



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**TEMA**

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
PACIENTES CON IRC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN  
RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO  
MARÍA DE LOURDES FLORES ZÁRATE**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA INTEGRADA**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA**

**DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
ASESOR CLÍNICO UNIVERSITARIO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD  
2008-2010**

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**M.C.ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA  
SALUD DE LA U.A.E.H.**

\_\_\_\_\_

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA  
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
DEL I.C.Sa.**

\_\_\_\_\_

**DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ  
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

\_\_\_\_\_

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN  
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESOR DEL CURSO DE  
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

\_\_\_\_\_

**DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
ASESOR CLÍNICO UNIVERSITARIO**

\_\_\_\_\_

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA  
DE SALUD DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA  
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

\_\_\_\_\_

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS  
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA  
SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

\_\_\_\_\_

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA INTEGRADA**

\_\_\_\_\_

**DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
ASESOR METODOLÓGICO**

\_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:** Por permitirme la vida y salud, así como los medios necesarios para desempeñar la función como médico.

**A MI ESPOSO E HIJA:** Por el apoyo y cariño brindado durante el periodo de la especialidad y después de haberla concluido, estando conmigo en momentos difíciles y comprendiendo las situaciones adversas de esta profesión, gracias por compartir ahora los resultados de nuestro esfuerzo y dedicación.

**A MIS PADRES, HERMANOS Y SOBRINA:** Porque sin toda la ayuda y apoyo que me han dado no sería posible seguir avanzando en el camino, y porque sé que siempre podré contar con ustedes que me brindan su amor incondicional.

**A LOS MÉDICOS ADSCRITOS:** Dra. Maricela Soto Ríos, Dra. Gloria del Pilar Soberanes, Dr. Juan de Dios Uribe Ramírez, Dra. Maricela Guevara Cabrera, Dr. Raúl Camacho Gómez, Dr. Rogelio Díaz Rueda, Dr. José Bernardino Gres, por darme la oportunidad de realizar mi especialidad bajo su digno cargo, gracias a todos los médicos por compartir sus conocimientos y experiencias para contribuir en mi desarrollo profesional.

**A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES Y AMIGOS:** Por el apoyo que recibí por parte de ustedes, y aunque ya no podremos seguir todos juntos por empezar nuevos ciclos, sabemos que siempre nos unirá nuestra amistad.

## ÍNDICE

	HOJA
I. ANTECEDENTES.	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	13
IV. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.	14
V. METODOLOGÍA DESARROLLADA.	15
VI. RESULTADOS.	16
VII. DISCUSIÓN.	21
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	22
IX. BIBLIOGRAFÍA.	23
X. ANEXOS.	26
1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	26
2.- ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	27
3.- ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN	29
4.- HISTORIA CLINICA	32

## I. ANTECEDENTES

La Insuficiencia Renal Crónica se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos. A diferencia de la Insuficiencia Renal Aguda, esta empeora lentamente y con mucha frecuencia resulta de cualquier patología que produzca una pérdida gradual de la función renal. La enfermedad puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede llevar a una insuficiencia renal en estado terminal. Desde el punto de vista fisiopatológico podemos decir que hay una pérdida progresiva e irreversible de la elasticidad y velocidad que tiene el riñón para regular el medio interno. La Insuficiencia Renal Crónica se desarrolla a lo largo de muchos años a medida que las estructuras internas del riñón se van dañando lentamente. En las etapas iniciales de la enfermedad, puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que la función renal es menor a la décima parte de lo normal. (1)

-Definición de la **National Kidney Foundation** (NKF) para Insuficiencia Renal Crónica: Daño renal por tres o más meses, definido por anomalías del riñón estructurales o funcionales, con o sin disminución de la filtración glomerular (FG), manifestado por anomalías patológicas o marcadores de daño renal, incluyendo anomalías en la composición de la sangre u orina o anomalías en los estudios por imágenes. Filtrado glomerular < 60 mL por minuto por 1,73 m<sup>2</sup> durante tres meses o más, con o sin daño renal. (2)

La enfermedad renal es la más incapacitante y de mayor impacto en la economía en términos de salud en nuestro país, dada la prevalencia aumentada y el mal control de las enfermedades crónico degenerativas. En México la insuficiencia Renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud. Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el 10º lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el 8º lugar con 1743 casos y una tasa da 62. 5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del Sistema Nacional de Salud. (3)

La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos. Otras causas importantes abarcan: Síndrome de Alport, Nefropatía por analgésicos, Glomerulonefritis de cualquier tipo (una de las causas más frecuentes), Infección y cálculos renales, así como Poliquistosis renal. (4)

Los cuatro factores más importantes relacionados con la Insuficiencia Renal Crónica son: la edad, la raza, el sexo y los antecedentes familiares. La tasa de IRC en fase terminal en adultos entre 65 y 74 años es seis veces superior que entre los de 20-44 años. Igualmente, las personas de raza negra presentan una tasa de IRC tres veces superior que los blancos. Con relación al sexo, la incidencia de IRC es mayor en los hombres que en las mujeres (55-65%). En cuanto a historia familiar, en ciertas enfermedades que son causa de IRC existen familiares con el mismo padecimiento. (4)

- Factores de Riesgo para Insuficiencia Renal Crónica y sus Resultados

Tipo	Definición	Ejemplos
Factores de susceptibilidad	Factores que incrementan la susceptibilidad de daño renal	Ancianos, historia familiar de insuficiencia renal crónica, reducción de la masa renal, bajo peso al nacer, minoría étnica o racial de Estados Unidos, bajos ingresos o nivel educacional
Factores de iniciación	Factores que directamente inician el daño renal	Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones del tracto urinario, litiasis renal, obstrucción del tracto urinario inferior, toxicidad por drogas
Factores de progresión	Factores que acentúan el daño renal y declina más rápido la función renal después de iniciado el daño	Niveles más elevados de proteinuria, hipertensión arterial más elevada, pobre control glucémico en diabetes, tabaquismo
Factores de estadios finales	Factores que incrementan la morbilidad y mortalidad en el fallo renal	Dosis baja de diálisis (Kt/V)*, acceso vascular temporario, anemia, bajo nivel sérico de albúmina, comienzo tardío de la diálisis

(5)

La Insuficiencia Renal Crónica produce una acumulación de líquidos y productos de desecho en el cuerpo, lo que conlleva a una azoemia y por ende a una enfermedad generalizada. La mayor parte de los sistemas del cuerpo se ven afectados por la Insuficiencia Renal Crónica. Los síntomas iniciales pueden ser fatiga, singulto frecuente, sensación de malestar general, prurito generalizado, cefalea, náuseas, vómito, pérdida de peso involuntaria.

Los síntomas tardíos incluyen síndrome urémico, encefalopatía (somnolencia, confusión, delirio o coma), disminución de la sensibilidad, alteraciones en la coagulación, disminución del gasto urinario, parestesias, convulsiones. Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son: Agitación, poliuria, polidipsia, hipertensión arterial, hiporexia, palidez. Un examen general de orina de orina puede revelar proteinuria u otras anomalías mostrando resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas. (6)

Las principales complicaciones son: Anemia, taponamiento cardiaco, cambios en el metabolismo de la glucosa, insuficiencia cardiaca congestiva, disminución en la respuesta inmunitaria, disminución de la libido, impotencia, demencia, desequilibrio hidro-electrolítico (hipercalcemia, hipocalcemia, hipernatremia), encefalopatía, hemorragias, infecciones,

hipertensión arterial, hepatitis, neuropatía periférica, convulsiones, debilidad, piel reseca, prurito. (7)

Existen criterios diagnósticos clínicos y bioquímicos de acuerdo a los cuales se debe iniciar la terapia de reemplazo renal, de igual manera se determinara el daño renal mediante la clasificación de la National Kidney Foundation (1)

- Clasificación NKF de Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Estadio	Descripción	FG (mL por minuto por 1,73 m2)	Plan de Acción
0	Riesgo incrementado para IRC	> 60 (con factores de riesgo para insuficiencia renal crónica)	Screening, reducción de los factores de riesgo para insuficiencia renal crónica
I	Daño renal con FG normal o elevado	$\geq 90$	Diagnóstico y tratamiento, tratamiento de comorbilidades, intervenciones para enlentecer la progresión de la enfermedad y reducción de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
II	Daño renal con disminución leve del FG	60 a 89	Estimación de la progresión de la enfermedad
III	Disminución moderada del FG	30 a 59	Evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad
IV	Disminución severa del FG	15 a 29	Preparación para la terapia de reemplazo renal (diálisis, trasplante)
V	Fallo renal	< 15	Terapia de reemplazo renal si la uremia está presente

(2)

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar el progreso de la enfermedad. La diálisis permite realizar mediante equipos médicos, las funciones de los riñones. Existen dos tipos diferentes de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal. La hemodiálisis consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente. Es necesario recurrir a la diálisis cuando los riñones ya no son capaces de eliminar los desechos y el exceso de líquido de la sangre en cantidades suficientes como para mantener sano al paciente. Generalmente, esto ocurre cuando los riñones funcionan al 5-15 % de lo normal. (7)

En el proceso de hemodiálisis, la sangre del paciente se conduce desde el organismo hasta una máquina llamada “riñón artificial” en la que pasa a través de un filtro de limpieza (dializador), en el que se produce el intercambio entre el líquido del dializador y la sangre, recogiendo las sustancias tóxicas de la sangre, retornando de nuevo al cuerpo. Para poder llevar la sangre al dializador, es necesario establecer un acceso vascular o entrada a los vasos sanguíneos, para lo cual es necesaria una intervención local de cirugía menor, generalmente en el antebrazo, por su mayor accesibilidad y facilidad de manipulación en la diálisis.

