

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA



**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA  
RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS,  
HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA, ABRIL- AGOSTO 2007”**

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar  
al grado de Licenciado en  
Enfermería

PATRICIA AGUILERA MUÑOZ.  
VALDIVIA- CHILE  
2007

Profesor patrocinante:

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz  
Profesión : Enfermera-Matrona  
Grados : Magíster en Enfermería Medico Quirúrgica

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina  
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma.  
Profesión : Enfermero Universitario.  
Grados : Magíster en Salud Pública, Mención Salud Ocupacional

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina  
Firma :

2) - Nombre : Sra. Yannet González Castro  
- Profesión : Enfermera Universitaria  
- Grados : Especialista en Salud Familiar y Comunitaria

- Instituto : Enfermería  
- Facultad : Medicina

- Firma :

Fecha Examen de Grado:

## INDICE

	Pág.
RESUMEN	4
SUMMARY	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO	8
3.OBJETIVOS	19
4 .MATERIAL Y METODO	21
4.1. Tipo de estudio	21
4.2. Población en estudio	21
4.3. Criterios de exclusión	21
4.4. Lugar de desarrollo	21
4.5. Método e instrumentos de recolección de información	22
4.6. Tabulación y análisis de datos	25
4.7. Definición y operacionalización de variables	25
5. RESULTADOS	30
6. DISCUSIÓN	46
7. CONCLUSIONES	50
8. BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	56

## RESUMEN

Una de las enfermedades destacables por su frecuencia y gravedad, es la depresión, la cual, se ha convertido en un trastorno mental que afecta la vida de los pacientes en hemodiálisis, ya que ellos suelen ser una población vulnerable a presentar situaciones estresantes, lo que lleva a un deterioro de la propia imagen, las relaciones personales y altera la calidad de vida.

Por las características de este fenómeno, en esta investigación, se utilizó como marco conceptual el Modelo de los Sistemas de Betty Neuman centrado en el análisis de los Sistemas.

El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en hemodiálisis asistentes a la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el mes de junio del año 2007.

La metodología utilizada consistió en una investigación de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, correlacional, con corte transversal. a una población conformada por 19 pacientes, mayoritariamente de sexo femenino (68%) cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 93 años.

Se aplicó una encuesta auto administrada que incluyó el cuestionario de Beck, índice de Barthel, APGAR familiar y un cuestionario realizado por el investigador para la búsqueda de datos sociodemográficos y socioeconómicos. Además se realizó la revisión de fichas clínicas para completar datos del diagnóstico. Estos resultados fueron analizados luego de crear una planilla Excel, Microsoft Office XP, presentándolos a través de tablas y gráficos de distribución de frecuencia, logrando determinar que el 63% de la población presenta algún grado de depresión; el 15.7% posee depresión de tipo leve, el 42.8%, moderada, y el 5.2% grave. La mayor prevalencia se detectó, preferentemente, en hombres entre 15 a 30 años, o también a aquellos entre 47 a 62 años, que llevan tres años en tratamiento, procedentes de la zona urbana, sin pareja estable, que perciben ingresos económicos mensuales que promedian los 70.334 pesos, con baja escolaridad, y beneficiarios de Fonasa, con familia de tipo monoparental, tienen mas de una patología asociada, destacándose en mayores rangos, la Hipertensión Arterial y Diabetes, creen tener una salud en regulares condiciones y han intentado atentar contra su vida después de saber el tratamiento a seguir.

## SUMMARY

One of the illnesses important for its frequency and potential gravity is depression, which has turned into a mental disorder that affects increasingly the life of the patients in haemodialysis, since they are usually a population vulnerable to present stressful situations, which it takes to a deterioration of the proper image, the personal relations and ends up changing the quality of life.

For the characteristics of this phenomenon, in this investigation, I use as a conceptual frame the Betty Neuman's system model which is based on the system analysis.

The target was to determine the prevalence of depression in patients with Renal Chronic Terminal Insufficiency in haemodialysis assistants to the unit of dialysis of the Clinical Regional Hospital Valdivia, during June, 2007.

The used methodology consisted of an investigation of quantitative type, with a descriptive design of cross section to a population composed by 19 patients, for the most part of feminine sex (68 %) whose ages fluctuated between 18 and 93 years.

A survey self-administered that included Beck's questionnaire, Barthel's index, the familiar APGAR and a questionnaire realized by the investigator for the search of socio-demographic and socio-economic information. Also the review of clinical cards was realized to complete information of the diagnosis. These results were analyzed after creating a chart Excel, Microsoft Office XP, presenting them across stage and distribution graphs of frequency, with what it was possible to determine that 63 % of the population presents some type of depression, detached in 15.7 % that possesses depression of light type, 42.1 %, moderate, and 5.2 % severe. The biggest prevalence was detected in man between 15 and 30 years, or 47 and 62 years, which take three years in treatment, coming from the urban area, without a stable partner, who receive average monthly income of 70,334 pesos, with low levels of schooling, and Fonasa benefactor. Besides, they have a monoparental family, and more than one associated pathology, especially in higher ranks, Hypertension Arterial and Diabetes, they believed to have a regular health conditions and have been diagnostic depressed at the beginning of the treatment, which has led to try to undermine his life .

## 1. INTRODUCCIÓN

Depresión se define como un desorden mental que afecta el ánimo del individuo. Se puede manifestar de diferentes maneras, entre ellas, sensaciones de culpabilidad, temor y angustia, afectando las actividades diarias del individuo, pudiendo desencadenar una toma de decisiones desesperadas que lleven al suicidio. Esto trae consigo, repercusiones a nivel familiar, inquietud, preocupación y aflicción por parte de personas que rodean a la persona afectada.

La depresión es un problema de salud mental creciente en el mundo , destacándose como la cuarta causa de morbilidad a nivel mundial (MINSAL (1)),se estima que a futuro una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo, llegando en el 2020 a constituir una de las principales causas de discapacidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (OMS)

En Chile se calcula que entre el 5 y 12 por ciento de los hombres presenta algún trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida, mientras que en las mujeres ésta cifra se duplica alcanzando el 25 por ciento, de tal modo que, a raíz de éstos resultados el Ministerio de Salud ha implementado programas de atención para los pacientes con patologías psiquiátricas, facilitando la recuperación gracias a su incorporación dentro de las Garantías Explícitas en Salud. (Solís, 2006) .Sin embargo, la cobertura no es universal, puesto que, parte de ellos no pueden acceder al beneficio, a causa de situaciones patológicas específicas que presentan. Éste es el caso de pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Terminal y se encuentran con tratamiento de Hemodiálisis, cuya atención, no satisface de un modo integral al usuario, ya que, si bien, la vida de éstos está sometida a diferentes situaciones estresantes y amenazantes que pudiesen llegar a transformarse en nuevos casos de depresión , la información obtenida en pro de la calidad de vida no siempre es considerada por los profesionales de la salud, manifestándose por una falta de iniciativas para otorgar atención que incluya profesionales que puedan satisfacer las necesidades de ayuda en relación a estados alterados de ánimo, logrando que un porcentaje, nada despreciable, de pacientes presente trastornos ansiosos y depresivos como respuesta asociada a éstas situaciones que pueden pasar desapercibidas ante el personal de salud que les atiende.(Moreno, et al 2004)

Livesley WJ 1982, (citado por Atencio, 2004), encontró que “la frecuencia de ansiedad y depresión, y los trastornos de la personalidad, en pacientes sometidos a diálisis

crónica era significativamente mas alta que en sujetos sanos”. Las mujeres obtuvieron puntajes más altos de ansiedad y presentaron perturbaciones de la personalidad con más frecuencia.

En relación a lo anterior, la preocupación existente en torno a los estados depresivos de pacientes sometidos a hemodiálisis ha ido en aumento a medida que éstos se consideran como potenciales afectados por este fenómeno, considerándolo como factor de riesgo para la salud, lo que está motivando a implementar estrategias de parte de las autoridades sanitarias para mejorar la calidad de vida de estos usuarios.

En consecuencia, este fenómeno se presenta con gran magnitud en la población Chilena, considerando de forma específica a los pacientes que son tratados con hemodiálisis en la ciudad de Valdivia, motivando a experimentar cambios en la forma de otorgar cuidados al paciente por parte de enfermeras, incluyendo el planteamiento de un cuidado integral con enfoque familiar que prevenga, fortalezca y recupere la salud del individuo.

Por último, el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, asistentes al Hospital Clínico Regional Valdivia, lo que puede favorecer en gran medida la búsqueda de nuevas formas de atención por parte de profesionales del área y por ende, motivar a las autoridades sanitarias del establecimiento para velar por el cuidado integral de sus pacientes sustentándose en ésta base de datos que podría reflejar la existencia de dicho fenómeno, y optar por nuevas investigaciones para implementar en conjunto acciones de prevención con el propósito de conseguir la estabilidad del individuo y su familia.

## 2. MARCO TEÓRICO

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), también llamada Nefropatía en etapa terminal, es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, con incapacidad del organismo para la conservación del equilibrio de líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual determina un aumento en los niveles normales de Uremia, produciendo retención de desechos en la sangre. Algunas de las causas más comunes de IRC son la hipertensión arterial, diabetes, glomerulonefritis y enfermedades del corazón, produciendo síntomas y signos como: falta apetito, vómitos, cefaleas, insomnio, fatiga, irritabilidad, falta de tonicidad muscular, prurito, sequedad de piel, palidez, calambres, mal aliento entre otros (Brunner y Suddarth, 2002)

En Chile, las etiologías más frecuentes de IRCT en adultos según MINSAL (2) son:

- Diabetes I y II : 30.4 %
- Hipertensión arterial : 11.4 %
- Glomerulonefritis crónica : 10.2 %
- Desconocida : 24.4 % (diagnóstico en etapa terminal)

Informes del *United States Renal Data System* (USRDS, 2004) señalan que existe un aumento de la incidencia y prevalencia de IRCT en Estados Unidos en las últimas dos décadas, situando a los varones en 404 casos por millón de población y en las mujeres en 280 casos por millón de población. En Europa, donde la incidencia de IRCT es claramente inferior a la de Estados Unidos, se ha detectado un incremento anual cercano al 5% de pacientes en diálisis o con un trasplante renal.

En relación a nuestro país, la Sociedad Chilena de Nefrología a través de su XXV Cuenta de Hemodiálisis Crónica (Poblete, 2005) expresa que al 31 de agosto de 2005 la prevalencia de pacientes en hemodiálisis fué de:



P a i s	:	197 Unidades
Hospitales	:	37 Unidades - 1.518 Pacientes
Centros	:	160 Unidades - 9.175 Pacientes
	:	197 Total      10.693 Pacientes

En virtud de lo anteriormente señalado, las cifras que indican la magnitud de pacientes que se hemodializan en Chile se podrían considerar aumentadas significativamente por cada año que transcurre, ya que, éste total, en 2004, era de 9.982 y para el año siguiente se incrementó a 711 nuevos casos. (Poblete, 2005)

De ello también resulta que, a escala mundial, la cifra de pacientes en diálisis, en 1990, era un poco menos de 500.000; en la actualidad supera el millón y se estima que en 2010 habrá algo más de 2 millones de pacientes en programas de diálisis. (Flores, 2006)

En Valdivia, Chile, existen actualmente dos centros de diálisis. El primero, es un centro acreditado, uno de los cuatro acreditados para formación de Nefrólogos vigentes en Chile, reconocido a nivel mundial por la *National Kidney Foundation* de Estados Unidos, incluye asistencia e investigación y funciona como laboratorio de nefrología e histocompatibilidad de la Universidad Austral de Chile. Funciona desde 1985 y está habilitado con equipamiento de alta complejidad, lo que le permite cubrir las necesidades de los programas de procura de órganos y trasplante renal desde la novena hasta la duodécima región. Desde sus comienzos hasta la fecha, en Valdivia se han efectuado 219 trasplantes y a nivel de país, hay 770 pacientes en espera de trasplante renal, destacándose que la cuarta parte de esta población, lo atiende dicho centro.

Debido a las garantías mencionadas, éste centro atiende diariamente a más de 150 pacientes, los cuales se mantienen al cuidado de cinco enfermeras por turno.

Por el contrario, el otro lugar encargado de la atención de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, es la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, el cual lleva sólo tres años funcionando, se inició debido a la gran demanda de usuarios que existía en la región. No está acreditado, ni es centro de investigación, pero si cuenta con profesionales capacitados en el área nefrológica, es más pequeño y se atienden 30 pacientes crónicos semanalmente. Cuenta con 3 enfermeras que rotan en turnos (2 en cada uno) además de un medico, 3 Paramédicos y 1 auxiliar.

Todos estos pacientes se atienden bajo el régimen de garantías explícitas en salud consistente en: (MINSAL (2) )

**Patologías Incorporadas:**

- Toda Insuficiencia Renal Crónica Terminal

**Acceso:**

- Beneficiario con confirmación diagnóstica.

