



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“TRASTORNOS AFECTIVOS MAS FRECUENTES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
TRATADOS CON HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE
NEFROLOGÍA DE LA UNIDAD RENAL DE LA CLÍNICA
CONTIGO DE LA CIUDAD DE LATACUNGA DURANTE EL
PERIODO OCTUBRE 2011 A FEBRERO 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Médica

Autora: Gutiérrez Navas Tatiana Gabriela

Tutor: Dra. Flor Criollo

**Ambato – Ecuador
Noviembre, 2011**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“TRASTORNOS AFECTIVOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE LA UNIDAD RENAL DE LA CLÍNICA CONTIGO DE LA CIUDAD DE LATACUNGA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2011 A FEBRERO 2012” de Tatiana Gabriela Gutiérrez Navas estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2011

EL TUTOR

.....
Dra. Flor Amelia Criollo Quisatasig

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**TRASTORNOS AFECTIVOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE LA UNIDAD RENAL DE LA CLÍNICA CONTIGO DE LA CIUDAD DE LATACUNGA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2011 A FEBRERO 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2011

LA AUTORA

.....
Tatiana Gabriela Gutiérrez Navas

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Noviembre del 2011

LA AUTORA

.....
Tatiana Gabriela Gutiérrez Navas

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“TRASTORNOS AFECTIVOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIÁLISIS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE LA UNIDAD RENAL DE LA CLÍNICA CONTIGO DE LA CIUDAD DE LATACUNGA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2011 A FEBRERO 2012”** de Tatiana Gabriela Gutiérrez Navas, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2011

Para constancia firman

.....
Dr. Guillermo Pérez

.....
Dra. Fanny Pérez

.....
Dr. José Reina

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y a mis abuelitos.

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminar mi vida, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, Gonzalo y Anita y a mis hermanos quienes me han brindado su apoyo incondicional, depositando su entera confianza en mi capacidad; porque me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas.

A mis abuelitos: José y María quienes desde el cielo me acompañan y bendicen; que me enseñaron a cambiar por cada lágrima una sonrisa frente a la adversidad. A mis hermanos, y a todos mis amigos y compañeros que caminaron junto a mí durante el dulce y amargo trajinar de la carrera.

Tatiana Gutiérrez

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios, a mis Padres por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, a la Universidad Técnica de Ambato, a mi querida Facultad, a la carrera de Medicina por haber sido mi casa todos estos años, al Hospital Provincial General de Latacunga por todos los conocimientos médicos aprendidos, a todos aquellos que fueron mis docentes a lo largo de mi carrera. Y a la Dra. Flor Criollo, médico psiquiatra, mi Tutor por todos los conocimientos brindados para el enriquecimiento de este trabajo.

TATIANA GUTIÉRREZ.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
RESUMEN EJECUTIVO.....	xv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema	3
1.2. Planteamiento del problema.	3
1.2.1. Contextualización	3
1.2.2. Análisis crítico.	9
1.2.3. Prognosis.	11
1.2.4. Formulación de problema.	11
1.2.5. Interrogantes.	12
1.2.6. Delimitación.	12
1.3. Justificación.	12
1.4. Objetivos.	13

1.4.1. General.	13
1.4.2. Específicos	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos	14
2.1.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	15
2.1.1.1. Tratamiento	20
2.1.1.2. DIALISIS	21
2.1.1.3. Indicaciones	23
2.1.1.4. Contraindicaciones	23
2.1.1.5. Complicaciones	24
2.1.1.6. TRANSPLANTE RENAL	25
2.1.1.7. Afectación psicológicas provocadas por la IRC	26
2.1.1.8. Consideraciones psicológicas generales del enfermo renal	28
2.1.2. TRASTORNOS AFECTIVOS O DEL ESTADO DE ÁNIMO	29
2.1.2.1 Depresión	30
2.1.2.2. Manía	32
2.1.2.3. Angustia	33
2.1.2.4. Conceptos y clasificaciones	34
2.1.2.5. Trastornos Del Estado De Ánimo Debido a Enfermedad Médica	37
2.1.2.6. Depresión en el enfermo con IRC	37
2.1.2.7. Test De Beck O Inventario De Depresión	46
2.2. Fundamentación filosófica	49
2.3. Fundamentación legal	50
2.4. Categorías fundamentales	52
2.5. Hipótesis	53
2.6. Señalamiento de variables	53

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación	54
3.2. Nivel de la investigación.	51
3.3. Tipo de la investigación	55
3.4. Población y muestra.	56
3.5. Criterios de inclusión	57
3.6. Criterios de exclusión	57
3.7. Operacionalización de variables.	58
3.8. Técnicas e instrumentos	60
3.9. Plan de recolección de información.	60
3.6. Plan de procesamiento de la información.	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis de los resultados.	61
4.2. Interpretación de datos.	71
4.3. Verificación de la hipótesis.	73

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.....	74
5.2. RECOMENDACIONES.....	75

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Tema	77
6.2. Antecedentes	77

6.3. Justificación.	78
6.4. Objetivo general	79
6.5. Ubicación sectorial.	79
6.6. Sustentación teórica	80
6.7. Cronograma	95
6.8. Administración.	96
6.9. Evaluación	98
A. MATERIALES DE REFERENCIA	
1. Materiales de referencia.	100
2. Anexos	102

ÍNDICE DE TABLAS

INDICE DE CUADROS

CUADRO	Pág.
Cuadro 1. Alteraciones inmunológicas en IRC.	19
Cuadro 2 . Gastos a operarse en el proceso de investigación y en propuesta a presentarse.	97

INDICE DE TABLAS

TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.	16
Tabla 2. Alteraciones clínicas y bioquímicas en la insuficiencia renal crónica.	17
Tabla 3. ¿Estas satisfecho con tu vida?	61
Tabla 4. ¿Has renunciado a muchas actividades?	62
Tabla 5. ¿Sientes que tu vida está vacía?	62
Tabla 6. ¿Te encuentras a menudo aburrída?	63
Tabla 7. ¿Tienes a menudo buen ánimo?	63
Tabla 8. ¿Temes que algo malo te pase?	64
Tabla 9. ¿Te sientes feliz muchas veces?	64
Tabla 10. ¿Te sientes a menudo abandonado?	65
Tabla 11. ¿Prefieres quedarte en casa a salir?	65
Tabla 12. ¿Tienes problemas de memoria muy seguido?	66
Tabla 13. ¿Piensas que es bonito vivir?	66
Tabla 14. ¿Te cuenta iniciar nuevos proyectos?	67
Tabla 15. ¿Te sientes lleno de energía?	67
Tabla 16. ¿Se siente desesperado?	68
Tabla 17. ¿Cree que mucha gente esta mejor que Ud.?	68
Tabla 18. Nivel de depresión	69
Tabla 19. Grupos Etáreo Que Reciben Diálisis	69
Tabla 20. Cantidad De Pacientes Por Sexo Que Reciben Diálisis	70
Tabla 21. Tipo de tratamiento recibido en el centro de diálisis	70

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. ¿Estas satisfecho con tu vida?	61
Gráfico 2. ¿Has renunciado a muchas actividades?	62
Gráfico 3. ¿Sientes que tu vida está vacía?	62
Gráfico 4. ¿Te encuentras a menudo aburrída?	63
Gráfico 5. ¿Tienes a menudo buen ánimo?	63
Gráfico 6. ¿Temes que algo malo te pase?	64
Gráfico 7. ¿Te sientes feliz muchas veces?	64
Gráfico 8. ¿Te sientes a menudo abandonado?	65
Gráfico 9. ¿Prefieres quedarte en casa a salir?	65
Gráfico 10. ¿Tienes problemas de memoria muy seguido?	66
Gráfico 11. ¿Piensas que es bonito vivir?	66
Gráfico 12. ¿Te cuenta iniciar nuevos proyectos?	67
Gráfico 13. ¿Te sientes lleno de energía?	67
Gráfico 14. ¿Se siente desesperado?	68
Gráfico 15. ¿Cree que mucha gente esta mejor que Ud.?	68
Gráfico 16. Nivel de depresión	69
Gráfico 17. Grupos Etáreo Que Reciben Diálisis	69
Gráfico 18. Cantidad De Pacientes Por Sexo Que Reciben Diálisis	70
Gráfico 19. Tipo de tratamiento recibido en el centro de diálisis	70
Gráfico 20. Ubicación sectorial y física.	80
Gráfico 21. Organigrama funcional de propuesta	96

RESUMEN EJECUTIVO

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad amenazante por la posibilidad de aparición de otras patologías asociadas a ésta y por la posibilidad de muerte inminente. Así mismo, dicha condición hace a la persona vulnerable de sufrir diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos, tales como el estrés y la depresión.

Todo esto, debido a la disminución de la sensación de control personal, ya que estas personas se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos, dependen de una máquina y de la posibilidad de un trasplante para sobrevivir.

Esta enfermedad no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal sino que también supone un desafío para seguir viviendo bajo las nuevas condiciones. Teniendo un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, el cual es notorio en el ciclo familiar. Así mismo la diálisis, genera cambios fisiológicos, emocionales, sociales y económicos.

El propósito de este estudio fue describir los diferentes tipos de trastornos afectivos que presenta un grupo de 65 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que acuden a la unidad renal de la clínica CONTIGO, para recibir tratamiento con hemodiálisis, en la ciudad de Latacunga. Para ello; se utilizó la Escala de Beck de Depresión el cual consta de 15 preguntas con dos opciones de respuesta, que se aplicó a los pacientes con la ayuda del personal de la clínica.

Se observó que el 41% de los pacientes padece depresión leve, 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave; siendo este último el de más difícil intervención y resolución por el nivel de depresión que presenta, constituyendo estos una alta tasa de pacientes con riesgo de intentos autolíticos por frustración frente a la patología de larga evolución a la que se enfrentan como es la IRC. Más aún, por la repercusión psicológica en el paciente debido a la cronicidad del tratamiento con HD.

PALABRAS CLAVES: IRC, HEMODIÁLISIS, DEPRESIÓN, DEPRESIÓN EN IRC, DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD MÉDICA, TRANSTORNOS AFECTIVOS EN IRC.

EXECUTIVE SUMMARY

Chronic renal failure (ESRD) is a disease threatening the possibility of developing other diseases associated therewith and the possibility of imminent death. Also, this condition makes the person vulnerable to suffer various psychological and psychiatric phenomena such as stress and depression.

All this, due to the reduction in the sense of personal control, as these people are subject to a number of invasive procedures, depend on a machine and the possibility of a transplant to survive. This disease is not only perceived as a threat or loss of important functions for personal well-being but also poses a challenge to continue living under the new conditions.

Having an impact on the quality of life of patients and their families, which is evident in the family cycle. Likewise dialysis generates physiological changes, emotional, social and economic. The purpose of this study was to describe the different types of affective disorders that present a group of 65 patients with chronic renal failure (CRF) attending the renal unit at the clinic CONTIGO to receive hemodialysis, in the city of Latacunga.

To do this, we used the Beck Depression Scale which consists of 15 questions with two response options, which was applied to patients with the help of clinic staff. It was observed that 41% of patients suffering from mild depression, moderate depression 28% and 31% of them severe depression, the latter being the most difficult intervention and resolution by the level of depression that presents, constituting a high rate of patients at risk of suicide attempts by frustration with the pathology of evolution long they face such as the IRC. Moreover, the psychological impact on the patient due to chronic treatment with HD.

KEYWORDS: IRC, HEMODIALYSIS, DEPRESSION, DEPRESSION IN CRF, DEPRESSION AND MEDICAL ILLNESS, AFFECTIVE DISORDERS IRC.

INTRODUCCIÓN

~ A la gente le gusta sentir. Sea lo que sea~. J.A. Marina comienza del siguiente modo al referirse sobre los afectos; ~ sin embargo, nos morimos de amor, de pena, de ganas, de miedo, más aún cuando sabemos que algunos sentimientos son terribles, crueles, perversos e insoportables a pesar de la eficacia letal de los afectos, la anestesia afectiva nos da pavor.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud el año 2002 mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren alteraciones del estado de ánimo o afectivas y la carga que representa esta enfermedad está aumentando. Se estima que para el año 2020, ocuparán el segundo lugar en la carga global de enfermedades. 1

En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos de este tipo contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 2001, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales. 1

En el Ecuador la depresión es entendida a manera de cifras por la Dirección Nacional de la Policía Judicial las cuales reflejan que a nivel nacional entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009. 1

Fonseca explica que para evitar estas cifras de suicidio en el Ecuador se debería tratar la depresión como un problema de salud pública. Crítica que en nuestro país no se ha profundizado en generar políticas de salud que vayan encaminadas a enfrentar esta enfermedad psicofisiológica. 2

En la ciudad de Latacunga en la Provincia de Cotopaxi, el Hospital General no cuenta con la unidad de Diálisis y sus pacientes son remitidos a la Clínica Contigo que es la Unidad Renal de la provincia que tiene un equipo de nefrología, es decir un nefrólogo tratante y 5 enfermeras capacitadas en diálisis peritoneal y en hemodiálisis, motivo por el cual esta institución se ha convertido en el centro de referencia en enfermedades consideradas catastróficas, por lo que se ha atendido a 65 pacientes con insuficiencia renal crónica, 63 con hemodiálisis y 2 que necesitan diálisis peritoneal.

METODOLOGÍA

En esta investigación se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional; en una población de 65 pacientes dializados, en í CONTIGO “CENDI LCON” de la ciudad de Latacunga. Todos ellos han participado de forma voluntaria, y han dado su consentimiento informado.

CONCLUSIONES

Los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficiente en cuenta, y no es detectada la manera de cómo esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales y más concretamente en su calidad de vida.

Se concluye que los pacientes tratados con hemodiálisis desarrollan trastornos afectivos, siendo el más frecuente la depresión; de estos el 41% de los pacientes padece depresión leve, 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave

Constituyéndose en factor determinante para tomar en cuenta los síntomas de un diagnóstico de trastornos afectivos, enfatizando estos resultados en signos y síntomas del trastorno depresivo, inducido por una enfermedad médica.

Por lo antes mencionado y de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación; comprobamos que: los pacientes sometidos a hemodiálisis por IRC presentan Trastornos Afectivos, presentando con mayor frecuencia trastorno depresivo en sus diferentes grados: leve, moderado y grave; enfatizando estos resultados en signos y síntomas del trastorno depresivo, inducido por una enfermedad médica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Transtornos afectivos más frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la Clínica “CONTIGO” de la ciudad de Latacunga durante el periodo octubre 2011 a febrero 2012.

1.1.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO

~ A la gente le gusta sentir. Sea lo que sea ~. J.A. Marina comienza del siguiente modo al referirse sobre los afectos; ~ sin embargo, nos morimos de amor, de pena, de ganas, de miedo, más aún cuando sabemos que algunos sentimientos son terribles, crueles, perversos e insoportables a pesar de la eficacia letal de los afectos, la anestesia afectiva nos da pavor.

Solo podemos vivir en una realidad interpretada convertida en casa, dotada de sentimientos, humanizada. Somos insaciables consumidores de afectos; y continúa, sin embargo el nombre con el que designamos a la ciencia de las enfermedades (patología) proviene del griego pathos, que literalmente quiere decir “ciencia de los afectos”. Según esta premisa anterior, padecemos nuestros propios afectos.

La experiencia sentimental humana no se forma ni se expresan de manera aislada. El complejo significado de cada palabra cobra su valor, y es el resultado del papel que desempeña en los individuos a la hora de articular todo el repertorio de valores sociales, morales o culturales que condicionan, a su vez, cada experiencia emocional particular, antes de ser transmitidas a nuestros seres próximos.

Todas las culturas han diseñado un modelo afectivo propio, llegando incluso a someter a los sentimientos a una evaluación crítica en función de sus intereses particulares, fomentando ciertos hábitos sentimentales y prohibiendo otros basándose en enjuiciamientos morales. El arte, en sus distintas manifestaciones, resulta todo un compendio de la psicopatología afectiva.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud el año 2002 mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren alteraciones del estado de ánimo o afectivas y la carga que representa esta enfermedad está aumentando. Se estima que para el año 2020, ocuparán el segundo lugar en la carga global de enfermedades. 1

En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos de este tipo contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 2001, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales. 1

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, a escala mundial los trastornos de esta área de la salud representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad en las economías de mercado establecidas (Rush University Medical Center, 2011).

Este nivel de presencia ha llevado a que instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteen como una prioridad la investigación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales (OMS, 2004). Entre las que destacan se encuentra la depresión, que, de acuerdo con la OMS, se ubica como la cuarta causa mundial de morbilidad y se estima que será la segunda causa para el año 2020 (Medina-Mora et al., 2003; OMS, 2011; Pardo, Sandoval & Umbarita, 2004). 1

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil; encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9 y 5,9 para hombres y 3,8 a 14,5 en mujeres.

El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones autoinfringidas con 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos.

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 años para los relacionados con el uso de sustancias y 26 años para los trastornos del estado de ánimo. Los problemas de salud mental, que incluyen a las adicciones, se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en el contexto internacional y en nuestro país; de la población mundial, entre 5 y 10% se encuentra afectada por complicaciones a causa del consumo del alcohol. 1

Del mismo modo, el Estudio Global de Carga de Enfermedad, realizado con datos del año 2004, mostró una prevalencia mundial de depresión de 151,2 millones de personas. Las mayores prevalencias se encontraron en el Sudeste Asiático y en el Pacífico Occidental. 1

El mismo estudio mostró que la carga total de condiciones de incapacidad no fatales es dominada por una lista relativamente pequeña de causas, particularmente de un número de condiciones neuropsiquiátricas y trastornos de los órganos de los sentidos.

La depresión ocupaba el tercer lugar entre las condiciones que producen discapacidad moderada a severa, con una prevalencia mayor en personas entre 0 y 59 años de los países con ingresos bajos y medios. 2

MESO.-

En el Ecuador la depresión es entendida a manera de cifras por la Dirección Nacional de la Policía Judicial las cuales reflejan que a nivel nacional entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009. 1

Las 611 muertes violentas por suicidio demuestran que dos personas decidieron diariamente quitarse la vida en algún lugar del Ecuador. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada 40 segundos alguien se suicida en el mundo. 1

Fonseca explica que para evitar estas cifras de suicidio en el Ecuador se debería tratar la depresión como un problema de salud pública. Crítica que en nuestro país no se ha profundizado en generar políticas de salud que vayan encaminadas a enfrentar esta enfermedad psicofisiológica. 2

Cuando alguien está deprimido aquí se piensa que con voluntad se puede arreglar todo. Eso es mentira. Una persona antes de tomar la cruel decisión de terminar con su vida ha pasado un tiempo con depresión severa, por eso la ayuda médica de un profesional es vital para evitar consecuencias trágicas, manifiesta el experto. 2

Bermúdez al igual que Fonseca reconoce que las épocas más conflictivas en el tema de suicidios son la adolescencia y la edad adulta de la jubilación. Esta última más aún si se padece una enfermedad crónica como la IRC. 2

Pasar de los 60 años coincide con ser jubilado. Para esta época de transición, de ser económicamente activo al descanso, son muy pocas las acciones que el Estado ha

pensado para mantenerlos en ocupaciones que los alejen de la depresión o para hacerlos sentir útiles, expresó Fonseca.²

La activista de los derechos humanos Marcia Ruales afirma que los costos sociales del suicidio son enormes. Recuerda que estos no solo se refieren a que un país pierde a un ciudadano productivo, sino que cuando una persona muere en esas condiciones los traumas familiares no son tratados adecuadamente, lo que genera la posibilidad de que algún miembro de esta familia en algún momento emule ese comportamiento.²

En nuestro país se piensa que al psicólogo se lo utiliza cuando uno está loco. Esa es una creencia social equivocada que impide que problemas como la depresión o el estrés no puedan ser controlados a tiempo y degeneren en suicidios o asesinatos, aseguró Ruales.²

MICRO.-

En el Ecuador, hay pocos datos registrados de los trastornos afectivos en las personas que padecen IRC; sin embargo, la depresión (trastorno afectivo más frecuente) es entendida a manera de cifras por la Dirección Nacional de la Policía Judicial las cuales reflejan que a nivel nacional entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009.

