

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO**



**Factores asociados a trastornos psicosociales en
pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz
y El Alto, gestión 2021.**

POSTULANTE: Dr. Ray Fisher Laimé Arias
TUTOR: Dr. M. Sc. Álvaro Edgar Gutiérrez Avilés

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología en Salud**

La Paz - Bolivia
2023

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada en primer lugar Dios, a mis padres y en especial a mi hermana Tania por todo su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al plantel docente de la unidad de Posgrado por todo el conocimiento impartido.

Agradecimiento especial al Dr. Álvaro Gutiérrez por su todo su apoyo y conocimientos durante el desarrollo de la presente tesis, que me permitió alcanzar su culminación.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	3
	2.1. ANTECEDENTES.....	3
	2.2. JUSTIFICACION.....	5
III.	MARCO TEORICO.....	8
	3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	8
	3.1.1. FACTORES SOCIALES	8
	3.1.2. FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	10
	3.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	10
	3.2.1. CAUSAS.....	11
	3.2.2. CLASIFICACIÓN	12
	3.2.3. FACTORES DE RIESGO	13
	3.3. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL.....	14
	3.4. TRASTORNOS PSICOSOCIALES	15
	3.4.1. ANSIEDAD	15
	3.4.1.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	16
	3.4.1.2. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	17
	3.4.2. DEPRESIÓN	18
	3.4.2.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	18
	3.4.2.2. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	19
	3.5. TRASTORNOS PSICOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIVERSOS FACTORES ASOCIADOS.....	20
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION	23
V. HIPÓTESIS DE ESTUDIO	24
VI. OBJETIVOS	25
6.1. OBJETIVO GENERAL	25
6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
VII. DISEÑO DE INVESTIGACION	26
7.1. TIPO DE ESTUDIO	26
7.2. POBLACIÓN	26
7.3. MUESTRA	26
7.3.1. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	26
7.3.2. TIPO DE MUESTREO	27
7.4. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
7.5. DISEÑO METODOLÓGICO	30
7.5.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN	30
7.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	30
7.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
VIII. RESULTADOS.....	35
8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	35
8.1.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	35
8.1.2. CARACTERISTICAS CLÍNICAS	36
8.1.3. CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS PSICOSOCIALES	37
8.2. ANÁLISIS BIVARIADO	37
8.3. PRUEBA DE HIPOTESIS	42
IX. DISCUSIÓN	45

X. CONCLUSIONES	51
XI. RECOMENDACIONES	52
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
XIII. ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de Enfermedad Renal Crónica	12
Tabla 2. Muestreo estratificado por afijación proporcional	27
Tabla 3. Cuadro de operacionalización de variables	28
Tabla 4. Subescala de ansiedad en HADS	31
Tabla 5. Subescala de depresión en HADS	32
Tabla 6. Factores sociodemográficos	34
Tabla 7. Características Clínicas	35
Tabla 8. Frecuencias de ansiedad y depresión hospitalarias	36
Tabla 9. Ansiedad hospitalaria según factores sociodemográficos	37
Tabla 10. Ansiedad hospitalaria según características clínicas	38
Tabla 11. Depresión hospitalaria según factores sociodemográficos ...	39
Tabla 12. Depresión hospitalaria según características clínicas.....	41
Tabla 13. Prueba de Chi cuadrado entre ansiedad hospitalaria y características sociodemográficas/clínicas	42
Tabla 14. Prueba de Chi cuadrado entre Ansiedad hospitalaria y Municipio	42
Tabla 15. Prueba de Chi cuadrado entre depresión hospitalaria y variables de interés	43
Tabla 16. Prueba de Chi cuadrado entre depresión hospitalaria y causa de IRC	43
Tabla 17. Prueba de Rho de Spearman para variables cuantitativas y ansiedad hospitalaria	44
Tabla 18. Prueba de Rho de Spearman para variables cuantitativas y depresión hospitalaria	44

ACRÓNIMOS

ERC.- Enfermedad Renal Crónica

IRC.- Insuficiencia Renal Crónica

HADS.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

HADS-A.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - componente ansiedad

HADS-D.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - componente depresión

FG.- Filtración Glomerular

NKF-KDOQI.- National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

VFG.- Velocidad de Filtración Glomerular

OMS.- Organización Mundial de la Salud

OPS.- Organización Panamericana de la Salud

DMS-V.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

ICD-10.- International Classification of Diseases, versión 10

PNSR.- Programa Nacional de Salud Renal

RESUMEN

Los trastornos psicopatológicos son frecuentes en personas que padecen enfermedad renal crónica en tratamiento por hemodiálisis, siendo los más frecuentes la ansiedad y depresión relacionados de manera directa con factores de la enfermedad y/o del mismo paciente, estos son infradiagnosticados desencadenando complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Identificar los factores asociados a los trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis en los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.

Metodología: Se realizó un estudio no experimental, transversal, prospectivo de tipo cuantitativo y analítico; la muestra fue de 130 personas a partir de muestreo estratificado con participaron voluntaria. Se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).

Resultados: La ansiedad se presentó en un 16,9% más común en el sexo femenino (19,2%), viudos (27,8%), personas con nivel de bachillerato (22,9%), desempleados (23,6%), con IRC de origen hipertensivo (20,8%) y con comorbilidades (18,3%). La depresión en un 69,2% más frecuente en el sexo femenino (69,9%), viudos (77,8%), personas con estudios universitarios (86,4%), jubilados (82,4%), con IRC por hipertensión arterial sistémica (75%) y sin comorbilidades (74,6%); en ambos casos se presentó mayoritariamente en La Paz y del seguro público. El análisis bivariado demostró asociaciones significativas entre ansiedad/municipio y depresión/causa de IRC.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, hemodiálisis, factores, asociación.

ABSTRACT

Psychopathological disorders are frequent in people suffering from chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment, the most frequent being anxiety and depression directly related to factors of the disease and/or the patient himself, these are underdiagnosed, triggering long-term complications.

Objective: To identify the factors associated with psychosocial disorders in hemodialysis patients in the Municipalities of La Paz and El Alto, management 2021.

Methodology: A non-experimental, cross-sectional, prospective quantitative and analytical study was carried out; the sample was 130 people from stratified sampling with voluntary participation. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied.

Results: Anxiety was 16.9% more common in females (19.2%), widowers (27.8%), people with a high school degree (22.9%), unemployed (23.6%) , with CRF of hypertensive origin (20.8%) and with comorbidities (18.3%). Depression 69.2% more frequent in the female sex (69.9%), widowers (77.8%), people with university studies (86.4%), retirees (82.4%), with CKD due to systemic arterial hypertension (75%) and without comorbidities (74.6%); in both cases the majority presented in La Paz and public insurance. The bivariate analysis showed significant associations between anxiety/municipality and depression/cause of CKD.

Keywords: Anxiety, depression, hemodialysis, factors, association.

I. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) se ha convertido en un problema para la salud pública a nivel mundial, debido al incremento paulatino de la enfermedad y, por ende, el aumento en la demanda de servicios de salud para terapia de reemplazo renal en espera un trasplante.(1)

Aquellos que cursan con IRC suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, que se traducen principalmente en ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, limitaciones propias de la patología y por el tratamiento de hemodiálisis. (2)

Estas alteraciones se explican por el desequilibrio que sufre la persona y su medio, sometiéndola a diversos factores estresantes, que terminan provocándole múltiples alteraciones en el ámbito físico, psicológico y social. (3)

A partir de estas consideraciones, se ha descrito que estos pacientes (haciendo énfasis en aquellos que se encuentran en tratamiento sustitutivo renal), conlleva diversas etapas de adaptación biológica y mental, lo que predispone a la aparición de este tipo de trastornos, reactivos a la nueva situación. (4)

Además de estos factores, la intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y el afrontamiento a la enfermedad, sobre sus condiciones de vida (5); por lo que es importante detectar oportunamente los estados de ánimo depresivos y ansiosos en este tipo de pacientes, con la finalidad buscar tratamientos oportunos para evitar que existan complicaciones futuras.

Dentro de la IRC los trastornos psicosociales se plantean como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante, además en el caso especial de la ansiedad esta puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal. (2)

Mientras que, para el caso de la depresión, tiende a presentarse al interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles, resultantes de la pérdida irreversible de la función renal, así como las limitaciones de su vida diaria (2).

Diversos son los factores que pueden encontrarse asociados a los trastornos psicosociales de este tipo de pacientes, tanto sociodemográficos como los propios de enfermedad causante de la insuficiencia renal crónica, la identificación de su relación con estos trastornos de la salud mental permitirá determinar su importancia de un manejo multidisciplinario y principalmente los grupos que podrían priorizarse para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (6)

Estos trastornos pueden llegar a generar un gran impacto en su adherencia al tratamiento, puede influir por tanto en el curso y desenlace de la enfermedad; haciendo énfasis en la sintomatología depresiva se asocia con el abandono total del tratamiento, y la ansiosa con el incumplimiento de este. (7)

Los trastornos psicosociales son frecuentes en enfermos renales y parecen asociadas a una serie de síntomas físicos no específicos, que repercuten de forma significativa en su bienestar. La medida de la salud percibida, mediante cuestionarios genéricos y específicos (así, por ejemplo, el HAD ampliamente utilizado en este tipo de pacientes), contribuye al diagnóstico de estas alteraciones. (8)

En situaciones más extremas, se ha llegado a demostrar un aumento en el riesgo de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. (2)

Por lo descrito anteriormente el objetivo de la presente investigación es identificar los factores asociados a los trastornos psicosociales en pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal mediante hemodiálisis, que permita contar con información disponible en futuras investigaciones e intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con IRC.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

2.1. ANTECEDENTES

Según la revisión bibliográfica realizada existen varios estudios acerca de la influencia que tienen las enfermedades no transmisibles, como la IRC, en el ámbito psicológico y psiquiátrico de los pacientes, a pesar de este hecho, no se lograron identificar numerosos con el mismo nivel investigativo que el presente estudio, a continuación, se presentan los más cercanos y similares:

Gómez Villaseca L. et al, en el año 2015 tuvieron el objetivo de conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis, el mismo fue un estudio transversal en el cual se incluyeron pacientes en programa crónico de hemodiálisis. Se utilizó la escala HADS para determinar la presencia de ansiedad y depresión en estos pacientes, dentro de sus resultados se obtuvo que, de 49 pacientes, 25% fueron mujeres, la edad media 67,2 años, tiempo en HD 39,9 meses. La sintomatología depresiva representó 42,9% y la ansiosa 32,7 %. Según sus conclusiones existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Un índice de masa corporal bajo se relaciona con la ansiedad y depresión, la mayor edad con la depresión y la ansiedad es más frecuente en mujeres. Además, sugieren que es necesario un mayor control, seguimiento y tratamiento de las alteraciones emocionales en pacientes con enfermedad renal crónica.(9)

Vázquez-Martínez VH, Ortega-Padrón M y Cervantes-Vázquez DA en el año 2016 en su estudio buscaron determinar los factores asociados a depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis, a partir de un estudio observacional y analítico de casos y controles, con una muestra que estuvo conformada por 40 casos y 40 controles. Los participantes fueron pacientes del Departamento de Nefrología del hospital general de zona que recibieron tratamiento durante el año 2011, que desearon participar en el estudio y firmaron el consentimiento

informado correspondiente. Se les aplicó una encuesta de variables sociodemográficas y la Escala de depresión de Hamilton de 17 ítems. Las variables estudiadas fueron: depresión, estructura familiar, estado civil, ocupación, número de años con enfermedad renal crónica y el estar bajo tratamiento con hemodiálisis. Entre sus resultados se detectó depresión en 27.7%, no se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Ser ama de casa, saber leer y escribir, haber padecido por más de cinco años la enfermedad renal crónica y ser miembro de una familia extensa tiene un riesgo asociado crudo positivo, sin embargo, los intervalos de confianza y el valor de p no resultaron significativos en ninguno de ellos. Concluyeron que su estudio fue de utilidad porque permitió identificar la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis y se requiere de una investigación con mayor número de participantes para incrementar la validez del presente trabajo.(10)

Badilla et al de igual manera en el año 2019, nos dicen que la enfermedad renal crónica es una patología que modifica todo el equilibrio de la persona, sometiéndola a diversos factores estresantes y provocándole alteraciones en el ámbito físico, psicológico y social, repercutiendo directamente en la salud mental de estos usuarios. Su investigación se realizó para identificar la salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en los pacientes hemodializados a partir de un estudio cuantitativo descriptivo, correlacional y transversal, recolectando los datos a través de una entrevista. El instrumento utilizado fue la Escala de Golberg para medir salud mental más variables biosociodemográficas y los resultados obtenidos mostraron que: de un total de 53 pacientes, un 58,5% presentó ausencia de psicopatología, 26,4% presencia y el 15,1% sospecha, la media del tiempo en hemodiálisis fue de 94,2 meses. La presencia de diabetes mellitus se relacionó con una mayor incidencia de sospecha psicopatológica. Este estudio permitió concluir que la sospecha y/o presencia de psicopatología se relacionó con edad avanzada, sexo femenino, ingresos económicos bajos, mayor tiempo en hemodiálisis, estar pensionado y

padecer diabetes. La ausencia se relacionó con mayor nivel educacional y tener trabajo remunerado.(3)

Amador A. et al en el año 2021 buscaron determinar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en dos unidades de diálisis de Boyacá, Colombia. Se realizó un estudio transversal analítico en pacientes con enfermedad renal crónica en fases avanzadas que estuvieran en manejo con terapia dialítica. Se incluyeron 224 participantes mayores de 18 años de edad que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple y que firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria. Entre sus resultados la prevalencia de ansiedad fue de 41,33 %, además se encontró que tener pareja y apoyo familiar (0,42 %), estar empleado (0,56 %) y recibir una buena atención por parte del personal de salud (0,69 %) son factores protectores para la ansiedad. Por su parte, tener más de 2 años en diálisis (2,73 %) o hemodiálisis (2,92 %), tener enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3,19 %), padecer de diabetes mellitus (3,23 %), tener antecedente familiar de enfermedad renal crónica (3,58 %), ser mujer (4,46 %) y ser mayor de 50 años (4,73 %) son factores que aumentan la probabilidad de presentar ansiedad. Concluyeron que los factores asociados a la ansiedad encontrados en la población estudiada son congruentes con los de la mayoría de estudios al respecto. Dada la importante prevalencia de este trastorno en pacientes con enfermedad renal crónica, es importante implementar estrategias psicoterapéuticas haciendo énfasis en la población con mayor riesgo de desarrollarla.(11)

2.2. JUSTIFICACION

A causa del déficit o pérdida de la función renal, en una parte de los pacientes con enfermedad renal crónica terminan en terapia de reemplazo renal y a su vez, puede llegar a causar en estos efectos negativos como son las afecciones emocionales o psicológicas, evidenciándose en la mayoría de los casos

ansiedad, como también depresión, debido al afrontamiento que deben llevar ante esta crisis y el tratamiento.(2,12)

La insuficiencia renal crónica y los tratamientos que conlleva, en mayor medida las terapias de reemplazo renal, propician un estrés continuo para el paciente aunado a las dificultades de adaptación a este nuevo estilo de vida y de estos derivaran trastornos psicológicos o psiquiátricos que se presentan con frecuencia, como son la ansiedad y depresión.(2,4)

Se ha descrito que la tasa de sintomatología psiquiátrica en pacientes con insuficiencia renal crónica es de tres y cinco veces mayor en comparación con la población normal; estos estados anímicos además de afectar a la enfermedad y el curso de la misma, también afectan al tratamiento, por lo que es primordial conocer que factores se asocian a estas enfermedades psicológicas para entender la interacción entre éstos y las consecuencias para los pacientes en terapia de reemplazo renal.(12)

Entre los trastornos psicosociales, más frecuentes, que pueden llegar a presentar los pacientes con IRC destacan la ansiedad y la depresión, que afectan psicológicamente al paciente y a su calidad de vida; diversos factores se han asociado a estos trastornos como la situación laboral y económica del paciente, cambios que deberá cumplir de manera estricta el paciente dentro de su estilo de vida por la terapia de reemplazo renal, inclusive el apoyo que recibe o no por parte de sus familiares. Además, el nivel educativo o económico está asociado, debido a que no permiten que el paciente tenga un control adecuado sobre patologías anexadas a la insuficiencia renal, entre las que se destaca la diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras comorbilidades presentes.(6)

Los pacientes con indicación de tratamiento de reemplazo o sustitución de la función renal, sufren un proceso de adaptación que implica estar sometido a cambios clínicos, alteraciones psicológicas y mentales, que generalmente son infradiagnosticadas o en una mayoría de los casos no llegan a ser identificadas,

así como los factores que se asocian a su desarrollo, para su correspondiente tratamiento.(6)

En las últimas décadas se ha demostrado un rápido incremento de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial, transformándose en un reto de salud importante para el desarrollo de los países y también para los epidemiólogos, en la búsqueda de información para la generación de evidencia científica.

