



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11**



TITULO:

“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE CURSAN CON HEMODIALISIS AMBULATORIA DEL HGZ-1 DE TAPACHULA, CHIAPAS”

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. JOSE HERMILO CRUZ DE AQUINO



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11**



TITULO:

**“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE
CURSAN CON HEMODIÁLISIS AMBULATORIA DEL HGZ-1 DE TAPACHULA,
CHIAPAS”**

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. JOSE HERMILO CRUZ DE AQUINO

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS.
DR. JULIO CESAR BARRIOS AGUILAR.**



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11**



TITULO:

"DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE CURSAN CON HEMODIÁLISIS AMBULATORIA DEL HGZ-1 DE TAPACHULA, CHIAPAS"

AUTORIZACIONES

[Handwritten signature in blue ink]

**DR. RICARDO RAMOS MARTÍNEZ
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.**

IMSS
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

[Handwritten signature in blue ink]

**DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

IMSS
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

[Handwritten signature in blue ink]

**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

[Handwritten signature in blue ink]

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 11**

[Handwritten signature in blue ink]

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UMF
No 11.**

AGRADECIMIENTOS

A TI, SEÑOR, DIOS PADRE, POR PERMITIRME CULMINAR ESTE PROYECTO Y QUE DÍA A DÍA ME REFUGIO EN TI SEÑOR, FORTALECE CADA PASO QUE DOY Y LLENA DE TRANQUILIDAD Y SABIDURÍA MI CAMINO.

A MIS PADRES, POR SU APOYO INCONDICIONAL, QUE DÍA A DÍA ESTUVIERON APOYÁNDOME Y LO HAN SEGUIDO HACIENDO, QUE CON SU AMOR, DEDICACIÓN Y TRABAJO HAN LLEVADO MIS ESTUDIOS HASTA ESTE PUNTO, POR ESO PADRES, LES DEDICO ESTE TRABAJO A USTEDES, POR USTEDES Y PARA USTEDES, POR SU CONSTANTE ESFUERZO, POR SU DEDICACIÓN HACIA MI PERSONA Y SU CONSTANTE ATENCIÓN.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	21
❖ Hipótesis de trabajo.....	21
❖ Hipótesis Nula.....	21
MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
DISEÑO	22
LUGAR.....	22
TIEMPO	22
POBLACIÓN	22
MUESTRA	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	23
Definición de variables.....	24
PLAN DE TRABAJO	29
ASPECTOS ÉTICOS	30
RECURSOS	33
HUMANOS	33
FÍSICOS.....	33
FINANCIEROS	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
RESULTADOS:.....	35
CONCLUSIONES.....	46
DISCUSIÓN.....	48
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	54

RESUMEN

Introducción la OMS define a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. En el mundo hay más de 300 millones de personas con este padecimiento y hoy en día se encuentra como uno de los trastornos mentales más importantes en los enfermos crónicos, debido a su aumento significativo en los últimos años.

Objetivo: Determinar el grado de depresión en personas con enfermedad renal crónica que cursan con Hemodiálisis Ambulatoria en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS de Tapachula, Chiapas.

Material y Métodos: Estudio Observacional, descriptivo, transversal que incluirá pacientes en hemodiálisis de todas las edades, en el cual se evaluará la depresión por medio de la encuesta de Beck-BDI2.

Resultados: En el cual se obtuvo una muestra de 383 personas. La edad promedio fue de 52 ± 14.7 . En dicha encuesta se establece que 81.7% de la población en estudio presenta un grado de depresión al momento de realizar el estudio. De los cuales 91 tienen un grado leve, 156 moderado, 66 grave y el resto no la presentan.

Conclusiones: En estos casos 8 de cada 10 pacientes tiene un grado depresión de los cuales 5 son hombres y 3 son mujeres en los que se verían afectados por la terapia de sustitución renal y la depresión por el proceso mismo.

Palabras Clave: Determinación, Grado, Depresión, Hemodiálisis Ambulatoria, Beck-BDI2.

MARCO TEÓRICO

Según la OMS la depresión es un trastorno mental causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño laboral y la capacidad para afrontar la vida diaria. ⁽¹⁾ Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. ⁽²⁾

En el mundo más de 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4.4% de la población mundial, con un incremento entre el 2005 y 2015 de más del 18% por lo que este padecimiento puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración, e intensidad de moderada a grave, también se ha visto que puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares; y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. ⁽¹⁾

La prevalencia mundial de la depresión, varía según la Región, desde una prevalencia menor de 2.6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a una prevalencia de 5.9% en las mujeres de la Región de África. ⁽³⁾

Además, es considerada la enfermedad mental más frecuente, afectando más a la mujer que al hombre (5.1% VS 3.6%), contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. En los últimos años se ha clasificado como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7.5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y en proyecciones para el 2020 se ubicará como la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. ^(2, 3)

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, las cuales constituyen alrededor del 5% de la población, a pesar de ello casi 7 de

cada 10 personas no reciben el tratamiento que necesitan, declara la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ⁽³⁾

En México, la Universidad Nacional Autónoma de México declaró durante el 2019, que 15 de cada 100 habitantes sufren depresión y que esta cifra podría aumentar, ya que algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que padecen esta afección; así como también que no se trata de una enfermedad exclusiva de gente adulta, pues casi seis millones de niños y adolescentes de entre 12 y 22 años de edad la sufren y manifiestan mediante irritabilidad o violencia. ⁽⁴⁾

De acuerdo con la información de la encuesta ENSANUT 2012, se calculó la prevalencia de síntomas depresivos que fueron significativos, es decir el conjunto de síntomas que podrían indicar algún estado de depresión. Se encontró que 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos. Se hace mención de que la prevalencia de estos síntomas, en todos los grupos de edad fue mayor en mujeres que en hombres, principalmente en los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años. ⁽⁵⁾

Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales: Trastorno o episodio depresivo mayor o Distimia, que es una forma persistente o crónica de depresión leve; con síntomas similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos. ⁽³⁾

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R), la American Psychiatric Association clasifica a la depresión de la siguiente manera. Criterios diagnósticos de depresión mayor:

- ❖ A. Al menos uno de los siguientes dos estados de ánimo debe estar presente e interferir en la vida de la persona:
 1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas.

2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
- ❖ B. Al menos 5 de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:
 1. Ánimo depresivo (irritabilidad en los niños o ancianos) como se define en A1
 2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2
 3. Alteraciones del peso o apetito, ya sea pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnía.
 5. Alteraciones de la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros)
 6. Fatiga o pérdida de energía
 7. Auto reproche o culpabilidad inapropiada
 8. Pobre concentración o indecisión
 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio
 - ❖ C. Los síntomas no son debidos a psicosis
 - ❖ D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto o episodio hipomaniaco.
 - ❖ E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos o drogas ilícitas.
 - ❖ F. Los síntomas no son por una pérdida normal.

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos hay pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. ⁽²⁾

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. ⁽²⁾ Las personas con episodios leves tienen dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, sin embargo, estas personas se pueden tratar sin necesidad de medicamentos. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas, y en el tratamiento son necesarios los medicamentos y psicoterapia profesional. ⁽¹⁾

Las personas expertas en la salud pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o en su caso medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. ⁽⁶⁾

Se hace mención de tratamientos eficaces para la depresión, ya que más de la mitad de los afectados en todo el mundo (más del 90% en varios países) no reciben esos tratamientos. Entre las principales dificultades para una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otro obstáculo para la atención eficaz es la evaluación errónea. ⁽³⁾

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental. Aunque la depresión puede afectar a personas de todas las edades, de todas las ocupaciones y condiciones sociales, el riesgo de sufrir depresión se incrementa a causa de la pobreza, el desempleo, acontecimientos vitales importantes como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación sentimental, una afección física o problemas causados por el consumo de alcohol u otras sustancias. ⁽⁴⁾

La depresión es más común en aquellos con múltiples afecciones crónicas, lo que la convierte en un importante factor de riesgo para todas las enfermedades crónicas de salud. ⁽⁷⁾

Tomando en cuenta las principales causas generales de tensión con que se enfrentan en el mundo, muchos enfermos crónicos se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. ⁽⁸⁾

En las últimas décadas ha habido un aumento en el número de personas mayores con enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes mellitus (DM), que son los principales factores de riesgo de enfermedad renal crónica (ERC). ⁽⁹⁾

La ERC puede afectar aproximadamente al 10% de la población mundial, la cual tiene una prevalencia global del 11% al 13% con una etapa mayoritaria en el estadio tres. La ERC es una carga de salud global con un alto costo económico para los sistemas de salud y es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. Todas las etapas de la ERC están asociadas con un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad prematura y/o disminución de la calidad de vida. ⁽⁹⁾

Las personas con diversas formas de enfermedad crónica renal, experimentan una alta carga de síntomas, una calidad de vida deteriorada y un daño de la función que puede predisponerlos a un mayor riesgo de depresión. ⁽¹⁰⁾