Existen tres posibilidades, la más habitual es la realización de una fístula, uniendo una arteria con una vena del antebrazo. Es el método más seguro, que dura más tiempo y tiene menos complicaciones. Cuando no es posible realizar la fístula con los vasos del propio paciente, se implanta un injerto, un vaso artificial que une la arteria y vena del paciente. La tercera posibilidad, temporal, es la utilización de catéteres externos, pero presentan mayor riesgo de complicaciones (trombosis, infecciones), por lo que tienen carácter transitorio; cuando la diálisis se debe a un cuadro de insuficiencia renal aguda que se prevé pasajero, o mientras se forma la fístula. La terapia debe realizarse tres veces por semana en un centro especial de hemodiálisis con un periodo de duración de tres horas por sesión, dependiendo de las condiciones del paciente. (8)

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal. Este tipo de diálisis se vale de la membrana que cubre la cavidad peritoneal para limpiar la sangre. El líquido de la diálisis siempre se encuentra dentro del peritoneo limpiando la sangre en forma continua. La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es una terapia que se realiza manualmente en casa. La gran mayoría de los pacientes requieren 4 cambios por día, los 7 días de la semana. Cada cambio con una duración promedio de 4 a 6 horas, el horario de tratamiento es muy flexible, por lo que puede adaptarse a las necesidades del paciente. (9)

Generalmente este tipo de enfermedades terminales contribuye a la aparición concomitante de ansiedad y depresión. La depresión constituye uno de los típicos trastornos en los que sobre una personalidad con predisposición puede incidir, en proporciones variables, una serie de elementos etiopatogénicos: factores genéticos, somáticos, psíquicos, socioculturales y otros. La tristeza patológica, denominada también humor depresivo, humor disfórico o simplemente “depresión”, se caracteriza por su calidad negativa, desagradable, difícil de expresar y a veces de detectar, por su naturaleza íntima y personal.

Las depresiones secundarias, denominadas también sintomáticas, pueden estar causadas por alteraciones orgánicas, en cuyo caso se designan depresiones somatógenas, o estar relacionadas con otras enfermedades psíquicas, de las que la depresión es un síntoma o síndrome que hay que añadir a los propios de la enfermedad fundamental. Se ha de insistir, por su importancia, en que, en determinados casos, este síntoma puede estar ausente aun cuando en los casos típicos sea el síntoma central. Otras veces puede estar oculto por la sintomatología restante que aparece en un plano más manifiesto. (9)

A menudo se presentan también síntomas de ansiedad. Aunque el síndrome depresivo pueda incluir todo tipo de alteraciones del funcionalismo somático, las más frecuentes son: alteraciones del sueño (despertar de madrugada, rara vez somnolencia), del apetito (en general, disminución), estreñimiento, alteraciones menstruales, sexuales y del peso, astenia, fatigabilidad y algias diversas. Las alteraciones digestivas son muy importantes y probablemente las más frecuentes entre los distintos aparatos y sistemas. Entre ellas



destacan el estreñimiento, la sequedad de boca, las dispepsias, los dolores abdominales y las alteraciones generalmente etiquetadas de funcionales y que, en general, son expresión de una disfunción vegetativa. (10)(11)

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “como en un pozo”. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida.

Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que han dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnía) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento. (10)

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. (10)(11)

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos.

Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., enfermedades terminales, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un

episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas. (10)

Se han publicado en México diversos estudios para determinar e investigar los niveles de Ansiedad y Depresión como alteraciones psicológicas que afectan a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de reemplazo renal. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de Depresión. Los niveles de Ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de Depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses del evento dialítico. El grado de Depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media. (14)(15)

Se llevaron a cabo en México y Argentina estudios prospectivos, aleatorios y longitudinales. La muestra fue de pacientes de ambos sexos, entre 17 y 66 años, con Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento con Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. A los pacientes se les realizó Historia Clínica con Examen Mental y Escalas de Hamilton para Depresión y Ansiedad. La tabulación de la información se hizo manualmente y el análisis estadístico mediante el cálculo de porcentajes. De acuerdo a los resultados un 27.42% resultaron deprimidos al Examen Mental y Escala de Hamilton para depresión y un 79.03% resultaron ansiosos, son más frecuentes en el sexo femenino (70.59%). Hay antecedentes personales de depresión en 100% y de ansiedad en 12.24%, y antecedentes familiares en 17.65% de deprimidos y 14.29% de ansiosos. (16)

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva e irreversible, que cursa con frecuencia con síntomas de Ansiedad y Depresión e influye en la vida familiar, escolar, laboral, y desde el punto de vista económico de los pacientes, causando dificultades que aumentan los síntomas psicológicos. La sintomatología física de Ansiedad y Depresión puede confundirse con la del propio padecimiento, por lo cual se impone una evaluación integral para realizar el diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado y oportuno. La medición de calidad de vida, antes y después de la terapia de hemodiálisis, y la evaluación psiquiátrica temprana pueden ser muy útiles para monitoreo del mejoramiento, del deterioro y la respuesta al tratamiento antidepressivo durante la evolución de la insuficiencia renal terminal. (17)

La ansiedad y depresión en el paciente renal constituyen la anomalía psiquiátrica más común en aquellos pacientes tratados con diálisis o hemodiálisis. La depresión principalmente puede ser una respuesta ante una pérdida, ya que los pacientes con IRC han sufrido múltiples pérdidas: el rol familiar y laboral, la función renal, habilidades físicas cognitivas y funcionamiento sexual, entre otras. Además, se ha postulado que las alteraciones neuro-bioquímicas que se presentan en los pacientes con uremia, pueden influir en el desarrollo de la depresión. En cuanto a las diferentes modalidades de tratamiento, se ha observado que los niveles de depresión en pacientes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria pueden ser bajos, quizá porque las ventajas de este tipo de tratamiento superan las desventajas. Los pacientes reportan gran variedad de actividades mientras están dializándose, incluso visitas de sus familiares y amigos, lo cual incrementa su red de soporte. Cosa parecida ocurre con los pacientes en hemodiálisis, quienes también presentan menores niveles de ansiedad y depresión. La depresión es común en pacientes que esperan recibir trasplante renal y está relacionada con las múltiples angustias generadas por el deterioro de la salud física. Pero quienes experimentan los niveles más altos de depresión son aquellos pacientes que han hecho un rechazo del riñón trasplantado y han debido regresar a la diálisis. (18)

Quienes proporcionan cuidados médicos con frecuencia asumen que la ansiedad y depresión son una respuesta normal a la enfermedad y no reconocen la necesidad de una intervención activa. En realidad, la depresión puede tener efectos adversos sobre los resultados, pues eleva las tasas de morbilidad y mortalidad. Los pacientes que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del trasplante y presentan un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicho tratamiento. La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento mal adaptativas, tales como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad y desesperanza prematura. Como el diagnóstico indudable de ansiedad y depresión en IRC es muy difícil de establecer, lógicamente lo es también el establecer la real incidencia epidemiológica de la coincidencia de estas dos condiciones clínicas. Esto ha sido tanto así, que en una revisión de la literatura hecha en 1985, se encontraron variaciones diagnósticas para la depresión en pacientes con IRC de entre cero y 100%. Por tal motivo diferentes investigadores han postulado que la prevalencia real de depresión en pacientes con IRC es desconocida. Una de las principales carencias de la mayoría de los estudios sobre este tema es que la depresión se ha diagnosticado en general usando escalas como la de Beck o Hamilton, olvidándose que estas escalas, en sí mismas, no son diagnósticas del cuadro clínico de la depresión mayor, es necesaria la corroboración hecha por un psiquiatra, aspecto del cual han carecido la mayoría de las investigaciones. Otro problema, al que se hace referencia, es que estas escalas no discriminan entre los síntomas de la depresión y aquellos de la uremia. Es por esto que la mayoría de los estudios recientes han desarrollado escalas propias o han seguido utilizando las anteriores, pero excluyendo los síntomas somáticos del resto de la depresión. Estos investigadores han encontrado que los síntomas que más discriminan depresión en los pacientes renales han sido los sentimientos de culpa y de minusvalía, la preocupación con pensamientos sobre la muerte y las ideas y los planes suicidas. (19)

Por esto, en los últimos años se han tratado de refinar significativamente los criterios para estudiar la ansiedad y depresión en pacientes renales, tratando al máximo de descartar los falsos positivos. Recientemente, los diseños investigativos, utilizando refinados instrumentos de medición y grupos poblacionales más grandes, han producido a hallazgos sugestivos. Por ejemplo, en un estudio poblacional amplio hecho por Kimmel y sus colegas, trató de hallar los datos de hospitalizaciones en pacientes con IRC en en 1993, se encontró que el 8.9% de ellos fueron hospitalizados con un diagnóstico psiquiátrico. La causa más común de hospitalización psiquiátrica en estos pacientes fue la depresión y los trastornos afectivos, con un 26%. Diferentes estudios recientes, utilizando entrevistas diagnósticas, además de escalas modificadas, excluyendo los aspectos somáticos de la depresión, han encontrado, de todos modos, oscilaciones para las prevalencias para ansiedad y depresión en IRC de entre el 6.5% y el 40%.

