

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2014

Autor:

CARLOS VITALIANO VALDIVIA PACHECO

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a todas las personas que pasaron por mi vida y me dieron su apoyo y palabra de aliento, su abrazo, cariño y fuerza para que se lograra el objetivo de ser profesional y una mejor persona. Gracias a todos los que creyeron en mí, puesto que aquí se tiene el fruto de todas sus energías.



“Abandonarse al dolor sin resistir, suicidarse para sustraerse de él, es abandonar el campo de batalla sin haber luchado.”

Napoleón Bonaparte.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	48
Anexo 1 Matriz de sistematización de información	49
Anexo 2 Proyecto de investigación	50

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica terminal puede acarrear depresión y pensamientos suicidas en pacientes que requieren de terapia dialítica. En este estudio se buscó conocer la frecuencia y los factores asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2014.

Se entrevistó a pacientes con IRC terminal en hemodiálisis, aplicando la escala de Ideación Suicida de Beck, y una ficha de datos. Se realizó asociación bivariada con cálculo del odds ratio y asociación multivariada con análisis de regresión logística.

De los 71 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 66.20% manifestaron algún tipo de ideación suicida. La edad promedio de los pacientes con ideación suicida fue de 58.5 años y en aquellos sin ideación de 48.5 años ($p < 0.05$). La falta de pareja se asoció a un riesgo 1.38 veces mayor de ideación. La frecuencia de ideación suicida fue de 80% en iletrados, 84%.62% en aquellos con educación primaria, y de 42.31% en pacientes con educación secundaria o de 50% de aquellos con educación superior; las diferencias fueron significativas ($p < 0.01$; OR educación baja = 6.35). La presencia de comorbilidades se asoció a un riesgo 1.64 veces mayor de ideación suicida. El tiempo de diálisis en pacientes con ideación fue de 17.23 meses y en aquellos sin ideación suicida fue de 15.88 meses ($p > 0.05$). La ideación suicida fue de 75% en los que se dializan semanalmente, de 68.57% en los que tienen dos sesiones a la semana y de 62.50% si se dializan tres veces por semana ($p > 0.05$). Se encontró ideación suicida en todos los pacientes que se dializan por 2 horas, y disminuye a 65.57% en los que se dializan por 3 horas y en 57.14% si lo hacen por 4 horas ($p > 0.05$). La frecuencia de ideación suicida fue mayor en la falla de fistula o en la hipotensión (80%; $p > 0.05$; OR = 1.57).

En conclusión la frecuencia de ideación suicida en pacientes con IRC es elevada y se asocia a factores epidemiológicos como la edad y la instrucción y en ciertas comorbilidades.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida – escala de Beck – insuficiencia renal crónica –hemodiálisis – factores asociados.

ABSTRACT

End stage renal disease (ESRD) can lead depression and suicidal thoughts in patients requiring dialysis therapy. In this study we sought to determine the frequency and factors associated with depression in patients with end stage renal disease on hemodialysis. Regional Honorio Delgado Hospital. 2014.

We interviewed patients with ESRD on hemodialysis, using the scale of Suicidal Ideation of Beck and a data sheet. Bivariate association with calculating the odds ratio and association with multivariate logistic regression analysis was performed.

Among 71 patients who met the selection criteria, 66.20% reported some form of suicidal ideation. The average age of patients with suicidal ideation was 58.5 years and in those without ideation of 48.5 years ($p < 0.05$). The lack of a partner was associated with a 1.38 -fold increased risk of suicidal ideation. The frequency of suicidal ideation was 80% in illiterate, 84%.62% for those with primary education, and 42.31% in patients with secondary education and 50% of those with higher education, the differences were significant ($p < 0.01$, OR low = 6.35) education. The presence of comorbidities was associated with a 1.64 -fold increased risk of suicidal ideation. Weather dialysis patients was 17.23 months ideation and those without suicidal ideation was 15.88 months ($p > 0.05$). Suicidal ideation was 75% in those dialyzed weekly, 68.57% in those with two sessions a week and 62.50% when dialyzed three times per week ($p > 0.05$). Suicidal ideation was found in all patients on dialysis for 2 hours, and decreases to 65.57% in dialyzed for 3 hours and 57.14% if they do for 4 hours ($p > 0.05$). The frequency of suicidal ideation was higher in fistula failure or hypotension (80%, $P > 0.05$, OR = 1.57).

In conclusion the frequency of suicidal ideation in patients with CKD is high and is associated with epidemiological factors such as age and education and certain comorbidities.

KEYWORDS: suicidal ideation - Beck scale - associated factors - chronic renal failure, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública que puede presentarse en diversos grupos de poblaciones muy heterogéneos, desde jóvenes hasta adultos mayores, desde pacientes con depresión hasta pacientes con enfermedades terminales.

El paciente con insuficiencia renal crónica puede verse afectado por algún trastorno psicopatológico por lo que es proclive a pensar en ideas suicidas para terminar con su afección. El riesgo de suicidio en pacientes renales crónicos es más alto a medida que van pasando los años; los pensamientos suicidas pasivos son bastante frecuentes en pacientes crónicos terminales, pero se pueden acentuar a medida que pasan los años y se disminuye la calidad de vida o se sufren las consecuencias de la enfermedad o los efectos del tratamiento..

El hospital Honorio Delgado cuenta con un Servicio de Diálisis en forma relativamente reciente, y sus pacientes tienen características que los hacen diferentes de otros establecimientos como EsSalud, donde la prestación del servicio lleva muchos años y su población beneficiaria es asegurada. No se ha evaluado la intención de suicidio en los pacientes del servicio, por lo que es importante la realización del estudio para ofrecer una atención integral que cubra la salud mental de los pacientes.

Luego de realizado el estudio hemos encontrado que la frecuencia de ideación suicida fue de 66.20%. Los factores epidemiológicos asociados a la ideación suicida fueron la mayor edad, el sexo masculino, el tener pareja, y la educación baja de los

pacientes. Las características clínicas asociados a la ideación suicida fueron la presencia de comorbilidades, sobre todo hipertensión y desnutrición. Los factores de la terapia dialítica asociados a la ideación suicida, fueron un mayor tiempo en hemodiálisis pero con menor frecuencia semanal y menor duración por sesión y la presencia de complicaciones como la falla de fístula y la hipotensión.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó durante el mes de Febrero del año 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Población: Todos los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Muestra: El total de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el periodo de estudio. Se encontró que el total de pacientes registrados y atendidos regularmente en la unidad de hemodiálisis en el mes de Febrero del 2014 era de 103 en total, de los cuales 71 cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de IRC
- Pacientes en terapia en hemodiálisis crónica durante un tiempo mayor o igual a 3 meses.
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no colaboren con la entrevista
- Pacientes que no cumplieron con los criterios de exclusión.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital y a la jefatura del Servicio de Nefrología para la realización del estudio.

Se entrevistó a los pacientes en la sala de espera del servicio de Hemodiálisis y se les explicará el motivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria. Se aplicó un cuestionario de datos sobre aspectos clínicos y se revisaron las historias para completar información acerca de la terapia dialítica (Anexo 1) y se aplicó la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2) mediante una entrevista.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

La ideación suicida se evaluará por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada; el ítem 20 no se considera por ser descriptivo. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse” y (5) “Intento

pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando. Una puntuación de 1 a más es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación mayor riesgo.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables entre grupos con y sin ideación suicida se realizará

mediante prueba chi cuadrado para variables categóricas. La asociación bivariada se realizará mediante cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%, y la asociación multivariada con análisis de regresión logística. Para el análisis de datos se empleará el paquete Statistica v.10.0.





FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014

Tabla 1

Distribución de pacientes según edad

Edad (años)	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20	4	5.63	1	25.00	3	75.00
20-29	5	7.04	3	60.00	2	40.00
30-39	5	7.04	3	60.00	2	40.00
40-49	6	8.45	4	66.67	2	33.33
50-59	17	23.94	9	52.94	8	47.06
60-69	21	29.58	16	76.19	5	23.81
70-79	8	11.27	6	75.00	2	25.00
80-89	5	7.04	5	100.00	0	0.00
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

$\chi^2 = 8.31$

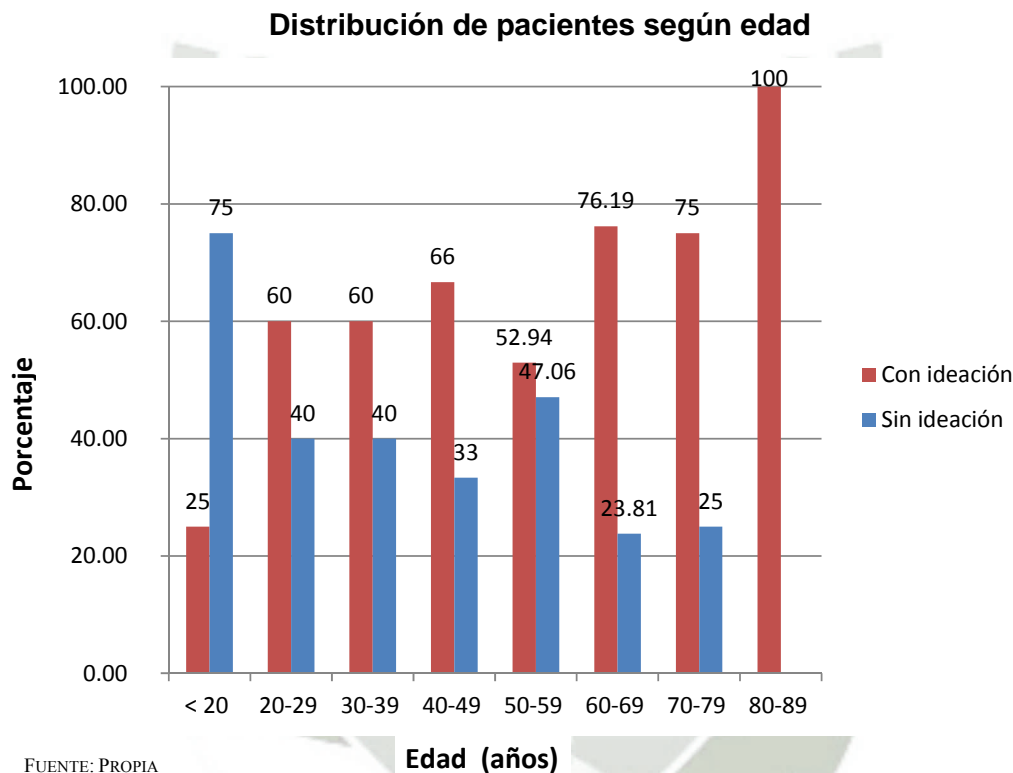
G. libertad = 7

$p = 0.31$

En la **Tabla 1** se observa la distribución de la edad de los pacientes y su relación con la ideación suicida; el 29.58% de casos tuvieron de 60 a 69 años, con un 19.72% de pacientes menos de 40 años. En pacientes menores de 60 años, la frecuencia de ideación suicida fue de 66,67% o menos, mientras que por encima de los 60 años la frecuencia de ideación suicida aumentó de 75% a 100%; la edad promedio de los pacientes con ideación suicida fue de 58.5 años y entre aquellos sin ideación fue de 48.5 años.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 1



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Con ideación: 58.5 \pm 17.1 años (19-87 años)
- Sin ideación: 48.5 \pm 17.8 años (17-72 años)

Prueba t = 2.29 G. libertad = 69 p = 0.03

En el **Gráfico 1** se observa la distribución de la edad de los pacientes y su relación con la ideación suicida; el 29.58% de casos tuvieron de 60 a 69 años, con un 19.72% de pacientes menos de 40 años. En pacientes menores de 60 años, la frecuencia de ideación suicida fue de 66,67% o menos, mientras que por encima de los 60 años la frecuencia de ideación suicida aumentó de 75% a 100%; la edad promedio de los pacientes con ideación suicida fue de 58.5 años y entre aquellos sin ideación fue de 48.5 años.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 2

Distribución de pacientes según sexo

Sexo	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Varones	37	52.11	25	67.57	12	32.43
Mujeres	34	47.89	22	64.71	12	35.29
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

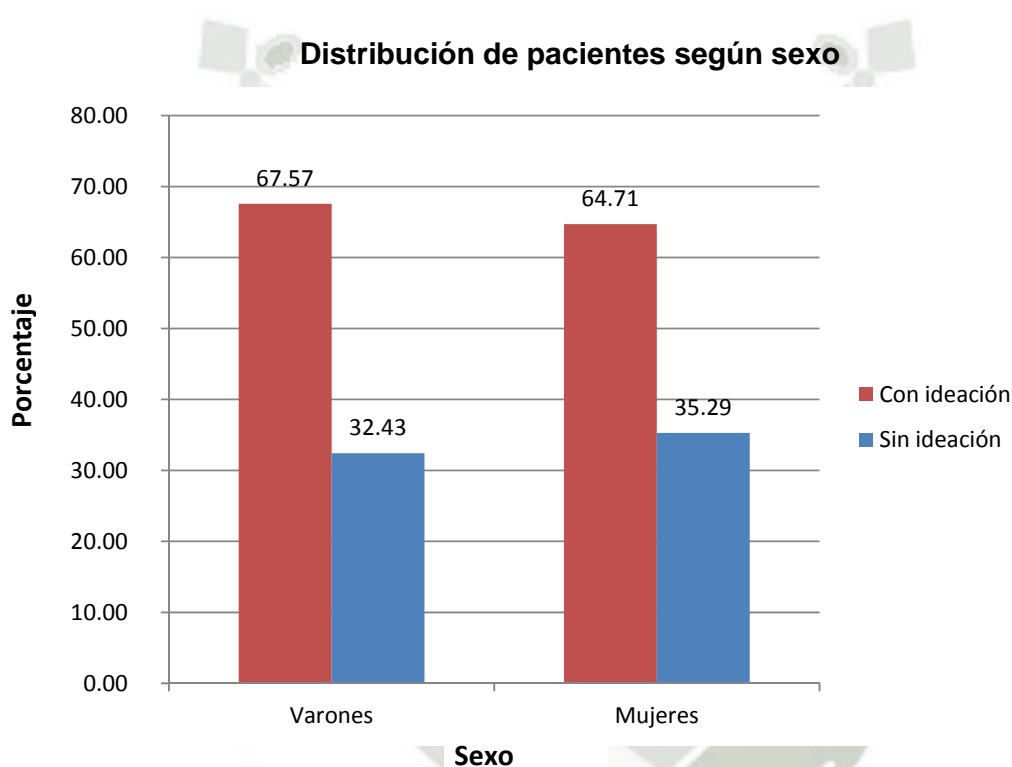
FUENTE: PROPIA

Chi² = 0.06 G. libertad = 1 p = 0.80
OR varón: 1.14 IC 95%: 0.42 - 3.04

En la **Tabla 2** se muestra la distribución de pacientes según sexo y su relación con la ideación suicida. El 52.11% de pacientes fueron varones y 47.89% mujeres, la frecuencia de ideación suicida fue de 67.57% entre varones y de 64.71% entre mujeres.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 2



FUENTE: PROPIA

En la **Gráfico 2** se muestra la distribución de pacientes según sexo y su relación con la ideación suicida. El 52.11% de pacientes fueron varones y 47.89% mujeres, la frecuencia de ideación suicida fue de 67.57% entre varones y de 64.71% entre mujeres.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 3