En la ciudad de Latacunga en la Provincia de Cotopaxi, el Hospital General no cuenta con la unidad de Diálisis y sus pacientes son remitidos a la Clínica Contigo que es la Unidad Renal de la provincia que tiene un equipo de nefrología, es decir un nefrólogo tratante y 5 enfermeras capacitadas en diálisis peritoneal y en hemodiálisis, motivo por el cual esta institución se ha convertido en el centro de referencia en enfermedades consideradas catastróficas, por lo que se ha atendido a 65 pacientes con insuficiencia renal crónica, 63 con hemodiálisis y 2 que necesitan diálisis peritoneal.

ÁRBOL DE PROBLEMAS



1.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Una vez que se ha contextualizado, es necesario adentrarse un poco más en la esencia misma del problema, cuestionar su origen, sus causas, sus efectos y sus consecuencias, analizando críticamente la situación, a partir del árbol de problemas:

¿A qué se debe el hecho de que pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis presentan trastornos afectivos?

Entre las razones empíricas se puede señalar:

- Somos conocedores que el término salud es el equilibrio de las tres esferas del ser humano: biológica, psicológica y social; siendo así, comprendamos que a toda persona que padece una patología crónica cualquiera que sea esta, al

verse afectado por muchos variantes siendo la más importante el proceso invasivo que comprende su tratamiento, el paciente ve afectado no solo su aspecto biológico y social sino también su psicología.

- En tanto que un desempeño adecuado y satisfactorio en sociedad de la persona depende de la premisa anterior; debemos tener en consideración que independientemente de la edad que tenga o el nivel de actividad social y laboral que desempeñe, se considera de mucha utilidad la gravedad del episodio depresivo por el que un individuo puede atravesar, durante el padecimiento de una patología, debido al impacto físico y emocional que la enfermedad como tal tiene sobre la persona. Repercutiendo así, en los factores personales, sociales y culturales que influyen en relación directa entre la gravedad de los síntomas y la actividad social.
- Son frecuentes e intensos como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad; ya que la mayoría de pacientes con IRC quien presentan depresión tienen dificultades diversas para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.
- La enfermedad crónica degenerativa, tiene un impacto importante en la percepción física del enfermo, debido a la injuria de la enfermedad sobre su estado físico; mismo que deteriora conforme pasa el tiempo y poco a poco se acortan las esperanzas de vida, tanto en el paciente como en su familia. Varias ocasiones los pacientes consideran que, es preferible morir que luchar cuando no es imposible al menos prolongar en algo la vida.
- Quienes viven y sobre llevan este tipo de enfermedades merecen el mayor respeto y una gran consideración; pues siendo este un acto de valentía, coraje y superación enfrentarse a este tipo de patologías; es pues un factor de total importancia, el total

e incondicional apoyo de su familia. Entonces el reto del medico y del personal de salud es trabajar por estos pacientes y brindar oportunidades de vida para mejorar la calidad de vida del paciente, el afrontamiento que se tiene ante estas enfermedades y contar con redes de apoyo que faciliten o colaboren en sobrellevar a estos pacientes y sus allegados.³

1.3. PROGNOSIS

Para tener una visión más clara del problema, no solo es conveniente contextualizar y analizarlo en su realidad actual, sino resulta apremiante describir lo que podría suceder en el futuro, al no solucionar los trastornos depresivos en sus diferentes grados, estadios y episodios en los pacientes tratados con hemodiálisis que padecen de insuficiencia renal crónica que muchas veces suelen enmascarse y ser muy difícil su percepción y más aún si debuta de mala manera, podría ser causa de aumento de la morbimortalidad que conlleva esta patología per sé.

En el futuro, la unidad renal prestará sus servicios a los pacientes; cuyo enfoque se dirige a tratar la patología de base, empero se atiende muy someramente al estado psíquico-emocional del paciente, lo cual indica que existirá carencia en la calidad del tratamiento de los pacientes, además de la evidente afección en su desempeño social; dejando un marcado desequilibrio entre las tres esferas (esferas bio-psico-social) que componen el concepto básico de lo que entendemos por salud.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué tipos de trastornos afectivos se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la Clínica “CONTIGO” de la ciudad de Latacunga en octubre 2011 a febrero 2012?

Donde se establece como:

- Variable Independiente: Pacientes con Insuficiencia renal crónica
- Variable dependiente: Trastornos afectivos

1.4.1. INTERROGANTES O PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Inciden los trastornos afectivos en la vida de los pacientes con IRC?
- ¿A qué tipos de síntomas afectivos se exponen los pacientes con hemodiálisis que presentan IRC?
- ¿De qué manera se afecta el estilo de vida de los pacientes la IRC?
- ¿La asistencia social y psicoafectiva, mejoraría la condición del paciente en hemodiálisis?

1.5. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.5.1. CAMPO

Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica que son tratados con hemodiálisis.

1.5.1.1. ÁREA: Nefrología de la unidad renal de la clínica CONTIGO”

1.5.1.2. ASPECTO: Trastornos afectivos más frecuentes

1.5.2. ESPACIAL: Unidad de nefrología en el servicio de hemodiálisis de la clínica CONTIGO de Latacunga.

1.5.3. TEMPORAL: Octubre 2011 a Febrero 2012.

1.5.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes con insuficiencia renal crónica tratados en la unidad renal con diálisis.

1.6. JUSTIFICACIÓN

- La necesidad académica que mueve a los estudiantes universitarios a desarrollar proyectos de investigación; como requisito para obtener un título de tercer nivel, que los faculte como profesionales productivos y de calidad; prestos a responder demandas del medio globalizado y cumplimiento del compromiso ético-profesional y social; siendo entes activos y proactivos, partícipes de esta sociedad que exige su adelanto intelectual.

- Los trastornos afectivos más frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis como tema de investigación resulta de gran importancia, por lo cual se hace necesario plantear una perspectiva teórica-práctica a partir de la que podemos abordar los diversos inconvenientes que puedan surgir en el campo psicoemocional del paciente y que repercuten en su ambiente social.
- La factibilidad de este estudio es adecuada; porque podrá realizarse sin inconvenientes, debido a la disponibilidad de población y colaboración del personal del servicio de nefrología de la unidad renal de diálisis de la Clínica “CONTIGO” de la ciudad de Latacunga.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. GENERAL

- Identificar los trastornos afectivos más frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

1.7.2. ESPECÍFICOS

- Diagnosticar los trastornos afectivos más frecuentes en los pacientes con Insuficiencia renal crónica.
- Analizar los trastornos afectivos que presentan los pacientes con hemodiálisis.
- Sociabilizar la posibilidad de la apertura de un centro de atención psicológica y emocional para pacientes tratados con hemodiálisis y su familia en la clínica “CONTIGO” de Latacunga.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se han realizado múltiples estudios acerca de la influencia que tienen las enfermedades crónicas como la IRC en el ámbito psicológico de los pacientes y el impacto de estas en la vida de los mismos.

Más allá de las condiciones físicas asociadas, las características psicológicas de las personas con Insuficiencia Renal Crónica han resultado intrigantes para los profesionales de la nefrología e incluso para los familiares de los propios enfermos. Sin duda, cada persona responde de un modo diferente ante esta situación, con percepciones muy diferentes a las de los profesionales sanitarios o de los miembros de la familia, quienes, valoran que el impacto de la enfermedad es menor que el descrito por el paciente (Bedell, Kilpatrick, Robinson, Gilbert y Miller, 1978).¹⁰

El número de estos enfermos renales ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas por la IRC que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo (Fast, 1988; Vestegaard y Lokkegaard, 1997).¹¹

Según los datos del informe de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología correspondiente al año 1996, a 31 de Diciembre de dicho años, en España había 26.042 personas con IRC, lo que supone una prevalencia de 702 por millón de población (Amenabar, García-López, Robles y Saracho, 1999).¹²

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), en la misma fecha había registradas un total de 1296 personas, 619 por millón de población, con un incremento de 177 personas por millón, respecto al año 1991, según la Unidad de Información sobre Pacientes Renales de la Comunidad Autónoma Vasca (UNIPAR). El número de estos enfermos está aumentando en la CAPV debido, fundamentalmente, a una mayor supervivencia y a un aumento de la incidencia (Gobierno Vasco, 1997).¹²

Otra investigación, en la que se incluye la valoración de las implicaciones psicológicas de la IRC y sus tratamientos, son estudios sobre los costes económicos de la diálisis y el trasplante, en los que se han empezado a considerar, como indicadores de eficacia de los tratamientos, los resultados en términos de calidad de vida y consecuencias psicológicas (Bryan y Evans, 1980; Levy, 1988; Garofano, Sánchez, Moya y Gil, 1990; Aranzabal, Magaz, Lavari y Villar, 1994; Gudex, 1995; Klahr, 1996). 11

En cualquier caso, padecer una enfermedad renal y “vivir bien”, “con una buena calidad de vida” no es incompatible. El trabajo cotidiano con enfermos renales en una consulta de psicología clínica en la *Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales de Vizcaya* (ALCER Vizcaya), ha permitido observar las diferencias en habilidades para la adaptación a la enfermedad entre pacientes con características similares. 11

Algunos enfermos renales a medida que acumulan experiencias relacionadas con la enfermedad, van adquiriendo habilidades que favorecen la adaptación a los cambios en el estado de salud o en los tratamientos. Otros, por el contrario, no llegan a una fase de adaptación, sino que desarrollan y mantienen problemas psicológicos en algunos casos tan crónicos como la propia insuficiencia renal (Devins, 1991). 12

2.1.1. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC).

Se define la IRC como el daño renal o la tasa de filtración glomerular (TFG) <60 mL./min/1,73m² que se presentan durante 3 meses o más, independientemente de la causa. Se puede determinar el daño renal en muchas nefropatías por la presencia de albuminuria, que a su vez se define como una relación albumina-creatinina > 30 mg/g en dos de tres muestras de orina al azar.

Se la considera además como la pérdida progresiva de la capacidad renal de cumplir sus funciones, entre otras mantener homeostasis del medio interno, excretar productos

nitrogenados y concentrar la orina. La IRC esta causada por la lesión estructural renal irreversible presente durante meses o años.

El filtrado glomerular (FG) de cada nefrona sobreviviente aumenta, lo que provoca hiperfiltración, hipertrofia glomerular y modificaciones de la función tubular. A lo largo de la evolución de la IRC el enfermo presenta una serie de signos y síntomas derivados de las perdidas funcionales progresivas: HTA, edemas e incluso edema agudo de pulmón; impacto de la uremia sobre diversos órganos y sistemas: hipertrofia ventricular, arritmias, anemia, alteraciones neurológicas, gastrointestinales y endócrinas, acidosis y alteraciones del metabolismo fosfocálcico, enfermedad ósea, e hipototasemia. Estas manifestaciones dependen de la velocidad de instauración de la IRC y de su estadio evolutivo.

Normalmente no se producen síntomas durante el período de disminución de la reserva funcional renal, que es el estadio inicial de la IRC. En esta fase se pierden nefronas funcionantes, y las que quedan aumentan su función de modo compensador, manteniéndose de este modo la homeostasis del agua y sodio; el enfermo suele permanecer asintomático.

Tabla. 1 Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.

Estadio	Descripción	Filtrado glomerular (FG)
1	Daño renal con FG normal	≥ 90
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-86
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

El diagnóstico suele ser causal, se detecta por un aumento de úrea y/o creatinina en una analítica rutinaria. Cuando ya se ha perdido el 50% del FG se inicia un deterioro progresivo de la capacidad de depuración del fósforo, que permanece constante por un aumento de la secreción de hormona paratiroidea (PTH). Es habitual en este

momento una anemia leve. A medida que la IRC se instaura una cierta hiporexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, malestar general, astenia, debilidad, cefalea, prurito y/o insomnio; y se intensifica la anemia, acidosis, hiperfosforemia, desarrollándose un hiperparatiroidismo.

La mayoría de los síntomas atribuidos a la IRC corresponden a la fase terminal que comienza en ese momento, y que corresponde a la afectación de los distintos órganos y aparatos, que se recoge a continuación:

Tabla. 2 Alteraciones clínicas y bioquímicas en la insuficiencia renal crónica.

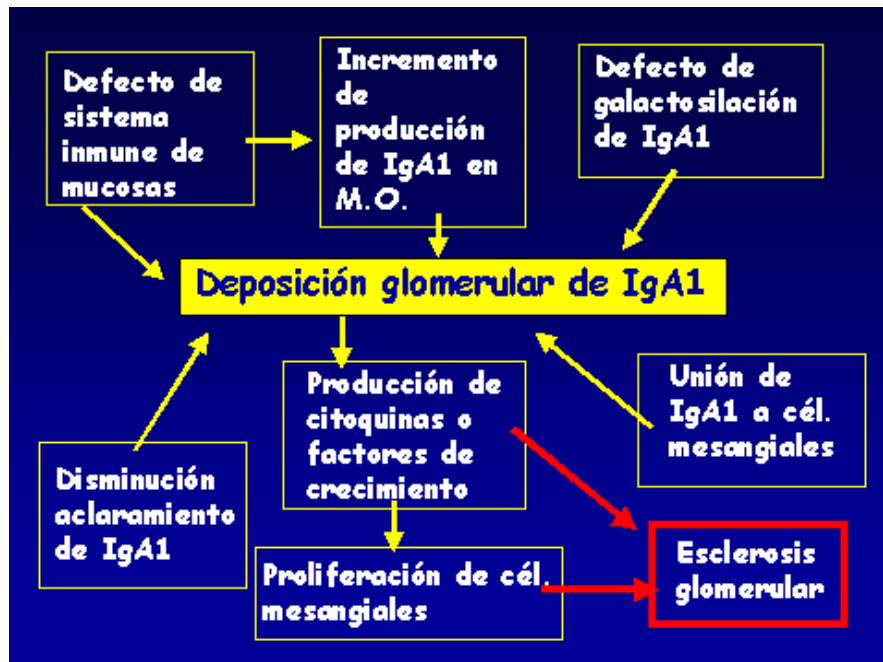
Hidroelectrolíticas	
Sodio Potasio	Hiponatremia leve. Hiperpotasemia, en los siguientes casos: Diabetes mellitus, acidosis tubular o toma de fármacos (IECA, AINES, diuréticos distales).
Equilibrio ácido base	Acidosis grave en IRC avanzada. Asociada con hipocontractilidad cardíaca, taquipnea y enfermedad ósea.
Calcio-Fósforo	Osteítis fibrosa, osteomalacia, calcificaciones vasculares, fracturas patológicas.
Cardiovasculares	
Sodio y agua HTA	HTA, sobrecarga de volumen. Progresión de arterioesclerosis, deterioro funcional ventricular, progresión de propia IRC.
Arterioesclerosis	Coronariopatía, accidente cerebrovasculares (ACV), vasculopatía periférica, calcificación y disfunción valvular.
Pericarditis	Derrame con posible taponamiento.
Hematológicas	
Anemia	Condiciona estado hiperdinámico, hipertrofia ventricular y astenia Hemorragia cerebral, hematomas.
Diátesis hemorrágica Serie Blanca	Fagocitosis deficitaria, alteraciones de la migración leucocitaria, hipergammaglobulinemia.
Neurológicas	Perdida de la capacidad de atención, intelectual y de la memoria, inversión del ritmo sueño-vigilia, mioclonías, neuropatía sensitivomotora, demencia dialítica, síndrome de desequilibrio.
Gastrointestinales	
Hiporexia Otras	Desnutrición, déficits vitamínicos. Náuseas, vómitos, gastritis y pancreatitis.
Función inmunitaria	
CMI (Complejo	Linfocitopenia

Mayor Inmunidad).	de	Alteración de reactividad cutánea retardada. Disminución de proliferación linfocitaria. Supervivencia prolongada de homoinjertos. Alteración de reacción injerto contra huésped.
Anticuerpos		Disminución de los valores de inmunoglobulinas. Disminución de la producción de anticuerpos.
Quimiotaxis		Disminución de emigración de neutrófilos

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS

Tanto la respuesta humoral como la celular se encuentran afectadas en pacientes con insuficiencia renal crónica. La respuesta de los anticuerpos a ciertos antígenos es anormal, lo mismo que la respuesta leucocitaria. A veces se presenta linfopenia, atrofia de los órganos linfoides y disminución de las células B circulantes, lo que predispone a infecciones. El conteo de neutrófilos es normal. La fracción C3 del complemento está disminuida y la respuesta cutánea a alérgenos está retrasada, con disminución en la quimiotaxis. En respuesta a la infección, los pacientes urémicos generan menor respuesta febril.

Cuadro 1. Alteraciones inmunológicas en IRC.



Ciertas características de la uremia apuntan hacia la anormalidad del sistema inmunitario; hasta un 60% de personas con insuficiencia renal crónica padecen infección grave, y con 40 % de muertes en estas circunstancias se consideran causadas por una infección. Muchos factores pueden contribuir a la aparente competencia inmunitaria de pacientes con insuficiencia renal terminal. Estos factores incluyen: hemodiálisis, medicamentos, transfusiones sanguíneas, duración de la insuficiencia y perturbaciones fisiológicas y metabólicas relacionadas con la uremia. Todos ellos pueden alterar la función inmunitaria. La función inmunitaria. Las anormalidades inmunitarias más sorprendentes de la uremia ocurren en las reacciones mediadas por células. La linfocitopenia constante que ocurre en uremia aguda y crónica y que comprende en gran parte a células T, parece deberse a una alteración en el movimiento de los linfocitos, habiendo redistribución de los linfocitos circulantes a la médula ósea. En general los defectos celulares intrínsecos podrían ser menos importantes que los mediados por suero en la inhibición de la inmunidad celular. Linfocitos urémicos o lavados incubados en suero normal responden de manera adecuada a mitógenos; esto indica que en el paciente urémico hay linfocitos

competentes, desde el punto de vista inmunitario, pero se vuelven insensibles en presencia de un estado urémico.

La respuesta escasa de células linfoides urémicas a mitógenos y antígenos puede deberse en parte a la incompetencia de las células urémicas para actuar como células presentadoras de antígeno siendo así la capacidad de macrófagos presentadores de antígeno en mucho menor. En el área de la inmunidad humoral, observa una reducción en la concentración de inmunoglobulinas con cambios profundos en los valores de IgM. La producción antigénica varía con el antígeno presentado. Además se ve afectada la quimiotaxis de neutrófilos. Los sueros de personas urémicas contienen un inhibidor del factor quimiotáctico específico para varios de estos factores. El inhibidor reacciona de manera directa e irreversible con las sustancias quimiotácticas y es termolábil. Por lo tanto, semeja al inhibidor quimiotáctico, presente en el título bajo en sueros humanos normales.