**Oportunidad tratamiento desde confirmación Diagnóstica:**

- Menores de 15 años: Inicio de Peritoneo diálisis: dentro de 21 días  
Hemodiálisis: según indicación médica
- 15 años y más: Inicio de Hemodiálisis: dentro de 7 días

**Contraindicaciones de Hemodiálisis en menores de 15 años y de 15 años y más**

- Cáncer Activo
- Enfermedad Crónica con esperanza de vida menor de dos años

## Protección financiera por FONASA

(El porcentaje de los copagos es de 20%)

<u>Prestaciones</u>	<u>Periodicidad</u>	<u>Arancel</u>	<u>Copago</u>
Hemodiálisis	Mensual	467.490	93.500
Acceso vascular simple para hemodiálisis	Por evento	303.850	60.770
Acceso vascular complejo para hemodiálisis	Por evento	572.420	114.480
Instalación catéter transitorio	Por evento	68.250	13.250

En relación al tratamiento, a mediados del siglo pasado se comenzó a tratar a los pacientes renales sumergiéndoles en bañeras con agua caliente; la piel hacía de membrana y las toxinas se difundían en el agua, ésto ocurrió hasta que Graham, catedrático de química inglés, describió el concepto de ósmosis en el año 1850, usando el pergamino vegetal como una membrana semipermeable y, por primera vez, se usa el concepto de Diálisis.

Actualmente, el tratamiento más utilizado por la medicina para tratar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es la Diálisis que puede ser de dos tipos; hemodiálisis y diálisis peritoneal, ambas, diferenciadas por el lugar donde ocurre la filtración de los residuos, de ésta forma, se puede señalar que la primera, ocupa un filtro artificial conectado a una máquina y la segunda, ocupa el peritoneo de la persona como barrera de filtración. (Catóni y Palma, 2000)

A diferencia de la peritoneo diálisis, la hemodiálisis se realiza la mayor parte del tiempo en hospitales o centros especializados y los pacientes que padecen de IRCT deben asistir cada tres días por semana o según la gravedad de la situación, permaneciendo conectados al dializador por varias horas, evitando así la muerte, ya que, aunque no cura, revierte o compensa la perdida de las actividades endocrinas o metabólicas de los riñones, permaneciendo dependientes a este tratamiento el resto de su vida o al menos que reciban un trasplante renal con éxito.

Este tipo de procedimiento es invasivo para algunos pacientes, ya que, deben ser puncionados de forma constante para poder acceder a la vía sanguínea y, así, poder realizarlo.

El acceso a la sangre se obtiene por tres vías: (Borrego, 2003; *National kidney foundation*, 2006)

- **Fístula**: Ésta corresponde a la unión de una arteria con una vena cercana por debajo de la piel, lo que favorece a la formación de un vaso sanguíneo más grande, que permite el recorrido de una mayor cantidad de sangre. Se puede realizar entre la arteria Radial y vena Cefálica, como también, entre la arteria y vena Humeral.
- **Injerto**: Éste método consiste en la utilización de un tubo de plástico que une una arteria a una vena por debajo de la piel y se utiliza en caso de que los vasos sanguíneos no sean adecuados para hacer una fístula.

Una vez que la fistula o injerto haya cicatrizado, se procede a la instalación de dos agujas, una del lado de la arteria y la otra del lado de la vena. Las agujas están conectadas a tubos de plástico que llevan la sangre al dializador, en el cual se la limpia y se la lleva de vuelta a su organismo.

- **Catéter**. Éste catéter puede ser introducido en una vena de gran calibre del cuello o del tórax y a diferencia del injerto y la fístula tienen la capacidad de conectarse de forma directa a los tubos de la máquina de diálisis sin la utilización de agujas. Su uso a través del tiempo dependerá de las condiciones del paciente.

A pesar de esto, los nuevos avances tecnológicos de la medicina para tratar la insuficiencia renal crónica en su etapa terminal no abarcan todas las necesidades del individuo, ya que, si bien, la hemodiálisis ayuda a sostener la vida, no altera el curso natural de la enfermedad, ni reemplaza por completo la función del riñón, razón por la cual, el paciente puede sufrir algunas complicaciones durante el tratamiento. (Brunner y Suddarth 2002)

Tales como:

- **Hipotensión**: Ésto ocurre principalmente por la eliminación de líquido del organismo.

- **Nauseas, Vómitos, Diaforesis, Taquicardia y Mareos:** Cuando aparecen estas complicaciones se debe principalmente al resultado de la hipotensión.
- **Calambres Musculares:** Suelen ser dolorosos y se presentan como respuesta a la salida brusca de electrolitos y líquidos al espacio extracelular.
- **Exanguinación:** Esto ocurre cuando las líneas sanguíneas se separan o las agujas de diálisis se desalojan en forma accidental.
- **Arritmias:** Son una posibilidad debido a cambios en los electrolitos y el ph o a la remoción de medicamentos antiarrítmicos durante la diálisis.
- **Embolias Aéreas:** Es bastante inusual, pero, pueden ocurrir si entra aire al sistema vascular del paciente.
- **Cefaleas, Reducción nivel de conciencia, y Convulsiones:** Ocurren por desviaciones del líquido cerebral.

Asimismo, como el proceso de hemodiálisis trae repercusiones en relación a la parte orgánica del individuo, también lo afecta psicológicamente, ya que, después de llevar una vida prácticamente normal y convertirse en un enfermo crónico, se ve afectado con la sensación de seguridad, la auto imagen, y debe enfrentarse a ser, quizás, una nueva persona.

Existen dos momentos críticos que exponen al enfermo y a su familia a un mayor sufrimiento. El primero es cuando se le informa de su entrada en diálisis, y segundo, la propia entrada, siendo para la mayoría de los pacientes, ésta última, la que los lleva a percibir su futuro tratamiento como algo negativo, como el final, como el fracaso del esfuerzo realizado. ( Marin y Mas Hesse, 1998)

De ahí que, los esfuerzos realizados por los pacientes parecen nulos a la hora de relacionarlos con los estándares de vida que ellos creen que volverán a tener, puesto que, en muchos casos, este resultado no es el esperado, porque, comienza la reducción de las actividades, en algunos casos, se suspende la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, se pierde en parte, el poder adquisitivo y aparece un cambio en el tiempo libre, que, con frecuencia, está vacío. ( Marin y Mas Hesse, 1998)

Las respuestas emocionales más frecuentes del enfermo renal están relacionadas con la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo, en éste caso , depresión, que produce un cambio en la personalidad del individuo provocando un descenso en el cuidado personal, lo que supone un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento médico, dieta, alimentos y líquidos. De ello resulta, la preocupación por parte del Ministerio de Salud para otorgar cuidados específicos a pacientes bajo estas condiciones, considerando que la depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en ellas. (MINSAL (1) )

Por consiguiente, la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (MINSAL (3) )

Los trastornos depresivos han sido clasificados por el Ministerio de Salud de Chile y su programa de Garantías Explícitas en Salud según la clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR), los cuales consideran tres niveles de depresión: leve, moderado o grave. (MINSAL (3) )

Con el objeto de clasificar a los pacientes según su estado depresivo la OMS, determinó características que debían ser propias de las personas con depresión, las cuales se deben considerar para diagnosticar la patología, destacándose entre ellas el decaimiento del ánimo relacionado con situaciones tales como: (MINSAL (3) )

- Reducción de la energía
- Disminución de la actividad
- Deterioro de la capacidad de disfrutar
- Sueño perturbado

- Disminución del apetito, peso y libido
- Sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza.

No obstante, la clasificación CIE se limita en casos específicos en que la patología del individuo afecta los resultados que se obtienen tras realizar el cuestionario, ya que, en casos como el de los pacientes hemodializados, los resultados esperados, a veces, no se relacionan con un estado de ánimo alterado, sino que, éstos son producto de la propia enfermedad, así, se puede mencionar que por su condición existe una actividad disminuida, perturbaciones en el sueño, disminución del apetito y baja de peso, entre otras características propias de la alteración renal.

A fin de que, se encuentre solución a éste impedimento, investigadores en el tema han propuesto la búsqueda y desarrollo de instrumentos para la detección de la depresión, con características muy específicas. Así pues, éstas deben ser breves, no deben requerir de un especialista en salud mental para su aplicación, no incluyen síntomas físicos que pueden transformarse en una dificultad para la pesquisa de resultados deseados y deben ser sensibles al efecto de una intervención. (Lara, Mondagron, Navarro, y Rubí ,2002)

Uno de estos modelos es el de Beck, 2006, compuesto por una tríada cognitiva que consiste en involucrar al individuo con una visión negativa de si mismo; una visión negativa del funcionamiento presente, y una visión negativa del futuro. Consta de 21 ítems con cuatro opciones cada uno, y un puntaje que puede variar de 0 a 63 puntos, que a su vez, se puede dividir en cinco categorías que evalúan la intensidad de la depresión según población normal, depresión leve, moderada y grave. (Lara y cols, 2002)

Por otra parte, es necesario mencionar que los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, siendo dos veces más frecuente entre las mujeres de 20 y 45 años. (MINSAL (1))

Del mismo modo, Coscarelli C 1990, (citado por Atencio y cols.) , coincide con éste fenómeno, ya que, al realizar un estudio de la influencia del sexo y condición social en los trastornos psicológicos relacionados con la hemodiálisis, demostró que las personas de clase social baja tienen mayor riesgo y las mujeres se deprimen mas que los hombres.

Ésta problemática, afecta cada día mas a nuestro país, así lo constata la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía de Chile, que expresa que a Octubre de 2006 ochocientos mil chilenos sufren de ésta patología y que de los afectados, el 85% de las mujeres piensan en el suicidio, y sólo el 15% de los hombres están de acuerdo con este desenlace. En efecto, el panorama mental de los chilenos no es auspicioso. Según la Organización Mundial de la Salud, de no considerar la importancia de abarcar ésta patología y mejorar así la calidad de vida, podría ocupa el primer lugar entre las enfermedades que generan mayor perdida de años por discapacidad de aquí al 2020. Superando incluso a los problemas coronarios. ( *Archivos Históricos, Social y Políticos Chile, 2006* )

Dra. Mariane Delgado, psiquiatra encargada del Programa de Salud Mental del Servicio de Salud Valdivia expresa que bajo este programa se atendieron en la provincia durante el año 2006, un total de tres mil quinientas personas por trastornos depresivos. Ésto dista bastante de los resultados obtenidos en el año 2001, cuando se inició el plan piloto, que abarcó Valdivia, La Unión y Panguipulli y totalizó trescientos casos. ( *Sociedad Periodística Araucanía, 2007* )

La depresión puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, un entorno que se suele dar de manera constante en un hemodializado, así lo señala un estudio realizado por la *Universidad de Granada en España*, que analizó las alteraciones psicopatológicas más prevalentes en un total de 88 pacientes de una unidad de diálisis hospitalaria, encontrando que las principales psicopatologías diagnosticadas en los dializados habían sido los trastornos cognitivos y depresivos en un 36% ( Castellón, Cerezo, Herrera, Rubio, Villa verde, 2000)

De la misma forma, la *Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Sma. Concepción Chile*, dió a conocer una investigación en el Congreso de Nefrología, hipertensión y trasplante (2006), acerca de los resultados obtenidos en un estudio de la prevalencia de depresión en 93 pacientes hemodializados (60 hombres / 33 mujeres), demostrando que la depresión es una patología prevalente, ya que, el 69,64% obtuvo un puntaje en la categoría depresión moderada a severa, con una mayor prevalencia en mujeres. (Alid, Merida, Müller, Kirsten y Zúñiga, 2006)

Concluyendo, podemos considerar a los pacientes hemodializados como propensos a sufrir trastornos del ánimo, desencadenando con ello, otro tipo de problemáticas que culminan en alteraciones en la vida diaria, en los roles sexuales y familiares, iniciando sentimientos de perdida, angustia y desesperación, puesto que, se debe considerar el hecho de estar gran parte del día dentro de una sala, conectado a maquinas, alejándose de su ambiente social , perdiendo



la interacción con su grupo de amigos y también sufriendo las repercusiones del tratamiento; dolor, cansancio y reacciones adversas , además de considerar los signos y síntomas de otras patologías concomitantes que aumentan su condición de dependencia. (Marín y Mas Hesse, 1998)

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica que permanece en diálisis, vive día a día a la espera de un trasplante que podría prolongar su vida, e incluso podría dejar al margen algunos acontecimientos que potencian la alteración del ánimo, como la pérdida de la visión a causa de la diabetes, enfermedad concomitante que se presenta en la mayoría de los casos de insuficiencia renal crónica. La vida de los pacientes en diálisis se ve gravemente afectada, aún mas, en las personas no videntes que se dializan. La falta de visión los posiciona en un lugar de soledad e incomunicación, todo es extraño, ven obstaculizada la posibilidad de conocer el mundo de la diálisis y a las personas que interactúan con él.