Distribución de pacientes según estado civil

Estado Civil	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conviviente	20	28.17	15	75.00	5	25.00
Casado	25	35.21	16	64.00	9	36.00
Soltero	16	22.54	9	56.25	7	43.75
Viudo	10	14.08	7	70.00	3	30.00
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

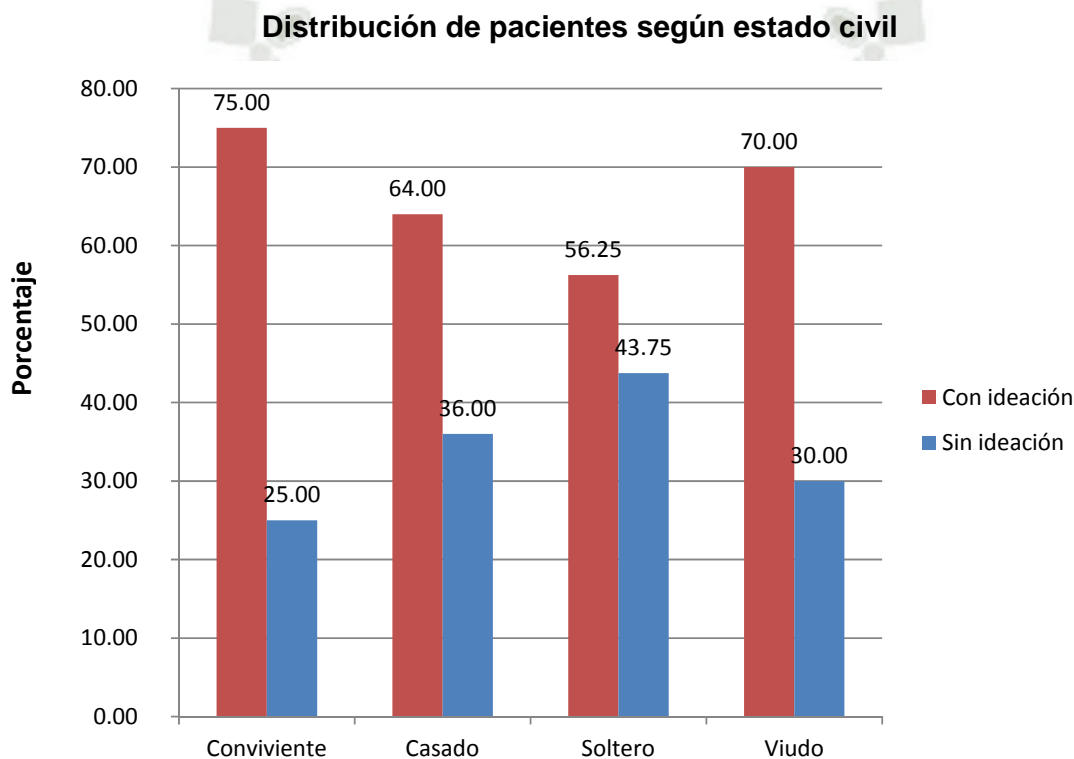
FUENTE: PROPIA

Chi² = 1.52 G. libertad = 3 p = 0.68
OR sin pareja: 1.38 IC 95%: 0.50 - 3.80

En la **Tabla 3** se muestra el estado civil de los pacientes; el 28.17% eran convivientes, 35.21% casados, con 22.54% de solteros y 14.08% viudos; la frecuencia de ideación suicida fue de 75% entre convivientes y 64% en casados, con 56.25% en los solteros y 70% en viudos; la falta de pareja se asoció a un riesgo 1.38 veces mayor de ideación.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 3



FUENTE: PROPIA

Estado Civil

En el **Gráfico 3** se muestra el estado civil de los pacientes; el 28.17% eran convivientes, 35.21% casados, con 22.54% de solteros y 14.08% viudos; la frecuencia de ideación suicida fue de 75% entre convivientes y 64% en casados, con 56.25% en los solteros y 70% en viudos; la falta de pareja se asoció a un riesgo 1.38 veces mayor de ideación.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 4

Distribución de pacientes según grado de instrucción

Grado de Instrucción	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Iletrado	15	21.13	12	80.00	3	20.00
Primaria	26	36.62	22	84.62	4	15.38
Secundaria	26	36.62	11	42.31	15	57.69
Superior	4	5.63	2	50.00	2	50.00
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

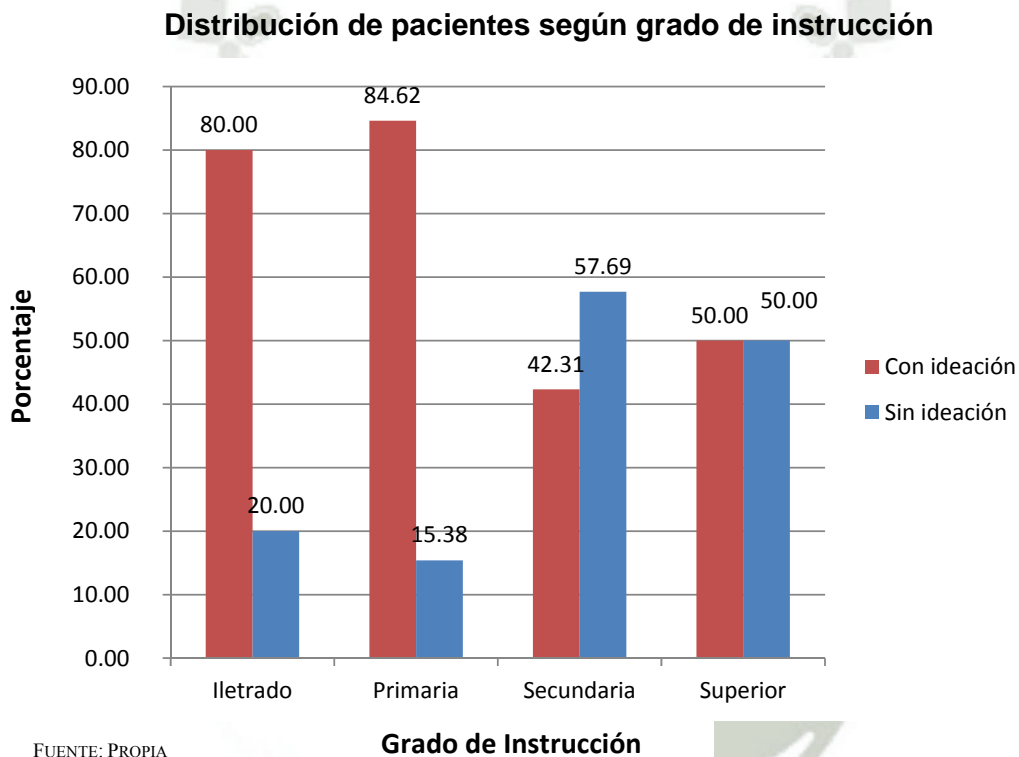
FUENTE: PROPIA

Chi² = 12.32 G. libertad = 3 p = 0.01
OR inadecuado: 6.35 IC 95%: 2.14 - 18.85

La **Tabla 4** muestra el nivel de instrucción de los pacientes; el 21.13% fueron iletrados, 36.62% tuvieron educación primaria, y en la misma proporción de educación secundaria, y 5.63% tuvieron educación superior. La frecuencia de ideación suicida fue de 80% en iletrados, 84.62% en aquellos con educación primaria, y de 42.31% en pacientes con educación secundaria o de 50% de aquellos con educación superior; las diferencias fueron significativas ($p < 0.01$) y la educación baja se asoció a un riesgo 6.35 veces mayor de ideación suicida.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 4



El **Gráfico 4** muestra el nivel de instrucción de los pacientes; el 21.13% fueron iletrados, 36.62% tuvieron educación primaria, y en la misma proporción de educación secundaria, y 5.63% tuvieron educación superior. La frecuencia de ideación suicida fue de 80% en iletrados, 84.62% en aquellos con educación primaria, y de 42.31% en pacientes con educación secundaria o de 50% de aquellos con educación superior; las diferencias fueron significativas ($p < 0.01$) y la educación baja se asoció a un riesgo 6.35 veces mayor de ideación suicida.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 5

Distribución de pacientes según etiología de la IRC

Etiología	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipertensión	20	28.17	16	80.00	4	20.00
Diabetes Mellitus	12	16.90	9	75.00	3	25.00
Uropatía Obstructiva	11	15.49	7	63.64	4	36.36
Glomerulopatía primaria	8	11.27	6	75.00	2	25.00
Lupus Eritematoso Sistémico	4	5.63	1	25.00	3	75.00
Trauma renal	2	2.82	1	50.00	1	50.00
TBC renal	1	1.41	1	100.00	0	0.00
Aminoglucósido	1	1.41	0	0.00	1	100.00
ITU	1	1.41	0	0.00	1	100.00
Nefropatía Intersticial	1	1.41	0	0.00	1	100.00
Desconocido	10	14.08	6	60.00	4	40.00
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

$\text{Chi}^2 = 12.25$

G. libertad = 10

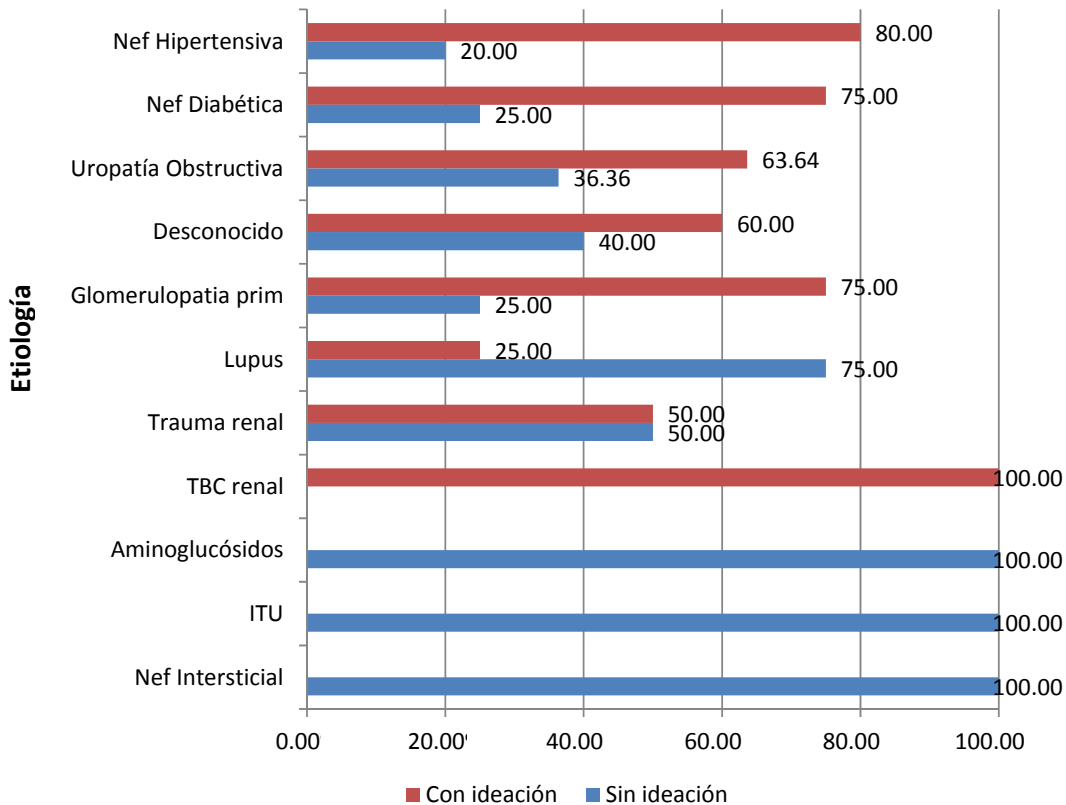
$p = 0.27$

En la **Tabla 5**; las causas predominantes fueron la nefropatía hipertensiva (28.17%) y la nefropatía diabética (16.90%) con uropatía obstructiva en 15.49%, aunque en 14.08% la causa fue desconocida. En menor proporción hubo casos de glomerulopatía primaria (11.27%), lupus eritematoso (5.63%) o trauma renal (2.82%) entre otros. Las frecuencias de ideación suicida entre los diversos casos fueron muy variables, aunque resaltó el 80% en pacientes con nefropatía hipertensiva y 75% en la nefropatía diabética, y fue menor en los demás casos, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 5

Distribución de pacientes según etiología de la IRC



FUENTE: PROPIA

Porcentaje

En el **Gráfico 5**; las causas predominantes fueron la nefropatía hipertensiva (28.17%) y la nefropatía diabética (16.90%) con uropatía obstructiva en 15.49%, aunque en 14.08% la causa fue desconocida. En menor proporción hubo casos de glomerulopatía primara (11.27%), lupus eritematoso (5.63%) o trauma renal (2.82%) entre otros. Las frecuencias de ideación suicida entre los diversos casos fueron muy variables, aunque resaltó el 80% en pacientes con nefropatía hipertensiva y 75% en la nefropatía diabética, y fue menor en los demás casos.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 6

Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad

Tiempo de enfermedad (años)	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1	5	7.04	4	80.00	1	20.00
1-3	30	42.25	18	60.00	12	40.00
4-6	11	15.49	8	72.73	3	27.27
7-9	5	7.04	3	60.00	2	40.00
> 10	13	18.31	8	61.54	5	38.46
> 20	7	9.86	6	85.71	1	14.29
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

$\chi^2 = 2.55$

G. libertad = 5

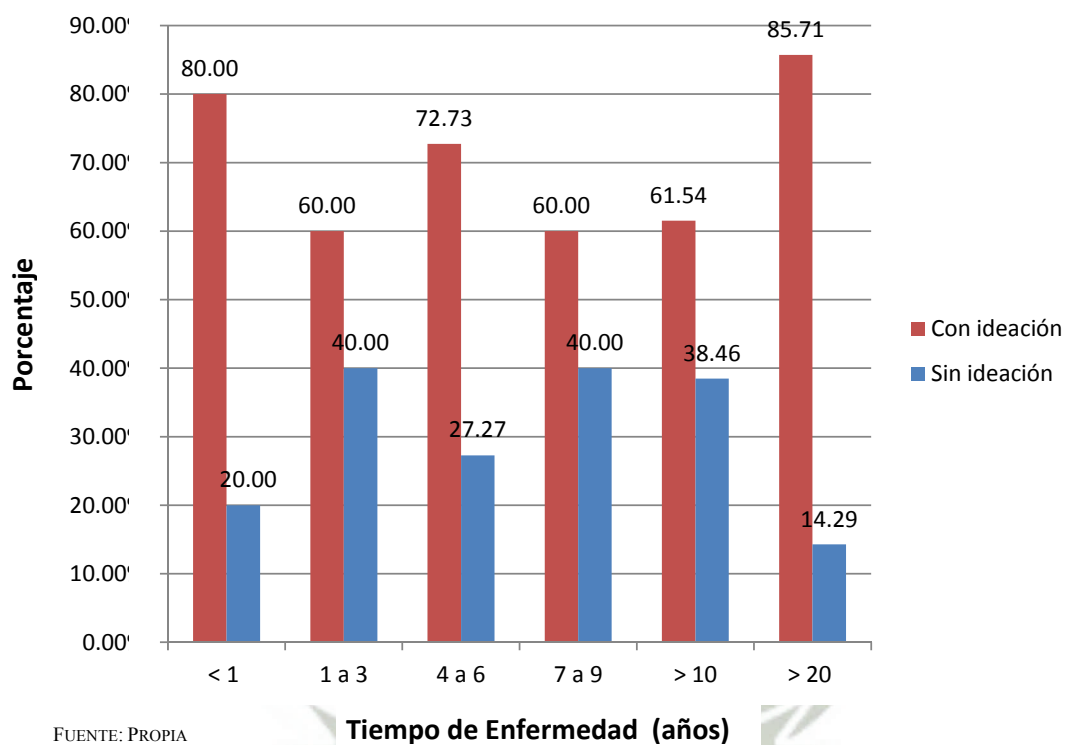
$p = 0.77$

La **Tabla 6** muestra el tiempo de enfermedad de los pacientes, en 42.25% de casos el tiempo de enfermedad fue de 1 a 3 años, con 18.31% de casos con hasta de 20 años de enfermedad y en 9.86% de casos más de 20 años. Las frecuencias de ideación suicida fueron muy variables entre los grupos, siendo de 80% en pacientes con menos de un año de enfermedad y de 85.71% en pacientes con más de 20 años.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 6

Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad



FUENTE: PROPIA

En el **Gráfico 6** muestra el tiempo de enfermedad de los pacientes, en 42.25% de casos el tiempo de enfermedad fue de 1 a 3 años, con 18.31% de casos con hasta de 20 años de enfermedad y en 9.86% de casos más de 20 años. Las frecuencias de ideación suicida fueron muy variables entre los grupos, siendo de 80% en pacientes con menos de un año de enfermedad y de 85.71% en pacientes con más de 20 años.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 7

Distribución de pacientes según comorbilidades asociadas

Comorbilidades	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
HTA	44	61.97	33	75.00	11	25.00
Desnutrición	8	11.27	6	75.00	2	25.00
Otras	6	8.45	1	16.67	5	83.33
Ninguna	19	26.76	11	57.89	8	42.11

FUENTE: PROPIA

Chi² = 8.97

G. libertad = 3

p = 0.03

OR comorb. : 1.64

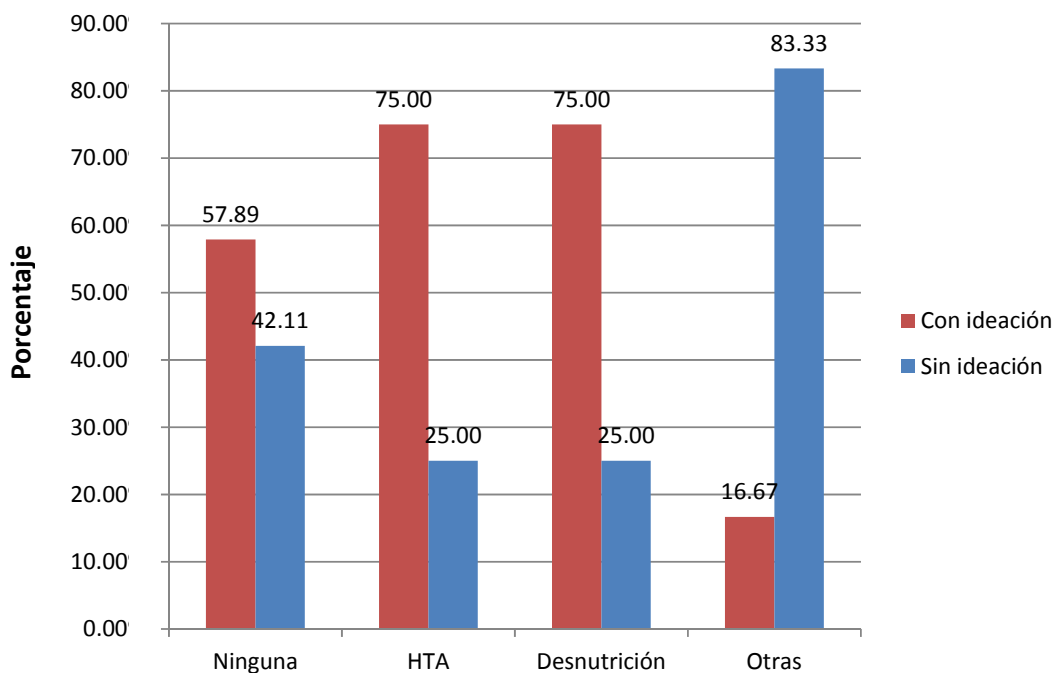
IC 95%: 0.55 - 4.84

En la **Tabla 7**; el 26.76% no presenta comorbilidades, en 61.97% se presentó hipertensión arterial, en 11.27% desnutrición y en menor proporción otras. La ideación suicida se presentó en 57.89% de casos sin comorbilidades, pero en 75% de pacientes con HTA o con desnutrición, y fue de 16.67% en casos con otras comorbilidades. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la presencia de comorbilidades se asoció a un riesgo 1.64 veces mayor de ideación suicida.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 7

Distribución de pacientes según comorbilidades asociadas



FUENTE: PROPIA

Comorbilidades

En el **Gráfico 7**; el 26.76% no presenta comorbilidades, en 61.97% se presentó hipertensión arterial, en 11.27% desnutrición y en menor proporción otras. La ideación suicida se presentó en 57.89% de casos sin comorbilidades, pero en 75% de pacientes con HTA o con desnutrición, y fue de 16.67% en casos con otras comorbilidades. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la presencia de comorbilidades se asoció a un riesgo 1.64 veces mayor de ideación suicida.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014

Tabla 8

Distribución de pacientes tiempo de permanencia en Hemodiálisis

Permanencia (meses)	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 6	10	14.08	5	50.00	5	50.00
6-11	14	19.72	9	64.29	5	35.71
12-17	17	23.94	11	64.71	6	35.29
18-23	7	9.86	5	71.43	2	28.57
24- 35	16	22.54	13	81.25	3	18.75
≥ 36	7	9.86	4	57.14	3	42.86
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

Chi² = 3.17

G. libertad = 5

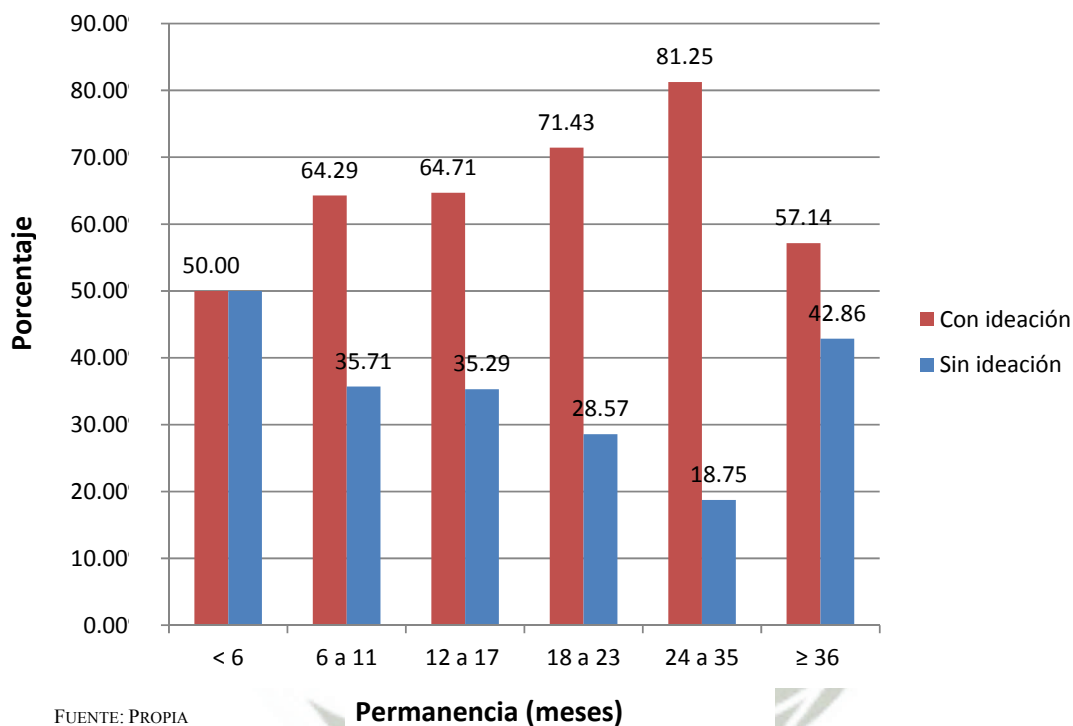
p = 0.67

En la **Tabla 8** muestran que el 23.94% de pacientes tienen de 12 a 17 meses en diálisis y 22.54% de 24 a 36 meses; el tiempo promedio de diálisis en pacientes con ideación suicida fue de 17.23 años y en aquellos sin ideación suicida fue de 15.88 años.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 8

Distribución de pacientes tiempo de permanencia en Hemodiálisis



FUENTE: PROPIA

Permanencia (meses)

Tiempo promedio \pm D. estándar (mín - máx)

- Con ideación: 17.23 \pm 9.94 meses (3 - 42 m)
- Sin ideación: 15.88 \pm 12.03 meses (17 - 72 m)

Prueba t = 0.51

G. libertad = 69

p = 0.61

En el **Gráfico 8** muestran que el 23.94% de pacientes tienen de 12 a 17 meses en diálisis y 22.54% de 24 a 36 meses; el tiempo promedio de diálisis en pacientes con ideación suicida fue de 17.23 años y en aquellos sin ideación suicida fue de 15.88 años.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 9

Distribución de pacientes según frecuencia de sesiones

Hemodiálisis	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Una / sem	4	5.63	3	75.00	1	25.00
Dos / sem	35	49.30	24	68.57	11	31.43
Tres / sem	32	45.07	20	62.50	12	37.50
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

Chi² = 0.42

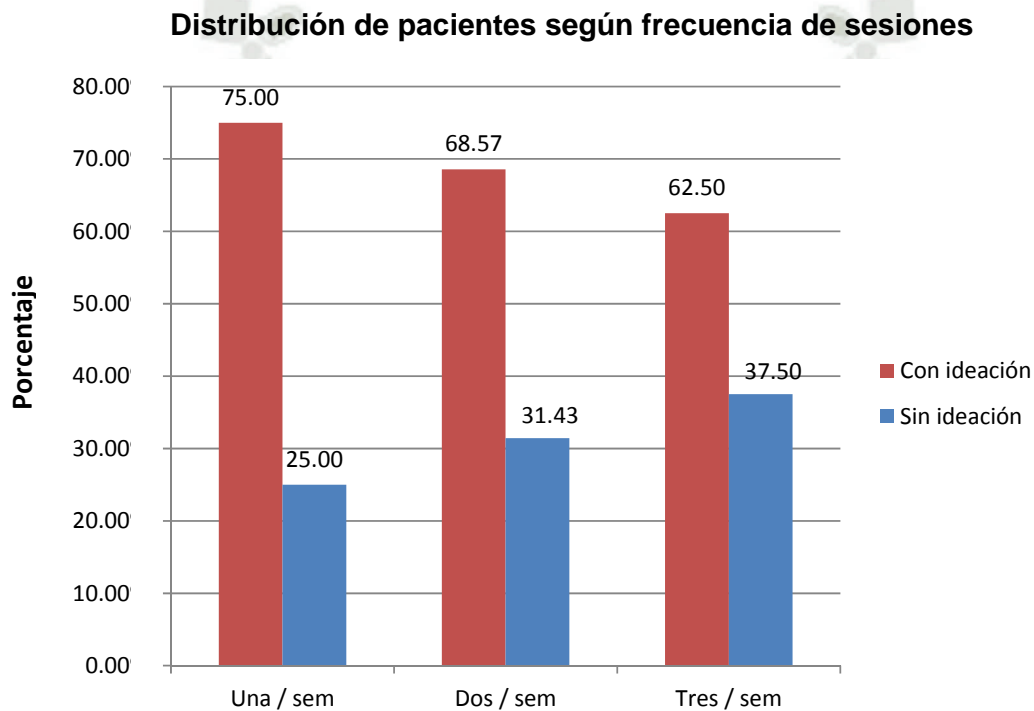
G. libertad = 2

p = 0.81

En la **Tabla 9** se observa que el 5.63% de pacientes se dializa una vez por semana, 49.30% lo hace dos veces por semana y 45.07% recibe tres sesiones semanales. La frecuencia de ideación suicida fue de 75% en los que se dializan semanalmente, de 68.57% en los que tienen dos sesiones a la semana y de 62.50% si se dializan tres veces por semana.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 9



FUENTE: PROPIA

Frecuencia de Hemodiálisis

En el **Gráfico 9** se observa que el 5.63% de pacientes se dializa una vez por semana, 49.30% lo hace dos veces por semana y 45.07% recibe tres sesiones semanales. La frecuencia de ideación suicida fue de 75% en los que se dializan semanalmente, de 68.57% en los que tienen dos sesiones a la semana y de 62.50% si se dializan tres veces por semana.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 10

Distribución de pacientes según duración de las sesiones

Duración (horas)	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
2	3	4.23	3	100.00	0	0.00
3	61	85.92	40	65.57	21	34.43
4	7	9.86	4	57.14	3	42.86
Total	71	100.00	47	66.20	24	33.80

FUENTE: PROPIA

Chi² = 1.80

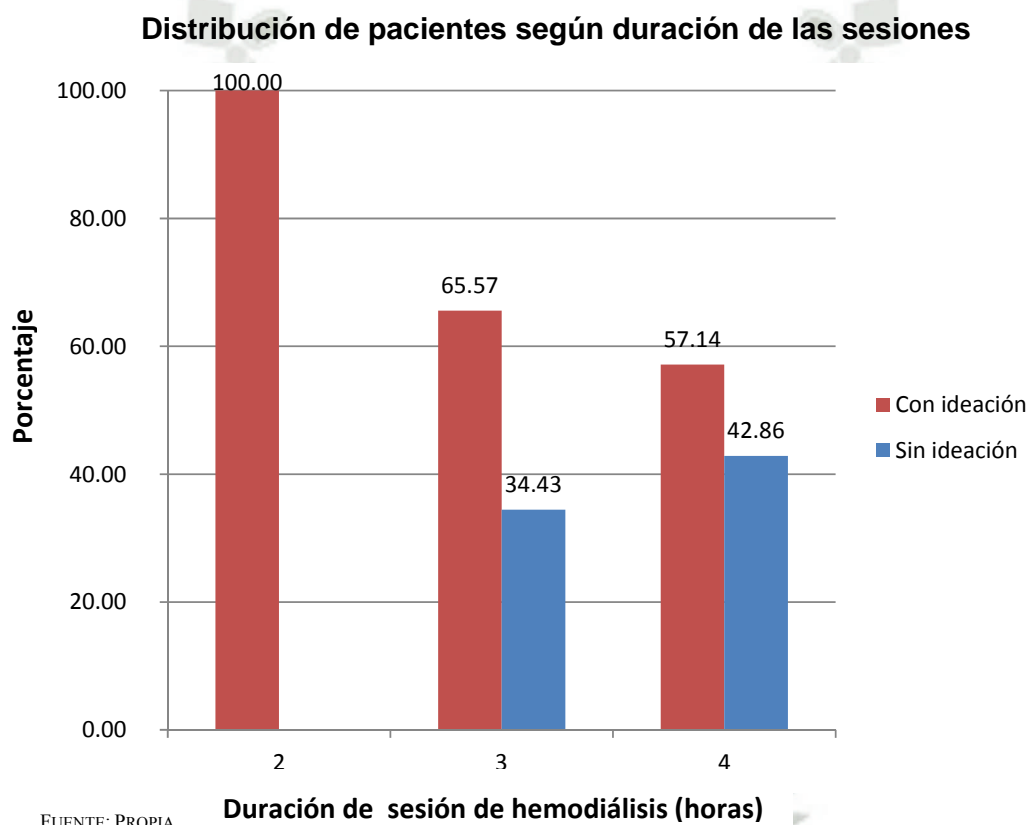
G. libertad = 2

p = 0.41

En la **Tabla 10** muestran la duración de las sesiones de hemodiálisis, que fue de 2 horas en 4.23%, de tres horas en 85.92% y de 4 horas en 9.86% de casos; se encontró ideación suicida en todos los pacientes que se dializan por 2 horas, y disminuye a 65.57% en los que se dializan por 3 horas y en 57.14% si lo hacen por 4 horas.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 10



