. Arechabala MC, Catoni MI, Palma E, Barrios S. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(1):74–9.

34. F. Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodialysis periódicas NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Número 2. 2001

35. Moreno Núñez y col. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (4): 225/233

36. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini, L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. Am J Kidney Dis. 2005;46(5):919-24.

37. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech, LA. The predictive value of self-reported scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. Kidney Int. 2006;69(9):1662-8.



Anexo 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Buenas tardes señor (a)(ita):

Código de la encuesta:

A continuación le haremos una serie de preguntas generales, relacionadas al apoyo social que recibe y a la depresión. La información que obtengamos servirá para la tesis de una alumna de medicina cuyo título es: **“Depresión y percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados hemodializados del Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014”**. Los datos que obtengamos de la encuesta se mantendrán en total confidencialidad y anonimato, por lo que su información estará segura, al aceptar responder las preguntas nos está dando el consentimiento para uso de los datos según los objetivos de la tesis. Le agradecemos de antemano su colaboración en la participación de la encuesta:

Edad: ____ años

Sexo: () Masculino

() Femenino

Tiempo de hospitalización: ____ Días ó ____ Meses; Inicio de Hospitalización

Motivo de hospitalización:

¿Cuánto tiempo lleva en diálisis? ____ Meses (____ días) Inicio:
____ / ____ / ____

¿Qué otras enfermedades padece?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Anexo 02: Encuesta Multidimensional de Apoyo Social de Zimet

A continuación le haremos 12 preguntas donde nos mencionara como se siente en cada una de ellas considerando lo siguiente:

- 1: Muy totalmente en desacuerdo
- 2: Totalmente en desacuerdo
- 3: Ligeramente en desacuerdo
- 4: Neutral
- 5: Ligeramente de acuerdo
- 6: Totalmente de acuerdo
- 7: Muy totalmente de acuerdo

Ítem	Calificación						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4	5	6	7
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	1	2	3	4	5	6	7
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 03: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Finalmente a continuación se le presenta una serie de ítems sobre como usted se ha sentido durante las dos últimas semanas. Le regamos recordar y responder con la mayor sinceridad posible:

ITEM	En la semana anterior			
	Escasa mente (0 a 1 día)	Algo (1 a 2 días)	Ocasio nalmen te (3 a 4 días)	La mayorí a (5 a 7 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3
2. No podía quitarse la tristeza	0	1	2	3
3. Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
4. Se sentía deprimido (a)	0	1	2	3
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3
6. Se sentía triste	0	1	2	3
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3
8. Nada lo hacía feliz	0	1	2	3
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3
10. Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3
12. Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3
13. Se sentía agitado (a)	0	1	2	3
14. Sentía deseos de estar muerto (a)	0	1	2	3
15. Quería hacerse daño	0	1	2	3
16. Se sentía cansado (a) todo el tiempo	0	1	2	3
17. Estaba a disgusto consigo mismo (a)	0	1	2	3
18. Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3
19. Le costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes	0	1	2	3

Anexo 04: Proyecto de Investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS, HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014”

Autor:

Andrea Celeste Concha
Chirinos

Para obtener el título
profesional de Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2014

DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS HEMODIALIZADOS DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2014.

I. PREAMBULO

Uno de los problemas más grandes y a los que menos interés se le presta en pacientes que aquejan de enfermedades crónicas están relacionados al área de la salud mental. Durante mi internado médico realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en la ciudad de Lima y en especial durante mi rotación de Medicina pude observar que gran cantidad de pacientes con ERC estadio V que permanecían durante mucho tiempo hospitalizados no solo se deterioraban a nivel físico, sino a nivel mental, dentro de ellos observé un grupo en especial, los pacientes que por algún problema renal crónico tenían que ser hemodializados.

En muchos de ellos aparentemente se evidenciaban síntomas depresivos además que estos quizá de algún modo podrían influirse por las visitas que recibían por parte de sus amigos y/o familiares, es decir por el apoyo social que presentaban, sin embargo estos datos sólo tenían un contenido empírico y es por ese motivo que nace la motivación de tener como tema de tesis la depresión y el apoyo social en este tipo de pacientes.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuál es el nivel depresión y el apoyo social en pacientes con ERC estadio V hospitalizados hemodializados del Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Salud Mental

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Depresión

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR/CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE
Características generales	Edad	Años Cronológicos	Numérica
	Sexo	Masculino Femenino	Categórica nominal
	Tiempo de hospitalización	Días	Numérica
	Tiempo en diálisis	Meses	Numérica

	Comorbilidad	Hipertensión arterial Diabetes Otras	Categórica Nominal
Nivel de Depresión	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	Sin Depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión severa	Categórica Nominal
Apoyo social percibido	Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet	Alto Apoyo Moderado Apoyo Bajo Apoyo	Categórica Nominal

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuáles son las siguientes características generales: Edad, sexo, tiempo de hemodiálisis, comorbilidades y días de hospitalización en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?
- ¿Cómo es el apoyo social percibido según la escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?

