

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE**



Facultad de Ciencias Médicas.

Medicina y Cirugía General.

Informe Final de Investigación.

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía General, con el tema a estudio:

“Ansiedad y Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del Hospital Bautista año 2021”

Autora:

Br. Fernanda Isabel Ferrufino Suárez.

Estudiante Egresada.

Carnet: 1401-0026

Tutores:

Dra. Gioconda Cajina López

Médico y Cirujano.

Especialista en Psiquiatría

Lic. Isaac Elías Picado Morraz

Ingeniero en sistemas de información.

Posgrado en Dirección estratégicas de sistemas de información.

Asesor en metodología de investigación y bases estadísticas.

Managua, Nicaragua

AGOSTO-SEPTIEMBRE 2021

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
OPINIÓN DEL TUTOR.....	5
RESUMEN	6
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ANTECEDENTES	11
III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V. OBJETIVOS	15
VI. MARCO TEÓRICO	16
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	44
VIII. RESULTADOS	47
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
X. CONCLUSIONES	56
XI. RECOMENDACIONES.....	57
XII. BIBLIOGRAFÍA	58
XIII. ANEXOS.....	61
Anexo #1	61
Anexo #2	62
Anexo #3	64
Anexo #4	65

DEDICATORIA

- Este trabajo se lo dedico principalmente a **Dios y a la Virgen María** por darme la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.
- A mi pequeña familia: **mi madre, Inés**, por ser el pilar más importante en mi vida, por su apoyo incondicional, por darme la inspiración y fuerza para haber estudiado esta carrera.
- **A mi hermano, José Carlos**, por su apoyo, coraje y determinación para que yo pudiera culminar, todo eso ha sido importante para poder culminar esta etapa en mi vida.

Sin ellos no sería la mujer que soy hoy en día.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación es el resultado de un esfuerzo individual y en conjunto con cada una de las personas que estuvo detrás mío para que fuera posible su realización, por tanto, agradezco:

- **A Dios y a la Virgen María** por darme la vida y los conocimientos necesarios para poder culminar esta etapa.
- **A mi madre y hermano**, principales pilares en mi vida, gracias por siempre creer en mí y alentarme a lograr mis objetivos.
- **A la Dra. Gioconda Cajina** por guiarme durante mi tesis, por brindarme su apoyo y conocimientos, **al Dr. Raymundo Solano**, decano de la facultad de medicina, por su apoyo durante la carrera y durante la tesis y no menos importante **al Ing. Isaac Picado**, por apoyarme y por su paciencia durante mi tesis con sus habilidades estadísticas y en bases de datos que están fuera de mi rama.
- Agradezco muy especialmente **a los pacientes** de la clínica de Hemodiálisis del Hospital Bautista que estuvieron de acuerdo en apoyarme amablemente para poder culminar esta investigación en pro de su bienestar y **al Hospital Bautista** por abrirme las puertas para realizar dicha investigación.

OPINIÓN DEL TUTOR

Muy acertado tema, la salud mental de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Un problema creciente en una sociedad empastillada, con alto nivel de contaminación de los suelos y aguas por agroquímicos y consumo de estupefacientes.

Pone en evidencia el deterioro del sistema nervioso y la desesperanza de estos ciudadanos, que cada día son más, esto tendrá un impacto positivo en el tratamiento que reciben, sumando especialistas en salud mental, fomentando el liderazgo entre ellos y así avanzar en la gestión de recursos que mejoren su calidad de vida. La ley 847 que se aprobó en el año 2013 nunca fue reglamentada, no sabemos si están haciendo trasplantes renales en nuestro país.

Serán los propios afectados los que echen a andar la rueda y exigir más recursos para esta costosa enfermedad.

Dra. Gioconda Cajina.

Médico y Cirujano General.

Especialista en Psiquiatría.

RESUMEN

La ansiedad y depresión aparece como un factor asociado a diversas patologías de índole crónica, entre ellas ERC, ya que al momento de depender de una máquina que sustenta la función renal, el paciente es consciente de un grave deterioro orgánico, irreversible, que con el tiempo provoca cansancio emocional, malestar permanente y desesperanza con el consiguiente deterioro en su calidad de vida, y fluctuaciones en el estado de ánimo.

Objetivo General:

Conocer el nivel de Ansiedad y Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del Hospital Bautista año 2021.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con una población de 96 pacientes de la Clínica de Hemodiálisis del Hospital Bautista. Los datos fueron recolectados con los siguientes instrumentos: inventario de ansiedad de Beck y escala de depresión de Hamilton y puntuados de acuerdo a cada test. Se analizaron datos en SPSS 23.

Resultados:

Sexo predominante: masculino en un 67% edad promedio entre: 51 a 60 años, años promedio que llevan realizando hemodiálisis el mayor rango de 0 meses a 1 año, niveles de ansiedad correspondiente a ansiedad leve (la mas resaltante) 40.6% en los pacientes obtenido por medio del Inventario de ansiedad de Beck, niveles de depresión correspondiente a depresión ligera o leve (la mas resaltante patológicamente) en un 31% en los pacientes obtenido por medio de la escala de depresión de Hamilton, con un llamado de atención al 11% que presenta depresión muy severa con riesgo suicida. Hay más crisis de depresión y ansiedad en la población masculina que en la femenina, con una prevalencia dada por ser el mayor porcentaje de la población a estudio y por llevar más años sometidos a sesiones de hemodiálisis que la población femenina.

Conclusiones:

Los pacientes con ERC que acuden a la Clínica de Hemodiálisis del Hospital Bautista presentan sintomatología depresiva y ansiosa, con una prevalencia en el sexo masculino puesto que este lleva sometido más años a sesiones de hemodiálisis que el sexo femenino.

LISTA DE ACRÓNIMOS

IRC: Insuficiencia renal crónica

ERC: Enfermedad renal crónica.

DRC: Daño renal agudo.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

TA: Trastorno de Ansiedad.

MINSA: Ministerio Nacional de Salud.

INSS: Instituto de Seguridad Social.

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter debilitante, progresivo e irreversible, que requiere tratamiento en todo el curso de la vida de acuerdo a nivel del Desarrollo como País, incluyendo la terapia de diálisis y en el mejor de los casos trasplanté renal.

El manejo de los pacientes con ERC es de elevado costo tanto como para el mismo como para las instituciones de salud que proveen las terapias de reemplazó renal.

La ERC supone importantes modificaciones en la vida del paciente por las características del tratamiento y un impacto en la calidad de vida. La aparición de factores como ansiedad y depresión asociados a ésta y la intensidad de las alteraciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que se realice, del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis sobre su estilo de vida. También se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de la dependencia del programa de hemodiálisis.

El paciente necesitará asistencia con enfoque multidisciplinario que incluye el seguimiento de enfermedades concomitantes, manejo nutricional y de su salud mental. Sin embargo, es un pilar fundamental para la adherencia al tratamiento, la adaptación a nuevos estilos de vida y la reintegración laboral, una atención psicológica y psiquiátrica adecuada que incluya terapia individual, familiar, afiliación a grupos de apoyo y educación sobre la enfermedad, sus complicaciones y posibles estrategias de afrontamiento.

Hasta el momento la calidad de vida, los niveles de ansiedad y depresión y otros trastornos de los pacientes con ERC debido a su importancia ha sido estudiada en varios países de Europa y Latinoamérica los últimos años, sin embargo, en Nicaragua hay pocos estudios que dejen de lado la prevalencia y se centren en la en estos, aun conociendo el gran porcentaje que la ERC representa de las enfermedades crónicas en nuestro país.

En el año 2020-2021 durante la aparición de esta nueva pandemia, los estudios más recientes sugieren que SARS-CoV-2 se asocia con Daño Renal Agudo y Enfermedad Renal Crónica al inducir necrosis tubular aguda, inflamación intersticial, daño de la vasculatura y glomerulopatía colapsante. La gravedad de COVID-19 se asocia con el riesgo de Daño Renal Agudo y la necesidad de diálisis.

En este contexto, es posible que los pacientes que presentan DRA durante COVID-19 tengan mayor riesgo de presentar ERC, después de la recuperación de la infección. Por lo tanto, en pacientes que sobreviven a la COVID-19, la función renal debe ser estrictamente monitorizada.

