



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR Y SU
INFLUENCIA EN EL PACIENTE HEMODIALIZADO DERECHOHABIENTE DE
LA UMAA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESUS ALBERTO AVENDAÑO VASQUEZ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 23
TELEFONO: 971 21 59 851
CORREO ELECTRONICO: ave_vas91@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:
DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON
MEDICO FAMILIAR
TELEFONO: 961 13 11 436
CORREO ELECTRÓNICO: jose.cortesp@imss.gob.mx

ASESOR DE CONTENIDO:
DRA. AMÉRICA FABIOLA BENÍTEZ RENDÓN
MEDICO FAMILIAR
TELEFONO: 961 15 56 753
CORREO ELECTRÓNICO: drabenitez4@gmail.com

CURRICULUM VITAE UNICO:
CVU 1292581

liberacion.bibliotecas@correo.buap.mx

Atención: Li. Nora Álvarez.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Gracias por haberme permitido terminar una meta más en mi vida, por brindarme salud durante ella, y así poder alcanzar uno de mis sueños.

A mi familia

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios de médico especialista, que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecido.

DEDICATORIA.

A mis maestros

Que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y un profesionista preparado para los retos que pone la vida, en pro de los pacientes a mi cargo, a todos y a cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

A mis compañeros y amigos

Por estar conmigo brindándome su apoyo y amistad en las buenas y en las malas, por compartir momentos de alegría y tristeza.

Con Cariño y respeto.

Dr. Jorge Arturo Campos Linares

CONTENIDO

PROBLEMA DE INVESTAGACIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
HIPOTESIS	9
General.....	9
Específicas	9
Variables de estudio.....	10
Variable independiente:.....	10
Variable dependiente	10
DISEÑO METODOLÓGICO	15
Diseño de estudio.....	15
Lugar de estudio	15
Universo	16
Muestra	16
Criterios de selección de la muestra	16
Análisis estadístico.....	17
Instrumento de evaluación.....	17
Recursos humanos, físicos y financieros	21
ALCANCES Y LIMITACIONES	22
Alcances.....	22
Limitaciones.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
Consideraciones éticas	49
RESULTADOS.....	58
DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES.....	83

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	85
REFERENCIAS: DOCUMENTALES, HEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS	86
DEFINICION DE TERMINOS (GLOSARIO)	91
ANEXOS	94

PROBLEMA DE INVESTAGACIÓN

La depresión y la ansiedad son las patologías de tipo psicosocial más frecuentes en nuestra sociedad. Desde hace muchos años han sido estudiadas de manera independiente, no obstante, actualmente se observa que llegan a coexistir de manera paralela, lo que puede generar mayor severidad.

En diversos países alrededor del mundo, principalmente los países con economías emergentes, han sufrido cambios socioculturales tales como el incremento en la esperanza de vida de la población lo que ha transformado el panorama en cuanto a salud se refiere. Esto ha provocado el aumento considerable de enfermedades psiquiátricas, teniendo un alto impacto en la vida diaria de las personas.

Diversos estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican un alarmante aumento de los problemas psiquiátricos y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido dedicar el Día Mundial de la Salud 2017 a la depresión. Esta elección no es aleatoria. La depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, de todas las edades y de todos los ámbitos de la vida.

A medida que la población envejece incrementa la probabilidad de presentar cuadros patológicos de cualquier índole. Por la razón antes descrita, surge la necesidad de ser cuidados por alguna persona en algún momento de su vida, que bien es algún familiar o persona ajena a la familia. Esta persona se denomina cuidador.

El cuidador tiende a minimizar sus problemas de salud, priorizando a los de su familiar o persona dependiente. Esto trae consigo problemas físicos como: cefalea, alteraciones del ciclo del sueño, astenia, fatiga crónica. También podemos encontrar alteraciones emocionales como: estados depresivos, ansiedad y aislamiento social.

Por lo general el cuidador, ya sea primario o secundario, son afectados; principalmente por el abandono laboral de la persona con enfermedad renal crónica y especialmente los pacientes hemodializados. Dicho paciente deja de ser productivo en la gran medida de los casos y se vuelve dependiente a su cuidador. Lo anterior crea conflictos familiares y genera reestructuración de roles y/o sobrecarga en el cuidador.

Diversos estudios realizados en países europeos como España y de América Latina como Chile, Colombia, Perú y México concluyen que la población afectada (cuidadores) son principalmente Mujeres con edades que van de entre 50 a 60 años. Sin embargo, en Chiapas el panorama es distinto. El hecho de ser un estado con zonas consideradas de alta marginación, provoca que la cosmovisión de su población, sea un factor que en ocasiones pueden exacerbar los casos de las patologías en el cuidador (depresión y ansiedad) y repercuta en el paciente dependiente.

Dada a la problemática expuesta, es de vital importancia realizar un estudio que además de detectar depresión y ansiedad en los cuidadores, en sus diversos grados, también se enfoque a analizar como estas patologías influyen en la evolución del paciente hemodializado que acudan a sesiones a la UMAA en Tuxtla Gutiérrez. Por lo anterior surge la duda de ¿Cuál es el nivel de depresión y

ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado, derechohabiente de la UMAA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la depresión y ansiedad son entidades clínicas que han tomado protagonismo en la sociedad. Muchos son los factores que han propiciado un alta incidencia y prevalencia de los casos. Su relación con el estrés físico, emocional, así como enfermedades crónico degenerativas que comúnmente se asocian a estas.

En general, el ser humano en los últimos años se ha visto envuelto en un entorno caótico. La falta de oportunidades de crecimiento personal y la globalización, entre otros, ha propiciado un decremento de relaciones interpersonales, falta de comunicación con la familia y por ende la incapacidad del individuo para expresar sus opiniones, necesidades, sentimientos y emociones.

En México no es la excepción, año tras año las tasas de suicidio debido a cuadros agudos y crónicos de depresión y ansiedad van en aumento. Es común ver en medios digitales e impresos de todo el país notas en las cuales el suicidio debido a problemas psiquiátricos no identificados ni tratados cobran protagonismo. La población se ha tornado más vulnerable, por las causas antes citadas. Esto afecta a nuestra población de cuidadores de pacientes con enfermedades crónico degenerativas que se encuentren en diversos tratamientos de tipo sustitutivos y/o paliativos.

El cuidador en la mayoría de los casos se ve solo como una persona que está pendiente del paciente enfermo, sin tomar en cuenta su esfera biopsicosocial, y teniendo alta probabilidad de caer en cuadros depresivos y/o ansiosos. Lo anterior afecta de manera directa e indirecta al paciente hemodializado, creando círculos viciosos que son complejos de entender.

Al realizar este estudio, se toma en cuenta a uno de los estados del sureste mexicano considerado de alta marginación como lo es Chiapas. Las características de la población la hacen susceptible a escenarios en los cuales el cuidador colapsa y afecta al paciente hemodializado. Lo que se pretende con este estudio es detectar oportunamente los cuadros depresivos y/o ansiosos para canalizarlos oportunamente a los servicios auxiliares como trabajo social y psicología para manejo conjunto.

Esto ayudará al área de medicina familiar a fomentar en nuestros pacientes el fortalecimiento de las redes de apoyo para conocer el comportamiento depresivo/ansioso del cuidador y fomentar la confianza en nuestras familias en crisis para que exista un acercamiento más estrecho entre el cuidador, el paciente y el resto de los integrantes.

Reforzando las redes de apoyo y realizando detecciones oportunas en el binomio cuidador-paciente hemodializado. Esto ayudara mejorar la calidad en la atención clínica, tomando en cuenta que como Médicos familiares debemos dar un tratamiento integral del paciente, desde la detección y envío oportuno al especialista.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Identificar niveles de depresión y ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado derechohabiente de la UMAA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos específicos

- Determinar variables sociodemográficas de la población de estudio.
- Conocer los niveles de depresión en el cuidador.
- Estimar los grados de ansiedad en el cuidador.
- Detectar depresión y ansiedad en el cuidador para estimar el nivel de impacto en el paciente.
- Examinar los resultados obtenidos en la encuesta DASS-21 para relacionarlos con el grado de depresión y ansiedad entre cuidador y el paciente hemodializado.
- Analizar los resultados obtenidos en el Índice de Barthel para relacionarlos con el grado de dependencia en el paciente hemodializado, mediante cruces en el programa estadístico SPSS.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado, derechohabiente de la UMAA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

HIPOTESIS

General

- La depresión y ansiedad en el cuidador es directamente proporcional a la depresión, ansiedad y dependencia presentada en el paciente hemodializado.

Específicas

- No existe relación directa entre las variables sociodemográficas y la depresión y ansiedad del cuidador.
- El nivel de depresión en el cuidador es latente.
- La ansiedad en el cuidador es latente.
- A menor grado de ansiedad y depresión en el cuidador, el paciente hemodializado tendrá menor grado de dependencia.
- A menor grado de ansiedad y depresión en el cuidador, el paciente hemodializado tendrá menor grado de depresión y ansiedad.
- Mediante detección oportuna se puede hacer la referencia a tiempo a los servicios auxiliares.

Variables de estudio

Variable independiente:

- Niveles de depresión y ansiedad

Variable dependiente:

- Influencia en el paciente hemodializado

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
EDAD	El tiempo de vida de una persona o ciertos animales o plantas	Tiempo de vida que tiene el sujeto encuestado, principalmente medido en años	18-28 años 29-39 años 40-50 años 51-61 años 62 y mas	Cuantitativa discreta
SEXO	El estado orgánico de animales y plantas, machos o	Características multifactoriales que definen a los	<ul style="list-style-type: none">• Femenino• Masculino	Cualitativa Nominal

	hembras.	sujetos en hombres y mujeres, asociándolos con masculino y femenino, respectivamente.		
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel estudiantil máximo alcanzado por el sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Técnico superior universitario • Licenciatura • Maestría o especialidad • Doctorado 	Cualitativa ordinal
ESTADO CIVIL	El estado de una persona por nacimiento, nacionalidad, filiación o	Tipo de estatus social en relación a su lazo con otra persona, dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Separado 	Cualitativa nominal

	matrimonio se inscribe en el registro civil y determina el alcance pertinente de los derechos y obligaciones reconocidos por la ley a una persona natural.	del marco legal, voluntaria o biológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado • Viudo(a) 	
OCUPACIÓN	Trabajo u oficio que desempeña una persona	Labor desempeñada por una persona de manera empírica, técnica y/o profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Labores domésticas y/o del hogar • Empleado general • Burócrata • Jefe o propietario 	Cualitativa ordinal
PARENTESCO	Vínculo por consanguinidad, afinidad,	Relación de los sujetos en estudio caracterizado	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo (a) • Esposo (a) • Padre/Madre 	Cualitativa nominal

	adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	por relaciones socio-afectivas dentro o fuera de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Hermano (a) • Sobrino (a) • Abuelo (a) • Compadre/Comadre • Padrino/Madrina • Ahijado (a) • Novio (a) • Amigo (a) 	
ACCESO VASCULAR		Tipo de instrumento o técnica aplicada a los vasos sanguíneos para realizar la hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> • Catéter • Fistula arteriovenosa 	Cualitativo nominal
DEPRESIÓN	Acción y efecto de deprimir o deprimirse.	Trastorno mental frecuente caracterizado por tristeza prolongada, anhedonia,	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • Extremadamente severa 	Cualitativa ordinal

		sentimientos de culpa, etc.		
ANSIEDAD	El sufrimiento suele acompañar a muchas enfermedades, especialmente a ciertas neurosis, e impide al paciente descansar.	Sentimiento de preocupación exagerada hacia posibles eventos suscitables a futuro de pequeño, mediano o largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • Extremadamente severa 	Cualitativa ordinal
CUIDADOR	Una persona que cuida a uno o más dependientes	Individuo responsable de otro. Familiar o ajeno a la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo (a) • Esposo (a) • Padre/Madre • Hermano (a) • Sobrino (a) • Abuelo (a) • Compadre/Comadre • Padrino/Madrina 	Cualitativa nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Ahijado (a) • Novio(a) • Amigo (a) 	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se incluyen cuidadores de pacientes hemodializados y pacientes en Terapia sustitutiva de la función renal de tipo Hemodiálisis. Se prevé un periodo de 4 meses o menos para la recolección de la información. Para poder llevar a cabo lo anterior se requisitará de manera voluntaria el consentimiento informado correspondiente, se aplicará al cuidador y al paciente la escala DASS-21; y al paciente hemodializado el Índice de Barthel.

Diseño de estudio

Estudio cuantitativo, de tipo transversal por el tipo de medición a realizar, observacional dado el hecho de que no se intervendrá de manera alguna y prospectivo porque se realizará a partir de la fecha en que se estima la recolección de los datos.

Lugar de estudio

Unidad de Hemodiálisis de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), anexa a la UMF 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Universo

Pacientes y acompañantes con edad igual o mayor de 18 años, que acudan a sesiones de hemodiálisis en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Siendo un Universo total de 84 sujetos (42 pacientes y 42 cuidadores).

Muestra

Se obtiene del censo de pacientes hemodializados que acude a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) para determinar el número de cuidadores. El cuidador primario o secundario acudió junto a su paciente dependiente a su sesión correspondiente durante el periodo lectivo de marzo a abril del 2021.

Se toma muestra a conveniencia tomando en cuenta el número de sujetos sometidos a estudio.

El análisis de datos será realizado mediante el programa estadístico SPSS en versión 25 en español.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Sexo: Masculino y Femenino.
- Edad: Igual o mayor a 18 años.
- Pacientes que asistan al servicio de Hemodiálisis de la UMAA.
- Cuidador primario o secundario que acompañe al paciente hemodializado.
- Pacientes que porten catéter tipo Mahurkar, Permacath o Fistula arteriovenosa.
- Consentimiento informado firmado por el cuidador y el paciente.

Criterio de exclusión:

- Cuidador que no pueda comunicarse en español.

Criterio de eliminación:

- Encuestas mal requisitadas e incompletas.
- Pacientes fallecidos.

Análisis estadístico

El cuestionario DASS-21 para Depresión y Ansiedad es contestada de manera individual, con una duración no superior a los 20 minutos. El índice de Barthel tiene un tiempo de aplicación similar.

De acuerdo a las variables cualitativas del estudio utilizaremos la herramienta estadística Chi Cuadrada, los resultados serán plasmados en tablas de frecuencias. Adicionalmente se emplearán gráficas de Pareto para plasmar la influencia del cuidador sobre el paciente hemodializado. Para el análisis correspondiente se utiliza el programa SPSS versión 22 en español.

Instrumento de evaluación

Se utilizarán dos instrumentos de medición. La escala Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) y el índice de Barthel han sido las seleccionadas para este estudio.

Escala depression anxiety and stress scale – 21 (DASS-21)

La escala DASS-21 es una escala que mide depresión, ansiedad y estrés. Fue creada con el objetivo de detectar las entidades clínicas ya mencionadas.

El instrumento tiene la ventaja de ser un instrumento de autoinforme, breve, fácil de responder y ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en estudios de validación en población general de adultos, ensayos clínicos, jóvenes y estudiantes universitarios.