- ¿Cuál es el nivel de depresión según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?
- ¿Existe asociación entre el apoyo social y nivel de depresión percibido en los pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?
- ¿Cuál es la relación entre la edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades y el apoyo social en los pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?
- ¿Cuál es la relación entre la edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades y el nivel de depresión en los pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de enero, febrero Lima 2014?

d. Tipo de Investigación: Observacional, prospectivo, transversal, analítico

e. Nivel de Investigación: Relacional, diseño descriptivo-correlativo.

Justificación del problema:

El presente trabajo presenta una relevancia social por tratarse de un problema de salud mental, que es desatendido en muchas otras áreas de la medicina por definir al ser humano como algo exclusivamente físico, y que afecta a todos los pacientes de algún modo.

La relevancia contemporánea radica en que actualmente el estudio de la salud mental está comenzando a desplegarse ya que es factor primordial para el desarrollo de la buena salud del paciente, e incluso se encuentra dentro de las últimas prioridades en investigación en el país según el Instituto Nacional de Salud.

El presente trabajo es factible ya que hay asequibilidad al servicio donde se realizará el trabajo, así como los recursos económicos necesarios para realizar el viaje y realizar la toma de muestra.

La relevancia científica está en que no existe estudio publicado ni elaborado como tesis donde se esté buscando asociar el nivel de depresión y el apoyo percibido en pacientes hospitalizados hemodializados.

La relevancia académica está enfocada a que si se llega a comprobar la hipótesis, será un aporte a considerar en las clases académicas, y el impacto que puede causar el aporte social al paciente.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Enfermedad Renal Crónica y Hemodiálisis

En América Latina (AL) la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) es de unos 400 por millón de habitantes y ha crecido un 6,8% anual durante los últimos 5 años (1). Además, la tasa de incidencia aumentó de 33,3 pacientes por millón de habitantes (pmh) en 1993 a 167,8 pmh en el 2005. Se estima que hay 996 832 personas con enfermedad renal crónica en estadio 4 / 5 en América Latina (1,2,3).

En el Perú habitan 28 millones de personas; hasta el año 2006, se ha calculado que el crecimiento de la población en diálisis se está dando a una tasa del 10% anual, de lo que se puede inferir que a finales del año 2009 habrá una población de 5.647 pacientes en hemodiálisis.

La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, con o sin daño renal o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por una tasa de filtración glomerular disminuida o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. (4,5,9)

Entre los individuos con enfermedad renal crónica, se definen los estadios por según la tasa de filtración glomerular, en estadios superiores representan los niveles más bajos de filtración glomerular.

Cuando el paciente con ERC se encuentra en estadio 5 (TFG <15 ml/min/1.73 m²), el médico debe evaluar los beneficios, riesgos, y desventajas de iniciar la terapia de reemplazo de función renal, bajo cualquier modalidad disponible y adecuada para la condición del paciente. Existen algunas consideraciones clínicas y complicaciones que puede incitar el inicio de diálisis antes del estadio 5. (4,5)

Sin embargo la decisión para el inicio del tratamiento con diálisis en la enfermedad renal crónica es el resultado de la conjunción de dos opiniones que muchas veces son opuestas. Por una parte, tenemos el criterio profesional del nefrólogo que debe establecer cuándo es el momento adecuado. Por otra parte, está la actitud del enfermo, que suele rechazar empezar un tratamiento que va a modificar sustancialmente su estilo de vida, e insiste en retrasar ese instante todo lo posible. (5, 7,8)

La hemodiálisis es proceso de terapia de reemplazo renal que consiste en un proceso de terapia extracorpórea que permite separar la sangre del contenido dializado, al ser expuesto a una membrana semipermeable a través de una máquina especializada. Los procesos existentes son los siguientes: el convencional, el de alta eficiencia y el de alto flujo (9). Generalmente se imparten tres sesiones por semana de aproximadamente cuatro horas de duración, pero esto es adecuado a la necesidad de cada paciente (10).