Las estimaciones de prevalencia de la depresión en la enfermedad renal crónica varían ampliamente en los estudios existentes (según el estadio de la ERC y las herramientas utilizadas para el diagnóstico). Esta variación es debida a la herramienta de diagnóstico utilizada, que va del 22.8% en entrevistas psiquiátricas

estandarizadas, al 39.3% en herramientas de detección de síntomas depresivos.⁽¹¹⁾

Estudios anteriores, han confirmado que la prevalencia de la depresión basada en entrevistas en la ERC en etapa 5 fue del 22,8% (intervalo de confianza (IC) 18.6–27.6), pero las estimaciones fueron menos precisas para las etapas de ERC 1 a 5 (21.4% (IC) 11.1–37.2).⁽¹¹⁾

La enfermedad renal en etapa terminal se define como insuficiencia renal lo suficientemente grave como para requerir diálisis de mantenimiento o trasplante de riñón para mantener la salud o la vida. La diálisis de mantenimiento incluye dos principales tipos: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (PD).⁽¹²⁾

Algunos estudios han establecido que la etiología de la depresión en pacientes con ERC está asociada con los niveles elevados de citosinas pro inflamatorias, particularmente necrosis tumoral alfa y la interleucina IL-6, que podrían ser vinculadas a efectos secundarios cardiovasculares que aceleran la progresión de la enfermedad y el inicio de diálisis con una tasa alta de filtración glomerular.⁽¹³⁾

Muchas personas con ERC que requieren tratamiento por hemodiálisis (ERC etapa 5) reportan angustia psicológica severa pues los pacientes tienen que adaptarse a las implicaciones disruptivas y permanentes de la enfermedad en su salud física, identidad, emociones, familia, estilo de vida, relaciones y empleo. La fatiga abrumadora, los regímenes de tratamiento complejo, los efectos secundarios y las restricciones de líquidos y dieta, implican una vida limitada de los pacientes.⁽¹⁴⁾

Otro problema importante relacionado con la depresión es el impacto nocivo que causa en la calidad de vida de los pacientes, que es aún más relevante cuando ocurre en una población que a menudo presenta múltiples comorbilidades y una rutina estresante que involucra altos niveles de estrés físico y mental.⁽¹⁵⁾

Es por ello que la depresión en los pacientes en terapia sustitutiva de la función renal es de relevancia clínica y económica, ya que se asocia con un mayor uso de los servicios de emergencia, hospitalización y costos de tratamiento médico, y aumenta el riesgo de muerte en un 45%. ⁽¹⁵⁾ Además la depresión en estos pacientes también está asociada con malos resultados psicosociales y médicos. ⁽¹⁶⁾

Por otra parte, el personal sanitario y los propios pacientes en ocasiones no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda, por ello es importante que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten mayor atención a las necesidades especiales de este grupo de pacientes en la población. ⁽¹⁷⁾

Como hemos podido observar, es imprescindible contar con un marco legislativo apropiado, basado en las normas internacionales sobre derechos humanos, para ofrecer los servicios de la mejor calidad a las personas con enfermedades mentales y a quienes cuidan de ellas. Durante los últimos años, los programas de la OMS han creado un marco mundial para la actuación en los países, apoyando la meta de los gobiernos de fortalecer y mejorar la salud mental, de basar los planes de acción y las políticas en estrategias útiles y eficaces. ⁽⁴⁾

La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres. ⁽⁴⁾

Si bien, existen muchos instrumentos disponibles para medir la depresión, la Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II) está compuesta por 21 ítems. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los

instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, también ha sido probada y utilizada ampliamente con la población en todos los entornos clínicos. ⁽¹⁸⁾

Las herramientas de detección simple que pueden ser auto informadas pueden ayudar a identificar pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que son elegibles para el tratamiento. Esto es particularmente importante dadas las recomendaciones recientes para incorporar los resultados informados por los pacientes en la atención clínica, y la disponibilidad de terapias potencialmente efectivas para la depresión en las modalidades de terapia renal sustitutiva. ⁽¹⁹⁾

Se han realizado estudios previos sobre la depresión en personas en tratamiento con Hemodiálisis, como los que se muestran a continuación.

Khan *et al.* Hicieron un estudio en el 2017, investigaron la prevalencia y los predictores de depresión en pacientes con Hemodiálisis, utilizaron la escala del Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS) e Inventario de depresión de Beck. Al inicio 209 pacientes completaron el cuestionario inicial, posteriormente 216 y 213 completaron el cuestionario en el segundo y último seguimiento. La prevalencia de depresión entre los pacientes al inicio, la 2da visita y la visita final fue del 71.3, 78.2 y 84.9%. Los resultados mostraron que el tratamiento administrado a pacientes, (OR=0.347, $p=0.039$) tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de depresión en la visita final. ⁽²⁰⁾

Debnath *et al.* Durante el 2017 realizaron un estudio transversal en Texas, EUA, en el cual investigaron la calidad de vida relacionada con la salud y la carga de depresión de los mexicoamericanos en etapa final de la ERC. Se utilizó el cuestionario Beck II y el (KDQOL-SF) de calidad de vida. Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión severa fue del 40%. Las diferencias más significativas entre los grupos deprimidos y no deprimidos fueron los síntomas y la

lista de problemas, función cognitiva y bienestar emocional ($P < 0.0001$ para todos).⁽¹⁷⁾

Juan NG *et al.* Realizaron un estudio durante el 2009 al 2011 en Singapur, en pacientes de fundaciones nacionales renales. El personal de enfermería aplicó la encuesta a 159 pacientes, y realizó un seguimiento 12 meses después. La escala utilizada fue la del Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS). Se demostró que los niveles medios de síntomas de ansiedad y depresión se mantuvieron sin cambios durante 1 año con 44.7-54.1%. Mientras que la mayoría de los pacientes tenían síntomas persistentes de angustia (39.6% y 31.8% para depresión y ansiedad, respectivamente).

Un total de 12.7-18.5% los pacientes tenían síntomas de depresión/ansiedad de nueva aparición o síntomas que disminuían con el tiempo.⁽²¹⁾ Palmer *et al.* Llevaron a cabo una revisión sistemática y meta análisis de estudios observacionales en el 2012, para resumir la prevalencia puntual de los síntomas depresivos en adultos con ERC, se buscó en MEDLINE y Embase. Se incluyeron a 249 poblaciones (55,982 participantes). La etapa 5D de la ERC fue del 22,8% (IC, 18,6–27,6), las estimaciones fueron algo menos precisas para las etapas 1–5 de ERC (21,4% (IC, 11,1–37,2).

Utilizando escalas de calificación auto administradas o clínicas, en la prevalencia de síntomas depresivos para ERC el estadio 5D fue mayor (39.3% (IC, 36.8–42.0) en relación con la ERC etapas 1–5 (26.5% (IC, 18.5–36.5). Se sugirió que la escala de auto informe puede sobreestimar la presencia de depresión. La prevalencia meta analítica general fue de 34.0% (IC, 31.9–36.2)⁽²²⁾

JUSTIFICACIÓN

La depresión se considera uno de los trastornos mentales más comunes de la enfermedad renal crónica (ERC), debido a su asociación con una disminución de la calidad de vida y una mayor mortalidad de los pacientes, por lo que el reconocimiento y tratamiento oportuno de este padecimiento en los pacientes, reviste de una importancia decisiva para una calidad óptima en la atención.

El abordaje de las preferencias y necesidades del paciente para la mejora de la atención médica, se reconoce cada vez más como un componente esencial de una mejor prestación de los servicios de salud, particularmente para pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal.

Las personas con ERC experimentan una gran carga de síntomas somáticos, angustia psicológica severa y una función de discapacidad que puede predisponerlos a un mayor riesgo de depresión; a pesar de ello por lo general las enfermeras y los médicos que atienden a un paciente con hemodiálisis, no reconocen los síntomas característicos de la enfermedad y por lo tanto la mayoría de ocasiones, estos problemas permanecen sin diagnosticar.

El presente estudio que se llevará a cabo, apoyará al fortalecimiento de los sistemas de información sobre la depresión, considerando que el médico tratante tome en cuenta las características del paciente en hemodiálisis, y busque de forma intencionada y periódica los síntomas que conducen a la depresión, con la finalidad de realizar un diagnóstico preciso, así como mejorar la adherencia y oportunidad al tratamiento, incluyendo el cuidado mental de los pacientes.

Los beneficios que se esperan obtener son, instaurar en el Hospital General de Zona No.1 y en la unidad médica familiar 11 estrategias de asistencia médica e información para el abordaje de la depresión en este tipo de pacientes, con actividades de promoción a la salud mental en pacientes de todas las edades, y así de esta manera poder crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el

bienestar mental y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados.

También se busca que con los resultados obtenidos en esta investigación se mantenga un programa permanente de prevención de enfermedades mentales, aplicando una encuesta para su identificación, lo anterior con el apoyo del equipo de atención médica de la unidad de hemodiálisis, para así facilitar el reconocimiento de pacientes de alto riesgo de depresión, y remitirlos a un especialista para una evaluación formal de la salud mental.