Cada pregunta se procede a responder en una escala de tipo Likert de 0 a 3 puntos basada en la presencia e intensidad de cada síntoma en la semana anterior. Cada escala tiene siete puntos, y su puntuación total se calcula a partir de la suma de los puntos pertenecientes a esa escala de 0 a 21 puntos. La escala de depresión evalúa ansiedad, falta de sentido, autodesprecio, falta de interés y anhedonia. La escala de ansiedad mide los síntomas del miedo subjetivo y somático, la activación autonómica, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de la ansiedad. La escala de estrés evalúa la agitación persistente inespecífica, la dificultad para relajarse, la irritabilidad y la impaciencia.

Es una escala que consta de 21 preguntas, las cuales tienen 4 opciones de respuestas, de las cuales se obtienen los siguientes valores:

Valor numérico	Aseveración
0	No me ha ocurrido
1	Me ha ocurrido poco o durante parte del tiempo
2	Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo
3	Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

El sujeto a estudio, en este caso el cuidador y paciente, responderá en cada casilla correspondiente, la cual será guiada al encabezado con cada una de las aseveraciones mostradas en la tabla anterior. Se realizará la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los 21 reactivos y se realizará su interpretación correspondiente.

Modelo de calibración: El DASS-21 tiene tres escalas internas: depresión (preguntas: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (preguntas: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) , y estrés (preguntas : 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar los puntos correspondientes a cada pregunta. Se puede obtener una medida general de los síntomas del estado de ánimo sumando las puntuaciones de todos los elementos.

Interpretación: a mayor puntuación total, mayor grado de síntomas.

Puntos mayormente utilizados:

PUNTOS DE CORTE COMUNMENTE UTILIZADOS	
DEPRESION	
5-6	Depresión leve
7-10	Depresión moderada
11-13	Depresión severa
14 ó más	Depresión extremadamente severa
ANSIEDAD	
4	Ansiedad leve
5-7	Ansiedad moderada
8-9	Ansiedad severa
10 ó más	Ansiedad extremadamente severa
ESTRÉS	
8-9	Estrés leve
10-12	Estrés moderado
13-16	Estrés severo
17 ó más	Estrés extremadamente severo

La presente escala es fiable, (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés).

Escala o índice de Barthel

El índice de Barthel evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): las tareas más importantes de una persona que le permiten funcionar con un mínimo independiente y autónomo.

Actividades de la vida diaria en 10 ítems incluidos en el índice bruto: comer, moverse entre sillas y camas, higiene personal: ir al baño, bañarse/ ducharse, deambulaci3n (caminar sobre superficies lisas o en silla de ruedas), subir escaleras, vestirse/desvestirse, control de excretas. Estas actividades tienen diferentes valores y se pueden otorgar 0, 5, 10 o 15 puntos. El volumen global puede oscilar entre 0 (totalmente dependiente) y 100 puntos (totalmente independiente).

VALOR	INTERPRETACI3N
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
60-95	Leve
100	Independiente

Se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versi3n original del índice de Barthel.

La puntuaci3n resultante va de 0 a 100, donde 0 indica dependencia total y 100 m3xima independencia.

Recursos humanos, f3sicos y financieros

Recursos humanos

- Asesor metodol3gico y de contenido.
- M3dico residente que cursa la especialidad en medicina familiar

Recursos materiales

- Lápiz
- Bolígrafo
- Goma
- Sacapuntas
- Hojas blancas
- Encuestas
- Computadora portátil
- Programa SPSS

Recursos financieros

- Recursos propios del investigador

ALCANCES Y LIMITACIONES

Alcances

- El alcance de la presente investigación es conocer los niveles de depresión y ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado.
- Generar impacto en cuidadores y pacientes para hacer conciencia en la atención a la salud mental.

- Dar a conocer a la sociedad que las enfermedades mentales son problemas que prevalecen en esta población vulnerable

Limitaciones

- Entre las limitantes que podemos encontrar es que los pacientes no sean totalmente honestos al responder las encuestas y por falta de interés no la requirieran adecuadamente.

MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

Definición

La depresión se define como un síndrome o conjunto de síntomas que pueden ser evaluados y clasificados de acuerdo a ciertos criterios diagnósticos que pueden ser confiables y factibles. La depresión, por definición, es la presencia de síntomas afectivos que forman parte del dominio sensorial o emocional: tristeza patológica, malestar subjetivo e incapacidad para hacer frente a las exigencias de la vida, depresión e irritabilidad, aunque siempre presente, o más o menos. un síntoma de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Se puede describir como un afecto en la vida emocional en general, pero en particular en la vida emocional del paciente. ⁽¹⁾

Asimismo, autores como Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas han propuesto la siguiente definición de depresión: “Es el resultado final de

la interacción de varios patrones constitucionales, evolutivos, ambientales y de neurotransmisores. Los hemisferios cerebrales y el límbico sistema. ⁽¹⁾

La depresión, como concepto; ha sido muy maleable en el aspecto clínico y, ante las contingencias socioculturales (Alonso Fernández, 1979), el estar deprimido, no es solamente una alteración mental, sino una alteración física donde el sujeto no solo se siente triste, sino que fundamentalmente, "se siente enfermo".

⁽²⁾

Al conceptualizar la depresión y los trastornos afectivos, han ido variando las expresiones sintomatológicas, lo cual es clave para comprender la delimitación clínica y poder discriminar la tristeza normal, propia de la esfera de las emociones normales del ser humano, de la tristeza patológica o depresión. Algunos trastornos diferenciados de los afectivos; como las neurosis, trastornos conductuales y algunas alteraciones psicósomáticas, han sido reconsideradas por los estudios psicopatológicos de grandes maestros. ⁽²⁾

La depresión se presenta en varios niveles de la vida del paciente, y se acompaña de una serie de mecanismos patogénicos que la convierten a esta en un padecimiento físico. Con el riesgo de desarrollar enfermedades médicas e incrementar la mortalidad en la mayor parte de la población que la padece. ⁽²⁾

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría define la depresión como: "Un trastorno mental caracterizado por una tristeza extrema y una disminución del interés en casi todas las actividades". A diferencia de la tristeza normal, el

trastorno depresivo mayor puede afectar el desempeño en el trabajo o las habilidades sociales personales. ⁽³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2020 el trastorno depresivo mayor unipolar será la segunda causa de enfermedad en todo el mundo. Porque es el trastorno afectivo más común entre los adultos y una de las principales causas de discapacidad en el mundo. ⁽³⁾

Epidemiología

Los trastornos mentales han sido uno de los principales contribuyentes a la carga global de morbilidad desde la década de 1990, con un aumento del 37,5 % en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 1990 y 2010. El trastorno depresivo mayor merece especial atención porque ocupa el puesto 11 entre las causas de enfermedad. AVAD en relación con el suicidio y la cardiopatía isquémica como causa de muerte. Por otro lado, cuando se tuvieron en cuenta otras causas de muerte comórbidas, como la enfermedad cardiovascular y las autolesiones, esta enfermedad se convirtió en la octava causa de AVAD. ⁽⁴⁾

Alrededor de 350 millones de personas en todo el mundo, o uno de cada 10 adultos, sufre depresión, pero alrededor del 60 % de ellas no recibe la ayuda que necesita, aunque el tratamiento ayuda a reducir los síntomas en el 50 % de los casos. Varios estudios han demostrado que la prevalencia de los trastornos depresivos varía en todo el mundo, desde el 3 % en Japón hasta el 16,9 % en los Estados Unidos. Pero en otros países, la prevalencia de la depresión oscila entre el 8% y el 12%. ⁽⁵⁾

En todo el mundo, más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año; muchos otros simplemente consideran el suicidio. En 2012, el 1,4% de las muertes mundiales fueron suicidios, unas 804.000 personas. 15ª causa de muerte ese año con 11,4 suicidios por 100.000 habitantes; por género 14,5 por 100.000 hombres y 8,2 por 100.000 mujeres. ⁽⁶⁾

En 2015, Perú tuvo un estimado de 9,2 suicidios por cada 100.000 habitantes. De ellos, dos tercios tenían depresión. Se estima que una de cada cuatro personas experimenta depresión mayor en algún momento de su vida. ⁽⁷⁾

Las estimaciones de salud global muestran que, en 2015, la depresión afectó al 4,2% de la población y los trastornos de ansiedad al 3,6%. Por tanto, se consideran enfermedades mentales muy graves, con pérdida de la salud y del funcionamiento general, y una esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (AVAD) del 8,6% para la depresión y del 4% para la ansiedad. (Organización Panamericana de la Salud, 2017). ⁽⁸⁾

Se concluyó que la prevalencia de depresión fue del 19,5% ⁽⁷⁾, con una estimación europea del 12,2% ⁽⁸⁾. En concreto, España tiene una prevalencia de vida del 10,6% y una tasa anual del 4,0%, inferior a la media europea; alrededor del 30% de las personas expuestas a las computadoras sufrieron depresión ⁽¹⁰⁾, para una tasa general del 20,2%. ⁽⁹⁾

En Estados Unidos, las enfermedades no transmisibles representaron el 78 % de todos los años de vida ajustados por discapacidad, y de ese porcentaje, los trastornos psiquiátricos y neurológicos causados por el consumo de drogas y el

suicidio representaron el 19 %. De esta forma, el 59% restante se reparte entre enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades musculoesqueléticas. El nivel de enfermedades infecciosas y enfermedades maternas e infantiles fue un 12% más bajo, y las lesiones, un 10%. Los trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias y por suicidio, que representan casi uno de cada cinco casos, constituyen el subconjunto más grande del total de AVAD, una medida que incluye la mortalidad y la discapacidad. ⁽¹⁰⁾

La situación es muy similar en México, donde los resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional de Psiquiatría de 2005 mostraron que el 8.8% de los mexicanos había experimentado al menos un episodio de depresión en algún momento de su vida, mientras que el 4.8% la había tenido. En el año anterior al estudio, esto resultó en una baja productividad laboral y altos costos de atención médica. ⁽⁵⁾

En México, las personas con trastornos depresivos, consuman más de la mitad de los suicidios en todo el país. Entre los años 2000 y 2013, la tasa de suicidios presentó un incremento, de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. ⁽⁵⁾

El estado actual de casos nuevos de psicopatología y ciertos trastornos de la conducta en México por delegación estatal, selección de casos, periodo y sexo”, INEGI, Depresión en camino, 58.13 en 2014, 79.77 en 2015, 84.76 en 2016, frente a 99.69 en 2017. Unidades con antecedentes violentos, como Chihuahua, Durango y Ciudad de México, aumentaron de 135.71 a 268.82 de 2014 a 2017, de 135.22 a 250.26, de 148.91 subieron a 20 en los años correspondientes. En Chiapas, la tasa de nuevos casos de depresión también está aumentando, aunque

a un nivel mucho menor: 27.4 en 2014; 22.5 en 2015, 24.44 en 2016, 32.59 en 2017 (Instituto Nacional [INEGI], 2019a). ⁽¹⁰⁾

FISIOPATOLOGÍA

Se estima que un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental. El medio por el cual estas vivencias incrementan y se manifiestan hasta generar depresión incluye no solo caminos en psiquiatría, sino también factores psicológicos y sociales que convierten una vivencia dañina inolvidable pasajera en una vulnerabilidad a largo plazo. ⁽¹¹⁾

Se ha propuesto que ciertos factores sociales y afectivos, entre otros, provocan desordenes en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el noradrenérgico y el dopaminérgico, demostrando que en pacientes con estado de ánimo adverso están disminuidas los siguientes neurotransmisores: noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), precursores, mediadores y productos del metabolismo de la serotonina. ⁽¹¹⁾

Numerosas búsquedas proponen que estas alteraciones están moduladas acentuadamente por la elevada actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), relacionado con su alteración en algunas personas. Este eje, al dejar libre la hormona liberadora de corticotropina (CRH) del núcleo paraventricular correspondiente del hipotálamo, otorga más actividad responsiva fisiológica al estímulo irritante para favorecer la el libre tránsito de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de la glándula hipofisaria , la cual promueve la secreción de glucocorticoides (GC) desde la corteza adrenérgica a la circulación.

Los GC promueven un resultado de feedback negativo hacia la pituitaria y la hipófisis que frena el nivel de estimulación del eje. Los GC predisponen el encendido amígdalar, que excita al hipotálamo. No obstante, el hipocampo genera restricción al eje ; lo cual es esencial para detener su encendido o estimulación .

(11)

Clasificación

La más utilizada es la clasificación de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría a la que se hace referencia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o DSM-IV. La depresión se divide en trastornos depresivos mayores; trastorno depresivo mayor recurrente y trastorno distímico. Otra clasificación actualmente en uso es la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 10), que clasifica los episodios depresivos por gravedad en leves, moderados y graves (con y sin síntomas psicóticos) y otros episodios depresivos. (12)

El DSM-V tiene una lista de términos de cultura y tecnicismos, un apartado alfa numérico de las entidades diagnósticas y renovación de códigos, suma actualidades respecto a codificar, clasificar y diagnósticos de los trastornos psiquiátricos, que tienen amplios efectos sobre muchas especialidades, permite una guía de referencia que contiene la clasificación de trastornos, especificados, códigos y criterios de diagnóstico de los métodos cognitivos, de emoción, de conducta y fisiológicos. La razón de esta nueva edición fue mejorar la validez de las ediciones previas por medio de aporte basados en el método científico de la neurociencia y los bio fundamentos de los síntomas logrando el diagnostico de las patologías mentales. (13)

En los manuales DSM-V actuales se han realizado los siguientes cambios:

- División de los trastornos del estado de ánimo en:
 - Trastornos bipolares relacionados
 - Trastornos depresivos.
- Agregar "desesperanza" a los descriptores subjetivos del estado de ánimo depresivo.
- Introducción de Trastorno de desregulación disruptivo del estado de ánimo y Trastorno premenstrual disfórico.
- Renombrar Desorden distímico como Desorden depresivo persistente.
- Eliminación del duelo. Exclusión en la definición de Desorden depresivo mayor.
- Cambios en los especificadores para el desorden depresivo
 - Con rasgos psicóticos.
 - Con angustia ansiosa.
 - Con características mixtas.
 - Con inicio periparto.
 - Con catatonía.