Lo que traería una nueva oleada no solo de pacientes con ERC dependientes de terapias de reemplazo renal, si no de múltiples patologías de índole psicosocial a nuestro entorno las cuales tendrán que tener un seguimiento oportuno para una calidad de vida aceptable.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante la gran incertidumbre que plantea la falla de los riñones, miedos, preocupaciones, auto culpación, pensamientos negativos y todo el malestar que genera el tratamiento y el futuro de su salud.

II. ANTECEDENTES

Ya que este estudio tiene como fin identificar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica que realizan hemodiálisis, a continuación, se mencionarán algunas investigaciones relacionadas con el tema, las cuales respaldan la vigencia de la ERC como un problema de salud mental.

En el estudio realizado en el 2015 por Lídia Gómez Vilaseca, Nuria Pac Gracia, Mónica Manresa Traguany, Sandra Lozano Ramírez y Julio Leonel Chevarria Montesinos del servicio de nefrología del Hospital de Palamós en España, mediante la utilización del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) se concluyó que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sintomatología depresiva presentada en un 42.9% y la ansiosa en un 32.7% según la escala HADS.

Por otro lado, en la región centroamericana el estudio realizado en el 2017 por Villalobos, Walter y De León, Pablo en Guatemala con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, en la unidad nacional del enfermo renal crónico UNAERC, se concluyó que según la escala de Hamilton 9 de cada 10 pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis tienen algún grado de depresión y ansiedad de los cuales más de tres cuartas partes presentan estos dos trastornos afectivos de forma simultánea y en su mayoría padecen sus variantes más severas.

En el año 2016 grethel matos trevín, betsy álvarez Vázquez, Feliciano González gacel con el fin de identificar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento dialítico. prevaleció el sexo masculino, el grupo de edades de 40-49, los que tienen terminado el preuniversitario y que llevan entre 1-3 años de tratamiento dialítico. Predominó el nivel medio de ansiedad como estado y como rasgo. Un 30,7 % presentó algún nivel de depresión, al explorar los indicadores de depresión se encontró que los más destacados son los trastornos del sueño, la pérdida de peso,

estado de ánimo, fatigabilidad y pérdida de la libido. Además, podemos señalar que la ansiedad alta como estado y la depresión prevalecieron en el sexo masculino (70 % y 66,7 %; respectivamente).

En el ámbito nacional, el estudio realizado por Saldaña V., en pacientes con ERC tratados con hemodiálisis en el HEODRA (León, Nicaragua), año 2014, reveló que la calidad de vida de los mismos, en general fue buena, encontrándose principalmente afectados los siguientes componentes: carga que representa la enfermedad en la vida y percepción del efecto de la enfermedad en su estado físico.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal, en la insuficiencia renal crónica terminal estadio más grave de la enfermedad renal, durante la 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).

Existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión (42.9% depresión y 32.7% ansiedad según nefrólogos del Hospital de Girona-España) en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, la depresión aparece como la segunda condición de comorbilidad en pacientes con insuficiencia renal grave que requieren hemodiálisis.

Algunos de los síntomas asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con los de la ERC, muchos de estos no son específicos y en general son fluctuantes, condicionando de forma significativa el bienestar general, siendo a veces difícil determinar si existe una causa orgánica.

Varias investigaciones enfatizan que la depresión en con ERC se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico y no aceptación de el estado de salud, lo cual, conduce a un deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y un aumento de los riesgos de mortalidad

Considero es importante averiguar si hay un nivel de ansiedad y depresión para un manejo adecuado y seguimiento de cada paciente, de manera individualizada, con el equipo médico adecuado para cada situación, para una buena evolución a largo plazo y mejorar así la calidad de vida del paciente.

La siguiente investigación será útil para lograr encontrar nuevas estrategias que ayuden a mejorar la atención de los enfermos renales, ya que, un pilar fundamental es la atención emocional y psicosocial, la cual sería de gran avance se implementara continuamente en cada sesión de hemodiálisis a pacientes que la requieran de manera inmediata y a largo plazo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es la Enfermedad Renal Crónica un factor predisponente a la aparición de Ansiedad y Depresión?

V. OBJETIVOS

Objetivo:

- Conocer el nivel de Ansiedad y Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del Hospital Bautista año 2021.

Objetivo Específicos:

- Clasificar a los pacientes para identificar las características sociodemográficas de estos según edad, sexo y años que lleva realizando su sesión de hemodiálisis.
- Determinar, mediante la aplicación del inventario de ansiedad de Beck, el nivel de ansiedad que experimentan los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del Hospital Bautista.
- Dar a conocer, mediante la aplicación de la escala de depresión de Hamilton, el nivel de depresión que experimentan los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del Hospital Bautista.
- Comparar resultados entre ansiedad y depresión para ver la prevalencia de estos dos problemas psicosociales y que sexo está más afectado, en los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a sesión de hemodiálisis en dos turnos matutinos del hospital bautista.

VI. MARCO TEÓRICO

I. Depresión

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión).
- Trastorno depresivo persistente (distimia)..
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos.

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo a mediados de la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida. Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero < 10% tendrá una depresión mayor.

Desmoralización y pena.

El término depresión se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (p. ej., el fallecimiento de un ser querido). Sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena.

Los sentimientos negativos de desmoralización y dolor, a diferencia de los de la depresión, hacen lo siguiente:

- Ocurren en oleadas que tienden a estar ligadas a pensamientos o recordatorios del evento incitante.

- Se resuelven cuando las circunstancias o los eventos mejoran.
- Se pueden intercalar con períodos de emoción positiva y humor.
- No están acompañados por sentimientos generalizados de inutilidad y auto desprecio.

El estado de ánimo deprimido dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables.

Sin embargo, los eventos y los factores de estrés que inducen la desmoralización y la pena también pueden precipitar un episodio depresivo mayor , particularmente en personas vulnerables (p. ej., aquellas con antecedentes o antecedentes familiares de depresión mayor).

Etiología.

Los trastornos depresivos siempre han estado en la cultura humana como tal es de índole multifactorial.

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopamínérgica), glutamatérgica, y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento.

Factores psicosociales son de mayor peso en pacientes con ERC. Al estrés de la enfermedad grave que padecen se agregan situaciones estresantes de la vida cotidiana (pérdida de empleo, de la libido, personas que viven en soledad) preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor; sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo.

Las personas que anteriormente han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menor tolerancia a la frustración y/o con tendencia a la ansiedad muestran una mayor propensión a desarrollar un trastorno depresivo. Estas personas en general carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La depresión también puede aparecer en personas que tenían hábitos de consumo de sustancias psicotrópicas (alcohol, fármacos, otras drogas.)

Las mujeres tienen un riesgo más alto de depresión, los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exigencia de la sociedad, más responsabilidades y sentimientos de culpa o una mayor respuesta a las tensiones diarias.
- Niveles más altos de la monoaminoxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo).
- Tasas más altas de disfunción tiroidea.
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia.

En la depresión periparto, los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas siguientes al parto (depresión posparto); se ve implicada la participación de factores endocrinos, pero se desconoce la causa específica.

Los síntomas o trastornos depresivos pueden aparecer en varios trastornos físicos, que incluyen los trastornos tiroideos y suprarrenales, diabetes mellitus, hipertensión arterial, los tumores encefálicos benignos y malignos, el accidente cerebrovascular, el Sida, la Enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple.

Algunos fármacos, como los corticoides, algunos beta-bloqueantes, el interferón, la reserpina, también pueden producir trastornos depresivos. El abuso de algunas sustancias de uso recreativo (p. ej., alcohol, anfetaminas, antidepresivos, benzodiacepinas, serotoninérgica) puede provocar o acompañar la depresión.

Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios.

Signos y síntomas.

Es un trastorno del estado de ánimo que provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer (anhedonia) en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., ansiedad o crisis de pánico) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento.

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras sustancias de uso recreativo, en un intento de tratar por sí mismos los trastornos de sueño o los síntomas de ansiedad; sin embargo, la depresión es una causa menos frecuente de trastorno por uso de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias de lo que se pensaba antiguamente. Los pacientes también tienen más probabilidades de convertirse en fumadores importantes y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que se desarrolleen o progresen otras enfermedades (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La depresión puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras. También aumenta el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular , porque durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la variabilidad de frecuencia cardíaca (todos factores de riesgo potenciales para los trastornos cardiovasculares).

Depresión Mayor.