TRATAMIENTO

Se debe tomar en cuenta el tratamiento de la nefropatía mediante diálisis y trasplante. La estrategia diagnóstica en la IRC pretende estimar el FG, y determinar la etiología y la repercusión que la IRC haya podido desarrollar en los diferentes aparatos y órganos. La reducción de FG indica insuficiencia renal, y su estabilidad durante un periodo largo traduce cronicidad. Es habitual que esta reducción de filtrado se acompañe de elevación de la úrea y de fósforo, y de descenso de calcio y bicarbonato plasmáticos.

Los niveles de PTH suelen estar inapropiadamente elevados para una excreción de fósforo. El sodio y el potasio plasmáticos pueden ser normales hasta fases avanzadas de la enfermedad. La presencia de anemia es constante, pero también se observa en fallo renal agudo (FRA). Los defectos de la dilución y concentración de la orina se reflejan en la tendencia a isostenuria, poliuria y nicturia. Las pruebas de imagen destinadas a valorar el tamaño renal son útiles en el diagnóstico de sospecha de la

IRC: radiografía simple de abdomen, nefrotomografías, ecografía renal, TC y renograma isotópico. La serie radiológica ósea es útil para valorar la osteodistrofia.

La progresión de la IRC es habitualmente constante en cada enfermedad y paciente, aunque puede experimentar enlentecimientos o aceleraciones. El aclaramiento de creatinina tiende a sobrestimar el FG a medida que la IRC avanza, debido a la aparición progresiva de secreción tubular de creatinina. Este defecto se puede minimizar estimando la progresión de la IRC en función de la variación del recíproco de la creatinina en el tiempo ($1/Crs.$), que tiende a disminuir en forma lineal.

Determinar el comportamiento evolutivo de una IRC es útil para valorar la utilidad clínica de determinadas maniobras terapéuticas destinadas a frenar la progresión, valorar la repercusión de dicha evolución de procesos patológicos intercurrentes, y pronosticar en el tiempo la necesidad de depuración extrarrenal (Diálisis).

DIALISIS

Es la difusión o paso de partículas solubles de una solución a otra a través de una membrana semipermeable. El paso de estas partículas solo será posible cuando su tamaño sea menor que el de los poros de la membrana, y se producirá en la dirección determinada por el gradiente de concentración desde donde se encuentra en cantidad mayor hacia el otro lado. Contribuye al equilibrio el paso del agua (disolvente) en sentido contrario por un mecanismo de osmosis. La convección/ultrafiltración actúa en el control del exceso de agua. Esta fuerza depura con mayor eficacia las sustancias de peso molecular medio, lo cual ofrece ventajas potenciales, p. ej., depuración de elementos de la cascada inflamatoria en enfermos con sepsis y/o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

Por otro lado la difusión/diálisis es mejor para depurar sustancias de bajo peso molecular.

Hemodiálisis (HD) es la diálisis que se produce entre la sangre de un paciente y el líquido de diálisis, cuando la sangre circula de forma continua y extracorpórea a través de un elemento llamado dializador, en el cual entran en contacto sangre y líquido de diálisis, separados solo por una membrana semipermeable del dializador.

Corrige con eficacia las elevaciones de productos nitrogenados y las alteraciones electrolíticas y acidobásicas. La diálisis peritoneal (DP) es la que se produce entre la sangre del paciente y el líquido de diálisis que se introduce en la cavidad peritoneal; en este caso, la membrana semipermeable es el peritoneo, una membrana natural. La diálisis en medicina se utiliza como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de Fracaso Renal Agudo (FRA) y de IRC avanzada.

Existen dos grandes técnicas depurativas extracorpóreas: las basadas en el transporte difusivo con cierto componente convectivo (HD intermitente, HD continua, DP) y las basadas en transporte convectivo, con cierto componente difusivo (ultrafiltración aislada, hemofiltración continua y hemodiafiltración continua). En el FRA se utiliza la HD intermitente, hemofiltración continua y la hemodiafiltración continua. Estas dos últimas técnicas de depuración extracorpórea (TDEC) son las más utilizadas en el contexto de FRA grave en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se cree que tienen un efecto beneficioso potencial, no contrastado en la clínica, en pacientes con FRA que se asocia a sepsis y/o SRIS.

La superficie del filtro debe adecuarse al paso del enfermo. Se utilizan soluciones bicarbonatadas en la hemodiálisis convencional intermitente y en las TDEC. En las técnicas continuas se colocan en el enfermo un catéter en “Y” con doble bomba de sangre, que puede provocar problemas de recirculación y diálisis ineficaz. En las formas arteriovenosas de las TDEC se coloca un catéter arterial y otro venoso. La DP está en desuso en el tratamiento de FRA, excepto en niños.

INDICACIONES DE DIALISIS

En el fracaso renal agudo son: Edema agudo de pulmón, hiperpotasemia toxica con afección del ritmo cardiaco (> 7.5 mEq/l), acidosis grave resistente y la hiponatremia sintomática con afectación neurológica (encefalopatías), digestivas (hemorragias) o diátesis hemorrágicas atribuibles a la uremia.

En la insuficiencia renal crónica la diálisis se indica ante un filtrado glomerular (FG) < 15 ml/min. En presencia de síntomas urémicos, HTA, sobrecarga de volumen o desnutrición, y en cualquier caso si el FG es < 10 ml/min. Si la urea sanguínea es muy elevada (> 260 mg/dl), la HD convencional intermitente requiere de primeras diálisis de corta duración (2-2.5 h) y a flujos sanguíneos bajos (200 ml/min.), para evitar el síndrome de desequilibrio (náuseas, vómitos y cefalea que puede evolucionar a síndrome confucional y convulsiones por edema cerebral en las primeras sesiones en pacientes con uremia avanzada).

En enfermos con inestabilidad hemodinámica es preferible alargar la HD a 5-6 h. con volúmenes de ultrafiltración horaria baja. Un tratamiento alternativo es la HD secuencial y la hemofiltración. Con las TDEC se produce con frecuencia hipotermia, hipofosforemia e hipopotasemia. Debe confirmarse de forma continuada que el balance es adecuado y descartar las trombosis del filtro y de los sistemas. Si el paciente es propenso a las hemorragias, tanto en la HD como en las TDEC es necesario limitar o suspender el uso de heparina.

Cualquier paciente en situación de IRC que necesite diálisis es un candidato aceptable si no existe ninguna causa extrarrenal que amenace de modo importante su vida a corto plazo. Pueden aplicarse de forma periódica series de HD programadas o diálisis peritoneal (continua ambulatoria o cicladora nocturna).

CONTRAINDICACIONES

Actualmente no existen contraindicaciones absolutas a la diálisis. Entre las razones éticamente aceptables para no incluir a un paciente en programa de diálisis están:

- Demencia grave e irreversible
- Situaciones de inconciencia permanente (estados vegetativos persistentes).
- Tumores con metástasis avanzadas.
- Enfermedad pulmonar, hepática o cardíaca en estadio terminal.
- Incapacidad mental grave que impide cooperar con el procedimiento.
- Pacientes hospitalizados con fallo multiorgánico que persiste muchos días luego del tratamiento intensivo y en el que se llega a la conclusión de que el proceso es irreversible.

La decisión final de si se incluye o no a un paciente en el programa de diálisis periódicas corresponde al paciente (o su familia si el no esta en capacidad de tomar decisiones). Debe ser informado de los beneficios y riesgos esperables en su caso. La situación es compleja en el paciente anciano con enfermedades asociadas y baja calidad de vida.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones potenciales de la diálisis cabe citar las siguientes:

1. Infección del acceso vascular, trombosis o aneurismas.
2. Cardiovasculares: La hipotensión es la complicación más frecuente de la hemodiálisis, por pérdidas de líquido en el circuito extracorpóreo: otras son, HTA, Insuficiencia cardíaca de gasto elevado por fistulas arteriovenosas anormalmente dilatadas, isquemia miocárdica, y arritmias cardíacas de causa multifactorial.
3. Neurológicas: El denominado síndrome de desequilibrio, se debe a edema cerebral por una rápida corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, y se caracteriza por la presencia durante o poco después de la sesión de hemodiálisis de una o varias de las siguientes manifestaciones: cefalea, náuseas, vómitos, HTA, calambres, síndrome confucional, convulsiones y/o coma. Otras complicaciones neurológicas son el hematoma subdural (que

puede ser bilateral), y la demencia dialítica, de origen multifactorial aunque atribuida fundamentalmente a niveles altos de aluminio en el SNC.

4. Complicaciones infecciosas: infecciones por los virus hepatotropos B y C.
5. Nutricionales: Pérdida de vitaminas hidrosolubles, aminoácidos y oligoelementos.
6. Hematológicas: anemia por hemorragia, hemólisis o por retorno incompleto de la sangre desde el dializador.
7. Otras: Acidosis o alcalosis metabólica, alcalosis respiratoria, hipopotasemia.

Del equipo:

1. Embolia aérea o entrada de aire al paciente por ruptura o desconexión de las líneas.
2. Ruptura del filtro.
3. Error en la selección del concentrado indicado individualmente al paciente.

Para evitar de cierta manera estas complicaciones, el equipo sanitario debe tener en cuenta, las siguientes consideraciones:

TRANSPLANTE RENAL

El implante de un riñón procedente de un donante vivo o cadáver (aloinjerto) constituye el tratamiento que garantiza una mayor supervivencia y calidad de vida al enfermo con IRC avanzada que se considera candidato adecuado para recibirlo, es decir, que no tiene infecciones crónicas graves o neoplasias malignas, y se considera que va a beneficiarse del órgano por un tiempo suficiente. El mayor problema es la compatibilidad biológica entre órgano y receptor, ya que el órgano es un conjunto ingente de antígenos que desencadena una respuesta inmune de rechazo agudo, mediado por el sistema inmunitario mayor de compatibilidad.

Para tratar de evitar estos procesos de rechazo, el enfermo recibe medicación inmunosupresora profiláctica, que ha descendido un porcentaje de estos episodios por

debajo del 20 %, y ha disminuido de modo significativo la expresividad clínica e histológica en la mayoría de los casos.

AFECTACION PSICOLÓGICAS A CONSECUENCIA DE LA I.R.C.

A continuación se menciona las alteraciones propias de la IRC y la afección psicológica de cada una de ellas:

TRASTORNOS METABÓLICOS

Causa habitual de disfunción orgánica cerebral, la encefalopatía metabólica es capaz de alterar los procesos mentales, comportamiento y funciones neurológicas. El diagnóstico debe considerarse siempre que se hayan producido cambios recientes y rápidos del comportamiento, pensamiento y la conciencia. Los primeros síntomas pueden ser: alteración de la memoria, especialmente de la memoria reciente y alteraciones de la orientación. Algunos pacientes se encuentran agitados, ansiosos, hiperactivos; otros se muestran tranquilos, ausentes, inactivos. Según avanza la encefalopatía, la confusión y el delirium dan paso a una disminución de las respuestas, estupor y finalmente la muerte. Una de las patologías que causa encefalopatía es la IRC, debido al estado urémico propio de ésta que presenta el paciente como ya se ha enunciado con anterioridad.⁹

ENCEFALOPATÍA URÉMICA

El fallo renal se asocia con alteraciones de memoria, orientación y conciencia. Otros síntomas asociados son inquietud, sensación de hormigueo en extremidades, espasmos musculares e hipo persistente. En jóvenes con episodios breves de uremia, los síntomas neuropsiquiátricos tienden a ser reversibles; en gente anciana con largos períodos de uremia, los síntomas neuropsiquiátricos pueden ser irreversibles.¹⁰

TRASTORNOS ENDÓCRINOS

Dentro de los trastornos endócrinos que presenta la insuficiencia renal crónica con frecuencia son de las glándulas paratiroides.

TRASTORNOS PARATIROIDES

La disfunción de la glándula paratiroidea provoca una regulación anormal del metabolismo del calcio. La secreción excesiva de hormona paratiroidea puede producir delirium, cambios de personalidad y apatía en un 50 a 60% de los pacientes y deterioro cognoscitivo en aproximadamente el 25% de ellos. La excitabilidad neuromuscular que depende una concentración adecuada de iones de calcio se reduce y puede aparecer debilidad muscular.¹⁰

La hipocalcemia puede acompañar a los trastornos hipoparatiroides y provocar síntomas neuropsiquiátricos de delirium y cambios de la personalidad. Si el nivel de calcio disminuye de forma gradual, se pueden observar los síntomas psiquiátricos sin la tetania característica de la hipocalcemia. Otros síntomas de hipocalcemia son formación de cataratas, convulsiones, síntomas extrapiramidales y aumento de la presión intracraneal.

TRASTORNOS AUTOINMUNES

Los trastornos inmunes constituyen desafíos terapéuticos y diagnósticos para los clínicos de la salud mental. Entre el 5 y el 50% de los pacientes que presentan alteraciones del sistema inmune tienen síntomas mentales en la presentación inicial y aproximadamente el 50% de los pacientes terminan mostrando manifestaciones neuropsiquiátricas. Los síntomas principales son depresión insomnio, labilidad emocional, nerviosismo y confusión. El tratamiento con corticoides induce otras complicaciones psiquiátricas como manía y psicosis.¹⁰

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS GENERALES DEL ENFERMO RENAL

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de remplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de transplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (Velarde, Ávila, 2002) 12

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta asimismo el autoconcepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos. 12

El síntoma más relevante e insidioso es el dolor, que aparece de manera crónica. Implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a aquéllos a evitar actividades potencialmente productoras de dolor, que con el paso del tiempo y en virtud de mecanismos operantes, conduce a la limitación y reducción de actividades físicas que se ve frecuentemente en los pacientes y que constituyen un cuadro complejo, definido además por la presencia de un conjunto de problemas específicos, tales como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el

nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados, lo que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente. (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón, Zapata, 2005). 13

Diversos autores han descrito la influencia que tiene la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) sobre la personalidad de estos pacientes. Se puede mencionar que las situaciones generadoras de conflicto para una adecuada adaptación serían: pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo; pérdida social y profesional; dificultades en planificar la vida; cambios en la vida y en la forma de vivir; pérdida de una posición económica y pérdida de un trabajo u ocupación.13

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.13

Los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, participación en actividades vinculadas a la problemática que padecen, como campañas de transplante de órganos y además cuentan con la continencia familiar adecuada. Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad.15

TRASTORNOS AFECTIVOS O DEL ESTADO DE ÁNIMO

La afectividad es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada hombre, dependiendo de sus intereses

específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen a lo largo de su vida; por lo tanto son esas “motivaciones” las que nos hacen sentirnos afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno.

Podemos distinguir, por lo tanto, distintas formas de afectos, en concreto tres formas: las emociones que es la afectación brusca de una representación mental.

Otra forma de afecto son los sentimientos, son más matizados que las emociones y no conlleva a una modificación somática. Son situaciones momentáneas. Por último, tenemos los estados afectivos, que no dependen de ninguna representación o idea, y que suele calificarse como estado de ánimo, son nuestras situaciones afectivas básicas, nuestra forma peculiar de ser, vivir, una forma estable de sentirse afectado.

Por lo tanto, comprender la dinámica afectiva de una persona sería comprender la estructura individual de sus intereses o tendencias.

Citando a Jaspers, una reacción vivencial normal, sería aquella caracterizada por una respuesta adecuada al acontecimiento que la provocó. La base de esta reacción es la personalidad previa del sujeto.

Los tres grandes síntomas de la afectividad, entre otros, son la depresión, la manía y la angustia, que pasaremos a comentar ahora mismo.

DEPRESIÓN

Se conoce con el nombre de depresión un estado de tristeza excesiva. El sujeto que se encuentra deprimido está apesadumbrado, cansado, sin ganas de hacer nada, además en este estado de incapacidad se encuentra, o más bien, se siente extremadamente triste. Normalmente, este sentimiento de inutilidad, viene acompañado por otro sentimiento de culpa, y en esta situación, la idea de suicidio viene a considerarse como una solución apropiada.

La sintomatología del depresivo es variada. Se consiguió agruparlos en tres síntomas fundamentales: 1º la tristeza; 2º la manía; y 3º las ideas delirantes. Se comprobó, más tarde, que esta división era artificial, por lo que se unificó los síntomas en un criterio fundamental que describiese la depresión.

Este nuevo criterio debía ser, sin lugar a dudas, la tristeza. Sin embargo, la tristeza del depresivo no es una tristeza normal, esto es, no es la tristeza que experimenta cualquier sujeto ante un acontecimiento negativo. Normalmente la tristeza del depresivo es una tristeza sin causa; considerada endógena. En algunas ocasiones, la persona deprimida, cuenta cómo empezó su tristeza a través de un acontecimiento, que a las luces del observador externo, el acontecimiento es insignificante para el desarrollo de dicha sintomatología.

Es cierto, que en algunas ocasiones, el paciente narra los acontecimientos por los que se encuentra en dicha situación, y dichos acontecimientos justifican por sí mismos la tristeza sentida. En este caso podemos calificarla como depresión reactiva.

En la infancia, no son muy frecuentes las depresiones, aunque puede darse el caso. Un niño que está deprimido se muestra pasivo, con expresión triste, además de observarse un enlentecimiento en sus funciones psicológicas. Sin embargo, en la adolescencia, la depresión suele adquirir el tono de la melancolía.

Por la edad adulta, la mayoría de las depresiones comienzan rondando la edad de los cuarenta o cincuenta años, y estas son las depresiones típicas que estamos comentando.

Por último, en la gran mayoría de pacientes depresivos aparecen sentimientos de despersonalización, distinta a la que acontece en el esquizofrénico.

MANÍA

Los pacientes aquejados de manía, tienen un estado permanente de alegría desmesurada. Todas sus funciones psíquicas se encuentran llamativamente aceleradas. Igualmente, su estado de ánimo es eufórico y optimista, cuanto menos.

El pensamiento que les caracteriza es extraordinariamente rápido. Sus ideas no suelen acabarlas, siempre comienzan con una, no la han terminado y empiezan con otra, que normalmente tampoco acaban de exponer. Su diálogo, no es un auténtico diálogo, ya que más bien, consiste en un monólogo.

Como pasaría con la depresión, se pueden distinguir tres síntomas fundamentales en la manía: 1º la alegría; 2º la excitación psicomotriz; 3º la fuga de ideas.

Para Freud, y por lo tanto, para el psicoanálisis, la manía era el resultado de la fusión del yo con el superyo. El superyo, es la figura del padre, que naturalmente limita la actuación del yo. Con la derrocaación del superyo ya no hay límite de actuación y se dedica todo el esfuerzo a sus excesos, por lo que su alegría es infinita.

Sin embargo, según las teorías de M. Klein, el superyo nace antes del complejo de Edipo, por lo que el niño puede demostrar ya una posición depresiva y/o una posición maníaca en la segunda mitad del primer año.

De aquí se desprende que, tanto manía como depresión van de la mano, ya que son dos formas de elaborar la relación frustrada con el objeto libidinoso. La depresión era un intento de reparación del objeto, la manía es un intento de destrucción del objeto amoroso; por ello es que detrás de cada manifestación maníaca se encuentra un profundo sentimiento de culpa. Esta presencia de un trasfondo depresivo, es lo que hizo a la psiquiatría de la época pensar en la existencia de estados mixtos, entre la manía y la depresión. Cuando el maníaco empieza a aceptar la realidad interpersonal, que como es lógico coincide con su curación, inmediatamente empiezan a aparecer

tristeza y angustia. Esto es una forma más de comprobar la relación entre ambas patologías.