Se han reformulado los trastornos depresivos, basándose en una combinación de categórico y enfoques dimensionales en el DSM-V. Sin embargo, a pesar de los especificadores transdiagnósticos, las evaluaciones de severidad y el corte transversal, medir las evaluaciones contenidas en el DSM-V, el trastorno

depresivo mayor todavía se define utilizando un síntoma basado clasificación, y su heterogeneidad es motivo de gran preocupación. En adición, es importante el desarrollo de una clasificación basada en etiología de trastornos depresivos y considerar enfoques humanísticos junto con otros potenciales: culturales e influencias sociales. ⁽¹⁴⁾

CUADRO CLÍNICO

Los pacientes de todas las edades pueden experimentar síntomas de depresión, pero este patrón varía un poco según la etapa de desarrollo, lo que resulta en diversas manifestaciones de depresión a lo largo de la vida. ⁽¹⁵⁾

DIFERENCIA CLINICA: DEPRESIÓN EN ETAPAS DEL DESARROLLO			
NIÑOS PUBERALES	PRE-	ADOLESCENTES	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad (rabietas, incumplimiento de normas) • Afecto reactivo * • Frecuentemente comórbido por ansiedad, problemas de 		<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad (enojón, frío, sin tolerancia a frustración, ataque de ira) • Afecto reactivo. • Hipersomnia. • Hiperfagia y aumento de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia • Ausencia de reactividad emocional • Agitación o enlentecimiento psicomotor. • El estado de ánimo varía durante el día

<p>conducta y TDAH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestación corpórea 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas corporales Sensibilidad extrema, al rechazo (por ejemplo, tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones. 	<p>(es peor en la mañana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despertar temprano en la mañana.
<p>*Capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos (p. el. Visitas de pares)</p>		

(15)

Diagnóstico

Aunque la depresión es una de las condiciones crónicas más comunes en atención primaria, una proporción significativa de casos permanece sin diagnosticar o se diagnostica tarde. Este problema se demuestra en millones de casos en todo el mundo cada año. En general, se demostró que factores como la edad, el sexo y el estado civil son significativos independientemente de la situación económica del país o del individuo. ⁽¹⁶⁾

Hoy en día, el lugar del diagnóstico y tratamiento de la depresión y sus causas se ha desplazado repentinamente del consultorio del psiquiatra al consultorio del médico de familia. En la atención primaria, los procedimientos de diagnóstico de la depresión también suelen considerarse idiosincrásicos. Depende del tipo de médico y de paciente y del tipo de síntomas. La mayoría de los profesionales combinan la comprensión de los síntomas que se consideran depresión con ciertos síntomas físicos y analizan su diagnóstico y tratamiento como un todo. ⁽¹⁶⁾

ANSIEDAD

Definición

La definición de ansiedad se refiere a una variedad de fenómenos relacionados: tales como desórdenes psiquiátricos, patrones de comportamiento específicos en modelos animales y caracterizados como consecuencias negativas. Una visión alternativa de la ansiedad se refiere a un estado emocional orientado hacia el futuro que todas las personas experimentan en diversos grados. ⁽¹⁷⁾

La ansiedad tiene como una de sus características principales; que es anticipatoria, es decir, que puede ser previsto y señala el peligro o amenaza para el propio individuo, dándole un valor funcional importante; además, tiene una función activadora y ayuda al individuo a desarrollar una mejor capacidad de respuesta ante factores externos. ⁽¹⁷⁾

Los trastornos psiquiátricos más comunes son los de ansiedad. Estos trastornos son caracterizados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5a edición (DSM-V) como una exacerbación de dos

respuestas normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. El miedo es catalogado de la siguiente manera: el resultado de la psique ante un riesgo, hipotético o verdadero; por otro lado, está la ansiedad, que es respuesta emocional que prevé un futuro incierto y amenazante. Dos emociones importantes las dos, y vitales para sobrevivir, porque ayudan a crear una respuesta de lucha y huida ante un peligro. ⁽¹⁸⁾

EPIDEMIOLOGÍA

A cerca de la epidemiología se ha demostrado que los trastornos de ansiedad prevalecen más en mujeres que en hombres (1,5 a 2 veces más frecuentes) y se asocian al riesgo de padecer con más probabilidades un trastorno de ansiedad. ⁽¹⁸⁾

Generalmente los trastornos de ansiedad y depresivos presentan una alta prevalencia, y es muy común que se presenten de manera conjunta. En el caso de los primeros según los datos poblacionales en Estados Unidos, el 74,1% de los pacientes con agorafobia, el 68,7% de los que tienen fobia simple y el 56,9% de los que tienen fobia social cumplen también los criterios para otro trastorno de ansiedad. No se limita a ello, sino que la comorbilidad entre ansiedad y depresión ha logrado números de hasta 65%. Este estado comórbido contempla una problemática clínica, ya que los individuos que manifiestan ambas entidades clínicas de manera conjunta han demostrado decremento en su estado funcional, calidad de vida pobre y pésimos resultados ante la terapéutica empleada que los que sólo presentan una entidad patológica . ⁽¹⁹⁾

Se calcula que la ansiedad prevalece internacionalmente a un 12%. En México, la prevalencia nacional es del 14%. ⁽²⁰⁾

FISIOPATOLOGÍA

La investigación biomédica de años recientes indica que los trastornos depresivos y ansiosos comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos y el insomnio. Inmersos en factores como el biológico, se han alcanzado a descubrir factores génicos incluyendo reguladores que marcan neurotransmisores y citoquinas neurotróficas e inflamatorias. El estrés psicológico y social, de forma continua, sostenida y la enfermedad en general son factores de riesgo; los cuales promueven, en personas susceptibles, modificaciones perceptuales, sensible de los receptores de glucocorticoides en todo el sistema nervioso y otros aparatos y sistemas , disrupción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, merma en la función autonómica e incremento de la generación y la secreción de citocinas proinflamatorias; lo anterior confluyendo en estructuras con variabilidad y funcionalidad del sistema nervioso. ⁽²¹⁾

CLASIFICACIÓN

En las variantes de trastorno de ansiedad, se distinguen los siguientes diagnósticos:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social o fobia social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Además, en el DSM-V también se incluyen los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias o medicamentos o los debidos a otra enfermedad médica. ⁽²¹⁾

Cuadro clínico

Síntomas más comúnmente presentados en los pacientes, en relación a la ansiedad son:

- Síntomas físicos:
 - Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
 - Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
 - Palpitaciones, dolor precordial, disnea.
 - Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
 - Micción frecuente.
 - Problemas en la esfera sexual.

- Síntomas psicológicos:
 - Preocupación, aprensión, sensación de agobio.
 - Miedo a pérdida de autocontrol, sensación de muerte inminente.
 - Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria.
 - Irritabilidad, desasosiego, inquietud.
 - Conductas evitativas ante escenarios adversos, inhibición psicomotriz, obsesión/compulsión.

- Síntomas conductuales:
 - Tensión muscular.
 - Frecuentes bloqueos.
 - Respuestas desproporcionadas a estímulos externos. ⁽²²⁾

Tratamiento farmacológico

Las principales clases de antidepresivos son los inhibidores tricíclicos selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Todos los tratamientos para la depresión son igualmente efectivos, por lo que cuál elegir depende de la singularidad de cada paciente, la presencia de comorbilidades, el riesgo de suicidio y la respuesta previa al antidepresivo en particular. ⁽²³⁾

Antidepresivos tricíclicos

Todos los fármacos de los antidepresivos tricíclicos (ATD) son derivados de dibenzoazepina o iminodibencilo, que es un núcleo heterocíclico con dos anillos de benceno, similar a la fenotiazina, y sus átomos de azufre en la estructura del anillo se reemplazan por un centro de puente de etileno. Los ATC son muy eficaces en el tratamiento de las afecciones descritas anteriormente, a pesar de la aparición de otras clases de antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o norepinefrina, que siguen siendo eficaces. ⁽²⁴⁾

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son un grupo farmacológico que ha reemplazado exponencialmente a los antidepresivos tricíclicos (ATC) como tratamiento para la depresión mayor y el trastorno de pánico en los últimos años, ganando popularidad mundial en los últimos años. Ha habido un gran aumento en el consumo. De acuerdo con varias pautas de protocolo, los ISRS no se recomiendan para el tratamiento diario continuo del trastorno depresivo leve (menos de dos años después del inicio) o el trastorno depresivo mayor leve, ya que su eficacia fue similar al placebo según varias pautas de protocolo. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la recaptación de serotonina a nivel presináptico, lo que determina el aumento y persistencia de la neurotransmisión serotoninérgica. ⁽²⁵⁾

Inhibidores de la aminomonooxidasa (IMAO).

Este grupo tiene muchas interacciones fármaco-alimento y su uso debe ser decidido por un experto. La complicación más frecuente es la hipotensión arterial, incluso en el caso de escaras. En cuanto a los efectos sobre el sistema nervioso central, los IMAO pueden provocar sedación o, por el contrario, agitación conductual. ⁽²³⁾

Inhiben la actividad de la monoaminoxidasa, aumentan la concentración extracelular de monoaminas. Dos subtipos: MAO-A, principalmente serotonina y norepinefrina, y MAO-B, dopamina. ⁽²⁶⁾

Tratamiento no farmacológico

Se ha establecido a través de diversos estudios que un mejor tratamiento del paciente con depresión y ansiedad se consigue:

- 1) Uso de cuestionarios validados previamente.
- 2) Consulta con especialista en la materia
- 3) Con un equipo de atención primaria predispuesto a aplicar el protocolo establecido, a pesar de las posibles carencias profesionales existentes. ⁽¹⁶⁾

Para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves) se reserva un tratamiento antidepresivo farmacológico. Los medicamentos usados poseen atributos en común: acciones en el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la modulación de uno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), norepinefrina (NA). ⁽¹⁷⁾

Estilo de Vida y dieta

Se conoce la relación factor de riesgo modificables (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, tabaquismo, hipercolesterolemia) con alto riesgo de patrón depresivo. Debido a ello , es vital hacer promoción a la salud desde el primer nivel de atención , en la adquisición de hábitos saludables, ejercicio físico y control del peso , presión arterial, glicemia y lípidos. ⁽²⁷⁾

Psicoterapia

Una de las alternativas que se está investigando es el uso de las intervenciones de baja intensidad como:

- a) Psicoterapias breves de entre 6-10 sesiones desde el enfoque de las Terapia cognitivo conductual, solución de problemas, terapia interpersonal.
- b) Biblioterapia.
- c) Programas de autoayuda.
- d) Programas de psicoterapia asistida por ordenador.

Esto, combinado con el modelo de tratamiento por pasos recomendado por las guías nacionales e internacionales, se recomienda como la alternativa más viable para su implementación en el sistema de salud. ⁽⁹⁾

Existen varios tratamientos para esto, cada uno con sus pros y sus contras y, a veces, algunos de ellos deben combinarse para obtener mejores resultados. Estos incluyen formas farmacológicas de medicación, incluidos ansiolíticos y sedantes, así como terapias no farmacológicas o alternativas. ⁽²⁸⁾

Técnicas cognitivo-conductuales:

- Técnicas conductuales: decremента los síntomas adversos, aquellos que refuerzan los síntomas ante exposición de los estímulos que inducen un episodio ansioso.
- Técnicas cognitivas: Analizando el cuadro del paciente para generar técnicas que ayuden a limitar la situación adversa.

Técnicas psicodinámicas: Se utilizan para comprender los síntomas y problemas relacionados a través de la empatía, en el cual el psicoterapeuta observa, comprende y recibe las ansiedades de la persona. Se retroalimenta al paciente , para que pueda identificar y asimilar, promoviendo la superación. ⁽²²⁾

HEMODIALISIS

Definición

La hemodiálisis (HD) es un tratamiento que consiste en la diálisis de la sangre mediante una máquina que envía sangre desde las arterias del paciente a un filtro de diálisis o máquina de diálisis, donde las sustancias nocivas que rodean la sangre se difunden en el dializado; La sangre no tóxica luego regresa al cuerpo a través de la vena cava. El procedimiento es una técnica en la que, a diferencia de la diálisis peritoneal, se pasa tejido sanguíneo a través de un filtro a una máquina que se encarga de la función renal, donde se purifica. Aunque esta tecnología no reemplaza algunas funciones importantes de los riñones, como la función endocrina y metabólica. ⁽²⁹⁾

Objetivos

Principalmente purificación de urea y creatinina, además de la restauración del equilibrio electrolítico del agua y el pH de la sangre, también de forma continua (mediante un acceso vascular implantado) desde la sangre del paciente hasta el dializador o filtro, líquidos, electrolitos son ácidos equilibrados. El álcali, mediante mecanismos fisicoquímicos (ósmosis, convección y difusión), luego devuelve la sangre libre de toxinas del paciente por el mismo acceso vascular, formando un circuito cerrado impulsado por una bomba, y se utiliza heparina como agente

antiinflamatorio. medir la dosis adecuada de coagulante sanguíneo para cada paciente. ⁽³⁰⁾

Epidemiología

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública apremiante en México. ⁽³¹⁾ Durante los últimos 3 años, la cantidad de personas que reciben diálisis de mantenimiento en todo el mundo ha aumentado exponencialmente. En 2010, se estimó que el número de pacientes de diálisis en todo el mundo superaba los 2 millones, y los datos de los modelos computacionales sugieren que este número se duplicará con creces para 2030. ⁽³²⁾ La ERC afecta aprox. 10% de la población mundial. ⁽³³⁾

Técnicas

El acceso vascular ideal debe reunir los requisitos que a continuación se enumeran:

- 1- Facultar el abordaje seguro y continuo del sistema vascular.
- 2- Facilitar el flujo suficiente para suministrar el tiempo de hemodiálisis planeado.
- 3- Exento de complicaciones. ⁽³⁴⁾

Fístula arteriovenosa: Una fístula arteriovenosa creada quirúrgicamente es una conexión entre una arteria y una vena, generalmente en el brazo donde el

paciente se mueve menos. Este es el método preferido de acceso debido a su eficiencia y seguridad. ⁽³³⁾

La National Kidney Foundation (NKF-K/DOQI) estipula los sitios para intervenir quirúrgicamente; el uso de fístulas arteriovenosas para hemodiálisis es:

- En el antebrazo (radio-cefálica o fístula arteriovenosa distal)
- En el codo (braquiocefálica o fístula arteriovenosa proximal)
- En el brazo (braquio-basílica fístula arteriovenosa con transposición o proximal)

Las anastomosis más comunes son:

- latero-lateral (más frecuente)
- término-lateral
- término-terminal (menos frecuente). ⁽³⁵⁾

Catéter venoso central (CVC): Los CVC son dispositivos de poliuretano y silicona que se insertan en una vena de calibre óptimo (generalmente la vena yugular, subclavia o femoral) para proporcionar un flujo sanguíneo adecuado para la hemodiálisis. ⁽³⁶⁾

- **Temporales:** La duración de uso es inferior a 3 o 4 semanas, considerar en pacientes que requieren hemodiálisis debido a insuficiencia renal aguda si se considera una duración de uso más corta, o métodos de eliminación como plasmaféresis o hemoperfusión. Están hechos de un material semiduro (poliuretano) y tienen una longitud de 13 a 25 cm; talla 11 a 12F.