Los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (p. ej., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). El aspecto puede confundirse con el de una enfermedad de Parkinson . En algunos pacientes, el estado de ánimo depresivo es tan profundo que se acaban las lágrimas; dicen que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado.

La nutrición puede sufrir un deterioro importante, que requiere una intervención inmediata.

Algunos pacientes con depresión descuidan su higiene personal o descuido de sus responsabilidades.

Para el diagnóstico de depresión mayor, ≥ 5 de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Aumento o pérdida significativa ($> 5\%$) de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.

- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Trastorno depresivo persistente.

Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico.

Los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. La serie de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor.

Los pacientes afectados pueden presentarse habitualmente negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados, introvertidos, hipercríticos respecto de sí mismos y de los demás y quejumbrosos. Los pacientes con trastorno depresivo persistente también tienen más probabilidades de experimentar trastornos de ansiedad subyacentes, trastornos por abuso de sustancias o trastornos de la personalidad (es decir, personalidad de tipo limítrofe) .

Para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante ≥ 2 años, más ≥ 2 de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Baja energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

- Sentimientos de desesperanza.

Trastorno disfórico premenstrual.

El trastorno disfórico premenstrual implica síntomas de ánimo y ansiedad que están claramente relacionados con el ciclo menstrual, con inicio en la fase premenstrual y un intervalo libre de síntomas después de la menstruación. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año.

Las manifestaciones son similares a las del síndrome premenstrual pero son más intensas, causando malestar clínicamente significativo y/o notable deterioro de la actividad laboral o social. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la menarquia; puede empeorar a medida que la menopausia se acerca, pero cesa después de la menopausia. La prevalencia se estima en 2 a 6% de las mujeres que menstrúan en un intervalo dado de 12 meses.

Para el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual, los pacientes deben presentar ≥ 5 síntomas durante la semana anterior a la menstruación. Los síntomas deben comenzar a remitir a los pocos días después de la aparición de la menstruación y son mínimos o nulos en la semana después de la menstruación. Los síntomas deben incluir ≥ 1 de los siguientes:

- Notables cambios de ánimo (p. ej., repentina tristeza o ganas de llorar).
- Notable irritabilidad o furia o aumento de los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo muy depresivo, sensación de desesperanza y pensamientos de desvalorización personal.
- Marcada ansiedad, tensión o nerviosismo.

Además, debe estar presente ≥ 1 de los siguientes:

- Disminución de interés en las actividades habituales.

- Dificultades para concentrarse.
- Baja energía o fatiga.
- Marcado cambio en el apetito, atracos o antojos de alimentos específicos.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sentimiento de que las cosas lo superan o que está fuera de control.
- Síntomas físicos tales como hipersensibilidad en las mamas o hinchazón, dolor articular o muscular, distensión abdominal y aumento de peso.

Otro trastorno depresivo.

Los conjuntos de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados).

Se incluyen los períodos recurrentes de disforia con ≥ 4 otros síntomas depresivos que duran < 2 semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del ánimo (p. ej., depresión breve recurrente) y los períodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.

Especificadores.

La depresión mayor y el trastorno depresivo persistente pueden incluir uno o más especificadores que describen manifestaciones adicionales durante un episodio depresivo:

- Angustia con ansiedad: los pacientes se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.

- Características mixtas: los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaníacos (p. ej., estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño). Los pacientes que tienen este tipo de depresión pueden desarrollar trastorno bipolar .
- Melancolía: los pacientes han perdido el placer en casi todas las actividades o no responder a estímulos habitualmente placenteros. Pueden sentirse abatidos y desesperanzados, sentir culpa excesiva o inapropiada, despertarse temprano en la mañana, presentar marcado retraso o agitación psicomotriz, y anorexia o pérdida de peso significativas.
- Atípico: el estado de ánimo de los pacientes mejora temporalmente en respuesta a acontecimientos positivos (p. ej., la visita de los hijos). También presentan ≥ 2 de los siguientes: reacción exagerada a la crítica o el rechazo percibido, sensación de parálisis aplomada (una sensación de pesadez, por lo general en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e hipersomnia.
- Psicótico: los pacientes tienen delirios y/o alucinaciones. Las ideas delirantes suelen relacionarse con haber cometido pecados o crímenes imperdonables, albergar trastornos incurables o vergonzosos o ser perseguidos. Las alucinaciones pueden ser auditivas (p. ej., oír voces acusatorias o condenatorias) o visuales. Cuando sólo se describen voces, debe considerarse cuidadosamente si éstas representan verdaderas alucinaciones.
- Catatónica: los pacientes presentan retraso psicomotor intenso, participan excesivamente en una actividad sin sentido y/o se retraen; algunos pacientes gesticulan o imitan el habla (ecolalia) o el movimiento (ecopraxia).
- Inicio periparto: el inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después del parto. Puede identificarse características psicóticas; el infanticidio se asocia a menudo con episodios psicóticos que implican alucinaciones de comando para matar al bebé o ideas delirantes de que el niño está poseído.

- Patrón estacional: los episodios ocurren en un momento determinado del año, con mayor frecuencia en otoño o invierno.

Diagnóstico

- Criterios clínicos (DSM-5).
- Hemograma, electrolitos y hormona tiroideo estimulante (TSH), vitamina B12 y folato para descartar trastornos físicos que puedan producir depresión.

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

Varios cuestionarios breves están disponibles para la detección sistemática. Existen varios cuestionarios breves disponibles para el examen de detección que ayudan a provocar algunos de los síntomas de depresión, pero no pueden usarse sólo para diagnóstico. Una serie de preguntas cerradas específicas ayudan a determinar si los pacientes tienen los síntomas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor.

La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. Un médico debe preguntar delicada pero directamente a los pacientes sobre cualquier pensamiento o planes de dañarse a sí mismos o a los otros, cualquier amenaza o intento de suicidio previos, y otros factores de riesgo. La psicosis y la catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican depresión grave o moderada. Los problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y de ansiedad agravan el cuadro.

Diagnósticos diferenciales

Los trastornos depresivos deben diferenciarse de la desmoralización y la pena. Otros trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad) pueden imitar u

oscurecer el diagnóstico de depresión. A veces aparecen varios trastornos. La depresión mayor (trastorno unipolar) debe diferenciarse del trastorno bipolar .

En los pacientes ancianos, la depresión puede manifestarse como demencia depresiva (antes denominada seudodemencia), que produce muchos de los signos y síntomas de la demencia , como retraso psicomotor y disminución de la concentración. Sin embargo, la demencia temprana puede provocar depresión. En general, cuando el diagnóstico es dudoso, debe intentarse el tratamiento de un trastorno depresivo.

Puede ser difícil diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los trastornos por abuso de sustancias , sobre todo porque pueden coexistir y contribuir entre ellos.

Los trastornos físicos también deben excluirse como causas de los síntomas de depresión. El hipotiroidismo a menudo causa síntomas de depresión y es frecuente, sobre todo entre los ancianos. La enfermedad de Parkinson en particular puede manifestarse con síntomas que se parecen a la depresión (p. ej., pérdida de energía, pérdida de expresividad, escasez de movimiento). Se requiere un examen neurológico minucioso para excluir este trastorno.

Estudios complementarios

Ningún hallazgo en los exámenes de laboratorio es patognomónico de los trastornos depresivos. Sin embargo, las pruebas de laboratorio son necesarias para descartar trastornos físicos que puedan provocar depresión. Las pruebas incluyen hemograma completo, niveles de hormona tiroideo estimulante y niveles de electrolitos, vitamina B12 y ácido fólico de rutina y, en hombres mayores, testosterona. Las pruebas para el uso de drogas ilegales a veces son apropiadas.

Tratamiento.

- Soporte.
- Psicoterapia.

- Fármacos.

Los síntomas pueden remitir espontáneamente, sobre todo cuando son leves o de corta duración. La depresión leve puede ser tratada con medidas generales y psicoterapia. La depresión moderada o grave se trata con fármacos y psicoterapia, y en algunos países utilizan terapia electro convulsiva.

La depresión puede recurrir y hacerse crónica en dependencia del tratamiento que se use, especialmente en pacientes que han tenido > 1 episodio; La mayoría de las personas con depresión se tratan de forma ambulatoria. Los pacientes suicidas, en particular cuando carecen de apoyo familiar, requieren hospitalización, al igual que los que tienen síntomas psicóticos o están físicamente debilitados.