ANGUSTIA

El nombre de angustia hace referencia al miedo a lo desconocido. Hay dos conceptos que se suelen confundir con frecuencia, estos son la angustia y la ansiedad. En la angustia se teme algo que tiene que llegar, sin embargo en la ansiedad se teme algo actual. Mientras el angustiado espera las desgracias, el ansioso pone todos los medios realizando conductas para alcanzar el equilibrio buscado.

Normalmente, la angustia se presenta en forma de violentas crisis (cuando es así, los pacientes piensan en un peligro inminente), o bien, en un estado de ánimo estable.

En otras ocasiones, la angustia tiene forma de un estado de ánimo. Cuando, el síntoma fundamental que ocurre es la angustia, solemos hablar de neurosis de angustia. Freud pensó, en un principio, que la angustia era el resultado de la represión de las funciones sexuales; sin embargo, más tarde se habló de que la angustia era más bien la causa, en vez de la consecuencia.

El análisis existencial ha hecho hincapié en la descripción de la angustia, refiriéndose a ella como la nada; esto es, lo que angustia al angustiado es la nada, ya que nuestra vida no tiene sentido en esa nada. Cuando tomas conciencia de dicho hecho es cuando uno se angustia. Sin embargo, hay que tener claro, que esa angustia existencial es siempre un fenómeno patológico, ya que pasa de una cierta intensidad.

Una vez que se han comentado las patologías más características de los trastornos afectivos, pasamos a hablar de cómo percibimos el mundo a través de nuestros sentimientos.

Se piensa que las ideas delirantes suelen ser un reflejo del estado de ánimo especial en el que se encuentran tanto depresivos como maníacos. Dichas ideas son la verbalización adecuada de la manera en que viven su relación con el mundo.

Ya Bergson concluía que en numerosos casos, la visión que se tiene del mundo o la forma en la que dicho mundo se estructura, está en función de nuestro estado de ánimo determinado.

CONCEPTOS Y CLASIFICACIONES

A continuación se describe de manera sucinta; episodios afectivos (se incluyen, por separado, para poder diagnosticar mejor los trastornos del estado de ánimo), se incluyen, episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco.

Además se describen los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Para la descripción de estos trastornos se requiere de la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

A su vez, los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, en trastornos bipolares y los trastornos basados en la etiología, como los trastornos debido a enfermedad médica y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

La distinción entre los trastornos depresivos y los trastornos bipolares consiste en que los primeros no tienen historia previa de un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

1. Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.
2. Trastorno distímico: su principal característica es que debe haber, al menos, dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo no especificado: esta categoría está incluida para poder codificar trastornos con características depresivas atípicas y que no cumplen las

condiciones para un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico, o bien síntomas depresivos en los que no haya una información adecuada o ésta sea contradictoria.

4. Trastorno bipolar tipo I: caracterizado por uno o más episodios maníacos o mixtos, normalmente acompañados de episodios depresivos mayores.

5. Trastorno bipolar tipo II: caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores acompañados de, al menos, un episodio hipomaníaco.

6. Trastorno ciclotímico: debe haber al menos, dos años de periodos de síntomas hipomaníacos, sin cumplir los criterios de un episodio maníaco, y periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

7. Trastorno bipolar no especificado: esta categoría se incluye para codificar trastornos que no cumplen todas las características para un trastorno bipolar específico.

8. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: es caracterizado por una prolongada alteración en el estado de ánimo, consecuencia directa de una enfermedad médica, como la IRC que se profundizará, más adelante.

9. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: se caracteriza por una acusada y larga alteración del estado del ánimo, como consecuencia de la alteración por un medicamento, una droga, exposición a algún tóxico.

10. Trastorno del estado de ánimo no especificado: esta categoría se incluye para codificar los síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de los anteriormente comentados.

TRASTORNOS AFECTIVOS DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

La principal característica de este trastorno es una alteración del ánimo importante que es debida a los efectos directos de una enfermedad médica, en este caso por la IRC.

Esta alteración del estado de ánimo o afectivos puede ir desde un polo al otro polo opuesto: desde un ánimo depresivo, una pérdida del interés o placer por las cosas, hasta un estado de ánimo expansivo o irritable (criterio A); si bien, aunque la alteración en el ánimo puede simular un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor, no llega a cumplir todos los criterios para que se les defina como tal.

Se debe constatar que la alteración es consecuencia de la enfermedad, bien estudiando la historia clínica del sujeto en cuestión o bien por los hallazgos realizados en el laboratorio, (criterio B). Esta alteración en el ánimo no debe explicarse mejor por la presencia de un trastorno mental (criterio C); igualmente la alteración en el ánimo con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica no debe realizarse si sólo se presenta esa alteración durante el transcurso de un delirium (criterio D).

La alteración en el estado de ánimo tiene que provocar un malestar clínico significativo o bien un deterioro social, laboral o de otras áreas en la vida del sujeto (criterio E).

Para poder realizar este diagnóstico, lo primero que se ha de hacer es determinar la existencia de la enfermedad, y establecer la relación existente y constatable entre ellas. Para ello hay que ver si hay relación temporal entre ambas variables, esto es, la alteración del ánimo y la enfermedad. También podría constatarse la relación existente entre ambas si la alteración del ánimo presenta síntomas atípicos como para ser considerada un trastorno afectivo primario.

Además, el evaluador deberá descartar que la alteración no se produzca o no se explique mejor por cualquier otra circunstancia, como puede ser un trastorno inducido por sustancias.

En este trastorno no se produce diferencias en la prevalencia de los trastornos dependiendo del sexo.

Se debe tener en cuenta que este trastorno aumenta el riesgo de suicidio y la consumación del mismo; aunque también hay que decir que dependiendo de la enfermedad médica las tasas de suicidio son variables: aquellas enfermedades que comportan un mayor dolor, aquellas incurables y crónicas son las que mayor riesgo de suicidio presentan.

Tomando en cuenta las premisas anteriores, se ha decidido que la presente investigación se dedique por tanto a enfocar los trastornos afectivos que presentan con mayor frecuencia los pacientes en diálisis; nos atañe en este caso la depresión causada por enfermedad médica (crónica), que es la de mayor incidencia y prevalencia en pacientes que padecen IRC, independientemente del grado en que la presenten.

Acotando que: por considerarse la IRC una enfermedad médica de crónica evolución, afectando per sé de manera importante a la psicoafectividad de las personas que la padecen, así como a la familia de los mismos o a las personas que las cuidan.

DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON I.R.C.

Si bien la dimensión temporal nos permite catalogar como crónico un amplio abanico de trastornos, va ha ser el grado de incapacitación la dimensión que determine la aparición de problemas comportamentales, fundamentalmente emocionales y por tanto la oportunidad de la intervención psicológica. Tal como señalan Kelly y Field (1996), la estrecha conexión de entre los aspectos del “yo” y de la propia identidad.

Por eso en los casos de enfermedad crónica estos aspectos pueden ser profundamente afectados.

Igualmente las enfermedades crónicas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales, así como de los estilos de vida de quienes las padecen. Sin embargo, pese a que los hábitos de vida son comportamientos voluntarios y que dichos hábitos constituyen el factor de mayor peso en la salud/enfermedad, la mayoría de las personas siguen percibiendo la salud y la enfermedad como aspectos de su vida sobre los cuales no tienen ningún control. Pelechano, Sosa y Capafons señalan que no existen diferencias significativas en el “locus de control” interno entre personas con enfermedades crónicas y población normal. Igualmente, dichos autores señalan como los enfermos crónicos tienden a culpar a los demás de los fracasos sociales sufridos con mayor frecuencia que el resto de la población.

Asimismo, en los enfermos crónicos, tal como indica Rodríguez Marín se produce una quiebra importante en una de las variables que se consideran un componente esencial de la calidad de vida: el estado de salud. Numerosos autores incluyen la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y la ejecución de actividades como componente de la calidad de vida de los enfermos, pero pocos son los que incluyen el funcionamiento social y el apoyo social en su definiciones de calidad de vida, aunque los resultados de algunos de sus estudios indican que la calidad del apoyo social puede ser un buen indicador de calidad de vida de los mismos (Campell y Shaw). 9

Las enfermedades crónicas, con frecuencia, no sólo producen alteraciones físicas sino también sociales y psicológicas (Moos). Esta cuestión cobra relevancia si atendemos al hecho de que tradicionalmente, los cuidados del enfermo han tendido a limitarse a los aspectos físicos de su enfermedad, considerando a los aspectos emocionales y psicológicos de la enfermedad como un mal menor (Taylor, Abrams, Hewstone), y por tanto, no prioritario; abandonándose a la suerte de la buena disposición del

personal de salud, que no siempre se encuentra capacitado personal y profesionalmente para atender estas necesidades.

La enfermedad crónica requiere una importante tarea de adaptación.

En términos de enfermedad, el enfermo debe:

1. Afrontar el dolor y la incapacitación
2. Afrontar, si es el caso, el ambiente hospitalario, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Desarrollar relaciones adecuadas con el equipo sanitario.
4. Aprender estrategias para afrontar los tratamientos médicos, que se suelen prolongar durante mucho tiempo, incluso de por vida.

Asimismo, la enfermedad crónica requiere tareas como:

1. Preservar el equilibrio emocional.
2. Presentar una autoimagen satisfactoria.
3. Conservar las relaciones con la familia, amigos y demás contextos de relación social.
4. Prepararse para un futuro incierto.
5. Reincorporarse, en lo posible, a la actividad cotidiana: escuela trabajo, etc.

La realización de estas tareas dependerá, al menos en parte, de la fase en que se encuentre la enfermedad y del modo en que la persona reciba su enfermedad – como una amenaza, como un reto, etc. – (Lazarus y Folkman). 9

Cualquier enfermedad puede producir estrés en cuanto implica una interrupción repentina de las funciones habituales. Puede que el enfermo tenga que afrontar una hospitalización y separación prolongada de sus familiares y amigos, así como dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, un futuro inseguro e imprevisible, incluyendo la posibilidad de muerte.

De cualquier manera; el carácter estresante de la enfermedad depende de varios factores, entre los que destacan:

1. Su forma de aparición: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insípida.
2. Su intensidad y gravedad.
3. Etapas propias de la enfermedad en cuestión.
4. Duración de la misma.

Sin embargo, como señala Nichols, el estrés psicológico asociado a la enfermedad es difícilmente evaluable, pues el enfermo tiende a negarlo aunque parece estar presente, en mayor o menor medida en la gran mayoría de los enfermos. Con frecuencia el estrés asociado a la enfermedad se manifiesta en: ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira y otros estados emocionales negativos.

Determinadas enfermedades pueden producir con mayor probabilidad que otras, reacciones emocionales y problemas psicológicos.

Neary, indica que la reacción más común al fallo renal es la depresión y que un tercio de los casos de enfermedades crónicas produce ansiedad e irritabilidad.

No hay que olvidar que la misma situación de enfermedad hace problemática la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos o psicológicos de ajuste a la situación así como de la emisión de la respuesta de afrontamiento correspondiente. Los enfermos son una población especialmente vulnerable ante estresores que en otras poblaciones producen pocos efectos negativos.

Igualmente la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece sino que tiene efectos estresantes en mayor o menor grado en los familiares del enfermo. La dinámica de las relaciones intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad de uno de los miembros de la familia, produciéndose cambios en las relaciones familiares

habituales. Estos factores constituyen por si mismos una fuente de estrés que se suma a la situación del enfermo.

Cuando la enfermedad es crónica, las características estresantes se incrementan, así como su impacto de perturbación social. Las enfermedades largas incluso conducen a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o por la resistencia de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo. Sin olvidar que las relaciones afectivas y sexuales pueden verse seriamente afectadas en el caso de la pareja, y que los roles paternofiliares pueden sufrir alteraciones de importancia.

La calidad de vida del enfermo crónico depende, en gran medida, de su nivel de adaptación a la enfermedad, tratamiento y a los efectos de uno y de otro. Además de una adaptación psicológica se refiere a la capacidad de la persona para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social (Rodríguez Marín). Si bien este último se reduce durante la hospitalización y durante las sucesivas crisis que pueden ir apareciendo en el curso de enfermedades crónicas.

Por supuesto que las enfermedades que requieren mayores ajustes físicos causan más problemas que las enfermedades que implican pocas restricciones en el funcionamiento físico.

Por otra parte el entorno puede contribuir al incremento del estrés o servir como fuente de ayuda o confort. Algunos autores enfatizan que la persona hospitalizada debe pedir todo lo que necesita o desea, unas veces con éxito y otras sin él, lo cual devalúa su autoconcepto y aumenta su nivel de dependencia.

La hospitalización conlleva un obligado cambio de hábitos comportamentales, de manera que la persona hospitalizada pierde su contexto habitual, y al mismo tiempo, la separación de su medio familiar, social y laboral implica una pérdida de apoyo social; tanto en cantidad como en calidad de contactos personales, comportamientos y

de refuerzos. Así, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal de la sala de HD donde se dializa.

Con lo cual las probabilidades de incrementar las conductas de dependencia y de estado de ánimo deprimido son muy altas. Cabe precisar que la enfermedad crónica como la hospitalización pueden ser especialmente problemáticas en aquellos casos en los que los enfermos son niños.

Estos problemas suelen agravarse en aquellas familias en las que no existen estilos de comunicación y de resolución de conflictos adecuados. En este sentido, se ha encontrado que la expresión de emociones, así como los contactos y el apoyo social están significativamente relacionados con los enfermos crónicos.

Se ha comprobado que el estado de ánimo y la actitud frente a la vida, la enfermedad o la muerte inciden significativamente en la salud de las personas, calidad de vida y en la evolución de algunos procesos mórbidos.

Cuestiones que pueden depender, en parte del modo en que se perciba la hospitalización, que en términos generales, tal como indica Rodríguez Marín, aparece como:

1. Estresor cultural: la persona debe aceptar nuevas normas, valores, etc., del campo hospitalario que con frecuencia difieren bastante de su vida cotidiana.
2. Estresor social: El papel del paciente hospitalizado elementos que presionan fuertemente sobre su identidad psicosocial de la persona, las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una fuente de estrés por si misma.
3. Estresor psicológico: puede introducir desde fenómenos de disonancia entre dos fenómenos cognitivos a situaciones de dependencia extrema.
4. Estresor físico: debido a que la mayoría de las percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, etc.) y el propio entorno físico del mismo pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes.

Los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos indican que éstos suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, llanto, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando incluso algunos al aislamiento social. Este fenómeno tiene cierta base física, por lo que buscan en el laboratorio la explicación al fenómeno, mientras que otros buscan esta explicación en el fondo de una personalidad ya predispuesta aunque <no se hubiese enfermado del riñón>.

Esta exposición de hechos puede hacernos comprender que es fácil que surjan cefaleas, pérdida de apetito, sed en exceso, llantos, cansancio, malestar físico, fuerte ansiedad por su estado de salud, sentimientos de pesimismo, inseguridad, irritabilidad, inapetencia sexual, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave, deseos de morir (se han constatado bastantes casos de suicido entre estos enfermos).

Psicológicamente podemos actuar en algunos puntos que podrían favorecer la mejor adaptación del enfermo a su nueva situación. Podemos intentar un rápido reajuste corporal, disminuyendo la activación del organismo y la fatiga aunque esta fatiga muchas veces es por anemia y consecuencia también de la diálisis.

Toda esta exposición no es más que una mera orientación, con un fundamento teórico, sobre qué es lo que se debería hacer con este tipo de enfermos. Sólo falta una comprobación práctica que nos permita comprobar si estas técnicas son realmente efectivas o serían necesarias otras, pero lo que no merece discusión es la necesidad de que en una unidad de hemodiálisis o en un Servicio de Nefrología en general debería ser obligatorio el disponer de un psicólogo para ayudar a estos pacientes en los múltiples problemas que presentan.

Los estilos de vida, los tipos de personalidad, ciertos fenómenos cognitivos y otras características individuales pueden tener relación con la cura y el manejo de las enfermedades como son: el cáncer, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares (Róales - Nieto, 2004). 11

De acuerdo a Oblitas (2010), el 50% de los orígenes de las enfermedades crónicas se deben a factores psicológicos, por lo que se puede decir que los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo. 12

De acuerdo a Ghatak (1998) se entiende por enfermedad crónica a aquella que el paciente sufre continuamente atormentándolo por un largo período de tiempo, pudiéndolo llevar hasta la muerte.12

Según Guyton en 1997 la IRC consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).12

La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana (Guyton y Hall, 1997). Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (García, Fajardo, Guevara, Gonzáles y Hurtado, 2002).12

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal, sobre sus condiciones de vida (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001). 13

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto puede ocurrir en los pacientes con padecimientos renales pues por el conocimiento del diagnóstico y las molestias del

seguimiento del tratamiento pueden llevarlo a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa). 13

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto se debe realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico, a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio, et al., 2004).13

El caso de la IRC presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001), señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida.14

Lindqvist, Carlsson y Sjöden (citados por Contreras, 2007), en investigaciones realizadas con este tipo de pacientes encontraron que hay ciertos estilos de afrontamiento menos eficientes y afectan potencialmente la calidad de vida de las personas, entre los que están las estrategias confortativa, independiente, evasiva y emotiva.

La estrategia de catastrofizar, esta ubicada entre los estilos que afectan negativamente la calidad de vida, se ha relacionado con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico (Griswold, Evans, Spielman y Fishman, 2005: citados por Contreras, 2007). 14

De acuerdo a lo anterior la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias. Esta forma de asumir su condición es lo que se ha llamado afrontamiento (Contreras, 2007).15

El proceso de afrontamiento en personas con deficiencia renal es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que se debe tener en cuenta que las estrategias son cambiantes, sensibles y dependen tanto de las características personales como de factores externos o del entorno (Sanjuan, 2007).¹⁵

TEST DE BECK o INVENTARIO DE DEPRESION

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.

La escala de valoración de BECK (A. T. Beck, 1988) para la evaluación de la depresión (Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)) es una escala, autoaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias

Valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento

útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 15 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Orientaciones al examinador: Se procede de igual forma que al comienzo de todo test. Es importante señalar al sujeto que los síntomas que aparecen en la prueba hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Calificación: Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, de la siguiente manera:

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación).

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

TEST DE BECK Modificada

ESCALA DEPRESION BECK		
Pregúntate a ti misma y contesta honestamente	SI	NO
1.- ¿Estás satisfecha con tu vida?	0	1
2.- ¿Has renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Sientes que tu vida está vacía?	1	0
4.- ¿Te encuentras a menudo aburrida?	1	0
5.- ¿Tienes a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Temes que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Te sientes feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Te sientes a menudo abandonada?	1	0
9.- ¿Prefieres quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Tienes problemas de memoria muy seguido?	1	0
11.- ¿Piensas que es bonito vivir?	0	1
12.- ¿Te cuesta iniciar nuevos Proyectos?	1	0
13.- ¿Te sientes llena de energía?	0	1
14.- ¿Se siente desesperado?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud?	1	0
PUNTUACION TOTAL		

INTERPRETACION

Resultados

0-5: Nivel Normal de Depresión

6-9: Depresión Leve.