Finalmente apoyará a fomentar la capacitación de todo el personal sanitario que debe enfrentarse con los problemas y trastornos relacionados con los enfermos crónicos, incluyendo a la depresión en este grupo vulnerable de pacientes con hemodiálisis, y se podrá recomendar la aplicación de intervenciones psicosociales y farmacológicas por parte de un equipo multidisciplinario enfocado a este grupo de pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. La depresión constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes en la población, y tiene un riesgo de por vida del 7% en las personas. Hoy en día se encuentra como uno de los síndromes más comunes que afectan a los pacientes con enfermedades crónicas debido al aumento significativo de su magnitud en los últimos años, y se espera que, durante la próxima década, se encuentre relacionado con las primeras causas de mortalidad en este grupo de personas.

La depresión es a la vez una enfermedad y un factor de riesgo de otras enfermedades, también es una causa importante de disfunción cognitiva, deterioro las actividades funcionales de la vida diaria y de disminución de la calidad de vida. Aunado a que se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares y cognitivas, así como al aumento de la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

Además, la depresión es un predictor independiente de estancia hospitalaria prolongada y hasta dos tercios de los suicidios de ancianos en todo el mundo se atribuyen a la depresión mayor.

Este padecimiento a menudo es reversible con un reconocimiento rápido y un tratamiento adecuado. Sin embargo, los problemas de salud mental en ocasiones no se diagnostican ni se tratan adecuadamente en esta población y es frecuente que los síntomas de este trastorno se pasen por alto, porque coinciden con otros problemas; en este contexto se puede dar lugar a la aparición de deterioro físico, cognitivo, funcional y social, así como a una disminución de la calidad de vida, y retraso en la recuperación de enfermedades médicas.

El impacto que puede causar sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes, hipertensión y artritis reumatoide.

Por otra parte, la ERC puede llegar a afectar al 10% de la población mundial, llegando a ser una carga de salud global con un alto costo económico para los sistemas de salud. Todas las etapas de la ERC están asociadas con un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad prematura con afectación a la calidad de vida, pues los pacientes experimentan muchos síntomas debilitantes, incluyendo fatiga, prurito, insomnio y calambres.

Se ha visto en algunos estudios que la depresión es frecuente en pacientes con hemodiálisis, a pesar de ello pocos de estos han evaluado la depresión en pacientes de todas las edades en México, y las estimaciones de prevalencia encontradas varían ampliamente en los estudios existentes debido al estadio de la ERC que se evalúa y a las herramientas utilizadas para el diagnóstico.

Por último, existe vacío en el conocimiento sobre este tema en pacientes sometidos a hemodiálisis en el HGZ-1, a pesar de ser un grupo de pacientes con riesgo de complicaciones graves.

Por tal motivo consideramos que es importante conocer:

¿Cuál es el grado de depresión que existe en personas que cursan con hemodiálisis ambulatoria del HGZ-1 de Tapachula, Chiapas?

OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Determinar el grado de depresión en personas con enfermedad renal crónica que cursan con hemodiálisis ambulatoria en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS de Tapachula, Chiapas, y en Clínica de hemodiálisis Gifyt de forma subrogada del IMSS, atendidos durante el período que corresponde de Abril del 2019 al mes de Octubre del 2020.

ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la frecuencia de la depresión, en personas de todas las edades que cursan con tratamiento de Hemodiálisis Ambulatoria.
- ❖ Describir las variables sociodemográficas de los pacientes que cursan con tratamiento de Hemodiálisis Ambulatoria.
- ❖ Describir factores modificables y no modificables de los pacientes que cursan con tratamiento de Hemodiálisis Ambulatoria.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- ❖ **Hipótesis de trabajo:** En promedio las personas que cursan con tratamiento de Hemodiálisis Ambulatoria en el HGZ 1 de Tapachula, Chiapas presentan algún grado de depresión.
- ❖ **Hipótesis Nula:** En promedio las personas que cursan con tratamiento de Hemodiálisis Ambulatoria en el HGZ 1 de Tapachula, Chiapas no presentan con algún grado de depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal.

LUGAR

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona N° 1 y Clínica de Hemodiálisis Gifyt de forma subrogada del IMSS en Tapachula, Chiapas.

TIEMPO

Corresponde de Abril del 2019 al mes de Octubre del 2020.

POBLACIÓN

Adultos de todas las edades atendidos en el Programa de Hemodiálisis Intermitente del Hospital General de Zona No. 1 de Tapachula, Chiapas de la Delegación Chiapas IMSS. Con la población de 296 Extra Hospitalario de forma Subrogada + 65 Intra Hospitalario. Con la posibilidad de cambio respecto a las defunciones o ingreso de nuevos pacientes.

MUESTRA

Muestreo: no probabilístico, a conveniencia. Se seleccionarán a los pacientes que se encuentren en las salas de espera de hemodiálisis, en ambos turnos y fines de semana, y se les aplicará la encuesta de Beck- BDI 2 para depresión, y para obtener datos generales y variables sociodemográficas y clínicas se les aplicará un segundo cuestionario.

Se aplicará la encuesta a toda la población del universo, es decir, los pacientes en hemodiálisis pertenecientes al HGZ-1 (), así como a los pacientes subrogados de otro servicio de salud externo (), con un total de población de 361 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis descriptivo de la muestra se realizó en base al IDB-II con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, medidas de frecuencia para las variables cualitativas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de todas las edades que estén siendo atendidos en el Programa de Hemodiálisis Ambulatoria en el HGZ-1, derechohabientes IMSS afiliados y vigentes pertenecientes al HGZ-1 o Subrogados de cualquier otra institución de salud y pacientes sin disminución de la capacidad cognitiva para responder la encuesta, durante el período comprendido de Abril del 2019 al mes de Octubre del 2020.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que presenten compromiso metabólico o neurológico, menores de 18 años, Y con expedientes incompletos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expediente clínico hospitalario con registros incompletos, sin afiliación y fallecidos durante el periodo del estudio, de acuerdo con las variables de interés.

Definición de variables

Variable Dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Depresión mayor	Trastorno mental que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Trastorno mental, de índole depresivo que el paciente refiera en la encuesta, de acuerdo a la sintomatología que presente.	Cualitativa Nominal	Depresión ausente: 0-9 Depresión leve: 10-18 Depresión moderada: 19-29 Depresión grave: 30-33

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Pacientes en hemodiálisis	Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal.	Paciente que se encuentra en tratamiento de sustitutivo renal, en la lista de programa de Hemodiálisis.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recolección de la información.	Periodo en años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa Razón	Cualquier número

Variables Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Género	Características biológicas que determinan a un hombre de una mujer.	Característica biológica que se obtendrá del expediente clínico.	Cualitativa Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Estado civil	Situación jurídica civil, determinada por la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo	Se obtendrá por interrogatorio directo y de acuerdo a la respuesta se categorizará en el grupo que corresponda	Cualitativa Nominal	1.- Casado 2.- Unión libre 3.- Soltero 4.- Divorciado 5.- Viudo
Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender	Grado escolar que el paciente refiera en la encuesta.	Cualitativa Ordinal	1.-Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Licenciatura 5.-Posgrado

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Personas con las que vive	Miembros de la familia que habitan en la misma casa	Número de personas con las que vive la persona entrevistada, en su casa.	Cuantitativa Razón	Cualquier número de personas
Ingreso Económico	Conjunto de ganancias que se obtiene una entidad privada o pública, o un individuo en particular	Por interrogatorio directo al derechohabiente, se preguntara al cantidad de dinero en pesos que obtiene	Cuantitativa Ordinal	1.- Ingreso bajo (hasta 1 salario mínimo por día) 2.- Ingreso Medio (2 a 4 salarios mínimos) 3.- Ingreso Alto (más de 5 salarios mínimos)
Ocupación	Actividad o trabajo.	Actividad o trabajo que el paciente refiere desempeñar	Cualitativa Nominal	1.- Empleado 2.- Estudiante 3.- Hogar 4.- Jubilado 5.- Otro

Variables Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Alcoholismo	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.	Abuso del consumo de alcohol referido por el paciente	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Tabaquismo	El tabaquismo es una adicción a la nicotina del tabaco. En la mayoría de los casos, se produce a través del consumo de cigarrillos.	Consumo del tabaco, referido por el paciente	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Diabetes	Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa en la sangre, es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina	Diagnóstico de diabetes referido por el paciente y por un comprobante como medicamentos, notas médicas o recetas.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Hipertensión	Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias.	Diagnóstico de hipertensión arterial, referido por el paciente y por un comprobante como medicamentos, notas médicas o recetas.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO

Variable Independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Hospitalización en el año anterior	Hospitalización previa por alguna complicación aguda o crónica, durante el año anterior.	Antecedente de hospitalización previa un año antes, por complicación aguda o crónica de su padecimiento, referida por el paciente, con comprobante.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Tipo de acceso vascular	Apertura hecha en la piel y vaso sanguíneo, para ingresar un catéter en el cuerpo	Tipo de acceso vascular que se le haya colocado la paciente y por el cual se le realice la hemodiálisis.	Cualitativa Nominal	1.- Temporal: catéter de hemodiálisis. 2.- Definitivo: fístula o injerto arterio venoso
Antecedente de depresión	Diagnóstico de las características que conforman la depresión, previamente a la entrevista.	Paciente que refiere haber cursado con depresión previa en algún momento de su vida.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO
Antecedente de trasplante renal	Paciente al que se le trasplantó el riñón por falta de funcionamiento del mismo.	Paciente que refiere trasplante renal, previo a la entrevista.	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO

PLAN DE TRABAJO

- Envío de protocolo al Comité Local de Investigación No. 703 y Comité de Ética en Investigación en Salud 7038 ambas de la UMF 13 para su misma autorización.
- Se solicitará una cita con el director del HGZ-1 de Tapachula Chiapas, para la autorización y recopilación de la información para la investigación.
- Se realizará una prueba piloto para el control de las variables de estudio y saber si la encuesta de obtención de datos es factible y validar la información antes de iniciar el levantamiento de la encuesta, esto se realizará durante una semana. La prueba piloto será realizada por el médico residente de Medicina Familiar.
- Una vez impresa la encuesta, se procederá a acudir a la sala de espera de Hemodiálisis, y se invitará a los pacientes a participar en el estudio, explicando de manera clara y concisa en que consiste, obteniendo la firma para el consentimiento informado.
- Una vez contestada la encuesta se procederá a su revisión con el fin de evitar fugas de información.
- La recolección de la información se realizará por el médico residente de Medicina Familiar.
- Se capturarán los datos obtenidos de las encuestas por el residente de Medicina Familiar, en una base de Excel 2013 para su posterior análisis.
- Se validará la información y de haber errores en la captura se verificar la encuesta de forma ordenado de una en una para limpiar la base. Será validado por el Médico residente de Medicina Familiar y por el asesor médico.
- Una vez validada la base de datos, se procederá a su análisis, se obtendrán medidas descriptivas.
- Los resultados se presentarán a la unidad participante, coordinadora de investigación y profesores titulares a través de una sesión con diapositivas.

ASPECTOS ÉTICOS

El actual estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Núremberg emitida en 1947 en el tribunal internacional del mismo, donde a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos. Esta declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 y 2013 en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset, Edimburgo, Seúl y Fortaleza respectivamente.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Se realizará este estudio de investigación a través de sujetos humanos: Donde el interés está centrado en la dinámica social, los efectos socioeconómicos y en los intereses comunitarios. Los proyectos diseñados como formas de investigaciones sociales, usan a las personas como "informantes". No hay beneficios personales acumulados por la investigación, tampoco los productos son las metas, sí los principios y estructuras sociales hacia donde se dirigen. Se requiere de participantes activos e integrados al equipo de investigación.

La investigación médica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Se considerará una investigación sin riesgo porque no se realizará ninguna intervención que afecte la integridad y privacidad de los encuestados, contará con el consentimiento informado por escrito, donde se le explicarán los objetivos de la investigación y los beneficios que nos proporciona al participar, al mismo tiempo que no nos perjudica que en determinado momento decida retirar su consentimiento (de acuerdo con el Título Segundo, Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Art 13, Art 14 fracción I,III,V, Art 16, 17, fracción I, Art. 18, 20, 21 fracción I,IV, V, VI,VII. Art. 22).

Así como Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

En la publicación de los resultados de este trabajo de investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

En toda investigación en personas, como es el caso de este proyecto cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

En el caso de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

También se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación. Las BPC fueron desarrolladas por las autoridades regulatorias de Europa, Estados Unidos y Japón en un grupo llamado la Tripartite International Conference on Harmonization (ICH).

El acuerdo, formalizado en 1996, comenzó a ser efectivo en 1997. Tras su entrada en vigor, las BPC consiguieron el reconocimiento internacional como las mejores prácticas. De este modo, se convirtieron en la guía de referencia que siguen la mayor parte de las agencias reguladoras a la hora de crear normativas nacionales para la realización de Ensayos Clínicos.

RECURSOS

HUMANOS

- 1.- Dr. José Hermilo Cruz de Aquino (médico residente)
- 2.- Dr. Julio Cesar Barrios Aguilar (investigador principal/ asesor metodológico)

FÍSICOS

Computadora personal Samsung, paquetería estadística (Excel® 2013, IBM SPSS Statistics® 21), 1 impresora hp 2135, encuestas, 400 hojas blancas, 15 lapiceros, 15 lápices, 8 correctores, 3 gomas, 2 sacapuntas, 1 Memoria Externa tipo USB de 16 Gb, 1 carpeta para el resguardo de las encuestas y 1 tabla de plástico.

FINANCIEROS

Proporcionados por el investigador principal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

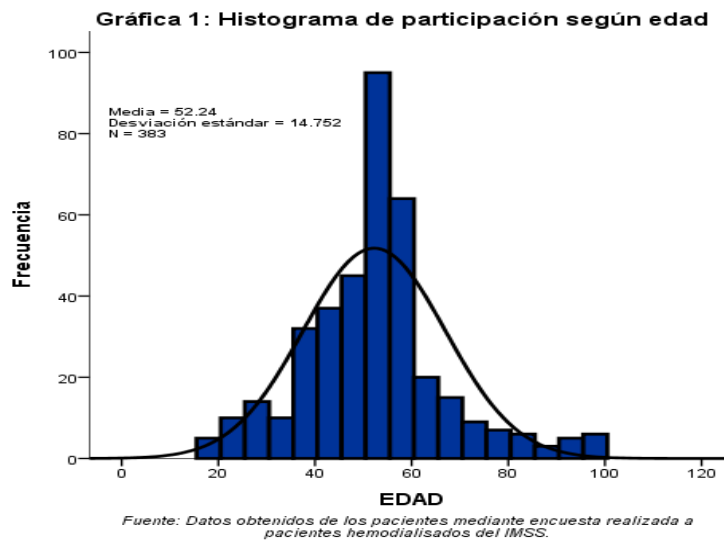
ACTIVIDADES	ABR 19	MAY 19	JUN 19	JUL 19	AGO19	ABR20	JUN20	NOV20	MAY21
Búsqueda del tema	X								
Marco teórico		X							
Justificación		X							
Planteamiento Problema			X						
Objetivos			X						
Hipótesis			X						
Material y métodos				X					
Aspectos éticos				X					
Presentación del protocolo					X				
Análisis del comité					X				
Valoración por SIRELSIS						X			
Recolección de datos							X		
Análisis de datos								X	
Resultados y análisis									X

RESULTADOS:

Durante el periodo del mes de abril 2019 a octubre de 2020, se llevó acabo el estudio de investigación de “determinación del grado de depresión en personas que cursan con hemodiálisis ambulatoria del HGZ-1 de Tapachula, Chiapas”.

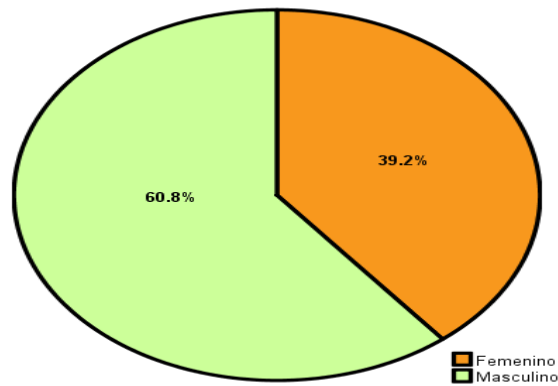
En el cual se obtuvo una población de 383 personas sujetas a estudio y que decidieron participar libremente, en el análisis realizado de dicho estudio se describe la población en estudio de forma general, sociodemográfica, clínica, etapas de depresión y la relación de ésta con las otras variables en estudio para obtener una mejor comprensión del proceso de hemodiálisis de las personas y en su caso poder determinar su estado de depresión.

Generalidades



La participación de pacientes de hemodiálisis, fue del 106% de la cual la edad $\mu = 52 \pm 14.7$ $Mo = 57$ $Me = 53$ $S^2 = 217.6$ obteniendo una distribución normal, simétrica y una curtosis leptocúrtica ya que los datos se encuentran más concentrados hacia la media, encontrando en la medida de dispersión $S = 14.7$ $S^2 = 217.6$ (Gráfica 1). En la gráfica 2, se considera la participación por género siendo el masculino quien tuvo mayor presencia en el estudio realizado con un 60.8 % (n=232) comparado con las mujeres 39.2% (n=150)

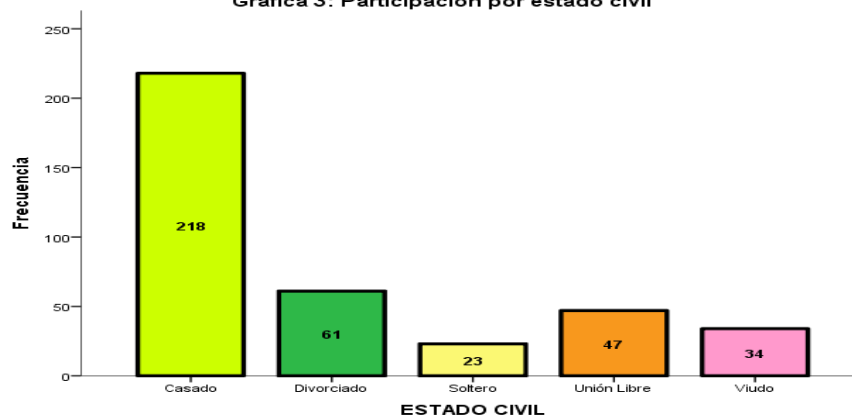
Gráfica 2: Porcentaje de participación por género



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes del imss hemodializados.