En los pacientes que presentan trastornos por uso de sustancias los síntomas depresivos se resuelven a los pocos meses de interrumpir el consumo de las sustancias. Ningún tratamiento será eficaz mientras continúa el abuso de sustancias.

Si un trastorno físico o la toxicidad de un fármaco pudieran ser la causa, el tratamiento primero debe dirigirse al trastorno subyacente.

Manejo inicial

Hasta que la mejora comience, un médico puede requerir ver a los pacientes 1 vez por semana o cada 15 días para darles el apoyo y la educación necesarios y para controlar su evolución. Llamadas telefónicas pueden complementar las visitas al consultorio.

Los pacientes y sus seres queridos pueden estar preocupados o sentirse avergonzados por la idea de tener un trastorno mental. El médico puede ayudarlos explicando que la depresión es un trastorno médico grave causado por alteraciones biológicas que requiere un tratamiento específico, que la mayoría de las veces es un problema auto limitado y que el pronóstico con tratamiento es

bueno. Los pacientes y los seres queridos deben ser tranquilizados respecto de que la depresión no refleja ningún defecto del carácter (p. ej., pereza, debilidad). Si se informa a los pacientes que el camino de la recuperación tiene altibajos, esto les ayuda a mirar con otra perspectiva los sentimientos de desesperanza y mejora el cumplimiento.

Hay que alentar a los pacientes a aumentar gradualmente las actividades simples (p. ej., dar paseos, hacer ejercicio sistemático) y a seguir manteniendo las interacciones sociales, aunque se sepa que el paciente quiere evitarlas. El médico puede sugerirles a los pacientes que no se culpen a sí mismos y explicarles que esos pensamientos oscuros forman parte del trastorno y que terminarán por desaparecer. Un médico psicoterapeuta trabajara para que no se culpen así mismos.

Psicoterapia

La psicoterapia grupal (grupos de autoayuda) es el tratamiento más avanzado para la depresión de esta enfermedad catastrófica, los empodera y asumen su tratamiento con conciencia de sus derechos y son capaces de reclamar una mejor calidad de atención médica, así como más apoyo a sus necesidades materiales, numerosos ensayos controlados han demostrado que la psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída. Los pacientes con depresión leve tienden a tener mejor pronóstico que aquellos con depresión más grave, pero la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión más grave.

II. Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (panic attacks) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobreestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural.

Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

La inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. Este último diagnóstico, en la práctica, sigue reservado para edades tempranas, mientras que para la ansiedad por separación se reconoce que el trastorno puede dar -se en la edad adulta y tener su inicio después de los 18 años de edad. Los aspectos centrales de los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos, aunque, para el TA por separación, se ha adaptado su redacción para las presentaciones en la edad adulta y no únicamente en niños y adolescentes.

Aunque sigue reconociéndose su estrecha relación con los TA, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo han dejado de pertenecer a esta clase diagnóstica para ubicarse, el primero, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) y los últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.

Las crisis de angustia, para las que se mantienen sus descriptores sin cambio alguno, se consideran una especificación potencialmente aplicable a cualquier TA y a muchos otros trastornos psicopatológicos. En cuanto a los tipos de crisis de angustia, se han limitado dos tipos: crisis esperadas e inesperadas, en sustitución de las tres categorías contempladas en el DSM-IV (situacionales, predispuestas situacionalmente y no situacionales/inesperadas).

El Trastorno de Angustia y la Agorafobia se erigen en diagnósticos independientes sin ligazón alguna, a diferencia de lo que contemplaba el DSM-IV, donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes (Trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia).

En caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos, el Trastorno de angustia y la Agorafobia deberán codificarse en dos diagnósticos separados. Los criterios diagnósticos para la Agorafobia son traslación prácticamente directa de los descriptores del DSM-IV, aunque ahora se incluye la necesidad, para facilitar el diagnóstico diferencial con algunos subtipos de fobia específica, de que el miedo-ansiedad-evitación se manifiesten en dos o más de entre cinco situaciones prototípicamente agorafobias.

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Trastorno de ansiedad por separación

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
- Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
- Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

Mutismo selectivo

- Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
- La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce

exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Fobia específica

- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Trastorno de pánico.

Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
- Miedo a morir

Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

- Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
- Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)

Agorafobia.

Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

- Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
- Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
- Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
- Hacer cola o estar en medio de una multitud.
- Estar fuera de casa solo.

El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia). Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses. El miedo, la ansiedad

o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Facilidad para fatigarse.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:

- Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
- La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia

de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

- Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

- 1. Ataques sintomáticos limitados.
- 2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.
- 3. Khyál cap (ataque del viento).
- 4. Ataque de nervios.

Tratamiento generalizado.

Antidepresivos y a menudo benzodiacepina, se recomiendan en la dosis más baja y menor tiempo posible.

Algunos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; p.ej. escitalopram, con dosis inicial de 10 mg por vía oral 1 vez al día) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN; p. ej., venlafaxina de liberación prolongada, con dosis inicial de 37,5 mg por vía oral 1 vez al día) son eficaces, pero en general solo después de haberlos tomado por lo menos durante algunas semanas.

Los benzodiacepinas (ansiolíticos) en dosis pequeñas a moderadas también pueden ser eficaces, aunque su uso sostenido puede conducir a la dependencia física. Una estrategia puede ser comenzar con una benzodiacepina junto con un antidepresivo. Se empieza a disminuir la dosis del benzodiacepina una vez que el antidepresivo resulta eficaz.

El tratamiento con buspirona también es eficaz, con una dosis de inicio de 5 mg por vía oral 2 o 3 veces al día. Sin embargo, la buspirona puede requerir dosis moderadamente altas (es decir, > 30 mg/día) y al menos 2 semanas antes de empezar a hacer efecto.

La psicoterapia, habitualmente de tipo cognitivo-conductual, puede ser tanto de apoyo como focalizada en el problema. La relajación y la biorretroalimentación pueden servir de ayuda, aunque son pocos los estudios en los que se ha demostrado su eficacia.

III. ERC y estado emocional.

En el adecuado funcionamiento de los diferentes subsistemas del organismo humano el papel del sistema renal es determinante. Se habla de ERC cuando los riñones son incapaces de cumplir con sus funciones.

Los riñones filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del organismo. Estos purifican la sangre al quitarle el exceso de líquidos, minerales y productos de desecho, además de producir hormonas que mantienen la salud de los huesos y la sangre.

La actividad de los riñones puede verse afectada por diferentes causas, muchas de ellas relacionadas con la calidad de vida y estilos de vida que asumen las personas.

Cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones anteriormente mencionadas estamos en presencia de una Enfermedad Renal Crónica. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que el enfermo necesita un tratamiento renal sustitutivo del tipo de la Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal.

Desde un punto de vista clínico, existen diversos factores que influyen poderosamente en la progresión de las enfermedades renales, debe tenerse en cuenta que estos factores actúan de manera combinada, potenciándose sus efectos nocivos sobre las estructuras y la función renal.

Se reconocen como causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las glomerulopatías y las enfermedades obstructivas renales.

Los síntomas de ERC son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma. La mayoría son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche,

mareos, náuseas, vómitos, picazón, el cuerpo se hincha, hay falta de aire, pérdida del apetito, fatiga, lentitud y calambres.

Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida de un riñón o de ambos provoca en las personas portadoras de este trastorno diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social. Reacciones psicológicas que abarcan desde manifestaciones de ansiedad, frustración, cólera e ira e incluso diferentes grados de depresión acompañan el padecimiento, su conocimiento y aceptación por la persona que padece la ERC. Sin embargo, se hace necesario desde los puntos de vista científico y asistencial profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con ERC con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar, desde la zona salutogénica, el bienestar de la persona y su calidad de vida.

De ahí la importancia de la psicología aplicada a la nefrología que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida

En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Se reconoce que, en los pacientes con enfermedades crónicas, es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa sea la enfermedad, es más probable será que la depresión la complique.

La reconocida depresión compuesta, que se refiere a cuando este estado emocional o síntoma coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del efecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento.

En la ERC desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Población a estudio:

- Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que acuden a la clínica de hemodiálisis del Hospital Bautista en 2 turnos matutinos del 2021, se incluyeron en el estudio un total de 100 Pacientes, de los cuales 4 se negaron a participar, refiriendo no querer realizar los test en el momento. El total que participaron en el estudio fue de 96 pacientes.