Los estudios epidemiológicos sustentan el evidente impacto de este grupo de enfermedades en la morbi-mortalidad de la población, constituyéndose en un problema de salud pública de indudable relevancia; estos estudios no deben limitarse a identificarlos deben ir más allá y constituirse en evidencia científica acerca de los todos los aspectos relacionados con ellas.

La presente tesis, siguiendo los lineamientos de la investigación cuantitativa, busca la recopilación y análisis de datos que permitan:

- Conocer la tendencia de comportamiento de los trastornos psicosociales dentro de los pacientes que cursan IRC en hemodiálisis, para determinar si presentan el mismo comportamiento dentro de nuestro medio que el descrito a nivel mundial.
- Determinar si las descripciones teóricas acerca de la asociación entre diversos factores con el desarrollo de trastornos psicosociales, son precisas y sentar las bases de futuras investigaciones que profundicen, de manera más específica, factores sobre los cuales se puedan realizar diversas intervenciones.

Actualmente la información disponible en nuestro medio acerca de la problemática de esta investigación es escasa, por lo que, la realización de estas investigaciones permite una base de información de referencia al momento del desarrollo de futuras políticas públicas que beneficien de manera directa a los pacientes en terapia de reemplazo renal, donde la mayoría de los esfuerzos están

centrados en la proporcionar el tratamiento de hemodiálisis, pero los problemas subsecuentes son dejados de lado.

Bajo estas consideraciones las investigaciones que asocien los factores implicados en el desarrollo de trastornos psicosociales, en aquellos pacientes con terapia de reemplazo renal o con indicación de trasplante, son de suprema importancia, porque permiten la planificación y desarrollo de acciones para la detección temprana con el correspondiente manejo de la depresión y ansiedad en el paciente renal, que supone un verdadero reto para el médico porque su tratamiento debe ser multidisciplinar.

III. MARCO TEORICO

3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Definidos como las características, circunstancias o situaciones que permiten detectar o contribuyen a la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuestos a un proceso mórbido o patológico, pueden estar asociados unos a otros e incrementar el efecto aislado de cada uno de ellos produciéndose un fenómeno de interacción. Para la presente investigación un factor sociodemográfico viene hacer aquel componente que afecta o beneficia algún proceso de un fenómeno estudiado, conduciendo a un resultado y que genera una consecuencia positiva o negativa. (13)

3.1.1. FACTORES SOCIALES

Son el conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Dicho de aquellas cualidades, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.(14)

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Esta denominación se da desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos(14):

- Soltero(a): Aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras.
- Casado(a): Aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- Conviviente: Es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años.
- Divorciado(a): Aquella persona que ha roto el vínculo legal con su pareja
- Viudo(a): Aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

Nivel de instrucción: Se considera al grado más alto logrado por una persona producto de una educación; entre ellos: nivel primaria, secundaria y superior, decir el nivel de educación que posee el individuo.(13)

Se clasifica para la investigación en:

- Sin estudios
- Primarios
- Bachillerato
- Universitarios
- Superior

Situación laboral: Empleo o actividad sea remunerado o no; que ejerce la persona (13) y se clasifica en:

- Desempleado
- Jubilado
- Trabajo en casa
- Trabajo estable
- Trabajo temporal

Tipo de Seguro de Salud: Se consideran los diversos seguros de salud que gestionan y garantizan el derecho a recibir la atención médica para curación o rehabilitación(15). Para el estudio consideraremos:

- **Público (SUS):** Sesiones de hemodiálisis financiadas o cubiertas a través del Sistema Único de Salud.
- **Seguridad Social a corto Plazo:** Cualquier seguro de salud que garantice o cubra los gastos inherentes a la realización de las sesiones de hemodiálisis.
- **Ninguno:** Incluidas aquellas personas que no cuentan con algún tipo de seguro de salud o realizan las sesiones de forma privada.

3.1.2. FACTORES DEMOGRÁFICOS

Es el estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo. Por lo tanto, estas características, son cualidades que se consideran en el análisis de una población determinada.(14)

Sexo: Se define como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.(16)

Edad: Tiempo que transcurre desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la investigación.(13)

Lugar de residencia o Municipio: en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo o que intenta permanecer al momento del levantamiento censal. (10)

3.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC) en la actualidad recibe especial atención debido a que su diagnóstico temprano permitirá la implementación de medidas para retrasar la aparición y reducir la incidencia de insuficiencia renal crónica en etapa terminal con el consecuente ingreso a terapias de reemplazo renal. Gómez,

Arias y Jiménez(17) en el año 2007, hacen referencia al término de insuficiencia renal crónica (IRC) como: “aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante”.

En el año 2009, Flores JC et al(18) mencionan que “En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica”. Bajo este criterio, para la presente investigación, tomaremos como concepto que la ERC a la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más(17–21).

Siguiendo esta definición, Gorostidi M. et al(19) en el año 2014, Mayacena Zumba MA(20) y Lorenzo V.(21) en el año 2021, coinciden en los siguientes criterios como marcadores de daño renal:

- Albuminuria elevada
- Alteraciones en el sedimento urinario
- Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular
- Alteraciones estructurales histológicas
- Alteraciones estructurales en pruebas de imagen
- Trasplante renal

3.2.1. CAUSAS

Cuando se ha logrado confirmar el diagnóstico de la ERC, esta será clasificada según las categorías de filtración glomerular (FG), albuminuria y etiología. En el caso de la etiología Gorostidi M. et al(19) menciona: “La causa de la ERC se establecerá según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante las alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas”; Lorenzo Sellarés V.(21) menciona las siguientes causas como las más comunes de ERC:

- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Nefropatía diabética.
- Enfermedad vascular arteriosclerótica, nefroangiosclerosis, nefropatía isquémica.
- Enfermedad glomerular primaria o secundaria a enfermedad sistémica.
- Nefropatías congénitas y hereditarias.
- Nefropatías intersticiales.
- Obstrucción prolongada del tracto urinario (incluyendo litiasis).
- Infecciones urinarias de repetición.
- Enfermedades sistémicas (lupus, vasculitis, mieloma).

3.2.2. CLASIFICACIÓN

Para la clasificación de la FG y albuminuria la US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)(20,21) ha propuesto una clasificación de la ERC:

Tabla 1. Clasificación de Enfermedad Renal Crónica

Categorías del Filtrado Glomerular		
Categoría	Velocidad de Filtración Glomerular o VFG (ml/min/1,73 m²)	Descripción
G1	≥ 90 (sin daño renal)	Normal o elevado
G2	60-89	Ligeramente disminuido
G3a	45-59	Ligera a moderadamente disminuido
G3b	30-44	Moderada a gravemente disminuido

G4	15-29	Gravemente disminuido
G5	<15	Fallo renal
Categorías de albuminuria		
Categoría	Cociente albúmina/creatinina en mg/g (A/C)	Descripción
1	< 30	Normal a ligeramente elevada
2	30-300	Moderadamente elevada
3	> 300	Muy elevada

Fuente: Lorenzo Sellarés V. Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día(21)

A pesar de que esta clasificación permite una estadificación precisa para ERC, existen situaciones no consideradas, es así que Mayancela Zumba MA et al(20) menciona: “Las bandas de estadificación de la VFG son absolutas y arbitrarias, y difieren de las observaciones de ambas medidas formalmente. Sin embargo, se declara una eGFR de <90 y > 60 ml / min por 1,73 m² como reducida levemente. De hecho, en los estudios de población, la mayoría de los individuos (los varones más jóvenes son la excepción) tienen TFGe de 90 ml / min por 1,73 m²”.

Además, los mismos autores hacen mención a Wetzels, Kiemency y Swinkels, que en el año 2007: “sugieren una reducción a partir de la edad de aproximadamente 20 a 30 años, de 4,6 ml/min por década en los hombres y de 7,1 ml/min en las mujeres”. Con el hecho antes mencionado, se cree que esta disminución de la TFG con la edad es un fenómeno natural y no patológico.

3.2.3. FACTORES DE RIESGO

Lorenzo Sellarés V.(21) en el año 2021, hace mención a los siguientes factores de riesgo de inicio y progresión de la ERC:

- Condiciones no modificables: edad, sexo, raza, bajo peso al nacer.
- Alteraciones comórbidas potencialmente modificables, y que de forma directa o indirecta pueden inducir daño renal: HTA, diabetes, obesidad, dislipemia, tabaquismo, hiperuricemia, hipoalbuminemia, enfermedad cardiovascular.
- Alteraciones inherentes a la ERC y que se han propuesto como factores de riesgo de progresión: anemia, alteraciones del metabolismo mineral, acidosis metabólica.

3.3. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL

Según Gómez et al(17): “un tratamiento sustitutivo, que cumple como principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales”. Chan C. et al(22) coinciden que: “preservar la función renal residual es importante y debe ser un objetivo para todos los médicos y pacientes en diálisis”.

La indicación del inicio de terapia de reemplazo renal continua no está del todo clara, la indicación precisa de este método es ante una situación clínica que requiere que se corrija el funcionamiento renal(23). De acuerdo a la clasificación de Enfermedad Renal Crónica (Tabla 1), consideramos la G3 como la etapa en la que habrá preparación para el tratamiento de reemplazo renal y el manejo más activo de las complicaciones(19,20).

Mayancela Zuma et al(20) menciona: “el estadio 5 (G5) de la ERC se aplicaría a pacientes que reciben terapia de reemplazo renal regular en forma de hemodiálisis o diálisis peritoneal”. Sosa-Medellín y Luviano-García(23) y Chan C.(22) en los años 2018 y 2019 respectivamente, hacen referencia a las indicaciones absolutas para terapia de reemplazo renal:

- Acidosis metabólica severa
- Sobrecarga hídrica resistente a diuréticos

- Las alteraciones electrolíticas graves y que el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable.

A pesar de las múltiples acerca del inicio de la terapia reemplazo renal, en la Conferencia de Controversia de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)(22): “Los pacientes mayores ERC G4 – G5 mueren antes de llegar a diálisis y estos tiene menor probabilidad de supervivencia en los 90 días después de iniciar la diálisis. Si los pacientes no tienen otras indicaciones para comenzar la diálisis, se puede tomar la decisión de retrasar el inicio de la diálisis en estos pacientes mayores hasta que caiga el eGFR a <6 ml / min por 1.73 m²”.

3.4. TRASTORNOS PSICOSOCIALES

Son aquellas enfermedades o desequilibrios derivados de los estilos de vida actuales, para el estudio consideramos los dos trastornos que se presentan con mayor frecuencia en pacientes en hemodiálisis:

3.4.1. ANSIEDAD

De acuerdo a Chacón et al(24), la OMS/OPS revela que “los trastornos de ansiedad son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas; siendo prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas”, como es el caso de la ERC.

Navas y Vargas(25) describen sobre la ansiedad: “El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática”.

Para la investigación entendemos por ansiedad a la anticipación a una amenaza futura como resultado de la percepción de estímulos potencialmente dañinos, traducándose en estados de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia,

es decir, que es considerada un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar un daño(24–27).

3.4.1.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para clasificar los diversos tipos de trastornos de ansiedad, de manera general, se utilizan al DMS-V el cual corresponde a la Asociación de Psiquiatras Americanos y la ICD-10 utilizada por la OMS. Chacón et al(24), Macías-Carballo et al(26) y Tortella-Feliu(27), nos presentan la clasificación del DMS-V, en la que resaltamos las más importantes para nuestra investigación:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. (27)
- **Fobia específica:** Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad. (27)
- **Trastorno de ansiedad social:** Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. (27)
- **Trastorno de angustia:** Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un

mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia. (27)

- **Agorafobia:** Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. (27)
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. (27)
- **Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica:** El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica. (27)

3.4.1.2. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Para la evaluación de la ansiedad se pueden utilizar diversos instrumentos, por ejemplo tenemos al Hospital Anxiety Depression State ha sido validado para enfermos con ERC en tratamiento de diálisis(28) e igualmente dicha valoración sigue siendo dificultada por la similitud con otras patologías de base, bajo esta consigna rescatamos a Vásquez(28) en el año 2020:

La evaluación y el diagnóstico de la ansiedad puede llevarse a cabo utilizando dos tipos de procedimientos: las entrevistas clínicas estructuradas previamente comentadas, y las medidas de autoinforme, en las que también se debe tener en cuenta que las manifestaciones físicas de la ansiedad (cansancio, palpitaciones, temblores, dificultades respiratorias) pueden solaparse con síntomas propios de la enfermedad renal o de otras condiciones médicas comórbidas, y comprometen la precisión diagnóstica de los trastornos de ansiedad en el paciente en diálisis.

3.4.2. DEPRESIÓN

Corea Del Cid(29) en su revisión del 2021, hace referencia a la definición de depresión según la OMS: “es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base”, en la que incluimos, de igual manera, a la enfermedad renal crónica.

Además de esta definición, tenemos nuevamente a Corea Del Cid(29) y Madero et al(30), que hacen mención al DSM-V: “la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático”, concepto considerado referencial para el desarrollo de la investigación.

3.4.2.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Pérez-Padilla et al(31) en su artículo nos hace referencia al manual DSM-V, donde la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías principales:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Además de esta clasificación, la Asociación Americana de Psiquiatría para cumplir los criterios de diagnóstico para la depresión, se debe presentar de 5 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un período de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o el 2(30,31):

1. Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).
2. Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retardo psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

De acuerdo a la revisión realizada, el trastorno depresivo mayor se encuentra en mayor asociación con las comorbilidades, donde podemos rescatar los siguientes factores asociados al trastorno depresivo mayor y ERC(31,32):

- Enfermedades crónicas de larga duración.
- Dolor crónico.
- Medicamentos o tratamientos prolongados.
- Eventos de vida adversos.
- Estatus económico bajo.