En el **Gráfico 10** muestran la duración de las sesiones de hemodiálisis, que fue de 2 horas en 4.23%, de tres horas en 85.92% y de 4 horas en 9.86% de casos; se encontró ideación suicida en todos los pacientes que se dializan por 2 horas, y disminuye a 65.57% en los que se dializan por 3 horas y en 57.14% si lo hacen por 4 horas.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Tabla 11

Distribución de pacientes según complicaciones de la Hemodiálisis

Complicaciones	Total		Con ideación		Sin ideación	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	26	36.62	19	73.08	7	26.92
Falla de fístula	15	21.13	12	80.00	3	20.00
Hipotensión	5	7.04	4	80.00	1	20.00
Otras	16	22.54	10	62.50	6	37.50
Sin complicaciones	22	30.99	13	59.09	9	40.91

FUENTE: PROPIA

Chi² = 2.66

G. libertad = 4

p = 0.61

OR complicac: 1.57

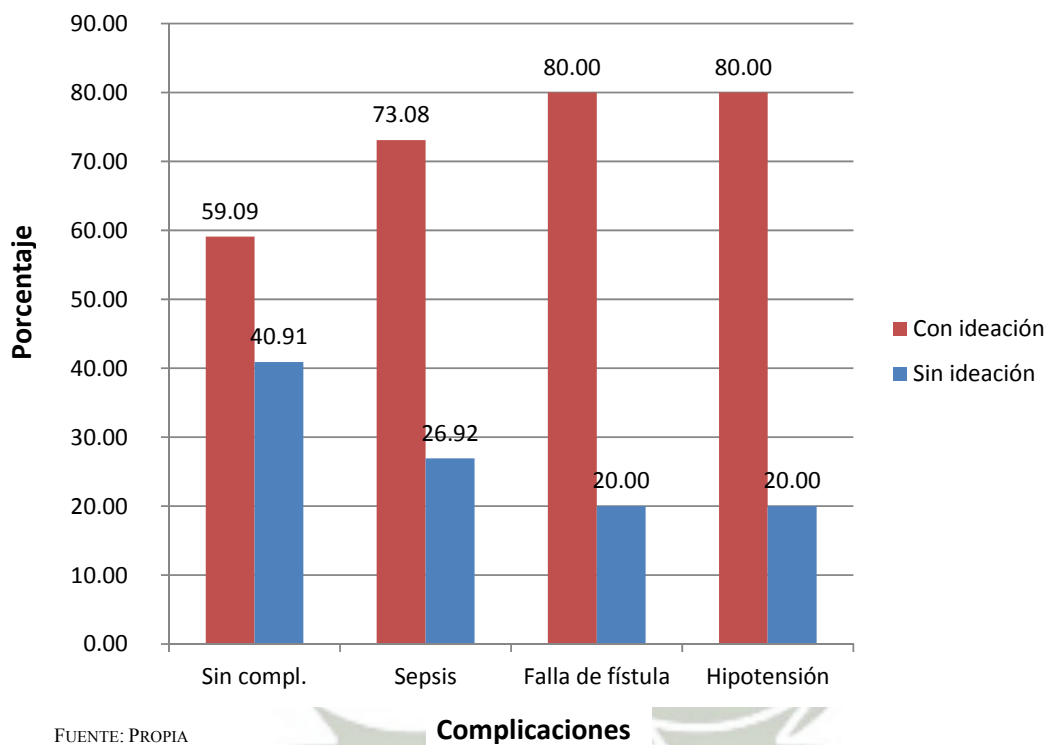
IC 95%: 0.55 - 4.46

En la **Tabla 11** se muestran la frecuencia de complicaciones de la terapia dialítica, en 30.99% de pacientes no se presentaron complicaciones, en 36.62% se produjo sepsis, en 21.13% hubo falla de fístula, y en 7.04% de casos hubo hipotensión, habiendo otras complicaciones en 22.54% de casos. La frecuencia de ideación suicida fue mayor en la falla de fístula o en la hipotensión (80%), aunque no difirió significativamente de los otros grupos ($p > 0.05$) y la presencia de complicaciones se asoció a un riesgo 1.57 veces mayor de ideación suicida.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Gráfico 11

Distribución de pacientes según complicaciones de la Hemodiálisis



FUENTE: PROPIA

En el **Gráfico 11** se muestran la frecuencia de complicaciones de la terapia dialítica, en 30.99% de pacientes no se presentaron complicaciones, en 36.62% se produjo sepsis, en 21.13% hubo falla de fístula, y en 7.04% de casos hubo hipotensión, habiendo otras complicaciones en 22.54% de casos. La frecuencia de ideación suicida fue mayor en la falla de fístula o en la hipotensión (80%), aunque no difirió significativamente de los otros grupos ($p > 0.05$) y la presencia de complicaciones se asoció a un riesgo 1.57 veces mayor de ideación suicida.

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

Tabla 12

Distribución de pacientes según frecuencia de ideación suicida.

Ideación suicida	N°	%
Con ideación suicida	47	66.20
Sin ideación	24	33.80
Total	71	100.00

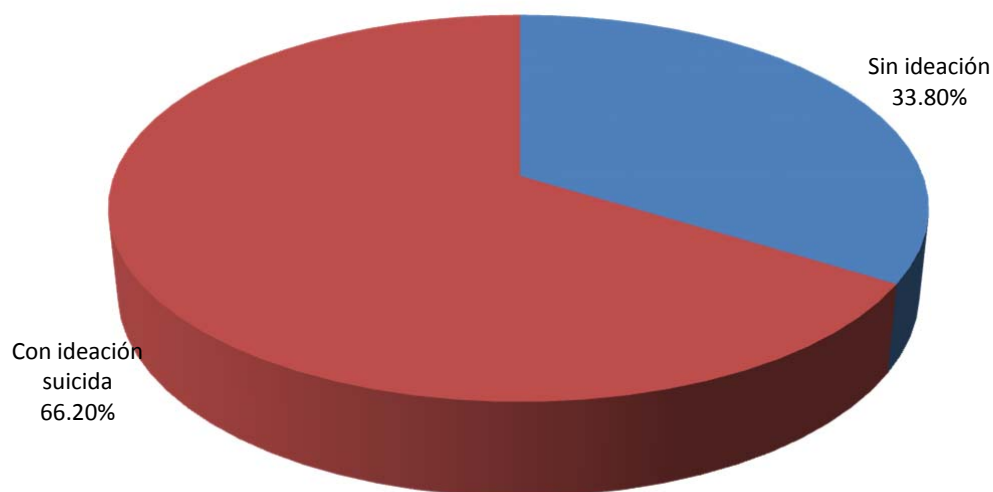
FUENTE: PROPIA

En la **Tabla 12** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de Beck; de los 71 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 66.20% manifestaron algún tipo de ideación suicida.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Gráfico 12

Distribución de pacientes según frecuencia de ideación suicida.



FUENTE: PROPIA

En el **Gráfico 12** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de Beck; de los 71 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 66.20% manifestaron algún tipo de ideación suicida.

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

Tabla 13

**Resultados del análisis de regresión logística de los factores asociados
a ideación suicida**

Factores Asociados	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	IC 95%	
Edad	0.02	0.02	0.97	1	0.32	1.02	0.98	1.06
Varón	-0.46	0.67	0.47	1	0.49	0.63	0.17	2.35
Con pareja	0.03	0.63	0.00	1	0.96	1.03	0.30	3.58
Instruc. Baja	-1.77	0.70	6.45	1	0.01	0.17	0.04	0.67
T enfermedad	0.00	0.00	0.19	1	0.66	1.00	1.00	1.00
Con comorbilidad	-0.85	0.70	1.47	1	0.22	0.43	0.11	1.68
Tiempo en HD	0.00	0.03	0.00	1	0.95	1.00	0.94	1.06
Fx de HD	-0.13	0.58	0.05	1	0.82	0.87	0.28	2.74
Tiempo x sesión	-0.80	0.79	1.02	1	0.31	0.45	0.10	2.12
Complic. de la HD	-0.72	0.73	0.97	1	0.32	0.49	0.12	2.04

FUENTE: PROPIA

Al introducir todos los factores de riesgo en un modelo de regresión logística (**Tabla 13**), se puede observar que la edad, el tener pareja ($OR > 1$), y la instrucción baja ($p < 0.05$) resultaron predictores independientes de ideación suicida en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la **Tabla y Gráfico 1** se observa la distribución de la edad de los pacientes y su relación con la ideación suicida; el 29.58% de casos tuvieron de 60 a 69 años, con un 19.72% de pacientes menos de 40 años. Se observa una tendencia a que los pacientes con mayor edad presenten más ideación suicida, ya que entre los pacientes menores de 60 años, la frecuencia de ideación suicida fue de 66,67% o menos, mientras que por encima de los 60 años la frecuencia de ideación suicida aumentó de 75% a 100%; la edad promedio de los pacientes con ideación suicida fue de 58.5 años y entre aquellos sin ideación fue de 48.5 años, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

En el estudio realizado por Keskin G. (27) sobre evaluación de la depresión, ideación suicida en pacientes con hemodiálisis, se encontró que al igual que en este estudio la ideación suicida se incrementa con la edad del paciente con insuficiencia renal crónica.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de pacientes según sexo y su relación con la ideación suicida. El 52.11% de pacientes fueron varones y 47.89% mujeres, la frecuencia de ideación suicida fue de 67.57% entre varones y de 64.71% entre mujeres, sin diferencias significativas entre los grupos ($p > 0.05$), aunque el sexo masculino se asoció a un riesgo 1.14 veces mayor de ideación.

En el estudio realizado por Teraiza E. (25) sobre factores psicosocioculturales de la conducta suicida, se vio que respecto al género, el suicidio es más común en hombres que en mujeres.

El estado civil de los pacientes se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el 28.17% eran convivientes, 35.21% casados, con 22.54% de solteros y 14.08% viudos; la frecuencia de ideación suicida fue de 75% entre convivientes y 64% en casados, con 56.25% en los solteros y 70% en viudos; no hubo diferencia significativa del estado civil entre pacientes con si sin ideación suicida ($p > 0.05$), y la falta de pareja se asoció a un riesgo 1.38 veces mayor de ideación.

En el estudio realizado por Teraiza E. (25) sobre factores psicosocioculturales de la conducta suicida, se vio que el suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en la conducta suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo, la diferencia entre los resultados podría deberse al número de personas entrevistadas.

La **Tabla y Gráfico 4** muestran el nivel de instrucción de los pacientes; el 21.13% fueron iletrados, 36.62% tuvieron educación primaria, y en la misma proporción de educación secundaria, y 5.63% tuvieron educación superior. La frecuencia de ideación suicida fue de 80% en iletrados, 84.62% en aquellos con educación primaria, y de 42.31% en pacientes con educación secundaria o de 50% de aquellos con educación superior; las diferencias fueron significativas ($p < 0.01$) y la educación baja se asoció a un riesgo 6.35 veces mayor de ideación suicida.

En el estudio realizado por Teraiza E. (25) sobre factores psicosocioculturales de la conducta suicida se vio que el estatus socio económico también influye se describe que mientras más alto, mayor es el riesgo, al igual que en las personas desempleadas estando probablemente mediado en ellos por factores tales como: pobreza, privaciones sociales, dificultades domésticas y desesperanza. En cuanto a la profesión ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos veterinarios, farmacéutas, odontólogos, granjeros, practicantes de medicina, psiquiatras, oftalmólogos y anesthesiólogos tienen un riesgo mayor de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque se sugiere que el fácil acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones. Otros que cursan con un riesgo considerable son: Los músicos, policías, abogados y agentes de seguro. La migración – con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas – aumenta el riesgo de suicidio. Ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio. Es posible que el alto índice de ideación suicida en el grupo de pacientes iletrados o solo con educación primaria sea a causa de su condición social, asociado al hecho de la desesperanza que causa la poca comprensión de la patología que sufren, asociado a todos los factores sociales, económicos y culturales que presentan.

. La etiología de la insuficiencia renal crónica se puede apreciar en la **Tabla y Gráfico 5**; las causas predominantes fueron la nefropatía hipertensiva (28.17%) y la nefropatía diabética (16.90%) con uropatía obstructiva en 15.49%, aunque en

14.08% la causa fue desconocida. En menor proporción hubo casos de glomerulopatía primaria (11.27%), lupus eritematoso (5.63%) o trauma renal (2.82%) entre otros. Las frecuencias de ideación suicida entre los diversos casos fueron muy variables, aunque resaltó el 80% en pacientes con nefropatía hipertensiva y 75% en la nefropatía diabética, y fue menor en los demás casos, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Según el reporte de la base de datos renal de estados unidos (28), en referencia a las causas de insuficiencia renal terminal, existe un mayor porcentaje de diabetes (43.7%) e hipertensión (28.4%) y un menor porcentaje de causas urológicas (1,4%), en contraste a lo encontrado en este estudio. El mayor índice de ideación suicida en pacientes hipertensos y diabéticos quizá se deba a la mayor comorbilidad y menor calidad de vida, que en los pacientes que no presentan estas patologías.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran el tiempo de enfermedad de los pacientes, en 42.25% de casos el tiempo de enfermedad fue de 1 a 3 años, con 18.31% de casos con hasta de 20 años de enfermedad y en 9.86% de casos más de 20 años. Las frecuencias de ideación suicida fueron muy variables entre los grupos, siendo de 80% en pacientes con menos de un año de enfermedad y de 85.71% en pacientes con más de 20 años. Las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

Se aprecia que se encuentra mayor ideación suicida en los grupos que tienen un menor y mayor tiempo de enfermedad, esto podría deberse a que los pacientes con menor tiempo de enfermedad se encuentran en un periodo de adaptación y aceptación de su patología y condición, lo que puede generarle estrés, ansiedad y depresión. En contraste los pacientes con mayor tiempo de enfermedad podrían tener

mayor ideación suicida debido a que posiblemente presenten una menor calidad de vida y mayores comorbilidades, no se encontró antecedentes bibliográficos con los cuales contrastar estos resultados.

Las comorbilidades asociadas a la insuficiencia renal y su relación con la ideación suicida se observan en la **Tabla y Gráfico 7**; el 26.76% no presenta comorbilidades, en 61.97% se presentó hipertensión arterial, en 11.27% desnutrición y en menor proporción otras. La ideación suicida se presentó en 57.89% de casos sin comorbilidades, pero en 75% de pacientes con HTA o con desnutrición, y fue de 16.67% en casos con otras comorbilidades. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la presencia de comorbilidades se asoció a un riesgo 1.64 veces mayor de ideación suicida.