Tipo de estudio:

- Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal que incluyó pacientes seleccionados de dos turnos matutinos de hemodiálisis de la clínica del Hospital Bautista que estuvieron de acuerdo en la participación de dicho estudio.

Área de estudio:

- El departamento de Managua cuenta con una extensión geográfica de 3,465km² y con una población aproximada de 1,546,939 habitantes distribuidos en sus 9 municipios, incluyendo la capital. Según el mapa nacional de la salud en Nicaragua, hay aproximadamente 21,465 personas con ERC con una tasa de 54.2% por cada 10,000 habitantes en total (en el 2020).
- El Hospital Bautista (Institución Privada Nacional-Empresa Medica Previsional del Seguro Social) cuenta con una clínica de Hemodiálisis que atiende enfermos renales crónicos en 3 turnos diferentes (L-M-V / M-J-S)

Criterios de inclusión y exclusión:

Los pacientes elegidos para este estudio fueron hombres y mujeres que realizan su sesión de hemodiálisis en el Hospital Bautista, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión:

- Pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de hemodiálisis.
- Sin alteración ni tratamiento psiquiátrico preexistente.
- De cualquier edad.
- Con voluntad para participar en la investigación.

Acorde con lo anterior, los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta son:

- Pacientes con alteraciones y en tratamiento psiquiátrico preexistente.
- Sin enfermedad renal crónica dependientes de hemodiálisis.
- Situación clínica grave o deterioro cognitivo severo que impida completar los test.

Consideraciones éticas:

- Se solicitó permiso a la subdirección del Hospital Bautista, dirección docente del Hospital Bautista, así como al Coordinador de la Clínica de Hemodiálisis del Hospital Bautista, el Dr. Fabio Valdivia el cual explico a los pacientes las encuestas que se llevarían a cabo para iniciar dicho estudio. Contando con el anonimato, la información obtenida se utilizó únicamente para la finalidad de dicho estudio, guardando la confidencialidad adecuada según el protocolo de Helsinki.

Fuente de Información:

- La recolección de datos se realizó en el área de la clínica de Hemodiálisis, durante la sesión de esta misma. Los instrumentos utilizados fueron: El inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Depresión de Hamilton.
- El inventario de Ansiedad de Beck puede aplicar el investigador o el propio paciente (auto aplicada); consta de 21 ítems, que evalúan el nivel de los síntomas de ansiedad, en cada ítem, el paciente selecciona entre cuatro posibles repuestas, la que mejor refleje su situación durante la última semana

y durante ese día, lleva alrededor de 15 a 20 minutos contestarlo, cada ítem es valorado con una puntuación de 0 a 3 puntos, en donde se califica de acuerdo a: 0 a 7 puntos nivel de ansiedad mínima, 8 a 15 puntos nivel de ansiedad leve, 16 a 25 puntos nivel de ansiedad moderada y por ultimo 26 a 63 puntos nivel de ansiedad severa o grave.

- La escala de Depresión de Hamilton (Modificada) la puede aplicar el investigador o el propio paciente (auto aplicada); consta de 15 ítems, que evalúan síntomas asociados a depresión, en cada ítem, el paciente selecciona entre 4 o 5 posibles respuestas, la que mejor refleje su situación durante la última semana y durante ese día, lleva alrededor de 15 a 20 minutos contestarla, cada ítem es valorado con una puntuación de 0 a 4, en donde se califica de acuerdo a: 0 a 7 puntos no hay depresión, 8 a 13 puntos nivel de depresión ligera, 14 a 18 puntos nivel de depresión moderada, 19 a 22 puntos nivel de depresión severa y por ultimo >23 puntos nivel de depresión muy severa con riesgo de suicidio.
- El cuestionario fue aplicado por el entrevistador en todos los casos por diversos motivos, que en su mayoría involucraron el estado de salud del paciente (pacientes incapacitados por fistula arterio-venosa en el brazo dominante, pacientes que preferían se les leyeron las preguntas por alteraciones visuales o por dificultad en la comprensión de algunos incisos del instrumento), lo cual fue beneficioso para lograr una mejor interpretación para el paciente y evitar las encuestas incompletas.

Plan de Análisis

- Los datos obtenidos se procesaron en SPSS 23, donde se utilizó estadística univariadas como frecuencias y porcentajes para mostrar datos en tablas y gráficas para una mayor compresión.

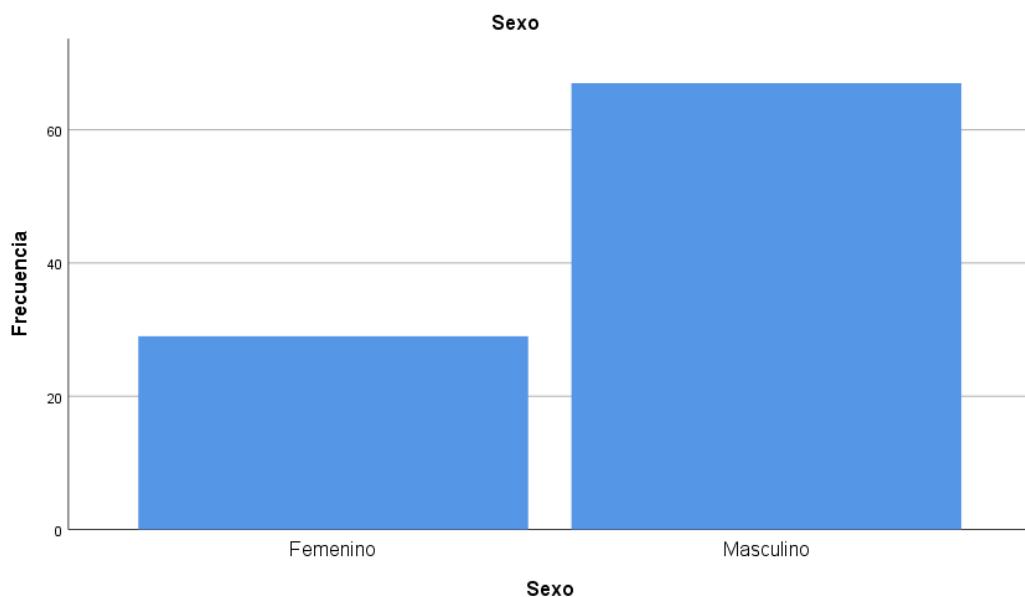
VIII. RESULTADOS

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos a partir del método ya definido previamente. Se dividirá este apartado en 4 secciones: la primera corresponderá a las características sociodemográficas de los pacientes según edad, sexo y años que llevan realizando su sesión de hemodiálisis, la segunda sección corresponderá a determinar el nivel de ansiedad mediante la aplicación que se le dio al inventario de ansiedad de Beck, la tercera correspondiente a conocer los niveles de depresión mediante la aplicación de la escala de depresión de Hamilton y la cuarta sección corresponderá a comparar cual problema psicosocial tiene mas repercusión en los pacientes, si ansiedad o depresión y que sexo afecta más.

I. Características sociodemográficas de los pacientes según edad, sexo y años que lleva realizando sesión de hemodiálisis.

En el grafico número 1 se observan las características de la población a estudio, el sexo predominante es el masculino en un 69.8% y el femenino en un 30.2%.

Grafico N°1: Sexo de la población a estudio.



En la tabla número 2 se observan las edades mas frecuentes la cual se encuentran en un rango de 51-60 años con un 28.1%.

Tabla N°2: Edad de la población a estudio.

Intervalos de Edad

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		≤20	1	1.0	1.0
	21 - 30	9	9.4	9.4	10.4
	31 - 40	17	17.7	17.7	28.1
	41 - 50	20	20.8	20.8	49.0
	51 - 60	27	28.1	28.1	77.1
	61 - 70	16	16.7	16.7	93.8
	71 - 80	6	6.3	6.3	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Conforme a los años que llevan realizándose hemodiálisis en la tabla 3 se observa que la mayoría de los sujetos a estudio lleva de 0 a 1 año sometidos a sesión de hemodiálisis en un 22.9% siguiendo de la 2da con mas prevalencia que es 1 año en un 16.7%, la 3era prevalente es 5 años en un 12.5% y la ultima con mas rango de porcentaje es 6 años en un 11%.