⁽³⁶⁾

- **Permanentes:** Su vida útil es de meses o años. Varían en longitud, de 13 a 15 F de calibre, y suelen tener un anillo en su porción extravascular que tiene como objetivo crear fibrosis en el tejido adyacente para evitar el paso de patógenos y actuar como ancla. ⁽³⁶⁾

Accesos vasculares frecuentes

Vena yugular interna: la principal ventaja es la fácil manipulación y el bajo riesgo de falla por parte de operadores inexpertos; sin embargo, no debe usarse a largo plazo debido al riesgo de perforar las arterias adyacentes. ⁽³⁷⁾

Vena subclavia: fácil de operar, cómoda, bajo riesgo de infección, pero riesgo de neumotórax cuando el sangrado es difícil de controlar. ⁽³⁷⁾

Vena femoral: una vía más sencilla y rápida con una alta tasa de éxito y sin riesgo de daño vascular significativo. Se asocia a una alta tasa de infección, por lo que se recomienda su uso de forma temporal o como último recurso. ⁽³⁷⁾

Complicación

Un estudio en Cuba mostró que la incidencia era mayor en hombres, con 39 casos que representaban el 64 %, y el grupo de edad más frecuente era de 61 a 70 años, con 13 casos que representaban el 20,9 % y 41 años. Los resultados fueron similares para cada género en pacientes de 50 y 51 a 60 años, o 17,7%. ⁽³⁸⁾

La complicación más frecuente durante la hemodiálisis fue la hipotensión en 15 pacientes (24%), seguida de calambres musculares en 10 pacientes (16%) y náuseas en 6 pacientes (10%).⁽³⁸⁾

SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADOR

La alta prevalencia de trastornos afectivos entre familiares y pacientes con insuficiencia renal crónica ha llamado la atención de diversos investigadores; destaca a los que reciben tratamiento alternativo; y su necesidad de una fase de adaptación biológica y psicológica expuesta a diversas perturbaciones como respuesta a una nueva situación.⁽³⁹⁾

Cuando un familiar es diagnosticado con ERC, los cambios en el núcleo familiar son necesarios, ya que el núcleo familiar es la fuente de apoyo más importante para los pacientes afectados. Las múltiples demandas de la enfermedad provocan cambios en la estructura y dinámica del funcionamiento familiar.⁽⁴⁰⁾

Por lo tanto, el diagnóstico de ERC vincula indirectamente a pacientes con diversos grados de adicción y condiciones psicológicas, sociales y espirituales, lo que respalda la importancia de manejar la enfermedad más allá de sus efectos somáticos. Este panorama muestra al personal sanitario.⁽⁴¹⁾ Salvar a un familiar o a un paciente en hemodiálisis es una actividad compleja, exigente y estresante.⁽⁴²⁾

Enfatice que los cuidadores brindan apoyo físico, psicológico y social y hacen que las actividades físicas y emocionales sean inevitables para los pacientes, lo que afecta su salud y bienestar. Aparecen las emociones negativas, el estrés, la ansiedad y el miedo a la progresión de la enfermedad, la muerte futura e inminente. Además, deben reducir o sustituir las necesidades individuales para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia. (40)

Los cuidadores a menudo descuidan su salud, se aíslan, socializan menos, han cambiado las relaciones con los pacientes y sufren disfunción sexual. La pérdida de autoestima, el agotamiento emocional severo, los ciclos de sueño alterados, los dolores de cabeza y la debilidad son las principales dificultades, pero no las únicas, que surgen como resultado del cuidado. (42) Las evaluaciones de la carga son esenciales para comprender las áreas en las que los cuidadores necesitan apoyo, para evaluar los cambios a lo largo del tiempo y evaluar su impacto. (43)

Afrontamiento

El afrontamiento es un proceso que significa que un individuo se enfrentará a una situación de acuerdo a la percepción de las necesidades y los recursos de los que dispone, a la vez que está influenciado por las experiencias previas y los resultados obtenidos de ellas. La forma de resolver la situación no es ni positiva ni negativa, lo importante es el esfuerzo del sujeto por asimilar y controlar el acontecimiento; sin embargo, el resultado del proceso de afrontamiento debe evaluarse o verificarse. (44)

El proceso de afrontamiento es continuo y cambia según la situación porque implica una evaluación continua. La variedad de estrategias de afrontamiento en el combate lo convierte en un fenómeno multidimensional, pero no se puede descartar la existencia de estilos idiosincrásicos, ya que algunas estrategias de afrontamiento son más equilibradas que otras en determinadas situaciones. ⁽⁴⁴⁾

Sentimientos desencadenados en el cuidador

Las noticias sobre la ERC pueden desencadenar emociones negativas como tristeza, llanto, irritabilidad, ansiedad, problemas para dormir, comer y más. Una vez remitidas estas condiciones, la familia juega un papel crucial, y la actitud de la familia ante estas condiciones repercute positivamente en la recuperación del paciente, permitiéndole adaptarse a la enfermedad y adoptar un estilo de vida saludable, que contribuya al máximo de complicaciones y hospitalizaciones. se minimizan, lo que asegura un mejor paciente y la calidad de vida de su barrio. ⁽⁴⁵⁾

Vivir con una enfermedad crónica no solo cambia la vida del paciente, sino que la vitalidad de toda la familia se ve afectada por las limitaciones físicas y psicológicas de la patología. Sus efectos en la familia pueden ser dolorosos y devastadores. ⁽⁴⁶⁾

La hospitalización se convierte en una crisis para toda la familia. Es claro que la limitación de las actividades diarias por la hospitalización

cambia de manera importante y significativa la actitud de los pacientes y sus familias. (46)

Fluctuaciones de pensamientos preocupantes y miedos que van cambiando a medida que cambia el estado físico del paciente y avanza la enfermedad, especialmente por dolor, miedo, tristeza, depresión, ansiedad, incertidumbre y estrés, dando como resultado una sobrecarga subjetiva y una mala calidad de vida, se convierte en una persona inestable. (47)

Los familiares expresaron preocupación y temor por sus seres queridos, quienes pueden tener dificultades cuando no están cerca, lo que genera una sensación de ansiedad. (48)

Los enfermeros expresan regularmente su preocupación por la muerte, lo que resulta paradójico porque el cuidado del paciente se caracteriza no sólo por su complejidad, sino también por su alto compromiso vital. En casos especiales, la condición clínica adversa de un familiar en comparación con otros pacientes en la sala es un reflejo de la muerte. Por otro lado, la actitud frente a la propia enfermedad, las leyes, normas o familiares de los pacientes después de la muerte son las principales causas de ansiedad y estrés para los familiares. (49)

El estado depresivo es una de las entidades patológicas que suele asociarse a la sobrecarga del cuidador, creando un cuadro complejo que incluye síntomas emocionales como la depresión y la ansiedad, que suelen ser persistentes en la mayoría de los casos, y síntomas disposicionales motivacionales como la anhedonia, la pérdida de confianza, pesimismo, pensamientos de muerte, dificultad para mantener la concentración, cambios en los patrones de sueño o disminución del apetito que conduce a una disminución en la capacidad de funcionamiento del individuo. Además, se han informado en familiares síntomas de ansiedad caracterizados por agitación excesiva y muchos signos somáticos como tensión muscular, irritabilidad, taquicardia, impaciencia, inquietud, opresión en el pecho, disnea, náuseas, sudoración y parestesias. ⁽⁵⁰⁾

Un estudio realizado en Veracruz, México identificó el síntoma más representativo del Inventario de Beck, los casos conducen a la regulación y mantenimiento de la calidad y cantidad óptima del sueño. Pero según el Inventario de Ansiedad de Beck, el 98% de los síntomas de ansiedad son leves o severos. ⁽⁵⁰⁾. Se preguntó a los familiares si habían asistido a un grupo de apoyo. Se concluyó que todos los familiares de pacientes en diálisis recibieron capacitación en liderazgo. Ninguno de ellos fue a grupos de apoyo. ⁽⁵⁰⁾

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación cumplirá con las leyes generales de protección de la salud y las normas éticas. Se someterá a evaluación al Comité Local de Investigación en Salud 703 y al Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Departamento de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del

Seguro Social número 13, esto será analizado para evaluar su factibilidad e implementación.

Esta información se mantendrá confidencial y se protegerá la privacidad de los encuestados. De acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación en salud en México (Secretaría de Salud, 1996), se tiene en cuenta lo dispuesto en la sección segunda "Aspectos Éticos de la Investigación". De acuerdo con el artículo 17(1) del Reglamento General del Capítulo 1: Investigación sin riesgo, estos estudios se consideran libres de riesgo.

En este sentido, prevalecerá el respeto a los pacientes y la protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, las herramientas de recopilación de datos no contendrán nombres, números de seguro social ni direcciones, y se explicarán clara y completamente de una manera fácil de entender con justificación antes de su uso. y objetivos del estudio, y se les garantiza recibir respuesta a todas las preguntas para aclarar dudas sobre el procedimiento, intereses y otros asuntos relacionados con la investigación, retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en cualquier momento, y continuar con su cuidado y tratamiento de conformidad con el artículo 21, 1. puntos VI, VII y VIII causan algún daño. En cuanto al consentimiento informado, tenga en cuenta los artículos 20 y 21, para que se considere que existe, debe ser explicado de manera clara y completa a los sujetos de investigación o, en su caso, a sus representantes legales de manera que puedan comprender; de conformidad con el artículo 22, el consentimiento informado debe darse por escrito.

Además, este estudio se basará en los principios básicos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; "Recomendaciones para guiar a los médicos en la realización de investigaciones biomédicas con seres humanos" adoptadas en el 18º Congreso Médico Mundial. Helsinki, Finlandia (1964), revisado en el 29º Congreso Médico Mundial (Tokio, 1975), revisado en el 35º Congreso Médico Mundial (Venecia, 1983) y el 41º Congreso Médico Mundial (Hong Kong, 1989). 48º Congreso de West Somerset, Sudáfrica, (octubre de 1996) 52º Congreso, Edimburgo, Escocia, (octubre de 2000), Aclaraciones Suplementarias del Congreso de la AMM (Washington, DC 2002), Instrucciones de Aclaraciones Suplementarias del Congreso de la AMM, (Tokio 2040) 0, Corea, octubre de 2008), 64º Congreso (Fortaleza, Brasil, octubre de 2013). En el manifiesto se mencionan los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha emitido la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación con material e información humanos identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y la sección aplicada con la debida atención a todas las demás secciones pertinentes.

2. De acuerdo con las normas de la WMA, este aviso está dirigido principalmente a profesionales médicos. La AMM alienta a otras personas involucradas en investigaciones médicas con seres humanos a adherirse a la Declaración de Principios Éticos de Helsinki para la Investigación Médica con Seres Humanos de la AMM. WMA alienta a otros involucrados en la investigación médica con seres humanos a adoptar estos principios.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial asocia a los médicos con la fórmula "Primero cuidar la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica establece que "los médicos, al brindar atención médica, deben considerar lo que es mejor para el paciente.

4. La tarea del médico es promover y velar por la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigaciones médicas. El conocimiento y la conciencia del médico deben estar subordinados al desempeño de este deber.

5. El progreso médico se basa en la investigación, y la investigación eventualmente debe incluir estudios en humanos.

6. El objetivo principal de la investigación médica humana es comprender la causa, el desarrollo y las consecuencias de la enfermedad, así como mejorar las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamiento). Incluso las intervenciones más efectivas deben evaluarse continuamente a través de la investigación para garantizar que sean seguras, efectivas, eficientes, asequibles y de alta calidad.

7. La investigación médica debe realizarse de acuerdo con normas éticas que promuevan y aseguren el respeto a todas las personas y la protección de su salud y derechos individuales.

8. Si bien el objetivo principal de la investigación médica es crear nuevos conocimientos, este objetivo no debe prevalecer sobre los derechos e intereses de los investigadores involucrados.

9. En el campo de la investigación médica, los médicos están obligados a proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la libre determinación, la privacidad y la confidencialidad de los datos personales de los investigadores participantes. La responsabilidad de proteger a las personas involucradas en la investigación siempre debe recaer en el médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes de la investigación, incluso si brindan su conocimiento.

10. Los médicos deben considerar la ética, las leyes y las normas y estándares legales para la investigación con humanos en su propio país, así como las normas y estándares legales para la investigación con humanos en su propio país, así como las normas y estándares internacionales vigentes. Esto no debe permitirse como un imperativo moral. Ley o jurisdicción nacional o internacional para reducir o eliminar cualquier protección para las personas que participan en la investigación bajo este aviso.

11. La investigación médica debe llevarse a cabo de manera que se reduzca al mínimo el daño potencial al medio ambiente.

12. Las investigaciones médicas en seres humanos solo pueden ser realizadas por personas que hayan recibido la educación, la formación

y las cualificaciones científicas y éticas adecuadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos debe realizarse bajo la supervisión de un médico u otro profesional de la salud debidamente calificado y competente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener oportunidades adecuadas para participar en la investigación.

14. Un médico que integra la investigación médica con la atención de la salud debe involucrar a sus pacientes en la investigación, pero solo si tiene un valor preventivo, diagnóstico o terapéutico potencial razonable, y si el médico tiene motivos para creer que la participación en la investigación no tendrá efectos adversos. efectos la salud de los pacientes involucrados en el estudio.

15. Garantizar que las personas lesionadas en la investigación reciban una compensación y un tratamiento adecuados. En la práctica de la medicina y la investigación médica, la mayoría de las intervenciones están asociadas con riesgos y costos conocidos. La investigación médica que involucre seres humanos solo puede llevarse a cabo si la importancia de los objetivos supera los riesgos y costos para los sujetos involucrados en la investigación.

16. Toda investigación médica que involucre seres humanos debe estar precedida por una cuidadosa comparación de los riesgos y costos para los

individuos y grupos involucrados en la investigación y los beneficios esperados para ellos y otros individuos o grupos afectados por la enfermedad en cuestión. Se deben tomar medidas para reducir el riesgo. Los investigadores deben monitorear, evaluar y documentar continuamente los riesgos.

17. Los médicos no deben participar en ensayos en humanos a menos que estén seguros de que los riesgos se han evaluado adecuadamente y se pueden manejar satisfactoriamente. Los médicos deben considerar si continuar, cambiar o detener un estudio de inmediato si los riesgos asociados superan los beneficios esperados o si hay pruebas sólidas de resultados claros.

18. Algunos de los grupos e individuos encuestados son particularmente vulnerables y pueden ser más vulnerables al abuso o daño adicional. Todos los grupos e individuos deben estar especialmente protegidos.

19. La investigación médica en grupos de población vulnerable se justifica solo si la investigación satisface las necesidades o prioridades de salud de la población pertinente, y la investigación no puede llevarse a cabo en grupos de población vulnerable. Además, este grupo puede beneficiarse del conocimiento, la práctica o las intervenciones derivadas de la investigación.

20. La investigación médica humana debe ajustarse a los principios científicos generalmente aceptados y debe estar respaldada por un conocimiento profundo de la literatura científica, otras fuentes de información pertinentes y, cuando corresponda, experimentos de laboratorio y con animales apropiados. También se debe hacer hincapié en el bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

21. El protocolo de investigación debe describir y justificar claramente los proyectos y métodos de investigación de cualquier persona. Los protocolos siempre deben hacer referencia a consideraciones éticas ajenas al caso y explicar cómo se tienen en cuenta los principios formulados en este manifiesto. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de intereses e incentivos para los sujetos de la investigación, así como disposiciones para el tratamiento o la compensación de las personas perjudicadas por la participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los regímenes apropiados que se firmarán después del ensayo.