Pero la depresión puede, además, variar en un paciente dado a lo largo del tiempo. Es usual que los niveles de depresión iniciales sean altos, pero un buen ajuste a la enfermedad y al tratamiento conlleven la disminución de los niveles depresivos. No existen muchos estudios longitudinales, pero los existentes parecen sugerir este comportamiento declinante. Sin embargo, en los pacientes mayores de 70 años, los niveles de depresión se mantuvieron constantes cuando fueron medidos tres años después. Lo anterior puede sugerir que los pacientes jóvenes se adaptan mejor y reducen los síntomas afectivos iniciales, mientras que los mayores se adaptan menos. (20)

Como es de suponer, la ansiedad y depresión afectan todos los niveles del curso de la enfermedad renal y sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo

como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo, complican el curso de la enfermedad a varios niveles. Los pacientes deprimidos disminuyen su adherencia al tratamiento, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados, que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco, perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Ellos comen menos, duermen menos, se cuidan menos, se pueden mal nutrir, piensan en suicidarse; por todo lo cual se ha asociado a la depresión mayor con una incrementada mortalidad de los pacientes. Sin embargo, esta percepción de la vida cotidiana en las unidades renales, no ha sido del todo fácil de corroborar por medios empíricos, cuando se sofistican los protocolos de investigación. Algunos de estos impactos, como el impacto en la calidad de vida, en la adherencia, en la vida en pareja y familia, han sido los más sobresalientes en pacientes con terapia sustitutiva. (21)

Un paciente deprimido, está menos motivado para cumplir con las prescripciones nefrológicas. La conexión exacta y sus mecanismos íntimos entre la depresión y la adherencia no ha sido del todo fácil de establecer. Aunque los resultados de los estudios son contradictorios, hay evidencia que hace pensar que medidores de adherencia como la ganancia de peso interdialítico, así como los niveles de fósforo sanguíneo, son alterados por la depresión. Pacientes con altos niveles de depresión, tienden a disminuir sus tiempos de asistencia a las sesiones de diálisis y a percibir que la enfermedad interfiere muy significativamente con sus vidas diarias y que reciben menos apoyo social.

El sistema inmunológico se “deprime” en los pacientes ansiosos y deprimidos. Este aspecto tiene una importancia fundamental en los pacientes con enfermedades médicas, que han sido trasplantados, que tienen algún carcinoma o en los pacientes renales. Pacientes deprimidos que no reciben tratamiento, tienen una disminución en el funcionamiento de su inmunidad celular. Los pacientes deprimidos tienen niveles circulantes altos de interleukina-1 (IL-1) y de otros reactivos de la fase aguda inmunológica. Los puntajes altos de depresión se correlacionan así mismo con altos niveles circulantes de marcadores inmunológicos como el complemento hemolítico total, el funcionamiento de los linfocitos T y los niveles de IL-1. Estos mediadores están asociados con la mortalidad de los pacientes en HD. Estas alteraciones inmunológicas que conlleva la depresión, inciden en la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes y arrojan una luz sobre la importancia de detectar oportunamente y de tratar rápida y energicamente a los pacientes deprimidos con IRC. (22)

Es un hallazgo incuestionable en psiquiatría de enlace y en medicina interna que los niveles altos de ansiedad y depresión incrementan la mortalidad de los pacientes en una serie de enfermedades crónicas. A este respecto, el fenómeno clínico más estudiado ha sido en infarto agudo de miocardio, donde no cabe ninguna duda que los pacientes deprimidos se infartan más y que los infartados que se deprimen se mueren más. En un seguimiento a tres años de 573 pacientes mayores de 70 años, Covinsky y sus colegas lograron demostrar que los más deprimidos habían tenido una tasa de mortalidad 34% más alta que los menos deprimidos, una vez controlados otros factores de riesgo.

Cuando se correlacionan simplemente los niveles de ansiedad y depresión con los de mortalidad en los pacientes renales, también se podría llegar a concluir rápidamente la estrecha conexión de ambos fenómenos, tal como lo hicieron muchos estudios clínicos en el pasado. Pero, al sofisticar las técnicas estadísticas, al excluir o manipular variables confundidoras tales como edad, raza, género, condiciones de comorbilidad, marcadores nutricionales y estatus y dosis de la diálisis; y al aumentar el tamaño de las muestras, no

se ha logrado hallar una correlación tan definitiva. De todos modos, la opinión de grupos importantes de investigación de estos problemas a nivel mundial, afirman que, aun cuando la evidencia estadística no sea completamente consistente, sí existe evidencia suficiente como para considerar a la depresión como uno de los factores de riesgo para mortalidad en los pacientes con IRC. Por ejemplo, en un reciente estudio, al hacer una medición secuencial de los niveles de depresión, Kimmel y colegas, lograron demostrar que un incremento de una desviación estándar en los niveles de depresión, estaba relacionado con un incremento del 18% al 32% en el riesgo de morir de los pacientes con IRC, cuando se controlaban otros factores de riesgo. Estos hallazgos señalan la importancia de un monitoreo constante de los niveles de depresión de todos los enfermos renales. No sorprende a nadie, aunque debe ser motivo de tratamiento, el que un paciente renal, en un momento dado, presente niveles sugestivos de depresión; lo que si debe alarmar a los miembros de un staff nefrológico es que esos niveles se empeoren, al contrario de mejorar. Ese empeoramiento no tratado, puede llegar a significar la muerte para estos pacientes. (23)

Se ha descrito que la presencia de una enfermedad física crónica y de difícil control, se complica significativamente por la presencia de depresión mayor, siendo una de las complicaciones más graves y frecuentes, de estas dos situaciones sumadas, el suicidio. En los pacientes con IRC, estudios de los años 70 mostraban que el la tasa de suicidios en pacientes en diálisis era entre 100 y 400 veces mayor que en la población general. Mucho se ha aprendido desde entonces en nefrología y en psiquiatría y los porcentajes son hoy menores, lo que no quiere decir que el fenómeno sea menos preocupante: el riesgo de suicidarse para un paciente renal en los años 90, sigue siendo 15 veces mayor que para la población general siendo el riesgo más alto en pacientes de raza blanca que en el resto de razas, otros factores de alto riesgo lo son la edad de más de 65 años y la comorbilidad con diabetes mellitus (estadísticas norteamericanas). Por lo tanto: pacientes de raza blanca, de más de 65 años, con IRC, diabetes y depresión, tienen un alto riesgo de cometer suicidio. Se considera que la incidencia de suspensión del tratamiento está alrededor del 9%, lo que provocó un 22% de las muertes de pacientes con IRC. Existe controversia entre nefrólogos y psiquiatras con respecto a si la suspensión voluntaria de los programas de diálisis pueda ser considerada como un intento de suicidio y la muerte por ésta causa un suicidio. (22)

La superposición entre signos y síntomas de ansiedad y depresión, y aquellos causados por una enfermedad terminal complica la tarea de diagnosticar la depresión de manera adecuada. Como consecuencia de este dilema se han desarrollado guías que ayudan a detectar la depresión en el enfermo físico. En primer lugar, los pacientes deben experimentar más que tristeza persistente. Además, deben estar presentes otras señales, tales como llanto fácil, anhedonia, desesperanza, sensación de valer poco, culpa inapropiada o excesiva e ideación suicida. La anhedonia, es decir, la falta de placer, puede ser difícil de discernir en pacientes cuyas actividades se encuentran limitadas por el deterioro de su salud o por su estancia en el hospital. De cualquier manera, este indicativo puede estar presente en pacientes que no sienten interés o placer en los momentos que comparten con sus familiares y amigos. La culpa excesiva o inapropiada, con frecuencia se manifiesta en forma de comentarios negativos sobre sí mismo, tales como "Yo no soy bueno porque soy una carga", o "Mi enfermedad es un castigo". Aunque los signos y síntomas vegetativos de depresión (fatiga, insomnio, anorexia), pueden confundirse con los que son ocasionados por fallas orgánicas, se ha postulado que éstos tienen utilidad diagnóstica si no pueden explicarse por los efectos de la enfermedad física, de los medicamentos, o del ambiente hospitalario. Los signos y síntomas vegetativos

también son útiles en el diagnóstico de depresión cuando su aparición coincide con el inicio del ánimo depresivo o de la anhedonia. Finalmente, a los pacientes evaluados por depresión debe preguntárseles sobre antecedentes familiares de este trastorno, de suicidio o de alcoholismo, ya que esto incrementa sus posibilidades de presentarlo. (11)

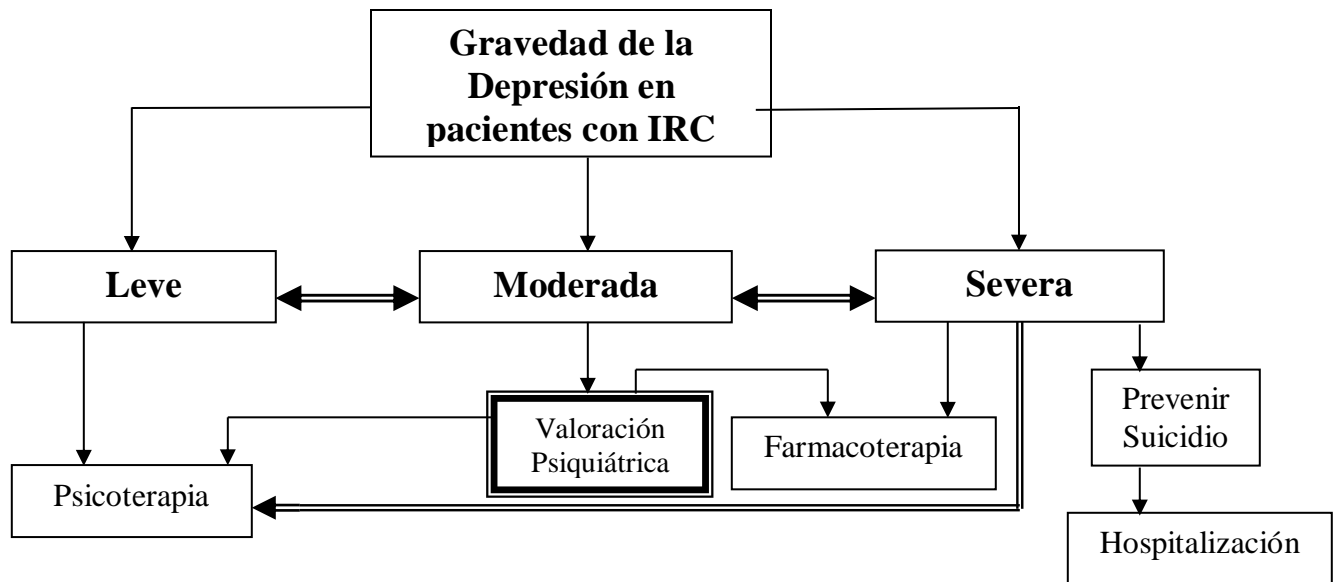
Puede existir un trastorno por ansiedad “puro”, que no haga parte de un cuadro depresivo. La alta prevalencia de ansiedad se puede dar en todos los pacientes renales pero es mayor en aquellos que esperan recibir un trasplante, se ha atribuido a diferentes factores físicos y psicosociales comunes en este período. Estos factores incluyen hallazgos tales como angina, arritmias, efectos de los medicamentos, alteraciones metabólicas y pobre ventilación. Los factores psicosociales relevantes incluyen el ambiente hospitalario, el aislamiento de la familia, la pérdida de control, las amenazas a la integridad corporal, la agonía y la muerte. Los pacientes que pueden beneficiarse de recibir tratamiento, son los que admiten sentirse muy angustiados y en quienes la ansiedad parece interferir con su habilidad de permanecer hospitalizados y de cooperar en sus cuidados médicos.