10 ó más: Depresión Severa

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Esta investigación se ubica en el paradigma Crítico-propositivo, porque tiene un enfoque Social-Crítico y se fundamenta sobre todo en el Pensamiento Complejo (Edgar Morín), porque tiene en cuenta el criterio de totalidad dentro de la teoría sistémica de la realidad; y en la teoría del Construccinismo Social, porque es un enfoque humanista que supera la visión economicista de la educación, para lograr la formación integral del ser humano.

Este paradigma se fundamenta *ontológicamente* en la concepción objetiva de la realidad independiente de la conciencia, sujeto a leyes y en permanente cambio y movimiento; una realidad socialmente construida e interrelacionada en sistemas, dentro de una visión de relativismo científico, que conceptualiza a la ciencia en devenir, nunca acabada, en espiral ascendente abierta y progresiva, que no refleja, sino que interpreta la realidad, a través de una pluricausalidad dialéctica.

Epistemológicamente sostiene que el conocimiento no es una simple información, sino una interrelación entre sujeto y objeto para lograr transformaciones, y que los conocimientos científicos van más allá de la comprobación experimental y formulación matemática, para llegar a una comprensión crítica de ciencia, como un conjunto de conocimientos destinados a la transformación social y al mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

Axiológicamente, esta investigación se sustenta en el compromiso por y para el bien común de la humanidad, en la práctica de los valores más trascendentales de la sociedad, como el de la solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias y pro defensa de la identidad cultural de nuestro pueblo. Incluyendo en estos aspectos de respeto y no depreciación de las capacidades, de aquellas personas que por circunstancias de la vida presentan una enfermedad catastrófica o invalidante o en

situaciones difíciles, por ello merecedoras de nuestro respeto por su desenvolvimiento en sociedad.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

En la constitución política del Ecuador, del año 2008 se ampara a los pacientes con enfermedad renal crónica en:

Sección primera referente a Adultas y adultos mayores en el Art. 38 que reza:

El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el inciso # 8: que declara que el estado brindará protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. Además en el inciso # 9: Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Además; en la Sección quinta de la constitución, referente a los: Niñas, niños y adolescentes, en el Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: en el inciso # 9: Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Se toma en cuenta también la Sección séptima, referente a: Personas con enfermedades catastróficas, que corresponde al Art. 50.- El Estado garantizará a toda

persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

La política y plan nacional de salud mental fue revisada por última vez en el año 1999 y aprobada mediante Acuerdo Ministerial N° 01745 del 21 de octubre de 1999. El Plan Nacional de Salud Mental define las siguientes líneas y programas de acción.

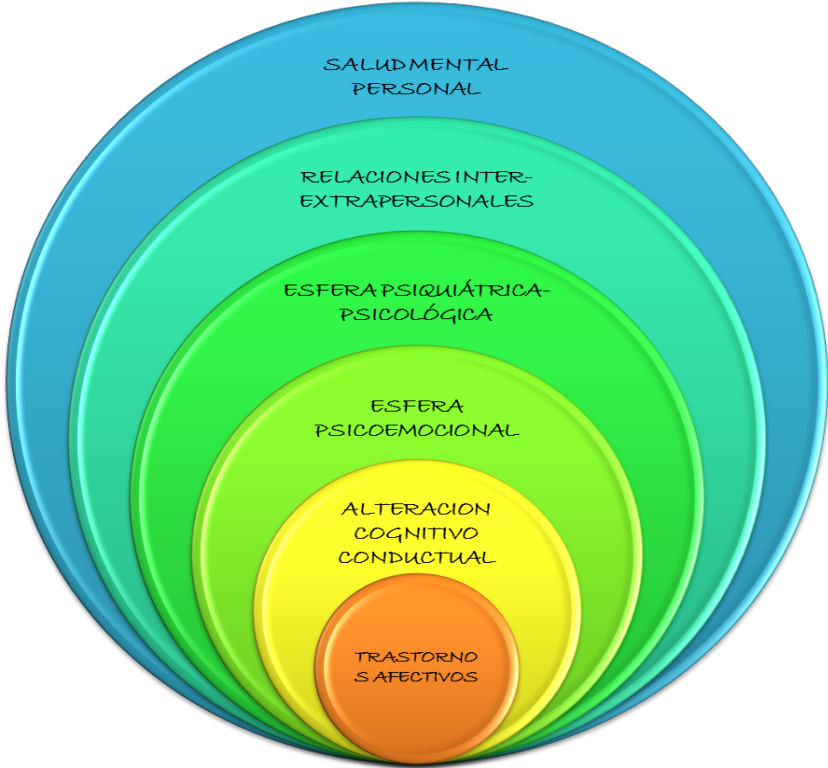
- Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles
- Salud mental de los niños
- Salud mental de los adolescentes
- Salud mental en los adultos
- Salud mental en los adultos mayores
- Salud mental y género
- Salud mental en los grupos étnicos
- Alcoholismo y drogadicción
- Violencia en sus diferentes formas de expresión
- Salud mental y procesos migratorios
- Formación de recursos humanos en salud mental
- Investigación en salud mental
- Salud mental en situaciones de desastres y conflictos sociales
- Legislación en salud mental.

Las metas propuestas en el Plan de Salud Mental no han sido motivo de evaluación, de ahí que no es posible determinar su cumplimiento. Existe un Plan de Salud Mental para situaciones de emergencia y su última revisión data del año 2002.

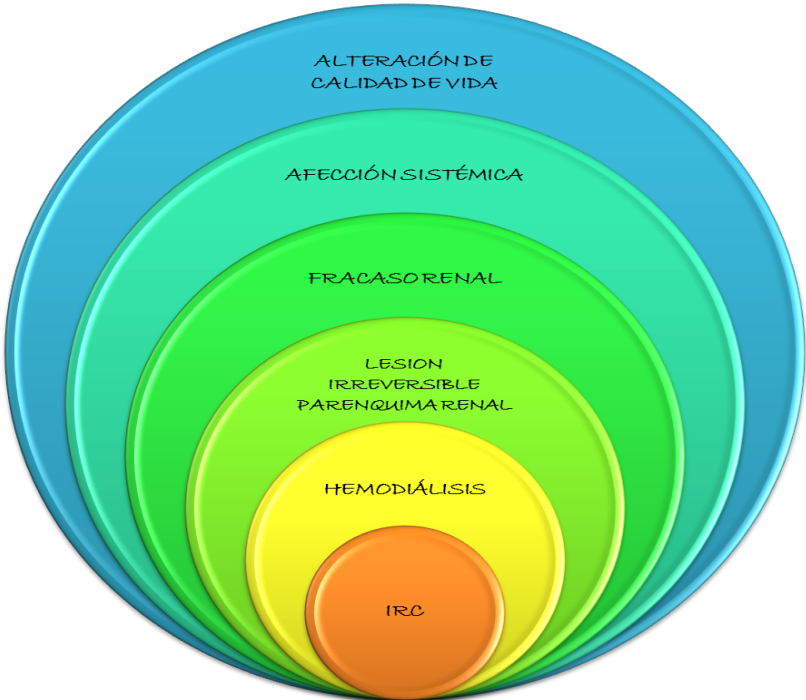
El Código Penal reconoce en algunos casos de enfermedad mental la inimputabilidad del paciente cuando ha cometido algún delito.

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

2.4.1.1. VARIABLE DEPENDIENTE



2.4.1.2. VARIABLE INDEPENDIENTE



2.5. HIPÓTESIS

Los pacientes con IRC tratados con hemodiálisis desarrollan trastornos afectivos.

2.5.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis.

2.5.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

2.5.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Trastornos afectivos más frecuentes.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad de investigación está basada en el paradigma crítico propositivo, que hace énfasis en el enfoque del ser humano antes que en aspectos materiales. El presente trabajo es una investigación de carácter social, por cuanto analiza problemas de conciencia del ser humano dentro de la sociedad, su accionar cotidiano inmerso en lo que significa ser integrante de una sociedad que ha dejado de lado la solidaridad y el buen trato al prójimo, evitando el trato cordial para una buena relación interpersonal.

De igual manera podemos señalar que se trata de una investigación cualitativa, debido a la interpretación de factores que se interrelacionan para dar una lectura cercana a la realidad social, del entorno en el cual nos desarrollamos.

La investigación realizada ha sido enfocada desde el aspecto ideográfico. Por lo tanto sin menospreciar a la ciencia estadística, da más importancia a la interpretación de los datos obtenidos.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Esta tesis abarca tres niveles de investigación:

- Investigación Diagnóstica.- Se ha llegado al nivel de diagnóstico respecto a la situación de trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis de la ciudad de Latacunga, en la forma o que amerita para resolver los problemas que se derivan de esta situación.

- Investigación Descriptiva.- A través de esta investigación se pudo detallar en parte la situación real que vive el paciente, en cuanto se refiere al factor de depresión más frecuente desarrollado en pacientes con hemodiálisis, mediante datos obtenidos y relatados por los mismos. Nos permitieron describir los trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis de la ciudad de Latacunga.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta tesis de grado ha empleado algunos tipos de investigación como:

Investigación documental bibliográfica.- El trabajo se apoyó en este tipo de investigación que permitió construir la fundamentación teórica científica del proyecto, así como de la propuesta, utilizando bibliografía general y especializada sobre el tema de trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis, así también páginas de Internet relacionadas al tema, este nos permitió sustentar las bases teóricas necesarias.

Investigación de campo.- Se llevó a cabo en el lugar donde se encuentra el problema de trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis de la ciudad de Latacunga. Lo que permitió realizar un estudio analítico y crítico de contenidos, a través de la evaluación de la información emitiendo juicios valorativos.

Investigación Social.- Una de las principales manifestaciones en la estructura social inequitativa y antagónica es el conflicto social que en forma abierta o encubierta, pacífica o violenta, enfrenta a personas y grupos sociales, razón por la cual entra a formar parte consubstancial de la teoría de la investigación social. (Enfoques y Métodos de la Investigación Científica, Lucas Achig, 2001, AFEFCE).

La investigación realizada fue enfocada desde el punto vista de intervención social, por cuanto, el grupo humano que sufre Insuficiencia renal crónica vive muchos problemas, siendo los más graves los trastornos afectivos que los aquejan, para lo cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, encontrando la que mejor convenga a los intereses de los pacientes.

3.4. POBLACION Y MUESTRA

3.4.1. POBLACIÓN

Pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de nefrología del servicio de diálisis tratados con hemodiálisis en la Clínica “Contigo” de la ciudad de Latacunga.

3.4.2. MUESTRA

El objetivo de utilizar una fórmula que determine el tamaño de la muestra, es que ella nos proporcione un resultado confiable.

Esta investigación realizó en la unidad renal de la Clínica “CONTIGO” de la ciudad de Latacunga, teniendo como sujetos de información a:

- Toda la población de pacientes remitidos a la Clínica Contigo que es la Unidad Renal de la provincia de Cotopaxi que cuenta con un equipo de nefrología.
- Un nefrólogo tratante y 5 enfermeras capacitadas en diálisis peritoneal y en hemodiálisis.
- 65 pacientes con insuficiencia renal crónica, 63 con hemodiálisis y 2 que necesitan diálisis peritoneal.
- Total de sujetos de investigación: 65

Por ser una población pequeña, no va a ser necesario calcular la muestra.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De acuerdo a lo planteado en la Hipótesis, del universo se van a incluir a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- Pacientes de toda edad que presentan insuficiencia renal crónica
- Genero indistinto
- Pacientes que se encuentren en tratamiento de diálisis.

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se va a excluir a los pacientes, quienes:

- Posean enfermedad renal de base que no amerite diálisis.
- Que no cumplieran con los criterios de inclusión
- Que no sean pacientes de la unidad renal (CONTIGO, Latacunga).

3. 7. Operacionalización de variables

V. I.: IRC

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
Perdida progresiva irreversible de la función del parénquima renal para: mantener homeostasis del medio interno, excretar productos nitrogenados y concentrar orina durante meses o años.	Perdida de función de parénquima renal.	Creatinina sérica mayor a 6mg/dL. Filtrado Glomerular menor de 15ml/min.	Sangra con facilidad? Tiene aliento similar a orina?	Recolección de datos
	Excreción de productos nitrogenados	Urea mayor a 200mEq/L Síntomas urémicos	Se agota o agita con facilidad?	
	Concentrar orina	Diátesis hemorrágica por uremia Hiperpotasemia tóxica K	Tiene con frecuencia dolores de cabeza?	
	Homeostasis	mayor a 7,5mEq/L Hiponatremia con afección neurológica Sodio menor a 115-	Cuanto orina?	

V.D.: TRASTORNOS AFECTIVOS

Conceptualización	Categorías	Subcategorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas
Se considera como toda actividad psíquica que definen y delimitan la vida emocional del individuo definida por: sentimientos, humor y emociones.	Actividad psíquica	Atención	Pérdida de apetito y peso, insomnio, Sueño superficial	Ha dejado de comer últimamente?	Test de Beck
		Concentración		Se despierta con facilidad en la noche?	
Memoria	Duerme más de la cuenta?				
Sueño	Come más de la cuenta?				
Sentimientos	Felicidad	Alegría	Siente Paz?		
		Tristeza	Como se siente?		
		Dolor	Le interesa lo que pasa a su alrededor?		
		Aflicción	Se siente cansado?		
Acompaña o está acompañando el abuso del alcohol, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.	Humor	Maníaco-Depresivo	Ansiedad, somatizaciones.	Se siente algo triste y deprimido?	
		Maníaco	lentitud o agitación psicomotriz;	Siente que merece ser castigado?	
		Ansioso	Tristeza patológica	Siente que ha fracasado?	
		Depresivo	Decaimiento,	Siente que el mundo se mueve más a prisa que usted?	
		Irritable	Irritabilidad		
		Mixtos			
Emociones	Ira	Consumidores de alcohol y otras	Se siente desanimado cuando piensa en el		

Llanto

Decepción

drogas, mala respuesta al
tratamiento.

futuro

3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas e instrumentos a utilizar son:

- Test de Beck (anexo 1): Dirigido a los pacientes de la unidad renal. “CONTIGO”.

3.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso a seguir es el siguiente:

- 3.9.1. Se determinará los sujetos de investigación: En este caso, los informantes van a ser pacientes de la unidad renal CONTIGO de Latacunga; a los mismos se aplicará la técnica de: el test de depresión de Beck.
- 3.9.2. El test se aplicarán al finalizar el mes de febrero del presente año, en la unidad renal de CONTIGO. Para la aplicación del mismo se solicitará permiso a las autoridades de la clínica CONTIGO de Latacunga y a los pacientes de la misma.

3.10. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El proceso a seguir es el siguiente:

1. Se codificará las respuestas.
2. Los datos obtenidos serán tabulados y analizados mediante el programa Excel para lo cual se elaborará una base de datos en dicho programa.
3. Se presentarán gráficamente las tabulaciones en el programa EXEL.
4. Con el análisis, la interpretación de resultados, se hará la verificación de la hipótesis.
5. Se elaborarán conclusiones generales y las recomendaciones.

CAPITULO IV

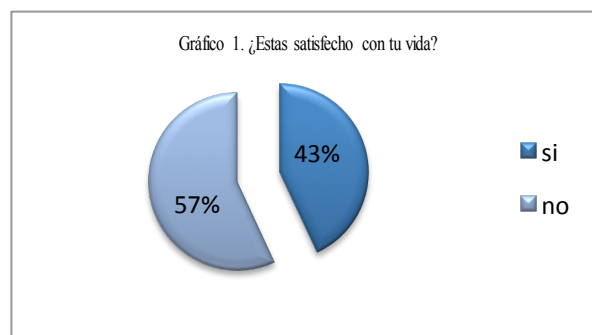
4.1. ANALISIS ESTADISTICO E INTREPRETACIÓN DE DATOS

Teniendo como referencia el Test de depresión de Beck, en el cual encontramos los siguientes síntomas:

1. Síntomas de minusvalía, anhedonia, sensación ansiógena, abulia y distraibilidad, característicos de depresión y más aún si hablamos de pacientes con IRC.
2. A continuación se presentan los resultados acerca de la evaluación de los trastornos afectivos en pacientes con IRC; que reciben tratamiento de hemodiálisis, sustentados en los siguientes gráficos:

Tabla 3: ¿Estas satisfecho con tu vida? Gráfico 1. ¿Estas satisfecho con tu vida?

	cantidad	%
Si	28	43,07
No	37	56,93
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

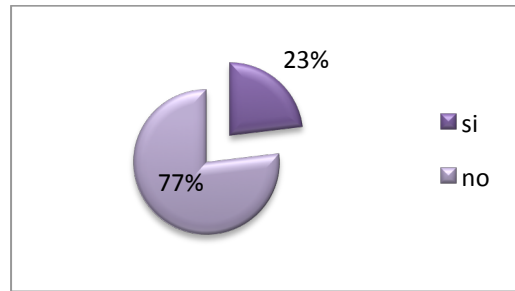
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Se puede evidenciar de los estados afectivos que el 43 % de los pacientes presenta síntomas de minusvalía, inducidos por la enfermedad médica que estos presentan y el conocer el pronóstico de su enfermedad.

Tabla 4 y grafico 2.: ¿Has renunciado a muchas actividades?

	cantidad	%
Si	15	23,00
No	50	77.00
Total	65	100.00



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

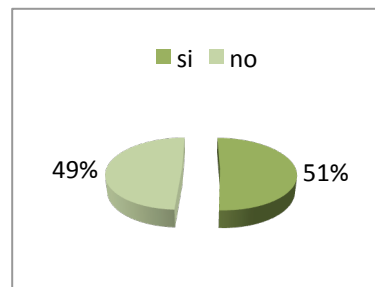
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Se puede evidenciar como el 23% de personas evaluadas si ha renunciado a muchas actividades desde que han conocido de su enfermedad y más aún, desde el momento en que han empezado el tratamiento con diálisis provocando en ellos un estado de anhedonia.

Tabla 5 y gráfico 3: ¿Sientes que tu vida esta vacía?

	cantidad	%
Si	33	51
No	32	49
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

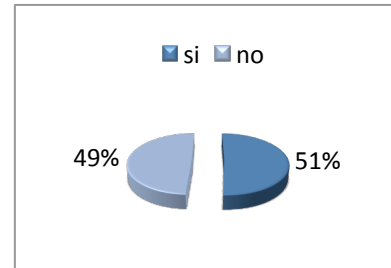
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

De 65 pacientes evaluados el 49 % siente que su vida esta vacía por las diferentes circunstancias que implican su entorno social y afectivo, desde el momento en que inicio tanto su enfermedad como tratamiento identificándose como sentimientos de soledad, minusvalía.

Tabla 6 y gráfico 4.: ¿Te encuentras a menudo aburrido?

	cantidad	%
Si	33	51
No	32	49
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Se puede observar como de 65 pacientes evaluados el 51% de ellos se encuentra con frecuencia aburrido debido a la rutina que implica su vida desde iniciado su tratamiento; rutina que implica tanto en el ambiente hospitalario como en el familiar, revelando sentimientos de anhedonia y abulia.

Tabla 7 y gráfico 5.: ¿Tienes a menudo buen ánimo?

	cantidad	%
Si	43	66
No	22	34
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Se puede observar que de 65 que constituye el 100%, sólo el 34% de los mismos presentan buen ánimo; revelando que el 66% no, presentan irritabilidad por el estrés que implica su enfermedad y por tiempo que demanda su tratamiento en diálisis.