3.4.2.2. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

A pesar de los avances en técnicas para evaluar los diversos tipos de depresión, aún es un tema complejo en pacientes que cursan con enfermedad renal crónica, debido a que varios de los síntomas pueden ser confundidos con patologías subyacentes, en este sentido Vásquez(28) nos menciona:

La evaluación y el diagnóstico de la depresión puede llevarse a cabo utilizando dos tipos de procedimientos: las entrevistas clínicas estructuradas y las medidas de autoinforme, aunque su utilización en la población de enfermos en diálisis presenta cierta complejidad ya que los síntomas somáticos propios de estos trastornos depresivos (el cansancio, la pérdida de apetito, la dificultad para concentrarse, los problemas de sueño o en la función sexual, entre otros) se pueden solapar con los síntomas asociados a la insuficiencia renal y a la uremia, a otras patologías comórbidas o al propio tratamiento de la enfermedad.

3.5. TRASTORNOS PSICOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIVERSOS FACTORES ASOCIADOS.

A continuación, hacemos referencia a algunos autores que plantean la posible implicación de diversos factores asociados a los trastornos psicosociales de pacientes en hemodiálisis:

Mesa et al.(5) ya en año 2013 nos dice que los niveles de depresión en enfermos renales crónicos son mayores que la ansiedad, según los resultados de su investigación, mientras mayor edad tienen estos pacientes los niveles de depresión aumentan debido al progresivo deterioro físico de la vejez, se suman las limitaciones inherentes a la enfermedad renal crónica y su tratamiento médico. En cuanto al tiempo en diálisis los pacientes con más de cinco años de tratamiento mostraron síntomas depresivos de forma significativa, esto se explica porque con el tiempo el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica.

Badilla et al(3) en el año 2019 nos dicen la presencia de psicopatología se relaciona mayoritariamente con el sexo femenino, lo que podría asociarse a características propias del género, como mayor exposición o mayor respuesta frente al estrés cotidiano, concentraciones más altas de aminas biogénicas y

cambios endócrinos que se producen con la menstruación y en la menopausia. En segundo lugar, hace referencia a que el envejecimiento suele ir acompañado de diversas comorbilidades y estigmas sociales que favorecen situaciones agobiantes, dando pie a la aparición de sentimientos negativos como nostalgia, melancolía y tristeza, que al perdurar en el tiempo desencadenan psicopatologías como los trastornos de ansiedad y depresión; un mayor tiempo en terapia dialítica genera un proceso de transición y adaptación a los distintos agentes estresantes.

La falta de un estado laboral estable generaría sentimientos negativos, precursores de depresión, específicamente en aquellos usuarios en edad productiva de la vida y jefes de hogar(3).

Finalmente, un mayor desarrollo intelectual pudiese facilitar la adaptación o comprensión a los cambios abruptos que conlleva la insuficiencia renal crónica y sus implicancias negativas, favoreciendo actitudes de autocuidado y afrontamiento eficaz, con el fin de retrasar las complicaciones propias del tratamiento sustitutivo renal(3).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos psicosociales se han constituido, dentro de la salud pública, en un problema que ha cobrado mayor importancia por su magnitud y trascendencia en las últimas décadas.

Desde la década de los 70 la OMS hacía referencia: “Los problemas de salud mental que confrontan los países, muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo, debido, entre otros factores, a la elevación de la expectativa de vida, al control cada vez mayor de las enfermedades transmisibles, a la urbanización creciente, al proceso de desarrollo económico y a los desajustes sociales” (33). Los trastornos más comunes hacen referencia a dos categorías principales, que son los trastornos depresivos y de ansiedad.

Actualmente se considera los trastornos depresivos afectan a más de 450 millones de personas a nivel mundial sin importar su edad o condición social y es

una causa principal de discapacidad a nivel mundial, contribuyendo de manera muy importante a la carga de morbilidad (29). Mientras que, para la ansiedad, la prevalencia de la enfermedad es muy variante, con rangos entre los 2,8% y 25% según el país, pudiendo elevarse hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas. (24,26)

A nivel de las américas, la OMS, revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante representando el 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad (24).

Para el caso de la depresión los datos colocan a los Estados Unidos y Brasil con los niveles más elevados ya que más de 15% de población ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida, presentándose con mayor frecuencia entre las edades de 18 a 25 años y en individuos de dos o más razas. (29)

La enfermedad renal crónica altera todo el equilibrio de la persona y su medio sometiéndola a diversos factores estresantes, provocándole múltiples alteraciones en el ámbito físico, psicológico y social (2,3).

Las sesiones de hemodiálisis generalmente son 3 por semana, con una duración de 4 horas, siendo esenciales para la supervivencia del paciente; a pesar de ser procesos estrictamente controlados pueden presentar diferentes complicaciones o problemas relacionados a la propia técnica, infraestructura, requerimientos adicionales de régimen, cumplimiento terapéutico e interferencias en la vida cotidiana que pueden llegar a desencadenar trastornos emocionales como son depresión, ansiedad, estrés, disfunción sexual, problemáticas sociales y familiares, restricciones en el uso del tiempo personal, miedos y temores.(34)

Este tipo de pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, que con mayor frecuencia son de ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, factores propios de la enfermedad como del propio

enfermo, limitaciones propias de la patología o por el tratamiento de hemodiálisis (2,3).

Estos trastornos se consideran frecuentes en los primeros seis meses de tratamiento, pero cuando estos superan los seis meses resultan preocupantes para la salud mental, dando pie a la aparición de psicopatologías como depresión o ansiedad, más frecuentes en mujeres y en edades tempranas para ambos sexos (3); pueden llegar a presentar una prevalencia del 25 y el 50% en pacientes con insuficiencia renal crónica y algunos lugares pueden llegar hasta el 70% (9).

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores asociados a trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto?

V. HIPÓTESIS DE ESTUDIO

H₀: No existen factores asociados a los trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.

H₁: Existen factores asociados a los trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.

VI. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 6.2.1.** Describir las características sociodemográficas de los pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.
- 6.2.2.** Describir las características clínicas de los pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.
- 6.2.3.** Caracterizar los trastornos psicosociales de los pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.
- 6.2.4.** Realizar análisis estadísticos bivariados entre los trastornos psicosociales y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto, gestión 2021.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACION

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo presenta un enfoque cuantitativo, de nivel investigativo relacional, siendo el tipo de estudio observacional, prospectivo, realizado a través de un diseño de corte transversal y analítico.

7.2. POBLACIÓN

Pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal mediante hemodiálisis en los Municipios de La Paz y El Alto, el marco muestral a considerar para la investigación será la “Base de datos del Programa Nacional de Salud Renal (PNSR) del Ministerio de Salud y Deportes, el mismo nos reporta que a nivel Bolivia se presentan 3.607 pacientes en tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis), a nivel de los Municipios de La Paz y El Alto tenemos 970 pacientes, distribuidos en 17 unidades de hemodiálisis

7.3. MUESTRA

7.3.1. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para el cálculo de la muestra utilizamos la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Consideramos una población de 970 personas con IRC en terapia de reemplazo renal, un nivel confianza de 95%, la desviación media de 1.96, un margen de error de 5%, una prevalencia de la enfermedad del 50%, debido a que no contamos con datos en el país o aplicables en nuestro medio, utilizamos el peor escenario para el cálculo de la muestra del estudio.

$$n = \frac{970 \times 1.96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (970-1) \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

La muestra obtenida es de 130 personas.

7.3.2. TIPO DE MUESTREO

La técnica de muestreo a considerar será el muestreo estratificado (donde cada estrato será cada unidad de hemodiálisis) de afijación proporcional. Para cada estrato se realizará una proporción, por tanto, se dividirá el tamaño de la muestra entre el tamaño de la población y se multiplicará por el tamaño de cada estrato.

Tabla 2. Muestreo estratificado por afijación proporcional

Municipio	Establecimiento	Total (sistema)	Muestra	Porcentaje de la muestra
LA PAZ	HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS	50	7	5%
LA PAZ	HOSPITAL LA MERCED	28	4	3%
LA PAZ	HOSPITAL GENERAL DE CLÍNICAS	52	7	5%
EL ALTO	HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES	50	7	5%
EL ALTO	CLÍNICA MÉDICA SUR TOMOCENTRO S.R.L.	47	6	5%
EL ALTO	HOSPITAL MEDIA LUNA ROJA – IRAN	77	10	8%
EL ALTO	NEFROCENTRO	122	16	13%
EL ALTO	HOSPITAL AGRAMONT M.R. CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.	88	12	9%
LA PAZ	RENALVIDA SRL	31	4	3%
LA PAZ	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ - HEMO D	13	2	1%
LA PAZ	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	21	3	2%

EL ALTO	CENTRO RENAL SAN JUAN BAUTISTA	34	5	3%
LA PAZ	CENTRO MEDICO ARCO IRIS (SEPN)	133	18	14%
LA PAZ	INSTITUTO BOLIVIANO DE NEFROLOGIA	101	13	10%
LA PAZ	NEFROMED	67	9	7%
EL ALTO	KIDNELYFE CENTER S.R.L	33	4	3%
LA PAZ	NEFROLYFE	23	3	2%
	TOTAL	970	130	100%

Fuente: Elaboración propia

7.4. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN/ ASOCIADAS	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Edad en años	Fecha de nacimiento	Años	Númerica discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino Masculino	Nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Nivel de estudios	Sin estudios Primarios Bachillerato Universitarios Superior	Ordinal politómica
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/separado Viudo/a	Nominal politómica

Situación laboral actual	Directo	Desempleado Jubilado Trabajo en casa Trabajo estable Trabajo temporal	Nominal politómica
Tipo de seguro de salud	Seguro del sistema de salud al que accede	Público (SUS) Seguridad social a corto plazo Ninguno	Nominal politómica
Meses en hemodiálisis	Fecha de inicio de hemodiálisis	Meses	Numérica discreta
Causa de insuficiencia renal crónica	Registro en el expediente clínico	Diabetes Hipertensión arterial Origen infeccioso Origen congénito Otros Desconocido	Nominal politómica
Comorbilidad	Registro en el expediente clínico	Presencia de comorbilidad Ausencia de comorbilidad	Nominal dicotómica
IMC categorizado	Nivel de masa corporal	Bajo peso (<18.5) Normopeso (18.5-24.9) Sobrepeso (25.0-29.9) Obesidad clase I (30.0-34.9) Obesidad clase II (35.0-39.9) Obesidad clase III (≥40)	Ordinal politómica

VARIABLE DE INTERÉS/ SUPERVISIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Trastornos psicosociales	Escala de ansiedad/depresión hospitalaria (HADS)	Normal Limite anormal Ansiedad/Depresión	Nominal Politómica

Fuente: Elaboración propia

7.5. DISEÑO METODOLÓGICO

7.5.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas mayores de 18 años.
- Aceptación voluntaria de participación.
- Pacientes en terapia de reemplazo renal asignados a unidades de hemodiálisis de los Municipios de La Paz y El Alto.

7.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes en terapia de reemplazo renal sometidos a hemodiálisis en salas de aislamiento.
- Pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19.
- Pacientes en los que se interrumpa de la recopilación de datos y que no pueda ser completada.
- Pacientes en condición crítica.

7.5.2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral actual, turno, tipo de seguro) y las clínicas (tiempo en hemodiálisis, comorbilidades, tipo de acceso vascular y causa de la insuficiencia renal) fueron registradas en el apartado de ficha de identificación y

el instrumento HADS recogerá la información acerca de los trastornos psicosociales más comunes (ansiedad y depresión).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) fue diseñada por Zigmund y Snaith (1983) con el fin de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión. Entre estos síntomas se encuentran: insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito.(35)

La HADS está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. (35,36). Dicha escala tiene la finalidad de evaluar sintomatología de ansiedad y depresión en personas encontradas en el contexto hospitalario y sin patología psiquiátrica aparente. (35)

Subescala ansiedad: Incluye las preguntas pares del instrumento (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13).

Tabla 4. Subescala de ansiedad en HADS

Pregunta	Escala			
Me siento tenso o nervioso	Nunca	A veces	Muchas veces	Todos los días
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	Nada	Un poco, pero me preocupa	Sí, pero no es muy fuerte	Definitivamente, y es muy fuerte
Tengo mi mente llena de preocupaciones	Sólo en ocasiones	A veces, aunque no	Con bastante frecuencia	La mayoría de las veces

		muy a menudo		
Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	Siempre	Por lo general	No muy a menudo	Nunca
Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago	Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	Nada	No Mucho	Bastante	Mucho
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	Nada	No muy a menudo	Bastante	Muy frecuentemente

Fuente: Fuente: Guillén-Díaz-Barriga C.(36)

Subescala depresión: Incluye las preguntas pares del instrumento (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Tabla 5. Subescala de depresión en HADS

Pregunta	Escala			
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	Como siempre	No lo bastante	Solo un poco	Nada
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	Como siempre	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
Me siento alegre	Casi siempre	A veces	No muy a menudo	Nunca
Me siento como si cada día estuviera más lento	Nunca	A veces	Muy a menudo	Por lo general en todo momento

He perdido interés por mi aspecto personal	Me preocupo igual que siempre	Podría tener un poco más cuidado	No me preocupo tanto como debería	Totalmente
Me siento optimista respecto al futuro	Igual que siempre	Menos de lo que acostumbraba	Mucho menos de lo que acostumbraba	Nada
Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	A menudo	A veces	No muy a menudo	Rara vez

Fuente: Guillén-Díaz-Barriga C.(36)

La escala se encuentra constituida por 14 ítems, 7 para síntomas de ansiedad y 7 para síntomas de depresión (Tablas 4 y 5). Como se describe anteriormente se basan en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, dependiendo de la intensidad de los síntomas, así mismo las puntuaciones de la escala van de 0 a 21 puntos para ambos tipos de síntomas y se han configurado como puntos de corte los siguientes(35):

- 0-7 síntomas no significativos
- 8-10 síntomas dudosos
- 11-21 síntomas presentes

De acuerdo a las características del instrumento se adaptaron las respuestas en cuatro opciones (ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3), considerando las opciones de: nunca, de vez en cuando, casi todo el día y todo el día para unificar los criterios de respuesta. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas. Además, el

periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos catorce días(35,36).

Al ser concebida como una herramienta de tamizaje para la detección de trastornos afectivos en el ámbito hospitalario ambulatorio, su característica principal es que no incluye reactivos que hagan referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. Es empleada frecuentemente para evaluar poblaciones con enfermedades crónicas (36).

En la revisión "The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literatura review" de 747 artículos, se logró determinar que la HADS funciona bien como indicador para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de atención primaria, con patología crónica, psiquiátrica y en la población general. Las correlaciones entre las dos subescalas variaron de 0,40 a 0,74, mientras que el alfa de Cronbach para HADS-A varió de 0,68 a 0,93 y para HADS-D de 0,67 a 0,90 (9,37).