En la práctica, se intenta definir mediante datos analíticos y clínicos. La tasa de FG y la aparición de complicaciones atribuibles a la

uremia son los dos parámetros utilizados para concretar el comienzo del tratamiento renal sustitutivo. (7)

1.2 Depresión en el paciente en hemodiálisis

La diálisis es un tratamiento que salva la vida del paciente, pero al mismo tiempo modifica sus estilos de vida: cambio de patrones de alimentación, sueño, medicación, actividades diarias en casa y centro de trabajo, es por ello que el paciente con enfermedad renal debe ser atendido por un equipo multidisciplinario que emplee estrategias de preparación y educación para optimizar los resultados de la terapia sustitutiva renal mediante cambios en los estilos de vida. (11,12)

A pesar de los adelantos tecnológicos, los pacientes en la modalidad de hemodiálisis, aún presentan menor calidad de vida relacionada a la salud en relación a la población en general (13). Se considera que quienes son informados de forma repentina de la necesidad de iniciar la terapia de reemplazo renal podrían experimentar reacciones de ajuste o duelos más complicados por la falta de preparación para enfrentar dicho evento (14).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en esta población son ansiedad y depresión, en sus distintas presentaciones (15). La evaluación de esta última se complica por la similitud en la sintomatología con la ERC y su tratamiento (16), porque clínicamente comparten elementos como la reducción del apetito, de energía, de libido y de concentración (15, 17,18).

A raíz de ello se ha generado que distintos estudios que emplean escalas diferentes encuentren incidencias de depresión en pacientes en hemodiálisis que varían entre 6% y 38% (18). Por lo tanto, el diagnóstico clínico debe contemplar elementos no vegetativos, como antecedentes personales y familiares de depresión y suicidio, pobre autoestima, anhedonia, desesperanza, desesperación, incontinencia afectiva e ideación suicida activa o pasiva (15).

Las condiciones a las que se somete el paciente en diálisis son propias y específicas de este tipo de procedimientos: dietas estrictas, una dependencia inusual hacia la atención médica, enfermedad sin remisión, tratamiento permanente, un alto porcentaje de personas que pierden su trabajo o se deben incapacitar permanentemente, así como el malestar físico y emocional producto de la baja energía y las distorsiones de la imagen corporal que surgen de los múltiples cambios anatómicos

Por otra parte, en esta población existe una alta prevalencia de enfermedad cerebro-vascular, lo cual incrementa el riesgo de depresión, morbilidad y mortalidad (19).

Es evidente también el alto grado de estrés que experimentan estos pacientes y que se asocia a la necesidad de darle continuidad al tratamiento multidisciplinario, asimismo se sabe que el suicidio era mucho más elevado en poblaciones enfermas que en personas sanas., en la actualidad se sabe que este riesgo se incrementa 14 veces sobre la población general. (15)

La depresión en pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis genera más hospitalizaciones, más retiros voluntarios del proceso dialítico y mayor mortalidad (20). Cuando estos trastornos pasan inadvertidos, el pronóstico es aún más negativo.

Es de amplio conocimiento las múltiples escalas utilizadas para el diagnóstico de depresión las cuales han sido utilizadas en pacientes en hemodiálisis en diferentes estudios, sin embargo las conclusiones son diversas y no existe un consenso ante la utilidad de estas escalas. Lo más cierto que se sabe es que el umbral depresivo para pacientes con un estadio renal terminal es mayor que en pacientes sanos, por lo que la labor de diagnóstico por parte del clínico adquiere mayor relevancia y no puede ser sustituida por escalas de tamizaje. (14)

Otro detalle que puede generar cambios en los resultados finales es la administración autoaplicada frente a la heteroaplicada.

Un estudio realizado por Drayer y col. se encontró un 28% de los pacientes con distintos grados de depresión, de los cuales tres cuartos habían experimentado al menos un episodio previo en el pasado. Ellos, además, obtuvieron menor calidad de vida global, así como mayor mortalidad en relación con quienes no estaban deprimidos. Adicionalmente, los síntomas físicos fueron mucho más frecuentes en el grupo de pacientes deprimidos, por lo que se

concluye que la depresión es el principal determinante de elementos somáticos, incluso por encima de la patología renal. (18)

Otro estudio realizado en población coreana por Son y col. Encontraron depresión leve en todos los pacientes y depresión mayor en el 25% de los usuarios, quienes recibían además un menor ingreso mensual, más frecuentemente cursaban desempleados y carecían de religión. Este grupo también presentó síntomas físicos con mayor frecuencia y severidad, así como una menor calidad de vida al compararlos con quienes no cursaban con depresión mayor.

(21)

La presencia de signos de depresión en las personas con enfermedades crónicas tiene como resultado una disminución en su sobrevida y una importante repercusión en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, de allí la necesidad del abordaje del paciente que recibe diálisis deben realizarlo equipos multidisciplinares que empleen estrategias psicoterapéuticas, donde se consideren los elementos individuales y familiares, así como las interacciones desde el punto de vista sistémico, que se generan dentro de la unidad de diálisis.