Tabla N°3: Años de hemodiálisis de la población a estudio.

Años en Hemodiálisis

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		0	22	22.9	22.9
	1	16	16.7	16.7	39.6
	2	6	6.3	6.3	45.8
	3	9	9.4	9.4	55.2
	4	8	8.3	8.3	63.5
	5	12	12.5	12.5	76.0
	6	11	11.5	11.5	87.5
	7	3	3.1	3.1	90.6

8	5	5.2	5.2	95.8
9	1	1.0	1.0	96.9
10	1	1.0	1.0	97.9
11	1	1.0	1.0	99.0
13	1	1.0	1.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

II. Escala de Ansiedad de Beck.

Al evaluar el nivel de ansiedad en la población a estudio, en el grafico número 4 y tabla número 5 por medio del inventario de ansiedad de Beck, conforme a la puntuación descrita por dicho instrumento se observa que hay mas sujetos a estudios encasillados en ansiedad leve en un 40.6 % siguiendo de la 2da mas afectada que es ansiedad mínima en un 35.5%, ansiedad moderada en un 14.6%, y el menor en un 9.4% corresponde a ansiedad severa o grave.

Grafico N°4: Ansiedad en la población a estudio.

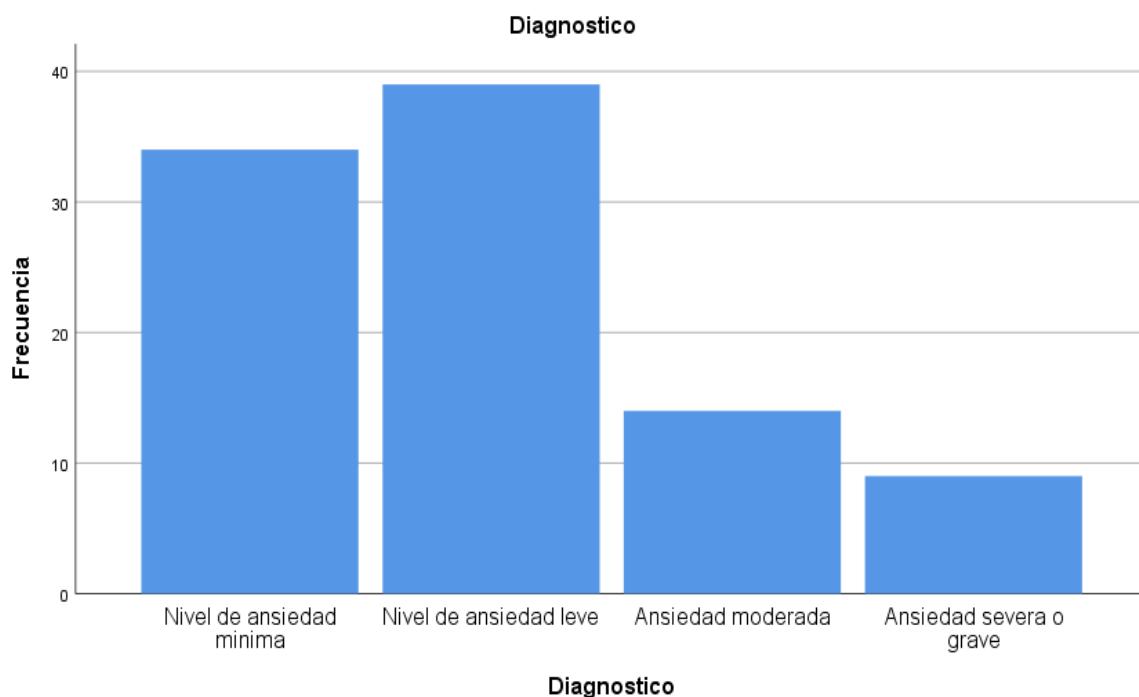


Tabla N°5: Porcentaje de los niveles de ansiedad en la población a estudio.

		Diagnóstico		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Nivel de ansiedad mínima	34	35.4	35.4	35.4
	Nivel de ansiedad leve	39	40.6	40.6	76.0
	Ansiedad moderada	14	14.6	14.6	90.6
	Ansiedad severa o grave	9	9.4	9.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

III. Escala de Depresión de Hamilton.

Al evaluar el nivel de depresión en la población a estudio, en el grafico número 6 y tabla número 7 por medio de la escala de depresión de Hamilton, conforme a la puntuación descrita por dicho instrumento se observa que hay mas sujetos encasillados en la categoría no hay depresión en un 40%, la 2da mas afectada corresponde a depresión ligera o leve en un 31%, depresión moderada corresponde al 12% de la población, depresión severa al 2% y la ultima categoría que es depresión muy severa con riesgo de suicidio tiene un porcentaje de 11% del total de la población a estudio.

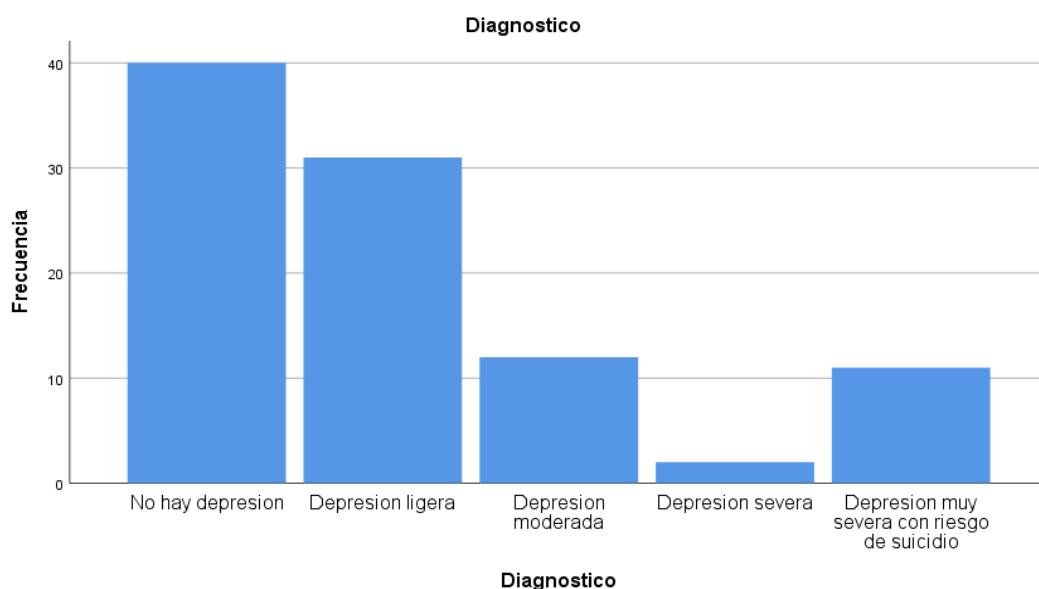
Grafico N°6: Depresión en la población a estudio.

Tabla N°7: Porcentaje en los niveles de depresión de la población a estudio.

		Diagnóstico		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	No hay depresión	40	41.7	41.7	41.7
	Depresión ligera	31	32.3	32.3	74.0
	Depresión moderada	12	12.5	12.5	86.5
	Depresión severa	2	2.1	2.1	88.5
	Depresión muy severa con riesgo de suicidio	11	11.5	11.5	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

IV. Comparación entre resultados de ansiedad y depresión y prevalencia respecto al sexo.

En la tabla número 8 en la población a estudio correspondiente a los diagnósticos de depresión, se observa que hay más prevalencia y afectación en salud mental por parte de la población masculina que la femenina en las 5 categorías establecidas por el test de Depresión de Hamilton.

En la tabla número 9 en la población a estudio correspondiente a los diagnósticos de ansiedad, se observa que hay más prevalencia y afectación en salud mental por parte de la población masculina que la femenina en las 4 categorías establecidas por el inventario de Ansiedad de Beck.

Lo cual se puede explicar dado que la población masculina en el estudio en general es mayor que la femenina de acuerdo a la **gráfica número 1** antes descrita, también otro factor a considerar es que conforme a la tabla número 10 y grafica 11, el sexo masculino en dicho estudio lleva más años sometidos a sesión de hemodiálisis que la población femenina en general en este caso. En la tabla número 12 se observa una comparativa de ambas afectaciones psicosociales en cuanto al sexo de la población, observándose lo previamente descrito, viéndose afectado más el sexo masculino en este caso.