En pacientes deprimidos o ansiosos debe evaluarse también la presencia de delirium. El delirium y la encefalopatía se refieren a las perturbaciones en la conciencia, la orientación, el sueño, la memoria y la concentración, típicamente observadas en pacientes con enfermedades terminales de órganos. El delirium puede causar perturbaciones en el ánimo y en la conducta, que imitan a aquellas asociadas con la depresión y la ansiedad. (24)

El diagnóstico correcto de delirium es importante, ya que puede indicar la presencia de una infección, hipoxia, perturbaciones metabólicas u otros cambios fisiológicos subyacentes que requieren intervenciones específicas. Además, el tratamiento con medicamentos antidepresivos o ansiolíticos, en casos en los que erróneamente no se diagnostica el delirium, puede empeorar la condición del paciente y causar agitación y confusión. El delirium también puede ser detectado si las enfermeras se toman un tiempo para registrar de manera consistente los resultados de las valoraciones del estado mental realizadas en cada turno. En los registros de los pacientes pueden revisarse evidencias de fluctuaciones en la orientación, conciencia, conducta, estado emocional y nivel de actividad. Los pacientes con delirium tienden a presentar fluctuaciones en su estado mental, mientras que los deprimidos o ansiosos son más consistentes en su apariencia, conducta y estado de alerta. (22)

En el tratamiento de la ansiedad y depresión en pacientes renales se deben tener en cuenta los diferentes aspectos y modalidades del trastorno, insistir que los tratamientos deben ser diseñados, planeados y ejecutados con base en las características clínicas, vitales y sociales individuales de cada paciente (y de cada equipo terapéutico). Con base a la experiencia clínica, se ha diseñado un plan de tratamiento selectivo según la intensidad de la depresión. En algunas unidades renales grandes un psiquiatra hace parte integral del equipo (lo que es muy recomendable), en la mayoría existe un psiquiatra de enlace que es interconsultante permanente de la unidad.

Otro aspecto básico es la psicoeducación a los pacientes y sus familiares sobre la existencia y las características de la depresión y la importancia de la consulta temprana. (25)



La terapia farmacológica con antidepresivos es altamente efectiva para pacientes que se encuentran claramente deprimidos en medio de una enfermedad renal ya sea con diálisis o hemodiálisis. Antes de prescribir estos medicamentos, se deben considerar los potenciales efectos secundarios y las interacciones con las otras drogas que usualmente toman estos pacientes. Adicionalmente, por la reducida capacidad de éstos para metabolizar y excretar los medicamentos, el tratamiento con antidepresivos debe iniciarse con dosis muy bajas, de la mitad o hasta una cuarta parte de la dosis habitual en otros pacientes sin complicaciones médicas. Los compromisos de funcionamiento ocasionados por una enfermedad terminal de órgano, incrementan el riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con la medicación. Las opciones para el tratamiento de la depresión incluyen antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoestimulantes. En general se desaconseja en uso de antidepresivos tricíclicos en los pacientes renales, debido a sus efectos colinérgicos tienden a producir sedación excesiva, hipotensión ortostática y confusión mental. Entre los preferidos ISRS, se debe tener en cuenta, que la fluoxetina puede inducir la ansiedad y que la serotonina, aunque presenta menores efectos colaterales y menores interacciones medicamentosas, tiende a empeorar la disfunción sexual de los pacientes con uremia. Las benzodiazepinas continúan siendo el tratamiento farmacológico primario para estos pacientes con ansiedad severa que puede acompañar a algunas depresiones. El uso de estos medicamentos se reserva cuando los pacientes con IRC además de la ansiedad, presentan confusión y desorientación muy marcadas. Cuando es leve o moderada, la ansiedad y depresión responden mejor en la psicoterapia, por lo que usualmente no es necesario usar benzodiazepinas. También resultan muy útiles otras terapias no farmacológicas como la psicoterapia de apoyo. (26)

Finalmente, por lo antes descrito se puede considerar que el abordaje del paciente con IRC que se encuentra en terapia sustitutiva con Diálisis o Hemodiálisis debe incluir equipos multidisciplinarios que empleen estrategias psicoterapéuticas, considerando elementos individuales, familiares así como las alteraciones desde el punto de vista sistémico que se generan por el propio padecimiento.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la literatura, y de acuerdo a estadísticas se menciona que en la actualidad se ha incrementado el número de casos de pacientes con falla renal crónica, principalmente secundario al mal control que se tiene en padecimientos crónico degenerativos como la Diabetes Mellitus, como consecuencia se incrementa la necesidad de realizar un tratamiento que sustituya la función renal para lograr un control metabólico que permita la sobrevivencia del paciente, una vez que la persona se ha sometido a dicho tratamiento (Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis) se enfrenta a diversos problemas: los económicos, laborales y principalmente los emocionales, entre los que destacan Ansiedad y Depresión, sin embargo aún no se han llevado a cabo las medidas necesarias para atender este tipo de padecimientos de manera conjunta con la patología de base, es fundamental tomarlo en cuenta debido a que si se lograra la atención de ambas circunstancias médicas, permitiría mantener un mejor estilo de vida a los pacientes, por lo anterior es importante preguntarse:

¿Cuál será la frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de reemplazo renal, que acudan al servicio de consulta externa de Nefrología del Hospital General de Pachuca?

## **III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **GENERAL:**

-Determinar la presencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en fase sustitutiva de la función renal, que acuden al servicio de consulta externa de Nefrología del Hospital General de Pachuca.

### **ESPECÍFICOS:**

1.-Determinar el número de pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica ya sea en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o Hemodiálisis, con síntomas de Ansiedad o Depresión como consecuencia de la patología de base.

2.- Describir las características socio-demográficas en los casos de la muestra.

3.- Describir la presencia de comorbilidades en los casos de la muestra



## IV. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.- **Insuficiencia Renal Crónica (IRC):** Se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular o por un aclaramiento de creatinina estimados (< 60 ml/min); o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses.

2.- **Ansiedad:** Puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

3.- **Depresión:** Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

4.-**Distimia:** Es un tipo crónico de depresión en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos. Sin embargo, los síntomas no son tan graves como con la depresión mayor.

5.-**Diabetes Mellitus (DM):** Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia a largo plazo con daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos.

6.- **Hipertensión Arterial Sistémica (HAS):** Se define como la elevación sostenida de la presión arterial (PA) por encima de los niveles normales. Se consideran como límites de la normalidad una PA Sistólica (PAS) de 140 mmHg ó superior y/o una PA diastólica (PAD) de 90 mmHg ó superior, en personas no tratadas con fármacos antihipertensivos.

7.-**Hipoplasia Renal:** Disminución congénita del tamaño del riñón, que contiene un número reducido de nefronas. Es el responsable del 8.1% de las causas de insuficiencia renal crónica en la infancia.

8.-**Hemodiálisis:** Es un procedimiento invasivo de sustitución de la función renal que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal. Generalmente, esto ocurre si sólo le queda un 10 a 15 por ciento de la función renal.

9.-**Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA):** Procedimiento que consiste en eliminar de la sangre los desechos del organismo y exceso de líquidos utilizando como filtro una membrana peritoneal. Esta modalidad permite al paciente realizar sus actividades habituales.

## V. METODOLOGIA DESARROLLADA

El diseño del estudio fue prospectivo, observacional, abierto; con un muestreo aleatorizado. Se realizó de acuerdo a la “declaración de Helsinki” y la “Ley General de Salud” como investigación sin riesgo. Los criterios de inclusión fueron de pacientes previamente diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica que se encontraran en tratamiento sustitutivo de la función renal, ya sea en modalidad de Diálisis peritoneal continua ambulatoria o Hemodiálisis, ambos géneros, mayores de 16 años y menores de 65 años, que acudieran a la consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, que accedieran participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron pacientes con IRC que aún no iniciaran terapia de reemplazo renal, que no pudieran responder a la entrevista, o que no desearan contestar el cuestionario. Los criterios de eliminación fueron en pacientes que retiraron su participación en el momento de la encuesta. De los 55 pacientes seleccionados, todos resultaron elegibles.