Se aprecia que hay una relación significativa entre comorbilidades y desnutrición y mayor ideación suicida, esto coincide con un estudio realizado por Patel M. (12) el cual concluye que entre los pacientes de hemodiálisis, la depresión se asocia con un bajo índice de masa corporal y un mayor número de enfermedades físicas concomitantes. La depresión y la ansiedad son indicadores sólidos de la ideación suicida.

En relación a las características de la diálisis, la **Tabla y Gráfico 8** muestran que el 23.94% de pacientes tienen de 12 a 17 meses en diálisis y 22.54% de 24 a 36 meses; el tiempo promedio de diálisis en pacientes con ideación suicida fue de 17.23 años y en aquellos sin ideación suicida fue de 15.88 años, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

El 5.63% de pacientes se dializa una vez por semana, 49.30% lo hace dos veces por semana y 45.07% recibe tres sesiones semanales. La frecuencia de ideación suicida fue de 75% en los que se dializan semanalmente, de 68.57% en los que tienen dos sesiones a la semana y de 62.50% si se dializan tres veces por semana, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). (**Tabla y Gráfico 9**).

En el estudio realizado por Patel M. (12) tampoco se encontró una diferencia significativa en la depresión e ideación suicida en relación a la frecuencia de diálisis.

La **Tabla y Gráfico 10** muestran la duración de las sesiones de hemodiálisis, que fue de 2 horas en 4.23%, de tres horas en 85.92% y de 4 horas en 9.86% de casos; se encontró ideación suicida en todos los pacientes que se dializan por 2 horas, y disminuye a 65.57% en los que se dializan por 3 horas y en 57.14% si lo hacen por 4 horas, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

En el estudio realizado por Patel M. (12) tampoco se encontró una diferencia significativa en la depresión e ideación suicida en relación a la duración de la diálisis.

La **Tabla y Gráfico 11** muestran la frecuencia de complicaciones de la terapia dialítica, en 30.99% de pacientes no se presentaron complicaciones, en 36.62% se produjo sepsis, en 21.13% hubo falla de fístula, y en 7.04% de casos hubo hipotensión, habiendo otras complicaciones en 22.54% de casos. La frecuencia de ideación suicida fue mayor en la falla de fístula o en la hipotensión (80%), aunque no difirió significativamente de los otros grupos ($p > 0.05$) y la presencia de complicaciones se asoció a un riesgo 1.57 veces mayor de ideación suicida.

Esto podría deberse a que al presentarse complicaciones aumentan la comorbilidad del paciente, causándole ansiedad y depresión, que son un factor de riesgo importante de ideación suicida según Patel M. (12)

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de Beck; de los 71 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 66.20% manifestaron algún tipo de ideación suicida.

En los estudios realizados por Patel M. (12) y Gabrielle M. (24) sobre ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con hemodiálisis, se encontró una tasa de ideación suicida de menor, de 43% y 37% respectivamente, la diferencia entre los porcentajes podría deberse a que en ambos estudios se utilizó la parte C de la escala MINI (entrevista neuropsiquiátrica internacional), la cual solo evalúa ideación suicida con un máximo de un mes de antigüedad y en este estudio se utilizó la escala de Beck, incidiendo a lo largo de toda la vida del paciente.

Al introducir todos los factores de riesgo en un modelo de regresión logística (**Tabla 13**), se puede observar que la edad, el tener pareja ($OR > 1$), y la instrucción baja ($p < 0.05$) resultaron predictores independientes de ideación suicida en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** La frecuencia de ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, fue significativamente alta.
- Segunda.** Los factores epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis asociados a la ideación suicida fueron la mayor edad, el sexo masculino, el tener pareja, y la educación baja de los pacientes.
- Tercera.-** Las características clínicas de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, asociados a la ideación suicida, fueron la presencia de comorbilidades, sobre todo hipertensión y desnutrición.
- Cuarta.-** Los factores de la terapia dialítica de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, asociados a la ideación suicida, fueron un mayor tiempo en hemodiálisis pero con menor frecuencia semanal y menor duración por sesión y la presencia de complicaciones como la falla de fistula y la hipotensión.

RECOMENDACIONES

- 1) Primero: Se sugiere al servicio de nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado que en la medida de lo posible, los pacientes en hemodiálisis del sean evaluados periódicamente por un médico psiquiatra, dado la alta frecuencia de ideación suicida asociada a ansiedad y depresión en estos pacientes.
- 2) Segundo: se sugiere al servicio de nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, que para un manejo integral del paciente, se debe coordinar también con el servicio social del Hospital, dado que muchos pacientes presentan mayor ideación suicida debido a problemas de índole económica y/o social.
- 3) Tercero: se sugiere al servicio de nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, que dada la mayoría de pacientes son iletrados o cuentan con solo educación primaria, se debe tratar de explicar la patología que ellos padecen de forma que ellos la puedan entender, pudiendo así reducir la ansiedad y la ideación suicida en estos pacientes, dado que la desesperanza o la poca comprensión de su padecimiento puede generar depresión, ansiedad e ideación suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hallan SI, Matsushita K, Sang Y, Mahmoodi BK, Black C, Ishani A, et al: Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. JAMA. Dec 12 2012; 308(22):2349-60.
2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al: Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw Hill; 2008; 17va ed; Tomo II; p1761-1762.
3. De Boer IH: Chronic kidney disease—a challenge for all ages. JAMA. Dec 12 2012;308(22):2401-2.
4. Qaseem A, Hopkins RH, Sweet DE, et al: Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease: a clinical practice guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. Oct 22 2013; doi: 10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00726.
5. Lameire N, Van Biesen W: The initiation of renal-replacement therapy--just-in-time delivery. N Engl J Med. Aug 12 2010;363(7):678-80.
6. Suri RS, Larive B, Sherer S, Eggers P, Gassman J, James SH, et al: Risk of vascular access complications with frequent hemodialysis. J Am Soc Nephrol. Feb 2013;24(3):498-505.
7. Llaza G: Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 157-162.
8. Orellana M, Munguía A: Insuficiencia Renal y Depresión. Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH, 2008; 1(3):10-12
9. Millan-Gonzalez R: Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en

- pacientes que reciben diálisis. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2009; 38 (3): 522-533
10. Hedayati S, Minhajuddin A, Toto R, Morris D, Rush A: Validation of depression screening scales in patients with CKD. Am J Kidney Dis. Sep 2009;54(3):433-9.
 11. Chen C, Tsai Y, Hsu H, Wu I, et al: Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. Psychosomatics. 2010;51(6):528-528.
 12. Patel M, Sachan R, Nischal A: Anxiety and Depression - A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis. International Journal of Scientific and Research Publications, 2012; 2(3): ISSN 2250-3153
 13. Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M et al: Association Between Depression and Death in People With CKD: A Meta-analysis of Cohort Studies. Am J Kid Dis 2013; 62 (3): 493-505.
 14. DSM IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON S.A. Madrid; 2002: 393.
 15. Fischer M, Porter A, Lash J: Treatment of Depression and Poor Mental Health Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: Are There Options Other Than a Pill or a Couch? Am J Kid Dis, 2013; 61 (5): 694-697.
 16. Avramovic M, Stefanovic V: Health-Related Quality of Life in Different Stages of Renal Failure. Artificial organs, 2012; 36 (7):581-589.
 17. Rivera-Ledesma A, Montero-Lopez L, Sandoval-Avila R: Desajuste Psicológico, Calidad De Vida Y Afrontamiento En Pacientes Diabéticos Con Insuficiencia Renal Crónica En Diálisis Peritoneal. Salud Ment, 2012; 35 (4):329-337
 18. Paye Llanos M: Prevalencia de las Dimensiones de síntomas psicopatológicos

- asociados a ideación suicida en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2012. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2012
19. Meza Vargas J: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud 2000. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2001.
20. Cassaretto M, Paredes R: Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de psicología, 2006; 24(1):109-140
21. Jerez C: Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012. Tesis para obtener el título de Psicóloga Clínica. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, 2012
22. Paez A, Jofre M, Azpiroz C, De Bortoli M: Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ. Psychol. 2009, 8 (1):117-124.
23. León Astudillo E: Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad Renal del Austro, 2009. Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 2010.

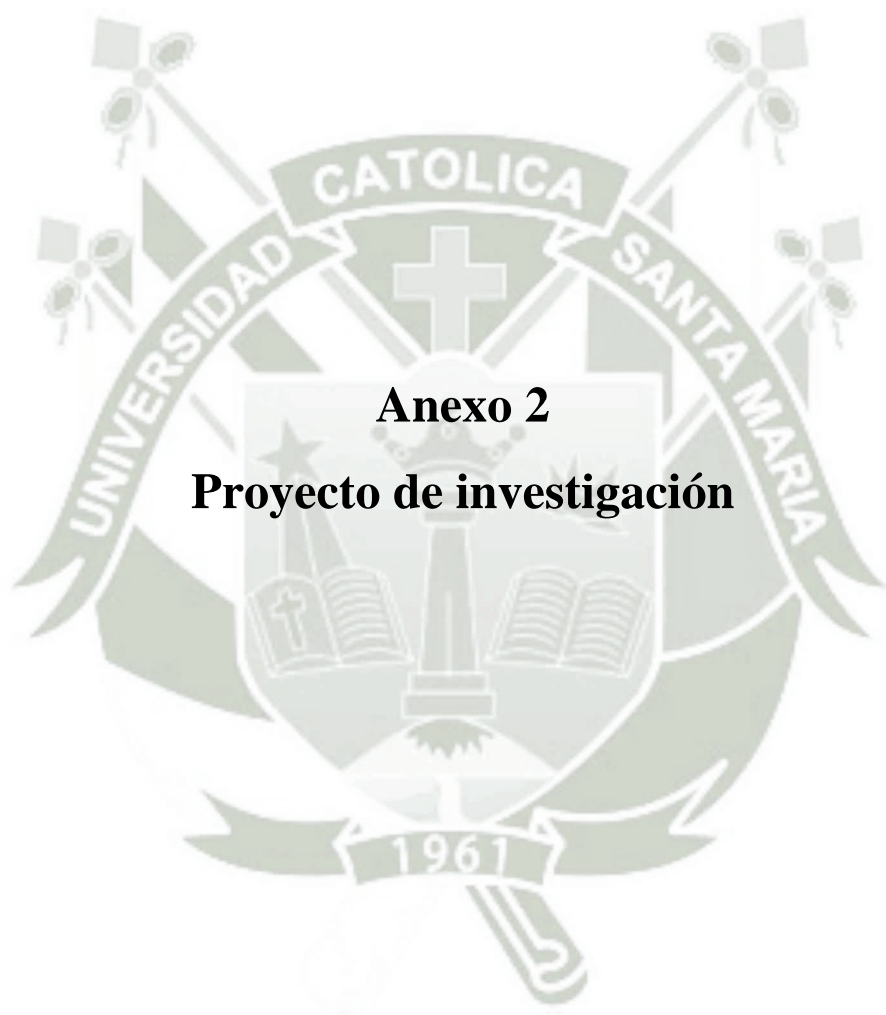
24. Gabrielle M, Mario F, Dany M, Rami B, Francois K, Dania Nehme-C, Sami R:
Ansiedad, depresión y la ideación suicida en pacientes libaneses sometidos a
hemodiálisis. *Revista de Salud Mental de la Comunidad*, Volumen 50, Capítulo
2, p 235-238. Líbano, 2014.
25. Teraiza E, Meza R: Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la
conducta suicida: Artículo de revisión. *Psiquiatria.com*. 2009; 13(3)
26. Irías B: Caracterización Psicológica y Tendencia al Suicidio en Pacientes con
Insuficiencia Renal Crónica, Hospital Infantil Manuel De Jesús Rivera, Octubre
2003 – Enero 2004.
27. Keskin G, Engin E: Evaluación de la depresión, ideación suicida y estrategias de
enfrentamiento en pacientes en hemodiálisis con insuficiencia renal. *J Clin Nurs*.
2011 Oct;20(19-20):2721-32. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010
28. United States Renal Data Base: Atlas of CKD and ESKD. Volume 2, Incidence,
Prevalence, Patient Characteristics, and Modalities. 2013
29. Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale
for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-352.
30. Beck AT, Brown GK, Steer RA et al: Suicide ideation at its worst point: a
predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat
Behav* 1999; 29: 1-9.
31. OMS: Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas.
Ginebra 2000:10-17.



Anexo 1

Matriz de sistematización de información





Anexo 2
Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2014”

Autor:

CARLOS VITALIANO VALDIVIA PACHECO

Proyecto de Tesis para Obtener el Título de Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2014**

I. PREÁMBULO

El suicidio es un grave problema de salud pública que puede presentarse en diversos grupos de poblaciones muy heterogéneos, desde jóvenes hasta adultos mayores, desde pacientes con depresión hasta pacientes con enfermedades terminales.

El paciente con insuficiencia renal crónica puede verse afectado por algún trastorno psicopatológico por lo que es proclive a pensar en ideas suicidas para terminar con su afección. El riesgo de suicidio en pacientes renales crónicos es más alto a medida que van pasando los años; los pensamientos suicidas pasivos son bastante frecuentes en pacientes crónicos terminales, pero se pueden acentuar a medida que pasan los años y se disminuye la calidad de vida o se sufren las consecuencias de la enfermedad o los efectos del tratamiento..

El hospital Honorio Delgado cuenta con un Servicio de Diálisis en forma relativamente reciente, y sus pacientes tienen características que los hacen diferentes de otros establecimientos como EsSalud, donde la prestación del servicio lleva muchos años y su población beneficiaria es asegurada. No se ha evaluado la intención de suicidio en los pacientes del servicio, por lo que es importante la realización del estudio para ofrecer una atención integral que cubra la salud mental de los pacientes.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores relacionados a la presentación de ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Ideación suicida

b) Operacionalización de Variables

Variable Dependiente	Indicador	Sub indicador	Unidad o categoría	Escala
Ideación suicida	<i>Respuesta a test SSI de Beck</i>	-	Con ideación Sin ideación	Nominal
Variables Independientes	Indicador	Sub indicador	Unidad o categoría	Escala
Factores asociados a ideación suicida	<i>Epidemiológicos</i>	Edad	Años	De razón
		Sexo	Varón / Mujer	Nominal
		Estado civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo	Nominal
		Nivel de instrucción	Iltrado, primaria, secundaria, superior	Ordinal
	<i>Características Clínicas</i>	Etiología	Nefropatía diabética, nefropatía hipertensiva, glomerulopatía primaria, otra	Nominal
		Tiempo de enfermedad	Años	De razón
		Comorbilidades	HTA, EPOC, desnutrición, etc.	Nominal
	<i>Características de la diálisis</i>	Tiempo en hemodiálisis	Meses	De razón
		Modalidad de hemodiálisis	De alta eficiencia De alto flujo	Nominal
		Frecuencia de Hemodiálisis	N° sesiones semanales	De razón
		Complicaciones de la Hemodiálisis	Falla de fistula, sepsis, hipotensión, ACV	Nominal

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Con qué frecuencia se presenta ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
- 2) ¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica en, hemodiálisis, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
- 3) ¿Cuáles son las características clínicas asociadas a ideación suicida de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
- 4) ¿Cuáles son los factores de la terapia dialítica asociados a ideación suicida de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

d) Tipo de investigación: Transversal de campo.

e) Nivel de investigación: La presente investigación es un estudio descriptivo.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: No se ha analizado la frecuencia de ideación suicida en pacientes con enfermedad renal sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado.

Relevancia científica: Porque los trastornos de la salud mental son parte también de la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, que pueden influir en su calidad de vida.