Tabla 8 y gráfico 6: ¿Temes que algo malo te pase?

	cantidad	%
Si	65	100
No	0	0
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

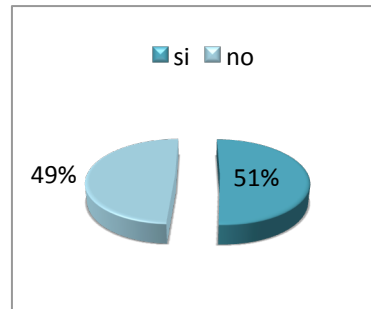
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Es evidente que todos los pacientes el 100% presentan temor de que algo malo les pueda pasar, revelando sensación ansiógena en relación a su futuro en todos los aspectos de su vida más aún en relación a su salud.

Tabla 9 y gráfico 7: ¿Te sientes feliz muchas veces?

	cantidad	%
Si	33	51
No	32	49
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

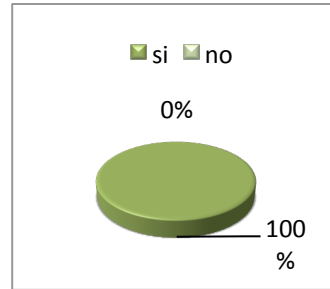
Se puede evidenciar que del total de pacientes, el 51% se siente feliz la mayoría del tiempo y el 49% no lo está la mayoría del tiempo siendo así apreciable que un buen porcentaje mantiene su buen ánimo considerando las circunstancias que conciernen a su enfermedad y entorno desde el periodo en que se encuentra en diálisis.

Tabla 10 y gráfico 8: ¿Te sientes a menudo abandonado?

	cantidad	%
Si	65	100
No	0	0
Total	65	100

Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez



Interpretación

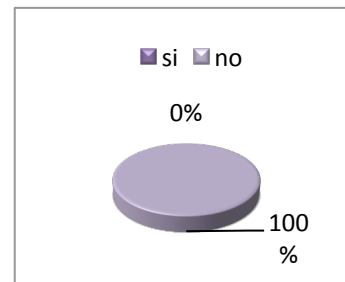
La gráfica correspondiente a esta pregunta reporta que el 100% de pacientes evaluados se sienten solos al enfrentar su enfermedad que se extiende tanto en tratamiento como en tiempo útil y los aíslan socialmente, provocando sentimientos de soledad.

Tabla 11 y gráfico 9.: ¿Prefiere quedarse en casa a salir?

	cantidad	%
Si	0	0
No	65	100
Total	65	100

Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

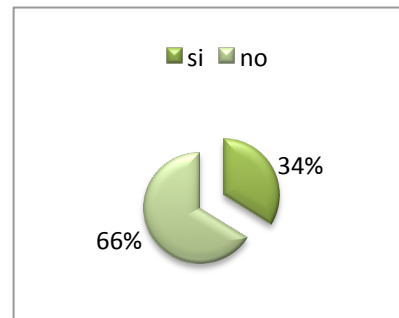


Interpretación

El 100% de pacientes evaluados prefiere salir a quedarse en casa, para evitar pensar en su enfermedad y en las consecuencias del tratamiento revelando un mecanismo de defensa, la negación frente a su problema.

Tabla 12 y gráfico 10.: ¿Tiene problemas de memoria muy seguido?

	cantidad	%
Si	22	34
No	43	66
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

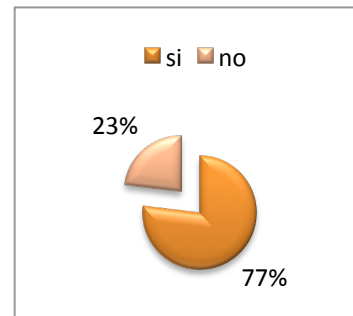
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

De 65 pacientes evaluados el 34% tiene problemas de memoria con frecuencia y el 66% no los tiene, pudiendo considerar esto como un mecanismo de defensa de solo una parte de los pacientes; siendo esto también causado por su patología de base, la IRC.

Tabla 13 y gráfico 11: ¿Piensa que es bonito vivir?

	cantidad	%
Si	50	77
No	15	23
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

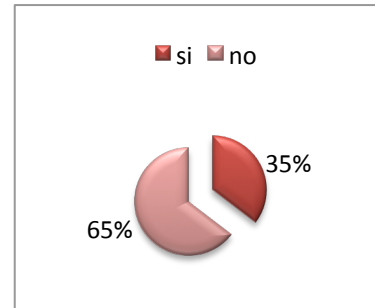
Interpretación

De 65 pacientes evaluados el 77% correspondiente a 50 pacientes piensa que es bonito vivir, a contraste de un 23% que no piensa que sea bonito vivir, lo cual constituye un porcentaje considerable frente a la realidad de su patología y a al pronóstico de la misma. Este porcentaje revela los síntomas de tristeza, abulia; los

mismos que revelan el porcentaje con tendencia al suicidio por no aceptación de su estado actual, representando además los casos de más difícil manejo por su estado depresivo persistente el 23%.

Tabla 14 y gráfico 12: ¿Te cuesta iniciar nuevos proyectos?

	cantidad	%
Si	23	35
No	42	65
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

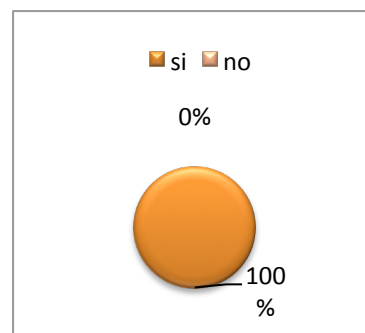
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

De 65 pacientes solo a 23 de ellos, que corresponde al 35% le cuesta iniciar nuevos proyectos revelando en ellos sentimientos de distraibilidad y ausencia de los mismos en un 65% de pacientes evaluados.

Tabla 15 y gráfico 13 ¿Se siente lleno de energía?

	Cantidad	%
Si	65	100
No	0	0
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

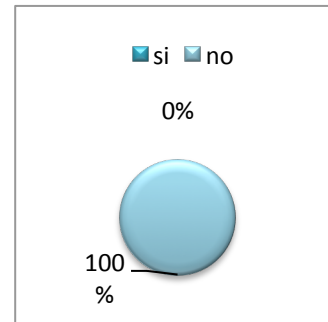
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

La totalidad de los pacientes evaluados, el 100% se sienten llenos de energía revelándonos esto sentimientos de anhedonia frente a su enfermedad y a su estado general en relación a la misma.

Tabla 16 y grafico 14: ¿Se siente desesperado?

	cantidad	%
Si	0	0
No	65	65
total	65	65



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO
“CENDIALCON” Latacunga.

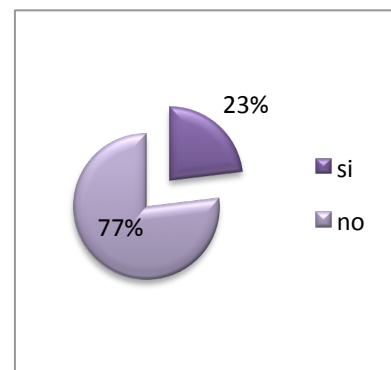
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

El 100% que representa a 65 pacientes, no se sienten desesperados ante su enfermedad IRC; sin embargo este no representa su sensación ansiógena, frente al pronóstico de la misma y al deterioro físico que provoca la misma durante el tratamiento de diálisis.

Tabla 17 y gráfico 15: ¿Cree que mucha gente esta mejor que Ud.?

	cantidad	%
Si	15	23
No	50	77
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO
“CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

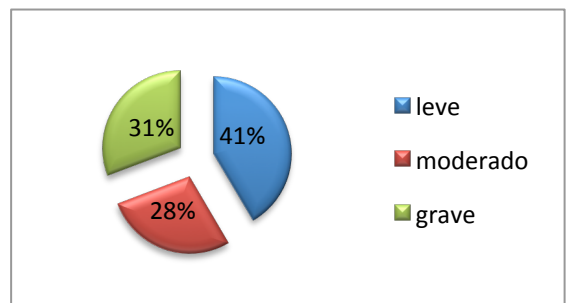
Se aprecia que el 23% de 65 pacientes piensan que hay mucha gente que se encuentra mejor que ellos y el 77% no cree eso; revelando en los primeros, sentimientos de distraibilidad y minusvalía.

Tabla 18 y Gráfico 16: NIVEL DE DEPRESIÓN

	Cantidad	%
Leve	27	41
Moderado	18	31
Grave	20	28
Total	65	100

Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez



Interpretación

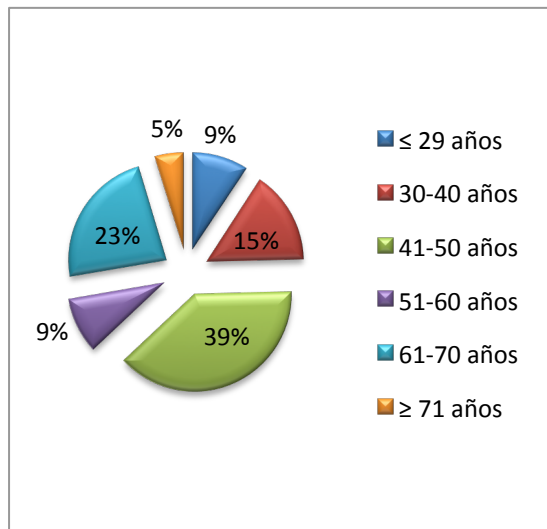
Se puede apreciar que de 65 pacientes, el 41% padece depresión leve, el 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave; siendo este último el de más difícil intervención y resolución por el nivel de depresión grave que presenta, siendo alta la tasa de pacientes en riesgo de intentos autolíticos dentro de este porcentaje por decepción frente a su patología de evolución crónica como lo es la IRC.

Tabla 19 y Gráfico 17. GRUPOS ETÁREO QUE RECIBEN DIÁLISIS

Edad	#	%
□ ≤ 29 años	6	9
30-40 años	10	15
41-50 años	25	39
51-60 años	6	9
61-70 años	15	23
□ ≥ 71 años	3	5
Total	65	100

Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

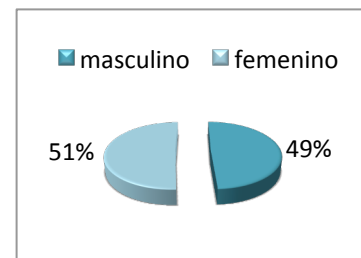


Interpretación

Del total de pacientes 65 que recibe diálisis, el grupo etáreo que en mayor porcentaje acude a tratamiento es el que se encuentra entre 40-50 años con un 39%, seguido por el grupo etareo entre 61-70 años con un 23% y 15% representado por el grupo etareo de personas entre 30-40 años siendo los que mayor población presentan. Siendo en menor número la población entre los 51-60 años y aquellas ≤ 29 años con un 9%; y un 5% de la población evaluada corresponde al grupo etareo correspondiente a \geq a 71 años que reciben diálisis.

Tabla 20 y Gráfico 18. CANTIDAD POR SEXO QUE RECIBEN DIALISIS

sexo	Cant.	%
masculino	32	49
femenino	33	51
total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

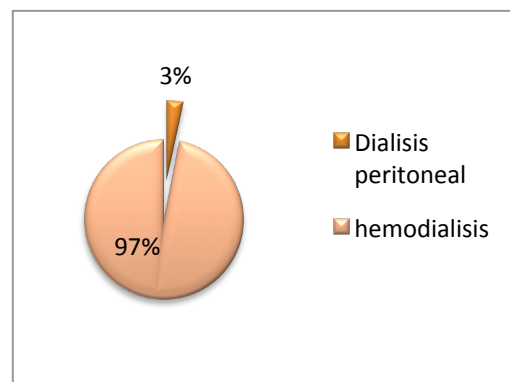
Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

De los 65 pacientes evaluados, el 51% corresponde al sexo femenino siendo en un 49% el sexo masculino los que reciben tratamiento en diálisis por presentar IRC.

Tabla 21 y Grafico 19. TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL CENTRO DE DIALISIS

Tratamiento	#	%
Diálisis peritoneal	2	3
Hemodiálisis	63	97
Total	65	100



Fuente: pacientes Clínica CONTIGO “CENDIALCON” Latacunga.

Autor: Tatiana Gutiérrez

Interpretación

Del total de pacientes se ha observado que el 97% de los mismos recibe tratamiento con hemodiálisis en relación a un 3% que recibe diálisis peritoneal dentro del centro de diálisis.

4.2. INTERPRETACION DE DATOS

En esta investigación se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional; en una población de 65 pacientes dializados, en la clínica CONTIGO “CENDIALCON” de la ciudad de Latacunga. Todos ellos han participado de forma voluntaria, y han dado su consentimiento informado.

De las 65 personas evaluadas; el 41% padece depresión leve, el 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave; siendo este último el de más difícil intervención y resolución por el nivel de depresión que presenta, constituyendo estos una alta tasa de pacientes con riesgo de intentos autolíticos por frustración e impotencia frente a la patología de larga evolución, como es la IRC. Más aún, por la repercusión psicológica en el paciente debido a la cronicidad del tratamiento con HD.

Constituyéndose en factor determinante para tomar en cuenta los síntomas de un diagnóstico de trastornos afectivos, enfatizando estos resultados en signos y síntomas del trastorno depresivo, inducido por una enfermedad médica.

En comparación con estudios realizados por Casssileth et al. (1984), Parkerson y Gutman, (1997), Royse y Toler (1988) y Toler (1988), han indicado que los enfermos renales tienen un nivel de depresión superior al de la población general, aunque inferior al de los pacientes psiquiátricos, resultado similar al de otros enfermos crónicos, y menor que el de los pacientes que acuden a Servicios Médicos de Atención Primaria.¹⁴

Además también como es apreciable en estudios de Páez, Jofré, M., Azpiroz y De Bortoli, (2009) en pacientes con insuficiencia renal observaron que las respuestas emocionales han constatado tasas superiores de prevalencia de ansiedad respecto a la

población general y porcentajes de prevalencia de depresión entre el 25% y el 50%. Estos datos evidencian el impacto de la diálisis en estas personas. De acuerdo a estos datos se observó que el 70% de los pacientes no presentaron depresión, sin embargo el 30% si presentaron depresión de mínima a severa, encontrándose un nivel mayor al de la población en general.¹⁵

En cuanto al predominio por sexo de la depresión en pacientes que presentan IRC, en la presente investigación la misma no tiene preferencias, en comparación a un estudio realizado por Medina-Mora et al. (1992), sobre trastornos de depresión, e ideación suicida e intento de suicidio encontraron que los síndromes depresivos y ansiosos fueron los más frecuentes en las mujeres, sin embargo, cuando se consideran solamente los casos severos, la diferencia por género se desvaneció.¹²

En la presente investigación se observó, que la mayor proporción de pacientes por grupo etareo se encuentra en los pacientes entre 41-50 años y entre 61 a 70 años con IRC que reciben HD; siendo por su edad, más propensos a presentar trastornos afectivos y con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión, así como reveló un estudio realizado (Páez, Jofré, M., Azpiroz y De Bortoli, 2009)¹⁵

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. ¹³ Haciendo comprensible que en esta investigación el 100% de pacientes teme que algo malo les llegue a pasar, siendo ya suficiente con lo que tienen que enfrentar padeciendo IRC o la causa base que los llevó a la misma.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos (Sensky, 1993). Por ello, para valorar el estado de salud de un paciente renal habrá que tener en cuenta cómo se siente, además de su funcionamiento orgánico. ¹⁴

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS

Por lo antes mencionado y de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación; comprobamos que: los pacientes sometidos a hemodiálisis por IRC presentan Trastornos Afectivos, presentando con mayor frecuencia trastorno depresivo en sus diferentes grados: leve, moderado y grave; enfatizando estos resultados en signos y síntomas del trastorno depresivo, inducido por una enfermedad médica.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Con esta investigación concluyo que el trastorno depresivo mayor (sea este en episodio único o recidivante) es el TRASTORNO AFECTIVO más frecuente en paciente con Insuficiencia Renal Crónica (o debido a enfermedad médica). Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica; a los cuales nos referiremos debido a su predominancia en la patología en estudio: IRC, y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Le sigue en importancia el Trastorno distímico, trastorno afectivo adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo); estos se presentan en menor frecuencia pero es un problema que amerita atención, en los pacientes con diálisis sin mencionar el hecho de que desarrollan dependencia emocional.
- Los resultados obtenidos evidencian, que la prevalencia de depresión está presente en una proporción elevada en nuestros pacientes, y que una proporción nada despreciable es grave, y lo más importante, que estas situaciones, pasan en general desapercibidas para el personal que les atiende. Pudiendo mejorar haciendo hincapié en la relación de empatía médico paciente o facilitador de salud, sin dejar pasar por alto el más mínimo detalle que el paciente brinde en las intervenciones durante las sesiones de tratamiento con diálisis.

- Los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficiente en cuenta, y no es detectada la manera de cómo esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales y más concretamente en su calidad de vida.
- Se concluye que los pacientes tratados con hemodiálisis desarrollan trastornos afectivos, siendo el más frecuente la depresión; de estos el 41% de los pacientes padece depresión leve, 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave

5.2. RECOMENDACIONES

- La promoción de la salud debe ser asumida como una responsabilidad de todos los sectores, ya que los gobiernos solos no pueden satisfacer las demandas sociales que determinan la salud. Un gran desafío hoy es el desarrollo de una sociedad más sana, fomentando el diseño de políticas públicas que promuevan la salud, la inversión en actividades de investigación y que se centren en la mejora de la calidad de vida de la población estimulando y fomentando la participación popular.
- Los organismos de salud deberían promover la salud mental y el vínculo social que está muy de moda en los países desarrollados de Europa, aplicando una prevención primaria para diagnosticar a tiempo la depresión, secundaria para curarla, terciaria para evitar nuevos casos de intento de suicidio y cuaternaria para romper con la estigmatización de los pacientes con depresión que han querido auto eliminarse y reintegrarlo a la sociedad productiva que es el fin mismo de la salud mental.
- Hoy en día, la tecnología y la preocupación en ofrecer un tratamiento eficaz, seguro y sin complicaciones, llevan tanto al enfermero como a los demás profesionales que prestan asistencia directa a la enfermedad renal crónica, a una atención poco específica de las particularidades de cada paciente.

- El psicólogo en la institución puede brindar apoyo, ya que lo que se ha observado es que sí es eficiente el tratamiento y hay respuesta positiva a la orientación que reciben antes, durante y después del proceso de ingreso al área de diálisis, así mismo a la psicoterapia individual ya que cuando se presentan estados depresivos, ansiedad, angustia. Cuando se solicita la familia apoyo psicológico y se logra la convivencia con los pacientes y su familia, facilita el manejo y afrontamiento de esta enfermedad y sus efectos.
- El trabajo multidisciplinario que se realiza con esta población es difícil dada la complejidad de la enfermedad y los efectos psicológicos que produce, sin embargo los pacientes con IRC son personas con un gran ejemplo de vida, ya que no es sencillo vivir años con esta enfermedad y mucho menos con este tipo de tratamientos.
- Este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados en la forma correcta. Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica.
- Los trastornos depresivos y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el médico no especialista y en los equipos de salud, ya que generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica. En una primera instancia; la depresión, puede ser tratada con éxito por médicos no especialistas, en conjunto con profesionales de salud debidamente capacitados e implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutivez de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. TEMA

Centro de atención psicológica y emocional para pacientes tratados con hemodiálisis y su familia en la fundación “CONTIGO” de Latacunga.