El caso es que, todos los factores estresantes presentes en el paciente que se hemodializa afectan de una u otra forma los estados de ánimo, y con eso, la vida del individuo.

Es así, como *Betty Neuman* (1972) , Enfermera en Salud Mental, propone su modelo de los Sistemas, el cual permite una mejor comprensión de los fenómenos de Enfermería, que están influidos por múltiples factores estresantes, facilitando la investigación y adelantándonos a los efectos de un fenómeno, que se puede prevenir.

De tal modo, que describe a la persona como “un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo”. Además, la salud, depende de como la persona, tras la retroalimentación, ha experimentado el significado que para él representa su grado de bienestar o de enfermedad, y la conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre ambos. (Marriner, A. 1999)

Desde su perspectiva, existen tres niveles en los cuales puede actuar enfermería:

- “*Prevención primaria*” Son las acciones que se realizan antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión, aún no se produce la reacción, pero se conoce el grado de riesgo. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción, para esto se debe reforzar el enfrentamiento o la propia línea.

- *“Prevención secundaria”* Son las intervenciones o tratamientos que se entregan después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa, tras la aparición de los síntomas de la depresión. Se emplean los recursos del paciente para estabilizar el sistema y reducir la reacción.
- *“Prevención terciaria”* Se produce después del tratamiento activo y acompaña al restablecimiento del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad, de ésta forma, se conduce nuevamente a la prevención primaria.

En conclusión, enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente, de ésta forma, se hace necesario complementar una visión integral de las distintas disciplinas que interactúan en el bienestar de las personas y promover el cuidado de la salud, mejorar la calidad de vida, prevenir factores de riesgos y ,quizás lo más importante, favorecer el cambio de rol, de “paciente” a “sujeto participante” en el cuidado y prevención de su salud

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL 1**

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante Julio del año 2007.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la presencia y nivel de depresión que presentan los pacientes
- Relacionar la prevalencia de depresión con el perfil sociodemográfico, de los pacientes hemodializados

#### **OBJETIVO GENERAL 2**

- Determinar el perfil de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante Julio del año 2007.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir al grupo estudio según características sociodemográficas
- Identificar las características socioeconómicas de los pacientes tratados con hemodiálisis

- Identificar las características de la familia del paciente en tratamiento de hemodiálisis según tipo de familia, rol familiar que desempeña y percepción del funcionamiento familiar
- Identificar pacientes que han tenido trasplantes fallidos y que están siendo dializados.
- Identificar a pacientes que hayan tenido antecedentes de depresión previa e intentos de suicidio

## **4. MATERIAL Y METODO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO:**

- Investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo, correlacional, con corte transversal.

### **4.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:**

La población en estudio está conformada por 20 pacientes diagnosticados de Insuficiencia Renal Crónica Terminal que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Clínico Regional Valdivia. El estudio se realizará durante Abril- Agosto 2007.

### **4.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

. Pacientes que no deseen participar del estudio.

Pacientes en los cuales se encuentre afectado el estado de conciencia aquellos días en que se aplique el instrumento para la realización del estudio.

### **4.4. LUGAR DE DESARROLLO:**

Unidad de Diálisis, Hospital Clínico Regional, Valdivia, Chile.

#### **4.5. MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:**

Para la recolección de información se utilizó la revisión de fichas clínicas de los pacientes, un instrumento tipo encuesta creado por el investigador, el cuestionario de Beck, índice de Barthel, además, de instrumentos para la valoración familiar, todos éstos aplicados en una entrevista con el usuario y anexados en un sólo cuestionario. Previamente se solicitó a los pacientes el consentimiento informado.

Para responder la encuesta, se dispuso de dos métodos:

- Para los primeros 3 ítems el investigador leyó las preguntas y marcó las respuestas que consideró adecuadas.
- Segunda parte: cuestionario de Beck y el índice de Barthel, los cuales fueron autoadministrados por cada paciente y en el caso de personas ciegas y/o analfabetas el investigador consignó la respuesta dada, previo consentimiento de éste.

Este instrumento está dividido en 3 Items:

##### **ITEM. I**

##### **INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN.**

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Procedencia
- Residencia
- Red de apoyo
- Ingreso económico mensual
- Escolaridad
- Ocupación
- Previsión

## **ITEM. 2**

### **INFORMACIÓN REFERENTE A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE**

- Tipo de familia
- Rol familiar que desempeña
- Percepción del funcionamiento familiar (APGAR familiar)
- Red de apoyo social (Ecomapa)

## **ITEM. 3**

### **CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE Y PRESENCIA O AUSENCIA DE DEPRESIÓN.**

- Tiempo de exposición (años en tratamiento)
- Duración del tratamiento
- Síntomas post tratamiento
- Enfermedades concomitantes
- Percepción del estado salud actual.
- Nivel de dependencia
- Número de trasplantes fallidos
- Antecedentes de depresión
- Intentos de suicidio

Para determinar la presencia de depresión se utilizó el cuestionario de Beck (1996) y el índice de Barthel (2001), para valorar el nivel de dependencia.

### **CUESTIONARIO DE BECK.**

Este Inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, la que mejor se aproxima a su estado durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la pérdida de peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo alguna dieta. En caso de que lo esté, se otorga la puntuación de 0 en el ítem.

### Los puntos de corte figuran de la siguiente manera (17)

- Población Normal (sin depresión): 0-13 puntos
- Depresión leve: 14-19 puntos
- Depresión moderada: 20-28 puntos
- Depresión grave: 29- 63 puntos

#### 4.5.2. INDICE DE BARTHEL (IB)

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente. El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. (Abad, 2001)

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si está en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

**Puntuación**



#### 4.6. TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS:

Se creó una planilla Excel, Microsoft Office XP, con el fin de analizar cada variable y la relación que existe entre éstas. Los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos de distribución de frecuencia.

#### 4.7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables Independientes	Definición Nominal	Definición Operacional
<b>(a) -Edad</b>	Tiempo que ha vivido la persona, expresado en años, al momento del estudio	(1) -15-30 años (2) -31-46 años (3) -47-62 años (4) -63-77 años (5) -78-93 años
<b>(b) -Sexo</b>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	(1) -Femenino (2) -Masculino
<b>© -Estado Civil</b>	Situación civil en relación a la pareja que presenta la persona en el momento del estudio	(1) -Soltero (2) -Casado (3) -Viudo (4) - Separado (5) - Otros
<b>(d) - Residencia</b>	Lugar geográfico en el cual vive la persona actualmente	(1) -Valdivia (2) -Otra Ciudad
<b>(e) -Procedencia</b>	Lugar geográfico, determinado por la accesibilidad y el N° de familias, (de donde viene la persona a realizar el tratamiento)	(1) -Urbano (2) -Rural
<b>(f) -Nivel Educativo</b>	Estudios cursados en el sistema formal de educación	(1) -Analfabeto (2) -Básica completa (3) -Básica Incompleta. (4) -Media completa (5) -Media Incompleta. (6) -U. Completa. (7) -U. Incompleta. (8) -Tec. Profesional
<b>(g)-Ingreso Económico mensual</b>	Condición que indica si el paciente recibe dinero mensualmente	(1) - Si (2) -No (3) Cuanto _____

<b>(h) -Ocupación</b>	Situación contractual en que la persona realiza actividades con recompensa monetaria	<p>(1) <u>-Empleado:</u> Contratado recibiendo sueldo mensual.</p> <p>(2) <u>-Trabaja por cuenta propia:</u>  Sin empleador recibe sueldo no establecido</p> <p>(3) <u>-Empleador:</u> Contrata y dirige la realización del trabajo.</p> <p>(4) <u>-Cesante:</u>  Sin trabajo</p> <p>(5) <u>Trabajo Esporádico</u>  Sólo de vez en cuando</p>
<b>(i) -Red de Apoyo Social</b>	Proceso de interacción con otros individuos donde la persona recibe ayuda de tipo emocional, psicológico y en algunos casos financiero	<p>(1) -Amigos</p> <p>(2) -Familiares</p> <p>(3) -Junta de vecinos</p> <p>(4) -Iglesia</p> <p>(5) -Otros</p>
<b>(j) -Rol Familiar</b>	Función que cumple el individuo dentro de la familia influenciando a los miembros de ésta.	<p>(1) -Jefe del Hogar</p> <p>(2) - Integrante</p>

<b>(k) -Tipo de Familia</b>	Clasificación estructural de la familia	<p>(1) -<u>Nuclear</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simple: pareja sin hijos.</li> <li>- Con hijos</li> </ul> <p>(2) -<u>Monoparental</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uno de los padres y los hijos.</li> </ul> <p>(3) -<u>Extensa</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos y miembros que pueden o no ser parientes.</li> </ul> <p>(4) -<u>Unipersonal</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compuesta por una persona.</li> </ul>
<b>(l)-Percepción del funcionamiento Familiar</b>	Visión del individuo acerca de su familia. Valorado por cuestionario Apgar.	<p>(1) -Buena</p> <p>(2) -Moderada</p> <p>(3) -Severo</p>
<b>(m) -Previsión</b>	Institución relacionada con la salud que financia total o parcialmente el tratamiento de hemodiálisis	<p>(1) -Fonasa</p> <p>(2) -Isapre</p> <p>(3) -Ninguna</p> <p>(5) -Otro. ¿Cual? _____</p>
<b>(n) -Duración tratamiento hemodiálisis</b>	Tiempo expresado en horas diarias que dura el tratamiento expuesto a la máquina de diálisis	<p>(1) -2 horas</p> <p>(2) -3 horas</p> <p>(3) -4 horas</p> <p>(4) -5 horas</p> <p>(5) -6 horas</p>

<b>(o) -Tiempo exposición a hemodiálisis</b>	Tiempo expresado en años que la persona lleva en tratamiento de hemodiálisis	(1) -1 a 5 años (2) -6 a 10 años (3) -10 a mas años
<b>(p) -Percepción estado de salud</b>	Visión que tiene el paciente acerca de su propia salud	(1) -Buena (2) - Regular (3) -Mala
<b>(q) -Enfermedades Concomitantes</b>	Enfermedades que tiene el paciente además de la Insuficiencia Renal Crónica	(1) -Diabetes (2) -HTA (3) Insuf. Cardiaca (4) -Otras
<b>(r) -Nivel de Dependencia</b>	Capacidad del individuo para realizar actividades de la vida cotidiana con o sin ayuda	(1) -Grave (2) -Moderado (3) -Leve (4) Independiente
<b>(s) -Antecedentes depresivos</b>	Antecedentes antiguos que indican que le paciente ha tenido Depresión	(1) -Si (2) -No
<b>(t) -Síntomas post Diálisis</b>	Fenómeno negativo que aparece después del tratamiento	(1) -Si (2) -No
<b>(u) -Trasplantes fallidos</b>	Presencia de algún trasplante renal durante el tiempo con la patología	(1) -Si (2) -No
<b>(v) -Intentos de suicidio</b>	Ocurrencia de intentos para terminar con la propia vida	(1) -Si (2) -No

Variables Dependientes	Definición Nominal	Definición Operacional
<b>(w) -Diagnostico depresión</b>	Nivel de depresión que presenta el paciente al momento del análisis	<p>(1) - Población Normal : 0-13 puntos</p> <p>(2)-Depresión leve: 14-19 puntos</p> <p>(3)-Depresión moderada: 20-28 puntos</p> <p>(4)-Depresión grave: 29- 63 puntos</p>

## **5. RESULTADOS**

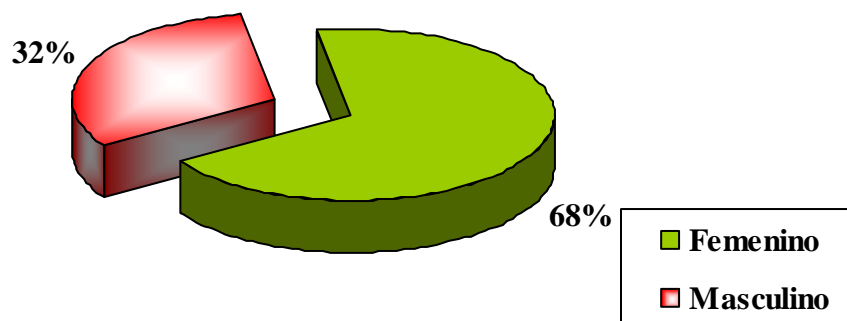
Los resultados expuestos a continuación fueron obtenidos a través de información recolectada por medio del análisis de fichas clínicas y aplicación del instrumento creado por el investigador. Éste último, fue autoadministrado por 19 de las 20 personas que conforman la población de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis atendidos en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia, y sólo, uno de ellos, presentó las características que son consideradas como criterios de exclusión.

Los datos son presentados a través de gráficos y tablas en relación al objetivo general y objetivos específicos propuestos en la investigación.