Para comprobar la fiabilidad de la HADS en nuestro estudio, se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach, coeficiente usado para saber cuál es la fiabilidad de una escala o test indicada para escalas unidimensionales entre tres y veinte ítems, se hace referencia a que valores entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna(38,39).

Se determinaron valores para HADS-A de 0,715 y HADS-D de 0,421; por lo que consideramos que nuestra escala con 14 ítems tiene una buena consistencia interna y fiabilidad.

VIII. RESULTADOS

8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

8.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Los resultados presentados a continuación, se elaboraron a partir de un total de 130 personas.

Tabla 6. Factores sociodemográficos

Variable		Frecuencia (Media, Mediana)	Porcentaje (DS, RIQ)
Sexo	Masculino	57	43,8%
	Femenino	73	56,2%
Edad		(56, 57)	(14, 58)
Estado Civil	Soltero	17	13,1%
	Unión libre	0	0,0%
	Casado	79	60,8%
	Divorciado	16	12,3%
	Viudo	18	13,8%
Nivel de instrucción	Sin estudios	5	3,8%
	Estudios primarios	61	46,9%
	Bachillerato	35	26,9%
	Estudios universitarios	22	16,9%
	Estudios superiores	7	5,4%
Situación laboral	Desempleado	55	42,3%
	Jubilado	17	13,1%
	Trabajo en casa	30	23,1%
	Trabajo estable	18	13,8%
	Trabajo temporal	10	7,7%
Ciudad	La Paz	86	66,2%

	El Alto	44	33,8%
Turno	Mañana	64	49,2%
	Tarde	47	36,2%
	Noche	19	14,6%
Tipo de seguro de salud	Público (SUS)	88	67,7%
	Seguridad social a corto plazo	38	29,2%
	Ninguno	4	3,1%

Fuente: Elaboración propia

8.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tabla 7. Características Clínicas

Variables		Frecuencia (Media, Mediana)	Porcentaje (DS, RIQ)
Tipo de acceso vascular	Fístula arterio – venosa	80	61,5%
	Catéter diálisis temporal	41	31,5%
	Catéter diálisis permanente	9	6,9%
Causa de insuficiencia renal crónica	Diabetes Mellitus tipo 2	45	34,6%
	Hipertensión arterial sistémica	48	36,9%
	Origen infeccioso	1	0,8%
	Origen congénito	2	1,5%
	Otros	14	10,8%
	Desconocido	20	15,4%
Presencia de comorbilidad	Ausencia	59	45,4%
	Presencia	71	54,6%

Meses en hemodiálisis		(34, 25)	(32, 148)
IMC categorizado	Bajo peso	6	4,6%
	Normopeso	71	54,6%
	Sobrepeso	35	26,9%
	Obesidad clase I	16	12,3%
	Obesidad clase II	2	1,5%
	Obesidad clase III	0	0%

Fuente: Elaboración propia

8.1.3. CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS PSICOSOCIALES

Tabla 8. Frecuencias de ansiedad y depresión hospitalarias

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad hospitalaria	Normal	69	53,1%
	Límite anormal	39	30%
	Ansiedad	22	16,9%
Depresión hospitalaria	Normal	10	7,7%
	Límite anormal	30	23,1%
	Depresión	90	69,2%

Fuente: Elaboración propia

8.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 9. Ansiedad hospitalaria según factores sociodemográficos

Variables		Ansiedad hospitalaria		
		Normal	Límite anormal	Ansiedad
Sexo	Masculino	66,7%	19,3%	14%
	Femenino	42,5%	38,4%	19,2%
Estado Civil	Soltero	70,6%	17,6%	11,8%
	Unión libre	0%	0%	0%
	Casado	53,2%	30,4%	16,5%

	Divorciado	50%	37,5%	12,5%
	Viudo	38,9%	33,3%	27,8%
Nivel de instrucción	Sin estudios	20%	60%	20%
	Estudios primarios	45,9%	32,8%	21,3%
	Bachillerato	57,1%	20%	22,9%
	Estudios universitarios	68,2%	31,8%	0%
	Estudios superiores	71,4%	28,6%	0%
Situación laboral	Desempleado	52,7%	23,6%	23,6%
	Jubilado	70,6%	29,4%	0%
	Trabajo en casa	40%	46,7%	13,3%
	Trabajo estable	66,7%	16,7%	16,7%
	Trabajo temporal	40%	40%	20%
Ciudad	La Paz	60,5%	20,9%	18,6%
	El Alto	38,6%	47,7%	13,6%
Turno	Mañana	60,9%	21,9%	17,2%
	Tarde	38,3%	38,3%	23,4%
	Noche	63,2%	36,8%	0%
Tipo de seguro de salud	Público (SUS)	47,7%	29,5%	22,7%
	Seguridad social a corto plazo	65,8%	28,9%	5,3%
	Ninguno	50%	50%	0%

Fuente: Elaboración propia

Existiría una posible asociación, para la presencia de ansiedad, ser del sexo femenino, viudo/a, tener un nivel de educación hasta el bachillerato, no contar con una fuente laboral estable, vivir en la ciudad de La Paz, asistir a sesiones de hemodiálisis en horario vespertino y pertenecer al seguro público de salud. Cabe resaltar que estos factores mantienen constantes dentro de los límites anormales para la presencia de ansiedad (según la escala HADS), con excepción de la residencia (47,7% para la ciudad de El Alto) y realizar trabajo en casa (46,7%).

Tabla 10. Ansiedad hospitalaria según características clínicas

Variables		Ansiedad hospitalaria		
		Normal	Límite anormal	Ansiedad
Tipo de acceso vascular	Fístula arterio - venosa	52,5%	28,7%	18,8%
	Catéter diálisis temporal	51,2%	31,7%	17,1%
	Catéter diálisis permanente	66,7%	33,3%	0%
Causa de insuficiencia renal crónica	Diabetes Mellitus tipo 2	51,1%	31,1%	17,8%
	Hipertensión arterial sistémica	50%	29,2%	20,8%
	Origen infeccioso	100%	0%	0%
	Origen congénito	100%	0%	0%
	Otros	57,1%	28,6%	14,3%
	Desconocido	55%	35%	10%
Presencia de comorbilidad	Ausencia	55,9%	28,8%	15,3%
	Presencia	50,7%	31%	18,3%
IMC categorizado	Bajo peso	50%	16,7%	33,3%
	Normopeso	59,2%	28,2%	12,7%
	Sobrepeso	37,1%	34,3%	28,6%
	Obesidad clase I	56,3%	37,5%	6,3%
	Obesidad clase II	100%	0%	0%
	Obesidad clase III	0%	0%	0%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados sugieren una asociación entre la ansiedad con el portar una fístula arterio-venosa, haber desarrollado IRC por hipertensión arterial sistémica, presentar algún tipo de comorbilidad y tener bajo peso. Estos posibles factores

no se mantienen constantes en los límites anormales de ansiedad, donde se hacen más frecuente portar un catéter de diálisis permanente, haber desarrollado IRC de origen desconocido y presentar obesidad de clase I.

Tabla 11. Depresión hospitalaria según factores sociodemográficos

Variable		Depresión hospitalaria		
		Normal	Límite anormal	Depresión
Sexo	Masculino	5,3%	26,3%	68,4%
	Femenino	9,6%	20,5%	69,9%
Estado Civil	Soltero	5,9%	17,6%	11,8%
	Unión libre	0%	0%	0%
	Casado	10,1%	25,3%	64,6%
	Divorciado	6,3%	18,8%	75%
	Viudo	0%	22,2%	77,8%
Nivel de instrucción	Sin estudios	0%	0%	100%
	Estudios primarios	9,8%	26,2%	63,9%
	Bachillerato	5,7%	31,4%	62,8%
	Estudios universitarios	9,1%	4,5%	86,4%
	Estudios superiores	0%	28,6%	71,4%
Situación laboral	Desempleado	12,7%	23,6%	63,6%
	Jubilado	5,9%	11,8%	82,4%
	Trabajo en casa	3,3%	26,7%	70%
	Trabajo estable	5,6%	27,8%	66,7%
	Trabajo temporal	0%	20%	80%
Ciudad	La Paz	9,3%	20,9%	69,8%
	El Alto	4,5%	27,3%	68,2%
Turno	Mañana	7,8%	21,9%	70,3%
	Tarde	8,5%	21,3%	70,2%

	Noche	5,3%	31,6%	63,2%
Tipo de seguro de salud	Público (SUS)	8%	22,7%	69,3%
	Seguridad social a corto plazo	7,9%	23,7%	68,4%
	Ninguno	0%	25%	75%

Fuente: Elaboración propia

Para el caso de la depresión podría existir una posible asociación con ser viudo/a, no haber cursado estudios, ser jubilado, vivir en la ciudad de La Paz. De igual manera para el caso del sexo ser femenino, asistir a sesiones durante la mañana y tener seguro público, pero para estos últimos se observaron diferencias escuetas entre algunas de sus categorías.

Comparando los resultados obtenidos, para aquellos que se encuentran en límite anormal, la tendencia de algunos de estos factores cambia; para el caso del sexo se presenta más en el masculino, personas con trabajo estable, residencia en la ciudad de El Alto y aquellos que pertenecen a la seguridad social a corto plazo asistiendo a sesiones durante el turno de la mañana.

Tabla 12. Depresión hospitalaria según características clínicas

Variable		Depresión hospitalaria		
		Normal	Límite anormal	Depresión
Tipo de acceso vascular	Fístula arterio - venosa	12,5%	26,3%	61,3%
	Catéter diálisis temporal	0%	22%	78%
	Catéter diálisis permanente	0%	0%	100%
	Diabetes Mellitus tipo 2	6,7%	31,1%	62,2%

Causa de insuficiencia renal crónica	Hipertensión arterial sistémica	6,3%	18,8%	75%
	Origen infeccioso	0%	0%	100%
	Origen congénito	50%	0%	50%
	Otros	7,1%	21,4%	71,4%
	Desconocido	10%	20%	70%
Presencia de comorbilidad	Ausencia	3,4%	22%	74,6%
	Presencia	11,3%	23,9%	64,8%
IMC categorizado	Bajo peso	0%	16,7%	83,3%
	Normopeso	7%	18,3%	74,6%
	Sobrepeso	14,3%	28,6%	57,1%
	Obesidad clase I	0%	37,5%	62,5%
	Obesidad clase II	0%	0%	100%
	Obesidad clase III	0%	0%	0%

Fuente: Elaboración propia

Según lo observado podría existir asociación entre la presencia de depresión con ser portador de un catéter de diálisis permanente, tener un origen infeccioso para la IRC, ausencia de comorbilidades y presentar obesidad de clase II. Comparando estos resultados con aquellos dentro del límite anormal para la depresión, serían más propensos a desarrollarla aquellos portadores de una fístula arterio-venosa, los de desarrollaron IRC por Diabetes Mellitus tipo 2, presentan comorbilidades y sobrepeso.

8.3. PRUEBA DE HIPOTESIS

Tabla 13. Prueba de Chi cuadrado entre ansiedad hospitalaria y características sociodemográficas/clínicas

	Valor	df	p-valor
Ansiedad y Sexo	7,907314	2	0,196714
Ansiedad y Nivel de Instrucción	12,332929	8	0,136956

Ansiedad y Estado civil	4,644335	6	0,590169
Ansiedad y Situación Laboral	12,447358	8	0,132332
Ansiedad y Turno	10,211154	4	0,37017
Ansiedad y Tipo de Seguro	7,673595	4	0,104294
Ansiedad y acceso vascular	2,141061	4	0,709833
Ansiedad y Causa de IRC	4,111001	10	0,942201
Ansiedad y Comorbilidad	0,394401	2	0,821026
Ansiedad y IMC categorizado	11,204871	10	0,341781
# de casos válidos	130		

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, podemos decir que no existe asociación entre la ansiedad hospitalaria y alguna de las variables de interés (p-valor superior a 0,05) presentadas en la tabla.

Tabla 14. Prueba de Chi cuadrado entre Ansiedad hospitalaria y Municipio

	Valor	df	p-valor
Chi cuadrada de Pearson	10,004916	2	0,006721
# de casos válidos	130		

Fuente: Elaboración propia

Realizada la prueba de Chi cuadrado, un error esperado de 0,05 y los valores calculados en la prueba, podemos decir que existe asociación entre Ansiedad hospitalaria y Municipio (p-valor de 0,006721).

Tabla 15. Prueba de Chi cuadrado entre depresión hospitalaria y características sociodemográficas/clínicas

	Valor	df	p-valor
Depresión y Sexo	1,249700	2	0,535342
Depresión y Municipio	1,374207	2	0,503031
Depresión y Nivel de Instrucción	9,435356	8	0,306910

Depresión y Estado civil	3,278083	6	0,773222
Depresión y Situación Laboral	5,691781	8	0,681712
Depresión y Turno	1,007664	4	0,908632
Depresión y Tipo de Seguro	0,357656	4	0,985795
Depresión y Acceso vascular	4,111001	10	0,942201
Depresión y Comorbilidad	3,096470	2	0,212623
Depresión y IMC categorizado	12,435979	10	0,256937
# de casos válidos	130		

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, podemos decir que no existe asociación entre la depresión hospitalaria y alguna de las variables de interés presentadas en la tabla (p-valor superior a 0,05).

Tabla 16. Prueba de Chi cuadrado entre depresión hospitalaria y causa de IRC

	Valor	df	p-valor
Chi cuadrada de Pearson	21,685554	8	0,005533
# de casos válidos	130		

Fuente: Elaboración propia

Realizada la prueba de Chi cuadrado, un error esperado de 0,05 y los valores calculados en la prueba, podemos decir que existe asociación entre la depresión hospitalaria y la causa de IRC (p-valor de 0,005533).

Tabla 17. Prueba de Rho de Spearman para variables cuantitativas y ansiedad hospitalaria

Variabes	Rho de Spearman	p – valor
Edad y Ansiedad	0,082020	0,353559
Tiempo en hemodiálisis y Ansiedad	-0,100460	0,255441

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la prueba de correlación de Rho de Spearman aplicada a las variables numéricas del estudio (ambas no presentaron distribución normal), existe una asociación baja para la edad y ansiedad (0,08) y negativa en el caso del tiempo de hemodiálisis (-0,1). Para ambos casos no existe asociación estadísticamente significativa (p-valor 0,35 y 0,25 respectivamente).

Tabla 18. Prueba de Rho de Spearman para variables cuantitativas y depresión hospitalaria

Variab les	Rho de Spearman	p – valor
Edad y Depresión	0,096559	0,274454
Tiempo en hemodiálisis y Depresión	-0,187213	0,032939

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la prueba de correlación de Rho de Spearman aplicada a las variables numéricas del estudio (ambas no presentaron distribución normal), existe una asociación baja para la edad y depresión (0,097) sin tener significancia estadística (p-valor 0,27). Para el caso del tiempo de hemodiálisis y depresión es negativa (-0,19) y es estadísticamente significativa (p-valor 0,03).

IX. DISCUSIÓN

Para la presente tesis se buscó la mayor rigurosidad al momento de la recopilación de información y muestreo para el análisis de los resultados. Este hecho nos permite garantizar la calidad de los resultados y que pueden ser inferidos a la población además de generar evidencia científica para futuras investigaciones, así como constituirse en estimaciones puntuales actualmente inexistentes en nuestro medio.