22. El protocolo del estudio debe enviarse al comité de ética de investigación pertinente para su revisión, comentario, recomendación y aprobación antes del inicio del estudio. Este comité debe operar de manera transparente, ser independiente de investigadores, patrocinadores o cualquier otra forma de influencia indebida y estar debidamente calificado. El Comité debe tener en cuenta las leyes y reglamentos aplicables en el país donde se lleva a cabo la

investigación, así como los estándares internacionales aplicables, pero no debe permitir que esas leyes y reglamentos reduzcan o eliminen las protecciones para los participantes de la investigación identificados en este aviso.

23. Se deben tomar todas las precauciones para proteger la privacidad de las personas involucradas en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

El comité tiene el poder de controlar los juicios en curso. Los investigadores deben proporcionar al comité información de auditoría, en particular con respecto a cualquier evento adverso grave. No se pueden hacer cambios al programa sin la discusión y aprobación de la comisión. Una vez completada la investigación, el investigador debe presentar un informe final al comité que resuma los hallazgos y conclusiones de la investigación.

Para evitar duplicidades, es necesario facilitar la aceptación de datos de ensayos clínicos, aunque se realicen en diferentes países. Actualmente, a través de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los Estados Unidos y Japón (y Canadá y la Organización Mundial de la Salud, entre otros, como observadores) han desarrollado pautas que armonizan los estándares en una variedad de temas relacionados con la medicina. La Conferencia Internacional de Armonización desarrolló las Directrices de Buenas Prácticas Clínicas, que definen un conjunto de directrices según las cuales los ensayos clínicos pueden planificarse, realizarse, completarse, auditarse,

analizarse e informarse para garantizar su fiabilidad. Este estudio se basará en la buena práctica clínica.

RESULTADOS

CUIDADOR

DEPRESIÓN

Mediante la utilización del programa estadístico SPSS, se obtuvieron los siguientes resultados:

Los niveles de depresión en el cuidador como se aprecian en la Tabla 1 nos muestra que un estimado de 50% de los cuidadores no presentó depresión, sin embargo, el restante lo podemos catalogar dentro de algún grado de la misma. El 31 % de los participantes presentó depresión moderada; el 14.3% presentó depresión leve y solo el 4.8% depresión severa.

Tabla 1. Depresión en el cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	21	50.0	50.0	50.0
	Depresión leve	6	14.3	14.3	64.3
	Depresión moderada	13	31.0	31.0	95.2
	Depresión severa	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

ANSIEDAD

Por otro lado, en el caso de cuidadores con ansiedad las cifras discrepan un poco, apreciándose mejor en la Tabla 2. En este caso, tenemos que el 52.4 % de los participantes refirieron no presentar ansiedad en las últimas 2 semanas; seguidos de 26.2% con ansiedad moderada; y no así con la depresión leve y la extremadamente severa, en quienes se obtuvo un porcentaje similar con 9.5% de los participantes.

Tabla 2. Ansiedad en el cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin ansiedad	22	52.4	52.4	52.4
	Ansiedad leve	4	9.5	9.5	61.9
	Ansiedad moderada	11	26.2	26.2	88.1
	Ansiedad severa	1	2.4	2.4	90.5
	Ansiedad extremadamente severa	4	9.5	9.5	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Ante los porcentajes obtenidos y con la intención de conocer en que forma la depresión y ansiedad del cuidador influencia sobre el paciente hemodializado se realiza un análisis mediante Tablas de Pareto, esto a fin de tener asociaciones estadísticas y que sean fácilmente apreciables. Por ello, se muestra a continuación cada uno de los rubros asociados.

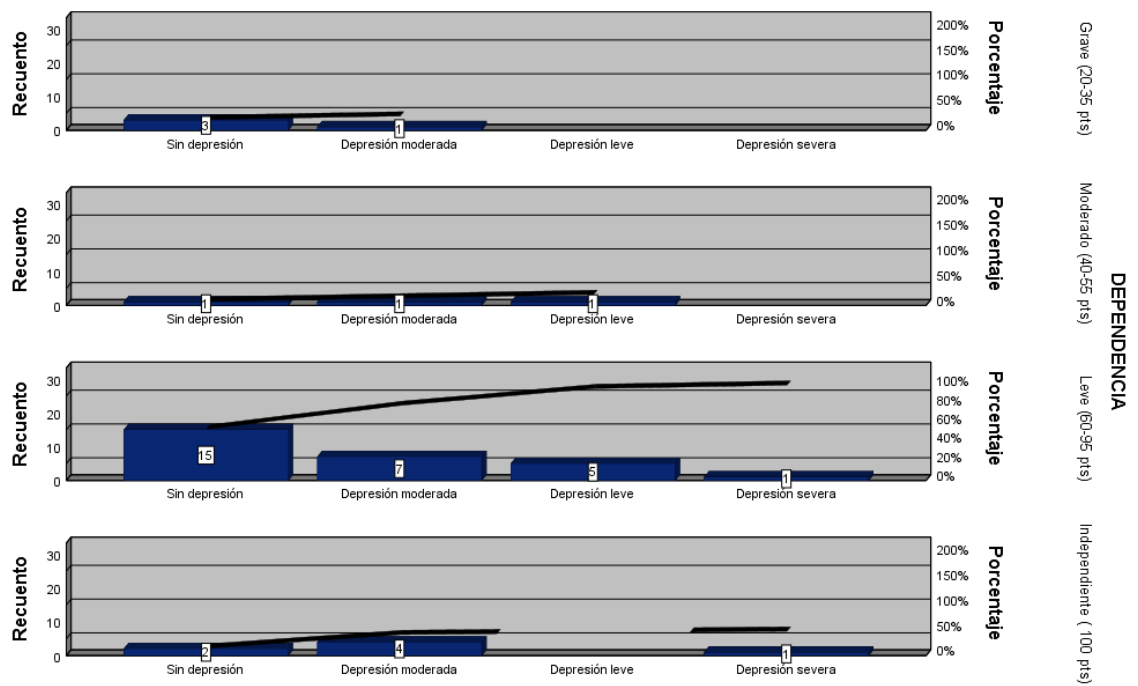
Depresión del cuidador y dependencia del paciente hemodializado

En la gráfica 1 obtenemos que la depresión moderada y los familiares de pacientes no deprimidos impactan aproximadamente en un 10 % de los pacientes hemodializados, repercutiendo y teniendo como evidencia la dependencia funcional grave.

Menos del 20 % de los pacientes hemodializados ven comprometida su capacidad funcional, tendiendo a discapacidad moderada, debido a cuidadores que cursan sin depresión, con depresión leve y depresión moderada. Los cuidadores que cursan sin depresión, depresión leve y moderada influyen sobre el 80% de los pacientes hemodializados, observándose un nivel de dependencia leve.

El 50 % de los pacientes hemodializados cursan su enfermedad con total independencia, pese a cuidadores que no cursan depresión o la cursan en un nivel moderado.

Gráfica 1. Depresión del cuidador y dependencia del paciente



Fuente: Propia

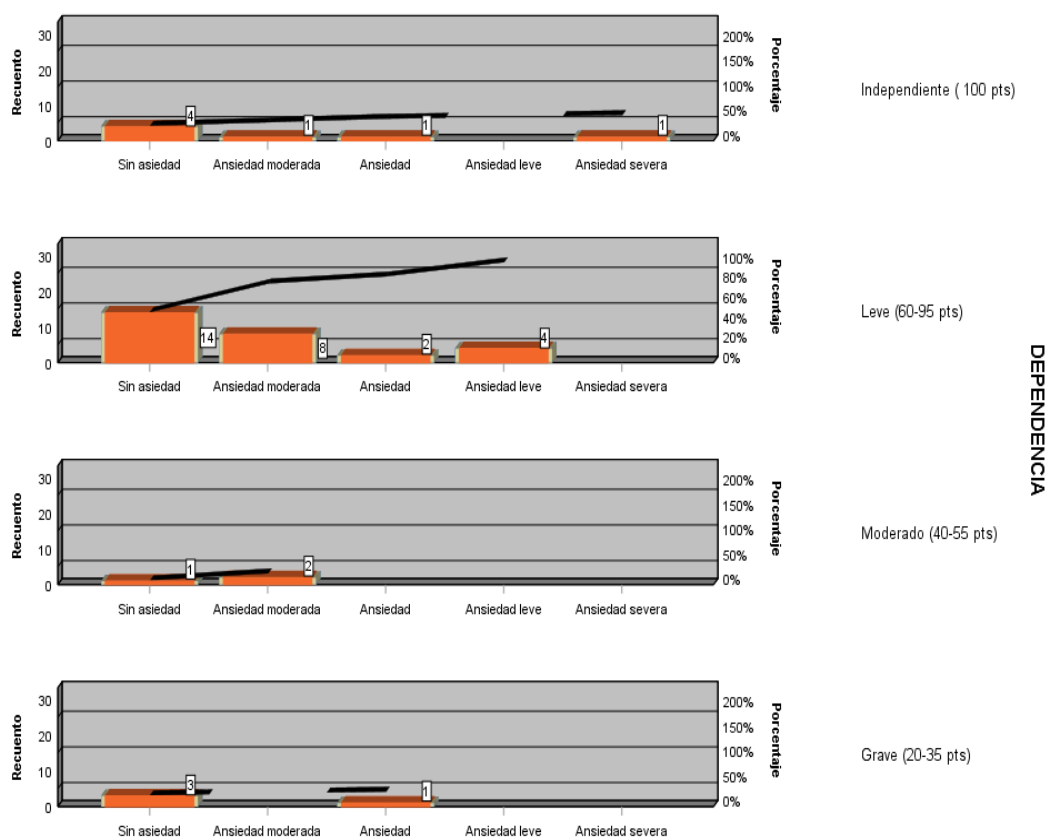
Ansiedad del cuidador y dependencia del paciente hemodializado

Ahora bien, en el caso de cuidadores con ansiedad, se observa en la Grafica 2 que, tomando en cuenta la capacidad funcional del paciente hemodializado vemos que la influencia del primero sobre el segundo se observa en aproximadamente 25 % de los sujetos involucrados y que tienden a ser totalmente independientes.

Cuidadores con ansiedad moderada y que cursan sin ansiedad en las últimas dos semanas influyen hasta en un 70% de los pacientes hemodializados, como consecuencia se observa tendencia a dependencia leve. Se tiene como

resultado en el paciente hemodializado un nivel de dependencia moderado hasta en un 50% de los participantes, esto relacionado a la ansiedad moderada de su cuidador principal. Los cuidadores sin ansiedad evidentemente no influyen sobre pacientes hemodializados con dependencia funcional grave.

Grafica 2. Ansiedad en el cuidador y dependencia en el paciente hemodializado



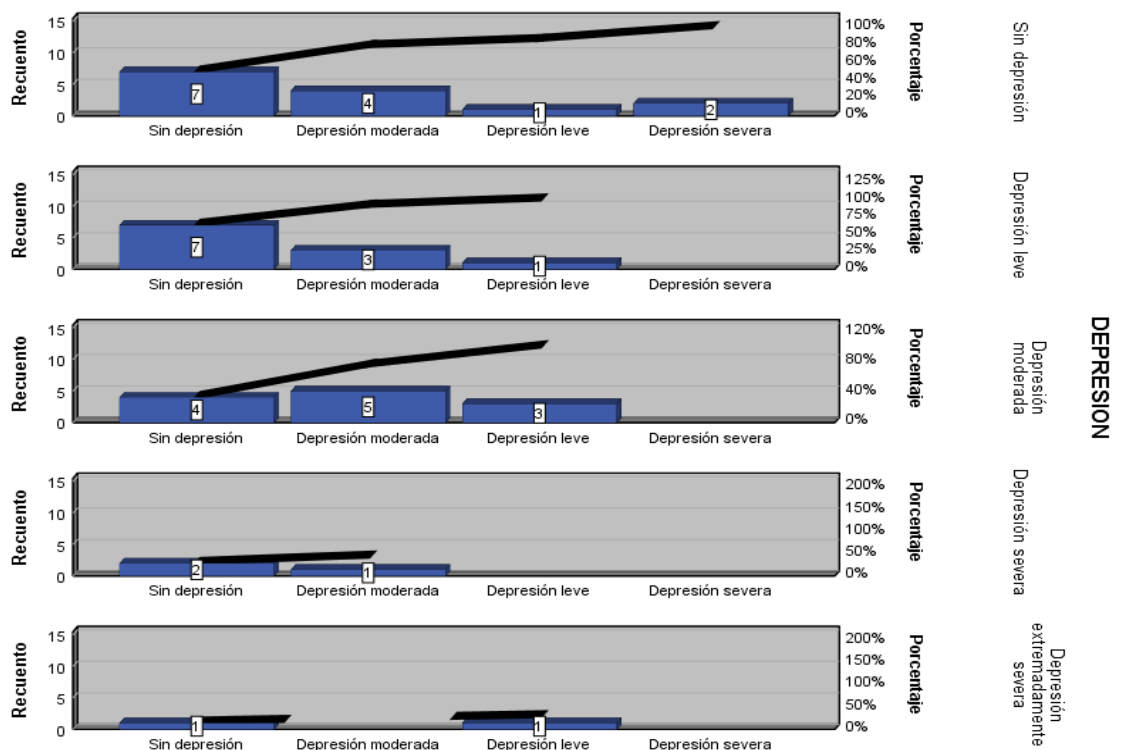
Fuente: Propia

Depresión en el cuidador y en el paciente

A continuación, se observa la influencia del estado de ánimo del cuidador sobre el estado de ánimo del paciente hemodializado.

En la gráfica 3, que a continuación de muestra, los familiares de pacientes con depresión moderada no influyen hasta en un 80 % de los pacientes hemodializados, ya que no mostraron algún grado de depresión.

Gráfica 3. Depresión en el cuidador y en el paciente



Fuente: Propia

Hasta 80 % de los pacientes hemodializados puede presentar depresión leve, se ve influenciado por la depresión moderada de su cuidador. Un estimado hasta un 70% de los pacientes hemodializados presentó depresión moderada, influenciados por sus cuidadores quienes también cursaban depresión moderada.