Se obtuvo la muestra de 55 pacientes con antecedente de padecer Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal; para el análisis de frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con IRC, se incluyeron a todos; los cuales contaron con evaluación completa de síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión. Se muestrearon pacientes de ambos géneros, mayores de 16 años que acudieron al servicio de consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca Hidalgo. Se analizaron características como edad, etiología de la IRC, modalidad de tratamiento sustitutivo, patologías asociadas, tiempo de evolución de la enfermedad.

Para estimar la frecuencia de Ansiedad y Depresión se utilizaron dos cuestionarios: *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*, la cual fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos. El criterio para clasificar a los pacientes con ansiedad y depresión fue para aquellos que contaran con un puntaje mayor a 7, dividiéndolos en dos grupos, 8-10 caso probable y de 11-21 caso de ansiedad o depresión, la subescala de Ansiedad estuvo centrada en manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, angustia); mientras que la subescala de Depresión se centró en la anhedonía.

*Escala de Hamilton para la Depresión*, la cual evaluó el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, la puntuación global se obtuvo sumando las puntuaciones de los índices melancolía, ansiedad y sueño, clasificando a aquellos pacientes con Distimia o Depresión a los que contaron un puntaje mayor a 7, dividiéndolos en dos grupos, 8-14 distimia y mayor de 15 depresión moderada a grave.

Para determinar la presencia de la IRC en tratamiento sustitutivo se utilizó la historia clínica completa, donde se tomó en cuenta la presencia de síntomas clínicos y bioquímicos característicos para este padecimiento, además de indagar en la modalidad de tratamiento.

## VI.- RESULTADOS

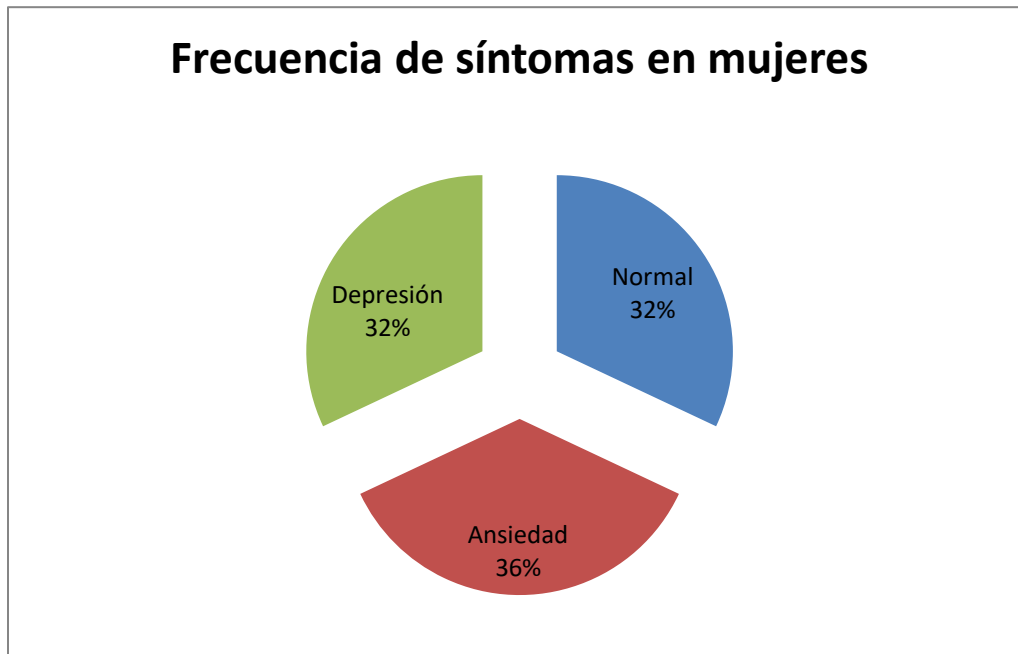
Los datos obtenidos en el presente estudio nos demuestran que de un total de 55 pacientes con antecedente de padecer Insuficiencia Renal Crónica, 41 de ellos cursan con síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión.

La frecuencia de Ansiedad y Depresión analizada a partir de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, con una puntuación mayor a 7, fue de 41 pacientes (74%), con una media de 20.5 y una desviación estándar de 0.5. La frecuencia de Distimia y Depresión analizada a partir de la Escala de Hamilton para la Depresión, con una puntuación mayor a 7, fue de 40 pacientes (72%), con una media de 20 y una desviación estándar de 5.0.

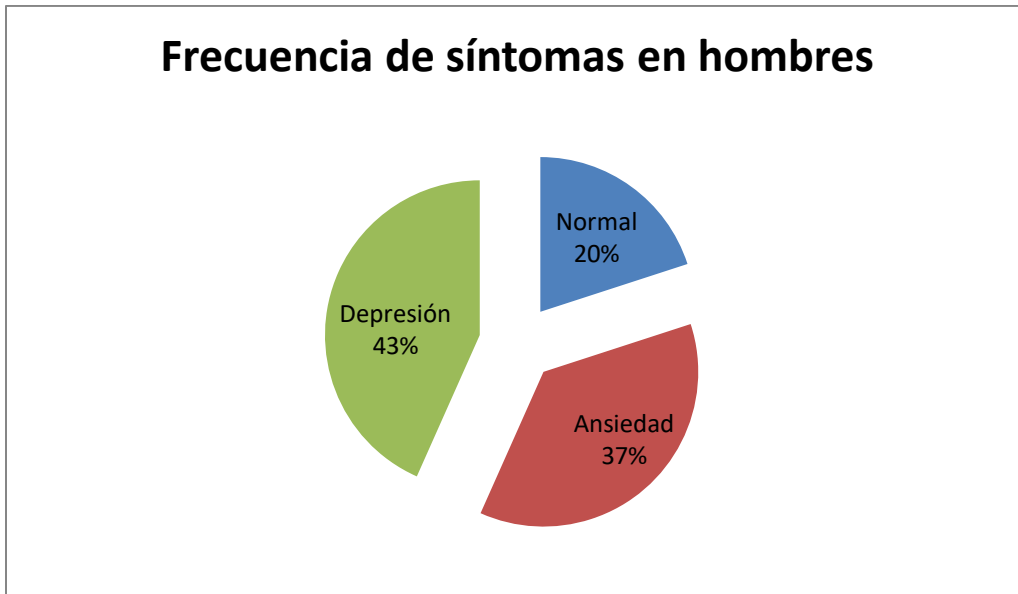
De los 41 pacientes con síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión, se encontró que en 29 de ellos (70.7%), la etiología de la Insuficiencia Renal Crónica fue por Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica. Se observó que 24 (58%) fueron del sexo masculino y 17 (41%) fueron del sexo femenino.

En los 41 pacientes con síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión, se encontró 21 de ellos (51.2%), pertenecían al rango de edad >55 años, con una media de 10.5 y una desviación estándar de 3.5. De un total de 41 pacientes con síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión, 16 (39%) se encontraron en tratamiento sustitutivo de la función renal en modalidad de Hemodiálisis y 25 (60.9%) en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

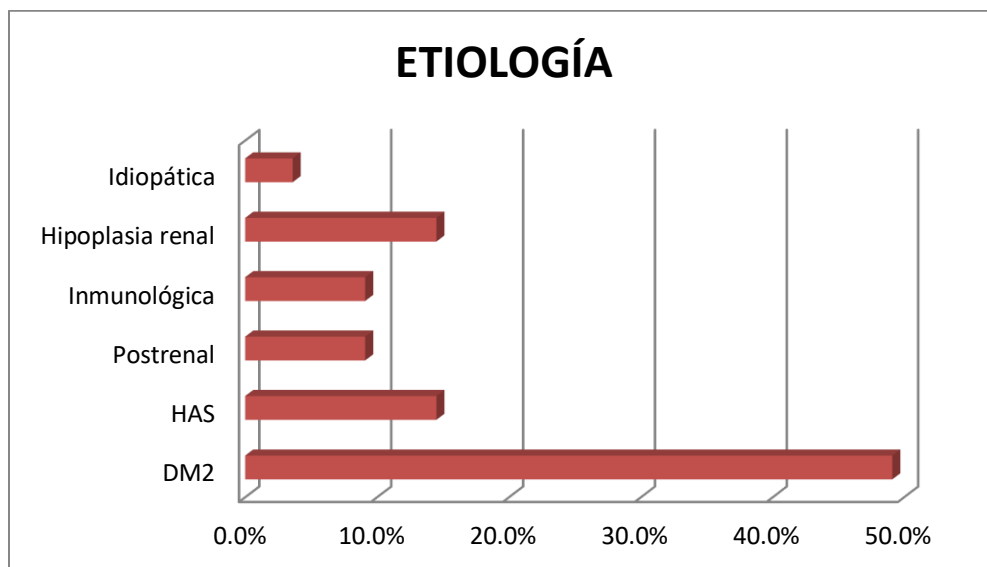
Grafica 1, 2.- Frecuencia de síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal, en la consulta externa de Nefrología del Hospital General de Pachuca Hidalgo, durante el periodo 2010-2012.



FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión.