Relevancia práctica: El estudio permitirá identificar la magnitud de un problema latente que puede presentarse en un grupo concreto de pacientes en los que puede intervenir para evitar la conducta suicida.

Relevancia social: Beneficiará a los pacientes que requieren diálisis y contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Contemporaneidad: la enfermedad renal crónica es una patología cada vez más frecuente y se dispone de más medios de terapia de reemplazo de la función renal, por lo que es de esperarse que en el futuro se incrementen los casos con ideación suicida.

Factibilidad: Se cuenta con la colaboración del Hospital y de los pacientes así como con instrumentos validados.

Motivación personal: Porque desde los años de pregrado me interesó realizar una investigación en el área de la psiquiatría y la nefrología.

Contribución académica: Se realizará una investigación nueva que aportará conocimientos al campo de la medicina humana.

Políticas de investigación de la Universidad: se cumple con el requerimiento de desarrollar una investigación para la obtención del título profesional.

2. Marco conceptual

2.1. Insuficiencia renal crónica

Consiste en el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Cuando el filtrado glomerular - filtrado de la sangre en el riñón- cae por debajo del 25 al 35% empiezan a aumentar la urea y la creatinina, pudiendo estar los pacientes relativamente asintomáticos o bien presentando anemia, hipertensión arterial, poliuria y nicturia. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo del 15% aproximadamente empiezan a aparecer los signos del síndrome urémico (1). Esta situación culmina con la muerte, salvo que por alguna terapia se eliminen las toxinas, sea por diálisis o trasplante de riñón (2).

2.1.1. Etiología de la insuficiencia renal crónica

La IRC es un trastorno final común que es provocado por distintas enfermedades.

- a) **Diabetes mellitus:** la causa más frecuente de IRC en los países desarrollados. Se produce afectación renal a partir de los 10 años de evolución de la diabetes, aunque se manifiesta clínicamente a los 20 años. Aparece microalbuminuria (pérdida de albúmina por orina en cantidades mínimas), que evoluciona hacia una proteinuria (pérdida de todo tipo de proteínas), con descenso progresivo de la función renal. Influye en la evolución el control de la diabetes y la aparición de patología acompañantes como la hipertensión arterial (3).

¹ Hallan SI, Matsushita K, Sang Y, Mahmoodi BK, Black C, Ishani A, et al. Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. JAMA. Dec 12 2012; 308(22):2349-60

² Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw Hill; 2008; 17va ed; Tomo II; p1761-1762.

³ De Boer IH. Chronic kidney disease—a challenge for all ages. JAMA. Dec 12 2012;308(22):2401-2.

- b) **Hipertensión arterial:** produce una sobrecarga de presión en todo el árbol vascular, ante lo cual los vasos responden fortaleciendo su capa muscular. En el riñón se produce un engrosamiento de la pared de los vasos con disminución de su calibre, dando lugar a isquemia renal, y, por otro lado, se produce una hiperpresión glomerular que somete a un excesivo trabajo al glomérulo. Habitualmente suelen asociarse metabopatías (hiperlipidemia e hiperuricemia) que complican la evolución clínica. Clínicamente aparece como un deterioro progresivo de la función renal con aparición de proteinuria y micro hematuria. El proceso se agrava con la edad (4).
- c) **Glomerulonefritis:** consisten en una afectación glomerular acompañada de afectación vascular e intersticial renal en algunos casos. De origen inmunológico, mediado por anticuerpos contra antígenos renales o de depósito de anticuerpos unidos a antígenos procedentes de otros órganos o sistemas. Clínicamente suelen manifestarse con proteinuria (en cantidad variable, llegando a ser nefrótica -más de 3 gr/día con afectación del lipidograma y clínica de edemas-), hematuria y deterioro lento o rápido de la función renal (de días a años) (5).
- d) **Nefritis tubulointersticiales:** procesos que afectan de forma predominante al intersticio -una de las zonas del riñón- con destrucción de

⁴ Qaseem A, Hopkins RH, Sweet DE, et al. Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease: a clinical practice guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* Oct 22 2013; doi: 10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00726

⁵ Lameire N, Van Biesen W. The initiation of renal-replacement therapy--just-in-time delivery. *N Engl J Med.* Aug 12 2010;363(7):678-80.

túbulos y vasos, lo cual da lugar a una isquemia y atrofia renal. Las causas son muy diversas, aunque predominan las tóxicas por abuso de fármacos (sobre todo analgésicos), que producen daño tubular y fibrosis intersticial. Dentro de este grupo se incluiría también a la pielonefritis crónica por reflujo vesicoureteral. Clínicamente, son muy silentes detectándose por deterioro de la función renal y defectos en la función tubular (descenso de la capacidad de concentración, acidosis e hiperpotasemia) (6).

- e) **Procesos renales hereditarios:** representados en prácticamente su totalidad por la poliquistosis renal. Es un proceso hereditario que se transmite de forma autosómica dominante y se trata de un defecto en la formación de los túbulos renales, que degeneran en quistes que crecen progresivamente y destruyen el parénquima renal sano. Los quistes se pueden visualizar por ecografía a partir de los 25 años, aunque la edad de aparición puede ser muy variable. Pueden ir acompañados de otros defectos como quistes hepáticos y aneurismas vasculares en cerebro. Clínicamente cursan con hipertensión arterial, deterioro progresivo de la función renal y complicaciones derivadas de los quistes (hemorragias e infecciones) (1).

⁶ Suri RS, Larive B, Sherer S, Eggers P, Gassman J, James SH, et al. Risk of vascular access complications with frequent hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*. Feb 2013;24(3):498-505.

¹ Hallan SI, Matsushita K, Sang Y, Mahmoodi BK, Black C, Ishani A, et al. Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. *JAMA*. Dec 12 2012; 308(22):2349-60

2.1.2. Estadificación de la insuficiencia renal crónica

La definición de severidad de la insuficiencia renal crónica se establece en base a la función de excreción renal, medida por la tasa de filtración glomerular durante los últimos tres meses. La National Kidney Foundation la clasifica de la siguiente manera (3):

- Estadio 1: $FG \geq 90$ mL/min por $1,73 \text{ m}^2$.
- Estadio 2: FG entre 60 y 89 mL/min por $1,73 \text{ m}^2$.
- Estadio 3: FG entre 30 y 59 mL/min por $1,73 \text{ m}^2$.
- Estadio 4: FG entre 15 y 29 mL/min por $1,73 \text{ m}^2$.
- Estadio 5: $FG < 15$ mL/min por $1,73 \text{ m}^2$ o enfermedad renal terminal.

2.1.3. Manifestaciones clínicas

En la insuficiencia renal crónica se producen síntomas y signos debido a la progresiva pérdida de nefronas, con la consiguiente falla de las funciones del riñón (4).

- a) **Alteraciones electrolíticas:** se producen anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el potasio y el bicarbonato. Estas alteraciones ocurren en fases avanzadas de la insuficiencia renal. Otras anomalías como la hipocalcemia y la hiperfosforemia pueden aparecer cuando la insuficiencia renal es moderada.
- b) **Manifestaciones cardiovasculares:** hipertensión arterial, que se encuentra

³ De Boer IH. Chronic kidney disease—a challenge for all ages. JAMA. Dec 12 2012;308(22):2401-2.

⁴ Qaseem A, Hopkins RH, Sweet DE, et al. Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease: a clinical practice guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. Oct 22 2013; doi: 10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00726

hasta en el 80 por ciento de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. La causa fundamental es la retención hidrosalina, aunque también está implicada una situación de hiperreninemia. En fases terminales de la insuficiencia renal pueden aparecer episodios de insuficiencia cardiaca congestiva por sobrecarga hidrosalina y de pericarditis urémica.

- c) **Alteraciones gastrointestinales:** anorexia, náuseas y vómitos. Un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva. Es muy característico también la presencia de sabor metálico. En ocasiones se producen erosiones gástricas que pueden provocar hemorragias.
- d) **Alteraciones hematológicas:** un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia, causada en gran parte por déficit de eritropoyetina (hormona sintetizada en el riñón y que promueve la generación de glóbulos rojos), aunque también influyen otros factores como pérdidas gástricas, disminución de la vida media de los glóbulos rojos por la misma uremia, desnutrición o déficit de hierro. En los leucocitos se produce una alteración en su función, provocando un cierto grado de inmunodeficiencia. En cuanto a la coagulación, existe una alteración en la función plaquetar que se manifiesta con una mayor facilidad para el sangrado, sobre todo en piel.
- e) **Alteraciones neurológicas:** es típica la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una polineuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza,

se hace también motora. El síndrome de piernas inquietas (necesidad imperiosa de mover las piernas en reposo y que se acentúa por la noche) es una manifestación sensitiva, así como la pérdida de sensibilidad o el propio dolor en extremidades.

- f) **Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal):** se manifiesta por dolores óseos, deformidades (reabsorción de falanges distales en dedos), fracturas y retraso del crecimiento en niños. Su origen se encuentra en la excesiva producción de hormona paratiroidea (hormona implicada en el metabolismo óseo), que provoca un aumento de la reabsorción o destrucción ósea. Este aumento de la hormona paratiroidea está condicionado por la falta de producción de vitamina D por el riñón, por la hipocalcemia y por la hiperfosforemia.
- g) **Alteraciones dermatológicas:** el signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acúmulo de urocromos. El prurito (picor) es también muy frecuente y muy molesto, pudiendo llegar a provocar lesiones de rascado; está originado por la sequedad de la piel y la hiperfosforemia.
- h) **Alteraciones hormonales:** en el hombre provoca fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides). En la mujer provoca alteraciones en ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones). Son raros los embarazos y, en caso de producirse, la mayoría no son viables.
- i) **Alteraciones psicológicas y psiquiátricas:** 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 superposición de síntomas con la IRC y su tratamiento, porque clínicamente comparten elementos como la reducción del apetito, de energía, de libido y de concentración. Diferentes estudios emplean escalas diferentes que encuentren incidencias de trastornos ansiosos o depresivos que varían entre 6% y 38%. Entre los principales trastornos se encuentran la depresión, pobre autoestima, anhedonia, desesperanza, desesperación, incontinencia afectiva e ideación suicida activa o pasiva.

2.1.4. Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica depende de su estadio y de la patología de fondo, y debe considerar diferentes aspectos.

2.1.4.1. Tratamiento conservador: es importante iniciar el tratamiento de la insuficiencia renal precozmente con el fin de evitar complicaciones, prever secuelas a largo plazo y ralentizar en la medida de lo posible la progresión de la enfermedad (protegiendo la función renal residual) (5).

a) Control dietético:

- Restricción del consumo de sal.
- Restricción de proteínas, habitualmente 100 g de carne o pescado al día. Complementar con hidratos de carbono (pasta italiana, legumbres).

⁵ Lameire N, Van Biesen W. The initiation of renal-replacement therapy--just-in-time delivery. N Engl J Med. Aug 12 2010;363(7):678-80.

- Restricción de alimentos ricos en fósforo (fundamentalmente productos lácteos, bollería, pan).
- Restricción de alimentos ricos en potasio (fundamentalmente verduras, frutas y frutos secos).

b) Fármacos:

- Protectores de la función renal: fundamentalmente, se están intentando utilizar fármacos que reduzcan el trabajo renal. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina son los más probados clínicamente, aunque su eficacia depende en gran parte de la causa de la insuficiencia renal crónica.

c) Correctores electrolíticos:

- Quelantes del fósforo con aporte o no de calcio que procuran, por un lado, evitar que suban los niveles de fósforo procedente de la dieta y, por otro lado, aportar calcio.
- Quelantes del potasio que se emplean en fases muy terminales de la insuficiencia renal crónica.

d) Correctores hormonales:

- Vitamina D: se administra en comprimidos. Ayuda a controlar el aumento en la hormona paratiroidea y favorece la absorción de calcio y la mineralización ósea.
- Eritropoyetina: estimula la producción de células de la serie roja. Requiere aporte de hierro que se empleará en la producción de hemoglobina.

2.1.4.2. Tratamiento sustitutivo de la función renal: en la actualidad existen tres tratamientos de la insuficiencia renal crónica terminal: **hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal**. Estos tres tratamientos no se conciben como algo estático, sino más bien algo dinámico, de tal forma que un mismo paciente a lo largo de su vida puede recibir los tres tratamientos en distintas etapas. Sin embargo, sólo el trasplante renal puede suplir por completo todas las funciones renales, incluyendo las metabólicas y las endocrinas (6).

a) Diferencias entre hemodiálisis y diálisis peritoneal:

- En la hemodiálisis la eliminación de toxinas y líquido sobrante se realiza a través de un filtro artificial. Requiere circuito extracorpóreo con necesidad de acceso vascular (fistula arteriovenosa o catéter de hemodiálisis). Consta de sesiones intermitentes (tres a la semana) de duración variable (3 a 4 horas).
- En la diálisis peritoneal la eliminación de toxinas y de líquido se produce a través de la membrana del peritoneo. Requiere una cavidad peritoneal íntegra con necesidad de la implantación de un catéter de diálisis peritoneal para introducir líquido de diálisis dentro del abdomen. Es una diálisis continua, requiriendo el recambio del líquido de diálisis peritoneal tres o cuatro veces al día.

⁶ Suri RS, Larive B, Sherer S, Eggers P, Gassman J, James SH, et al. Risk of vascular access complications with frequent hemodialysis. J Am Soc Nephrol. Feb 2013;24(3):498-505.

b) Transplante:

- Los pasos que se siguen en la realización de un trasplante son los siguientes:
 1. Donante cadáver.
 2. Compatibilidad de grupo sanguíneo e inmunológica.
 3. Selección del receptor (edad, tiempo en diálisis, situación clínica).
 4. Preparación de receptor.
 5. Cirugía.
 6. Control postoperatorio inmediato (UCI).
 7. Control postoperatorio tardío (planta).
 8. Seguimiento en consulta.
- De todas formas, el trasplante tiene algunas desventajas como una vida limitada por rechazo crónico o recidiva de la enfermedad causante de la insuficiencia renal crónica, y que requiere la ingesta de medicación inmunosupresora que reduzca las defensas del organismo para que el injerto no sea rechazado (con riesgo de infecciones o de tumores a largo plazo). El rechazo agudo es un peligro importante para el futuro del riñón trasplantado. El riñón es invadido por células del sistema inmune del receptor que lesiona las estructuras renales. Es más frecuente en jóvenes o pacientes con una inmunidad hiperestimulada.

2.2. Transtornos psiquiátricos en los pacientes con insuficiencia renal crónica

2.2.1. Depresión

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, con frecuencia no se diagnostica porque puede adquirir formas muy variadas, que enmascaran u ocultan su presencia. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por su duración de por lo menos 2 semanas, durante las cuales se experimenta ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida del interés o del placer o mayoría de actividades, así como la pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio, o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte, con ideación suicida. (7)

La depresión es la anomalía psiquiátrica más común en pacientes con IRCT tratados con HD (8). La depresión puede ser una respuesta ante una pérdida y, como hemos visto, los pacientes con IRCT han sufrido múltiples pérdidas: el rol familiar y laboral, la función renal, habilidades físicas cognitivas y funcionamiento sexual, entre otras (9). Además, se ha postulado que las alteraciones neuro-bioquímicas que se presentan en los pacientes con uremia, pueden influir en el desarrollo de la depresión (10).

⁷ Llaza G. Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 157-162.