Lo que sugiere que ambas patologías psicosociales están presentes en la población global, presentando signos y síntomas evidentes correspondiente a estas dos como tal.

Tabla N°8: Sexo y Diagnósticos de Depresión.

Tabla cruzada Sexo y Diagnóstico (Depresión)

Recuento

Sexo		Diagnóstico				Depresión muy severa con riesgo de suicidio
		No hay depresión	Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión severa	
Femenino	10	10	5	0	4	
Masculino	30	21	7	2	7	
Total	40	31	12	2	11	

Tabla N°9: Sexo y Diagnósticos de Ansiedad.

Tabla cruzada Sexo y Diagnóstico (Ansiedad)

Recuento

Sexo		Diagnóstico				Total
		Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa o grave	
Femenino	7	12	6	4	29	
Masculino	27	27	8	5	67	
Total	34	39	14	9	96	

Tabla N°10: Sexo y años en Hemodiálisis de la población a estudio.

Tabla cruzada Sexo y Años en Hemodiálisis

Recuento

Sexo		Años en Hemodiálisis						
		0	1	2	3	4	5	6
Femenino		3	5	4	4	3	2	3
Masculino		19	11	2	5	5	10	8
Total		22	16	6	9	8	12	11

Grafico N°11: Sexo y años en Hemodiálisis de la población a estudio.

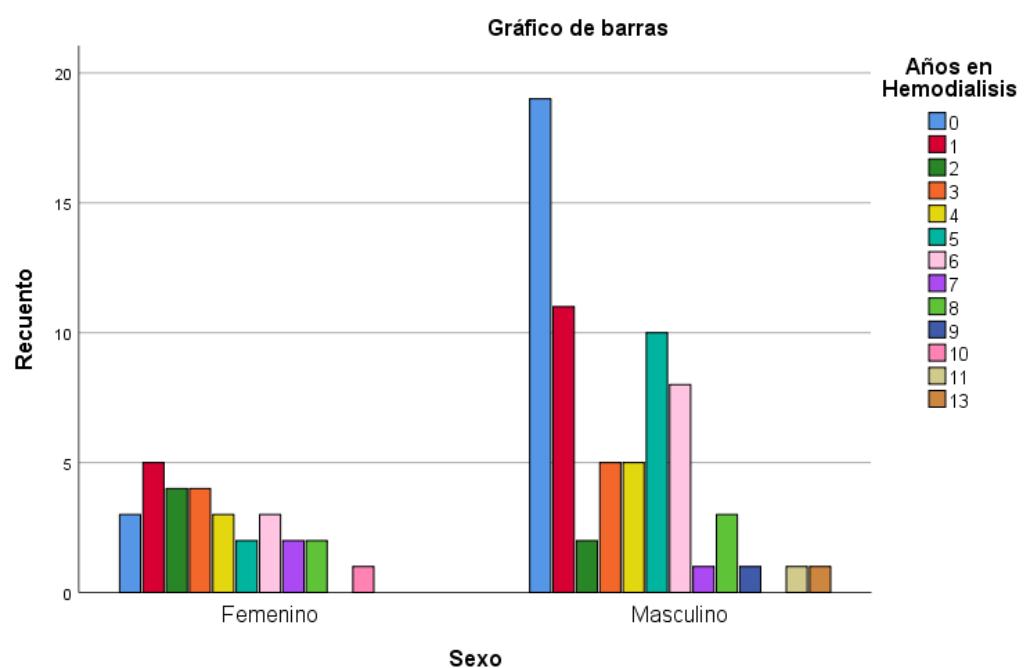


Tabla N°12: Diagnósticos de ambos test y sexo de la población a estudio.**Tabla cruzada Diagnóstico Test de Hamilton y Diagnóstico Test de Beck por Sexo**

Recuento

Sexo	Diagnóstico Test de Hamilton	Diagnóstico Test de Beck					Total
		Nivel de ansiedad mínima	Nivel de ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa o grave		
Femenino	Diagnóstico Test de Hamilton	No hay depresión	5	5	0	0	10
		Depresión ligera	1	6	2	1	10
		Depresión moderada	1	1	3	0	5
		Depresión muy severa con riesgo de suicidio	0	0	1	3	4
		Total	7	12	6	4	29
Masculino	Diagnóstico Test de Hamilton	No hay depresión	22	7	1	0	30
		Depresión ligera	4	16	1	0	21
		Depresión moderada	1	3	3	0	7
		Depresión severa	0	0	1	1	2
		Depresión muy severa con riesgo de suicidio	0	1	2	4	7
		Total	27	27	8	5	67
Total	Diagnóstico Test de Hamilton	No hay depresión	27	12	1	0	40
		Depresión ligera	5	22	3	1	31
		Depresión moderada	2	4	6	0	12
		Depresión severa	0	0	1	1	2
		Depresión muy severa con riesgo de suicidio	0	1	3	7	11
	Total		34	39	14	9	96

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio predominó el sexo masculino, la mayor parte de los individuos estudiados fueron adultos mayores entre 51 y 60 años, lo que se asemeja a datos encontrados a través de otras investigaciones sobre el tema, incluyendo un estudio llevado a cabo por Martínez Regalado I. en México, en el que se encontró prevalencia del sexo masculino (67.2%) y 53 años como media de edad; (lo que podría explicarse por el tipo de actividad laboral extenuante a la que los hombres se someten en comparación con las mujeres).

Al estudiar la probable presencia de ansiedad y depresión en la población: el grupo de presentó 32.2 % de los casos como positivos para depresión y 40.6% positivos para ansiedad. En relación con los pacientes en hemodiálisis, Moreno Núñez E. et. al., en la investigación donde valoraban prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en el 2004, encontraron porcentajes similares a los encontrados en esta ocasión con: 53.3% para depresión y 46.6% para ansiedad; también concuerda con éstos el estudio de Gómez, L., et. al. en el 2015, donde se encontraron prevalencias de 42.9% para depresión y 32.7% para ansiedad en pacientes hemodializados.

Los criterios diagnósticos más utilizados para ansiedad y depresión, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

En ambos casos, los principales elementos del tratamiento se basan en la psicoterapia y el uso de fármacos (antidepresivos y ansiolíticos) el objetivo del mismo es lograr la remisión completa de los episodios o crisis. El tratamiento debe ser individualizado.

Los pacientes en terapia de reemplazo renal son sometidos a procedimientos que modifican radicalmente su vida en cada uno de sus ámbitos, esto provoca un comportamiento negativo, disminución significativa de su interés y motivación para colaborar con el tratamiento. Entre los factores psicosociales relacionados a la calidad de vida de pacientes con ERC se encuentran ansiedad y depresión.

X. CONCLUSIONES

- La mayor parte de la población a estudio se encuentra en rango de edad de 51 a 60 años.
- Predomina el sexo masculino en la población en este estudio.
- Los pacientes de sexo masculino llevan más años sometido a sesión de hemodiálisis que el femenino en dicho estudio.
- La mayor parte de la población a estudio lleva de 0 meses a 1 año realizándose hemodiálisis.
- Se observa que el trastorno de ansiedad esta presenta en la población a estudio en las 4 categorías establecidas por el test de Beck, con un mayor porcentaje en el diagnóstico de ansiedad leve en total.
- Se observa que los trastornos de depresión están presentes en la población a estudio en más del 50% de esta en dicho estudio, cabe señalar la prevalencia del 11% de los pacientes globales que presentaron ideas suicidas los cuales necesitarán un seguimiento cercano.
- La población masculina resulta más afectada en ambos problemas de salud mental, dado que es el mayor porcentaje de la población en dicho estudio.