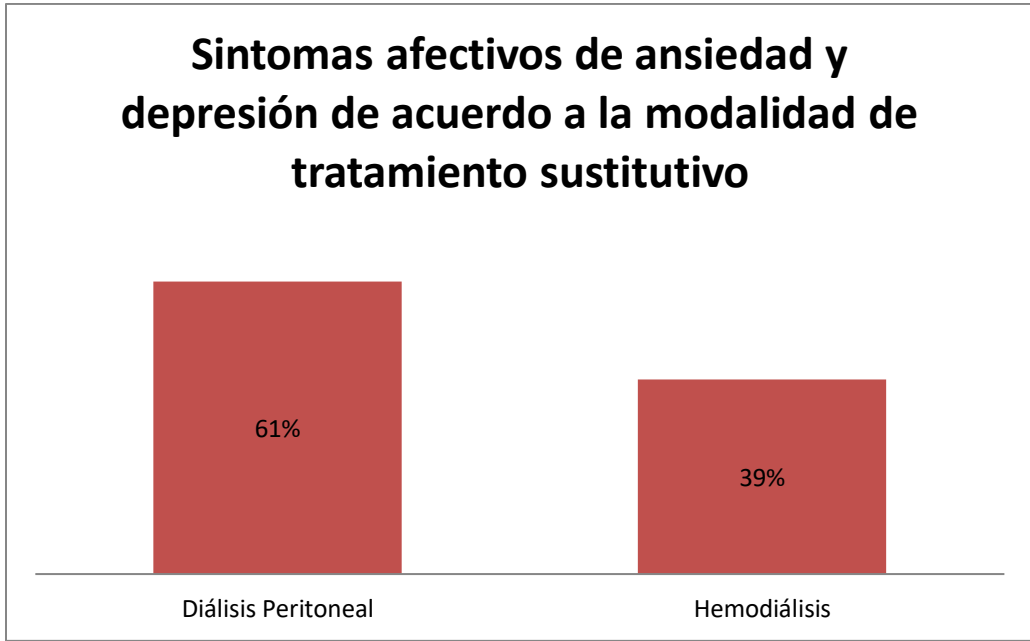


GRAFICA 3.- Prevalencia en la etiología de la Insuficiencia Renal Crónica, en los pacientes de la consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, encuestados durante el periodo 2010-2012



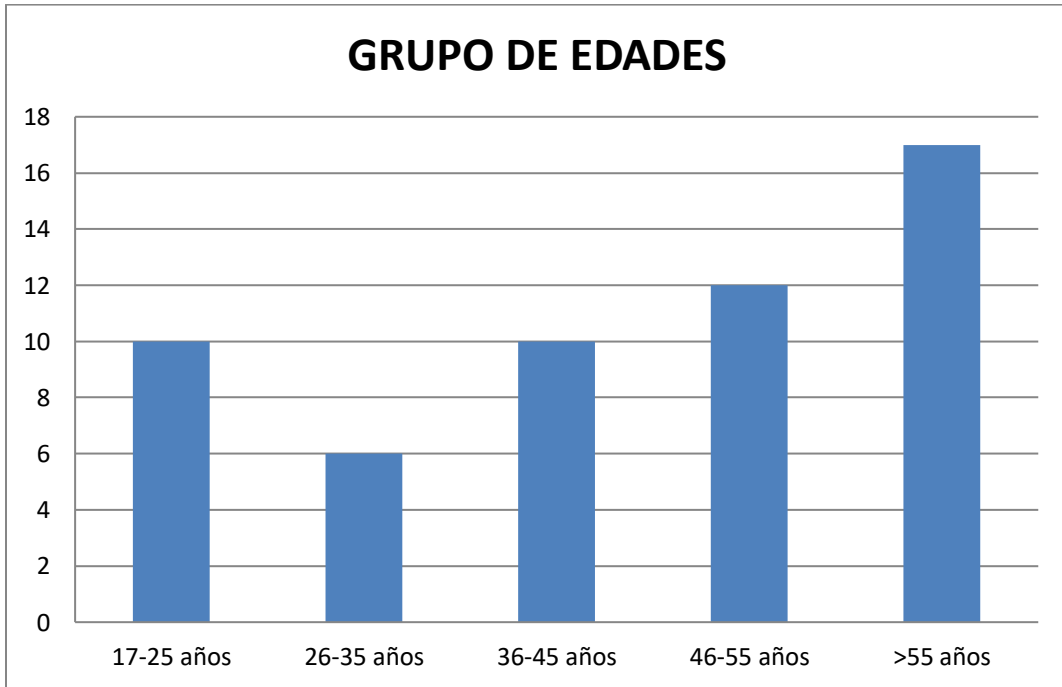
FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión.

GRAFICA 4.- Prevalencia de los síntomas afectivos de ansiedad y depresión de acuerdo a la modalidad de tratamiento sustitutivo en los pacientes de la consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, que fueron encuestados durante el periodo 2010-2012.



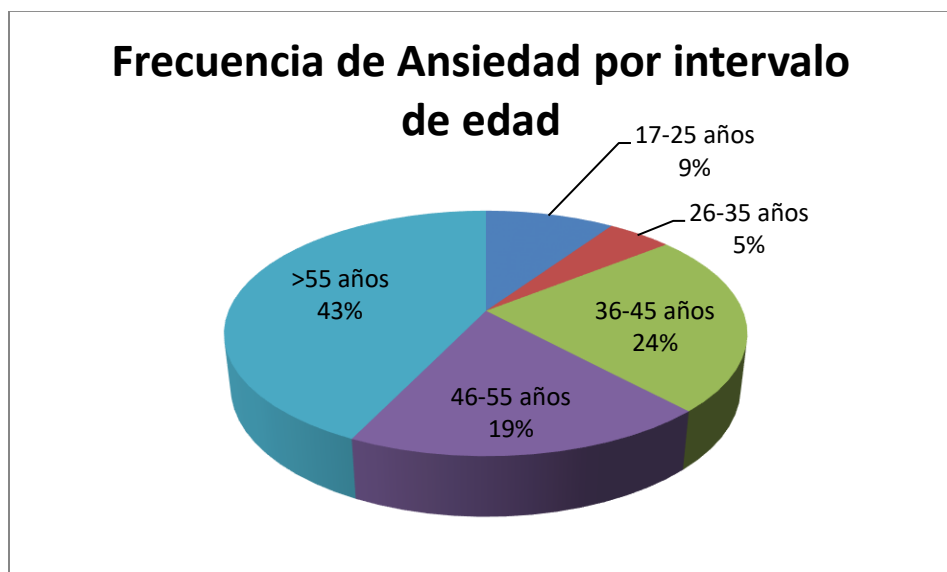
FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión.

GRAFICA 5, 6.- Distribución de acuerdo a los grupos de edad, en los pacientes con IRC que fueron evaluados en la consulta externa del Hospital General de Pachuca durante el periodo 2010-2012.



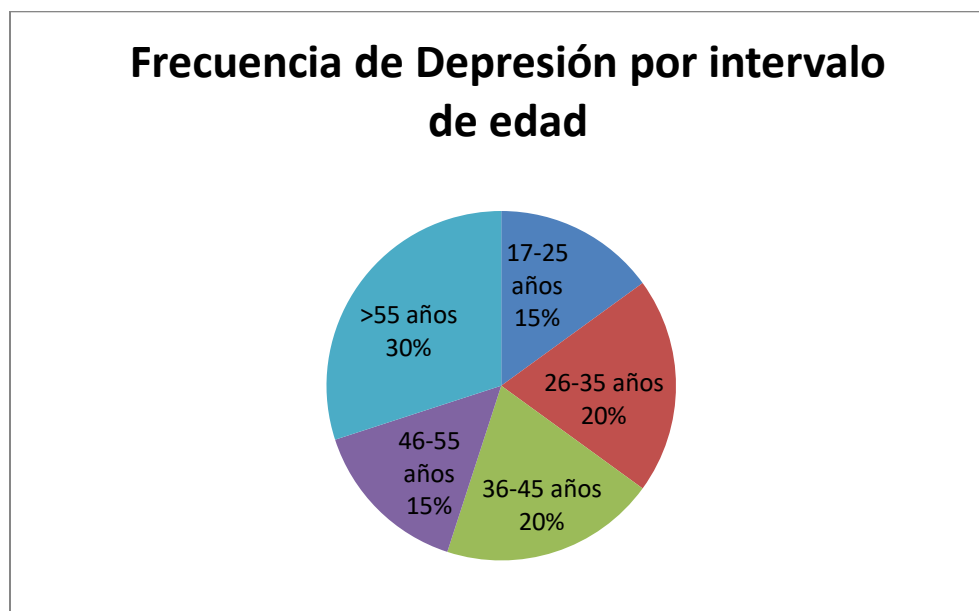
FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión.

GRAFICA 7.- Frecuencia de síntomas afectivos de Ansiedad de acuerdo al intervalo de edad, en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal, que acuden a consulta de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, durante el periodo 2010-2012.