Depresión en el cuidador y ansiedad en el paciente

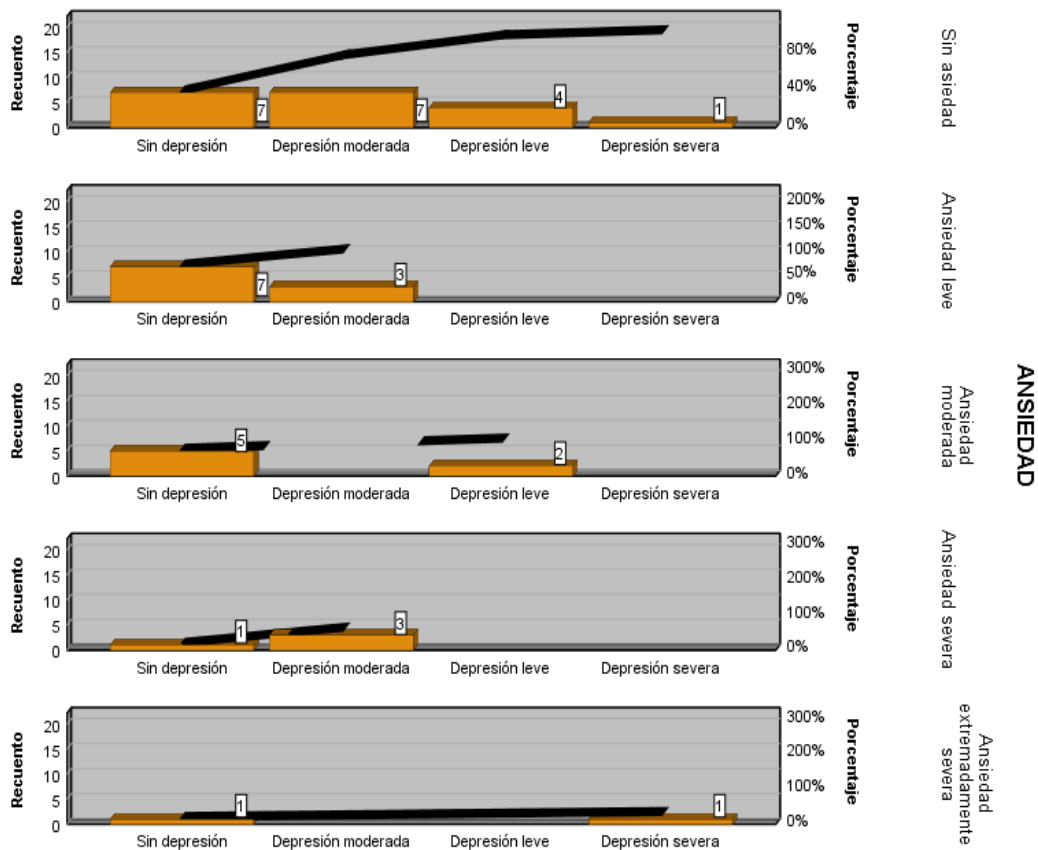
Los cuidadores con depresión moderada no influyeron sobre el 80 % de pacientes sin datos de ansiedad.

Pacientes hemodializados con ansiedad leve, hasta en un 80 % fueron influenciados por cuidadores que cursaban con depresión moderada. El 90% de pacientes hemodializados con ansiedad moderada fueron influenciados por cuidadores con depresión leve. El 75% de los pacientes con ansiedad severa se asociaron a cuidadores que cursaban depresión moderada. (Gráfica 4).

Ansiedad en el cuidador y depresión en el paciente

La totalidad de los pacientes sin depresión no se ven influenciados por sus cuidadores a pesar de presentar ellos algún grado de ansiedad. Un aproximado del 90% de los pacientes con depresión leve es influenciado por cuidadores con ansiedad moderada. El 80% de los pacientes con depresión moderada se ve relacionado con cuidadores que a su vez cursan con ansiedad leve, moderada y extremadamente severa. Aproximadamente el 25 % de los pacientes con depresión severa se ven asociados con cuidadores sin ansiedad y con ansiedad leve. Menos del 10 % de pacientes con depresión extremadamente severa se ve influenciada por cuidadores con ansiedad moderada y sin ansiedad. (Gráfica 5)

Gráfica 4. Depresión en el cuidador y ansiedad en el paciente



Fuente: Propia

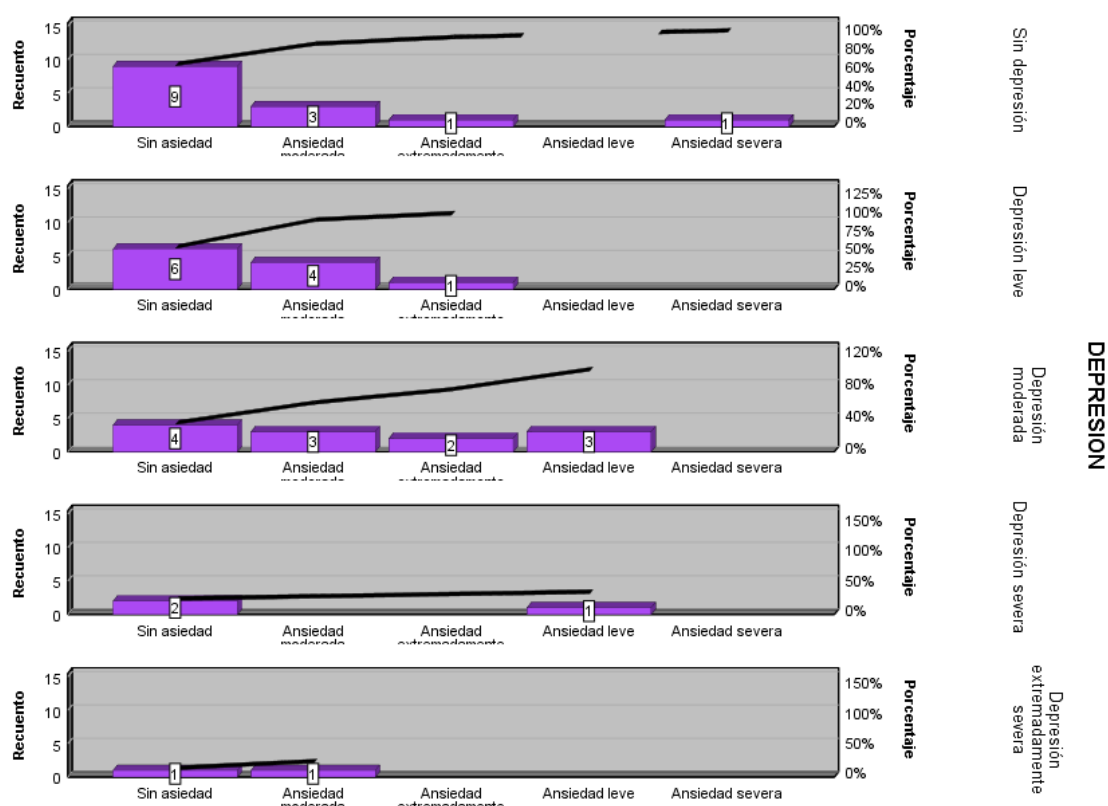
Ansiedad en el cuidador y en el paciente

La mayoría de los pacientes sin ansiedad no se vieron influenciados por algún cuidador independientemente de los niveles de ansiedad que este presentara.

Más del 90% de los pacientes con ansiedad leve son influenciados por cuidadores con ansiedad moderada. Cerca del 90% de pacientes con ansiedad

moderada se ven influenciados por cuidadores con ansiedad leve, moderada y sin ansiedad. Hasta un 30% de pacientes con ansiedad severa se ven influidos por la ansiedad leve, moderada y extremadamente severa de su cuidador primario. Menos del 10 % de pacientes con ansiedad extremadamente severa se ve influenciado por algún cuidador con ansiedad severa. (Gráfica 6)

Gráfica 5. Ansiedad en el cuidador y depresión en el paciente

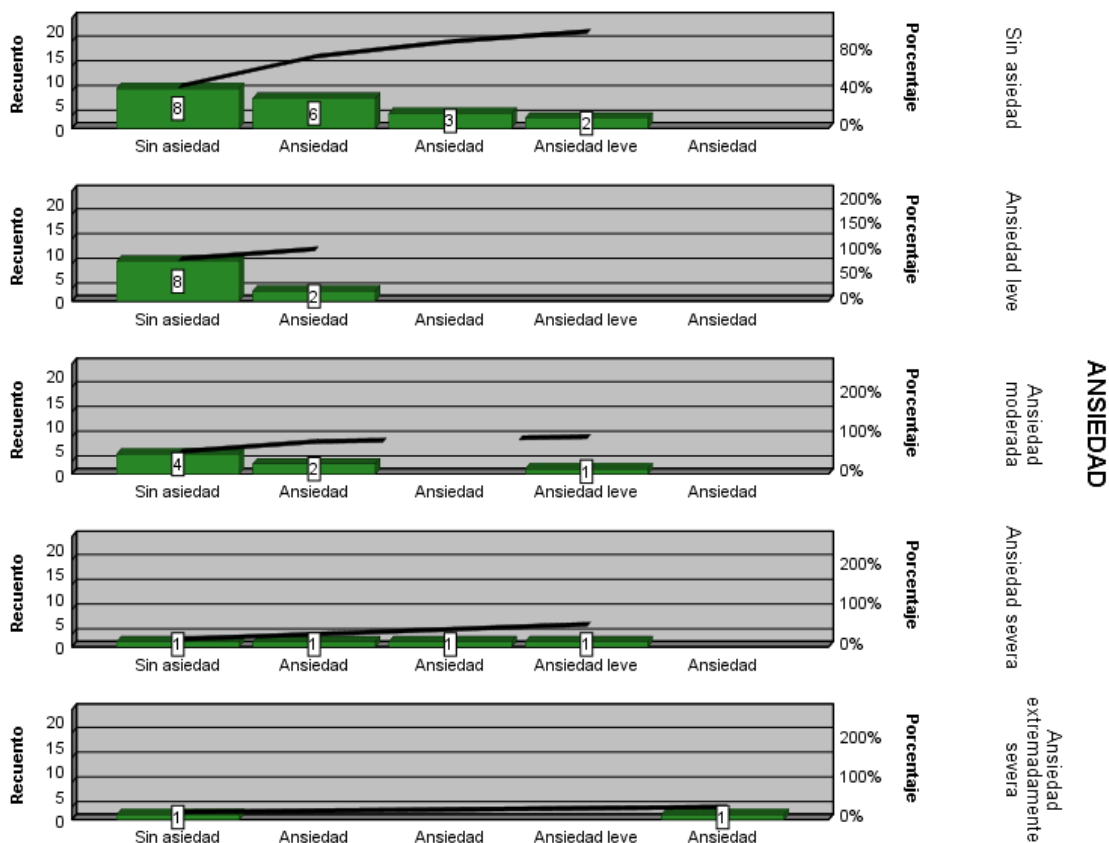


Fuente: Propia

En torno a las variables sociodemográficas, se encontró que el rango de edad más frecuentemente encontrado fue en torno a los 40-50 años, seguido del

rango de entre 29-39 años de edad (Tabla 3). El sexo con más frecuencia fue el femenino con 30 de los 42 participantes cuidadores (Tabla 4).

Gráfica 6. Ansiedad en el cuidador y ansiedad en el paciente



Fuente: Propia

La escolaridad más vista en el cuidador es el nivel licenciatura, seguido del nivel bachillerato de estudios (Tabla 5). En cuanto a estado civil predomina el casado, dando el segundo puesto a los cuidadores solteros (Tabla 6). La ocupación con predominio en esta población de estudio es la de empleado general, le siguen cuidadores que a su vez se dedican a labores domésticas y del hogar (Tabla 7). El parentesco visto en primer lugar con relación al cuidador es el de esposo/a, continuando el de hijo/a (Tabla 8).

Tabla 3. Edad del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28	5	11.9	11.9	11.9
	29-39	10	23.8	23.8	35.7
	40-50	12	28.6	28.6	64.3
	51-61	9	21.4	21.4	85.7
	62 o mas	6	14.3	14.3	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 4. Sexo del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino.	30	71.4	71.4	71.4
	Masculino.	12	28.6	28.6	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 5. Escolaridad del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	1	2.4	2.4	2.4
	Primaria	5	11.9	11.9	14.3
	Secundaria	7	16.7	16.7	31.0
	Bachillerato	8	19.0	19.0	50.0
	Técnico Superior	2	4.8	4.8	54.8
	Universitario				
	Licenciatura	18	42.9	42.9	97.6
	Maestría o especialidad	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 6. Estado Civil del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	13	31.0	31.0	31.0
	Casado	22	52.4	52.4	83.3
	Unión libre	3	7.1	7.1	90.5
	Divorciado	2	4.8	4.8	95.2
	Viudo	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 7. Ocupación del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Labores domésticas y/o del hogar	17	40.5	40.5	40.5
	Empleado general	14	33.3	33.3	73.8
	Jefe o propietario	9	21.4	21.4	95.2
	Estudiante	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 8. Parentesco del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hijo (a)	14	33.3	33.3	33.3
	Cuñado	1	2.4	2.4	35.7
	Nieto	1	2.4	2.4	38.1
	Nuera/Yerno	4	9.5	9.5	47.6
	Esposo (a)	18	42.9	42.9	90.5
	Hermano (a)	3	7.1	7.1	97.6
	Sobrino (a)	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

PACIENTE

En el caso de los pacientes las variables sociodemográficas más destacadas son las siguientes: Edad con mayor frecuencia se encuentra en el rango de los 62 o más años (Tabla 9). El sexo masculino predomina con 24 participantes hemodializados (Tabla 10). La unidad de medicina familiar dentro del estado de Chiapas que tiene mayor número de pacientes hemodializados es la UMF 25 (tabla 11). El nivel escolar más alto visto es el nivel secundario con un total de 14 participantes, seguido de 10 participantes con nivel primaria (Tabla 12). El estado civil que predomina es el casado, dejando por mucho a los otros estados civiles vistos en la tabla correspondiente (Tabla 13). La ocupación con mayor número de individuos es la de labores domésticas y/o del hogar (Tabla 14). El acceso vascular preferido es el de catéter ya sea temporal o definitivo con un total de 30 pacientes que actualmente lo poseen (Tabla 15).

Tabla 9. Edad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28	2	4.8	4.8	4.8
	29-39	5	11.9	11.9	16.7
	40-50	9	21.4	21.4	38.1
	51-61	11	26.2	26.2	64.3
	62 o mas	15	35.7	35.7	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 10. Sexo del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	18	42.9	42.9	42.9
	Masculino	24	57.1	57.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 11. Unidad de Medicina Familiar de adscripción del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	13	9	21.4	21.4	21.4
	14	2	4.8	4.8	26.2
	17	7	16.7	16.7	42.9
	18	1	2.4	2.4	45.2
	23	1	2.4	2.4	47.6
	25	13	31.0	31.0	78.6
	34	8	19.0	19.0	97.6
	8	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 12. Escolaridad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	5	11.9	11.9	11.9
	Primaria	10	23.8	23.8	35.7
	Secundaria	14	33.3	33.3	69.0
	Bachillerato	7	16.7	16.7	85.7
	Técnico Superior Universitario	1	2.4	2.4	88.1
	Licenciatura	5	11.9	11.9	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 13. Estado Civil del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	5	11.9	11.9	11.9
	Casado	26	61.9	61.9	73.8
	Unión libre	6	14.3	14.3	88.1
	Viudo	5	11.9	11.9	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 14. Ocupación del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Labores domésticas y/o del hogar	33	78.6	78.6	78.6
	Empleado general	8	19.0	19.0	97.6
	Estudiante	1	2.4	2.4	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Tabla 15. Acceso Vascular del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Catéter	30	71.4	71.4	71.4
	Fistula Arteriovenosa	12	28.6	28.6	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Los niveles de depresión y ansiedad vistos en los pacientes hemodializados son los que se aprecian a continuación en la Tabla 16.

La depresión leve se ve en 11 pacientes que corresponden a 26.2% de los participantes; depresión moderada en 12 participantes (28.6%); depresión severa en 3 individuos (7.1%); depresión extremadamente severa en 2 cuidadores (4.8%).