Los resultados de la investigación revelan que la ansiedad hospitalaria se presenta en un 16,9%, existe una variabilidad entre los estudios que va desde 2,4% al 45,7% en pacientes en hemodiálisis(2,4,28); esta variabilidad tan amplia se explica por la diversidad de las poblaciones según el estudio, Rojas-Villegas

et al(40) reportan valores de 35% en poblaciones mexicanas, mientras que Paez et al(2) en su estudio realizado en Argentina revela 23,3%, Villalobos y De León(4) con su investigación en Guatemala indican un 42%; y a las características propias de cada individuo que están claramente relacionados con su salud física, el deseo de abandonarlo todo y encontrar otra forma de tratamiento(4,28,40).

Se logra evidenciar un predominio del sexo femenino con un 19,2%, que discrepa con los resultados de Mesa et al(5) donde el predominio es a favor del sexo masculino, mientras que Badilla et al (3) reporta si el predominio en mujeres con un 30,7%; que se explicaría por una mayor exposición al estrés cotidiano, concentraciones más altas de aminas biogénicas y cambios endócrinos que se producen con la menstruación y en la menopausia. Según el estado civil los viudos presentan mayor ansiedad (27,8%), en contraste con Badilla et al (3,41) en el 26,7% - 30% de los casos se presentan en casados, a pesar del apoyo del entorno familiar al contar con una pareja estable(41). En ninguno de los casos mencionados las pruebas estadísticas demostraron asociaciones estadísticas significativas para las pruebas de Chi cuadrado.

Considerando el nivel de instrucción tiene mayor presentación en personas con bachillerato (22,9%), mientras que para Badilla(41) la presencia de algún tipo de psicopatología se presenta mayoritariamente en personas sin instrucción; para nuestra investigación la situación de desempleo (23,6%) presenta en mayor medida casos de ansiedad coincidiendo con lo reportado por Badilla(41) aunque en mayor proporción (29,5%). Según el autor la explicación coincide con Mesa et al(5) en la que la comprensión de la enfermedad, según el nivel educativo, conlleva a un mejor afrontamiento de la ansiedad y el tener ingresos económicos que sustenten tratamientos prolongados permite reducir los escenarios estresantes pacientes con enfermedades crónicas. De igual forma como se describe en el párrafo anterior, las pruebas estadísticas no demostraron asociaciones estadísticamente significativas.

En relación a los otros resultados el predominio en el municipio de La Paz con un 18,6% de los casos, según el turno de sesiones de hemodiálisis no se presentaron casos en el turno nocturno mientras que se presentó mayoritariamente entre los que asistían por la tarde (23,4%), según el tipo de seguro la ansiedad es más frecuente entre los que pertenecen al seguro público de salud (22,7%), no pudieron ser comparados con otros estudios debido a que estas variables no fueron consideradas.

Del total de los encuestados que presentaron ansiedad, el 20,8% presentaron como causa de IRC a la hipertensión arterial sistémica, el 18,3% de aquellos con algún tipo de comorbilidad, finalmente el 33,3% de los pacientes con bajo peso presentan dicho trastorno psicosocial. De igual manera no se pudieron realizar comparaciones por la falta de estudios similares.

Para el caso de la depresión se detectó un 69,2% en la población estudiada, que es superior a lo reportado por Mesa et al(5) con un 56.5%, Rojas-Villegas et al(40) con un 48%, Villalobos(4) con un 39% coincidente con un metaanálisis reportado por Vasquez(28) sujeto a la aplicación de cuestionarios (39,3%). Los autores antes mencionados coinciden que estos altos valores de depresión se presentan debido a sentimientos de desesperanza, culpa, deterioro de la autoimagen, aislamiento social, alteración de la autopercepción, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo(28,40), los cuales pueden tener su origen en las situaciones estresantes que son comunes en la vida de los pacientes en terapia de reemplazo renal.

De la totalidad de casos detectados de depresión hospitalaria, el 69,9% son del sexo femenino que coincide con Moya(42) donde el estado depresivo se presenta en el 66,7%, pero este dato que contradice lo observado por Amador et al(11) en el que reporta un 87% y Mesa et al(5) con un 39,1% en el sexo masculino. De manera similar al caso de ansiedad la depresión se explica por factores propios del sexo como ser la exposición al estrés cotidiano, cambios endócrinos relacionados con el climaterio(3).

En relación al estado civil, para la depresión, predomina entre los viudos con un 77,8%, dato que va en contraposición de Vazquez-Martinez et al(10) que reportan un 62% entre los casados, mientras que para Amador et al(11) la depresión es mayor en las personas sin pareja estable a los que corresponde el 53% y Mesa et al(5) refiere que es más frecuente en los solteros. Los autores mencionados anteriormente coinciden que las personas casadas o con apoyo familiar pueden presentar mayores niveles de depresión debido a las cargas estresantes de la enfermedad y las limitaciones físicas que implica la enfermedad; para el caso de los solteros la falta de apoyo familiar o un entorno de soledad implica dificultades para enfrentar el nuevo ritmo de vida, así como las limitaciones físicas.(5,10,11)

La depresión se presenta en mayor proporción en aquellos con un nivel de instrucción universitario (86,7%); los autores coinciden que la educación es fundamental en el proceso para entender el mundo que lo rodea y las situaciones patológicas que atraviesan. Vazquez-Martinez et al(10) reportan que un 72,5% de los que no alcanzaron el bachillerato la presentan, Badilla et al(3) afirma que un 33,3% de los pacientes con enseñanza básica la padecen.

Un 82,4,% de los jubilados presentan depresión de acuerdo a la investigación, para Badilla et al(3) un 29,5% que no realizan actividades laborales la padecen, mientras que Amador et al(11) hace referencia a un 79%. Según los autores mencionados anteriormente los gastos económicos que conllevan los tratamientos prolongados, y la preocupación inherente, conlleva estados de estrés y depresión que son difíciles de manejar terminando en la cronificación de los mismos.

Según el municipio existe un predominio de casos de depresión entre los que habitan en La Paz, en relación al turno de hemodiálisis presentaron depresión paridad entre los turnos de mañana y tarde, finalmente encontramos un 69,3% que pertenecen al SUS. La revisión bibliográfica no permitió puntos de comparación, ya que los diversos autores no consideraron tales variables de importancia.

En relación a los factores propios de la enfermedad del total de casos de depresión, se identificó que el 100% con causa de IRC infecciosa la padecen, más frecuente entre aquellos sin comorbilidades (74,6%) y un 100% de los que presentan obesidad clase II. De igual manera no se pudieron realizar comparaciones por la falta de estudios similares.

Se consideraron además a la edad y el tiempo de hemodiálisis como variables de importancia; para la edad se describe una media de 56 años (± 14), los valores hallados que coinciden con Paez et al(2) 53.67 años (± 15.83), pero según Villalobos y De León(4) la media de edad en pacientes en hemodiálisis es inferior 38,65 años (± 15). Para el caso de la ansiedad y depresión las pruebas bivariadas no demostraron asociación, pero el estudio realizado por Mesa et al(5) si determina asociación estadística para ambos casos (p-valor 0.03), de igual forma Paez et al(2) encuentra asociación tanto para ansiedad (0.001) y depresión (0.008). Los autores refieren que a mayor edad los niveles de ansiedad y depresión aumentan debido al progresivo deterioro físico de la vejez al que se suman limitaciones inherentes a la enfermedad renal crónica y su tratamiento médico, llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo.(2,4,5)

Para la población de estudio la media del tiempo de hemodiálisis supera los 2 años (34 meses ± 32), no se demostró asociación significativa para ambos casos. Paez et al(2) menciona una media inferior 29.53 meses (± 26.63), para Badilla et al(3) los tiempos en hemodiálisis son ampliamente superiores alcanzando media de 92,4 meses; a diferencia del presente estudio Paez et al(2) si encuentra asociación para la ansiedad (p-valor 0,016), mientras que Mesa et al(5) si encuentra asociación para la ansiedad (0.0002) y depresión (0.031). La ansiedad se hace manifiesta en los primeros periodos de enfermedad, los cambios bruscos en los estilos de vida y las preocupaciones desencadenan estados ansiosos(2), mientras que con el transcurrir del tiempo el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los

sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica.(5)

La hipótesis de la investigación fue comprobada, el análisis bivariado entre las variables de interés y la ansiedad/depresión demostró asociaciones estadísticamente significativas entre la Ansiedad y Municipio (p-valor 0,006721), Depresión y Causa de IRC (p-valor 0,005533); la falta de estudios no permite comparaciones.

Las principales limitaciones para la realización del estudio se presentaron al momento de la coordinación para el inicio de la recopilación de información, retrasos debido a la falta de coordinación entre responsables de las diferentes unidades de hemodiálisis y el Ministerio de Salud.

En relación al proceso en sí mismo, por el tipo de población estudiada se encuentra susceptible a descompensaciones en su estado de salud lo que dificultó en algunos casos la recopilación de la información o impedía el acceso a los mismos; finalmente el contexto actual con la pandemia de COVID-19, como factor de considerar, pudo limitar el acceso a pacientes que sean positivos para esta enfermedad, debido a encontrarse en aislamiento por el riesgo inherente de contagio.

X. CONCLUSIONES

1. Los pacientes en hemodiálisis se caracterizan por presentar predominio del sexo femenino, edades cercanas a la tercera edad, con un nivel de instrucción bajo (estudios primarios), prevalece la condición de desempleo y más del 50% de los mismos recurren al seguro público de salud para la realización de las sesiones de hemodiálisis.
2. De acuerdo a la importancia de factores relacionados a la enfermedad las principales causas de IRC son la hipertensión arterial sistémica y la Diabetes Mellitus tipo 2, en los que su estado patológico se asocia a comorbilidades y llevan periodos prolongados en hemodiálisis.
3. De manera general los trastornos psicosociales demuestran tendencia a presentarse en mujeres, a mayor edad se hacen más frecuentes síntomas de ambos trastornos, siendo los viudos los principalmente afectados, el nivel de educación aparenta ser un factor de importancia para la comprensión de estas patologías y el proceso de adaptación en adición a la condición económica de empleo o desempleo (que se presenta en la mayor parte de los mismos), al igual que contar con un seguro de salud que garantice la continuidad de las sesiones de hemodiálisis. Para las características clínicas de la IRC, los pacientes que presentaron algún grado de ansiedad/depresión mostraron tendencias a relacionarse con la hipertensión arterial sistémica como principal causa, así como la presencia de comorbilidades coadyuvaría para el desarrollo de ansiedad, pero no así para la depresión.
4. A pesar de las tendencias presentadas en la caracterización de ambos trastornos psicosociales, solo se determinó asociaciones estadísticamente significativas para el Municipio de Residencia con la Ansiedad y la Causa de IRC con la Depresión.

XI. RECOMENDACIONES

- Plantear estudios que puedan realizarse a nivel nacional, debido a la falta información sobre trastornos psicosociales en pacientes en hemodiálisis aplicables en el medio, a partir de resultados obtenidos en la presente investigación.
- Se requiere nuevos estudios enfocados en cada una de las variables que presentaron tendencias de asociación con los trastornos psicosociales.
- Estos trastornos se encuentran infradiagnosticados, y de acuerdo a la información recopilada, no reciben el suficiente interés de las autoridades; por lo que se sugiere enfocar nuevas políticas para la atención de estos trastornos, con la información presentada acerca de la ansiedad y depresión en ambos Municipios.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez. G, Guerra E, Pérez D. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Multimed.* 2020;24(2):464-9.
2. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica.* 2009;8(1):117-24.
3. Badilla E, Rodríguez M, Cruz M. Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería (Montev).* 2019;8(1):139-52.
4. Villalobos W, De León P. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala).* 2017;156(1):43-6.
5. Mesa M, Vázquez Y, Álvarez N. Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.* 2013;10(3).
6. Vallejos J, Ortega E. Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas.* 2018;12(2):205-14.
7. Lacomba-Trejo L, Mateu-Mollà J, Cabajo E, Oltra AM, Galán A. Percepción de amenaza de la enfermedad renal crónica avanzada y su asociación con la sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista de Psicología de la Salud.* 2021;9(1):124-36.
8. Ayala J, Urizar C, Jarolin M, López M, Ruiz N, Stanley I de J. Evaluación del estado de ansiedad y depresión de pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Clínicas. *Revista Científica UPAP.* 2021;1(1):27-36.
9. Gómez L, Pac N, Manresa M, Lozano S, Chevarria J. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica.* 2015;18(2):112-7.
10. Vázquez-Martínez VH, Ortega-Padrón M, Cervantes-Vázquez D. Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. *Aten Fam.* 2016;23(1):29-33.
11. Amador A, Vargas L, Murcia J, Aborashed N, Sierra L. Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en Boyacá, Colombia. *Revista Colombiana de Nefrología.* 2021;8(3):1-12.

12. Cabrales-Arreola J, Sánchez-Estrada M, Ojeda-Vallejo I, Monterubio-Flores E, Hernández-Girón C. Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 2017;9(1):46-53.
13. Nolasco Chávez A. Factores sociodemográficos y calidad de atención del Servicio de Consultorio Obstétrico en gestantes. Centro de Salud de San Juan Bautista-Ayacucho 2017 [Internet] [Tesis de Maestría]. [Perú]: Universidad Cesar Vallejos; 2018 [citado 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/20455/nolasco_cha.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Amaya Panta MM. Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, atendidos en el Puesto de Salud Pedregal Alto. diciembre 2017 -abril 2018 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [Sullana – Perú]: Universidad San Pedro; 2018 [citado 8 de marzo de 2022].
15. Vásquez A. El Código de Seguridad Social y sus reformas. *Revista Jurídica Derecho*. 2014;1(1):75-84.
16. Bianco F, Pazmiño E, Guevara S, Restrepo H, Ortiz M, Rivero J. Sexo, género y ciudadanía. *Comunidad y Salud*. 2013;11(1):3-9.
17. Gómez A, Arias E, Jiménez C. Insuficiencia Renal Crónica. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007. 637-46 p.
18. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C, et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista médica de Chile*. 2009;137(1):137-77.
19. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán J, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014;34(4):302-16.
20. Mayancela M, Villegas E, Adrián AJ, Torres Y. Insuficiencia renal crónica y estadificación. *RECIAMUC*. 2021;5(1):42-53.
21. Lorenzo Sellarés V, Luis Rodríguez D. Enfermedad Renal Crónica [Internet]. *Nefrología al día*. [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>

22. Chan C, Blankestijn P, Dember LM, Gallieni M, Harris D, Lok C, et al. Iniciación a la diálisis, elección de modalidad, acceso y prescripción: conclusiones de Conferencia de Controversia de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). *Kidney International*. 2019;96:37-47.
23. Sosa-Medellín M, Luviano-García J. Terapia de reemplazo renal continua. Conceptos, indicaciones y aspectos básicos de su programación. *Medicina interna de México*. 2018;34(2):288-98.
24. Chacón E, Fernández M, Murillo R, Xatruch D. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 2021;35(1):23-36.
25. Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2012;69(604):497-507.
26. Macías-Carballo M, Pérez-Estudillo C, López-Meraz L, Beltrán-Parrazal L, Morgado-Valle C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual [Internet]. *Neurobiología revista electrónica*. 2019 [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>
27. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014;(110):62-9.
28. Vázquez MI. Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis [Internet]. *Nefrología al día*. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/276>
29. Corea Del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*. 2021;89(1):46-52.
30. Madero M, Suárez J, Mayancela M, Villegas E. Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*. 2021;5(1):32-41.
31. Pérez-Padilla E, Cervantes-Ramírez V, Hijuelos-García N, Pineda-Cortés J, Salgado-Burgos H, Pérez-Padilla EA, et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*. 2017;28(2):73-98.
32. Piñar G, Suárez G, De La Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(12):e610-e610.
33. León A. Las Enfermedades Psicosociales como Problema de Salud Pública. *Revista Médica Hondureña*. 1975;43:178-84.