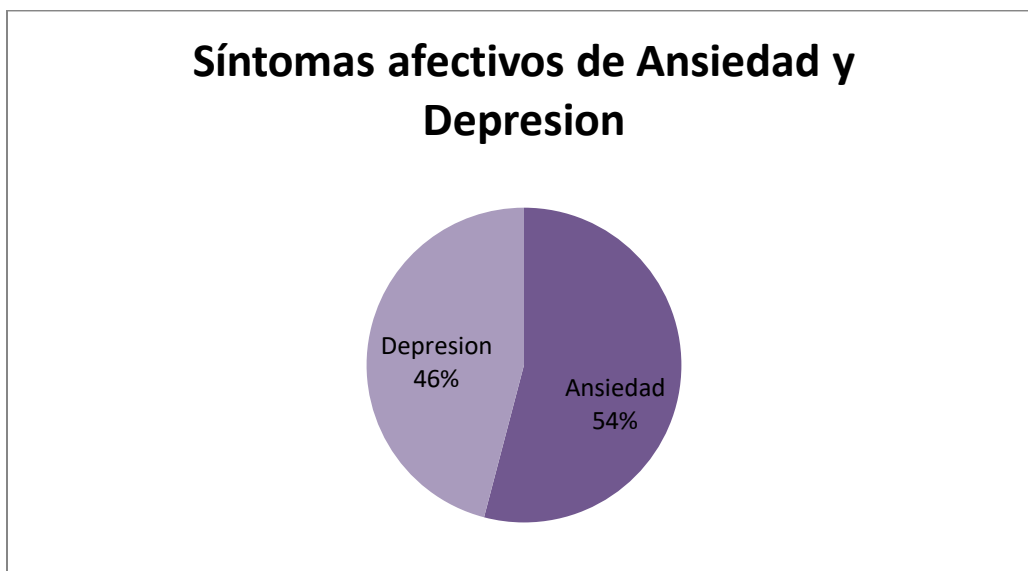
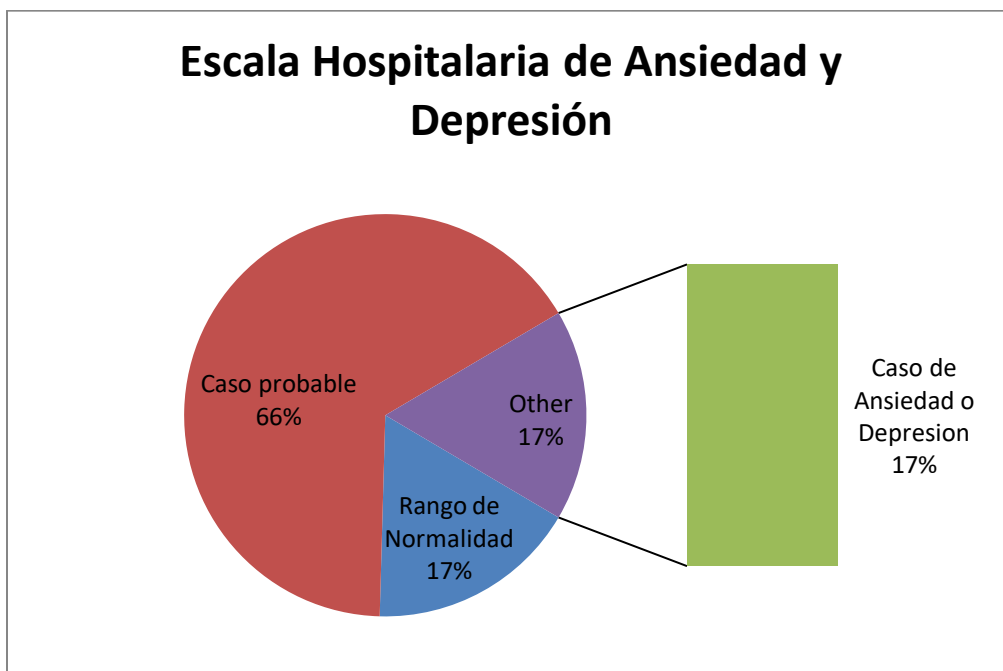
FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

GRAFICA 8.- Frecuencia de síntomas afectivos de Depresión de acuerdo al intervalo de edad, en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal, que acuden a consulta de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, durante el periodo 2010-2012.



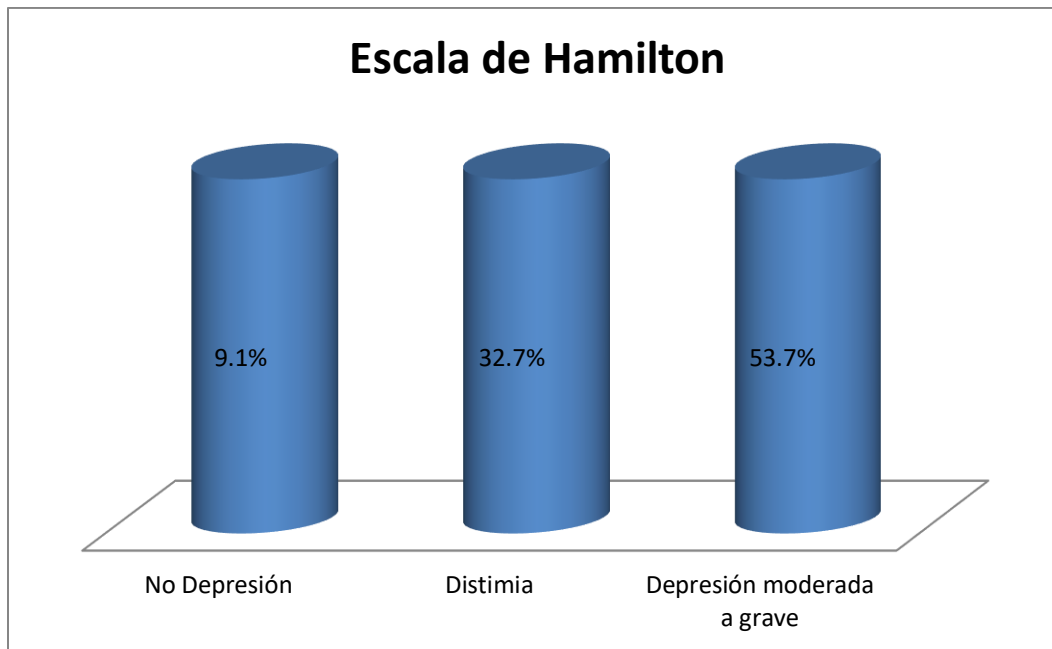
FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión

GRAFICA 9, 10.- Frecuencia de síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión, (de acuerdo a las Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión), en los pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal, que acuden a la consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca durante el periodo 2010-2012.



FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

GRAFICA 11.- Frecuencia de síntomas afectivos de Depresión, (de acuerdo a la Escala de Hamilton), en los pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal, que acuden a la consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca durante el periodo 2010-2012.



FUENTE: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Hamilton para la depresión.

En el análisis se encontró que el grupo de edad entre 17 y 73 años presentó una media de 45.0, con una desviación estándar de 16.

## VII.- DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se observó que el grado de ansiedad y depresión fue principalmente encontrado en pacientes adultos mayores en comparación con los pacientes jóvenes, que los pacientes deprimidos tuvieron menor apego al tratamiento y como consecuencia mayores complicaciones por su enfermedad, ya que consideran que interfiere notablemente en su vida cotidiana para realizar sus actividades sociales; mientras que los pacientes no deprimidos cursaron con buena evolución de su padecimiento. Por lo anterior, se encontró que la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica es igual con relación a los estudios citados previamente.

En el análisis de acuerdo a la etiología de la Insuficiencia Renal Crónica, se observó que en los pacientes que padecen Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica se encuentran presentes los síntomas afectivos de ansiedad y depresión, lo cual ocurre en menor frecuencia con otros padecimientos desencadenantes, tales como hipoplasia renal, causas inmunológicas, idiopáticas o post-renales; encontrando diferencias significativas entre estos grupos.

La media de puntaje en los pacientes del presente estudio se encuentra dentro del rango observado en estudios nacionales para Ansiedad y Depresión (14-5+/-6.5). Así también la media según la edad fue similar a los observados en las referencias, 44.4+/-14.9 años.



La prevalencia encontrada fue mayor con relación a la obtenida en estudios nacionales, la cual fue de (56.7%), lo anterior pudiera ser porque la prevalencia en los estudios de referencia solo incluyen a pacientes con Insuficiencia renal crónica sin especificar que se encuentran en terapia sustitutiva de la función renal, y debido a esta última característica las cifras cambian, de igual forma la mayor presencia de casos se encontró en los pacientes con Diálisis peritoneal continua ambulatoria comparados con los pacientes que se encontraban en Hemodiálisis. Sin embargo algunas variables no fueron parte de los objetivos del presente estudio, como índice de masa corporal, tratamiento de enfermedades concomitantes, complicaciones por el tipo de terapia sustitutiva de la función renal, nivel socioeconómico, ya que la relación de estas variables con la prevalencia de ansiedad y depresión modifica los resultados.

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, se encontró que existe una prevalencia mayor del 90% de ansiedad y depresión en pacientes con Insuficiencia renal crónica mayores de 55 años que se encuentran en terapia sustitutiva de la función renal, sobre todo en modalidad de Diálisis peritoneal continua ambulatoria. Los síntomas de ansiedad y depresión fueron principalmente en el sexo masculino, que podrá tener relación con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica como factores concomitantes.

La detección oportuna de los síntomas afectivos de Ansiedad y Depresión en los pacientes, permite dar un tratamiento específico y con ello influir en la buena evolución de la patología de base, para lo cual se requieren mayores estudios.

Es importante el abordaje de los pacientes no sólo en el aspecto físico sino también en el aspecto emocional, pues de acuerdo al tipo de población estudiada se encuentran vulnerables a padecer síntomas de ansiedad y depresión debido al estilo de vida que llevan.

Recomendaciones:

- Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se sugiere solicitar intervención de terapia psicológica, que aunado al tratamiento médico de la IRC maneje el aspecto emocional de los pacientes.
- Derivar a pacientes con IRC a la consulta externa de Psicología para valoración.
- Difundir ampliamente la información a través de trípticos hacia el paciente sobre los síntomas de Ansiedad y Depresión para poder realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, evitando que evolucionen hasta la Depresión severa.
- Generar grupos de ayuda mutua para pacientes con IRC y trastornos afectivos.