## TIPO DE DEPRESIÓN SEGÚN ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS.

GRAFICO 1

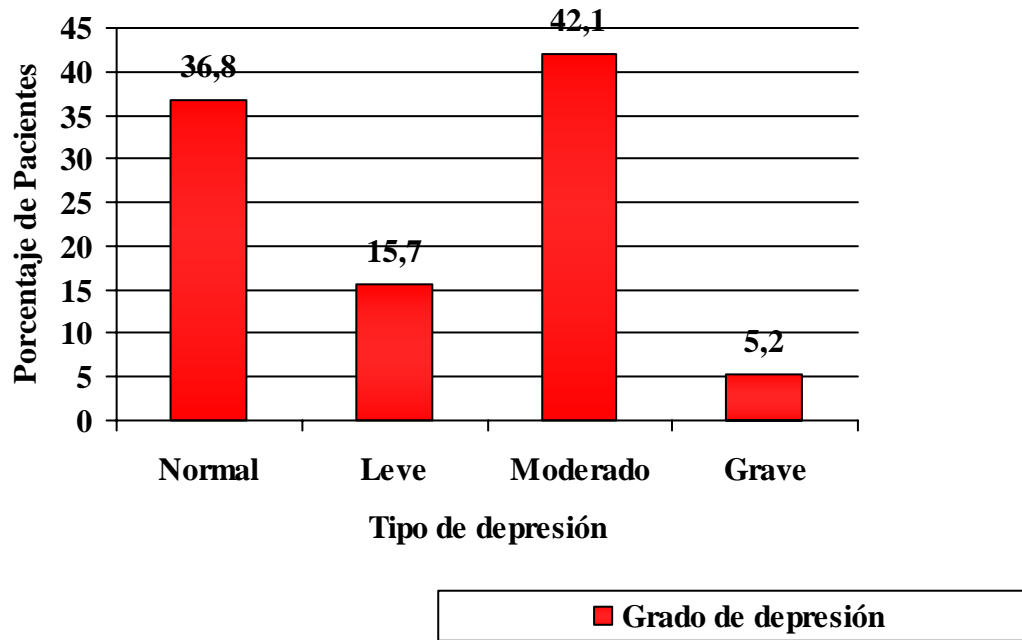
**Distribución porcentual de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodialisis ,segun sexo.  
Unidad de Dialisis HCRV.Junio 2007**



El presente gráfico ilustra que del total de personas asistentes a la unidad, 13 son mujeres, correspondiendo al 68% de la población estudiada, y el 32% restante pertenece al sexo masculino (6 de 19) concluyendo que la relación hombre / mujer es de 1:3, destacándose éstas últimas como los principales usuarios en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

GRAFICO 2

**Distribución porcentual de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodialisis según grado de depresión  
Unidad dialisis HCRV. Junio 2007**

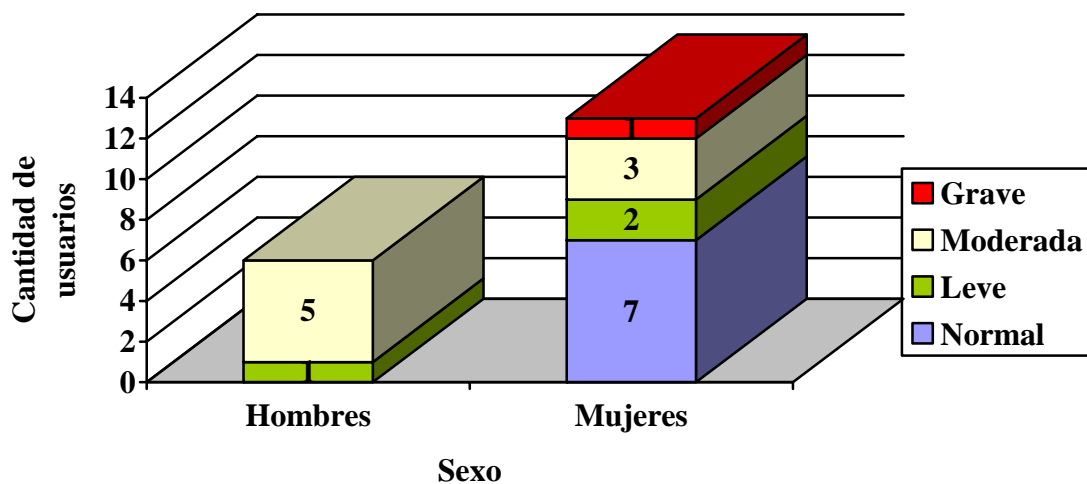


El 36.8% de los pacientes se encuentra en un rango normal, con ausencia de un trastorno depresivo. Al contrario, mas del 50% de los pacientes tiene algún grado de depresión, destacando la de tipo moderada (42.8).



GRAFICO 3

**Distribución numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis según sexo y grado de depresión ,Unidad Diálisis HCRV.Junio 2007**



De los 19 pacientes en estudio, 12 presentaron síntomas depresivos, cuya división según sexo da a conocer que las mujeres tienden a presentar depresión en todos sus grados, mientras que en los hombres, se presenta la depresión leve y la moderada. Por otra parte, la depresión de tipo moderada es la que mas caracteriza a la población masculina, (3 de 8) y a la femenina (2 de 3)

TABLA 1

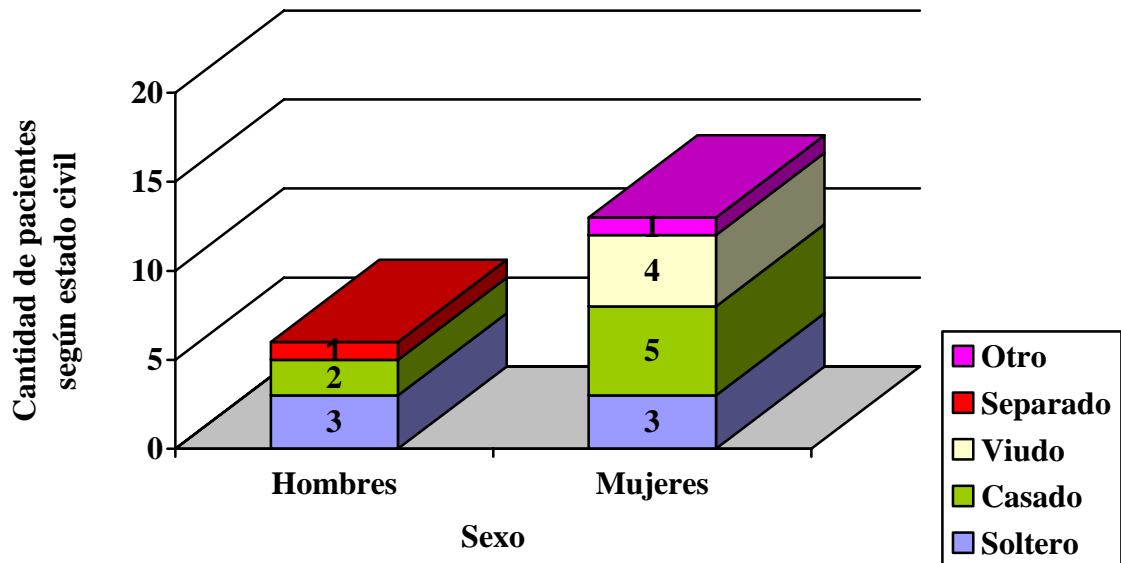
**Distribución de pacientes con Insuficiencia renal Crónica Terminal en  
tratamiento de hemodiálisis según Edad y Grado de depresión.  
Unidad diálisis HCRV. Junio 2007.**

<b>Tipo de depresión en relación a la Edad</b>										
<b>Tipo</b>	<b>Normal</b>		<b>Leve</b>		<b>Moderada</b>		<b>Grave</b>		<b>Total</b>	
<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>15-30</b>	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	3	100
<b>31-46</b>	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0	3	100
<b>47-62</b>	0	0	1	25	3	75	0	0	4	100
<b>63-78</b>	4	50	1	12.5	2	25	1	12.5	8	100
<b>79-93</b>	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
<b>Total</b>	7	37	3	15.6	8	42	1	5.2	19	100

El grupo de personas en tratamiento de hemodiálisis esta compuesto preferentemente por individuos de 63 a 78 años de edad, y de ellos, el 50% presenta algún grado de depresión, predominando la moderada (25%). A pesar de esto, la depresión se encuentra presente prácticamente en todos los rangos de edades, con mayor frecuencia en el rango de 47 a 62 años, que a pesar de que solo 4 pacientes se consideran en esta categoría, todos ellos, presentan depresión, destacándose también la moderada (75%) Por lo tanto, el grado de depresión mas prevalente en los pacientes hemodializados del HCRV es el moderado (42%)

GRAFICO 4

**Distribución numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, según sexo y estado civil. Unidad Diálisis HCRV. Junio 2007**



La mitad de los hombres son solteros (3 de 6), mientras que los otros 3 restantes, tienen (2 de 6) o han tenido pareja (1 de 6).

Actualmente, la mayoría de las mujeres, tiene pareja (6 de 13) y 4 de ellas son viudas.

Se puede concluir, que lo más frecuente entre los pacientes, independiente del sexo que tengan, es haber establecido una relación de pareja.

TABLA 2

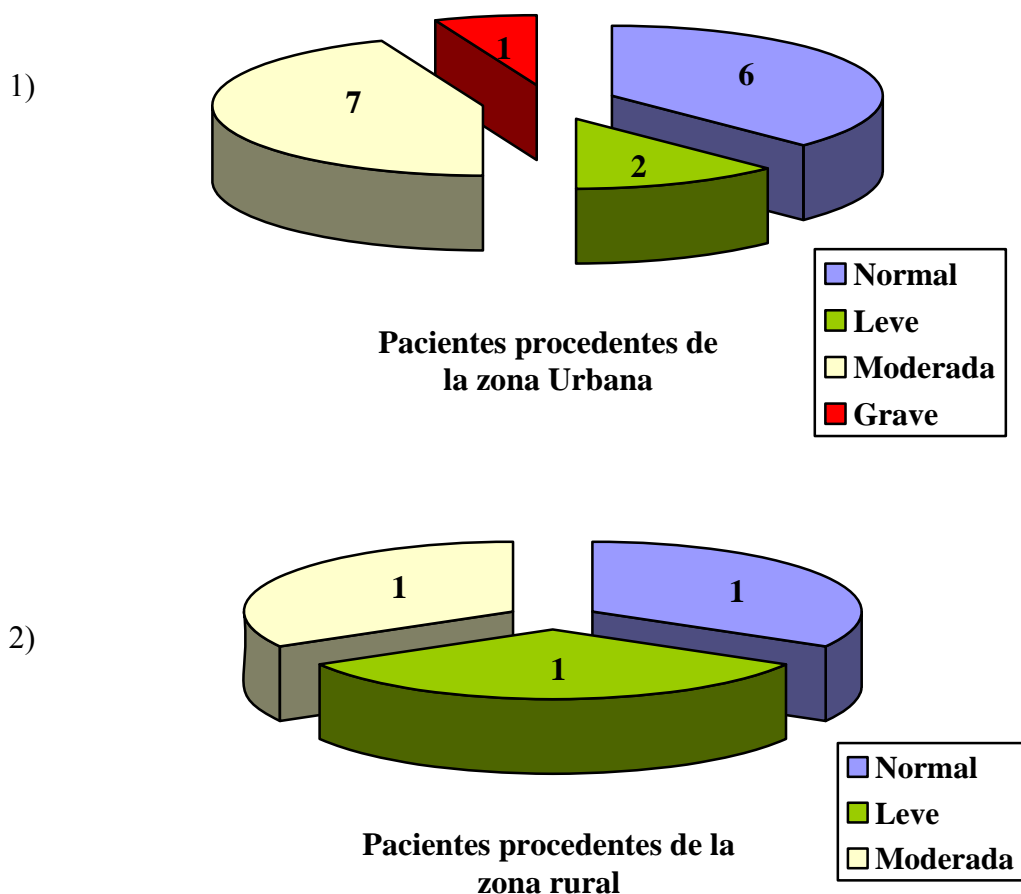
**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según Estado civil y tipo de depresión.  
Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

Tipo de depresión	Estado Civil											
	Soltero		Casado		Separado		Viudo		Otro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Normal</b>	2	33.3	3	42.8	0	0	2	50	0	0	7	37
<b>Leve</b>	1	16.6	0	0	0	0	1	25	1	100	3	16
<b>Moderado</b>	3	50	4	57.1	1	100	0	0	0	0	8	42
<b>Grave</b>	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	1	5
<b>Total</b>	6	100	7	100	1	100	4	100	1	100	19	100

La mayoría de las personas con pareja estable, tienden a presentar depresión (5 de 8), entre ellos; casados (57.1%) y convivientes (100%). Por otra parte, los pacientes que, actualmente, no tienen una relación de pareja (soltero, separado, viudo), también presentan estados depresivos (7 de 11). Lo que indica que las relaciones de pareja no influyen en el diagnóstico de depresión.