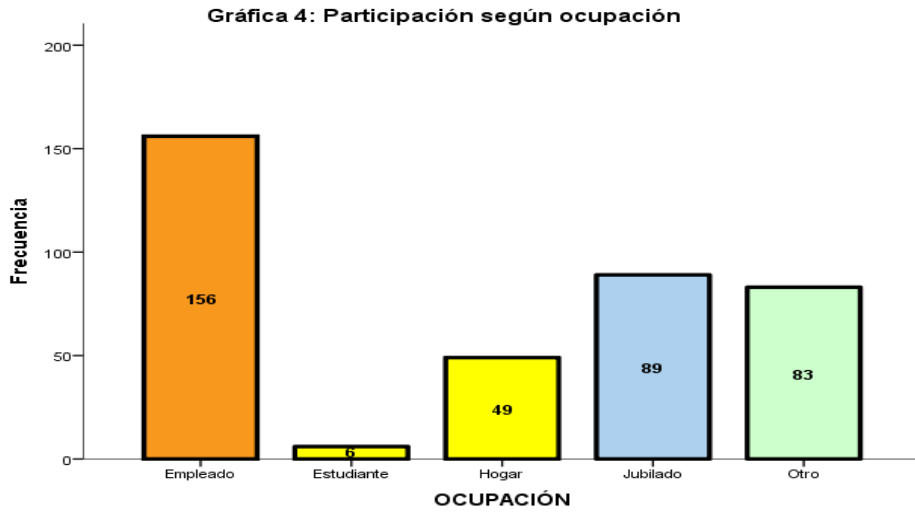
En cuanto a la participación de su estado civil de los participantes, el mayor porcentaje es de casados con 218 (56.9%), unión libre 47 (12.3%), solteros 23 (6%) y el 24.8 % en algún momento de su vida, convivieron en pareja. Se determinó su estado civil al momento de la aplicación de la encuesta (Gráfica 3).

Gráfica 3: Participación por estado civil



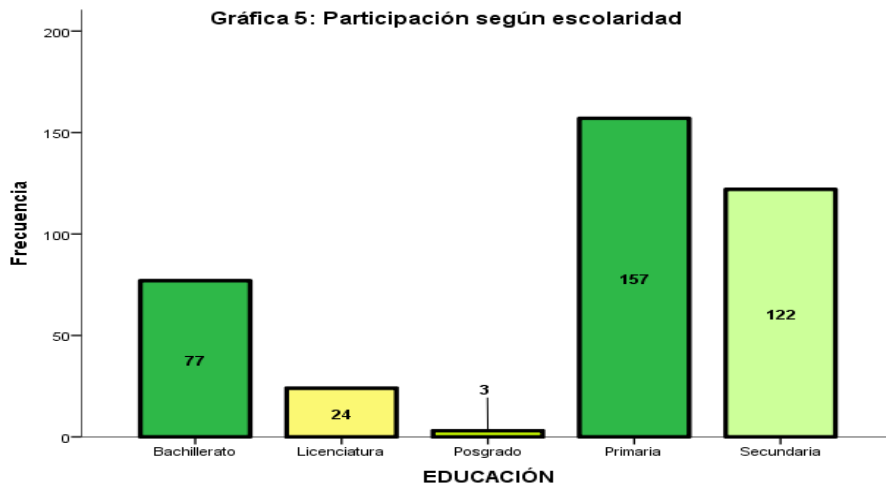
Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes del imss hemodializados.

De los 383 participantes, el 40.7% (n=156) son empleados de alguna empresa o institución de esta ciudad, 23.2% (n=89) ya se encuentra jubilados de su centro laboral, el 21.7 % (n=83) su ocupación laboral es diversa debido a sus horarios de trabajo y estabilidad del mismo debido a otros factores, el mínimo de participación de estudiantes 1.6% (n=6). (Gráfica 4)



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes del imss hemodializados

En cuanto al grado de estudio que tienen al momento del estudio, el 100% de la población en estudio sabe leer y escribir, siendo el mínimo grado de escolaridad la educación básica con el 72.8% (n=279) y el máximo grado el de postgrado 0.8 (n=3) la cual se representa en la gráfica 5.



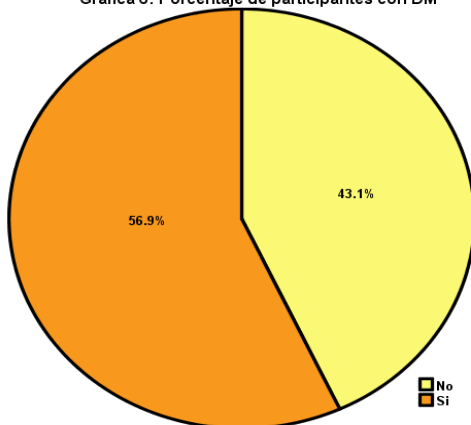
Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

Este estudio se realizó para determinar el grado de depresión en las personas con hemodiálisis, y para ello el analizar estas variables coadyuva a poder establecer su depresión en el caso de que se encuentre y que nivel tienen al momento del estudio.

Ya que, tanto la edad, estado civil, ocupación laboral y escolaridad pueden ser factores que lleguen a predisponer una depresión en la persona en algún momento de su vida, ya sea, antes o después de terapia renal sustitutiva (hemodiálisis).

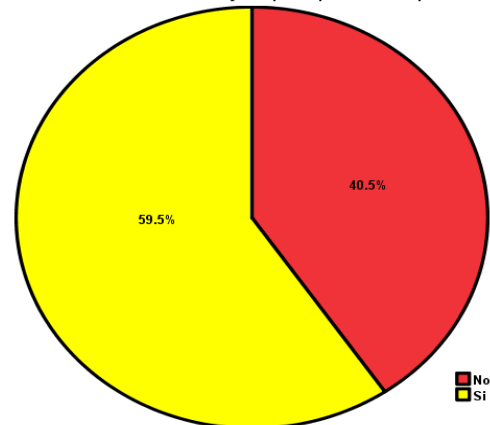
Salud

Gráfica 6: Porcentaje de participantes con DM



Fuente: Datos Obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

Gráfica 7: Porcentaje de participantes con hipertensión



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

En la descripción de la población, para dicho estudio se tuvo en cuenta los padecimientos concomitantes como lo es la DM y la HTA, en relación a su proceso de hemodiálisis en donde puede influir a una depresión en un determinado momento en la persona. El 56.9 % (n=218) tiene un diagnóstico de DM y el 59.5% (n=228) HTA confirmado. (Gráficas 6 y 7)

En la tabla 1, se relacionan la DM – HTA en donde encuentra que el binomio DM – HTA está representado con el 35.2% (n=135), el cual es un factor que interviene y afecta la salud del paciente llegando a complicar la funcionalidad renal de mismo. En un mediano o largo plazo estos pacientes llegaron a diagnóstico de insuficiencia renal y posterior a una terapia renal sustitutiva (hemodiálisis).

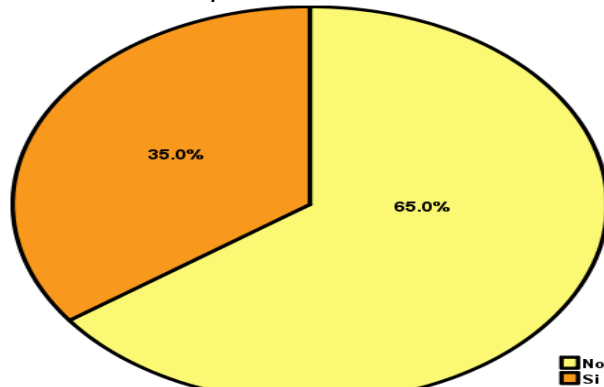
Tabla 1: Relación DM - HTA

		HTA		Total
		No	Si	
DM	No	72	93	165
	Si	83	135	218
Total		155	228	383

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta al paciente hemodializado del IMSS. Elaboración propia.