## IX. BIBLIOGRAFIA

- 1- Dr. González Chávez Antonio, Dr. Sánchez Zúñiga M. de Jesus, et-al. Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento. Enfermedad Renal Crónica. Manual de Medicina Interna, Hospital General de México, Editorial Prado 2006, 928-957.
- 2.- Am. J, Andrew S. Levey. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. American College of Physicians 2002 Feb; 39 (2 Suppl 1):S1-266.
- 3.- Cortes Sanabria Laura, Cueto Manzano Alfonso Martin. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad renal crónica. Sistema Nacional de Salud 2002, Salud Pública de México-vol. 44, no. 2, Marzo-Abril 2002.
- 4.- Fred F. Ferri. Trastornos médicos frecuentes: Insuficiencia Renal Crónica, Claves diagnósticas y tratamientos. Consultor Clínico de Medicina Interna Ferri Clínica Océano Mosby 2009, 491-492.
- 5.- Joel D. Kopple. Recent Advances of Nephrology Clinical Review.- Journal of the American Society of Nephrology Volume 320 on July 2007
- 6.- Guyton and Hall. The body fluids and Kidneys, Textbook of Medical Physiology, Eleventh Edition, Edit. Elsevier Saunders 2006, Unit V.- 402-405.
- 7.- Foley RN, Parfrey PS. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease Clinic Review.- Journal of the American Society of Nephrology Volume 325 on 25 May 2007.
- 8.- López Cervantes Malaquias, Rojas Russel Mario. Enfermedad Renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Universidad Nacional Autónoma de México, primera edición 2010. p: 31-38
- 9.- M. Tonelli. Morbimortalidad en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). Revista de Nefrología vol. XVII Num. 3, Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- 10.- Caro I; Ibañez E. Ansiedad y Depresión en enfermedades terminales. Banco de Instrumentos Básicos para la práctica Psiquiátrica Clínica Segunda edición Editorial Ars Medica 2002 Capitulo 5 (5.1-5.7).
- 11.- Michael J. Dugas, Robert Ladoceur. Episodios Afectivos / Trastornos del estado de animo DSM-IV 327-329.
- 12.- A. S. Zigmong, R.P. Snaith. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HDA), Acta Psychatric Scand 1983, 67: 362-370 Instrumentos de la evaluación para trastornos del humor.
- 13- M. Hamilton. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depresión Rating Scale, HDRS) J. Neurosurg Psychiatric 1960, 23: 56-62 Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor.

- 14.- R. Morales-Jaimes, E. Salazar Martinez. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal, el papel de la depresión en México, Revista de Nefrología vol. 144, no. 2, 2008 Medigraphic
- 15.- M. Rodriguez Vidal, M. Castro Salas. Calidad de vida percibida: Depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. ISSN México Psicología y salud, Universidad Veracruzana, Enero-Junio 2008, vol. 18. Num. 001.
- 16.- Amelia E. Paez, Marcos J. Jofré, Miguel Ángel de Bartoli. Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis (Anxiety and Depression in patients with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Dialysis Treatment), Universidad Nacional de Argentina, Mayo 2009, 8(1) 117-124.
- 17.- Belky J. Atencio. Evaluacion de la Depresión y Ansiedad en pacientes con IRC sometidos a Hemodiálisis. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Vol. 50 no.103 Julio-Diciembre 2004.
- 18.- Arechabal Mantuliz María Celia, Catoni Salamanca María, Isabel Palma Eugenia, Apoyo social y psicológico percibido en pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal. Año 2008, 23 (2): 34-41
- 19.- Amado Rivera Ledesma, María Montero López Lena, Rosalba Sandoval Avila. Escala de ansiedad ante la muerte: Propiedades psicométricas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Inicio > Vol 2, No 2 (2010) > Rivera Ledesma. Portal de Revistas Científicas de la UNAM, JBHSI
- 20.- Hernández, G. et. al, Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México. Fundación Mexicana para la Salud, 2006. Vol. 2 p.14-31.
- 21.- Luis Sandoval-Jurado, Zoila Inés Ceballos-Martínez, Carlos Navarrete-Novelo, Francisco González-Hernández, Verónica Hernández-Colín. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria Año: 2007 | Volumen: 45 | Número: 2 | Páginas: 105-109 Imbiomed.
- 22.- C. Ballús, M. Valdés, C. Gastó, J. Masana, A. Otero y M. Sánchez Turet, Farreras Medicina Interna, Sección 13.- Psiquiatria Trastornos del Humor (Afectivos) 1597-1599
- 23.- Amelia E. Páez, Marcos J. Jofré, Carmen R. Azpiroz, Miguel Angel De Bortoli. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis\* Anxiety and Depression in Patients with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Dialysis Treatment: Noviembre 20 de 2008 Revistas científicas de la UNAM, JBHSI
- 24.- Rivera-Ledesma, Armando; Montero-López María, Sandoval-Avila, Rosalba. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes con Insuficiencia renal crónica. Salud Mental [online]. 2012, vol.35, n.4 [citado 2013-12-03], pp. 329-337.
- 25.- Fabián Sánchez, García Solis F, Cobo A. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Enfermedad renal crónica terminal. Año 2009/volumen 25/ número 6, p: 443 Medigraphic.

26.- Mahdavi A, Gorji MA, Gorji AM, Yazdani J, Ardebil MD. Implementing Benson's Relaxation Training in Hemodialysis or Dialysis Patients: Changes in Perceived Stress, Anxiety, and Depression. N Am J Med Sci. 2013 Sep;5(9):536-40. doi: 10.4103/1947-2714.118917. PubMed

## X. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pachuca Hidalgo a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “FRECUENCIA DE SINTOMAS AFECTIVOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON IRC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCION RENAL, EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

El objetivo del estudio es determinar la asociación que existe entre padecer Insuficiencia renal crónica en fase sustitutiva de la función renal con síntomas depresivos y de ansiedad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar: Historia clínica y encuesta de Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Declaro que se me ha informado ampliamente que no existen riesgos, inconvenientes o molestias y que los beneficios derivados de mi participación en el estudio consisten en conocer si se encuentra alterado mi estado de ánimo, y de que manera repercute con mi padecimiento. De igual manera se me ha explicado que en base a la información obtenida, podrá mejorar mi tratamiento desde un punto de vista integral, con la finalidad de reducir complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en la institución.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se me ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiere cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

A t e n t a m e n t e

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o responsable

Testigos y/o familiares

\_\_\_\_\_

En caso de duda comunicarse con:

Dra. Flores Zarate María de Lourdes (Investigador principal)  
Dirección: Poder Ejecutivo # 121 Fraccionamiento Constitución Pachuca Hidalgo  
Tel. (044) 7712028242

Dr. Juan de Dios Uribe Ramírez (Asesor de la investigación)  
Dirección: Carretera Pachuca-Tulancingo 101 Col Ciudad de los niños, Pachuca Hidalgo  
Tel: 7141090 ext:102

Dr. Francisco Chong Barreiro (Presidente de las comisiones)  
Dirección: Carretera Pachuca-Tulancingo 101 Col Ciudad de los niños, Pachuca Hidalgo  
Tel: 7141090 ext:102

## ANEXO 2

### **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)**

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

*Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor*

**Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión  
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)**

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

**ESCALA DE HAMILTON**  
**Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

**Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)**

- Ausente 0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente 1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente 2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 4

**Sentimientos de culpa**

- Ausente 0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo 3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4

**Suicidio**

- Ausente 0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 2
- Ideas de suicidio o amenazas 3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4

**Insomnio precoz**

- No tiene dificultad 0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1
- Dificultad para dormir cada noche 2

**Insomnio intermedio**

- No hay dificultad 0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 1
- Esta despierto durante la noche 2

**Insomnio tardío**

- No hay dificultad 0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2

**Trabajo y actividades**

- No hay dificultad 0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4

*Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor*



**ESCALA DE HAMILTON**  
**Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

**Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)**

- Palabra y pensamiento normales 0
- Ligero retraso en el habla 1
- Evidente retraso en el habla 2
- Dificultad para expresarse 3
- Incapacidad para expresarse 4

**Agitación psicomotora**

- Ninguna 0
- Juega con sus dedos 1
- Juega con sus manos, cabello, etc. 2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 4

**Ansiedad psíquica**

- No hay dificultad 0
- Tensión subjetiva e irritabilidad 1
- Preocupación por pequeñas cosas 2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 3
- Expresa sus temores sin que le pregunten 4

**Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)**

- Ausente 0
- Ligera 1
- Moderada 2
- Severa 3
- Incapacitante 4

**Síntomas somáticos gastrointestinales**

- Ninguno 0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. 1
- Sensación de pesadez en el abdomen 2
- Dificultad en comer si no se le insiste. 3
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 4

**Síntomas somáticos generales**

- Ninguno 0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. 1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido 2

**Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)**

- Ausente 0
- Débil 1
- Grave 2

*Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor*

**ESCALA DE HAMILTON**  
**Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

**Hipocondría**

- Ausente 0
- Preocupado de si mismo (corporalmente) 1
- Preocupado por su salud 2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**Pérdida de peso**

- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana 1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 2

**Introspección (insight)**

- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo 0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 1
- No se da cuenta que está enfermo 2

ANEXO 3

**Historia Clínica**

Ficha de Identificación.

Tipo de interrogatorio \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Religión \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales Patológicos.

Cardiovasculares \_\_\_\_\_  
Pulmonares \_\_\_\_\_  
Digestivos \_\_\_\_\_  
Crónico degenerativos \_\_\_\_\_  
Neurológico \_\_\_\_\_  
Quirúrgicos \_\_\_\_\_ Alérgicos \_\_\_\_\_ Transfusiones \_\_\_\_\_ Traumáticos \_\_\_\_\_  
Medicamentos \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes Personales No Patológicos

Alcohol: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tabaquismo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Drogas: \_\_\_\_\_  
Inmunizaciones: \_\_\_\_\_  
Otros. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Madre: Viva Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hermanos: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Vivos \_\_\_\_\_

Enfermedades que padecen:

---

---

Otros:

---

Interrogatorio por aparatos y sistemas.

---

---

Exploración física:

Signos Vitales. T.A . \_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_ Temperatura. \_\_\_\_

Cabeza y cuello: \_\_\_\_\_

---

Tórax:

---

---

Abdomen:

---

---

Extremidades:

---

---

Genitourinario:

---

---