Los pacientes sin depresión son 14, esto equivale a un 33.3% de los participantes (Gráfica 7).

Tabla 16. Depresión

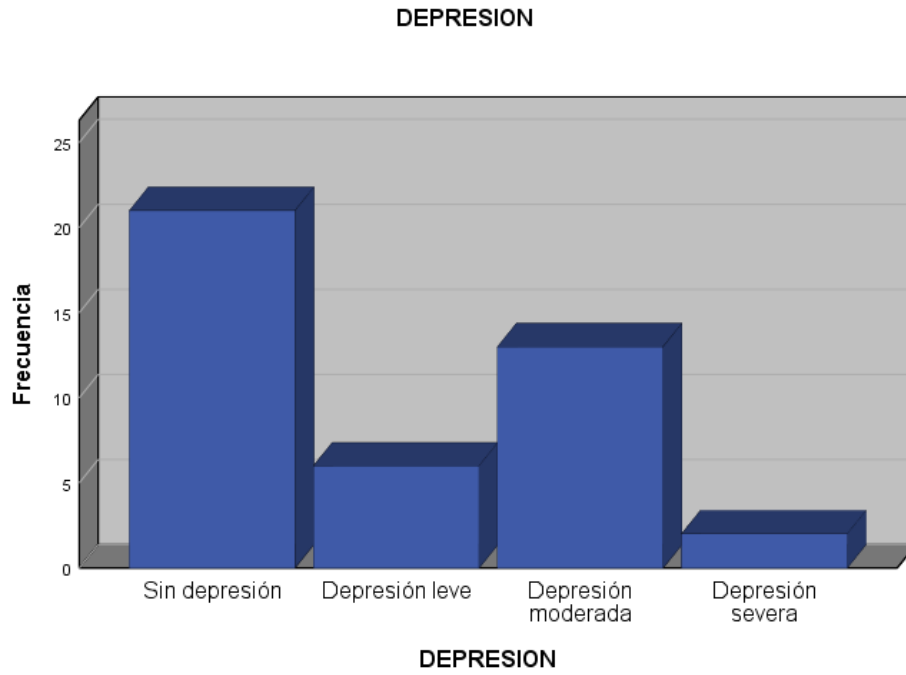
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	14	33.3	33.3	33.3
	Depresión leve	11	26.2	26.2	59.5
	Depresión moderada	12	28.6	28.6	88.1
	Depresión severa	3	7.1	7.1	95.2
	Depresión extremadamente severa	2	4.8	4.8	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

En el caso de la ansiedad del paciente se establecen las cifras en la tabla 17.

Los pacientes que no presentan algún cuadro de ansiedad son 19, que corresponden a 45.2% del total. Con ansiedad leve se obtuvieron 10 sujetos de estudio (23.8%); ansiedad moderada con 7 personas (16.7%); ansiedad severa con 4 cuidadores (9.5%) y ansiedad extremadamente severa con 2 pacientes representando un 4.8% (Gráfica 8).

Gráfica 7. Depresión



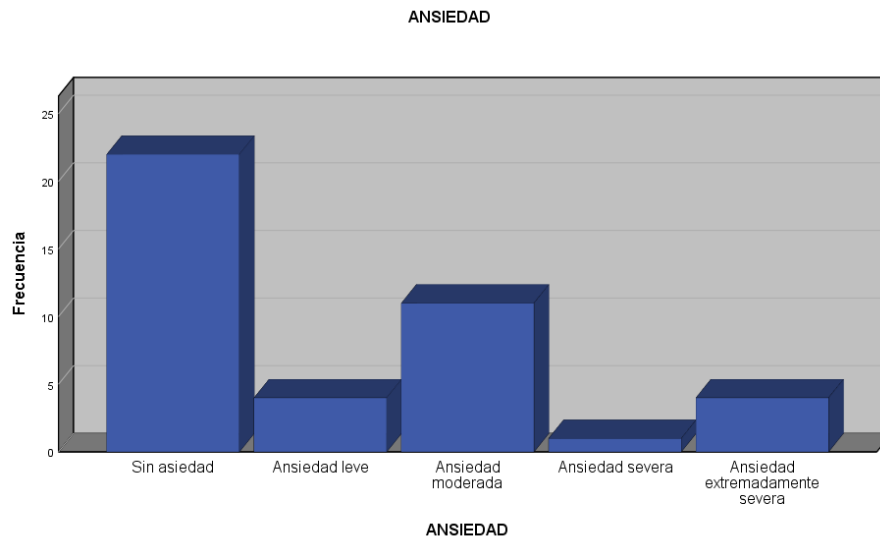
Fuente: Propia

Tabla 17. Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin ansiedad	19	45.2	45.2	45.2
Ansiedad leve	10	23.8	23.8	69.0
Ansiedad moderada	7	16.7	16.7	85.7
Ansiedad severa	4	9.5	9.5	95.2
Ansiedad extremadamente severa	2	4.8	4.8	100.0
Total	42	100.0	100.0	

Fuente: Propia

Gráfica 8. Ansiedad



Fuente: Propia

Significancia estadística

Se realizaron los cruces pertinentes de las dos poblaciones en estudio, obteniéndose a continuación los siguientes valores de p. En el caso de la tabla que se muestra, se toma de base la depresión en el cuidador y su asociación con la depresión del paciente hemodializado (Tabla 18). En el caso del cruce Depresión del cuidador y ansiedad en el paciente se tienen valores de chi cuadrado de .042 y una razón de verosimilitud de .051 (Tabla 19).

**Tabla 18. Pruebas de chi-cuadrado
Depresión/Depresión**

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.272 ^a	12	.592
Raz3n de verosimilitud	10.972	12	.531
N de casos v3lidos	42		

a. 17 casillas (85.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es .10.
Fuente: Propia

**Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado
Depres3n/Ansiedad**

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.610 ^a	12	.042
Raz3n de verosimilitud	20.955	12	.051
N de casos v3lidos	42		

a. 17 casillas (85.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es .10.
Fuente: Propia

En cuanto a depresi3n del cuidador y su relaci3n con la dependencia del paciente hemodializado se observan los siguientes registros: Chi cuadrada con valor de .571 y raz3n de verosimilitud de .471. (Tabla 20). En cuanto a la relaci3n

entre ansiedad del cuidador y su influencia y/o relación con la depresión del paciente se observan valores de Chi cuadrada de .621 y una razón de verosimilitud de .458 (Tabla 21). En la razón de Ansiedad presentada por el cuidador y por el paciente tenemos los valores observados en la Tabla 22. Y para finalizar en la Tabla 23 se muestran los valores correspondientes para la relación de ansiedad del cuidador y su influencia con la dependencia presentada en el paciente hemodializado.

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado Depresión/ Dependencia

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.637 ^a	9	.571
Razón de verosimilitud	8.637	9	.471
N de casos válidos	42		

- a. 14 casillas (87.5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es .14.

Fuente: Propia

Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado Ansiedad/Depresión

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.699 ^a	16	.621
Razón de verosimilitud	15.927	16	.458
N de casos válidos	42		

- a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Fuente: Propia

Tabla 22. Pruebas de chi-cuadrado Ansiedad/Ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29.277 ^a	16	.022
Razón de verosimilitud	18.021	16	.323
N de casos válidos	42		

- a. 23 casillas (92.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Fuente: Propia

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado Ansiedad/Dependencia

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.648 ^a	12	.395
Razón de verosimilitud	12.978	12	.371
N de casos válidos	42		

- a. 18 casillas (90.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .07.

Fuente: Propia

DISCUSIÓN

Las enfermedades mentales han tomado gran fuerza e impactado de manera preocupante a la sociedad en los últimos años. Debido a lo anterior se decide realizar este estudio el cual busca indagar la relación existente entre el estado anímico y/o emocional del cuidador y su influencia sobre el paciente hemodializado, sobre su nivel de dependencia para la realización de las

actividades básicas de la vida diaria y su estado anímico y/o emocional. Es importante mencionar que existen diversos estudios que relacionan a los cuidadores y que impactan sobre los pacientes dializados/hemodializados como en el caso de estudios como el Análisis de la influencia del cuidador principal en el estado nutricional del paciente en hemodiálisis ⁽⁵¹⁾, en donde se evalúa si existe o no relación directa.

Sin embargo, a pesar de existir estudios sobre depresión y ansiedad no se ha hecho el intento de relacionar como influyen los niveles de depresión y ansiedad en el cuidador sobre el paciente hemodializado. Es por ello que al realizar este estudio se observa que los niveles de depresión y ansiedad en el cuidador nos muestra que un estimado de 50% de los cuidadores no presentó depresión, esto debido a que el instrumento de medición evalúa cada uno de los ítems en relación a un lapso de 2 semanas anteriores al momento de la aplicación de la cedula, lo cual influyó en los resultados ya que esto no excluye que los pacientes y los cuidadores hayan presentado depresión y ansiedad en algún momento de su vida. El 31 % de los participantes presentó depresión moderada; el 14.3% presentó depresión leve y solo el 4.8% depresión severa, a diferencia de los resultados obtenidos en el estudio de *Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor* en donde el 36% del total de la muestra reportó síntomas depresivos de tipo leve a severo; en relación con la sintomatología ansiosa, según los datos obtenidos, 98% la presentó de leve a grave.

En nuestro caso los cuidadores que no presentan algún cuadro de ansiedad son 19, que corresponden a 45.2% del total. Con ansiedad leve se obtuvieron 10 sujetos de estudio (23.8%); ansiedad moderada con 7 personas (16.7%); ansiedad severa con 4 cuidadores (9.5%) y ansiedad extremadamente severa con 2

cuidadores representando un 4.8%, arrojándonos un total de 54.8% de cuidadores ansiosos, en contraste con los 98% del estudio antes citado. Las diferencias podrían deberse a la temporalidad en el que fueron aplicadas las cédulas en cada investigación, no obstante, nuestro instrumento nos sugiere resultados congruentes por su valor de Cronbach mayor al promedio esperado.

La escala DASS-21 nos propone una forma práctica de evaluar depresión, ansiedad y estrés en nuestra población, ya que nos ofrece un panorama reciente del estado de salud mental de nuestra población de estudio. Esta escala ha demostrado una confiabilidad satisfactoria (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés). Entonces, es un instrumento fiable, práctico y relativamente nuevo, por lo cual lo utilizamos para lograr implementar en nuestra población un tamizaje novedoso.

Uno de los objetivos de nuestro estudio era valorar los niveles de depresión y ansiedad del cuidador y su influencia sobre el paciente hemodializado, el cual se determinó, que, si bien los porcentajes difieren a estudios previamente citados, si se aprecia la influencia de un grupo sobre otro, repercutiendo la depresión y ansiedad del cuidador sobre el paciente hemodializado, ¿Cómo? Sobre su estado anímico y sobre el nivel de dependencia. A pesar de lo anterior, no hemos encontrado bibliografía que relacione estos dos aspectos, siendo este estudio de los pocos que logran tales asociaciones.

En este estudio, a pesar de lograr objetivos planteados, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, mediante cruces por método de Chi

cuadrada, sin embargo, al utilizar las gráficas de Pareto se logra asociar ambos grupos para su interpretación.

CONCLUSIONES

Se logró identificar los niveles de depresión en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado., derechohabiente de la UMAA. Se estimaron los diferentes niveles ya que como bien se observó en este estudio se estimaron los niveles como se aprecia en la tabla 1 y 2.

Además, se logra determinar las variables sociodemográficas de la población de estudio, tanto de los cuidadores como de los pacientes en estudio, determinándose que el rango de edad más frecuentemente encontrado fue en torno a los 40-50 años. El sexo con más frecuencia fue el femenino con 30 de los 42 participantes cuidadores. La escolaridad más vista en el cuidador es el nivel licenciatura. El estudio civil predominante es el casado. La ocupación más frecuente es el de empleado general. El parentesco visto en primer lugar con relación al cuidador es el de esposo/a.

Los niveles de depresión del cuidador se lograron conocer, los resultados se pueden apreciar en la tabla 1; se estimó el grado de ansiedad en el cuidador, determinándose que el 50% de los cuidadores no presentó depresión; el 31 % de los participantes presentó depresión moderada.

Se logro examinar los resultados obtenidos en la encuesta DASS-21 para relacionarlos con el grado de depresión y ansiedad entre cuidador y el paciente

hemodializado. Se determino que efectivamente, y que como se estimó en la hipótesis la depresión y ansiedad en el cuidador es directamente proporcional a la depresión, ansiedad y dependencia presentada en el paciente hemodializado, ya que los niveles leves en el cuidador corresponden a niveles similares en el paciente hemodializado y así sucesivamente con los demás niveles, determinándose la influencia de un grupo sobre otro.

El análisis de los resultados obtenidos en el Índice de Barthel para relacionarlos con el grado de dependencia en el paciente hemodializado, mediante cruces en el programa estadístico en cuestión se realizo, obteniéndose que los pacientes no son dependientes en su mayoría.

Adicionalmente las gráficas de Pareto se observan como una herramienta adicional para comprar un grupo con otro y establecer la influencia entre ellos.

La depresión y ansiedad continúa siendo un problema de salud publica que aún prevalece, aunque los resultados obtenidos no fueron altos, si se observa una prevalencia de estas enfermedades mentales en los pacientes y cuidadores, lo que nos da a entender que, aunque los grados de depresión son leves o moderados estos tienden a la cronicidad.

REFERENCIAS: DOCUMENTALES, HEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

- 1.- Bartra, Andrés F. *et al.* Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios: Revista de Investigación*. Julio-Noviembre, 2016, Universidad Peruana Unión San Martín, Perú; 6(2).pp. 53-68
- 2.-Benavides, Patricio. La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador*. pp. 171-188.
- 3.- Saavedra-González, *et al* Alejandro G. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*.2016; 23(1): pp. 24-28.
- 4.- Arredondo,Armando *et al* Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1).pp. 1-13.
- 5.- Pérez-Padilla Elsy *et al.* Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomedica*. Mayo-Agosto 2017;28(2).pp.73-98.
- 6.- Narváez-Sánchez, Yesenia *et al.* Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco Salud en Tabasco. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. Enero-Agosto, 2017;23,(1-2), pp. 28-33.
- 7.- Luna- Reyes, Toshi *et al.* Depresión: Situación actual. [Artículo de Revisión]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017; 17(2):pp. 78-85.
- 8.- Ruvalcaba Palacios, Gerardo *et al.* Ansiedad, depresión y actividad autonómica en estudiantes de enfermería, en el estado de Guanajuato, México. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*.Enero-Junio 2020; 6(1),pp. 81-103.
- 9.- Barceló-Soler, Alberto *et al.* Intervenciones de psicoterapia por ordenador para la depresión en Atención Primaria en España. *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47(6):236-46
- 10.- Jonapá Carrillo, Víctor Hugo *et al.* La depresión, un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2020, 19 (2), 19-25.
- 11.- Dávila Hernández, Amalia *et al.* Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista internacional de acupuntura*. 2016; 10(1): pp.9-15
- 12.- Rivarola Sosa, Addis *et al* Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev. Salud pública Paraguay*. Julio - Diciembre 2019; 9(2): pp.9-15.