⁸ Orellana M, Munguía A. Insuficiencia Renal y Depresión. Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH, 2008; 1(3):10-12

⁹ Millan-Gonzalez R. Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2009; 38 (3): 522-533

¹⁰ Hedayati S, Minhajuddin A, Toto R, Morris D, Rush A. Validation of depression screening scales in patients with CKD. Am J Kidney Dis. Sep 2009;54(3):433-9.

El diagnóstico de depresión mayor es difícil de establecer en el paciente con IRC (11). La prevalencia real de depresión mayor en pacientes con IRC es desconocida. La depresión puede, además, variar en un paciente dado a lo largo del tiempo. Es usual que los niveles de depresión iniciales sean altos (12).

La depresión en el paciente con IRC en estadios finales puede influir además en el manejo y evolución de la enfermedad. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados, que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco, perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Ellos comen menos, duermen menos, se cuidan menos, se pueden mal nutrir, piensan en suicidarse. Sin embargo, esta percepción de la vida cotidiana en las unidades renales, no ha sido del todo fácil de corroborar por medios empíricos, cuando se sofistican los protocolos de investigación¹⁸ (13).

2.2.2. Depresión y riesgo de suicidio:

En episodio depresivo mayor son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida, o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes

¹¹ Chen C, Tsai Y, Hsu H, Wu I, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*. 2010;51(6):528-528.

¹² Patel M, Sachan R, Nischal A. Anxiety and Depression - A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 2012; 2(3): ISSN 2250-3153.

¹³ Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M et al. Association Between Depression and Death in People With CKD: A Meta-analysis of Cohort Studies. *Am J Kid Dis* 2013; 62 (3): 493-505.

específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes (1 o 2 veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej. una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y así podrán suicidarse. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable. (14)

El suicidio es la complicación más grave de la DM. Se considera que un 15% de los pacientes hospitalizados por depresión mayor comete finalmente suicidio. Sumando hospitalizados y no hospitalizados, hasta un 50% de los casos de suicidio se han hecho en pacientes con depresión mayor (15). Los pacientes con depresión mayor, cometen 10 veces más intentos de suicidio que la población general, los trastornos depresivos se vinculan hasta con un 80% de los eventos suicidas (16).

Se ha descrito que la presencia de una enfermedad física crónica y de difícil control, se complica significativamente por la presencia de depresión mayor, siendo una de las complicaciones más graves y frecuentes, de estas dos situaciones sumadas, el suicidio (17).

¹⁴ DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON S.A. Madrid; 2002: 393.

¹⁵ Fischer M, Porter A, Lash J. Treatment of Depression and Poor Mental Health Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: Are There Options Other Than a Pill or a Couch? Am J Kid Dis, 2013; 61 (5): 694-697.

¹⁶ Avramovic M, Stefanovic V. Health-Related Quality of Life in Different Stages of Renal Failure. Artificial organs, 2012; 36 (7):581-589.

¹⁷ Rivera-Ledesma A, Montero-Lopez L, Sandoval-Avila R. Desajuste Psicológico, Calidad De Vida Y Afrontamiento En Pacientes Diabéticos Con Insuficiencia Renal Crónica En Diálisis Peritoneal. Salud Ment, 2012; 35 (4):329-337

2.2.3. Conducta Suicida

El suicidio y las conductas relacionadas con el representan alrededor de 100 000 urgencias anuales, en el Reino Unido; unas 120 000 en Francia y 750 000 en los Estados Unidos. Se suicidan 1000 personas por día en el mundo.

Hay que diferenciar entre el intento de suicidio, que es una conducta suicida franca que se frustra accidentalmente, y la tentativa de suicidio, conducta que no busca la muerte como objetivo, sino llamar la atención o manipular una situación desfavorable.

El paciente suicida es el que sobrevive a un intento de suicidio. Acuden por ideación suicida, que se descubre en el interrogatorio. Otras veces niegan la ideación, pero su conducta indica potencial suicida.

Muchos pacientes que mueren por suicidio acudieron con su médico poco tiempo antes del hecho. Esta consulta constituye una oportunidad para detectar e intervenir en estos casos. El hecho de preguntar sobre ideación suicida no le instalara la idea al paciente.

Existen varios factores que se asocian con riesgo de suicidio: mayores de 45 años, dependencia alcohol o drogas o ambos; irritabilidad y violencia; sexo masculino; no aceptación de ayuda; duración mayor del episodio depresivo actual; perdida o separaciones recientes; depresión; perdida de salud física; desempleo o retiro; soltería. (7)

⁷ Llaza G. Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 388-390.

2.2.4. El suicidio y los trastornos físicos.

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas. Además, generalmente existe una tasa aumentada de trastorno psiquiátrico, especialmente depresión, en personas con enfermedad física. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio. Este incremento se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la inhabilidad crónica asociadas con la epilepsia.

Las lesiones en la médula espinal y el cerebro también aumentan el riesgo de suicidio. Estudios recientes han mostrado que después de un derrame particularmente en presencia de lesiones posteriores, las cuales causan mayor inhabilidad y deterioro físico 19% de los pacientes se deprimen y presentan tendencias suicidas.

El riesgo de suicidio es más alto al momento del diagnóstico y en los primeros dos años de la enfermedad terminal, con un aumento del riesgo en los casos de malignidad progresiva. El dolor es un factor que contribuye significativamente al suicidio.

La infección por VIH y el SIDA representan un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes, con altas tasas de suicidio. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad. Los usuarios de drogas intravenosas están en mayor riesgo aún.

Otras condiciones médicas crónicas tales como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointestinales están implicados en el suicidio. Las inhabilidades para moverse, ver u oír pueden precipitar el suicidio. (31)

2.2.5. Escala de ideación suicida de Beck.

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Es una escala de 19 ítems que debe ser realizada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Está dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

1. Actitud hacia la vida / muerte
2. Pensamientos o deseos suicidas
3. Proyecto de intento de suicidio
4. Realización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

³¹ OMS: Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Ginebra 2000; p 10-17.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que el ítem 20 tiene solo valor descriptivo y no se tiene en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. (29)

En un estudio prospectivo²⁶ (30) de 4 años de duración, con 3700 pacientes en tratamiento psiquiátrico, la ideación suicida en el momento peor o de mayor crisis en la vida del paciente identificó mejor el riesgo suicida (Odds Ratio: 3.8), que la ideación suicida en el momento actual (OR: 5.4).

²⁹ Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-352.

³⁰ Beck AT, Brown GK, Steer RA et al: Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 1-9.

2.2.6. Manejo de pacientes suicidas.

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social. Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero. Los tres estados más comunes son:

- **Ambivalencia.** La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el puro final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.
- **Impulsividad.** El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.
- **Rigidez.** Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y sus razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con

antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocas personas requieren apoyo por más de dos o tres meses y este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten:

- Trastorno psiquiátrico;
- Historia de intento de suicidio previo;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico;
- Mala salud física;
- Ningún apoyo social. (31)

³¹ OMS: Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Ginebra 2000; p 10-17.

ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

2.1. **Autor:** Paye Llanos M.

Título: Prevalencia de las Dimensiones de síntomas psicopatológicos asociados a ideación suicida en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2012

Resumen: Encuesta a una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer para aplicar la escala de ideación suicida de Beck y el inventario síntomas psicopatológicos SCL-90 de Derogatis, y una ficha de datos para obtener información acerca de las características del paciente y de la enfermedad. El 64% de nuestros pacientes fueron mujeres, con edades que en la mayoría oscilaron entre los 50 y 59 años (38%), la mitad de pacientes tuvo educación secundaria, 38% primaria y 12% educación secundaria. La ocupación predominante fue en actividades independientes (58%), el 40% de pacientes fue casado y 40% convivientes. Predominó en 26% el cáncer de mama, en 22% el cáncer de próstata, y 16% de pacientes tuvieron cáncer de útero y en 14% de colon, entre otras formas menos frecuentes como cáncer de piel o de tiroides. La enfermedad tuvo una duración de 3 a 4 años en la mitad de casos. La forma de tratamiento fue la combinación de cirugía y quimioterapia (52%). Se identificó intención suicida en 50% de los pacientes, dentro de los cuales el 32% tuvo riesgo bajo y 18% un riesgo moderado. se identificó en todos los pacientes tendencia a la somatización, a la obsesión/compulsión, a la depresión y ansiedad

con hostilidad. Más pacientes con sensibilidad tienen ideación suicida, así como los pacientes con predominio de psicoticismo (63,6%) o ansiedad fóbica (58,3%) e ideación paranoide (53,2%)

2.2. **Autor:** Meza Vargas J.

Título: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Carlos Alberto Segura Escobedo, EsSalud 2000.

Fuente: Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2001.

Resumen: Se evaluaron 74 pacientes del servicio de Hemodiálisis del HCASE empleando la escala de autovaloración de Zung, de los cuales 57 (77,03%) se encontraban con depresión y 17 (22,97%) no tenían depresión. En los 57 pacientes con depresión se aplicó la escala de depresión de Hamilton, encontrando que de ellos 43,86% tenían depresión moderada, 29,82% depresión severa, y 26,32% depresión leve. La depresión moderada e intensa fue más frecuente en mujeres entre 40 y 59 años, grado de instrucción superior y pacientes solitarios con incapacidad para trabajar y con relación sexual deficiente.

A nivel nacional

2.3. **Autor:** Cassaretto M, Paredes R.

Título: Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Fuente: Revista de psicología, 2006; 24(1):109-140

Resumen: Esta investigación identifica y describe los principales estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Participaron 40 pacientes mayores de 20 años, aceptados al programa de transplante de riñón del hospital de seguro social. Se utilizaron una encuesta personal y el Inventario sobre Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Los hallazgos indicaron que los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema. Entre las estrategias de mayor uso se encontraron la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva-crecimiento, mientras que las estrategias de menor uso fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo. Se analizaron las posibles diferencias entre los estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y médicas de los participantes.

A nivel internacional

2.4. **Autor:** Patel M, Sachan R, Nischal A.

Título: Ansiedad y depresión, riesgo de suicidio en pacientes con falla renal crónica en hemodiálisis.

Fuente: Revista internacional de ciencia y publicaciones de investigación, India, 2012.

Resumen: La depresión y la ansiedad están bien establecidas como un problema de salud mental frecuente en los pacientes con enfermedad renal tratados con hemodiálisis.

Sin embargo, estos problemas siguen siendo difíciles de evaluar y son poco tratados.

Objetivo: Para evaluar las características demográficas y factores psicológicos asociados con la depresión entre pacientes en hemodiálisis y dilucidar las relaciones entre la depresión, la ansiedad, la fatiga, la mala salud, relacionados con la calidad de vida, y un mayor riesgo de suicidio.

Método: Este estudio transversal se inscribió 150 pacientes en fase terminal de la enfermedad renal, con edad > 18 años en hemodiálisis. Las características psicológicas fueron evaluadas mediante el (MINI) entrevista neuropsiquiátrica internacional, la escala Hospital de Ansiedad y Depresión, se utilizó la forma corta de la escala de Salud relacionada a Calidad de vida y la escala de Chalder de fatiga, y modelos de ecuaciones estructurales para analizar los modelos y la fuerza de las relaciones entre las variables y la ideación suicida.

Resultados: De los 150 pacientes, 70 (46,6 %) tenían depresión síntomas, y 43 (28,6 %) tenían ideación suicida en los anteriores meses. La depresión se

correlacionó significativamente con un bajo índice de masa corporal (IMC) y el número de comorbilidades físicas. Los pacientes con depresión tenían mayores niveles de fatiga y ansiedad, e ideación suicida, y una peor calidad de vida que los pacientes no deprimidos. Los resultados revelaron un significativo efecto directo para la depresión y la ansiedad sobre la ideación suicida. Conclusión: Entre los pacientes de hemodiálisis, la depresión se asocia con un bajo índice de masa corporal y un mayor número de enfermedades físicas concomitantes. La depresión y la ansiedad son indicadores sólidos de la ideación suicida. Un estudio prospectivo podría resultar útil para determinar si la detección precoz y la intervención temprana en la depresión y ansiedad entre los pacientes de hemodiálisis reducirían el riesgo de suicidio.

2.5. **Autor:** Jerez Cevallos A.

Título: Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012.

Fuente: Tesis para obtener el título de Psicóloga Clínica. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, 2012

Resumen: La investigación se efectuó en el Hospital IESS de la ciudad de Ambato durante los meses de Septiembre 2011 hasta Enero del 2012. Las personas que forman parte de la investigación son 30 pacientes diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica las mismas que asisten a realizarse su tratamiento de diálisis en el Servicio de Nefrología en el Hospital mencionado

anteriormente. La información obtenida se la recolecto a través de la Historia Clínica Psicológica, el Cuestionario SF 36 sobre el Estado de Salud para determinar la calidad de vida del paciente renal, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Llegando a la conclusión que en la población investigada es evidente el predominio de la ambivalencia afectiva con un 17%, seguido de un 13% que corresponde a los sentimientos inadecuados, hiporexia, insomnio, 10% desequilibrio emocional, angustia, ira, e impotencia 7% labilidad emocional, pudiéndose apreciar que las alteraciones psicológicas están latentes en el 100% de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad, cabe mencionar que la propuesta de solución se basa en el modelo Cognitivo-Conductual cuyo objetivo principal es la modificación de creencias irracionales y emociones inadecuadas mediante técnicas que se encuentran dentro de este modelo psicoterapéutico, siendo esta la indicada para evitar que estas alteraciones se desencadenen en cuadro clínico y mejorar la calidad de vida del paciente renal.

2.6. **Autor:** Paez A, Jofre M, Azpiroz C, De Bortoli M.

Título: Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

Fuente: Univ. Psychol. 2009, 8 (1):117-124.

Resumen: El objeto de este estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media: 53,67; DE: 15,83) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semi-estructurada

para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.



2.7. **Autor:** León Astudillo E.

Título: Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad Renal del Austro, 2009.

Fuente: Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 2010

Resumen: Se realizó un estudio transversal, en un universo de 134 pacientes, para determinar la prevalencia de depresión y sus grados, mediante la aplicación del test de Beck. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y se analizaron con el software Excel y SPSS Resultados. La prevalencia de depresión fue del 45.5%; en el sexo masculino, el 27.8%; en las mujeres, el 57.5%; en los menores de 45 años, el 30.0%; entre los 45 y 65, el 50.8% y, en los mayores a 64, el 54.8%. La relación de depresión con el tiempo menor a uno y cinco años de permanencia en el tratamiento de hemodiálisis proporcionó una RP de 1.0 (con los dos factores de riesgo) (IC 95% 0.7-1.5 y 0.6- 1.6) $p=0.952$ y 0.932 respectivamente; con la falta de apoyo familiar, RP 0.9 (IC 95% 0.5 1.5) $p=0.591$ y con la Diabetes Mellitus tipo 2, RP de 1.9 (IC 95% 1.3- 2.8) y $p=0.000$. Conclusión: la prevalencia de depresión fue del 45.5%. Se relacionó positivamente con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y no hubo relación positiva ni negativa con el tiempo de permanencia en tratamiento de hemodiálisis ni con la falta de apoyo familiar.

2.8. **Autor:** Gabrielle M, Mario F, Dany M, Rami B, Francois K, Dania Nehme-C, Sami R.

Título: Ansiedad, depresión y la ideación suicida en pacientes libaneses sometidos a hemodiálisis.

Fuente: Revista de Salud Mental de la Comunidad, Volumen 50, Capítulo 2, pp 235-238. Líbano, 2014.