XI. RECOMENDACIONES

- Incluir en la atención de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, la atención psicosocial en los centros que prestan asistencia a estos mismos, porque las enfermedades mentales de estos pacientes deterioran la calidad de vida del mismo y del grupo familiar.
- La depresión y la ansiedad de los pacientes con ERC en diálisis, no debe llevar a la psiquiatrización, no recomiendo soluciones farmacológicas que llevan a los pacientes a la adicción a psicotrópicos.
- Fortalecer y empoderar a los pacientes renales crónicos instándolos a formar grupos de autoayuda, donde propongan estrategias de afrontamiento a través de las cuales puedan mejorar el estado de ánimo de los pacientes y recuperación de la autonomía y la esperanza, de manera que sean autogestores de una asistencia médica más eficiente a esta patología catastrófica de gran impacto para la economía de los pacientes, familias y del país.
- Las asociaciones médicas privadas y públicas, médicos internistas, nefrólogos, MINSA, INSS, instituciones educativas de la salud y empresas farmacéuticas, son instituciones que deberán comprometerse para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, Introducir al país equipos de auto diálisis y mantener la educación continua sobre su enfermedad.
- Que funcione el comité nacional de trasplante de órganos, según la ley 847, para que los pacientes con Enfermedad Renal Crónica tengan la esperanza de un trasplante renal, a la altura de desarrollo de la ciencia en esta materia.
- Al MINSA, que implemente campañas para la salud renal, sobre las principales causas de ERC (pesticidas, aguas contaminadas, infecciones renales crónicas, bebidas carbonatas, fármacos con nefrotoxicidad demostrada y drogas de uso recreativos).

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras F, Espinoza J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis. Revista de psicología y salud [Revista en línea] 2008 [Consultado 3 de abril de 2017]; 18: 165-179. Disponible en: https://www.google.com.ni/?gws_rd=cr,ssl&ei=GnXMVaEdxrp59Y6suAs#q=Caldad+de+vida%2C+autoeficacia%2C+estrategias+de+afrontamiento+y+adhesi%C3%B3n+al+tratamiento+en+pacientes+con+insuficiencia+renal+cr%C3%A9nica+sometidos+a+di%C3%A1lisis
2. Pelayo A, Cobo Sánchez J, Reyero López M, et al. Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [Revista en línea] 2011 [Consultado 7 de junio de 2017]; 14 (4): 242/249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113913752011000400006
3. Kassem Safa, MD Associate Medical Director for Living Donation, Kidney Transplant Program Assistant Professor of Medicine, Harvard Medical School Meghan Sise, MD Nephrology Department of Medicine <https://www.massgeneral.org/es/coronavirus/enfermedad-renal-y-el-COVID-19>
4. Morales Jaimes R, Salazar Martínez E, Flores Villegas F, Bochiccio Roccardelli T, López Caudana A. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: papel de la depresión. Gaceta Médica de México [Revista en línea] 2008 [Consultado 5 de junio de 2017]; Vol.144 (4):91-98. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n2/12_vol_144_n2.pdf
5. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis Anxiety and Depression in patients with chronic renal failure in hemodialysis therapy Villalobos, Walter 1; De León, Pablo 2 1) Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala 2) Coordinación de Trabajos de Graduación

- COTRAG- Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Correspondencia: drwrvg@gmail.com
6. McIntyre RS, Lee Y, Zhou AJ et al : The efficacy of psychostimulants in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 37 (4):412-418, 2017. doi: 10.1097/JCP.0000000000000723.
 7. Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn MLC, et al : Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 73(5):456–64, 2016. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0152.
 8. Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, et al : Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 80:555-572, 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.002.
 9. William Coryell, MD, Carver College of Medicine at University of Iowa.
 10. American Ps y chi atri c As s o ci ati o n. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition – Revised. Washington DC: Author.
 11. American Ps y chi atri c As s o ci ati o n. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC: Author.
 12. John W. Barnhill , MD, Weill Cornell Medical College and New York Presbyterian Hospital
 13. Gómez Vilaseca, L. Pac Gracia N. et. al. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Servicio de Nefrología, Hospital de Palamós. Gerona. España. Enfermería. 2015 [Consultado 30 Oct. 2017]; 18 (2): 112/117. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>
 14. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D : Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 19(2):93–107, 2017.
 15. Craske MG, Stein MB : Anxiety. *Lancet* 388:3048–3059, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6.
 16. Martínez Regalado I. Calidad de vida de pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Minatitlán, Veracruz. 2012

17. Alvarado R, Blanco I, Carreño Z, Martínez A, Vargas E, Puerta M, (2004): Apoyo familiar y la estabilidad emocional de los pacientes del programa de hemodiálisis de la unidad de nefrología. Nefrol Latinoam; p. 215.
18. Alvarez-Ude F. Fernandez-Reyes MJ. Vásquez A. Mon C, Sánchez R & Rebollo P. (2001). Nefrología,21(2), 191-9
19. Angulo M, Fonseca R, Gamboa S, Molleja Y, Vargas E, (2004): Vida social, familiar y laboral de los pacientes trasplantados renal de la unidad de nefrología. Nefrol Latinoam; p. 213.
20. Barros, C.A.S.M. & Barros, T.M. (1986). Dificultades emocionais encontradas na indicação de transplante renal relacionadoem crianças: relato de um caso. Rev. Pesquisa médica, 21(3), 40-44.
21. Bello Z, Casales JC, (2002): Psicología General. La Habana: Editorial

XIII. ANEXOS

Anexo #1



Sexo: Femenino

Masculino

Edad:

Años en Hemodiálisis:

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija entre las siguientes opciones la que mejor se acomode a su situación.

0: En absoluto.

1: Levemente, no me molesta mucho.

2: Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.

4: Severamente, casi no podía soportarlo.

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	○	○	○	○
2. Sensación de calor	○	○	○	○
3. Temblor de piernas	○	○	○	○
4. Incapacidad de relajarse	○	○	○	○
5. Miedo a que suceda lo peor	○	○	○	○
6. Marco o aturdimiento	○	○	○	○
7. Palpitaciones o taquicardia	○	○	○	○
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	○	○	○	○
9. Terrores	○	○	○	○
10. Nerviosismo	○	○	○	○
11. Sensación de ahogo	○	○	○	○
12. Temblores de manos	○	○	○	○
13. Temblor generalizado o estremecimiento	○	○	○	○
14. Miedo a perder el control	○	○	○	○
15. Dificultad para respirar	○	○	○	○
16. Miedo a morirse	○	○	○	○
17. Sobresaltos	○	○	○	○
18. molestias digestivas o abdominales	○	○	○	○
19. Palidez	○	○	○	○
20. Rubor facial	○	○	○	○
21. Sudoración (no debida al calor)	○	○	○	○

Inventario de Ansiedad de Beck

Anexo #2**5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)**

<i>Items</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones,cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias,cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipochondria	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipochondriacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Anexo #3

¿Qué has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes?	0	1	2	3	4
1-Estado Ansioso: Preocupaciones, temor que suceda lo peor, miedo anticipado, irritabilidad.					
2-Tensión: Sensación de tensión, fatiga, sobresalto a responder, llanto fácil, sensación de inquietud, no poder relajarse.					
3- Temores: a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4- Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, fatiga al despertar, pesadillas.					
5- Funciones intelectuales: Dificultad para concentrarse, mala o escasa memoria.					
6- Humor depresivo: Perdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar más temprano, cambios de humor.					
7-Síntomas Somáticos Musculares: Dolor muscular, espasmos o calambres, rigidez muscular, voz temblorosa, rechinar de dientes.					
8-Síntomas Somáticos Sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, frío o calor, debilidad, hormigueo, picazón o pinchazos en cuerpo.					
9-Síntomas Cardiacos: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de presión baja o desmayo, palpitaciones fuertes.					
10- Síntomas Respiratorios: opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, cansancio, sensación de falta de aire o no poder respirar.					
11-Síntomas Gastrointestinales: Dificultad para tragar, cólicos, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, náuseas, vómitos, heces blandas, constipación					
12-Síntomas Genitourinarios: perdida de libido, falta de menstruación, impotencia sexual.					
13-Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo: Boca seca, enrojecimiento, sudoración, mareo, dolor de cabeza, piel de gallina.					
14- Durante el test: inquietud, impaciencia, temblor en las manos, respiración rápida, palidez, eructos, deglución de saliva.					
15- Hipochondriaco: preocupación por el propio cuerpo, por la salud, quejas constantes, búsqueda de información en internet de enfermedades.					

Anexo #4

Grado de Ansiedad (Escala de Beck)		Score
Ansiedad Minina		0 a 7
Ansiedad Leve		8 a 15
Ansiedad Moderada		16 a 25
Ansiedad Severa o Grave		26 a 63

Grado de Depresión (Escala de Hamilton)		Score
No hay Depresión		0 a 7
Depresión Ligera		8 a 13
Depresión Moderada		14 a 18
Depresión Severa o grave		19 a 22
Depresión Muy Severa con riesgo suicida.		Mayor a 23