GRAFICO 5

**Distribución numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, según procedencia y grado de depresión. Unidad Diálisis HCRV. Junio 2007**

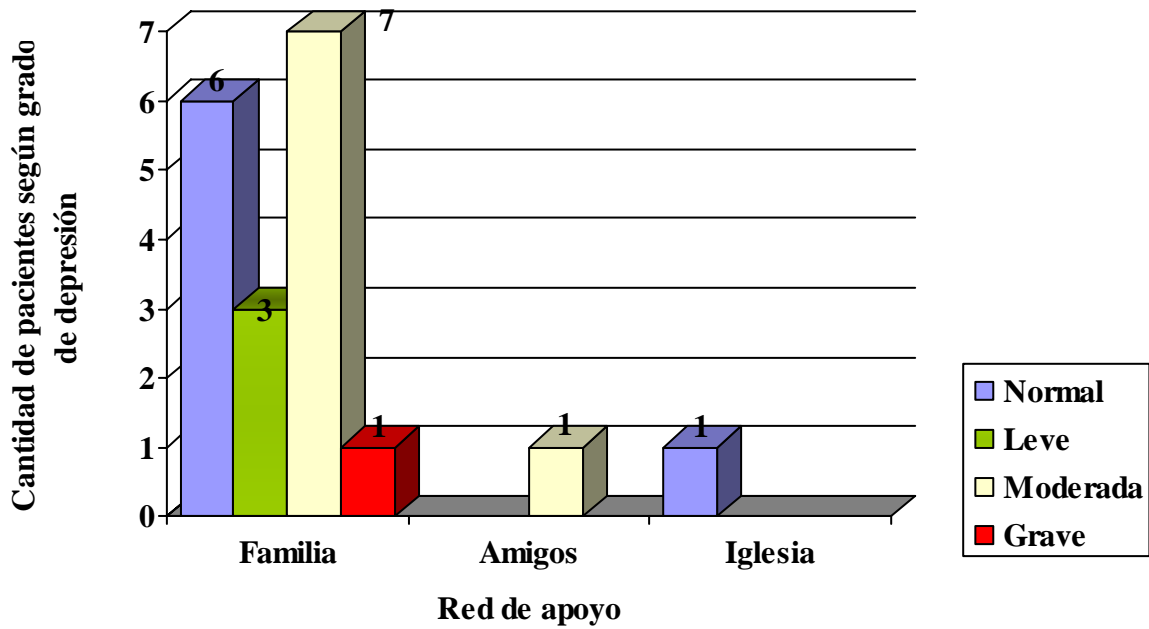


De 19 los pacientes, 16 viven en la zona urbana y 10 tienen algún grado de depresión, sobresaliendo la moderada (7 casos) Al contrario, solo 3 pacientes viven en la zona rural y dos presentan depresión, ya sea, de tipo leve o moderada.

Estos antecedentes no permiten concluir que exista una relación entre la presencia de depresión y la procedencia de los pacientes, ya que, existe mucha diferencia numérica entre la población rural y urbana.

GRAFICO 6

**Distribución numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodialis según Red de apoyo y grado de depresión**  
**Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**



Lo mas frecuente entre los pacientes es recibir apoyo de sus familias. En el caso de los pacientes que no presentan estados depresivos, esta red de apoyo esta constituida por la Iglesia y familia

Por otra parte, se puede concluir que las personas que tienen depresión presentan una red de apoyo mas disminuida en relación a los pacientes normales.

TABLA 3

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según funcionalidad familiar, rol familiar y grado de depresión. Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

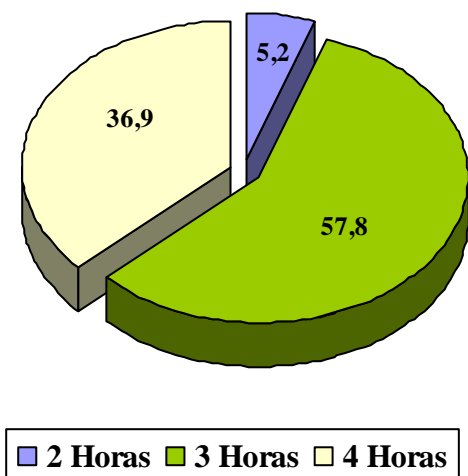
Grado Depresión	T O T A L	Funcionalidad Familiar según Cuestionario APGAR v/s Rol familiar											
		Buena				Moderada				Severa			
		Jefe		Integrante		Jefe		Integrante		Jefe		Integrante	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Normal</b>	7	4	21.1	3	15.8	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Leve</b>	3	1	5.2	1	5.2	0	0	0	0	0	0	1	5.2
<b>Moderada</b>	8	2	10.5	5	26.3	0	0	0	0	0	0	1	5.2
<b>Grave</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.2
<b>Total</b>	19	7	37	9	47	0	0	0	0	0	0	3	16

El 84% de los usuarios refiere buen funcionamiento familiar, y el 37% se considera jefe del hogar, siendo lo mas frecuente no presentar un trastorno depresivo (21.1%). A la vez 6 de los pacientes que son normales, consideraron que la familia es la principal red de apoyo, independientemente del rol que cumplan dentro de esta. (Ver gráfico 5)

Por otra parte, el 16% tiene una disfuncionalidad de tipo severa, todos tienen depresión y se consideran solo integrantes de la familia. A pesar de esto, la red de apoyo que consideran más importante es ésta entidad. (Ver gráfico 5)

GRAFICO 7

**Distribución porcentual de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodialisis según duración del tratamiento**  
**Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

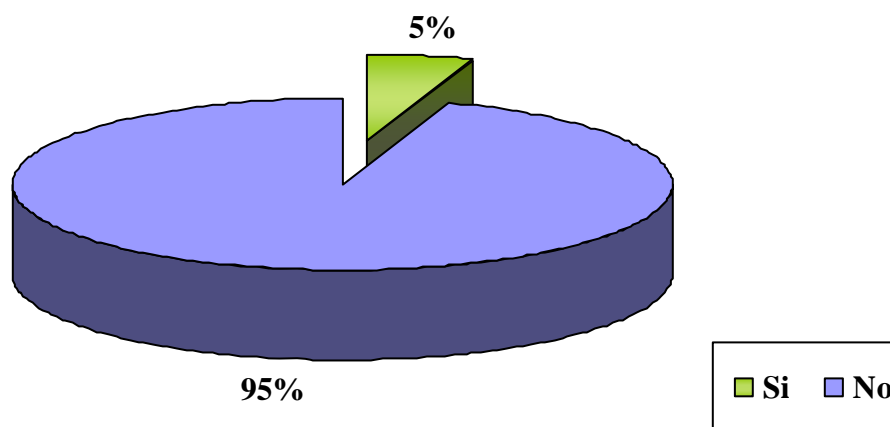


La mayoría de los pacientes deben dializarse 3 horas diarias, (57.8%), por otro lado, el 36.9% es tratado con 4 horas, y el 5.2%, se trata con dos horas diarias.



GRAFICO 8

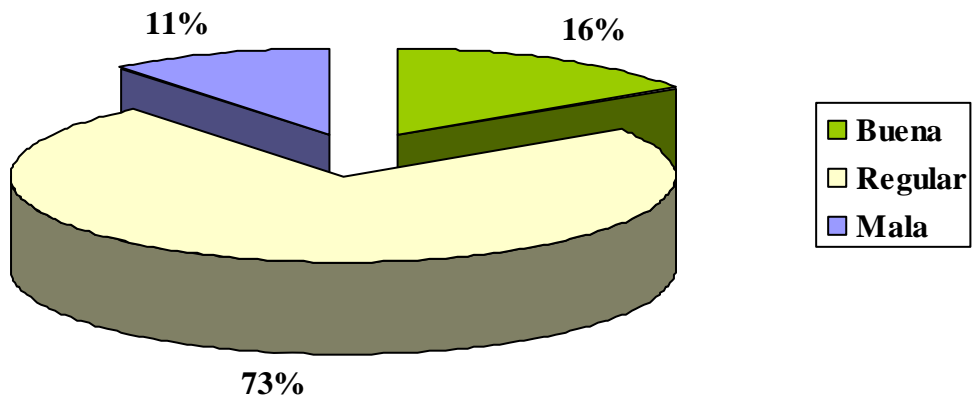
**Distribución porcentual de pacientes con Insuficiencia Renal  
Crónica Terminal en hemodialisis según síntomas post  
tratamiento.  
Unidad dialisis HCRV.Junio 2007**



Los pacientes que están recibiendo tratamiento de hemodiálisis presentan, en algunos casos, síntomas de tipo negativo, luego de ser expuestos a la terapia. Del total de usuarios, sólo el 5% refiere sentir estos síntomas (mareos, náuseas y vómitos), en cambio, el 95% refiere no tener problemas al realizarse la hemodiálisis.

GRAFICO 9

**Distribución porcentual de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodialisis según percepción del estado de salud. Unidad dialisis HCRV. Junio 2007**



El 84% de los pacientes (16 de 19) califican su estado de salud como regular y mala, siendo estos mismos pacientes, parte de los que poseen algún grado de depresión.

El 16% (3 de 19) refiere tener un buen estado de salud, demostrando que han enfrentado de mejor forma su situación.

TABLA 4

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis según antecedentes previos de depresión e intentos de suicidio. Unidad de Diálisis HRCV. Junio 2007**

INTENTOS DE SUICIDIO	TOTAL	CON ANTECEDENTES PREVIOS		SIN ANTECEDENTES PREVIOS	
		Nº	%	Nº	%
Con intentos	6	6	37.5	0	0
Sin intentos	13	10	62.5	3	100
TOTAL	19	16	100	3	100

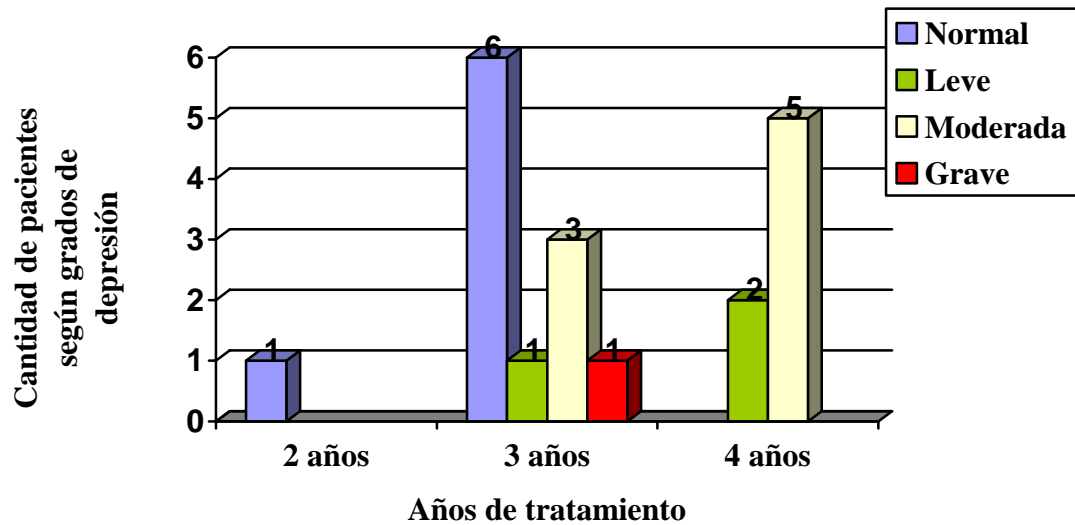
De 16 pacientes que han presentado antecedentes previos de depresión, 6 de ellos (37.5%) han intentado atentar contra su vida.

Por otra parte, el 62.5% de los pacientes fue diagnosticado previamente, pero a pesar de esto, la mayoría (10 pacientes) no presentaron intentos de suicidio.

GRAFICO N° 10

**Distribución numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según tiempo de exposición al tratamiento y tipo de depresión.**

**Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**



De acuerdo a lo indicado en el gráfico, se puede deducir que al aumentar los años de exposición al tratamiento, también aumenta la depresión en sus diferentes grados. En este caso, todos los pacientes desde los 3 años de tratamiento, presentan depresión.

## Trasplantes fallidos y prevalencia de depresión.

Del total de pacientes encuestados, ninguno ha tenido trasplantes fallidos, al contrario, la mayoría de ellos vive con la esperanza de encontrar un donante que ayude a prolongar su vida, es así, como 15 usuarios refirieron sentir tristeza por saber que la minoría de habitantes de nuestro país está dispuesto a donar órganos y que tendrán que permanecer día por medio conectados a la máquina que los ayuda a seguir viviendo.