Resumen: La ansiedad, la depresión y los pensamientos suicidas son comorbilidades altamente prevalentes de la etapa final de la enfermedad renal (ESRD). No hay estudios en el Líbano sobre la prevalencia de estos síntomas en pacientes libaneses con enfermedad renal en fase terminal. Por otra parte, la asociación entre la ERT, por un lado, y la ansiedad, la depresión y la ideación suicida en el otro nunca se ha establecido en el Líbano. Los Grupos de pacientes con un alto riesgo de desarrollo de estos síntomas no están determinados. La Escala Hospital Ansiedad y Depresión y MINI (módulo C) se utilizaron para medir la prevalencia de la ansiedad, la depresión y la ideación suicida en los 51 pacientes del centro de diálisis Hotel-Dieu del Hospital Frances en el Líbano. En nuestra muestra, el 45% de los pacientes incluidos sufría de síntomas de ansiedad y 50 % presentó síntomas de depresión. La prevalencia de ideación suicida como lo detectó el MINI es a 37 %. Ninguno de los pacientes presenta un alto riesgo de suicidio. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre la existencia de comorbilidades orgánicas y la presencia de síntomas de la depresión y la ideación suicida. En cuanto a la ansiedad, la asociación fue marginalmente significativa. Los resultados obtenidos por nuestro estudio son consistentes con los encontrados en estudios realizados en otras sociedades. El

perfil de los pacientes propensos a la depresión e ideación suicida se ha determinado. Se trata de pacientes con al menos una comorbilidad médica a la enfermedad renal terminal. Esto, a su vez, debería conducir a una mayor conciencia y un mejor tratamiento de estas dolencias psiquiátricas, teniendo en cuenta su impacto en la morbilidad y mortalidad en la enfermedad renal terminal.

2.9. **Autor:** Teraiza E. Meza R.

Título: Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión.

Fuente: Psiquiatria.com. 2009; 13(3)

Resumen: El suicidio es considerado como un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos, intelectuales y legislativos de cada cultura.

Desde el punto de vista psiquiátrico ha sido el acompañante de algunas enfermedades mentales, sin embargo es de hacer notar que aunque la conducta suicida pueda ser el peor pronóstico de algunos cuadros clínicos, esta también se presenta como una conducta voluntaria en sujetos sanos. Desde una perspectiva asistencial los factores descritos por Emile Durkheim siguen teniendo en la actualidad preponderancia. Los estudios realizados en cerebro postmortem de víctimas de suicidio ha dado suficientes evidencias para señalar que las alteraciones del sistema serotoninérgico es un factor biológico importante en la

conducta suicida, al igual que el dopaminérgico, GABA-érgico y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, junto con otras modificaciones de diversos sistemas. El objetivo del presente trabajo es el de intentar realizar una revisión actualizada de los factores psicosocioculturales y neurobiológicos mas significativos en la conducta suicida.

2.10. **Autor:** Dra. Vilma Gabriela Irías Borge

Título: Caracterización Psicológica y Tendencia al Suicidio en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Hospital Infantil Manuel De Jesús Rivera, Octubre 2003 – Enero 2004.

Fuente: Tesis para optar al título de especialista en Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina, Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera Managua, Nicaragua.

Resumen: El presente estudio fue realizado con el objetivo de determinar la caracterización psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica y que relación podría encontrarse con algunas características tanto nefrológicas como sociales obteniéndose una muestra de 8 pacientes a pesar que el universo fue de 18 pacientes se obtuvo que el 75 % en período de adolescencia. De los 8 pacientes estudiados se encontró que la edad promedio oscila en 14.2 años, con un número de hospitalizaciones de 5.7 y un tiempo de evolución de la enfermedad máximo de 3 años. El 75 % de los pacientes se encuentran con escolaridad inactiva debido a las barreras físicas, sociales y culturales que le imponen su patología de base. Hubo cumplimiento de tratamiento en el 100 %

de los casos y en el 75 % cumplimiento de la dieta. El 100 % de los niños estudiados están conscientes de su padecimiento crónico adaptándose al mismo, a pesar de su edad personalidad previa y medio social los cuales son determinantes de su estado psicológico desencadenados por la enfermedad. Existe complejo de inferioridad debido a los fracasos escolares e incapacidades para realizar algunas actividades específicas (danza, deportes, juegos, noviazgo, etc). Todos los pacientes estudiados se encontraron con temor a la muerte, al rechazo y maltrato físico, y uno de ellos se encontró con ideas suicidas. Consideramos que factores como el bajo nivel socio-económico, la inestabilidad familiar (padres separados) y la inactividad escolar son coadyuvantes de su estado emocional.

2.11. **Autores:** Keskin G. , Engin E.

Título: La evaluación de la depresión, ideación suicida y estrategias de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis con insuficiencia renal.

Fuente: J Clin Nurs. 2011 Oct;20(19-20):2721-32. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010

Resumen: Los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis a menudo pueden experimentar depresión y estar ser acompañada de ideación suicida. Estrategias de afrontamiento con ideación suicida relacionado con la depresión puede requerir una evaluación periódica del paciente y el apoyo de las enfermeras. Las estrategias para afrontar la ideación suicida asociada a depresión pueden requerir de una evaluación regular del paciente y de apoyo de parte de las enfermeras. Para esto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

La muestra estuvo constituida por 92 adultos con un rango de edad de 19-65 que tenía insuficiencia renal crónica y consecutivamente admitidos en el Centro de Diálisis de Kadiköy y el Centro de Diálisis de Kahraman en Turquía. Se utilizaron cuatro instrumentos: Formulario sociodemográfico, Score de depresión de Beck, Cuestionario de Comportamientos Suicidas y de Estrategias de Afrontamiento con Inventario de Estrés. Los puntos obtenidos en el cuestionario de Depresión de Beck estaban por encima de 17 (el punto de corte) en el 40,2% de los pacientes. Hubo correlaciones positivas entre la depresión y el Cuestionario de Comportamientos Suicidas ($r = 0,469$, $p = 0,001$), entre la edad y la depresión de los pacientes ($r = 0,43$, $p = 0,00$) y la ideación suicida ($r = 0,27$, $p = 0,01$). La depresión y la desconexión conductual tuvieron una correlación positiva ($p = 0,001$, $r = 0,410$). La depresión y la ideación suicida aumentaron con menor estatus educación ($F = 7,42$, $p = 0,001$, $F = 4,51$, $p = 0,014$).

Los pacientes en hemodiálisis con frecuencia experimentan depresión. Este estudio demostró que la ideación suicida aumentó a medida que la gravedad de la depresión aumentó. La depresión y la ideación suicida se incrementaban con la edad en pacientes con insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, se considera necesario para los pacientes de diálisis a estar bajo evaluación psiquiátrica regular con la evaluación de riesgos.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general

Conocer la frecuencia y los factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2013.

3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar la frecuencia con que se presenta ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
- b) Identificar los factores epidemiológicos de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis asociados a la ideación suicida del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.
- c) Describir las características clínicas de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, asociados a la ideación suicida del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-
- d) Identificar los factores de la terapia dialítica de los pacientes con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis, asociados a la ideación suicida del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

4. Hipótesis

Es probable que algunas características clínicas, epidemiológicas o del tratamiento dialítico se asocien a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizó en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó durante el mes de Febrero del año 2014.

2.3. Unidad de estudio: Pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.4. Población: Todos los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.5. Muestra: El total de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el periodo de estudio. Se encontró que el total de pacientes registrados y atendidos regularmente en la unidad de hemodiálisis en el mes de Febrero del 2014 era de 103 en total, de los cuales 71 cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de elección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de IRC
- Pacientes en terapia en hemodiálisis crónica durante un tiempo mayor o igual a 3 meses.
- Participación voluntaria en el estudio

♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no colaboren con la entrevista
- Pacientes que no cumplieron los criterios de inclusión.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará autorización a la dirección del Hospital y a la jefatura del Servicio de Nefrología para la realización del estudio.

Se entrevistará a los pacientes en la sala de espera del servicio de Hemodiálisis y se les explicará el motivo del estudio y se solicitará su participación voluntaria. Se aplicará un cuestionario de datos sobre aspectos clínicos y se revisarán las historias para completar información acerca de la terapia dialítica (Anexo 1) y se aplicará la escala de ideación suicida SSI de Beck (Anexo 2) mediante una entrevista.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, tutora.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Fichas de investigación
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ideación suicida se evaluará por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols., 1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada; el ítem 20 no se considera por ser descriptivo. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando. Una puntuación de 1 a más es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación mayor riesgo.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en la ficha de recolección de datos serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables entre grupos con y sin ideación suicida se realizará mediante prueba chi cuadrado para variables categóricas. La asociación bivariada se realizará mediante cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%, y la asociación multivariada con análisis de regresión logística. Para el análisis de datos se empleará el paquete Statistica v.10.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 14			Febrero 14				Marzo 14				
	1	2	3	1	2	3	4	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■									
3. Aprobación del proyecto				■								
4. Ejecución					■	■	■	■				
5. Análisis e interpretación									■			
6. Informe final										■		

Fecha de inicio: 01 de Enero 2014

Fecha probable de término: 10 de Marzo 2014

V. Bibliografía Básica

1. Hallan SI, Matsushita K, Sang Y, Mahmoodi BK, Black C, Ishani A, et al: Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. JAMA. Dec 12 2012; 308(22):2349-60.
2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al: Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw Hill; 2008; 17va ed; Tomo II; p1761-1762.
3. De Boer IH: Chronic kidney disease—a challenge for all ages. JAMA. Dec 12 2012;308(22):2401-2.
4. Qaseem A, Hopkins RH, Sweet DE, et al: Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease: a clinical practice guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. Oct 22 2013; doi: 10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00726.
5. Lameire N, Van Biesen W: The initiation of renal-replacement therapy--just-in-time delivery. N Engl J Med. Aug 12 2010;363(7):678-80.
6. Suri RS, Larive B, Sherer S, Eggers P, Gassman J, James SH, et al: Risk of vascular access complications with frequent hemodialysis. J Am Soc Nephrol. Feb 2013;24(3):498-505.
7. Llaza G: Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 157-162.
8. Orellana M, Munguía A: Insuficiencia Renal y Depresión. Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH, 2008; 1(3):10-12
9. Millan-Gonzalez R: Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2009; 38 (3): 522-533

10. Hedayati S, Minhajuddin A, Toto R, Morris D, Rush A: Validation of depression screening scales in patients with CKD. *Am J Kidney Dis.* Sep 2009;54(3):433-9.
11. Chen C, Tsai Y, Hsu H, Wu I, et al: Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics.* 2010;51(6):528-528.
12. Patel M, Sachan R, Nischal A: Anxiety and Depression - A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publications,* 2012; 2(3): ISSN 2250-3153
13. Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M et al: Association Between Depression and Death in People With CKD: A Meta-analysis of Cohort Studies. *Am J Kid Dis* 2013; 62 (3): 493-505.
14. DSM IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON S.A. Madrid; 2002: 393.
15. Fischer M, Porter A, Lash J: Treatment of Depression and Poor Mental Health Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: Are There Options Other Than a Pill or a Couch? *Am J Kid Dis,* 2013; 61 (5): 694-697.
16. Avramovic M, Stefanovic V: Health-Related Quality of Life in Different Stages of Renal Failure. *Artificial organs,* 2012; 36 (7):581-589.
17. Rivera-Ledesma A, Montero-Lopez L, Sandoval-Avila R: Desajuste Psicológico, Calidad De Vida Y Afrontamiento En Pacientes Diabéticos Con Insuficiencia Renal Crónica En Diálisis Peritoneal. *Salud Ment,* 2012; 35 (4):329-337
18. Paye Llanos M: Prevalencia de las Dimensiones de síntomas psicopatológicos asociados a ideación suicida en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2012. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de

- Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2012
19. Meza Vargas J: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud 2000. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2001.
 20. Cassaretto M, Paredes R: Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de psicología, 2006; 24(1):109-140
 21. Jerez C: Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012. Tesis para obtener el título de Psicóloga Clínica. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, 2012
 22. Paez A, Jofre M, Azpiroz C, De Bortoli M: Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ. Psychol. 2009, 8 (1):117-124.
 23. León Astudillo E: Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad Renal del Austro, 2009. Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 2010.
 24. Gabrielle M, Mario F, Dany M, Rami B, Francois K, Dania Nehme-C, Sami R: Ansiedad, depresión y la ideación suicida en pacientes libaneses sometidos a

- hemodiálisis. Revista de Salud Mental de la Comunidad, Volumen 50, Capítulo 2, p 235-238. Líbano, 2014.
25. Teraiza E, Meza R: Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. *Psiquiatria.com*. 2009; 13(3)
 26. Irías B: Caracterización Psicológica y Tendencia al Suicidio en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Hospital Infantil Manuel De Jesús Rivera, Octubre 2003 – Enero 2004.
 27. Keskin G, Engin E: Evaluación de la depresión, ideación suicida y estrategias de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis con insuficiencia renal. *J Clin Nurs*. 2011 Oct;20(19-20):2721-32. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010
 28. United States Renal Data Base: Atlas of CKD and ESKD. Volume 2, Incidence, Prevalence, Patient Characteristics, and Modalities. 2013
 29. Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-352.
 30. Beck AT, Brown GK, Steer RA et al: Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 1-9.
 31. OMS: Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Ginebra 2000:10-17.

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Edad: _____ años Sexo: varón mujer

Estado civil:

Soltero casado conviviente separado viudo

Nivel de instrucción:

Letrado primaria secundaria superior

Etiología de la IRC

Nefropatía diabética Nefropatía hipertensiva Glomerulopatía primaria ,
Uropatía obstructiva Nefritis intersticial otra _____

Tiempo de enfermedad: _____ años

Comorbilidades: HTA EPOC Desnutrición Hepatitis Otra

De la diálisis

Tiempo de permanencia en hemodiálisis: _____ meses

Frecuencia de diálisis /semana: una dos tres > 3

Tiempo por sesión de diálisis en horas: 2 horas 3 horas

Complicaciones de la HD: falla de fístula sepsis hipotensión

ACV Otras _____

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2

Escala de ideación suicida

I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ()
0. Moderado a fuerte 1. Poco (Débil). 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ()
0. Ninguno (No tiene). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ()
0. Vivir supera a morir. 1. Equilibrado (es igual). 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()
0. Ninguno (inexistente). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ()
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ()
0. Breves, periodos pasajeros. 1. Periodos largos. 2. Contínuos, casi contínuos.
7. Frecuencia. ()
0. Rara, ocasionalmente. 1. Intermitente. 2. Persistentes y contínuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()
0. Rechazo. 1. Ambivalente; indiferente. 2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()
0. Tiene sentido de control. 1. Inseguridad de control 2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()
- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 - 1. Combinación de 0-2.
 - 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Sin considerar.
 - 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 - 2. Detalles elaborados / bien formulados.
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ()
- 0. Método no disponible, no oportunidad.
 - 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 - 2. Método y oportunidad disponible
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. ()
- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
 - 1. No está seguro de tener valor.
 - 2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ()
- 0. No.
 - 1. Sin seguridad, sin claridad.
 - 2. Sí.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real. ()
- 0. Ninguna.
 - 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
 - 2. Completa.
17. Nota Suicida. ()
- 0. Ninguna.
 - 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 - 2. Escrita.
 - Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ()
- 0. No.
 - 1. Sólo pensamientos, arreglos parciales..
 - 2. Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ()
- 0. Revela las ideas abiertamente.
 - 1. Revela las ideas con reservas.
 - 2. Encubre, engaña, miente.
20. Intento de suicidio Anteriores. ()
- 0. No.
 - 1. Uno.
 - 2. Más de uno