1.3 Apoyo social del paciente en hemodiálisis

El diagnóstico de una enfermedad crónica a una persona tiene repercusiones en su grupo familiar que incluyen problemas económicos, alteraciones de los roles y cansancio de algunos de sus

integrantes (22). En el caso de la familia de un paciente con enfermedad renal crónica, sus miembros deben asumir funciones extraordinarias como resultado del tratamiento de sustitución renal al que debe ser sometido, tanto en el hogar como en el centro de diálisis (23).

Hacerse cargo del cuidado de un familiar enfermo implica para quien lo otorga, entre otras complicaciones, descuidar de cierta manera su salud, aislarse o disminuir sus actividades sociales y aumentar su carga de trabajo, así como sufrir ciertas restricciones, consecuencias económicas negativas y cambios en la relación con el paciente (24). Y en el caso particular de los pacientes en hemodiálisis que la terapia se mantiene por un período prolongado de tiempo puede tener consecuencias en la salud de los cuidadores, quienes suelen presentar cuadros tales como fatiga, síntomas depresivos o directamente depresión (23).

Si bien quienes atienden a los familiares enfermos generalmente son por lo general un gran apoyo, hay estudios en los que emergen aspectos negativos de esta relación, es notable en el paciente la dependencia de otros para realizar sus actividades y perciben una preocupación excesiva en relación a este tema, en algunas ocasiones se acusa a sus cuidadores como incapaces de brindar apoyo adecuado y poco comprensivos, lo cual se convierte en

angustia para relacionarse, fuente de dificultades y resentimientos en el paciente (24).

En este sentido, investigaciones que han medido las repercusiones de la enfermedad crónica en quienes la padecen, han encontrado que el hecho de que estas personas perciban un bajo apoyo por parte de sus familiares o amigos incrementa las cifras de morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes (26). Es por ello que conocer la percepción de los pacientes respecto a la carga que su cuidado significa para sus cuidadores permite identificar grados de estrés en los enfermos y conocer además aspectos importantes de la relación paciente-cuidador, permitiendo así a los profesionales de la salud planificar e implementar intervenciones específicas dirigidas a este problema (27).

1.4 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale: CES-D) fue creada por Radloff en la década de 1970 y desde entonces constituye uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados. Al elaborarla se buscaba comprender los aspectos más importantes de la depresión señalados en la bibliografía, con especial énfasis en los componentes afectivos. Las preguntas se tomaron de diversos instrumentos, entre ellos el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung, y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (28).

La escala, originalmente diseñada como un instrumento de “lápiz y papel” consta de 20 reactivos y es auto-administrable; sin embargo, puede señalarse que a lo largo de los años el CES-D ha conservado su vigencia. Se ha traducido a varios idiomas, y se sigue aplicando para entrevistas cara a cara y telefónicas, o por medio de tecnología computarizada.

Dado el problema relevante para la mayor parte de los instrumentos de tamizaje actualmente disponibles y es que éstos se crearon antes que se divulgaran los criterios diagnósticos actualmente aceptados en el ámbito internacional, tales como la 10a. Clasificación Mundial de las Enfermedades (CIE- 10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) en su cuarta revisión, fue así que el Centro para la Investigación de Prevención de la Universidad Johns Hopkins estadísticamente significativo se propuso actualizar y compatibilizar los contenidos de tamizaje de la CES-D con los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor (EDM), propuestos en el DSM-IV, lo que resultó en una versión revisada: la CES-D-R. (28)

Este instrumento puede ser utilizado en comunidad, en población no clínica; su principal utilidad reside en detectar sintomatología depresiva, así como los factores de riesgo para la depresión que son de naturaleza sociodemográfica.

El instrumento ha sido traducido y validado en nuestro medio por Riveros (2004), quien en el contexto de la ciudad de Lima trabajó con alumnos

universitarios ingresantes. La forma de aplicación es del tipo autoadministrado. El cuestionario comprende 20 ítems que incluyen los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, y, de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: a) afecto depresivo; b) afecto positivo; c) actividad somática; y d) relaciones interpersonales que fueron considerados relevantes en estudios clínicos sobre depresión, fue construida siguiendo los criterios para la elaboración de escalas tipo Likert con enunciados y niveles de calificación.