- 13.- Castro Aranda, Álvaro Esteban *et al.* Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según la Quinta versión de Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría y su impacto en la calificación de la perdida laboral en Colombia. Universidad Santiago de Cali / Facultad de Salud; Facultad de Ciencias Básicas.2019;1(0): pp. 1-11.
- 14.- Seon-Cheol, Park *et al.* Depression in DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions.Understanding depression. 2018; 1(0): pp. 3-14.
- 15.- Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. (Prieto-Tagle MF, ed.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.
- 16.- Campagne, D.M. Diagnostica la depresión antes. Medicina de Familia SEMERGEN.2017;1230: PP. 1-6.
- 17.- Cedillo-Ildefonso, Benita. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista electrónica de la ansiedad.Marzo 2017; 20(1): pp.239-251.
- 18.- Reyes Marrero, R. Trastornos de ansiedad. Medicine. 2019; 12(84):pp.4911-4917.
- 19.- Botella, L. Terapia Constructivista Integradora y Enfoque Transdiagnóstico en Ansiedad y Depresión: Investigación en la Práctica Clínica. Revista de Psicoterapia. Julio 2020; 31(116): pp. 105-113.
- 20.-Reyes Carmona, Carlos *et al.* Ansiedad de los estudiantes de facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. Investigación en educación médica.2017; 6(21): pp.42-46.
- 21.- Arango-Dávila, César *et al.* Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. Revista colombiana de Psiquiatría.2016; xx(xx): pp.1-10.
- 22.- Díaz Santos C *et al.* La ansiedad en la adolescencia. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Febrero2018; 6(1): pp. 21-31.
- 23.- Quintana Rodriguez, Idanys. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Antonio Guiteras Holmes. Matanzas, Cuba.[Artículo de revisión] Rev.Med.Electrón.Marzo-Abril 2018; 40(2): pp.420-432.
- 24.- Salazar Carrera, Iván Hamyd. Consideraciones para el uso de anestesia en pacientes que se encuentren bajo tratamiento con antidepresivos tricíclicos.Medisur. Junio 2017; 15(3): pp.383-388.

- 25.- Pérez, Verónica *et al.* Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Rev. Urug. Med. Interna.* Diciembre 2016; 3(0): pp.25-33.
- 26.- Peña, E *et al.* Antidepresivos en la enfermedad de Parkinson. Recomendaciones del grupo de trastornos del movimiento de la Asociación Madrileña de Neurología. *Neurología*; 2016; 863(xx): pp. 1-8.
- 27.- Álvarez-Mon, M.A *et al.* Tratamiento de la depresión. *Medicine.* 2017; 12(46): pp. 2731-2742.
- 28.- Rodríguez Chala, Hilda. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Revista Cubana de Estomatología.* 2016; 53(4): pp. 277-290.
- 29.- Pereira-Rodríguez Javier *et al.* Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia. Rehabilitar Cúcuta IPS, Grupo De Investigación RehabilitarCI. Cúcuta – Colombia. Junio 2019; pp. 1-19.
- 30.- Silva Tobar, Santiago. Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. *Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación.* Enero-Marzo 2016; 3(1): pp. 43-61.
- 31.- Cantú-Quintanilla, Guillermo *et al.* Cartas al editor. *Salud pública de México.* Julio-Agosto de 2017; 59(4): pp. 491-492.
- 32.- Chan, Christopher T *et al.* Iniciación a la diálisis, elección de modalidad, acceso y prescripción: conclusiones de Conferencia de Controversia de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). KDIGO executive conclusions. Mayo 2020.
- 33.- Rivera Moreira, Edison Antonio. Cuidados del acceso vascular para hemodiálisis. *RECIAMUC.* 2020; 4(1): pp.325-332.
- 34.- Acosta Arias Y. Accesos vasculares para hemodiálisis. *Revista Archivo del Hospital universitario “Calixto García”.* 2019; 7(1): pp. 77-83.
- 35.- Alonso-Rodríguez L. Evaluación, mediante Doppler color, de las fístulas arteriovenosas para hemo- diálisis. *Anales de Radiología México* 2017; 16(4): pp. 320-328.
- 36.- Viamonte Batista, Mislenis *et al.* Cateterización venosa central para hemodiálisis. *Actuaciones de enfermería. Correo Científico Médico (CCM)* 2020; 24(2): pp. 1-13.
- 37.- Imigo G, Felipe. Accesos venosos centrales. *Cuad. Cir.* 2011; 25: pp. 52-58.

- 38.- Mojena-Roblejo M *et al.* Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(3): pp.1-6.
- 39.- Villalobos, Walter *et al.* Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.) Julio 2017; 156(1):pp. 43-46.
- 40.- Grau Valdés, Yadira *et al.* Sentido personal del rol y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología. 2019; 1: pp.269-282.
- 41.- Carreño Moreno SP *et al.* Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. Aquichan. 2016; 16(4): pp.447-461.
- 42.- Martínez Rodríguez, Lesnay *et al.* Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica 2017: Abril-Junio; 20 (2): pp.139-148.
- 43.- Aguilera Flórez, Ana Isabel *et al.* Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. Octubre-Diciembre, 2016; 19(4): pp. 359-365.
- 44.- Lázaro Rodríguez, Aurora *et al.* Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.2020; 23(2): pp.801-816.
- 45.- .Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. MULTIMED. Enero-Febrero, 2016; 20(1): pp.1-12.
- 46.- Hernández-Cantú, Enoc Isaí *et al.* Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017; 25(3): pp. 213-220.
- 47.- López, Erika *et al.* Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. Revista Médica Gt, Colmedegua. Julio 2018; 157(1): pp. 15-17.
- 48.- Alcaraz-Moreno, Noemí *et al.* La trayectoria de cuidado del paciente en hemodiálisis: de la noticia inesperada al desenlace final. Enfermería Nefrológica. Julio- Septiembre 2019; 22(3):pp.308-316.
- 49.- Grau, Y. y Martínez, L. Sentido personal del rol en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis en Cuba. Espacio I+D Innovación más Desarrollo.2017; 6 (14): pp. 21-39.

50.- Cabada Ramos, E. Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*. Enero-Junio 2017; 27(1):pp. 53-59.

51.- Martínez-Álvarez P, Pelayo-Alonso R, Portilla-Sánchez M, Pacheco-Martínez S, Cagigas-Villoslada MJ, Cobo-Sánchez JL. Análisis de la influencia del cuidador principal en el estado nutricional del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2020 Oct-Dic;23(4):381-387

DEFINICION DE TERMINOS (GLOSARIO)

Afrontamiento: Es un proceso que implica que el individuo confrontará la situación de acuerdo a la percepción de las demandas y los recursos con que cuenta, influyendo también las experiencias pasadas y el resultado obtenido en ellas.

Ansiedad: Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Antidepresivos tricíclicos: Las drogas dentro de los antidepresivos tricíclicos (ADT) son todas derivadas de la dibenzoacepina o iminodibencilo.

Cuidador: Persona que presta servicios de atención a una o más personas en situación de dependencia.

Catéter venoso central (CVC): Los CVC son dispositivos de poliuretano y silicona que se colocan en una vena con el calibre óptimo (generalmente, venas yugulares, subclavias o femorales) para poder proporcionar flujos sanguíneos suficientes para la realización de la hemodiálisis. ⁽³⁶⁾

DALYs: disability-adjusted life years; años de vida, potencialmente perdidos por discapacidad.

Depresión: Acción y efecto de deprimir o deprimirse.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales

ERC: Enfermedad renal crónica.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.

Hemodiálisis (HD) es un tratamiento el cual consta en dializar la sangre a través de una máquina que hace transitar la sangre desde una arteria del paciente hacia un filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias nocivas circundantes de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

IMAO: Inhibidores de la aminomonooxidasa

National Kidney Foundation (NKF-K/DOQI): Fundación nacional del riñón.

Ocupación: Trabajo u oficio que desempeña una persona.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Parentesco: Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Vena Femoral: Vía más fácil, rápida y con elevada tasa de éxito, sin riesgo de grandes lesiones vasculares. Está asociada a una alta tasa de infección, por lo que se sugiere su uso en forma temporal o como última opción.

Vena Subclavia: sencilla de manipular, cómoda, probabilidad baja de infecciones, aunque con riesgo de neumotórax, y ante hemorragia es de difícil manejo.

Vena Yugular Interna: La ventaja principal es el fácil abordaje y el bajo riesgo de falla ante un operador sin experiencia, no obstante, no debe usarse por períodos extensos y por el riesgo de puncionar la arteria adyacente.

ANEXOS



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CUIDADOR)

Instrucciones: Requisita la presente cédula con la información que se solicita. Favor de colocar una “x” o una “palomita” en el recuadro que corresponda a la aseveración que mejor se adapte a su caso.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F)

NSS: _____ UMF: _____ Consultorio: _____ Turno: (Mat.) (Vesp.)

Escolaridad: _____ Edo. Civil: _____ Ocupacion: _____

Parentesco con el paciente: _____

CUESTIONARIO DASS-21					
		0 No me ha ocurrido.	1 Me ha ocurrido poco o durante parte del tiempo.	2 Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo.	3 Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo.
1	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2	Me di cuenta que tenía la boca seca.				
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo.				
4	Se me hizo difícil respirar.				
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas.				
6	Reaccioné exageradamente a algunas situaciones.				
7	Sentí que mis manos temblaban.				
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.				
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.				
10	He sentido que no hay nada que me ilusionara.				
11	Me he sentido inquieto.				
12	Se me hizo difícil relajarme.				
13	Me sentí triste y deprimido.				
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.				
15	Sentí que estaba a punto del pánico.				
16	No me pude entusiasmar por nada.				
17	Sentí que valía muy poco como persona.				
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad.				

19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.				
20	Tuve miedo sin razón.				
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.				



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23 TUXTLA GUTIÉRREZ,
CHIAPAS



CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PACIENTE)

SECCIÓN 1.-Instrucciones: Requisite la presente cédula con la información que se solicita. Favor de colocar una “x” o una “palomita” en el recuadro que corresponda a la aseveración que mejor se adapte a su caso.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo:(M) (F) NSS: _____
 UMF: _____ Consultorio: _____ Turno: (Mat.) (Vesp.) Escolaridad: _____ Edo.Civil: _____
 Ocupacion: _____ Tiempo en Hemodialisis (meses u años): _____
 Tipo de acceso vascular: _____

CUESTIONARIO DASS-21					
		0 No me ha ocurrido.	1 Me ha ocurrido poco o durante parte del tiempo.	2 Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo.	3 Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo.
1	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2	Me di cuenta que tenía la boca seca.				
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo.				
4	Se me hizo difícil respirar.				
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas.				
6	Reaccioné exageradamente a algunas situaciones.				
7	Sentí que mis manos temblaban.				
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.				
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.				
10	He sentido que no hay nada que me ilusionara.				
11	Me he sentido inquieto.				
12	Se me hizo difícil relajarme.				
13	Me sentí triste y deprimido.				
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.				
15	Sentí que estaba a punto del pánico.				
16	No me pude entusiasmar por nada.				
17	Sentí que valía muy poco como persona.				
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad.				
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.				

20	Tuve miedo sin razón.				
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.				

SECCIÓN 2.-Instrucciones: Requisita la presente cédula con la información que se solicita. Favor de encerrar, tachar o subrayar la aseveración que mejor se adapte a su caso (Números: 1,2 ó 3). Escoja en cada descripción la aseveración que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

ESCALA DE BARTHEL

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	
Comer	1.- Incapaz	0
	2.- Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3.- Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1.- Incapaz, no se mantiene sentado.	0
	2.- Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado.	5
	3.- Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física y una verbal).	10
	4.- Independiente.	15
Aseo personal	1.- Necesita ayuda con el aseo personal.	0
	2.- Indoeependiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso de retrete	1.- Dependiente.	0
	2.- Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	5
	3.- Independiente (entrar y salir , limpiarse y vestirse).	10
Bañarse o ducharse	1.- Independiente.	0
	2.-Dependiente para bañarse o ducharse.	5
Desplazarse	1.- Inmóvil.	0
	2.- Independiente en silla de ruedas en 50 m.	5
	3.- Anda con pequeña ayuda de una persona (física y/o verbal)	10
	4.- Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
Subir y bajar escaleras	1.- Incapaz.	0
	2.- Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	3.- Independiente para bajar y subir.	10
Vestirse y desvestirse	1.- Dependiente.	0
	2.- Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
	3.-Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1.- Incontinente (o necesita que le suministren enemas).	0
	2.- Accidente excepcional (uno/semana).	5
	3.-Continente.	10
Control de orina	1.- Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
	2.- Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	5
	3.- Continente, durante al menos 7 días.	10



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Niveles de depresión y ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado derechohabiente de la UMAA, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA).Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2021 .
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El presente trabajo de investigación dará nuevo conocimiento porque es un tema que no ha sido estudiado e investigado en la UMAA, donde se pretende realizar, sobre todo en identificar el nivel de depresión y de ansiedad en el cuidador y cómo influyen estos en el grado de dependencia del paciente hemodializado derechohabiente de la UMAA.
Procedimientos	Aplicación de encuesta directa y llenado de cuestionario expofeso por parte de los participantes.
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar niveles de depresión y ansiedad en el cuidador y poder recibir asesoría si así lo desea. Detectar cómo influye lo anterior en el paciente hemodializado mediante el uso de encuestas DASS-21 e Índice de Barthel , posterior análisis y cruce estadístico mediante programa SPSS.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará la información si los participantes así lo desean.
Participación o retiro:	Participaran pacientes hemodializados y sus cuidadores, con edades iguales o mayores de 18 años, de manera voluntaria y con consentimiento informado . Y en caso de no desear continuar en el estudio se respetará su retiro voluntario.
Privacidad y confidencialidad:	Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe 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.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable:

DR. AVENDAÑO VASQUEZ JESUS ALBERTO, RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR
CON SEDE EN UMF 23, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Colaboradores:

DRA. AMÉRICA FABIOLA BENÍTEZ RENDÓN.
DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

DR. AVENDAÑO VASQUEZ JESUS ALBERTO
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

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



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



2020
LEONA VICARIO
COMISIÓN NACIONAL DE LA FEMSA

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN INSTITUCIONAL
Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES
Unidad de Comunicación Social
Coordinación Técnica de Difusión

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23/UMAA**

Ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, 12 de Octubre 2020

**Jesús Alberto Avendaño Vásquez
Médico Residente de la Esp. Medicina Familiar
Presente**

Por este medio del presente informo a usted que **NO** existe inconveniente alguno para que se realice dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 23/UMAA el proyecto de investigación titulado "Niveles de depresión y ansiedad en el cuidador y su influencia en el paciente hemodializado derechohabiente de la UMAA, Tuxtla Gutiérrez"

Le recuerdo que antes de iniciar la recolección de información deberá someter su trabajo a consideración de los Comités de Investigación No. 703 y Ética en Investigación No. 7038 para su autorización.

Agradeciendo la atención a la presente y sin más por el momento, reciba saludos cordiales.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

Lucila López Pablo
**Dr. Lucila López Pablo
Director de la UMF 23/UMAA Tuxtla Gutiérrez.**