## 6. DISCUSIÓN

El total de pacientes que asisten a la unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia y presentan Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, está conformado por 20 personas, de las cuales, según los criterios de exclusión, quedó constituido por 19 personas, lo que representa un 95% de la población total. De ellos, 13 son mujeres, correspondiendo al 68%, y el 32% restante, pertenece al sexo masculino, representado por 6 pacientes. (Gráfico N° 1)

Al analizar los datos obtenidos por el cuestionario de Beck, el 36.8% de los pacientes se encuentra en un rango normal, con ausencia de un trastorno depresivo, cifra correspondiente a 7 usuarios, al contrario, más del 50% de los pacientes tiene algún grado de depresión, destacando la de tipo moderada (42.1). (Gráfico N° 2)

Según la división por sexo, el 50% de los pacientes con síntomas depresivos, corresponden a hombres. (Gráfico N° 3)

Cabe destacar que la depresión de tipo moderada es la que más caracteriza a la población masculina, (3 de 8) y a la femenina (2 de 3).

En conclusión, la prevalencia más destacada, según sexo, corresponde al masculino, ya que, todos tienen algún grado de depresión (6 de 6), y al comparar esto con la población femenina, estas sí presentan casos de individuos normales (7 de 13) (Gráfico N° 3)

Analizando este resultado, existe diferencia entre lo expresado por estudios realizados por el Ministerio de Salud de Chile, que indican que las cifras de depresión en relación al sexo son mayores en el caso de las mujeres (Solís, 2006)

Las edades fluctuaron entre los 18 a 93 años, destacándose como el porcentaje más alto aquel correspondiente a pacientes de 63 a 78 años, un 42%, siendo las personas de edades más avanzadas las que presentan los mayores porcentajes en relación a la presencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal. (Tabla N° 1, Anexo 2 Tabla N° 5)

Por otra parte, la depresión se presenta prácticamente en todos los rangos de edades, con mayor frecuencia en el rango de 47 a 62 años, ya que de los individuos que pertenecen a estas edades, todos tienen depresión (Tabla N° 1)

A pesar de estos resultados, estudios similares han detectado resultados diferentes en relación a los rangos de edad en los que se presentan los estados depresivos con más prevalencia, es el caso de una investigación que indica que los rangos de edad más frecuentes son entre los 20 y 45 años. (MINSAL (1))

De 19 los pacientes, 16 viven en la zona urbana (84.2 %) y 10 tienen algún grado de depresión, sobresaliendo la moderada (7 casos). Al contrario, solo 3 pacientes viven en la zona rural y dos presentan depresión, ya sea, de tipo leve o moderada. (Tabla 6 Anexo 2)

Un estudio realizado por M. Castro y cols en el año 2005, determinó que el apoyo de la familia, considerada como red de apoyo social, constituye el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica, afirmación sostenida por 11 de 12 pacientes que tienen algún grado de depresión. Esto confirmaría que en la familia los pacientes se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuiría en función de la respuesta positiva del apoyo social de su familia. Es así, como la mayoría de los usuarios que fueron partícipes de la investigación concuerdan con la afirmación anterior, ya que refieren que en los momentos difíciles de su enfermedad, el papel más importante lo ha jugado la familia, donde, también, 6 de 7 de los pacientes sin depresión, es apoyado por ésta entidad. (Gráfico 6)

En relación al tipo de familia, un 31,5% tienen una familia de tipo nuclear, y el 50% de ellos, tiene depresión moderada. Por otra parte, el 37% de pacientes tiene una familia monoparental, y más de la mitad tienen algún grado de depresión, destacándose también, la de tipo moderada con un 15.8%. En el caso de aquellos que tienen una familia extensa (26.3%) predominan los tres grados de depresión; leve, moderada y grave. (Tabla 9 Anexo 2)

El 84% de los usuarios refiere buen funcionamiento familiar, y el 37% se considera jefe del hogar, siendo lo más frecuente no presentar un trastorno depresivo (21.1%). Por otra parte, el 16% tiene una disfuncionalidad de tipo severa, todos tienen depresión y se consideran solo integrantes de la familia (Tabla 3)

En relación a los niveles de depresión y el ingreso económico de los pacientes, se destaca que solo 2 no reciben esta ayuda financiera. Los sueldos varían según el tipo de pensión o trabajo realizado, destacándose que el valor máximo alcanza los 300.000 pesos, lo que aumenta el promedio de ingresos (70.334 pesos) ya que el mínimo es de 45.000 pesos. Aquellos que tienen depresión de tipo moderada son los que más alto ingreso poseen. (Tabla 16 anexo 2)

Ahora bien, los individuos que no ingresan dinero podrían presentar mayor probabilidad de tener depresión que aquellos que si lo hacen, así lo demuestra una investigación realizada por Coscarelli C 1990, acerca de la influencia de la condición social en los trastornos psicológicos relacionados con la hemodiálisis, demostrando que las personas de clase social baja tienen mayor riesgo de deprimir. Pero resulta difícil hacer esta comparación, ya que, este estudio demostró que solo 2 pacientes no ingresan dinero y no se puede realizar un análisis más detallado de la información.

Del total de encuestados, el 58% de la población es analfabeta o no ha alcanzado a finalizar el nivel básico de educación formal y 6 de 11 pacientes, presentan algún grado de depresión. En el caso de los pacientes que con enseñanza media, tanto, completa como incompleta (36,6%), se destaca la presencia de depresión de tipo moderada (5 de 6 casos). Por otra parte los pacientes que han tenido estudios Universitarios no presentan estados depresivos. (Tabla 7 Anexo 2)

Lo anterior, concuerda con la investigación realizada a 90 pacientes de dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción, Chile. (M.Castro y cols, 2005) donde un 55,6% poseía una baja escolaridad, es decir analfabeto, educación básica completa e incompleta, y presentaban estados depresivos.

La mayoría de los encuestados, expresó haber trabajado antes de comenzar el tratamiento de diálisis, sobre todo, en trabajos relacionados con el área rural, lo que concuerda con la investigación realizada por el centro de Enfermedades Nefrológicas de la ciudad de Mendoza en Argentina, que después de analizar la situación de 55 pacientes concluyó que la actividad laboral predominante en la población hasta el momento de comenzar la hemodiálisis, era la relacionada con tareas rurales, 40.62%.

La mayoría de los pacientes deben dializarse 3 horas diarias, (57.8%), por otro lado, el 36.9% es tratado con 4 horas, y el 5.2%, con dos horas diarias. (Gráfico 7). Por otra parte, al aumentar los años de exposición al tratamiento, también aumenta la depresión en sus diferentes grados. En este caso, todos los pacientes desde los 3 años de tratamiento, presentan depresión. (Gráfico N° 10)



Así también lo expone una investigación realizada por Marín y Mas Hesse, (1998) que señala que ésto suele ocurrir porque después de un tiempo considerable en tratamiento, comienza la reducción de las actividades, se suspende la vida laboral, se reduce con el círculo social, se pierde el poder adquisitivo y aparece un cambio en el tiempo libre.

Los pacientes considerados en la investigación, en su mayoría, no presentan síntomas post tratamiento (95%) y de las patologías concomitantes que presentan, la más frecuente es la Hipertensión Arterial y la Diabetes (58%), lo que concuerda con el listado de etiologías más frecuentes en adultos según MINSAL (2); Diabetes (30.4%), y HTA (11.4%) (Tabla 14 Anexo 2)

De 16 pacientes que han presentado antecedentes previos de depresión, 6 de ellos (37.5%) han intentado atentar contra su vida. Por otra parte, el 62.5% de los pacientes fue diagnosticado previamente, pero a pesar de esto, la mayoría (10 pacientes) no presentaron intentos de suicidio. (Tabla 4)

Estos índices concuerdan, en parte, con lo que se señala Kaplan H, y cols 1996, citado por Atencio y cols de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología, que expresa que la depresión al ser un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito, existen también los pensamientos de muerte o suicidio, sobretodo si se trata de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, donde las actividades de la vida diaria se ven claramente afectadas.

A pesar de las cifras anteriores, el 84% (16 de 19) califican su estado de salud como regular y mala El 16% (3 de 19) refiere tener un buen estado de salud, demostrando que han enfrentado de mejor forma su situación. (Gráfico N° 9)

## 7. CONCLUSIONES

Al realizar la encuesta a los usuarios asistentes a la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia acerca de la prevalencia de depresión determinada a través del cuestionario de Beck, Se encontró que el 63 % de la población presenta estados depresivos, lo que es considerado un alto porcentaje, ya que estas cifras corresponden a 12 de los 19 pacientes que componen el censo, la mayoría pertenece al grupo de sintomatología de tipo moderada (42.8%), seguida por depresión de tipo leve (15.7%) y grave (5.2%) dejando a un 36.8% en los rangos considerados como normales.

Considerando los datos obtenidos mediante la encuesta, el perfil del paciente en riesgo corresponde preferentemente a hombres en edades fértiles 15 a 30 años, o también a aquellos entre 47 a 62 años, procedentes de la zona urbana, sin pareja estable, que perciben ingresos económicos mensuales que promedian los 70.334 pesos, con baja escolaridad, beneficiarios de Fonasa.

En relación a sus familias, éstas en su mayoría son de tipo monoparental, perciben una buena función familiar, y reconocen a la familia como la principal red de apoyo, sólo se auto consideran miembros de esta entidad sin ejercer algún rol de jefe de hogar. Además, se hemodializan 3 horas promedio, llevan mas de tres años en tratamiento, y no presentan síntomas post diálisis. Por otra parte, tienen más de una patología asociada, destacándose en mayores rangos, la Hipertensión Arterial y la Diabetes, creen tener una salud en regulares condiciones , además, han sido diagnosticados con depresión en otras oportunidades

Por lo tanto, con esta investigación se pretende aproximar a los profesionales y pacientes hemodializados de la unidad de diálisis del Hospital Clínico Regional Valdivia (HRCV) a reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de la depresión y disminuir el impacto en las personas afectadas, su familia y la sociedad, entregando una base científica de datos que permita enfatizar mas la atención brindada a los pacientes, considerando no sólo a los asistentes a consultorio, sino también, a aquellos que presentan el trastorno y no es diagnosticado a tiempo dentro de una determinada unidad o servicio perteneciente a un hospital. De ésta forma, se podrá generar el desafío de incorporar y desarrollar nuevos protocolos en pro de una mejor calidad de vida de los pacientes, que aseguren la participación de los profesionales hacia una atención focalizada tanto en el aspecto físico como psicológico,

desde un punto de vista holístico, fortaleciendo a su vez, esta área del rol de la enfermería.

Si bien, la Unidad de Diálisis requiere medidas formativas y cambios organizativos para cosiliar ésta idea, la investigación aquí descrita, podrá ser el primer paso para cambiar los estándares del cuidado que realizan los profesionales tanto de enfermería como aquellos que participan en la atención del paciente renal, facilitando e incorporando el apoyo social y familiar en la terapia con el fin de mejorar la percepción de bienestar del paciente y su Calidad de Vida.

Además, el estudio podría establecer una inquietud en las autoridades sanitarias, que sirva para movilizar recursos y realizar nuevas estrategias para detectar la presencia del fenómeno, y así, facilitar el acceso al tratamiento de los pacientes hemodializados, permitiéndoles obtener beneficios que ayuden a su bienestar. Es más, ésta investigación podría ser usada como fundamento para incorporar nuevos profesionales destinados a tratar los trastornos del ánimo y llevar a la formación de un equipo multidisciplinario.

Para terminar, se deja presente que la participación del profesional de enfermería en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, denota una clara gestión del cuidado que, al utilizar herramientas como la vigilancia epidemiológica ayudará a establecer intervenciones, cuyo rol protagónico lo ejerza la enfermera, con el fin de disminuir tanto las tasas de morbilidad y mortalidad como para lograr el mantenimiento de una calidad de vida acorde con la dignidad humana que genere bienestar y autogestión

## 8. BIBLIOGRAFIA

**ABAD, E.** 2001 Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria, 3ra Ed. Díaz de Santos. Pp. 1192-1193.

**BRUNNER Y SUDDARTH.** 2002. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica. 9na Ed. McGraw- Hill Interamericana. México. Vol.2. Pp 1259-1304.

**MARRINER, A.** 1999. Modelos y teoría en enfermería. Trad. Por Diosrki Servicios Integrales de Edición. 4ta Ed. Madrid. Pp 267-299.

**PINEDA, E; E. ALVARADO; F.H. DE CANALES.** 1994. Metodología de la investigación. 2da Ed. OPS. 225p.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ELECTRONICAS.

**ALIAGA, J; L. RODRÍGUEZ; C. PONCE; A. FRISANCHO; HENRÍQUEZ .** 2006. Escala de desesperanza de Beck (bhs): adaptación y características psicométricas. Revista IIPSI facultad de psicología UNMSM. Perú. Vol., 9 .nº 1, Pp. 69 – 79. ISSN: 1560 - 909X. Obtenido: 14-04-2007 desde: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Investigacion\\_Psicologia/v09\\_n1/pdf/a05v9n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Investigacion_Psicologia/v09_n1/pdf/a05v9n1.pdf)

**ALID, R; R. MERIDA; H. MULLER; L. KIRSTEN; C. ZÚÑIGA.** 2006. Prevalencia de Depresión en pacientes con tratamiento de hemodiálisis crónica. Congreso conjunto nefrología, hipertensión y trasplante. Facultad de Medicina Universidad Católica de la Sma. Concepción .Chile. Obtenido: 28-04-2007 desde: <http://www.nefro.cl/nht06.pdf>

**ATENCIO, B; J. COLINA; F. GÓMEZ; D HINOSTROZA; E. NUCETTE; H. SUMALAVE.** 2004. Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Archivos Venezolanos de psiquiatría y neurología. Vol.50. Nº 103. Jul-Dic. Obtenido: 12-04-2007, desde: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol50n103/articulo5n103.pdf>.