La escala de calificación implica indicar la respuesta de la siguiente manera, su aplicación consiste en marcar con una "X" la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la persona durante la semana pasada, la semana previa a la aplicación y las respuestas se califican de la siguiente manera: 0 = menos de un día; 1 = uno o dos días; 2 = tres o cuatro días, y 3 = cinco o siete días. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los veinte reactivos, que tienen un rango de 0 a 60.

De acuerdo al puntaje obtenido se tiene la que si el puntaje es menos de 16 No se indica depresión, si es de 16 a 20 indica depresión leve, de 21 a 25 indica depresión moderada y de 26 ó mayor puntaje indica depresión severa.

1.5 Escala de Percepción de apoyo social

La escala adaptada de percepción de apoyo social de Zimet y col, mide el grado en que el individuo percibe el apoyo social de su

familia, sus amigos y otros significativos (30). Esta escala fue traducida al español y validada por Arechabala y Miranda (31), incluye solamente dos dimensiones: familia y otros significativos, está conformado por 12 reactivos y su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo, para su calificación se considera de 12 a 48 como bajo apoyo social, de 49 a 68 como moderado apoyo social y de 69 a 84 como elevado apoyo social.

2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1 A nivel local

Influencia del tiempo en hemodiálisis, la comorbilidad y características socio demográficas en la dependencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. 2012

Espinoza Carreon, Juan

Objetivo: Determinar la correlación de características socio demográficas y la depresión en pacientes con enfermedad crónica terminal. Método: Se evaluó a pacientes que cumplieron criterios de inclusión aplicando el índice de comorbilidad de Charlson y el test Delta que evaluó el grado de dependencia, se realiza asociación univariada y multivariada con cálculo de odds ratio y análisis de regresión múltiple, se evalúan 90 pacientes de los cuales el 32.22% tienen dependencia funcional. La edad promedio fue de 70.38 años

para pacientes con dependencia y de 53.89 años en el control ($p>0.05$). El 72.41% con dependencia funcional fueron varones, el 24.14% con dependencia funcional no tienen pareja, comparado con el 27.87% de pacientes sin dependencia y el 27.59% de pacientes con dependencia presento bajos recursos socio-económicos y en 22.95% de pacientes sin dependencia. El tiempo promedio de hemodiálisis fue de 42.21 meses con dependencia mientras que en los pacientes sin dependencia fue de 33.74 meses. El índice de comorbilidad de Charlson fue alto en 75.86% de pacientes con enfermedad renal crónica terminal y dependencia funcional y en 24.59% de pacientes sin dependencia. Los factores con mayor asociación fueron la presencia de un índice de comorbilidad elevado, la edad mayor a 60 años y finalmente la permanencia en hemodiálisis por más de 24 meses.

Conclusión: La edad mayor a 60 años y la presencia de un índice de comorbilidades elevado fueron los únicos predictores de dependencia funcional significativo en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis.

2.2A nivel nacional

Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del centro de hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007

Arquinigo Jaimes Gloria

Los pacientes que reciben hemodiálisis, deben cambiar su estilo de vida para sobrevivir, aprendiendo y realizando actividades para

cuidar de sí mismo, con las notificaciones que le impone la enfermedad; todo ello le permitirá sentirse bien, mantenerse en su entorno social, laboral y familiar independientemente. El éxito de esta terapia dependerá de la capacidad de autocuidado que tengan para desarrollar actividades de la vida cotidiana y los efectos que le impone la enfermedad; siendo ello un área que requiere de valoración y orientación del autocuidado. Es así que la presente investigación tuvo por objetivo determinar la capacidad de autocuidado en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica, tomando como marco referencial a la teoría general de autocuidado de Dorothea Orem. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el centro de hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: Alto, medio y bajo. Se hizo uso del software SPSS versión 13.0 y la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado. Los resultados fueron: 59% muestra nivel alto de capacidad de autocuidado, dentro del cual el 79% presento nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad; concluyéndose que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad.

2.3A nivel internacional

Depresión y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis que viven en una región pobre de Brasil (32)

Paulo Roberto Santos

Objetivo: Determinar la correlación entre la depresión y la calidad de vida (QOL) de los pacientes en hemodiálisis (HD). Método: Se evaluó Ciento sesenta y seis pacientes de más de 18 años de edad que se encontraban en HD durante al menos tres meses y no tenían antecedentes de trasplante, se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario SF- 36, para categorizar la depresión, se utilizó una puntuación ≥ 10 en la versión de 10 ítems de la escala para Depresión del Centro Estudios Epidemiológicos (CES- D). Las comparaciones entre pacientes deprimidos y no deprimidos se realizaron mediante la prueba de chi cuadrado, t de Student y la prueba de Mann- Whitney. La regresión múltiple se realizó para evaluar las variables predictoras de la calidad de vida de los pacientes. Resultados: Los síntomas de depresión se encontraron en 13 pacientes (7,8%). La única variable que difería entre los pacientes deprimidos fue la calidad de vida. Los pacientes con depresión presentan puntuaciones más bajas en la vitalidad (40,7 vs 57,3, $p = 0,010$), rol emocional (25,6 vs 62,5, $p = 0,006$), y la salud mental (50,1 vs 65,4; $p = 0,023$). El análisis de regresión mostró que la depresión es un predictor de rol emocional (OR = 0,981, IC = 0,967- ,996, $p = 0,010$) y salud mental (OR = 0,970, IC = 0,946-0,996; $p =$