6.2. ANTECEDENTES

La depresión es el problema psicológico más frecuente en la población en diálisis crónica. El diagnóstico de depresión en los pacientes en diálisis crónica puede ser confuso ya que varios síntomas de uremia se asemejan a los componentes somáticos de la depresión.

La depresión es el problema psicológico más frecuente en los pacientes que realizan diálisis (Finkelstein 2000; Kimmel 1993; Levenson 1991). Los estudios han revelado que al menos un 25% de los pacientes en hemodiálisis y un 30% de aquellos en diálisis peritoneal están deprimidos (Juergenson 1996; Kimmel 1995; Kimmel 1996).

Afecta al bienestar físico, psicológico y social de los pacientes. Además, la presencia frecuente de problemas cardiovasculares y las consecuencias farmacocinéticas de la insuficiencia renal, pueden dificultar el tratamiento farmacológico de la depresión.

El diagnóstico de depresión en la población en diálisis presenta considerables dificultades.

El verdadero alcance de la depresión puede ser difícil de estimar, ya que la falta de entrenamiento psiquiátrico del personal en las unidades de enfermos renales puede llevar a una subestimación; pero, por otra parte, también se puede sobrestimar el diagnóstico de depresión en los pacientes en diálisis ya que diversos síntomas de uremia como la anorexia, la apatía, el retardo psicomotor o la agitación se asemejan a los componentes somáticos de la depresión (Kimmel 2002; Streltzer 1983).

El tratamiento de diálisis crónica requiere la asistencia regular a una unidad de diálisis o el mantenimiento constante del intercambio peritoneal. Este tratamiento invasivo puede ser difícil para los pacientes con trastornos psiquiátricos coexistentes.

La depresión en los pacientes en diálisis crónica tiene una repercusión importante para la planificación del sistema de asistencia sanitaria. El tratamiento de las complicaciones asociadas a la depresión en la población en diálisis implica costes en fármacos, hospitalización y, cuando es necesario, sesiones de diálisis adicionales. Además de los factores mencionados anteriormente, las tasas aumentadas de hospitalización ejercen una presión considerable sobre un recurso escaso: las camas de hospital.

La insuficiencia renal puede afectar la farmacocinética de los antidepresivos. El British National Formulary (Listado británico nacional de medicamentos) (BNF 2004) aconseja el uso cauteloso de la mayoría de los antidepresivos en pacientes con insuficiencia renal grave (tasa de filtración glomerular (TFG) < 10 mL/mi).

Las diferencias farmacocinéticas de la metabolización de fármacos en la insuficiencia renal y el tratamiento intensivo especializado que requieren los pacientes en diálisis crónica, indican la necesidad de evaluar la eficacia y factibilidad de los tratamientos físicos para la depresión en el ámbito de los enfermos renales.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta está pensada en el mejoramiento tanto de la salud mental como de la calidad de vida del paciente y de este modo mejorar su relación con el entorno tanto dentro como fuera del núcleo social: la familia.

Conocedores de la influencia psicológica de las enfermedades crónicas sobre el aspecto psicológico y más aun de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis; la injuria que implica el tratamiento y más aun sabiendo que su pronóstico depende mucho de la patología de base y no es muy prometedor.

Siendo así; en el mejor de los casos y recalcando su alto costo , la carga emocional y la tensión a la que se encuentran sometidos aquellos pacientes en lista de espera para obtener un tan anhelado y un poco utópico trasplante renal, en este caso el único tratamiento efectivo mas no paliativo como lo es la diálisis.

Brindando una asistencia social-psicológica-emocional tanto al paciente como a las personas que conviven con él (familia), mejorará en gran medida no solo la condición mental y la predisposición del mismo al tratamiento con hemodiálisis sino también su relaciones intra e interfamiliares junto con su desempeño en sociedad.

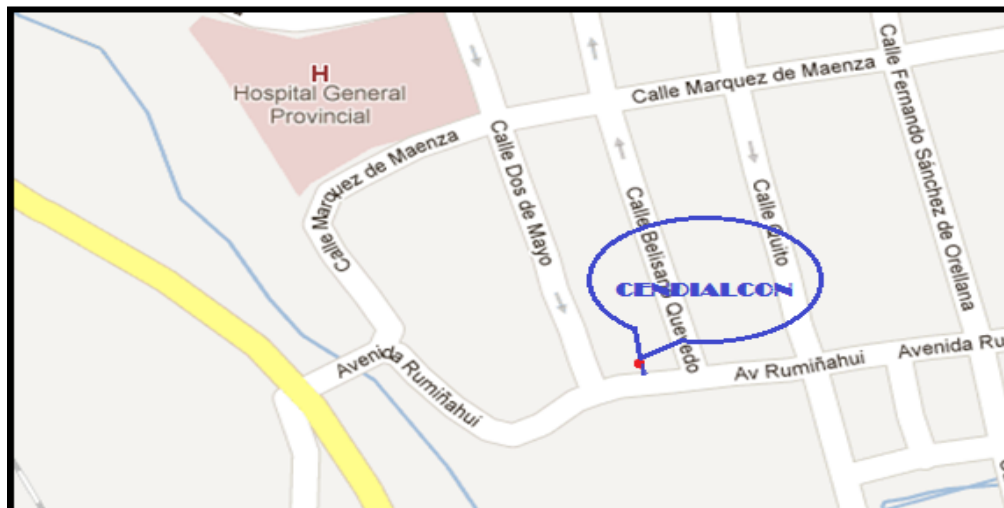
La factibilidad de esta propuesta es adecuada; porque podrá realizarse sin inconvenientes, debido a la disponibilidad de población y colaboración del personal del servicio de nefrología de la unidad renal de diálisis de la Clínica “CONTIGO” de la ciudad de Latacunga.

6.4. OBJETIVO GENERAL

Sociabilizar la apertura de un departamento de apoyo psicológico y emocional a familia de los pacientes que se encuentran en tratamiento con diálisis.

6.5. UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA

La propuesta se va a realizar en el sector de San Agustín, en el centro de diálisis renal “CONTIGO” CENDIALCON, ubicada en la provincia del COTOPAXI , ciudad de Latacunga, limitada por el Norte con la calle Belisario Quevedo, al Sur la con la clínica de especialidades medicas de la Dra. Urbano y calle 2 de Mayo, hacia el Este la Calle Rumiñahui y los molinos “Poultier”, y al Oeste por la Calle Hermanas Páez.



6.6. SOPORTE TEÓRICO DE LA PROPUESTA

El termino insuficiencia renal crónica (IRC) se refiere a la disminución irreversible de la tasa de filtración glomerular del riñón, usualmente por un plazo mayor a tres meses. Este deterioro renal conduce a una retención progresiva de sustancias tóxicas, que en la fase avanzada de la enfermedad caracteriza el cuadro clínico conocido como uremia o “síndrome urémico”.

ENCEFALOPATÍA URÉMICA

El fallo renal se asocia con alteraciones de memoria, orientación y conciencia. Otros síntomas asociados son inquietud, sensación de hormigueo en extremidades, espasmos musculares e hipo persistente. En jóvenes con episodios breves de uremia, los síntomas neuropsiquiátricos tienden a ser reversibles; en gente anciana con largos períodos de uremia, los síntomas neuropsiquiátricos pueden ser irreversibles.

TRASTORNOS INMUNES

Los trastornos inmunes constituyen desafíos terapéuticos y diagnósticos para los clínicos de la salud mental.. Entre el 5 y el 50% de los pacientes que presentan alteraciones del sistema inmune tienen síntomas mentales en la presentación inicial y aproximadamente el 50% de los pacientes terminan mostrando manifestaciones

neuropsiquiátricas. Los síntomas principales son depresión insomnio, labilidad emocional, nerviosismo y confusión. El tratamiento con corticoides induce otras complicaciones psiquiátricas como manía y psicosis.

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS

Tanto la respuesta humoral como la celular se encuentran afectadas en pacientes con insuficiencia renal crónica. La respuesta de los anticuerpos a ciertos antígenos es anormal, lo mismo que la respuesta leucocitaria. A veces se presenta linfopenia, atrofia de los órganos linfoides y disminución de las células B circulantes, lo que predispone a infecciones. El conteo de neutrófilos es normal. La fracción C3 del complemento está disminuida y la respuesta cutánea a alérgenos está retrasada, con disminución en la quimiotaxis. En respuesta a la infección, los pacientes urémicos generan menor respuesta febril.

DEPRESION

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica.

Muy frecuente en los pacientes que presentan enfermedades de larga evolución, terminales y en aquellas conocidas como no catastróficas, pero que provocan alteraciones del estado de ánimo por enfermedad médica.

ENFERMEDAD CRÓNICA Y APOYO SOCIAL

Existe un gran número de definiciones de apoyo social, algunas de las cuales se basan en apoyo específicos del apoyo (ayuda material, intercambio de información, satisfacción de necesidades sociales básicas, etc.); otros lo definen simplemente de forma descriptiva o , incluso, las hay que introducen los aspectos emocionales.

En cualquier caso, la mayoría de conceptualizaciones del apoyo social pueden agruparse bajo dos dimensiones primarias: 1) cuantitativa versus cualitativa, y 2) apoyo instrumental versus apoyo expresivo. Habitualmente, el apoyo social tiene connotaciones positivas, pero, sin embargo, supone implicaciones de otras personas, lo que en otras ocasiones, tendrá efectos negativos (p. ej; un determinado tipo de apoyo social durante la rehabilitación puede crear dependencia y dificultad de la recuperación).

Por otra parte, las distintas investigaciones realizadas han demostrado una relación entre apoyo social y recuperación de la enfermedad, si bien los diseños utilizados no pueden demostrar una relación de causalidad. Aún así, se ha observado que:

1. Los postinfartados con mejor recuperación tenían esposas que habían recibido ayuda de más fuentes de apoyo durante el periodo de recuperación.
2. Las buenas relaciones sociales están asociadas con la supervivencia más larga de lo esperado sobre la base del pronóstico en pacientes oncológicos terminales.
3. La disponibilidad percibida del apoyo social está negativamente relacionada con el nivel de depresión.

Si bien hay que señalar que cuando el apoyo social convierte en “sobrepotección” parece tener efectos negativos.

EL PACIENTE

Si bien la dimensión temporal nos permite catalogar como crónico un amplio abanico de trastornos, va a ser el grado de incapacitación la dimensión que determine la

aparición de problemas comportamentales, fundamentalmente emocionales y por tanto la oportunidad de la intervención psicológica. Tal como señalan Kelly y Field (1996), la estrecha conexión de entre los aspectos del “yo” y de la propia identidad.

Por eso en los casos de enfermedad crónica estos aspectos pueden ser profundamente afectados.

Igualmente las enfermedades crónicas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales, así como de los estilos de vida de quienes las padecen. Sin embargo, pese a que los hábitos de vida son comportamientos voluntarios y que dichos hábitos constituyen el factor de mayor peso en la salud/enfermedad, la mayoría de las personas siguen percibiendo la salud y la enfermedad como aspectos de su vida sobre los cuales no tienen ningún control. Pelechano, Sosa y Capafons señalan que no existen diferencias significativas en el “locus de control” interno entre personas con enfermedades crónicas y población normal. Igualmente, dichos autores señalan como los enfermos crónicos tienden a culpar a los demás de los fracasos sociales sufridos con mayor frecuencia que el resto de la población.

Asimismo, en los enfermos crónicos, tal como indica Rodríguez Marín se produce una quiebra importante en una de las variables que se consideran un componente esencial de la calidad de vida: el estado de salud. Numerosos autores incluyen la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y la ejecución de actividades como componente de la calidad de vida de los enfermos, pero pocos son los que incluyen el funcionamiento social y el apoyo social en su definiciones de calidad de vida, aunque los resultados de algunos de sus estudios indican que la calidad del apoyo social puede ser un buen indicador de calidad de vida de los mismos (Campell y Shaw).

Las enfermedades crónicas, con frecuencia, no sólo producen alteraciones físicas sino también sociales y psicológicas (Moos). Esta cuestión cobra relevancia si atendemos al hecho de que tradicionalmente, los cuidados del enfermo han tendido a limitarse a

los aspectos físicos de su enfermedad, considerando a los aspectos emocionales y psicológicos de la enfermedad como un mal menor (Taylor, Abrams, Hewstone), y por tanto, no prioritario; abandonándose a la suerte de la buena disposición del personal de salud, que no siempre se encuentra capacitado personal y profesionalmente para atender estas necesidades.

La enfermedad crónica requiere una importante tarea de adaptación.

En términos de enfermedad, el enfermo debe:

1. Afrontar el dolor y la incapacitación
2. Afrontar, si es el caso, el ambiente hospitalario, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Desarrollar relaciones adecuadas con el equipo sanitario.
4. Aprender estrategias para afrontar los tratamientos médicos, que se suelen prolongar durante mucho tiempo, incluso de por vida.

Asimismo, la enfermedad crónica requiere tareas como:

1. Preservar el equilibrio emocional.
2. Presentar una autoimagen satisfactoria.
3. Conservar las relaciones con la familia, amigos y demás contextos de relación social.
4. Prepararse para un futuro incierto.
5. Reincorporarse, en lo posible, a la actividad cotidiana: escuela trabajo, etc.

La realización de estas tareas dependerá, al menos en parte, de la fase en que se encuentre la enfermedad y del modo en que la persona reciba su enfermedad – como una amenaza, como un reto, etc. – (Lazarus y Folkman).

Cualquier enfermedad puede producir estrés en cuanto implica una interrupción repentina de las funciones habituales. Puede que el enfermo tenga que afrontar una hospitalización y separación prolongada de sus familiares y amigos, así como dolor e

impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, un futuro inseguro e imprevisible, incluyendo la posibilidad de muerte.

DE cualquier manera; el carácter estresante de la enfermedad depende de varios factores, entre los que destacan:

1. Su forma de aparición: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insípida.
2. Su intensidad y gravedad.
3. Etapas propias de la enfermedad en cuestión.
4. Duración de la misma.

Sin embargo, como señala Nichols, el estrés psicológico asociado a la enfermedad es difícilmente evaluable, pues el enfermo tiende a negarlo aunque parece estar presente, en mayor o menor medida en la gran mayoría de los enfermos. Con frecuencia el estrés asociado a la enfermedad se manifiesta en: ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira y otros estados emocionales negativos.

Determinadas enfermedades pueden producir con mayor probabilidad que otras, reacciones emocionales y problemas psicológicos.

Neary, indica que la reacción más común al fallo renal es la depresión y que un tercio de los casos de enfermedades crónicas produce ansiedad e irritabilidad.

No hay que olvidar que la misma situación de enfermedad hace problemática la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos o psicológicos de ajuste a la situación así como de la emisión de la respuesta de afrontamiento correspondiente. Los enfermos son un a población especialmente vulnerable ante estresores que en otras poblaciones producen pocos efectos negativos.

Igualmente la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece sino que tiene efectos estresantes en mayor o menor grado en los familiares del enfermo. La

dinámica de las relaciones intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad de uno de los miembros de la familia, produciéndose cambios en las relaciones familiares habituales. Estos factores constituyen por si mismos una fuente de estrés que se suma a la situación del enfermo.

Cuando la enfermedad es crónica, las características estresantes se incrementan, así como su impacto de perturbación social. Las enfermedades largas incluso conducen a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o por la resistencia de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo. Sin olvidar que las relaciones afectivas y sexuales pueden verse seriamente afectadas en el caso de la pareja, y que los roles paternofiliares pueden sufrir alteraciones de importancia.

La calidad de vida del enfermo crónico depende, en gran medida, de su nivel de adaptación a la enfermedad, tratamiento y a los efectos de uno y de otro. Además de una adaptación psicológica se refiere a la capacidad de la persona para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social (Rodríguez Marín). Si bien este último se reduce durante la hospitalización y durante las sucesivas crisis que pueden ir apareciendo en el curso de enfermedades crónicas.

Por supuesto que las enfermedades que requieren mayores ajustes físicos causan más problemas que las enfermedades que implican pocas restricciones en el funcionamiento físico.

Por otra parte el entorno puede contribuir al incremento del estrés o servir como fuente de ayuda o confort. Algunos autores enfatizan que la persona hospitalizada debe pedir todo lo que necesita o desea, unas veces con éxito y otras sin él, lo cual devalúa su autoconcepto y aumenta su nivel de dependencia. La hospitalización conlleva un obligado cambio de hábitos comportamentales, de manera que la persona hospitalizada pierde su contexto habitual, y al mismo tiempo, la separación de su medio familiar, social y laboral implica una pérdida de apoyo social; tanto en cantidad como en calidad de contactos personales, comportamientos y de refuerzos.

Con lo cual las probabilidades de incrementar las conductas de dependencia y de estado de ánimo deprimido son muy altas. Cabe precisar que la enfermedad crónica como la hospitalización pueden ser especialmente problemáticas en aquellos casos en los que los enfermos son niños.

Estos problemas suelen agravarse en aquellas familias en las que no existen estilos de comunicación y de resolución de conflictos adecuados. En este sentido, se ha encontrado que la expresión de emociones, así como los contactos y el apoyo social están significativamente relacionados con los enfermos crónicos.

Se ha comprobado que el estado de ánimo y la actitud frente a la vida, la enfermedad o la muerte inciden significativamente en la salud de las personas, calidad de vida y en la evolución de algunos procesos mórbidos.

Cuestiones que pueden depender, en parte del modo en que se perciba la hospitalización, que en términos generales, tal como indica Rodríguez Marín, aparece como:

1. Estresor cultural: la persona debe aceptar nuevas normas, valores, etc., del campo hospitalario que con frecuencia difieren bastante de su vida cotidiana.
2. Estresor social: El papel del paciente hospitalizado elementos que presionan fuertemente sobre su identidad psicosocial de la persona, las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una fuente de estrés por si misma.
3. Estresor psicológico: puede introducir desde fenómenos de disonancia entre dos fenómenos cognitivos a situaciones de dependencia extrema.
4. Estresor físico: debido a que la mayoría de las percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, etc.) y el propio entorno físico del mismo pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes.

LA FAMILIA DEL PACIENTE

Cuando se diagnostica una enfermedad, el problema no solo afecta al enfermo sino también, y en distinto grado, a todos los miembros de su familia. Las respuestas por parte de la familia, así como el tipo de problemas que puedan padecer; dependerán, en gran parte, de la severidad de la enfermedad en términos de ruptura con su estilo de vida, así como de la eficacia de las técnicas de afrontamiento a la nueva situación que posea.

Igualmente hay que señalar que la familia puede constituir un estresor adicional para el enfermo.

En cuanto a los factores relacionados con la enfermedad, el pronóstico y las limitaciones que pueda implicar en el desarrollo de las actividades físicas y emocionales determinan parcialmente el grado en el que se afecta la vida de la familia.

Asimismo, el tratamiento puede tener efectos inmediatos y a largo plazo en la familia en términos de malestar, que produce complejidad y dificultad implicadas en su administración, su frecuencia y sus efectos secundarios. Estos aspectos resultan de especial importancia si tenemos en cuenta que el papel desempeñado por la familia permite que el paciente responda a su enfermedad en términos de indefensión o la afronte de forma activa, influyendo también sobre su autoimagen y autoestima.

El modo en que responde la familia del paciente es altamente variable Hansen y Hill, (1964). Cuando una familia tiene dificultades para aceptar la realidad de la enfermedad e intenta afrontarla negando sus serias implicaciones, el paciente presenta más probabilidades de experimentar un incremento de ansiedad; mientras que las familias que están junto al paciente favoreciendo el hablar abiertamente acerca de sus miedos y preocupaciones facilitan la adaptación a la nueva situación.