El estar hospitalizado también es un factor que contribuye a un proceso de depresión en su momento, el año anterior al estudio el 35 % (n=134) refirió haber estado internado en el IMSS, por causas inherentes a su padecimiento actual y/o otras diferentes. (Gráfica 8)

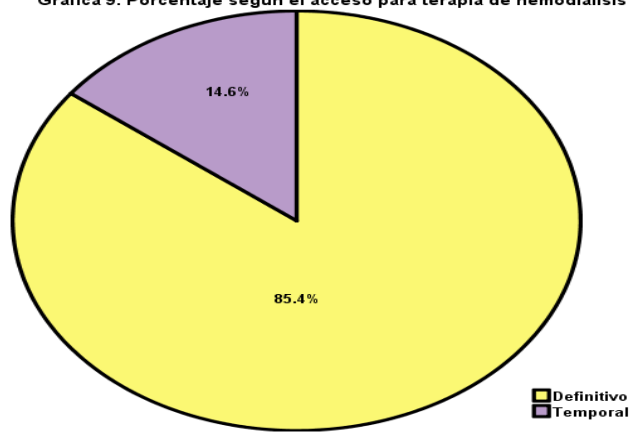
Gráfica 8: Porcentaje de participantes que estuvieron hospitalizados el año anterior



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

El acceso para la terapia de hemodiálisis, conlleva igual una parte emocional en el paciente, ya que el tener un catéter temporal o uno definitivo les ayuda a sobrellevar su padecimiento, en este estudio el 85.4% (n=327) tienen un acceso definitivo y el 14.6 % (n=56) es temporal. (Gráfica 9)

Gráfica 9: Porcentaje según el acceso para terapia de hemodiálisis



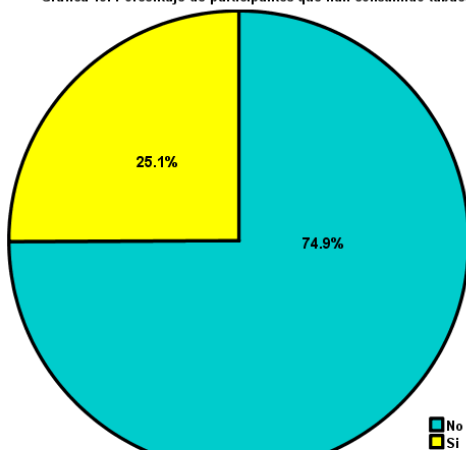
Fuente: Datos obtenidos mediante los pacientes de hemodiálisis del IMSS

Hábitos

De acuerdo al estudio realizado, los hábitos referentes al consumo de alcohol y tabaco, al momento las personas refirieron haber consumido o consumen uno de estos o ambos en un momento determinado.

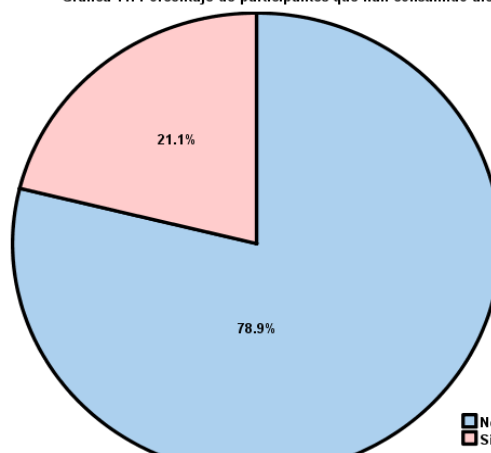
El 25.1% (n=96) refirió el consumo de tabaco mientras que el 21.1% (n=81) el alcohol. (Gráficas 10 y 11)

Gráfica 10: Porcentaje de participantes que han consumido tabaco



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

Gráfica 11: Porcentaje de participantes que han consumido alcohol



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta aplicada a derechohabientes hemodializados del imss

En la tabla 2, se relaciona el consumo de tabaco y alcohol como un hábito en los pacientes de hemodiálisis, donde se establece que el 6.8% (n=26) consume

ambos, y teniendo en cuenta estos productos son nocivos para la salud y mayormente en quienes tiene un diagnóstico de DM, HTA o IRC con terapia sustitutiva hemodiálisis.

Se puede tomar en cuenta que, muchas personas en un estado de depresión acuden a estos hábitos de consumo en ocasiones, teniendo la percepción de que les alivia un poco su estado emocional.

Tabla 2: Relación Tabaco - Alcohol

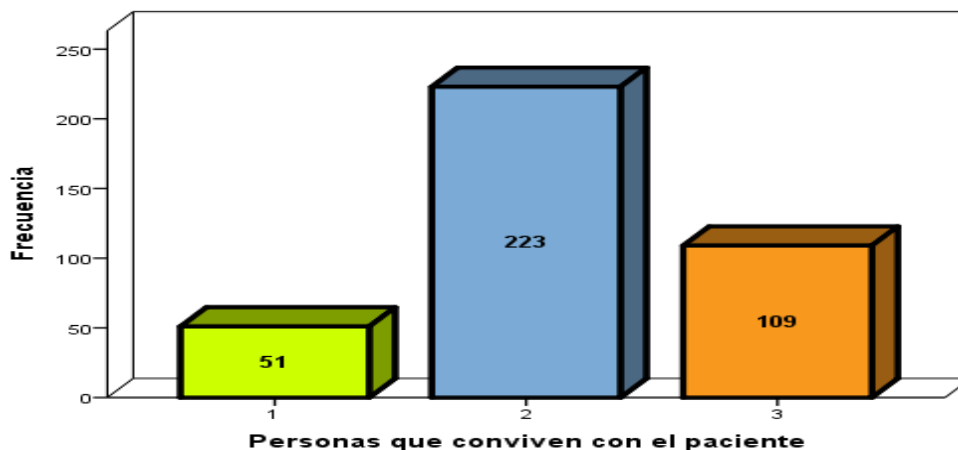
		TABACO		Total
		No	Si	
ALCOHOL	No	232	70	302
	Si	55	26	81
Total		287	96	383

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta al paciente hemodializado del IMSS. Elaboración propia

Depresión

Esta se puede definir como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por diversos factores presentes en la persona como son la tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Gráfica 12: Convivencia de personas con el paciente en promedio



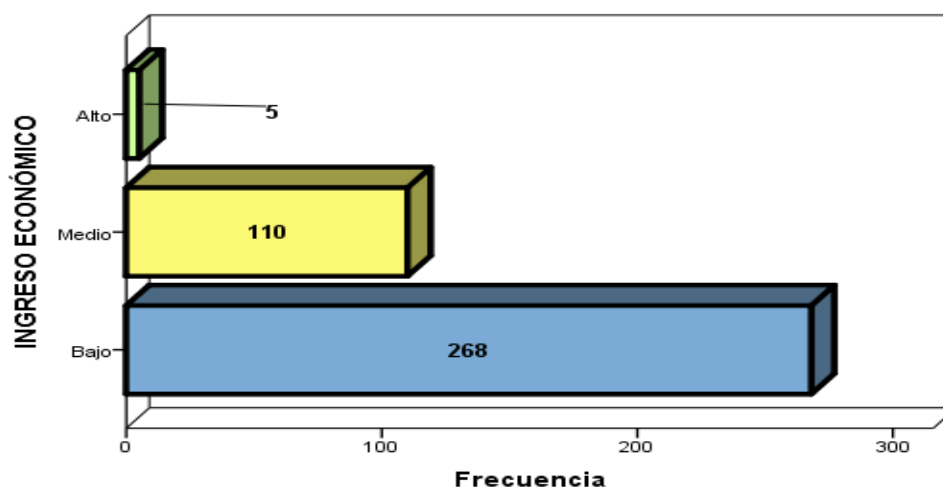
Fuente: Datos obtenidos mediante interrogatorio con el paciente de hemodiálisis del IMSS

En el presente estudio se analiza el nivel de depresión de los pacientes con hemodiálisis del HGZ 1 del IMSS de esta Ciudad de Tapachula. En donde observamos la convivencia con sus familiares y en promedio con cuantas personas tienen una relación estrecha dentro de la misma vivienda, en la gráfica 12 se representa el 58.2 % (n=223) refiere que en promedio 2 personas tiene una convivencia con el paciente de hemodiálisis y el 28.5% (n=109) convive con 3 personas, mientras que un mínimo porcentaje sobrelleva solo su padecimiento.

Otro factor que puede influir en que la persona llegue a un nivel de depresión en su estado de salud es la situación económica, el tener un ingreso mínimo, medio o alto puede ayudar al paciente a nivel su autoestima o su estado emocional. En este estudio se midió el nivel económico según el salario mínimo establecido en el 2020 (\$123.22) estableciendo el nivel bajo hasta 3 salarios, medio hasta 5 y alto mayor a 5 salarios mínimos.

En la gráfica 13, se representa el recuento de los participantes que se agrupan en cada uno de estos niveles económicos según su ingreso referidos por el propio paciente de hemodiálisis al momento el estudio.

Gráfica 13: Nivel económico según el ingreso



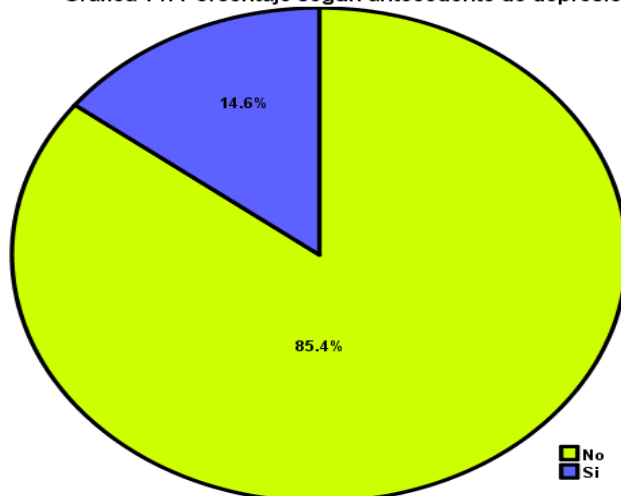
Fuente: Datos obtenidos mediante interrogatorio con el paciente de hemodiálisis del IMSS. Nivel organizado de acuerdo al Salario Mínimo Nacional Vigente en el 2020, \$123.22. Bajo hasta 3 salarios mínimos, Medio hasta 5 salarios y Alto más de 5 salarios mínimos. Elaborado por el Residente de Medicina Familiar José Hermilo Cruz de Aquino.