0,022). Conclusión: Pacientes deprimidos experimentan una pobre calidad de vida, ya que, además de la afectación crónica de su aspecto físico, también se sienten limitados en las dimensiones mentales, que por lo general tienen la puntuación más alta entre los pacientes en HD sin depresión.

Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores (33)

María Cecilia Arechabala

Objetivo. Determinar síntomas depresivos, apoyo social percibido y autopercepción de carga en pacientes en hemodiálisis crónica (HDC); identificar síntomas depresivos y grado de fatiga en cuidadores de pacientes en HDC, y evaluar —en el paciente— la asociación entre autopercepción de carga y apoyo social percibido, y entre autopercepción de carga y síntomas depresivos, y —en el cuidador— la relación entre el número de años de cuidado y el grado de fatiga alcanzado. Métodos. Se tomó una muestra de 162 díadas paciente-cuidador, a quienes se les aplicaron los instrumentos “escala adaptada de percepción de apoyo social”, “escala de autopercepción de carga”, “escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” y “escala de severidad de la fatiga”. Los instrumentos fueron aplicados a los pacientes por ayudantes de investigación entrenados y, en el caso de los cuidadores, fueron autoaplicados. Resultados. Del total de pacientes, 40% fueron mujeres, con un promedio de edad de $56 \pm 14,9$ años, mientras que

entre los cuidadores principales, 75% fueron mujeres, cónyuges, con una edad promedio de $50 \pm 16,1$ años. Se observó que tanto los pacientes (40,74 %) como los cuidadores principales (43,82 %) presentaban síntomas de depresión. Se encontró una asociación positiva ($r = 0,43$, $P < 0,001$) entre la autopercepción de carga y la presencia de síntomas depresivos en los pacientes. Conclusiones. Los cuidadores principales son en su mayoría mujeres y familiares de los pacientes. Se perciben fatigados con el cuidado, al igual que lo perciben los propios pacientes. La presencia de síntomas depresivos es similar en pacientes y cuidadores, y hay una asociación estadísticamente significativa entre autopercepción de carga y presencia de síntomas depresivos en los pacientes.

Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas (34)

F. Álvarez-Ude

Objetivos: Establecer la frecuencia y severidad de los síntomas físicos y de los trastornos emocionales de nuestros pacientes en hemodiálisis y estudiar la relación entre ellos, así como su influencia sobre el estado de salud percibido. Pacientes y métodos: Corte transversal. 58 pacientes en programa de hemodiálisis al menos tres meses. Cuestionarios: a) Datos sociodemográficos y clínicos; b) Dimension Síntomas del Kidney Disease Questionnaire; c) STAI; d) Beck Depression Inventory y Cognitive Depression Index; e) Nottingham Health Profile. Resultados: Los síntomas más frecuentes

fueron cansancio, picores/piel seca, sed, dolores de huesos y articulaciones y alteraciones del sueño, que eran significativamente más frecuentes/severos en las mujeres y en los pacientes con ansiedad y depresión. Alrededor de la cuarta parte de los pacientes tenían niveles patológicos de ansiedad y cerca de la mitad síntomas cognitivos de depresión. Los trastornos emocionales se asociaban a la severidad de los síntomas y de la patología asociada (comorbilidad). Las únicas variables asociadas de forma independiente a la salud percibida, medida por el Nottingham Health Profile, eran la ansiedad y la depresión que explicaban un 47% de la varianza de su puntuación global. Una puntuación elevada en la dimensión «Reacciones Emocionales» del Nottingham Health Profile permitía detectar aquellos pacientes con niveles clínicamente relevantes ansiedad y/o depresión. Conclusiones: Los enfermos en hemodiálisis presentan con frecuencia trastornos emocionales (ansiedad y/o depresión), que parecen asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, y que repercuten de forma significativa en su bienestar. La medida de la salud percibida, mediante cuestionarios genéricos y específicos, contribuye al diagnóstico de estas alteraciones.