En este sentido se ha encontrado que las familias que poseen las habilidades necesarias para comunicarse, y que son cohesivas pero flexibles en sus roles, son capaces de usar sus recursos, tomar decisiones orientadas a abordar el problema, identificar los estresores, aceptarlos y afrontarlos adecuadamente. Por el contrario, las familias con problemas internos suprimen la comunicación, adoptan una posición individualista orientada a culpar a los otros, ejercen su rol rígidamente, se muestran poco afectados, hacen poco uso de sus recursos, presentan dificultades para entender el estrés que están experimentando, y posiblemente, utilicen la negación para afrontarlo.

De cualquier modo, cuando se comunica el diagnóstico de una enfermedad de un miembro de la familia, la familia se encuentra con una variedad de respuestas psicológicas resultantes que incluyen separación y pérdida, expresión emocional, reajuste de valores y alteración del sistema familiar.

De tal forma la familia aparece como un paciente “adicional” o secundario puesto que debe adaptarse al estrés producido por la enfermedad de uno de sus miembros. En este sentido Minuchin (1974) y Minuchin y Fishman (1981) caracterizaron la adaptación de la familia a la nueva situación en tres fases:

1. Fase aguda: Al conocer el diagnóstico, todos los miembros reaccionan incrementando las respuestas de ansiedad. Algunos familiares pueden presentar más ansiedad que el mismo paciente. Pero, a la vez, también es un momento de movilización. La disponibilidad de la información exacta en este momento es crítica para ayudar a la familia a pasar de una respuesta afectiva a una respuesta efectiva. En ocasiones, con el objeto de proteger al paciente, en muchas familias disminuye la comunicación y se crea una “conspiración de silencio”. “Conspiración” que suele tener efectos negativos en las relaciones familiares y en el bienestar de la persona. Los mecanismos del periodo “agudo” no solo el tratamiento inicial, sino que también contempla las recidivas, así como las complicaciones inesperadas.

2. Fase crónica: momento en que los miembros de la familia pueden manifestar problemas tales como ira, ansiedad y/o depresión. “La familia se siente sola en el momento que mas lo necesita” y, con frecuencia, intenta distraerse de sus propios problemas orientando su conducta hacia el enfermo.

3. Resolución: aquellos casos en los que el desenlace es la muerte, este afectara de distinto modo a cada uno de los miembros de la familia en función de sus características personales y recurso , e igualmente, su impacto será distinto en función de la disrupción que cause esta perdida en el funcionamiento de la familia.

Las repercusiones que todo ello puede tener confieren gran importancia a la necesidad de evaluar el funcionamiento psicosocial de la familia, puesto que la pronta identificación de problemas y la atención apropiada a los mismos pueden marcar la diferencia entre una buena y mala adaptación a la nueva situación.

En cuanto a la atención que se puede dar a las familias con el objeto de facilitar una buena adaptación destaca la comunicación, la cual constituye un elemento básico para reducir la ansiedad. Sin embargo, la comunicación con la familia, con frecuencia, exige al personal sanitario tener que repetir muchas veces la misma información. En este sentido, hay que señalar que son los médicos quienes informan acerca del diagnostico, tratamiento, etc. No obstante, dado que se tiende a entender y procesar solo una pequeña parte de la información recibida, es importante que otros miembros del equipo pregunten y determinen si la información ha sido bien entendida, lo cual repercute positivamente en la satisfacción de la atención sanitaria, así como la reducción de la ansiedad.

Así mismo en aquellos hospitales que cuentan con equipo de salud mental, es importante que exista una estrecha comunicación entre estos y el personal sanitario en general, puesto que podrá proporcionar información sobre la adaptación de la familia a la nueva situación, así como sobre las características de la misma que pueden estar interfiriendo en el tratamiento y lo mas importante, pueden indicar tanto a los médicos como a las enfermeras las vías mediante las cuales pueden acceder a la

familia y sobre la calidad de información que esta puede tolerar. Es decir, el estrés de la familia puede reducirse considerablemente con un equipo multidisciplinario cohesivo, bien organizado y cooperativo, y que entre sus miembros con especialistas en ciencias de la conducta.

De cualquier modo, debido a determinadas carencias, en ocasiones es aconsejable recurrir a especialistas para disminuir el estrés, aprender a resolver problemas, tomar decisiones o para modificar los patrones inadecuados del sistema familiar.

LA PAREJA

En el caso de los enfermos adultos crónicos, la mayoría suelen vivir en pareja. De manera que el foco fundamental de la vida afectiva (exceptuando a los hijos) y la mayor fuente de refuerzos emocionales provienen de la pareja.

Biskup y Bandelow (1996) han elaborado un cuestionario para evaluar la percepción de la pareja durante el padecimiento de la enfermedad de enfermedades crónicas. Dichos autores señalan la existencia de cuatro factores bipolares en dicha percepción: dependencia-independencia (autonomía); optimismo versus pesimismo (se refiere a la resignación versus la esperanza en relación a los condicionantes físicos/orgánicos); anticipación y expectativas positivas versus negativas, en relación a la repercusión social y, por ultimo motivación dirigida a uno mismo o a la pareja versus motivación de logro respecto a uno mismo o a la pareja.

De este modo, resulta de capital importancia el tipo de reacción y de ajuste que se vaya realizando a lo largo del decurso/transcurso de la enfermedad.

Son de sobra conocidos los trabajos que relacionan la inhibición de las relaciones sexuales en los enfermos con trastornos crónicos (caso de los hombres). La mayoría de los autores relacionan la inhibición sexual con el miedo de padecer una crisis cardiaca, durante la actividad amorosa. En el caso de las mujeres, se relaciona con una pérdida del atractivo sexual que va a influir en la percepción del autoimagen

corporal y de la autoestima, dando lugar a una inhibición en la aproximación sexual al menos en el primer año de adaptación a la enfermedad. En muchos casos se ha comprobado que, aunque la actividad sexual se reanude, la mayoría de estas mujeres eluden que sus compañeros las acaricien.

PROGRAMA SEMIESTRUCTURADO DE APOYO A FAMILIARES Y PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

El programa dota a los familiares de estrategias que no solo les servirán para sobrellevar de una forma mas positiva la enfermedad del paciente, sino que también les ayudara a afrontar de mejor manera sus problemas cotidianos, emocionales, etc.

Este programa ofrece asistencia y tratamiento integral y personalizado para lograr:

EN EL PACIENTE

Se trataría seis puntos clave que son los que van a determinar el cambio de actitud en los pacientes:

- 1) Información sobre su enfermedad; cómo se produce, cuáles son los factores de riesgos, evolución, alternativas de tratamiento, recibiendo toda la información que necesite y junto con el equipo de salud mental, participar de todas las decisiones que se tomen.
- 2) Adecuar el tipo de tratamiento a cada paciente; las peculiaridades de cada paciente deben de tenerse en cuenta a la hora de tomar la decisión; qué tratamiento es más idóneo para cada persona, y no decidir en función a otros parámetros que no sean los propios a cada paciente.
- 3) Orientación sobre dietas (menús preparados).

Les facilitaremos menús preparados y tablas con la composición de alimentos para una mayor diversidad en su dieta.

4) Apoyo psicosocial y moral periódico.

Integración

Orientar familia

Estimular trabajo

Vigilar, economía (ayuda social)

5) Interacción paciente-enfermero.

En el vínculo enfermera-paciente debe existir especial énfasis en el respeto a la dignidad del ser humano; concebir al paciente como un ser holístico, y prestar así una atención integral y de calidad. Es indispensable emplear estrategias educativas adecuadas para promover el fomento de la salud y la calidad de vida, y hacer también que los profesionales asuman un compromiso con las demandas de la sociedad.

6) Favorecer la aceptación de la enfermedad.

El equipo de salud mental debe contar con el paciente; ofrecer una explicación clara y fácil, que ha de ser una de nuestras mejores armas para integrar al paciente en su nueva situación. Una vez superada la depresión, el enfermo irá encontrando salidas y soluciones a su problemática personal llegando con ello a una estabilidad y a la aceptación de la enfermedad.

EN LA FAMILIA

- a) Prevenir que el paciente con una enfermedad crónica presente una larga serie de déficits en las áreas social, ocupacional, económica, de autocuidado y de ocio, de forma que consiga una socialización y adaptación de la forma más normal posible.
- b) Ofrecer apoyo psicológico a los familiares y personas allegadas, a fin de fomentar el aprendizaje de las habilidades necesarias para saber convivir con la enfermedad, de forma que exista un clima familiar positivo.

- c) Incidir en la propia enfermedad, incrementando los periodos libres de síntomas y disminuyendo la agudeza y frecuencia de las recaídas.
- d) Reducir la probable aparición de problemas emocionales asociados a la enfermedad, tanto por parte del paciente como de los familiares.

Dado que tanto la familia como los miembros de cada núcleo familiar tienen problemáticas diferentes, el tratamiento debe ser individualizado. Por otra parte, los programas deben ser específicos para los diferentes tipos de enfermedades crónicas, y estar en función de la edad de aparición, sintomatología y los problemas asociados, y de la evolución propia de cada enfermedad. A continuación aparecen las diferentes fases del programa, así como los objetivos para cada uno de ellos:

1. Fase de evaluación inicial, para conocer las condiciones psicosociales del paciente y su familia.
2. Fase de información: En esta fase se informa al paciente y familiares el origen, síntomas, curso y tratamiento de la enfermedad que padece el paciente.
3. Fase de entrenamiento de estrategias de afrontamiento en función de los distintos problemas planteados (relajación, autoinstrucciones, etc.).
4. Fase de manejo de contingencias: En esta fase se trata de controlar las posibles variables que pueden incidir en el bienestar del paciente y también incrementar las conductas de preventivas y de adhesión al tratamiento.
5. Fase de entrenamiento en habilidades de comunicación.
6. Fase de entrenamiento en resolución de problemas.
7. Fase de reevaluación: En este paso se evalúa el cambio terapéutico producido por la intervención.
8. Fase de seguimiento: Tras la finalización del programa se comprueba el mantenimiento de los logros terapéuticos y, en su defecto, se subsanan los fallos. Para ello, en futuras elaboraciones se prevé la posibilidad de introducir sesiones recordatorias y/o de refuerzo/s específico/s para cada caso.

La generalización de estos programas, pueden contribuir a decremento de emociones y conductas negativas y a incrementar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Como hemos visto los problemas de ajuste emocional, personal y social a la enfermedad crónica son múltiples y complejos. Dicho ajuste va a depender de las distintas variables relacionadas con la propia enfermedad, con el momento vital de la persona que la padece y de las redes de apoyo social del enfermo (familia, amigos, compañeros y personal sanitario).

Todo ello nos permite señalar la importancia que tiene el apoyo psicológico para la adaptación del enfermo crónico. Sin embargo, hemos de insistir en el hecho de que dicho ajuste es un proceso que, en la mayoría de casos continua durante el resto de la vida del enfermo y por tanto de su familia.

6.7. CRONOGRAMA

Actividades	Tiempo en meses					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1. Registro de profesionales		■				
2. Registro de pacientes y familias			■	■		
3. Busca de patrocinios y ONG's	■	■	■			
4. Elaboración de plan de trabajo			■	■		
5. Ejecución de plan de trabajo				■	■	
6. Intervención familiar (terapia familiar)					■	■
7. Evaluación de semestre de actividades						■

6.8. ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS

6.8.1. RECURSOS HUMANOS

Para el desarrollo de esta propuesta se contará con el apoyo de un equipo de salud mental el cual contará con: 1 médico, 3 psicólogos y 1 secretaria. Los mismos que cumplirán sus diferentes funciones con grupos equitativos de personas, como lo expresa el siguiente organigrama funcional:

Gráfico. organigrama funcional de propuesta.



Se tratará de trabajar con el paciente y su familia. Para ello, se podrían hacer grupos de trabajo donde intervenga, por una parte, los pacientes con el personal de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis y por otra parte, los familiares con dicho personal en reuniones cortas durante los tiempos de espera de las sesiones de diálisis.

6.8.2. RECURSOS ECONÓMICOS

De acuerdo al esquema del centro de atención psicológica y emocional para pacientes

tratados con hemodiálisis y su familia en la fundación “CONTIGO” de Latacunga., en cuanto se refiere a los egresos a realizarse, se han considerado que los mismos, serán cubiertos por el investigador y por los pacientes, quienes cubrirán los costos indicados proporcionalmente por familia aproximadamente USD 27.70.

El valor indicado anteriormente de USD. 27.70 que cubrirá cada familia es el resultado de los USD. 1.800 dividido para 65 familias total del universo. Para mayor explicación insertamos un cuadro explicativo.

CUADRO 2.GASTOS A OPERARSE EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y EN LA PROPUESTA A PRESENTARSE		
ACTIVIDADES	COSTOS	RESPONSABLES
DIAGNOSTICO	\$ 51,00	
Entrevistas a los directivos	\$ 2,00	Investigador
Diálogos con pacientes y sus familias	\$ 2,00	Investigador
Encuestas a familiares	\$ 25,00	Investigador
Consultas a peritos	\$ 22,00	Investigador
SOCIALIZACION	\$ 47.60	
Tríptico de difusión y convocar a reunión	\$ 20,00	Investigador
Inscripción al programa	\$ 27.60	Familia de pacientes del Centro de diálisis.
PLANIFICACION	\$ 360,00	
Análisis de la situación diagnóstica	\$ 15,00	investigador
Diseño del Organigrama Estructural y Funcional	\$ 50,00	investigador
Lineamientos Básicos de organización interna	\$ 5,00	investigador

Diseñar un folleto informativo	\$ 250,00	investigador
Reunión de difusión del folleto	\$ 20,00	investigador
Costos y Presupuesto de familia por paciente del Centro de atención psicológica y emocional	\$ 1.800	Familia por Pacientes que integra el programa
Costo Investigador	\$ 431,00	
Costo por familia de pacientes del Centro de atención psicológica y emocional.	\$ 1.369,00	
Costo Total	\$ 1.800,00	

6.9. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Por las características propias de este nuevo tipo de organización propuesto, el monitoreo y la evaluación (M&E), romperá un poco los esquemas tradicionales existentes dentro de la parte formal de evaluación, para lo cual, planteamos la siguiente propuesta:

1. • Mediante la utilización de una encuesta estructurada se consultará a los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de diálisis de la Clínica renal CONTIGO sobre el funcionamiento del centro de apoyo psicológico a familiares de dichos pacientes, donde podremos ir conociendo en forma periódica realmente los logros, las dificultades, las observaciones y sugerencias de parte de quienes son actores directos de la organización.

Estas encuestas serán aplicadas seis meses después de la ejecución del plan y posteriormente cuando las circunstancias lo ameriten, siempre pensando más que en evaluación propiamente en un seguimiento y orientación a fin de que este tipo de propuesta alcance el objetivo planteado por el investigador, que es dotar de un Centro de atención psicológica y emocional para pacientes tratados con hemodiálisis y su

familia en la fundación “CONTIGO” de Latacunga, para que los mismos sobrelleven de la mejor manera y experimenten el sentimiento de grupo o “cuerpo” frente a la enfermedad que ataca de manera importante la vida de uno de sus integrantes.

2. • También creemos conveniente la aplicación de sondeos a través de entrevistas en forma periódica a los integrantes de cada familia, con el propósito de conocer los diferentes criterios y formas de pensar acerca del funcionamiento de centro de atención psicológica y emocional para los pacientes tratados con hemodiálisis y sus familia.

3. • Tanto las encuestas como las entrevistas serán tabuladas y codificadas para la toma de decisiones oportunas para el mejoramiento del plan.

4. • Por último se tomarán decisiones, para cambiar, perfeccionar o rectificar elementos del plan.

MATERIALES DE REFERENCIA

1. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30
2. Beck, A.T., (2006) BDI-III, Inventario de Depresión de Beck: manual. Buenos Aires: Paídos.
3. BECK, J. (1995). *C Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
4. Rodríguez Campuzano, M.L. & Frías Martínez, L.; (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*. Vol. 15,2,169-185.
5. PARANINFO DIGITAL; MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.ISSN:1988-3439-AÑO-V-N.14-2011; <http://www.index.com/para/n 14/033d.php>
6. TEODORE MILLON, *Fisiopsicopatología y personalidad*, Mac Graw Hill.
7. FAVA M. CASSANO P. Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008:chap 29.
8. GREEN BOOK, *Medicina Interna*, 2010.
9. DUARTE SP, Miayzaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras [on line] (São Paulo)*.2003;49(4):375-81.Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf>. Acceso en 08 de abril de 2007.
10. ENRIQUE G. Fernández-Abascal Francesc Palmero; *EMOCIONES Y SALUD*; Ariel psicología, Barcelona 2008.

11. Madeira EQP, Lopes GS, Santos SFF. A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar. Medonline [online] 1998; 1 (2). Disponível em: http://www.medonline.com.br/med_ed/med2/epidemio.htm. Acesso em: 27 de maio de 2008.
12. Bastos Jr, Marco AV, Oliveira MMS, Castro SH de, Cunha EF, Moraes ERS, et al . Fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus pós-transplante renal. Arq Bras Endocrin Metab [online] 2005; 49 (2): 271-77. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200014&lng. Acesso e 16 de agosto de 2008.
13. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal; Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em diálise renal. *Cunha Franco, L., *Teles Zatta,L., **Vasconcelos, P., ***Alves Barbosa, M., ****Santana dos Santos, JR., ****De Oliveira Rosa, LF. ISSN 1695- 6141 Revista trimestral de enfermería. N°23, julio 2011. Disponível en: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=ISSN 1695- 61414&lng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=ISSN%201695-61414&lng). Acesso en julio 2011.
14. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica versión impresa ISSN 1139-1375. Rev Soc Esp Enferm. Nefrol v.12 n.4 Madrid oct.-dic. 2009. doi: 10.4321/S1139-13752009000400009. Carta al director. Intervención educativa sobre la enfermedad renal crónica en atención primaria. Educational intervention on chronic renal disease in primary healthcare. Disponível en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v30n6/revision2.pdf>.
15. Esquivel MCG, Prieto FJG, López RJ, Ortega CR, Martínez MJA, Velasco RVM. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Med Int Mex 2009;25(6):443-449. Recibido: julio, 2009. Aceptado: septiembre, 2009. Disponível en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/avft/v26n2/art02.pdf>

2. ANEXOS

1. TEST DE BECK Modificada

ESCALA DEPRESION BECK		
Pregúntate a ti misma y contesta honestamente	SI	NO
1.- ¿Estás satisfecha con tu vida?	0	1
2.- ¿Has renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Sientes que tu vida está vacía?	1	0
4.- ¿Te encuentras a menudo aburrida?	1	0
5.- ¿Tienes a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Temes que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Te sientes feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Te sientes a menudo abandonada?	1	0
9.- ¿Prefieres quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Tienes problemas de memoria muy seguido?	1	0
11.- ¿Piensas que es bonito vivir?	0	1
12.- ¿Te cuesta iniciar nuevos Proyectos?	1	0
13.- ¿Te sientes llena de energía?	0	1
14.- ¿Se siente desesperado?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud?	1	0
PUNTUACION TOTAL		

INTERPRETACION

Resultados

0-5: Nivel Normal de Depresión

6-9: Depresión Leve.

10 ó más: Depresión Severa