**BOBES. G; M. BASCAMAN; M. BOUSOÑO; M. PORTILLA; A. SAIZ.** 2003. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 3ª Ed, Ars Médica. España. Obtenido: 23-04-2007, desde: [http://www.medicinainformacion.com/psq\\_psicometria\\_libros.htm](http://www.medicinainformacion.com/psq_psicometria_libros.htm)

**BORREGO, J; O. MONTERO.** 2003. Fundamentos de Medicina Nefrológica. Corporación para investigaciones Biológicas. Pp.754. Obtenido: 12-04-2007, desde: [http://www.google.cl/books?id=UQ9XNWX7cmMC&pg=PP1&ots=8WDZqVr3Dq&dq=Jai+borrego+r&sig=Lh-YqqstTKYsaasxc\\_HLJPbZmnE](http://www.google.cl/books?id=UQ9XNWX7cmMC&pg=PP1&ots=8WDZqVr3Dq&dq=Jai+borrego+r&sig=Lh-YqqstTKYsaasxc_HLJPbZmnE)

**CASTELLÓN, A; S. CEREZO; HERRERA; R. RUBIO; C. VILLAVERDE.** 2000. Alteraciones psicopatológicas en un grupo de mayores dializados. Obtenido: 16-04-2007, desde: [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000\\_3/g-10-3-004.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_3/g-10-3-004.pdf)

**CASTRO, M; JM. MERINO; RODRIGUEZ, M.** 2005. Calidad de vida en pacientes Hemodializados. Publicación revista Ciencia y Enfermería. Obtenido: 16-04-2007, desde <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art07.pdf>

**CATÓN, M; E. PALMA.** 2000. Aprendiendo a vivir con hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtenido: 16-04-2007, desde: <http://www.senferdialt.cl/pdf/APRENDIENDO%20A%20VIVIR%20CON%20HEMODIALISIS.pdf>.

**CEME.**2006. Archivos históricos social y políticos de Chile. Obtenido: 26-04-2007, desde [http://www.archivochile.com/Chile\\_actual/23\\_miscela/chact\\_misceact0002.pdf](http://www.archivochile.com/Chile_actual/23_miscela/chact_misceact0002.pdf)

**FERNÁNDEZ ,R; D. FIERRO; G. MACHADO; J. SEGUI.** 2003. Mejoría en la calidad de vida de pacientes hemodializados crónicos a través de la terapia ocupacional remunerada (TOR) o trabajo benévolo. Nuestra experiencia. Centro de Enfermedades Nefrológicas, Hipertensión Arterial y Transplante Renal Gral. San Martín, Mendoza. Rev. Nefrología. Diálisis. y Transplante., Volumen 23 - Nº 3, Pág. 121-126 .Obtenida: 11-06-2007, desde [http://www.renal.org.ar/revista/Vol23/3/23\\_3\\_121.htm](http://www.renal.org.ar/revista/Vol23/3/23_3_121.htm)

**FLORES, J.** 2006. Comité de Salud Renal y Guías Clínicas, Sociedad Chilena de Nefrología. nº 1. Obtenido: 16-04-2007, desde: <http://www.medwave.cl/perspectivas/medicina/2006/1/1.act>

**LARA, M<sup>a</sup> A; M<sup>a</sup> C LARA; MONDAGRON; NAVARRO; RUBI.** 2002. Validez y confiabilidad del MHI 5 para evaluar la depresión en mujeres, primer nivel de atención. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. México .Vol.25 n° 006. Obtenido: 18-04-2007, desde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58262502.pdf>

**MC DONALD, J; F. KULICK.** 2002. Mental and emotional injuries in employment litigation. Obtenido: 18-04-2007, desde: [http://www.google.com/books?id=a1gsc\\_FoySkC&pg=PP1&ots=68RTWCm00I&dq=James+J.+McDonald,&hl=es&sig=uqT59VKDnKdIGJviF22JEadCt8s#PPA387,M1](http://www.google.com/books?id=a1gsc_FoySkC&pg=PP1&ots=68RTWCm00I&dq=James+J.+McDonald,&hl=es&sig=uqT59VKDnKdIGJviF22JEadCt8s#PPA387,M1)

**MARIN. M; B. MAS HESSE.** 1998. La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Psiquiatría Pública. Vol. 10. n° 5. Septiembre-Octubre. España. Obtenido: 22-04-2007, desde: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/5resena.pdf>

**MARÍN, R;** 2004. Guías Sen, riñón y enfermedad cardiovascular. Vol. 24. n° 6. Obtenido: 19-04-2007, desde: [http://www.senefro.org/modules/subsection/files/guas\\_s.e.n.\\_cardiovascular.pdf?check\\_idfile=990](http://www.senefro.org/modules/subsection/files/guas_s.e.n._cardiovascular.pdf?check_idfile=990)

#### **MINSAL:**

- (1) Índices depresión en Chile. Obtenido: 13-04-2007, desde: [http://www.minsal.cl/ici/s\\_1/u\\_14/Depresión.pdf](http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/Depresión.pdf)
- (2) Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Obtenido: 13-04-2007, desde: <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/INsuficienciaRenal.pdf>
- (3) Obtenido: 13-04-2007, desde [http://www.minsal.cl/ici/guias\\_clinicas\\_ges2006/GUIA\\_CLINICA\\_GES\\_DEPRESIO\\_N\\_OK\\_8\\_febrero\\_cls1.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/GUIA_CLINICA_GES_DEPRESIO_N_OK_8_febrero_cls1.pdf)
- (4) Obtenido: 13-04-2007, desde [http://www.minsal.cl/ici/S\\_1/U\\_14/Plan\\_Nacional\\_Sitio\\_Web.doc](http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/Plan_Nacional_Sitio_Web.doc)

**MORENO, E; M ARENAS; M. CANTO; J. CASES; G. CASTELL; L. ESCALANT; D. MILLÁN;; E. PORTA; J. SAMPER; F. SERRANO.** 2004. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Vol.7 no.4. Madrid .Oct.-Dic. Obtenido: 03-04-2007 desde:[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113913752004000400004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113913752004000400004&lng=es&nrm=iso)>

**NATIONAL KIDNEY FOUNDATION;** 2006. Obtenido: 21-04-2007, desde: [www.kidney.org/ATOZ/pdf/hemodialysis\\_sp.pdf](http://www.kidney.org/ATOZ/pdf/hemodialysis_sp.pdf)

**POBLETE. H;** 2005. “XXV Cuenta de hemodiálisis crónica (HDC) Sociedad Chilena de Nefrología, registro de diálisis. Obtenido: 28-03-2007, desde: <http://www.nefro.cl/hd2005.pdf>

**PÉREZ. B; J. FRANCO; JL. TURABIAN; FERNANDEZ TURABIAN.** 2001. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria .Ed. Díaz de Santos. Obtenido: 11-03-2007, desde: <http://www.google.cl/books?id=5TYJGHY6Nj0C&pg=PA1&ots=dOAFevohDu&dq=Benjam%C3%ADn+P%C3%A9rez&sig=Zph3yEAhOEh6C5OSVkJIJhV1Xg#PPP1,M1>

**SOCIEDAD PERIODÍSTICA ARAUCANÍA, DIARIO AUSTRAL VALDIVIA,** 2007. Crónica; Depresión, entrevista a Mariane Delgado, Obtenido: 17-04-2007, desde: <http://www.uach.cl/ccnem2005/nefro.htm>.

**SOLIS. J;** 2007. Depresión. Facultad de medicina de la Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. Obtenido: 25-04-2007, desde: <http://www.depresion.cl/noticia9.html>

**OMS.** 2006. Cartas. Obtenido: 25-04-2007, desde: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en>)

**ZÚÑIGA. C;** (Sin Año) Comité de calidad de vida y cuidados paliativos. Obtenido: 24-04-2007, desde: <http://www.nefro.cl/ccv.pdf>

# **ANEXO 1**





Universidad Austral de Chile  
Escuela Enfermería

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*Estudio: "Prevalencia de la depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis, Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, primer semestre 2007"*

*Autor: Patricia Aguilera Muñoz*

---

Se me ha entregado información acerca de un estudio que se realizará en la Unidad, con el fin de detectar algún tipo de depresión que pudiese presentarse en los pacientes que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis.

Se me ha explicado que dada mis características, que cumpla con el perfil deseado para participar de dicho estudio, y se me propone ser participe de éste solicitando mi aprobación y consentimiento para su ejecución.

Los resultados de este estudio ayudarán a mejorar la calidad de atención y determinar el tratamiento más adecuado para mí, logrando hacer participe a mi familia de éste, con el fin de favorecer a mejorar mi calidad de vida y la de los otros pacientes.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación

Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del médico, enfermeras o del hospital.

Autorizo la publicación de los resultados de mi entrevista, con la condición de que se mantendrá en secreto profesional, no revelará mi identidad.

Yo, \_\_\_\_\_ **consiento mi incorporación**  
(Nombre del Paciente)  
**a éste estudio.**

---

(Firma)

Yo, \_\_\_\_\_, he aplicado el presente formulario de consentimiento informado y he aclarado las dudas de la persona que lo consiente.

\_\_\_\_\_ (Firma)

Fecha:



## **ENCUESTA PARA USUARIOS ASISTENTES A LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS.**

### INTRODUCCION

Sr. Usuario:

Ésta encuesta tiene como propósito buscar casos de depresión entre los pacientes asistentes a la Unidad, así, podremos beneficiar a nuestros usuarios y proporcionar mejoras en su calidad de vida.

A continuación encontrará un cuestionario dividido en 3 ítems.

1-El encuestador realiza algunas preguntas y ud debe contestar la que se aproxime más a su realidad

Luego se le entregará una hoja en la que debe marcar con una cruz (x) la respuesta que usted considere correcta en relación a su situación.

2-Cuando se presenten las siguientes situaciones solicite ayuda al encuestador

- Cuando tenga más de una respuesta por pregunta
- Si la respuesta que ud necesita no está en el documento
- O si Ud tiene alguna duda

3-Si Ud es un paciente no vidente el encuestador leerá las instrucciones y bajo su consentimiento marcará su respuesta

Se agradece su participación

Patricia Aguilera M

Tesista Enfermería UACH

1-Antecedentes Sociodemográficos

**SEXO**

Masculino

Femenino

**EDAD**

15-30 años

31-46 años

47-62 años

63-77 años

78-93 años

**ESTADO CIVIL**

Soltero  Casado

Viudo  Separado

Otros

**PROCEDENCIA**

Urbano

Rural

**RESIDENCIA**

Valdivia

Otra ciudad

¿Cual? \_\_\_\_\_

**RED DE APOYO**

Cuando tiene problemas, ¿Recibe ayuda de alguna parte? ¿De quien?

Iglesia

Junta de vecinos

Amigos

Familiares

Otros: \_\_\_\_\_

2- Características Socioeconómicas

**INGRESO ECONOMICO**

¿Ud recibe dinero?

Si  No

¿Cuanto?

¿De donde?

**ESCOLARIDAD**

Analfabeto

Básica Incompleta

Básica Completa

Media completa

Media Incompleta

Universitaria Incompleta

Tec:Profesional

## OCUPACIÓN

- Empleado
- Empleado
- Trabaja por cuenta propia
- Ocasional
- Cesante

## PREVISIÓN

- Fonasa
  - Isapre
  - Ninguna
  - Otro: -----
- 

### ITEM 2

### 3- Características Familiares

#### ROL FAMILIAR

- Jefe del Hogar
- Integrante

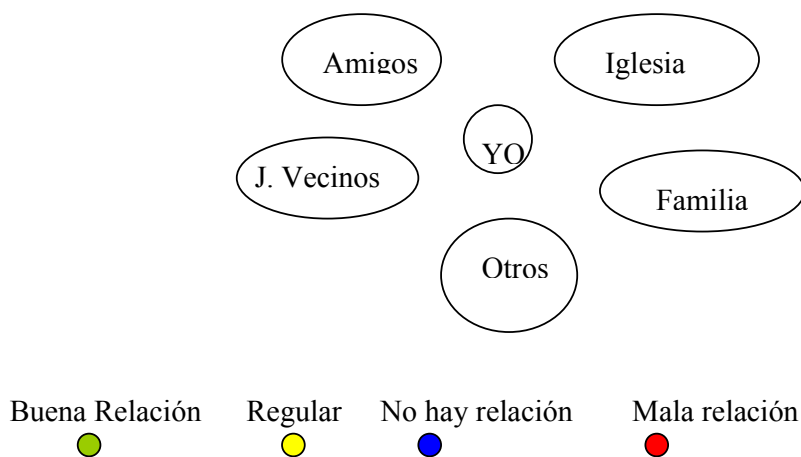
#### TIPO DE FAMILIA

- Nuclear
- Unipersonal
- Monoparental
- Extensa

## PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Cuestionario APGAR)

Pregunta	Casi Siempre	Puntaje Algunas Veces	Casi Nunca
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?	2	1	0
¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?	2	1	0
Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?	2	1	0
¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?	2	1	0
¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos?	2	1	0

## ECOMAPA



ITEM 3

4-Estado de Salud

**DURACIÓN TRATAMIENTO HEMODIÁLISIS**

- 2 horas       3 horas  
 4 horas  
 6 horas       5 horas

**TIEMPO DE EXPOSICIÓN A HEMODIÁLISIS**

- 1 a 5 años  
 6 a 10 años  
 10 a más años

**PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD**

(¿Cómo cree Ud que es su salud?)