3. Objetivos

Objetivo general:

Determinar el nivel apoyo social y depresión en pacientes con ERC estadio V hospitalizados hemodializados en Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014

Objetivos específicos

- 1) Determinar las siguientes características generales: Edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades y tiempo de hospitalización en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.
- 2) Determinar el apoyo social percibido según la escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.
- 3) Determinar el nivel de depresión según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.
- 4) Determinar la asociación entre el apoyo social y nivel de depresión percibido en los pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.
- 5) Determinar la relación entre la edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades y tiempo de hospitalización y el apoyo social en pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.

- 6) Determinar la relación entre la edad, sexo, tiempo de diálisis, comorbilidades, y tiempo de hospitalización y el nivel de depresión en los pacientes con ERC estadio V hemodializados, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014.

Hipótesis

Dado que la depresión en pacientes hospitalizados suele ser mayor que en personas no hospitalizadas y más aún en personas con enfermedades y tratamientos crónicos, es probable que dicha patología se encuentre relacionada con el menor apoyo social percibido en pacientes hospitalizados que reciben tratamiento hemodialítico.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta tipo cuestionario
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de datos: Donde se encuentran las características generales, la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), y la Escala Multidimensional de Apoyo social de Zimet.
- **Materiales de Verificación**
 - o Ficha de recolección datos y encuestas.
 - o Impresión de los instrumentos
 - o Material de escritorio

- Computadora portátil
- Sistema Operativo Windows 8
- Paquete Office 2013 para Windows
- Programa SPSS para Windows v.20

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en los pacientes con ERC estadio V hospitalizados en el servicio de medicina que asisten al servicio de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza en la ciudad de Lima.

2.2. Ubicación Temporal:

Este estudio se llevará a cabo durante los meses de enero y febrero del 2014.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por la información obtenida por cada paciente, es decir de la ficha de recolección de datos que incluye las características generales y las dos encuestas.

2.3.1. Población

La población se encuentra conformada por los pacientes con ERC estadio V y que estén hospitalizados en el

servicio de medicina a su vez estén siendo hemodializados durante su estancia hospitalaria.

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza con ERC grado V.
- Pacientes de edad comprendida entre 18 y 65 años
- Pacientes que estén en hemodiálisis al menos tres meses.
- Aceptación voluntaria colaborar con el proyecto de tesis.

- Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten alteraciones de conciencia.
- Pacientes que no puedan comunicarse en español.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Se presentará el proyecto de tesis a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa

María para su aprobación, posteriormente se enviará una copia así como la aprobación de la facultad y la solicitud para la realización del proyecto de tesis al servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza en la ciudad de Lima. Una vez conseguido el mismo se procederá a la realización de encuestas, su tabulación, análisis y presentación de la tesis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Andrea Concha Chirinos

Asesor: Dr. Juan Zeballos Rodriguez

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos, que incluyen la de las características generales y los dos cuestionarios (Anexo 1)
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2013 y paquete estadístico SPSS v.20
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los Instrumentos

- La ficha de recolección de datos se divide en tres partes, la parte que recoge características generales, y dos cuestionarios:

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), fue desarrollada por Radloff (1977) con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos. La escala permite identificar indicadores de riesgo de la depresión mediante la sintomatología. Es instrumento para ser utilizado en comunidad, en población no clínica; su principal utilidad reside en detectar sintomatología depresiva, así como los factores de riesgo para la depresión que son de naturaleza sociodemográfica. El instrumento ha sido traducido y validado en nuestro medio bajo el modelo de la teoría clásica de los tests por Riveros (2004), quien en el contexto de la ciudad de Lima trabajó con alumnos universitarios ingresantes. La forma de aplicación es del tipo autoadministrado.
- El otro cuestionario es el de la Escala de Percepción de Apoyo social de Zimet, el cual mide el grado en que el individuo percibe el apoyo social de su familiar, amigos y otros. La versión que utilizaremos será la traducida y validada al español por Arechabala y colaboradores (31). Está conformada por 12 preguntas donde se responde por media de una escala Likert de 1 a 7, donde 1 es muy en desacuerdo a 7 donde es muy de acuerdo. Para su calificación se considera de 12 a 48 puntos como bajo

apoyo social, de 49 a 68 como moderado apoyo social y de 69 a 84 como elevado apoyo social.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las encuestas se manejarán de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada ficha de recolección de datos. Además se solicitará el consentimiento verbal a cada participante antes de tomarle la encuesta.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.20 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usarán pruebas Chi cuadrado, t de student. Las pruebas estadísticas se consideraran significativas al tener un $p < 0,05$.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto de investigación	■	■	■	■												
Presentación y aprobación del Proyecto					■	■	■	■								
Recolección de datos								■	■	■	■					
Tabulación, análisis e interpretación de datos									■	■	■	■				
Elaboración y presentación del Informe												■	■	■	■	