De la población en estudio, 268 (70%) refirieron tener un ingreso de hasta 3 salarios mínimos, 110 (28.7%) hasta 5 salarios y el resto comentó un ingreso superior a éste.

La economía en la mayoría de los pacientes se ven afectada por su ingreso económico, tomando en cuenta que el 40.7% son empleados, 21.7 % tiene ocupación diversa y 12.8% se dedica al hogar. Esto puede abonar a que el paciente pueda llegar a tener o presentar depresión en un determinado momento.

En la gráfica 14, se representa el porcentaje según la percepción del paciente al referir un antecedente de haber presentado depresión. El 14.6 % (n=56) refirió que presentó depresión o se sintió deprimido en un momento de su vida, mientras que el 85.4% no lo describió como tal. De los 56 que refieren haber tenido depresión, 30 son hombres y 26 mujeres. Conforme al nivel económico, 41 tienen un nivel bajo, 14 medio y 1 alto.

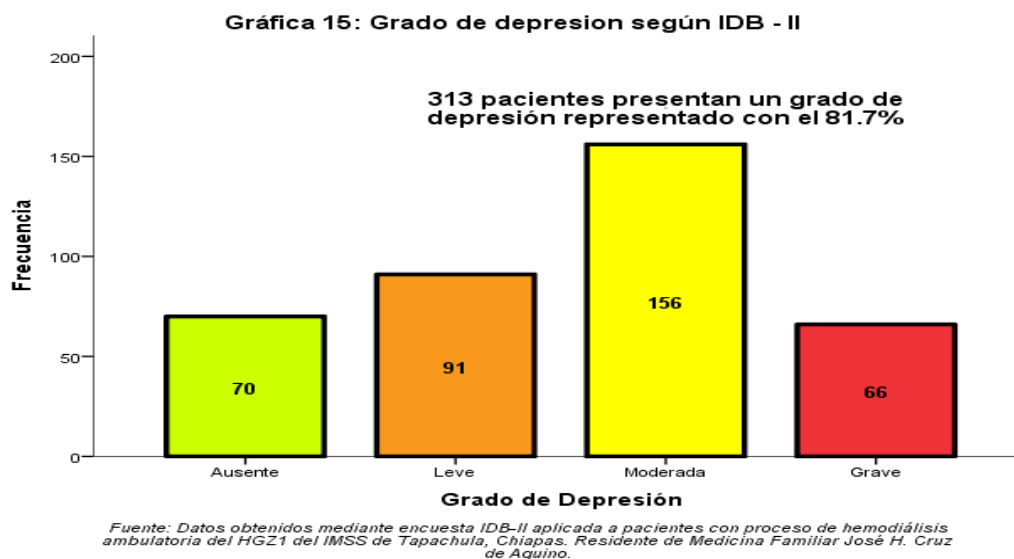
Gráfica 14: Porcentaje según antecedente de depresión



Fuente: Datos Obtenidos mediante interrogatorio con el paciente de hemodiálisis del IMSS

En cuanto a la convivencia de los 56 el 41.1 % (n=23) de los pacientes que viven con 2 personas refirieron depresión, 33.9% (n=19) que comparten con 3 personas y el 25 % (n=14) que viven o están solos describen tener o haber tenido depresión.

Con estos referentes que el mismo paciente nos expresó en la encuesta aplicada en la clínica de hemodiálisis, se realiza un segundo cuestionario enfocado a depresión es el IDB – II en la cual mediante los ítems se va asignando un valor a cada uno, y al termino se suman para obtener dentro de la escala que establece este cuestionario el grado de depresión del individuo a analizar.



En dicha encuesta se establece que 81.7% de la población en estudio presenta un grado de depresión al momento de realizar el estudio. De los cuales 91 tienen un grado leve, 156 moderado, 66 grave y el resto no la presentan.

De los pacientes que tienen un grado de depresión grave; 44 son hombres y 22 mujeres, grado moderado; 92 son hombres y 64 mujeres, grado leve; 57 hombres y 34 mujeres. Determinando que es más frecuente en el género masculino que el femenino en este estudio realizado.

Como se mencionó anteriormente el factor económico influye en el estado emocional del paciente y de los 313 que presentan un grado de depresión, 107 con un nivel bajo presentan un grado moderado, 45 un grado grave y 64 leve. De nivel económico medio; 27 están en grado leve, 47 moderado y 19 grave. Y de nivel alto solo 4 personas presentaron un grado de depresión por otros factores diversos aislados del recurso económico.

El que se llegue a complicar la salud de paciente lo lleve a una hospitalización de corta o larga estadía, también puede coadyuvar a un grado de depresión y los 134 pacientes que refieren haber estado hospitalizados el año anterior a este estudio. Se estableció un grado de depresión, 29 nivel leve, 56 moderado y 20 grave.

Son muchos los factores que pueden llevar a una depresión a un individuo sano, una persona con un padecimiento crónico degenerativo como lo es la DM, HTA y IRC son predisponentes a que esta persona llegue a presentar un grado de depresión en un corto o mediano plazo durante la evolución de su enfermedad y puede ser que el paciente no lo detecte y en un momento determinado se llegue a complicar con todo lo que le suceda en su entorno social, económico y estado de salud.

CONCLUSIONES

Podemos concluir después del análisis de nuestros datos obtenidos referentes al grado de depresión en los pacientes hemodializados, la familia es un factor importante que influye en los pacientes que cursan una patología de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La patología de ERC en el paciente menoscaba su interés en su persona por todo el contexto que el diagnóstico conlleva, al percibir que su entorno se verá cambiado de forma radical cuando la ERC se ve avanzado y finaliza en una terapia de sustitución renal (hemodiálisis).

En el IMSS, los pacientes ambulatorios hemodializados el 86.7% de las personas en estudio sobrellevan su proceso acompañado de un familiar, y la convivencia en casa le es más cómoda en este proceso. El proceso de la hemodiálisis es muy agotador para la persona que no cuenta con acompañante se torna aún más pesado y este puede ser un factor que abona a un estado depresivo leve a moderado según sea las circunstancias.

Cuando la depresión inicia en la persona sin darse cuenta de ello, inicia a sustituir esas ausencias tanto de la familia, amigos o parejas. En los hábitos del cigarro o el alcohol en algunas ocasiones el 6.8% de este estudio tiene ambos hábitos, así también, hay quienes solo tiene un hábito 96 personas fuman y 81 ingieren alcohol.

Esta situación a su estado de salud no es muy recomendable en un paciente hemodializado, ya que, el 35.2% padece diabetes e hipertensión. El grado de depresión en el paciente a veces no corresponde con la percepción misma del individuo, ya que ellos han externado no sentirse deprimidos cuando el 81.7% presenta un grado depresivo desde leve hasta grave, es por ello que la persona no reconozca que sufre depresión cuando ya tiene un tiempo de evolución en el individuo que llega a pasar desapercibido o la costumbre de estar en ese estado depresivo hace que la persona no solicite ayuda profesional.

En el sexo femenino se podría relacionar de cierta forma por propensión, en el ámbito social al patentizar y exteriorizar el dolor físico y emocional, es por ello que, cabe destacar lo importante que ambos sexos cuando entran en depresión esta puede ser fluctuante con extremos superiores en porcentajes activos de grado de depresión moderada a leve sin que el paciente o el médico tratante lo perciba.

En estos casos 8 de cada 10 pacientes tiene un grado depresión de los cuales 5 son hombres y 3 son mujeres en los que se verían afectados por la terapia de sustitución renal y la depresión por el proceso mismo.

La calidad de vida que los pacientes presentan fue medianamente satisfactoria, en donde el dominio más afectado fue relaciones sociales, por el contrario, al dominio media ambiente que fue el mejor evaluado por los pacientes.

Para poder concluir asegurando que, si existe una relación negativa y significativa entre la depresión y calidad de vida, es decir a mayor depresión menor calidad de vida.

DISCUSIÓN

Al responder a nuestro objetivo general que señala “*determinar el grado de depresión en personas con enfermedad renal crónica que cursan con hemodiálisis ambulatoria en el HGZ1 IMSS, atendidos durante el periodo que corresponde de abril del 2019 al mes de octubre de 2020*”.