- Buena  
 Regular  
 Mala

**ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

- Diabetes  
 Hipertensión Arterial  
 Insuficiencia Cardíaca  
 Otra. ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEPRESIVOS**

¿Ud ha sufrido antes de depresión?

- Si       No

**SÍNTOMAS POST DIÁLISIS**

¿Después de la diálisis ud presenta efectos negativos?

- Si       No

Si la respuesta es Si ¿Cuáles son estos síntomas?

---

---

---

**TRASPLANTES FALLIDOS**

¿Ud ha tenido trasplantes fallidos?

- Si       No

**INTENTOS DE SUICIDIO**

¿Ud ha tratado de terminar alguna vez con su vida?

- Si       No

## NIVEL DE DEPENDENCIA (INDICE DE BARTHEL)

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Totalmente independiente</li> <li>- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Lavarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente: entra y sale solo del baño</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos</li> <li>- Necesita ayuda</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Arreglarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Deposiciones (Valórese a semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continencia normal</li> <li>- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas</li> <li>- Incontinencia</li> </ul>	
Micción (Valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta</li> <li>- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda</li> <li>- Incontinencia</li> </ul>	
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...</li> <li>- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	

<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>		
<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>	<b>Puntuación</b>
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir del sillón a la cama</li> <li>- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente, camina solo 50 metros</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros</li> <li>- Independiente en silla de ruedas sin ayuda</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para bajar y subir escaleras</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	



## DEPRESIÓN (Cuestionario de Beck)

<b>1)</b>	
<input type="checkbox"/>	No me siento triste.
<input type="checkbox"/>	Me siento triste.
<input type="checkbox"/>	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
<input type="checkbox"/>	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
<b>2)</b>	
<input type="checkbox"/>	No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
<input type="checkbox"/>	Me siento desanimado con respecto al futuro.
<input type="checkbox"/>	Siento que no puedo esperar nada del futuro.
<input type="checkbox"/>	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
<b>3)</b>	
<input type="checkbox"/>	No me siento fracasado.
<input type="checkbox"/>	Siento que he fracasado más que la persona normal.
<input type="checkbox"/>	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
<input type="checkbox"/>	Siento que como persona soy un fracaso completo.
<b>4)</b>	
<input type="checkbox"/>	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
<input type="checkbox"/>	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
<input type="checkbox"/>	Ya nada me satisface realmente.
<input type="checkbox"/>	Todo me aburre o me desagrada.
<b>5)</b>	
<input type="checkbox"/>	No siento ninguna culpa particular.

<input type="checkbox"/>	Me siento culpable buena parte del tiempo.
<input type="checkbox"/>	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
<input type="checkbox"/>	Me siento culpable todo el tiempo.
<b>6)</b>	
<input type="checkbox"/>	No siento que esté siendo castigado.
<input type="checkbox"/>	Siento que puedo estar siendo castigado.
<input type="checkbox"/>	Espero ser castigado.
<input type="checkbox"/>	Siento que estoy siendo castigado.
<b>7)</b>	
<input type="checkbox"/>	No me siento decepcionado en mí mismo.
<input type="checkbox"/>	Estoy decepcionado conmigo.
<input type="checkbox"/>	Estoy harto de mi mismo.
<input type="checkbox"/>	Me odio a mi mismo.
<b>8)</b>	
<input type="checkbox"/>	No me siento peor que otros.
<input type="checkbox"/>	Me critico por mis debilidades o errores.
<input type="checkbox"/>	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
<input type="checkbox"/>	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
<b>9)</b>	
<input type="checkbox"/>	No tengo ninguna idea de matarme.
<input type="checkbox"/>	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
<input type="checkbox"/>	Me gustaría matarme.
<input type="checkbox"/>	Me mataría si tuviera la oportunidad.
<b>10)</b>	

<input type="checkbox"/>	No lloro más de lo habitual.
<input type="checkbox"/>	Lloro más que antes.
<input type="checkbox"/>	Ahora lloro todo el tiempo.
<input type="checkbox"/>	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
<b>11 )</b>	
<input type="checkbox"/>	No me irrito más ahora que antes.
<input type="checkbox"/>	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
<input type="checkbox"/>	Me siento irritado todo el tiempo.
<input type="checkbox"/>	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
<b>12 )</b>	
<input type="checkbox"/>	No he perdido interés en otras personas.
<input type="checkbox"/>	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
<input type="checkbox"/>	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
<input type="checkbox"/>	He perdido todo interés en los demás.
<b>13 )</b>	
<input type="checkbox"/>	Tomo decisiones como siempre.
<input type="checkbox"/>	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
<input type="checkbox"/>	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
<input type="checkbox"/>	Ya no puedo tomar ninguna decisión.
<b>14 )</b>	
<input type="checkbox"/>	No creo que me vea peor que antes.
<input type="checkbox"/>	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
<input type="checkbox"/>	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
<input type="checkbox"/>	Creo que me veo horrible.

<b>15 )</b>
<input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes.
<input type="checkbox"/> Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
<input type="checkbox"/> Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
<input type="checkbox"/> No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
<b>16 )</b>
<input type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como antes.
<input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes.
<input type="checkbox"/> Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
<input type="checkbox"/> Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir
<b>17 )</b>
<input type="checkbox"/> No me canso más de lo habitual.
<input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
<input type="checkbox"/> Me canso al hacer cualquier cosa.
<input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
<b>18 )</b>
<input type="checkbox"/> Mi apetito no ha variado.
<input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes.
<input type="checkbox"/> Mi apetito es mucho peor que antes.
<input type="checkbox"/> Ya no tengo nada de apetito.
<b>19 )</b>
<input type="checkbox"/> Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

<input type="checkbox"/>	He perdido más de 2 kilos.
<input type="checkbox"/>	He perdido más de 4 kilos.
<input type="checkbox"/>	He perdido más de 6 kilos.
<b>20 )</b>	
<input type="checkbox"/>	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
<input type="checkbox"/>	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
<input type="checkbox"/>	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
<b>21 )</b>	
<input type="checkbox"/>	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
<input type="checkbox"/>	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
<input type="checkbox"/>	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
<input type="checkbox"/>	He perdido por completo mi interés por el sexo.

# **ANEXO 2**

TABLA 1

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según sexo. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

SEXO	DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES	
	Nº	%
Masculino	6	32
Femenino	13	68
Total	19	100

TABLA 2

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	Prevalencia de pacientes	
	Nº	%
Normal	7	36.8
Leve	3	15.7
Moderada	8	42.1
Grave	1	5.2
Total	19	100

TABLA 3

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según sexo y grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	0	0	7	53.8	7	36.8
Leve	1	16.6	2	15.3	3	15.7
Moderada	5	83.3	3	23.0	8	42.1
Grave	0	0	1	7.6	1	5.2
Total	6	100	13	100	19	100

TABLA 4

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según sexo y estado civil. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Estado civil	Distribución de pacientes según sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	3	50	3	23	3	15.7
Casado	2	33	5	38	3	15.7
Viudo	0	0	4	31	4	21
Separado	1	17	0	0	8	42
Otro	0	0	1	8	1	5.2
Total	6	100	13	100	19	100



TABLA 5

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según edad. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Edades	Distribución de pacientes según sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-30	2	33.3	1	7.6	3	16
31-46	1	16.6	2	15.3	3	16
47-62	2	33.3	2	15.3	4	21
63-78	1	16.6	7	53.8	8	42
79-93	0	0	1	7.6	1	5
Total	6	100	13	100	19	100

TABLA 6

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según procedencia y grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	Procedencia				Total	
	Urbana		Rural			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	6	85.7	1	14.3	7	100
Leve	2	67	1	33	3	100
Moderada	7	87.5	1	12.5	8	100
Grave	1	100	0	0	1	100
Total	16	84.2	3	15.8	19	100

TABLA 7

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según Escolaridad y Tipo de depresión.  
Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

Escolaridad	GrAdo Depresión								Total	
	Normal		Leve		Moderada		Grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	1	14.2	1	33.3	1	12.5	0	0	3	16
Básica Incompleta	4	57	2	67	1	12.5	1	100	8	42.1
Básica Completa	0	0	0	0	1	12.5	0	0	1	5.2
Media Incompleta	1	14.2	0	0	3	37.5	0	0	4	21.1
Media Completa	0	0	0	0	2	25	0	0	2	10.5
U. Incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U. Completa	1	14.2	0	0	0	0	0	0	1	5.2
Tec. Profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

TABLA 8

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según red de apoyo y grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	*Red de apoyo						Total	
	Familia		Amigos		Iglesia			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	6	35.2	0	0	1	100	7	100
Leve	3	17.6	0	0	0	0	3	100
Moderada	7	41.1	1	0	0	0	8	100
Grave	1	5.8	0	0	0	0	1	100
Total	17	100	1	100	1	100	19	100

- *No se agregó “junta de vecinos y otros” ya que nadie presentó esta característica*

TABLA 9

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según tipo de familia y grado de depresión. Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

Tipo de Familia	Grado de Depresión								Total	
	Normal		Leve		Moderada		Grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuclear	3	15.8	0	0	3	15.8	0	0	6	31.5
Unipersonal	0	0	0	0	1	5.2	0	0	1	5.2
Monoparental	2	10.5	2	10.5	3	15.8	0	0	7	37
Extensa	2	10.5	1	5.2	1	5.2	1	5.2	5	26.3
Total	7	37	3	15.7	8	42	1	5.2	19	100

TABLA 10

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según percepción del estado de salud. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Percepción del estado de salud	Cantidad y porcentaje de pacientes	
	Nº	%
Buena	3	16
Regular	14	73
Mala	2	11
Total	19	100

TABLA 11

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según duración del tratamiento. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Duración del tratamiento (horas)	Cantidad y porcentaje de pacientes	
	Nº	%
2	1	5.2
3	7	36.9
4	11	57.8
Total	19	100

TABLA 12

**Distribución Numérica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según exposición al tratamiento Grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	*Años de tratamiento			
	Total	2 años	3 años	4 años
	Nº	Nº	Nº	Nº
Normal	7	1	6	0
Leve	3	0	1	2
Moderada	8	0	3	5
Grave	1	0	1	0
Total	19	1	11	7

*\*No se agregaron los "5 años" ya que ningún paciente presentó esta condición.*

TABLA 13

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según síntomas post tratamiento. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Presencia de síntomas post tratamiento	Cantidad y porcentaje de pacientes	
	Nº	%
Si	1	5
No	18	95
Total	19	100

TABLA 14

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según patologías concomitantes. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Tipo de Patologías	Pacientes	
	Nº	%
Solo Diabetes	1	5.2
Solo HTA	3	16
Solo IC	1	5.2
Mas de una patología	11	58
Otro tipo	1	5.2
Sin patologías	2	10.5
Total	19	100

TABLA 15

**Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis, según nivel de dependencia y grado de depresión. Unidad de Diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de depresión	*Nivel de dependencia								
	Total	Grave		Moderado		Leve		Independiente	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	7	0	0	3	75	1	20	3	33.3
Leve	3	0	0	0	0	1	20	2	22.2
Moderada	8	0	0	1	25	3	60	4	44.4
Grave	1	1	100	0	0	0	0	0	0
Total	19	1	100	4	100	5	100	9	100

*\*No se agregó la dependencia total ya que ningún paciente presentó esta condición.*

TABLA 16

**Distribución de la prevalencia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis según Ingreso Económico Mensual y Grado de depresión. Unidad diálisis HCRV. Junio 2007**

Grado de Depresión	Ingreso Económico				Promedio de dinero recibido mensualmente
	Nº Si	%	Nº No	%	
Normal	6	35	1	50	100714
Leve	2	12	1	50	62500
Moderada	8	47	0	0	68125
Grave	1	6	0	0	50000
Total	17	100	2	100	70334