V. BIBLIOGRAFIA:

1. Cusumano AM, González Bedat MC. Chronic kidney disease in Latin America: time to improve screening and detection. Clin J Am Soc Nephrol. 2008 Mar;3(2):594-600
2. Perico N, Plata R, Anabaya A, Codreanu I, et al. Strategies for national health care systems in emerging countries: the case of screening and prevention of renal disease progression in Bolivia. Kidney Int Suppl. 2005 Aug;(97):S87-94.
3. Dr. Alfredo Piazza Roberts. La Hemodiálisis en el Perú. Trabajo de Incorporación como Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina. Lima 2002
4. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39 (suppl 1): S1-266, 2002.
5. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. Am J Kidney Dis 48:S1-S322, 2006 (suppl 1)
6. S. Soriano Cabrera Definiciones en enfermedad renal crónica
CAPÍTULO 2 Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento Nº 6 2004
7. José Luis Teruel, Jaime Torrente, Milagros Fernández Lucas, Roberto Marcén, Emilio González Parra, Sofía Zarraga, Gorka García.

Valoración de la función renal e indicaciones para el inicio de diálisis.

Nefrología 2009;29(Sup. 1):38-43

8. A Meguid El Nahas, Aminu K Bello Chronic kidney disease: the global challenge Lancet 2005; 365: 331–40
9. Thomas R, KaNo estadísticamente significativoo A, Sedor JR. Chronic kidney disease and its complications. Prim Care Clin. 2008;35(2):329-44.
10. Crawford PW, Lerma EV. Treatment options for end stage renal disease. Prim Care. 2008;35(3):407-32.
11. Levin A, Hemmelgarn B, Culeton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka Mea, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. CMAJ. 2008;179(11):1154-62.
12. Alarcón-Prada A. Aspectos Psicosociales del paciente renal. 2a ed. Bogotá: La Silueta; 2004.
13. UNRUH, MARK, et al. Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study. 2004, Kidney International, Vol. 66, pp. 355–366.
14. Millán González R Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben dialysis Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 3, 2009, pp. 522-533
15. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D. Psychiatric care of the medical patient. 2a ed. New York: OxfordUniversity Press; 2000.
16. Ambrosino-Wyszynski A, Wyszynski B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. 1a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2005.

17. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Roderick P, Wallace SA, Daly C. Medidas físicas para el tratamiento de la depresión en pacientes en diálisis (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008;2(3):1- 23.
18. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(4):306-12.
19. Delmez JA, Yan G, Bailey J, Beck GJ, Beddhu S, Cheung AK, et al. Cerebrovascular Disease in Maintenance Hemodialysis Patients: Results of the HEMO Study. Am J Kidney Dis. 2006; 47(1):131-8.
20. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: Association estadísticamente significativo with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. Kidney Int. 2004;66(5):2047-53.
21. Son Y, Choi K, Park Y, Bae J, Lee J. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. Am J Nephrol. 2009;29(1):36-42.
22. Smith SR, Soliday E. The effects of parental chronic disease on the family. Fam Relat. 2001;50(2):171-7.
23. Schneider RA. Fatigue Among Caregivers of Chronic Renal Failure Patients: A Principal Components Analysis. Nephrol Nurs J. 2003; 30(6):629-33.

24. Tavallaii SA, Nemati E, Khoddami HR, Farahani MA, Lankarani MM, Assari S. Marital Adjustment in Patients on Long-Term Hemodialysis: A Case-Control Study. *Iran J Kidney Dis.* 2009;(3):156–61.
25. Krespi MR, Bone M, Almad R, Worthington B, Salmon P. Hemodialysis patients' evaluation of their lives. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(4):365–72.
26. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int.* 1998;54(1):245–54.
27. Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hébert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Med Care.* 2003;41(1):110–8.
28. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1:385-401.
29. Eaton WW, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment.* 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:363-377.
30. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30–41.
31. Arechabala MC, Miranda CC. Validación de una escala de apoyo social percibido por un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc Enferm.*

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext
&pid=S0717-95532002000100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=es).

32. Santos Paulo Roberto. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Jan 17]; 33(4): 332-337.

Disponible:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-
44462011000400005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000400005&lng=en).

33. Arechabala MC, Catoni MI, Palma E, Barrios S. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(1):74–9.

34. F. Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodialysis periódicas NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Número 2. 2001