34. Pedreira G, Vasco A, Herrera C, Martínez Y, Junyent E. Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2018;21(1):44-51.
35. Franco-Paredes K, Castro-López V. Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en muestras mexicanas: ¿Debemos regresar al principio? *RPPC.* 2021;26(3):237-47.
36. Guillén-Díaz-Barriga C, González-Celis Rangel A, Sánchez C, Fernández M. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez. *Psicología Iberoamericana.* 2020;26(2):75-87.
37. Bjelland I, Dahl A, Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research.* 2002;52(2):69-77.
38. Oviedo H, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2005;34(4):572-80.
39. Ledesma R, Molina G, Valero P. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF.* 2002;7(2):143-52.
40. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez A, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago).* 2017;26(1):65-77.
41. Badilla Aguilera EA. Salud mental de pacientes hemodializados y su relación con el bienestar espiritual y las características biosociodemográficas [Tesis]. [Concepción - Chile]: Universidad de Concepción; 2018. [citado 15 de marzo de 2022]
42. Moya M. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2017;20(1):48-56.

XIII. ANEXOS

Gráfico 1. Ansiedad hospitalaria según Sexo

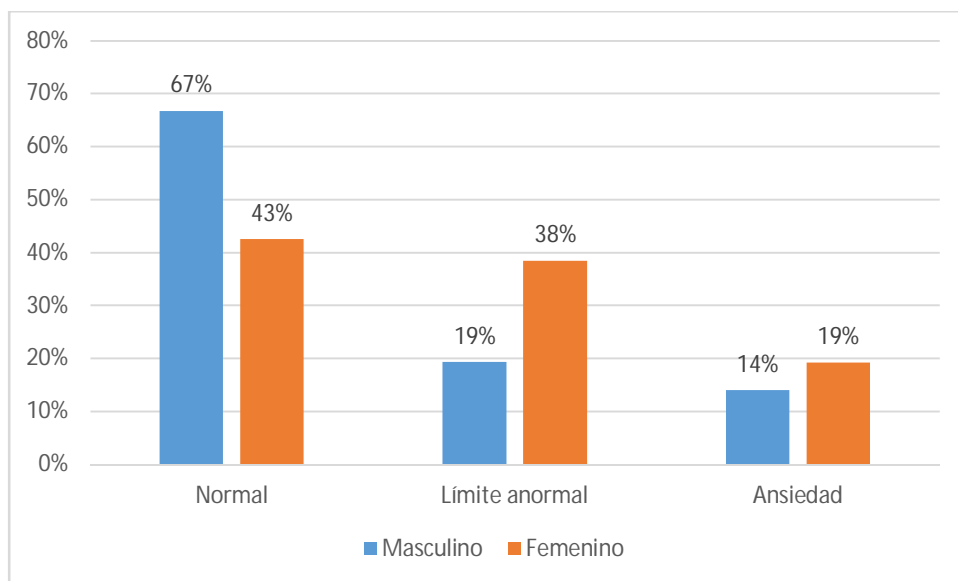


Gráfico 2. Ansiedad según estado civil

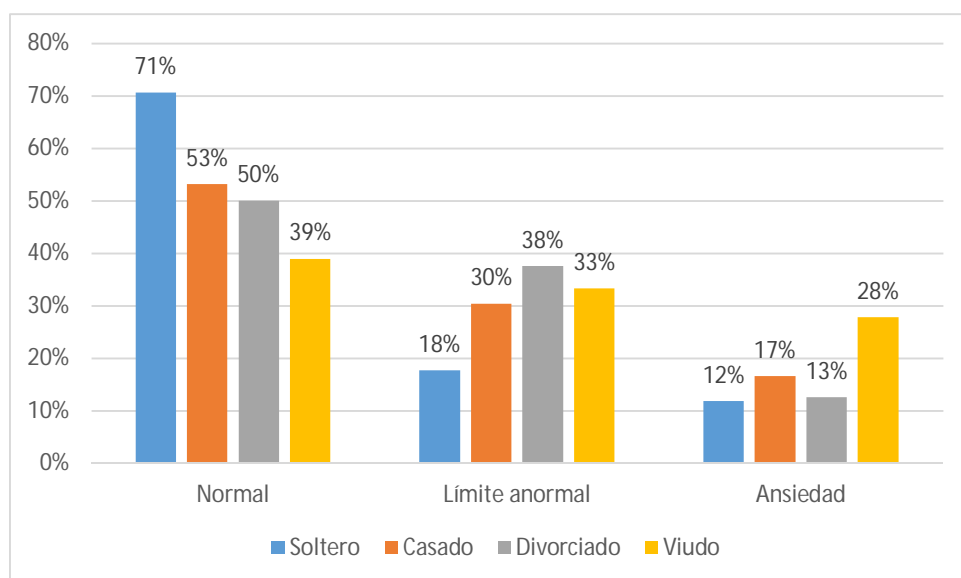


Gráfico 3. Ansiedad según Nivel de instrucción

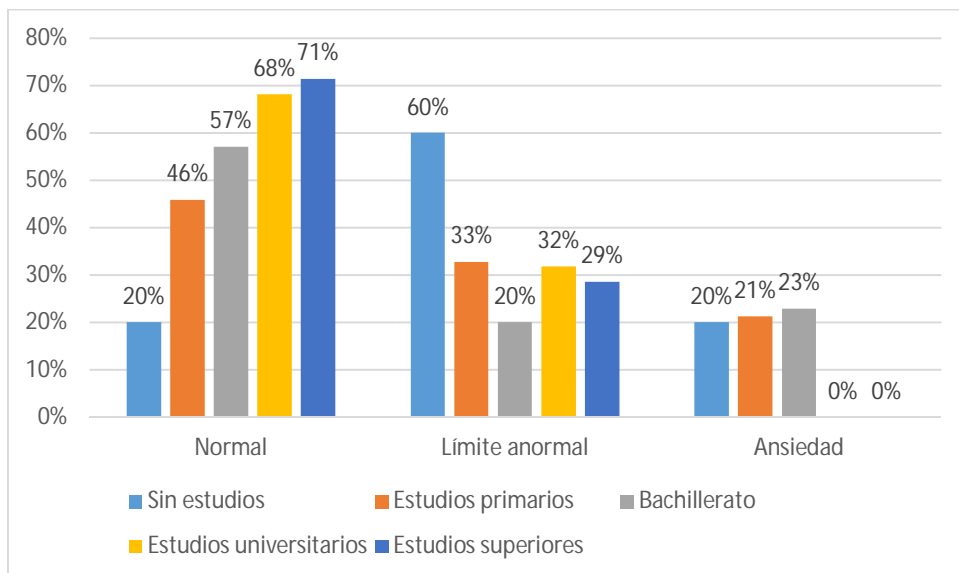


Gráfico 4. Ansiedad según Situación Laboral

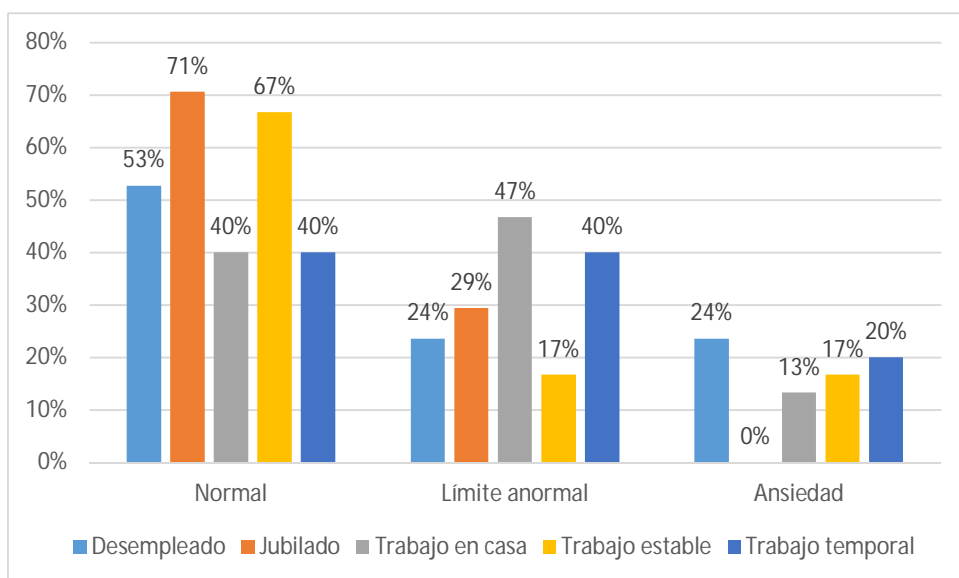


Gráfico 5. Ansiedad según Municipio

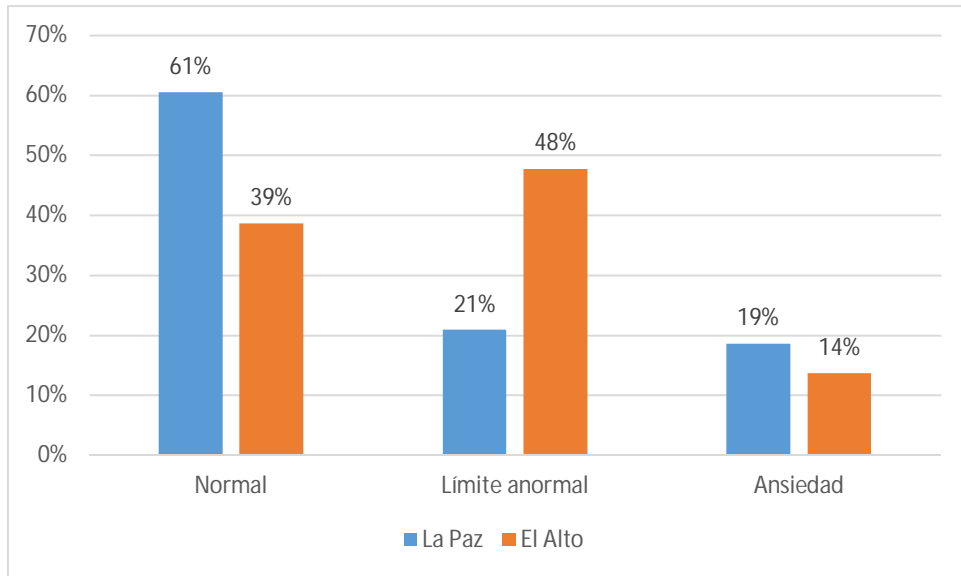


Gráfico 6. Ansiedad según turno de hemodiálisis

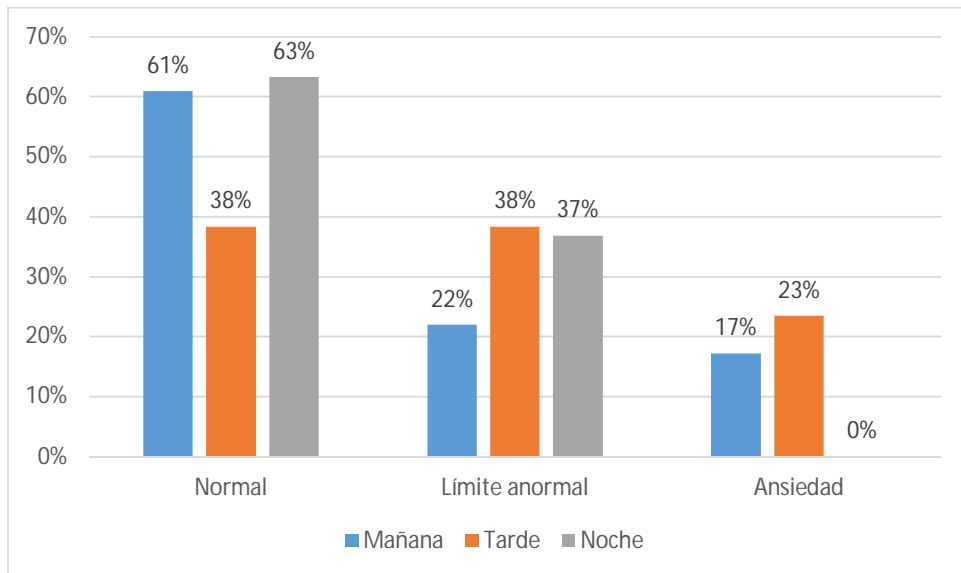


Gráfico 7. Ansiedad según tipo de seguro de salud

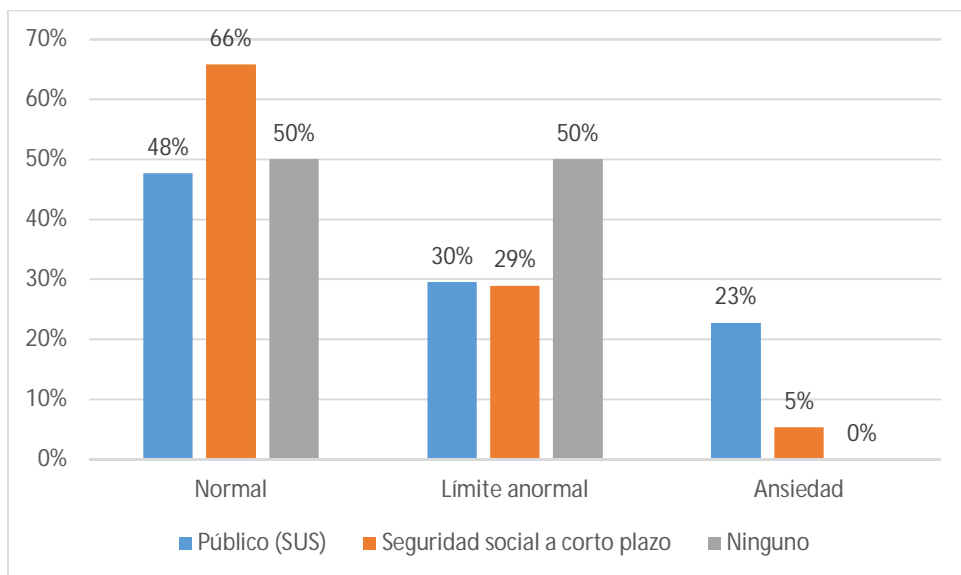


Gráfico 8. Ansiedad según tipo de acceso vascular