Describiendo entonces la depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de terapia sustitutiva renal hemodiálisis ambulatoria, se encontrándose que un mayor porcentaje de los participantes tienen depresión de leve, moderada a grave, resultado que coincide con un estudio realizado en Perú. ⁽²³⁾ Donde en una población peruana encontró que su grupo de estudio tenía depresión de mínima a moderada.

Estos datos obtenidos por medio del estudio realizado, nos dio un resultado donde los pacientes con ERC esta alteración de salud mental en grado depresivo, es una de las enfermedades más comunes, su presencia es principalmente por la frecuencia y gravedad de la enfermedad lo cual complica el funcionamiento biológico, psicológico y social de quienes la padecen y es evidenciado por cambios conductuales, tristeza, fatiga disminución de las actividades y alteraciones del sueño.

La hemodiálisis es un tratamiento que se ha incrementado en las últimas décadas debido a la mayor incidencia del binomio *DM2 - HAS* en la población mexicana, estas patologías dañan múltiples órganos y sistemas del organismo, sin embargo, el riñón por ser un órgano vital para las funcionalidades del cuerpo humano, requiere que se le sustituya para que el organismo pueda desechar los productos nitrogenados.

El paciente que se encuentra en la fase terminal de la enfermedad renal crónica requiere que se le auxilie con su tratamiento, lo anterior solo se puede lograr a través de las redes de apoyo como la familia y con un perfil social y demográfico adecuado.

La educación es fundamental en el proceso salud – enfermedad, es una herramienta que el ser humano posee para entender el mundo que lo rodea. México es un país que tiene bajos niveles de escolaridad y los datos obtenidos en este estudio reflejan la situación en materia de educación.

El 72.8 % tiene educación básica y solo un 0.8% estudios de postgrado. Con el empleo que de igual forma es una ayuda para las personas que les ayuda como una distracción, el 40.7% son empleados, 23.2% jubilados, 21.7% tienen ocupación laboral diversa en diferentes empresas y mínimo porcentaje que todavía es estudiante.

Considerando que el proyecto realizado nos describe las características sociales y demográficas que nos serán de interés para identificar aquellos pacientes que demanden apoyo de acuerdo con sus familiares.

Por otro lado, establecer la depresión que existe en el grupo de pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis y poder contribuir en hacer conciencia sobre la necesidad de una perspectiva integral, así como concentrar a un equipo multidisciplinario para el cuidado de los pacientes, dentro de ellos psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas que ayuden a brindar apoyo y a entablar una relación mucho más estrecha con los familiares y con el propio paciente.

RECOMENDACIONES

- ✓ Para que todo esto pueda funcionar de forma constante y duradera, sugiero que debería de crearse un plan de trabajo con algoritmos que puedan crear en conjunto con áreas de enfermería, psicología, trabajo social y personal médico con la intención de mejorar la atención medica de primera vez en pacientes con factores predisponentes para depresión con o sin enfermedades crónicas con terapia sustitutiva, agregando a personas mayores de 65 años que cursen con factores o patología depresiva.
- ✓ Crear y favorecer el uso de las redes de apoyo para poder disminuir directamente factores que precipitan y aumentan el riesgo de mayores complicaciones sobre los pacientes hemodializados.
- ✓ Fortalecer y ofrecer por medio de capacitaciones medicas a personal de primer contacto y atención medica continua de esta unidad médica sobre temas enfermedades crónicas degenerativas y poder lograr transmitir a pacientes que están en un proceso de terapia sustitutiva como la hemodiálisis los fundamentos de identificar a pacientes que cursan con depresión y en especial aquellos que recurran a una modalidad de terapia renal.
- ✓ Optimizar el uso de recursos con que los que se cuentan en esta unidad médica y poder en la mayoría de los casos identificar y poder ofrecer una atención multidisciplinaria en conjunto con otros departamentos como: psicología, trabajo social, psiquiatría como por citar algunos de la atención de gran calidad que se necesita en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud. Hablemos de depresión. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- 2.- Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2011
- 3.- Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 4.- Inegi e Inmujeres, Mujeres y hombres en México, 2016. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ MHM_2016.pdf
- 5.- ENSANUT, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 6.- Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores, 2017 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
7. - Ashe S, Routray D. Prevalence, associated risk factors for depression and mental health needs among the geriatric population of an urban slum, Cuttack, Odisha. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019. Doi: 10.1002 / gps.5195
- 8.- Gómez- Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biol* 2001; 9(1):13-7
- 9.- Alencar Saulo BV de, de Lima Fábila M, Días Luana do A., Días Víctor do A, Lessa Anna C, Bezerra Jéssika M. *et al*. Depresión y calidad de vida en adultos mayores en hemodiálisis. *Braz. J. Psiquiatria*, 2019 doi: 10.1590/1516-4446-2018-0345

- 10.- Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M, Johnson D, Nicolucci A, *et al.* Prevalencia de la depresión en la enfermedad renal crónica: revisión sistemática y meta análisis de estudios observacionales; 2013 84 (1) 179-191.
- 11.- NR Hill, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, *et al.* Prevalencia global de la enfermedad renal crónica: una revisión sistemática y un metanálisis. 2016; 11: e0158765.
- 12.- Martiny C, Silva AC, Neto JP, Nardi AE. Trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal terminal. *J Ren Care.* 2012; 38: 131-7
- 13.- NR Hill, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, *et al.* Prevalencia global de la enfermedad renal crónica: una revisión sistemática y un metanálisis. 2016; 11: e0158765.
- 14.- Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Rowan G, Walker P, Harris D. Experiences and perspectives of patients living with CKD. *American Journal of Kidney Diseases;*53 (4) 689-700.
- 15.- Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Asociación entre depresión y mortalidad en pacientes que reciben diálisis a largo plazo: una revisión sistemática y un metanálisis. *Am J Kidney Dis.* 2014; 63: 623-35
- 16.- Mehrotra R, Cukor D, Unruh M, *et al.* Comparative efficacy of therapies for treatment of depression for patients undergoing maintenance hemodialysis: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med.* 2019; 170: 369–379
- 17.- Debnath S, O'Connor J, Hura C, Kasinath B, Lorenzo C. Calidad de vida y depresión entre los mexicanoamericanos en hemodiálisis: un informe preliminar. *Ther Apher Dial.* 2018; 22: 166-70

18.- Beck A, Steer R, Brown G. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Pearson Educación. 2011

19.- Collister D, Rodrigues J, Mazzetti A, Salisbury K, Morosin L, Rabbat C, *et al.* Single Questions for the Screening of Anxiety and Depression in Hemodialysis Canadian Journal of Kidney Health and Disease. 6: 1– 7

20.- Khan A, Hayat A, Syazril A, Sulaiman SA, Mushtaq S. Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up Study. Khan et al. BMC Public Health, 2019; 19:531 doi.org/10.1186/s12889-019-6796-z

21.- Hui J, Jie W, Mooppil N, Stanton N, and Griva K. Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: A 12-month prospective study on incident and prevalent populations. British Journal of Health Psychology, 2014. Doi: 10.1111/bjhp.12106

22.- Palmer S, Vecchio M, Craig J, Tonelli M, Johnson D, Nicolucci A. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies Kidney International, 2013; 84 179–191; doi:10.1038/ki.2013.77;

23.- Navarro J, Moscoso M, Calderón G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática, 2017; 23 (1) 57-74.

ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil..... Edad: Sexo:
Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntos de corte para clasificar la depresión:

0-13 Mínima Depresión.

14-19 Depresión Leve.

20-28 Depresión Moderada.

29-63 Depresión Grave.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de
investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS, QUE CURSAN CON HEMODIÁLISIS AMBULATORIA EN EL HGZ-1 DE TAPACHULA CHIAPAS
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tapachula, Chiapas A _____ de _____ del 2020.
Número de registro institucional:	703
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio apoyará al fortalecimiento de los sistemas de información sobre la depresión.
Procedimientos:	Aplicación de encuesta Beck-BDI2 para la depresión de 21 items con un tiempo máximo de 5 minutos por pregunta y una 2da encuesta para las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes, en el Hospital General de Zona 1,.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de aceptarlo, usted podrá identificar algunos de los síntomas que integran la depresión y podrá acudir con su médico para que le brinde tratamiento adecuado.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se facilitarán al HGZ-1 para ser informados a los involucrados en el estudio, así como se les proporcionará información.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Así mismo puede aceptar participar o retirarse del estudio en el momento que usted lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	En caso de aceptarlo, la información que proporcione será manejada con privacidad y confidencialidad de acuerdo a la normativa vigente, los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos únicamente con fines científicos

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr Julio Cesar Barrios Aguilar Especialista en Medicina Familiar de la UMF 11, I.M.S.S.
Colaboradores: Dr Jose Hermilo Cruz de Aquino , Médico Residente en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 11

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

DR JOSE HERMILO CRUZ DE AQUINO

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas. A 9 de Octubre del 2019.

Dr. José Hermilo Cruz de Aquino
Residente de Primer año de la especialidad de
Medicina Familiar

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCOVENENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título "DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE CURSAN CON HEMODIÁLISIS AMBULATORIA DEL HGZ-1 DE TAPACHULA, CHIAPAS", por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.


ATENTAMENTE
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

c.c.p Archivo