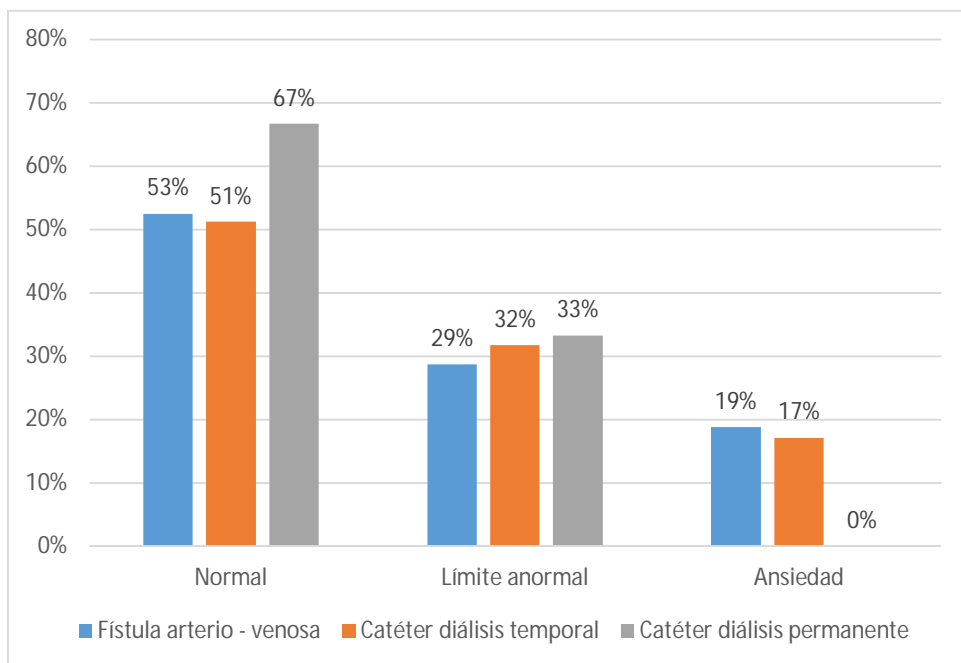


Gráfico 9. Ansiedad según causa de IRC

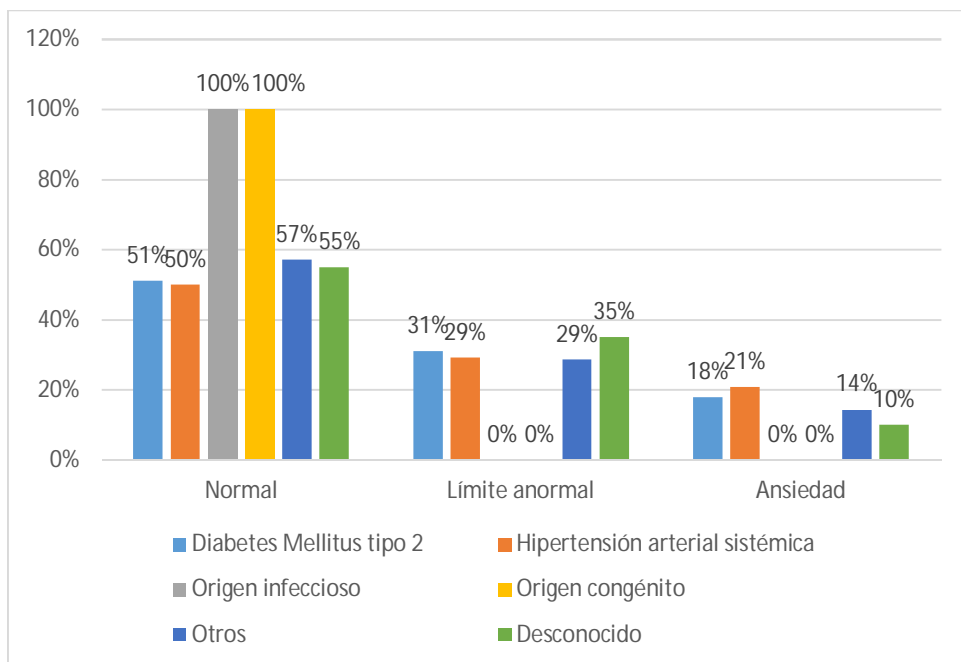


Gráfico 10. Ansiedad según Presencia de comorbilidades

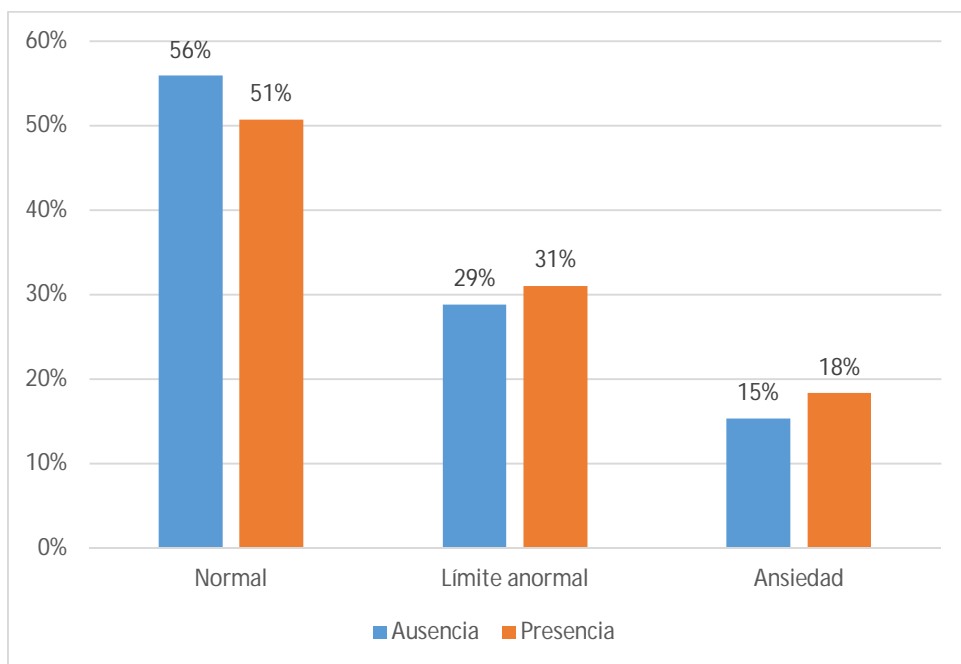


Gráfico 11. Ansiedad según Índice de masa corporal

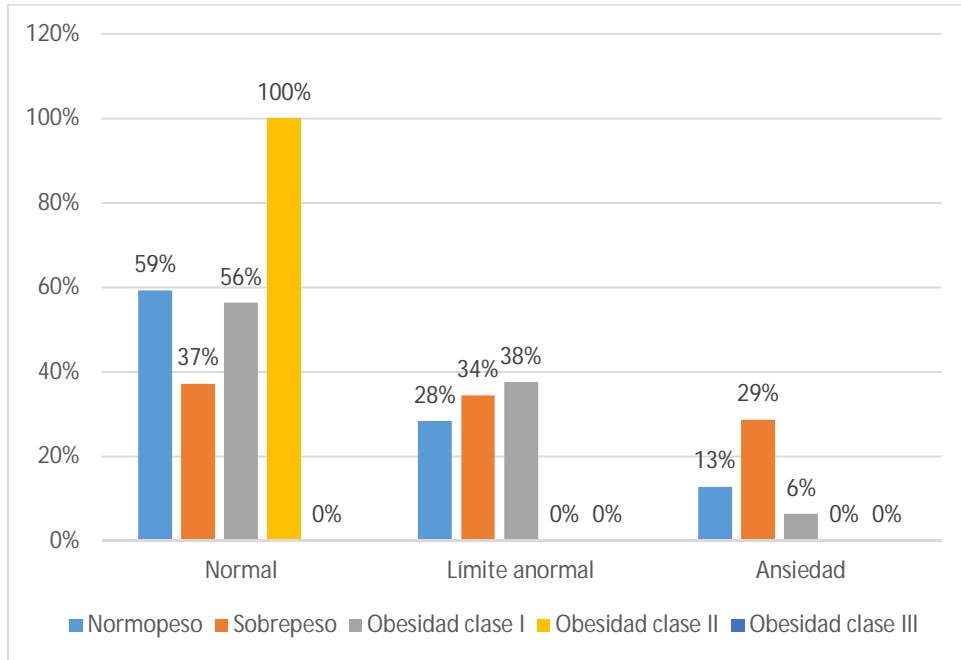


Gráfico 12. Depresión según sexo

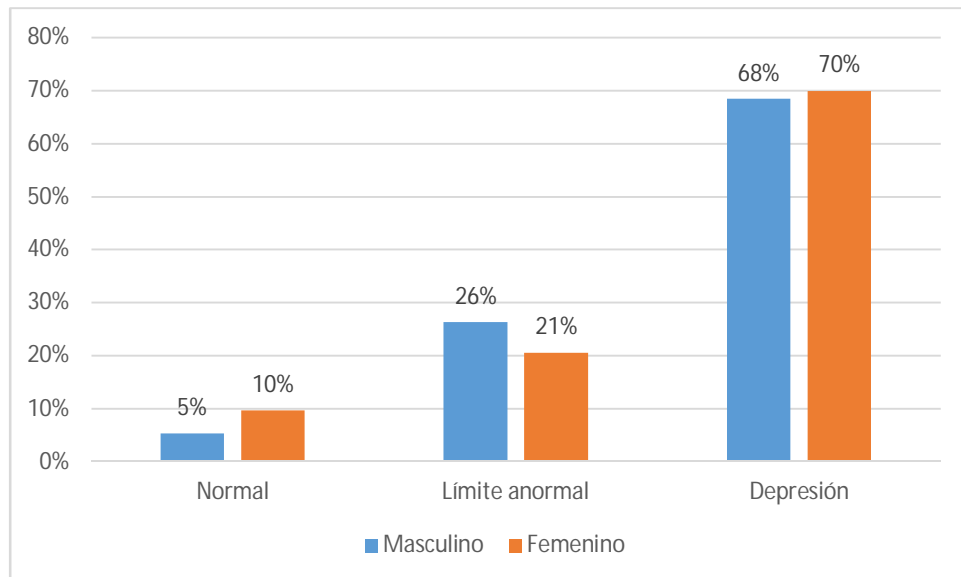


Gráfico 13. Depresión según estado civil

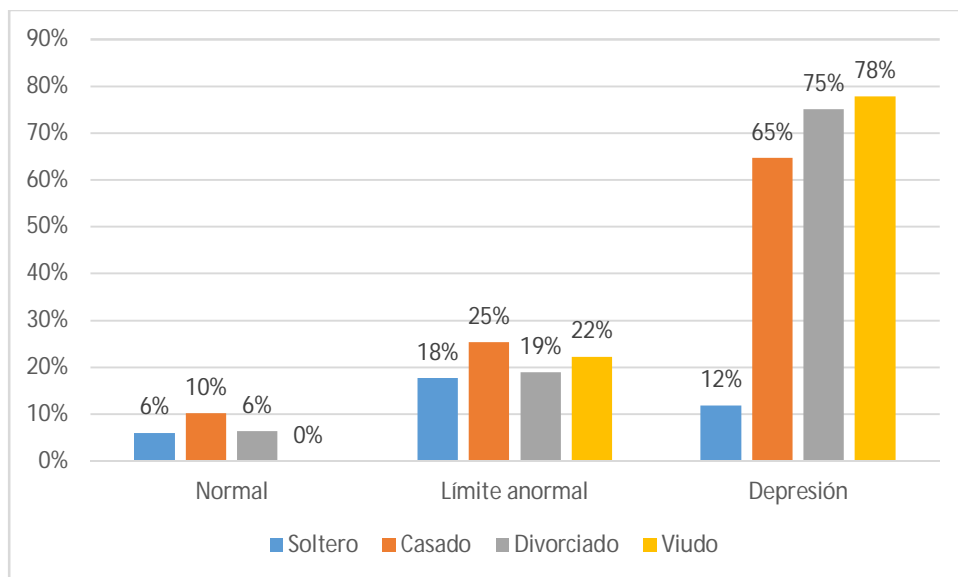


Gráfico 14. Depresión según nivel de estudios

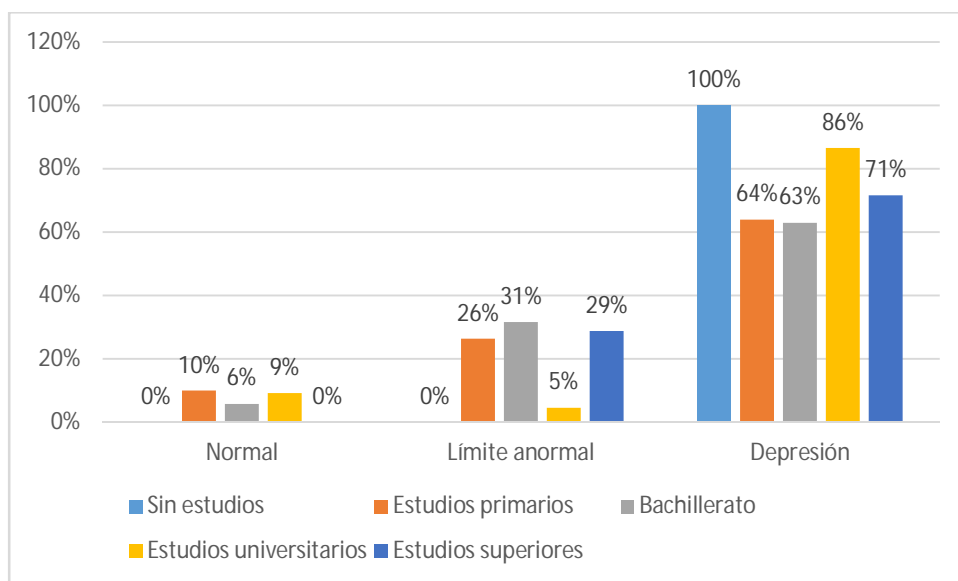


Gráfico 15. Depresión según situación laboral

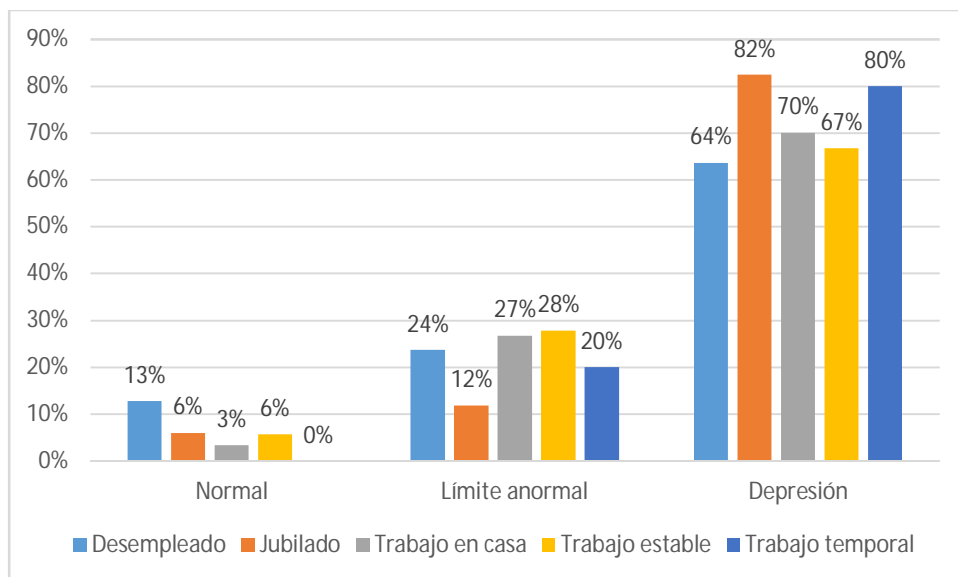


Gráfico 16. Depresión según Municipio

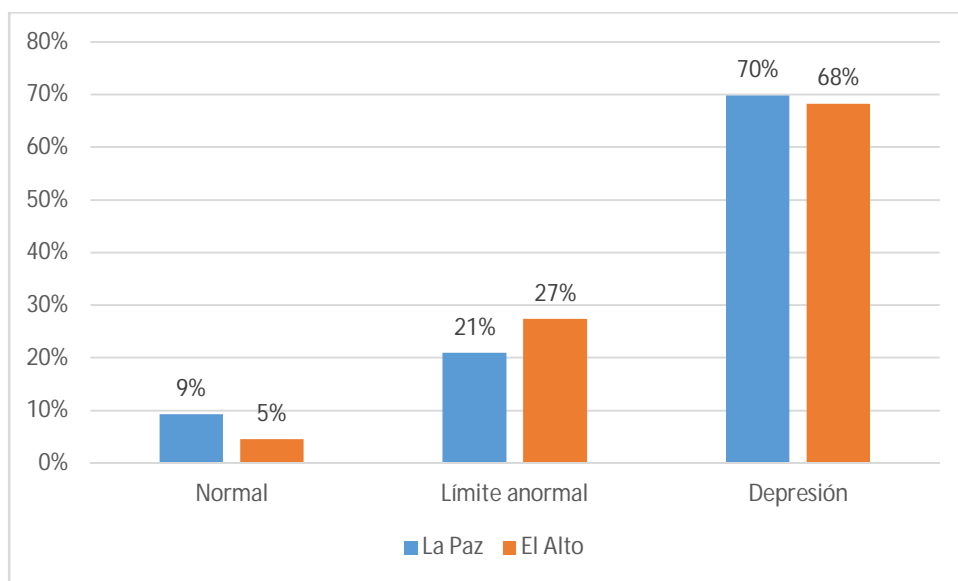


Gráfico 17. Depresión según turno de hemodiálisis

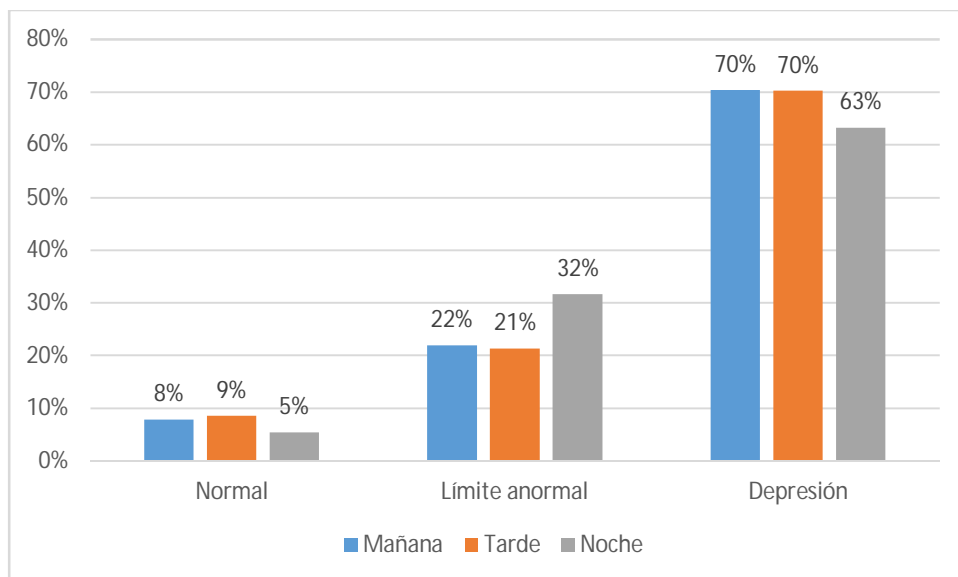


Gráfico 18. Depresión según tipo de seguro de salud

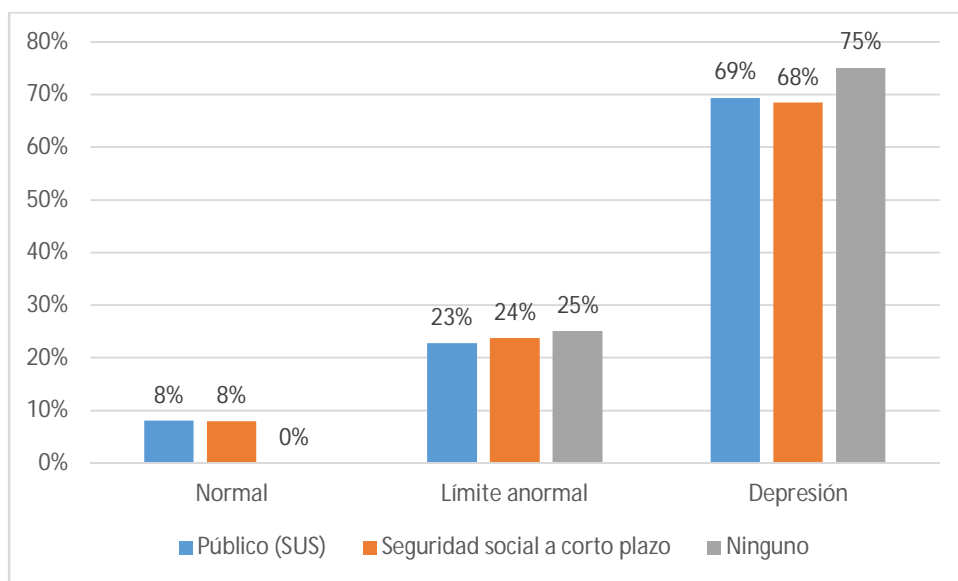


Gráfico 19. Depresión según tipo de acceso vascular

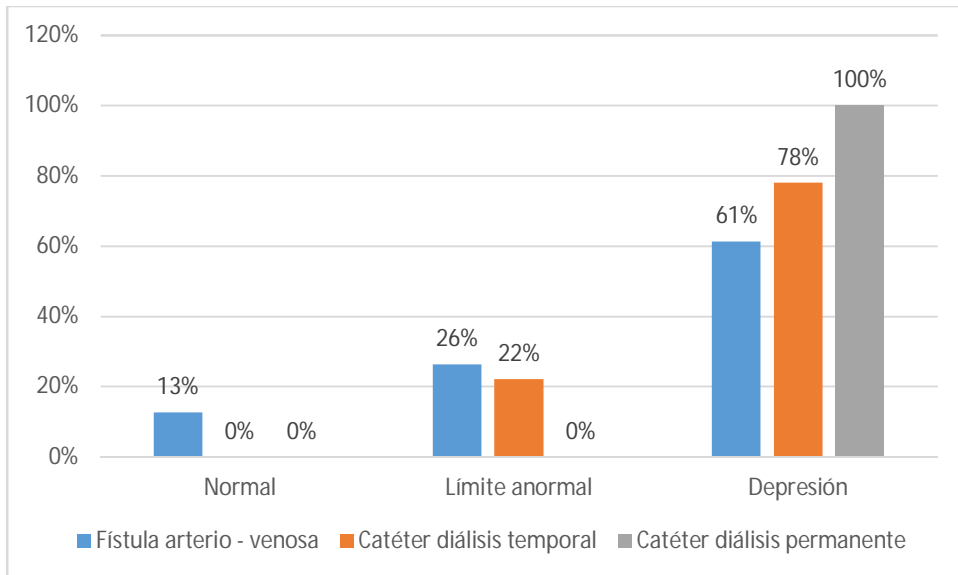


Gráfico 20. Depresión según causa de IRC

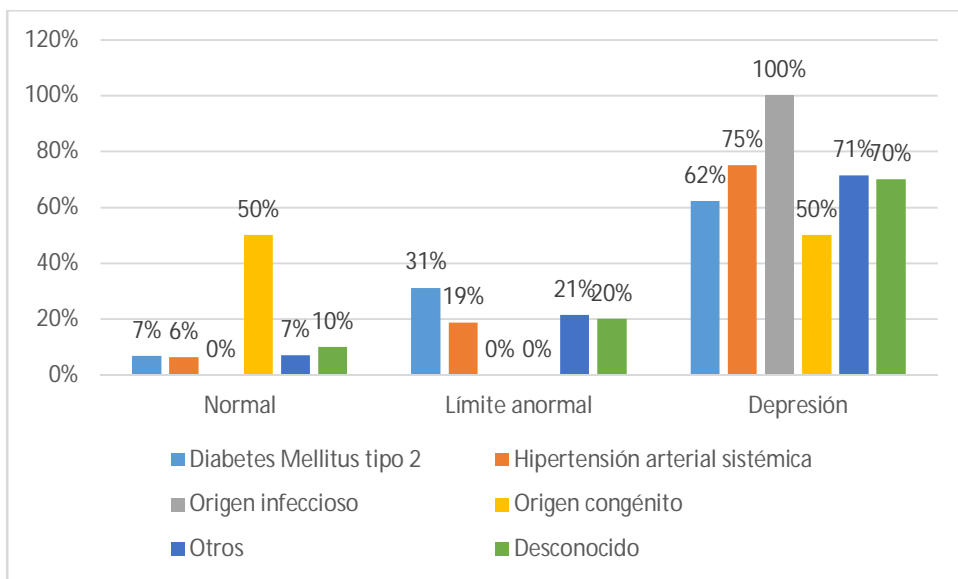


Gráfico 21. Depresión según presencia de comorbilidades

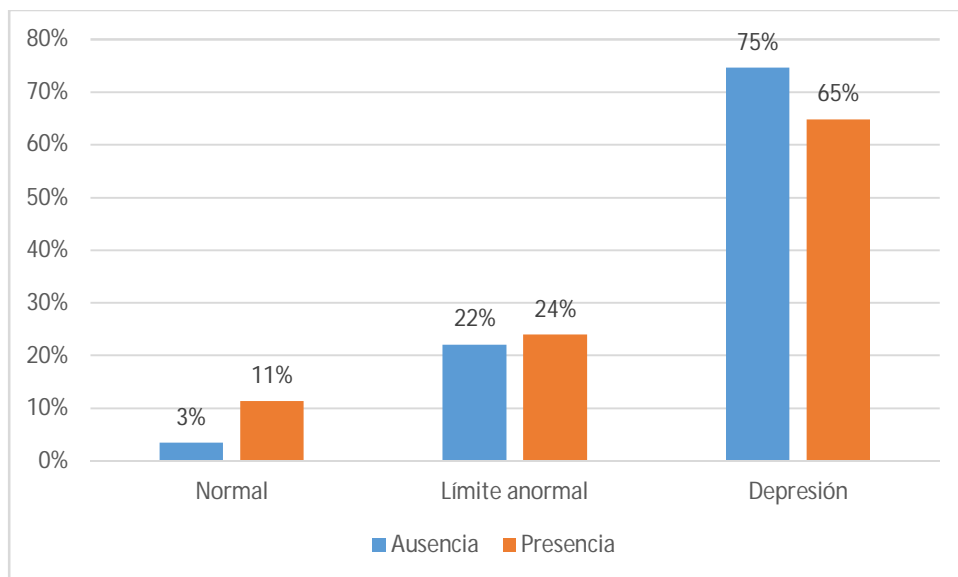
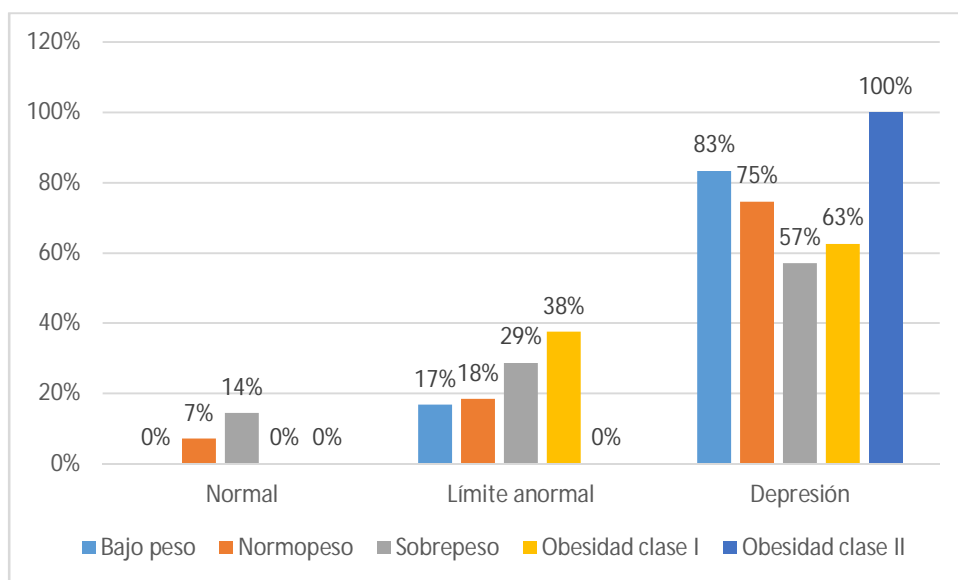


Gráfico 22. Depresión según Índice de masa corporal





Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería
y Tecnología Médica
Unidad de Postgrado – Maestría en Salud Pública
Mención Epidemiología

Registro

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo: “Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el desarrollo de trastornos psicosociales en pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal mediante hemodiálisis”.

Las respuestas registradas son **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES** y se expresan de forma **ANÓNIMA** sin ninguna señal que identifique a los y las participantes.

Las preguntas están en base al “**ESCALA DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN HOSPITALARIA**”.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Unidad de Hemodiálisis:

Turno: Mañana () Tarde () Noche ()

Tipo de seguro de salud: Público/SUS () Seguridad a corto plazo ()
Ninguno ()

Sexo: Masculino () Femenino () **Edad:** _____ años cumplidos

Estado Civil: Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Divorciado/separado
() Viudo/a ()

Nivel de Instrucción: Sin estudios () Primarios () Bachillerato ()
Universitarios () Superior ()

Situación laboral: Desempleado () Jubilado () Trabajo en casa ()
Trabajo estable () Trabajo temporal ()

Causa de insuficiencia renal crónica: Diabetes () Hipertensión Arterial ()
Origen infeccioso () Origen congénito () Otros () Desconocido ()

Tiempo en hemodiálisis:

Comorbilidades: Presentes () Ausentes ()

Tipo de acceso vascular: Fístula arterio-venosa ()

Catéter diálisis temporal () Catéter diálisis permanente ()

2. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)

	Nunca	De vez en cuando	Casi todo el día	Todo el día
A1. Me siento tenso/a o nervioso/a				
D1. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre				
A2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder				
D2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas				
A3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones				
D3. Me siento alegre				
A4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente (fuera del periodo de hemodiálisis)				
D4. Me siento lento/a y torpe				
A5. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago				

D5. He perdido el interés por mi aspecto personal				
A6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme (fuera de las sesiones de hemodiálisis)				
D6. Espero las cosas con ilusión				
A7. Experimento de repente una gran sensación de angustia o temor				
D7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión				