

00165

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA  
RENAL CRÓNICA APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK  
EN EL HOSPITAL BLOOM DE JUNIO A OCTUBRE 2013.**

Informe Final presentado por:  
Mario Alberto Salman Velasco

Para Optar al Título de Especialista en:  
Medicina Pediátrica

Asesor de tema:  
Dr. Sergio Roberto Parada Bridge



SAN SALVADOR, EL SALVADOR, NOVIEMBRE 2013

Eip  
2013  
2015

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
<b>Introducción</b>	1
<b>Planteamiento del problema</b>	2
<b>Objetivos de la investigación</b>	3
<b>Fundamento teórico</b>	
Generalidades	4
Enfermedades crónicas de la infancia	5
Enfermedad Renal Crónica	6
Inventario de Depresión de Beck	9
Interpretación del Inventario de Beck	10
<b>Pregunta de la Investigación</b>	11
<b>Hipótesis</b>	12
<b>Aplicabilidad y utilidad de los resultados</b>	13
<b>Diseño y métodos</b>	14
<b>Consideraciones éticas</b>	18
<b>Organización del estudio</b>	19
<b>Resultados</b>	20
<b>Conclusiones</b>	28
<b>Recomendaciones</b>	29
<b>Referencias Bibliográficas</b>	30
<b>Anexos</b>	
Inventario de Depresión de Beck-II	33
Consentimiento y Asentimiento Informado	
Cronograma de Actividades	
Presupuesto	

## **RESUMEN**

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el completo bienestar físico, mental y social de la población. En los años recientes se ha dado relevancia a la salud mental, ya que los trastornos depresivos representan una carga en la morbilidad mundial, siendo así que los trastornos depresivos fueron la cuarta enfermedad humana con mayor prevalencia en 1990 y se espera sea la segunda para el año 2020, y afecta de manera considerable a los adolescentes.

El presente estudio persiguió detectar síntomas depresivos en los adolescentes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, así como identificar cuál género y que modalidad de terapia sustitutiva están mayormente afectados. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal en el período de junio a octubre del corriente año. Se utilizó el inventario de Depresión de Beck-II, el cual es un cuestionario de 21 ítems (cada ítem puede recibir un valor de 0 a 3). Con el puntaje obtenido se detectó a los pacientes que no presentan síntomas depresivos (puntaje 0-10 puntos), depresión leve (11-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos), depresión grave (mayor de 30 puntos).

Se demostró la existencia de depresión en la población estudiada, además se determinó que el sexo masculino es el que presentó mayor número de casos de depresión, así mismo se estableció que la modalidad de tratamiento con Hemodiálisis presentó más casos de pacientes deprimidos. Con lo cual se obtuvo un panorama integral de la situación actual de los pacientes con insuficiencia renal crónica para así procurar brindar un mejor abordaje de dicha población.

## I. INTRODUCCION

Dentro de la población en general la Organización Mundial de la Salud (OMS) en años recientes ha hecho mayor énfasis en la salud mental de los adolescentes ya que estudios han demostrado que los trastornos depresivos son identificados como trastornos de salud mental prioritarios en la adolescencia debido a su alta prevalencia, recurrencia y la capacidad de causar complicaciones importantes y deterioro. Y que la falta de tratamiento lleva al fracaso escolar, aislamiento social, aumento de los costos económicos para el tratamiento y la disminución de calidad de vida.

En las últimas décadas se ha observado un aumento de la supervivencia en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, en gran medida debido al avance terapéutico y a la asistencia médico-quirúrgica, tecnológica y social, al empleo de protocolos de tratamientos más agresivos y eficientes, que han permitido se obtenga una mejoría en el pronóstico vital de enfermedades muy graves, pero que han dado lugar en contrapunto, a la supervivencia en condiciones de salud no ideales que conllevan a hospitalizaciones frecuentes y largas, tratamientos dolorosos y la duda acerca del futuro, que pueden comprometer la calidad de vida de los niños y de sus familias.

La importancia de la presente investigación radica en que la población pediátrica con enfermedad renal crónica en el país es considerable y que además de brindarles el manejo farmacológico y sus respectivas terapias de sustitución renal, se debe procurar la detección de síntomas depresivos que interfieran en su bienestar físico, biológico y psicosocial, para así brindar un manejo integral del paciente pediátrico con insuficiencia renal crónica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.



"SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN"

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al presentarse una enfermedad, infecciosa o crónica no infecciosa, se rompe el bienestar físico, biológico y psicosocial del paciente pediátrico, lo cual conlleva a una connotación aún mayor ya que en el caso de los pacientes pediátricos se afecta también el bienestar familiar, debido tanto a los diferentes tratamientos recibidos así como al involucramiento de los cuidadores en las diferentes etapas del proceso salud enfermedad.

Al enfrentarse a una enfermedad crónica el niño debe además de preocuparse por su desarrollo emocional y físico, en cumplir con las recomendaciones médicas para mantener un estado de salud aceptable y evitar así consultas en la Unidad de Emergencias e ingresos hospitalarios innecesarios.

En el caso particular de los pacientes con Insuficiencia renal crónica, quienes además del tratamiento farmacológico reciben terapia de sustitución renal a través de Diálisis peritoneal, en sus diferentes modalidades, y Hemodiálisis; y en el mejor de los casos trasplante renal, deben cumplir las observaciones y consejos del personal médico y acudir diligentemente a sus terapias sustitutivas.

Como personal sanitario se debe tratar de brindar el completo bienestar a los pacientes con enfermedades crónicas. Por lo que fue necesario plantearse la interrogante ¿Presentan los adolescentes con insuficiencia renal crónica del Hospital Bloom síntomas depresivos? Ya que en la población salvadoreña, eran nulos los reportes epidemiológicos sobre las alteraciones afectivas en pacientes adolescentes con enfermedad renal crónica, lo que constituye un obstáculo para la identificación de estas alteraciones y de sus factores desencadenantes.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

1. Detectar la existencia de depresión en los pacientes adolescentes con insuficiencia renal crónica en el Hospital Bloom.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Identificar dentro de los adolescentes con insuficiencia renal crónica el género que presenta con mayor frecuencia depresión.
2. Especificar la modalidad de tratamiento de sustitución renal con mayor número de casos de adolescentes con síntomas de depresión.
3. Categorizar los resultados de los puntajes obtenidos al aplicar el Inventario de Depresión de Beck a la población en estudio.

### III. FUNDAMENTO TEÓRICO.

#### GENERALIDADES.

La depresión entre los adolescentes ha recibido considerable atención en la literatura científica. La depresión fue la cuarta enfermedad humana con mayor prevalencia en 1990 y se espera sea la segunda para el año 2020 (1). Es el trastorno psiquiátrico más común de los adolescentes europeos y estadounidenses (2).

En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social. Para poder evaluar la calidad de vida, que abarca distintas dimensiones, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye: salud, expectativas de vida, estado funcional, oportunidades de superación personal y profesional, estilo de vida, vivienda, satisfacción académica, ambiente laboral y situación económica; por tanto, la calidad de vida consiste en la “sensación de bienestar” que puede experimentarse por las personas involucradas. Los trastornos depresivos son identificados por la Organización Mundial de la Salud como trastornos de salud mental prioritarios en la adolescencia debido a su alta prevalencia, recurrencia y la capacidad de causar complicaciones importantes y deterioro (3).

El impacto potencial de no realizar un diagnóstico y por ende no dar el tratamiento adecuado a condiciones psiquiátricas es significativo. Los niños no tratados con problemas de salud mental experimentan con frecuencia problemas de salud mental en la edad adulta (4). Los estudios sugieren que la falta de tratamiento lleva al fracaso escolar, aislamiento social, aumento de los costos económicos para el tratamiento y la disminución de calidad de vida (5).

A nivel mundial, la tasa de prevalencia de depresión en la adolescencia (10 a 19 años, OMS) es del 15% al 20% (6) con una tasa de recurrencia de 60-70% (7). La depresión afecta la morbilidad, la mortalidad y las funciones vitales de la niñez. Los investigadores están discutiendo ampliamente el aumento de la depresión durante las últimas décadas en más cohortes recientes. Diagnósticos psiquiátricos formales estiman que el 0,3% al 7,8% de los niños menores de 13 años de edad sufren de trastornos de depresión (8-10).

La depresión en la infancia no es simplemente un desorden en la regulación del humor; involucra también alteraciones en la fisiología, en las funciones sociales y cognitivas del niño, y requiere la comprensión del proceso de desarrollo integrado en múltiples niveles de complejidad biológica, psicológica y social (11).

La depresión, que es la forma más común de problemas emocionales experimentados durante la adolescencia, se puede caracterizar por sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, culpa, enojo, desprecio y pensamiento confuso (12).



## ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA INFANCIA.

Los avances en el campo de investigación médica y terapéutica a partir de la Primera Guerra Mundial, permitieron, junto con otros factores, un cambio profundo en la realidad de enfermar. Las enfermedades infecciosas dejaron de ser una amenaza para la vida humana, siendo las enfermedades crónicas las que comenzaron a ocupar un lugar considerable en los procesos patológicos del ser humano. Aún hoy, estas enfermedades no pueden ser eliminadas ni curadas, por lo que el tratamiento se dirige a lograr la mejoría funcional de los pacientes, mediante la reducción de los síntomas y/o el entrecimiento de la progresión de la enfermedad.

Por niño enfermo se entiende todo infante que posee una alteración más o menos grave de su salud, es decir, una pérdida transitoria o permanente de su bienestar físico, psíquico o social. La definición de enfermedad crónica en la infancia no está bien establecida, pero podría englobar a los procesos o discapacidades que interfieren con la vida normal del niño o que requieren tratamiento al menos tres meses al año. Se considera que al menos un 5-8 % de los niños menores de 15 años presenta una enfermedad crónica de mayor o menor grado, si bien, el número de niños con discapacidad grave funcional es mucho menor. Se estima que un 1-3 % de los niños tienen limitaciones que afectan de manera importante a su vida diaria y que necesitan el uso frecuente de los servicios médicos. (13)

En las últimas décadas se ha observado un incremento de la supervivencia de niños con diferentes enfermedades crónicas. Ello debido a la mejoría de las condiciones de vida, unido al avance terapéutico y de la asistencia médico quirúrgica, tecnológica y social, al empleo de protocolos de tratamientos más agresivos y eficientes, que han hecho que mejore el pronóstico vital de enfermedades muy graves, pero que han dado lugar como contrapartida, a la supervivencia en condiciones de salud no ideales. De todo ello, surge la pregunta de la relación entre cantidad y calidad de supervivencia.

Las hospitalizaciones frecuentes y largas, los tratamientos dolorosos y la duda acerca del futuro, pueden comprometer la calidad de vida de los niños y de sus familias (13).

La capacidad actual de tratar niños con enfermedades crónicas, lleva implícito el hecho de no ser capaces de ofrecer una curación completa. Muchos clínicos y adultos, están preparados para aceptar que un compromiso en la calidad de vida es necesario o inevitable durante las fases iniciales del tratamiento, pero se sienten más incómodos si ésta afectación continúa en fases posteriores. Esto se aplica especialmente a niños con patologías crónicas, en las que su calidad de vida se compromete desde el inicio de la misma. Por ello, el objetivo de los próximos años, no será tanto continuar con los avances tecnológicos o científicos, sino el desarrollo de los sistemas sociales y educativos de apoyo para los pacientes en cuestión.

En la actualidad se cuenta con más información del punto de vista del paciente, se tiene más conocimiento del impacto que una enfermedad crónica tiene en numerosos aspectos de la vida, además de los propios del padecimiento.

Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas y con una mala adaptación a su ambiente, tienden a mostrar uno de los tres patrones siguientes de comportamiento (14):

1. Sobredependientes de los padres, muy pasivos y retraídos, sólo viven para la enfermedad. Los padres suelen estar siempre sobresaltados y pendientes, casi exclusivamente, de la enfermedad de su hijo.
2. Los que presentan de forma reiterada conductas desafiantes y temerarias, niegan el riesgo que entrañan ciertas situaciones de peligro tanto en sí mismas, como en relación al trastorno que padecen. Esta suele ser la forma de resolver en la adolescencia la excesiva protección por parte de los padres en edades anteriores.
3. Niños con conducta retraída, aislada, que se muestran con un gran resentimiento y hostilidad hacia los niños sanos.

Los niños con enfermedad crónica son más vulnerables que los adultos al impacto negativo de la misma, ya que están aún en desarrollo y dependen de su familia tanto física como psíquicamente (15). El soporte para ellos es vital, su desarrollo físico e intelectual va a depender en gran medida del medio ambiente familiar del paciente, fundamentalmente del estado físico y psíquico de la madre, que, en la mayor parte de los casos, la que asume la máxima responsabilidad de su cuidado.

## ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como lesión renal (proteinuria) y/o una filtración glomerular  $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  durante más de 3 meses.

Las causas más frecuentes de ERC en niños menores de 5 años son las alteraciones congénitas como la hipoplasia renal, la displasia renal y/o la uropatía obstructiva. En niños mayores de 5 años, las causas más frecuentes de ERC son las enfermedades adquiridas (diversos tipos de glomerulonefritis, incluida la nefritis lúpica) o hereditarias (nefronoptosis juvenil familiar, síndrome de Alport). La ERC se puede asociar a enfermedades metabólicas (cistinosis, hiperoxaluria) y a algunas enfermedades hereditarias (poliquistosis renal) a lo largo de toda la infancia. (16)

Actualmente en el servicio de Nefrología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, se contabilizan 75 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica estadio terminal que se encuentran en terapia de sustitución renal, detallados de la siguiente manera (17):

- 23 pacientes en hemodiálisis.
- 42 pacientes en Diálisis Peritoneal. (24 en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y 18 en Diálisis Peritoneal Intermitente).
- 10 pacientes con trasplante renal.

La enfermedad renal crónica es de larga duración, progresiva e irreversible. En el caso de los niños puede abarcar un gran período de tiempo e incluso toda su vida.

El paciente y la familia que se someten a la enfermedad y a los tratamientos médicos, se ven obligados a reorganizar sus actividades, proyectos y vida diaria. El padecimiento les impone limitaciones y pérdidas, consume su energía y produce un gran estrés, ansiedad y depresión. (18)

Se debe tener presente que los signos clínicos de enfermedad renal que preceden a la fase terminal son: pérdida de apetito, desnutrición, anemia, dolores musculares, fatiga, detención del crecimiento ponderal y retraso de la maduración sexual. Por tanto, las funciones y actividades propias de la infancia, niñez y adolescencia, como crecer, aprender, jugar y desarrollarse, están alteradas. La enfermedad afecta toda la vida de estos pacientes, con la cual, tienen que aprender a convivir para poder rehabilitarse. Esta es una tarea larga, dolorosa y nada fácil, presentando generalmente, un estado de depresión y ansiedad acompañado de angustia y regresión de la personalidad, que se acentúa en los pacientes sometidos a diálisis, que muestran una pasividad extrema, dependencia y desinterés hacia el mundo que los rodea (compañeros, juegos, escuela).

Los efectos de la insuficiencia renal en el crecimiento y apariencia física son los aspectos que más preocupan a los niños con enfermedad renal. El aumento de la ansiedad, la baja autoestima y las alteraciones del comportamiento son otros hallazgos frecuentes en ellos. El tiempo que precisan para ocuparse de su enfermedad, los controles hospitalarios e ingresos, suponen una ruptura con su vida habitual, tanto de su actividad física como escolar e intelectual, a lo que se añade el estrés ocasionado por las técnicas diálisis o venopunciones necesarias para controles analíticos periódicos. (18)

Los pacientes presentan a menudo un estado depresivo que se acompaña de angustia y regresión de la personalidad. Diferentes autores, coinciden en señalar la depresión como el síntoma psíquico más relevante, independiente de la edad, sexo u otros factores demográficos (19). En algunas unidades de nefrología infantil se observa, de forma habitual, que los pacientes presentan pasividad, dependencia y desinterés hacia el mundo que les rodea (escuela, amigos, futuro), siendo frecuentes los “descuidos” y falta de cumplimiento de la dieta y tratamiento farmacológico lo que, en ocasiones, ha dado lugar incluso a la pérdida de injertos renales normofuncionantes. Si tenemos en cuenta las diferentes agresiones físicas y psíquicas a las que son sometidos estos niños, algunos desde su nacimiento, no nos deberían sorprender estos hechos. En ellos es habitual el daño corporal sistémico, las pérdidas orgánicas, funcionales y vitales, las terapias agresivas, hospitalizaciones y el riesgo de muerte. Se produce una alteración de su maduración y desarrollo, no cumplen las expectativas que se corresponderían con las distintas etapas de su infancia, son niños que no crecen y no juegan, púberes que tienen retraso en su maduración sexual y no coquetean, adolescentes con cuerpos infantiles sin fuerza ni física ni psíquica, para estudiar, trabajar y relacionarse con el sexo opuesto (19).

Se producen alteraciones del esquema e imagen corporal, se pierde el yo, así como capacidades, logros y proyectos futuros, disminuye su autoestima y se originan sentimientos de tristeza, vergüenza, inferioridad y culpa. Se lesiona por tanto, de forma intensa el “sí mismo”. Todo ello les lleva a autoagredirse, buscar castigos de diferentes formas como dejar de comer, transgredir las dietas o el tratamiento farmacológico, lo que a su vez les provoca más dolor y agresividad por parte del personal que los atiende, acercándoles un poco más a la muerte. Muchas veces estos comportamientos constituyen claramente una conducta suicida (20).

El estado de angustia, ansiedad y depresión determinan que la regresión de la personalidad se haga más intensa, y se manifieste en personalidades totalmente dependientes de sus familiares y del equipo asistencial. Por tratarse de una enfermedad crónica y progresiva esta regresión puede llegar a ser permanente. Las causas de todas estas alteraciones no son sólo inherentes a la propia enfermedad, sino que el sistema familiar y el asistencial juegan un papel fundamental. Existen numerosos avances científicos y terapéuticos, pero son pocos los recursos que se emplean en la asistencia psicológica de estos pacientes y sus familias. La enfermedad renal terminal continúa siendo una enfermedad grave que, de forma inevitable, termina con la muerte de alguno de los pacientes. De aquí nacen las interrogantes: ¿los pacientes saben esto?, ¿conocen el pronóstico de su dolencia?, ¿qué se imaginan o sienten, cuando otros niños fallecen?, ¿entienden los más pequeños la muerte? y ¿qué entienden por muerte (20)?.

Parece que los pacientes más afectados son los más pequeños (2-5 años) y los adolescentes. En los primeros, la afectación se explica por los escasos recursos psicológicos de que disponen, para defenderse de la angustia y adaptarse a la situación de la enfermedad. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es el daño psicosocial y neurológico, siendo fundamentales en este grupo de edad las técnicas de estimulación sensorio motriz (21).

En los adolescentes, la enfermedad renal crónica es más frecuente, coincidiendo con esta etapa tan crítica en la vida de toda persona. Si en los sujetos sanos se producen cambios, pérdidas y adquisiciones psicosociales que darán lugar al individuo adulto, en los enfermos renales crónicos estas transformaciones sólo se producen parcialmente. Los efectos de la enfermedad, tienen lugar en la etapa en la que se configuran la sexualidad, la apariencia física, las relaciones amorosas, de amistad y los planes de futuro. Las relaciones en grupo o pandilla tienen una especial importancia, por lo que deberían potenciarse las actividades en equipo (19).

Cada familia posee una manera particular de enfrentarse y manejar la situación, aunque lo habitual es que las reacciones sean comunes a la mayoría de las familias (22). En un primer momento suelen negar la enfermedad, oyen pero no escuchan ni entienden, les parece un mal sueño, por lo que a veces la familia se lleva al niño, alejándolo del centro sanitario. En una segunda fase, la negación no resulta eficaz y comienzan las reacciones de enfado y rebelión. Después que transcurre el tiempo, los enfermos empiezan a entender y hacer suyos los cambios experimentados y comienzan a sufrir depresión y aceptar su padecimiento. Lo que les es más difícil de comprender es la irreversibilidad del proceso y que aún después del trasplante, jamás volverán a estar sanos (23).

La entrada en hemodiálisis o diálisis peritoneal constituye un momento crucial para el paciente y sus familiares, ya que marca la fase final del proceso. Antes de entrar en programa de diálisis, la vida cotidiana de los enfermos crónicos transcurre de una manera más o menos normal, pero a partir de ese momento, su vida debe reestructurarse alrededor de la enfermedad y de su tratamiento. Son totalmente dependientes del hospital, del médico, la máquina y el catéter. La vivencia inicial es de caos y angustia. Los niños se quejan de dolor y tienen miedo; sufren y tienen sensación de desamparo y agotamiento. Se sienten muy cansados, expresan ansiedad por el cuidado de la fístula y se modifica su aspecto corporal. La problemática ocasionada por la diálisis peritoneal ha sido poco estudiada en los niños, ya que la mayor parte de las publicaciones que comparan calidad de vida en la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante son de adultos (23).

En cuanto a la calidad de vida proporcionada por la diálisis peritoneal ambulatoria y la hemodiálisis, algunos trabajos parecen demostrar que la primera ofrece mejor calidad de vida, causa menos depresión, mayor adecuación al tratamiento y un funcionamiento cognoscitivo más adecuado. Los pacientes en hemodiálisis manifiestan mayor estrés y sentimientos de incapacidad para controlar su vida. También hay estudios que demuestran que los padres de niños en hemodiálisis sufren mayor estrés y conflictos familiares (23).

#### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (Beck Depression Inventory, BDI).

El Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en América Latina (24).

En 1979 Beck y cols. dieron a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad (25). En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II (26).

El Inventario para la Depresión de Beck segunda Edición (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.



## **Interpretación del Inventario para la depresión de Beck II. (BDI-II).**

En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (28). Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-10 puntos
Depresión leve:	11-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	mayor de 30 puntos

Es probable que la medición de depresión más ampliamente utilizada en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis sea el Inventario de Depresión de Beck (BDI), pues tiene una sensibilidad de 92%, una especificidad de 80% y un excelente valor predictivo negativo en su estudio de pacientes en diálisis, además de distinguir síntomas depresivos de un padecimiento psiquiátrico.(29,30,31,32). Si se obtiene puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien, al ser esta una puntuación que está por debajo de la obtenida por una persona no deprimida. Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las obtenidas incluso en personas con depresión severas. Esto indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad. En forma general se acepta que una puntuación menor a 11 sugiere ausencia de depresión. (33, 34,35).

## PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

PREGUNTA DE INVESTIGACION			
<b>P</b> OBLACION	<b>I</b> NTERVENCIÓN	<b>C</b> OMPARACION	<b>O</b> UTCOME (RESULTADO)
Pacientes adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.	Aplicación del inventario de depresión de Beck.	Ninguna	Detectar la existencia de depresión en los pacientes adolescentes con insuficiencia renal crónica en el Hospital Bloom.

¿Presentaban depresión los pacientes adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom?

## **HIPOTESIS**

Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en la población blanco, se encontrará que existen síntomas depresivos en más del 50% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, predominando dichos síntomas en el sexo femenino, afectando más a los pacientes que se encuentran en Diálisis Peritoneal Intermitente, siendo la categoría de depresión moderada la que con mayor frecuencia se presenta en los adolescentes en estudio.

#### **IV. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.**

La presente investigación pretendió detectar síntomas depresivos en los pacientes adolescentes con Insuficiencia renal crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

¿Qué beneficios se derivaron de los resultados de la investigación actual?

En primer lugar se documentó si la depresión estaba presente en la población en estudio, ya que al momento de la investigación no existían estudios previos que lo confirmaran o lo refutaran, siendo una novedad y a la vez una herramienta para brindar un manejo integral al paciente con padecimiento renal crónico del Hospital Bloom.

Afectará directamente a los pacientes en estudio, ya que a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II, se categorizó a los mismos en pacientes sin síntomas de depresión, depresión leve, moderada y severa. Lo cual será de gran utilidad para brindar soporte psicológico y/o psiquiátrico a los pacientes que lo ameriten.

A la vez se persiguió crear eco en el personal sanitario en cuanto al cuidado de la salud mental de la población pediátrica en general y en especial de los pacientes con patologías crónicas: pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades reumáticas, pacientes con hemofilia y anemia de células falciformes, entre otros. Y al mismo tiempo estimular el espíritu de investigación de los médicos residentes de la especialización de Medicina Pediátrica e incentivar futuras investigaciones similares a la presente.

## V. DISEÑO Y MÉTODOS.

**-Tipo de diseño:** en la presente investigación se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal de acuerdo al período y ocurrencia de los hechos.

### Descriptivo:

Se consideró descriptivo porque pretendía detectar la existencia de depresión en los pacientes adolescentes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia de sustitución renal en el Hospital Bloom.

### Transversal:

Se consideró transversal porque el estudio se realizó en un momento determinado, como si fuera un corte en el tiempo, de modo que se detectaron los pacientes con enfermedad renal crónica que cursaron con síntomas depresivos incluidos en el estudio.

### **-Población de estudio:**

Pacientes adolescentes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal que son manejados con terapia de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, que en total son 75 pacientes.

### **-Muestra:**

La muestra del estudio fueron todos los pacientes de 13 años en adelante con insuficiencia renal crónica que se encontraban en terapia de sustitución renal, siendo la muestra del estudio 47 pacientes, ya que por ser una población de estudio reducida se tomó a todos los pacientes de la población que cumplieron con los criterios de inclusión como parte de la muestra.

### **-Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica que se encontraban en tratamiento con terapias de sustitución renal: diálisis peritoneal, y sus modalidades, hemodiálisis y trasplante renal en el Hospital Bloom.
2. Sexo: femenino y masculino.
3. Edad: de 13 años de vida en adelante.
4. Que el paciente aceptara participar en el estudio al explicársele en que consistía y cuál era su participación en el mismo. Al autorizar su asentimiento informado.
5. Que al informársele al cuidador, este autorizara a través de la firma del consentimiento informado.

### **-Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con patologías neurológicas previas al diagnóstico de IRC que repercutan en el desarrollo neuromotor del paciente.
2. Pacientes que cursaban con alteración del sensorio debido a desequilibrios propios del padecimiento renal crónico. Encefalopatía urémica, convulsiones, letargia.
3. Que el paciente rechazara participar en el estudio al explicársele en qué consistía y cuál era su participación en el mismo.

4. Que el cuidador se negara a autorizar y firmar el consentimiento informado.
5. Que al momento del estudio el paciente ya tenía plan de ser transferido al programa de sustitución renal del Hospital Nacional Rosales por cumplir con la mayoría de edad.

**-Método de recogida de datos:**

Las personas que participaron en este estudio lo hicieron voluntariamente, dando su consentimiento para participar en una investigación sobre la existencia de síntomas depresivos en pacientes adolescentes con insuficiencia renal crónica en terapia de sustitución renal. La evaluación se realizó en los servicios de Nefrología, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en visitas a conveniencia del investigador a dichos pabellones, en donde se encontraban pacientes en terapias de sustitución renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), se procedió a solicitar el consentimiento informado (firma) a los cuidadores de los pacientes, explicar el motivo de la investigación y los beneficios que envolvía, al obtener el consentimiento de los padres se procedió a realizar un acercamiento al paciente y se le explicó en palabras sencillas que se deseaba platicar con él (o ella) y el adolescente podía autorizar el asentimiento informado; y que se necesitaba que respondiera a una serie de preguntas y se les dio orientación a modo de que no existió dificultad para entender el enunciado de la pregunta del inventario de depresión de Beck (ANEXO 1).

**-Operacionalización de las variables.**

Variable	Subrayable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Factores Biológicos	Edad	Número de años cumplidos según fecha de nacimiento al momento de realizar el estudio.	Información brindada por los pacientes y/u obtenidas del expediente clínico	De 13 años en adelante.
	Sexo	Identificación del sexo biológico al que pertenece el individuo.	Información brindada por los pacientes.	Masculino Femenino
Adolescencia		Etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.	Información brindada por los pacientes y/u obtenidas del expediente clínico	Temprana 10 a 14 años  Tardía 15 a 19 años
	Depresión	Tristeza persistente, pérdida de interés o placer por las actividades ordinarias, disminución de la energía, fatiga, alteración del sueño, alteraciones del apetito, dificultad para concentrarse, sentimiento de culpa y de infelicidad, irritabilidad y llanto excesivo.	Información brindada por los pacientes y plasmada en el inventario de depresión de Beck.	Ausencia de depresión: < 10 puntos  Depresión leve: 11-18 puntos  Depresión moderada: 19-29 puntos  Depresión severa: >30 puntos
Insuficiencia Renal		Daño renal de > 3 meses de duración definido por alteraciones estructurales o funcionales determinadas por biopsia renal, técnicas de imagen o alteraciones en análisis de sangre u orina, con/sin disminución del filtrado glomerular; y  filtrado glomerular < 60 ml/m/ 1.73m ≥ 3 meses con/sin los signos de daño renal.	Información brindada por el paciente y el expediente clínico	Insuficiencia Renal crónica terminal.

## **VI. CONSIDERACIONES ETICAS.**

La presente investigación se rigió por las consideraciones bioéticas que existen a nivel nacional e internacional para los estudios de investigación en seres humanos. Requirió la aceptación voluntaria de los padres o cuidadores para la participación de sus hijos en el estudio: se debió explicar con lenguaje claro a los padres acerca de los objetivos del estudio, se aclaró que durante la investigación no se realizarían intervenciones farmacológicas ni de laboratorio; a la vez se le explicó al adolescente para orientarlo y obtener así su asentimiento informado y un adecuado llenado del instrumento de investigación. Se les aclaró tanto a los cuidadores como a los pacientes que sería un estudio en el cual se respetaría la confidencialidad y se daría protección a la identidad del participante.

La presente investigación se sometió a evaluación por el Comité Bipartito de Investigación en primera instancia y posteriormente al Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, y al ser aprobado se procedió a realizar la recolección de datos, para lo cual se contó con un consentimiento informado escrito (ANEXO 2) dirigido a los cuidadores y un asentimiento informado (ANEXO 3) dirigido a los pacientes.

## VII. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.

### **Recursos Humanos.**

En la presente investigación se contó con un médico residente de la especialidad de Medicina Pediátrica que actualmente cursa tercer año de la especialización.

### **Recursos Físicos.**

Se tomaron en cuenta el área física del servicio de Nefrología (área de diálisis peritoneal, en sus diferentes modalidades), el servicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y el pabellón de Hemodiálisis.

### **Recursos Técnicos.**

Formatos impresos de la escala de Depresión de Beck-II, hoja de concentración de datos, hojas impresas de consentimiento informado, lápices y gomas.

En primera instancia al estar aprobado el estudio por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, se presentó la propuesta a los médicos staff del servicio de Nefrología, Dr. Carlos Henríquez y Dra. Ana Cañas, al obtener su aprobación se procedió a comunicarle al personal de enfermería para que estuvieran al tanto del proceso de recolección de datos.

Luego se procedió a visitar los recursos físicos con que se cuenta en la investigación, y se realizó un primer acercamiento a los padres de los pacientes que se encontraban en ese momento y se les explicó en que consiste el estudio y los beneficios que este conlleva a los pacientes adolescentes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia de sustitución renal, se solicitó el consentimiento informado de los padres para incluir al paciente en la investigación.

Al obtener el consentimiento informado se realizó el abordaje del paciente que cumple con los criterios de inclusión, y se solicitó la participación del paciente en el estudio, al aceptar el paciente (asentimiento informado) se procedió a orientar al paciente para que respondiera de manera sincera el inventario de depresión de Beck.

Posteriormente al tener los datos recolectados se realizó el tratamiento de la información recabada y se efectuó la discusión y análisis de los resultados, para luego realizar el presente informe final.

Durante el proceso al detectarse síntomas de depresión grave o ideación suicida en la población estudiada se actuó de manera inmediata para derivar al paciente hacia una intervención psicológica y/o psiquiátrica oportuna.

## VIII. RESULTADOS.

El presente trabajo de investigación abordó a los adolescentes (de 13 años en adelante) con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que reciben su terapia de sustitución renal y se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck II, obteniendo los resultados detallados a continuación.

El número total de pacientes que fueron incluidos en el estudio fue de 47. Así se tiene que 25 adolescentes pertenecen al sexo masculino y 22 al sexo femenino.

**TABLA 1. Distribución por sexo y edad de los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que participaron en el estudio.**

MASCULINO		FEMENINO	
13 años	4	13 años	6
14 años	8	14 años	4
15 años	0	15 años	3
16 años	5	16 años	2
17 años	2	17 años	3
18 años	4	18 años	4
19 años	1	19 años	0
20 años*	1	20 años	0
<b>25 pacientes masculinos</b>		<b>22 pacientes femeninos</b>	
<b>47 PACIENTES</b>			

**FUENTE:** Inventario de Beck II aplicado a los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica de Junio a Octubre 2013. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Las edades oscilan entre los 13 años hasta los 20 años. La edad en donde se concentraron mayor número de participantes fue la de 14 años, teniendo así la participación de 12 pacientes, 8 pacientes masculinos y 4 pacientes femeninos, seguida de los 13 años con un número de 10 participantes, 6 mujeres y 4 varones. En orden decreciente le sigue los 18 años con 8 pacientes participantes, 4 sexo femenino y 4 sexo masculino. Luego la edad correspondiente a los 16 años con 7 participantes y así sucesivamente hasta los 19 y 20 años con un paciente cada grupo. Siendo así un estudio con una muestra homogénea y no concentrada en un solo grupo de edad.

**\*Se incluyó a un paciente de 20 años, ya que al momento de realizar la investigación aún formaba parte de los pacientes que se beneficiaban con las terapias de sustitución renal, con el fin de enriquecer el estudio.**

**TABLA 2. Distribución de pacientes según la terapia de sustitución renal.**

<b>MODALIDAD</b>	<b>SEXO</b>		<b>TOTAL</b>
	Masculino	Femenino	
Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	8	9	17
Diálisis Peritoneal Intermitente	5	5	10
Hemodiálisis	5	7	12
Trasplante Renal	7	1	8
<b>TOTAL</b>	25	22	47

**FUENTE:** Inventario de Beck II aplicado a los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica de Junio a Octubre 2013. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

El mayor número de pacientes correspondió a los pacientes que reciben su terapia de sustitución renal a través de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, con un total de 17 participantes, seguido de la Hemodiálisis con 12 pacientes, luego la Diálisis Peritoneal Intermitente con 10 pacientes y en última instancia los pacientes con Trasplante Renal con 8 participantes.

En todas las modalidades la distribución por género es homogénea a excepción de la modalidad de Trasplante Renal en la cual el sexo masculino es el que predomina en frecuencia.

Cabe aclarar que los 47 participantes de éste estudio no representan la totalidad de la población que reciben sus terapias de sustitución renal en las diferentes modalidades, ya que quienes están incluidos en el presente reporte solamente son los adolescentes de 13 años en adelante que cumplen los criterios de inclusión anteriormente detallados en el diseño y metodología del presente informe.

**TABLA 3. Presencia de Depresión en los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica según sexo.**

PACIENTES SIN DEPRESIÓN		PACIENTES CON DEPRESIÓN		TOTAL
22 (46.8%)	Masculino 11 (50%)	25 (53.2%)	Masculino 14 (56%)	47 (100%)
	Femenino 11 (50%)		Femenino 11 (44%)	

**FUENTE:** Inventario de Beck II aplicado a los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica de Junio a Octubre 2013. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II a los 47 adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica participantes del estudio, se encontró que el 53.2% (25) de los participantes presentan síntomas de depresión, dentro de los cuales el 56% (14) de casos son pacientes del sexo masculino.

En contraparte se evidenció que 22 (46.8%) participantes del estudio no presentan depresión, dentro de los cuales existe una distribución equitativa entre el género masculino y femenino (11 pacientes cada uno).

Al relacionar la existencia de depresión y el género del paciente, se encontró que de 22 pacientes del sexo femenino el 50% (11 pacientes) presentaron depresión.

A diferencia del sexo femenino; los varones que participaron del estudio que suman un total de 25 pacientes, el 56% (14 pacientes) presentó depresión.

En cuanto a los pacientes que no presentaron síntomas depresivos se tiene que la mitad de mujeres participantes (11) no están deprimidas, y en cuanto a los varones participantes se encontró que solamente el 44% (11 pacientes) no cursan con depresión.

**TABLA 4. Presencia de Depresión en los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica en relación a la modalidad de terapia de sustitución renal recibida.**

MODALIDAD	PACIENTES SIN DEPRESIÓN		PACIENTES CON DEPRESIÓN		TOTAL
Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	8 (47%)	Masculino 4	9 (53%)	Masculino 4	17
		Femenino 4		Femenino 5	
Diálisis Peritoneal Intermitente	5 (50%)	Masculino 2	5 (50%)	Masculino 3	10
		Femenino 3		Femenino 2	
Hemodiálisis	4 (33%)	Masculino 0	8 (67%)	Masculino 5	12
		Femenino 4		Femenino 3	
Trasplante Renal	5 (62.5%)	Masculino 5	3 (37.5%)	Masculino 2	8
		Femenino 0		Femenino 1	
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>		<b>25</b>		<b>47</b>

**FUENTE:** Inventario de Beck II aplicado a los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica de Junio a Octubre 2013. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II a los 47 adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que participaron en el estudio se determinó que 25 pacientes presentan depresión. Al relacionar la presencia de depresión y las diferentes modalidades de terapia de sustitución renal recibidas por los pacientes se obtuvo que existen pacientes deprimidos en todas las modalidades, siendo la Hemodiálisis la modalidad en la que se obtuvo mayor porcentaje de casos con un 67%, seguido de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

con un 53% de pacientes deprimidos, le sigue la Diálisis Peritoneal Intermitente con el 50% de casos y en último lugar los pacientes con Trasplante Renal quienes presentaron un 37.5% de casos de depresión.

Las particularidades encontradas al relacionar la presencia de depresión con la modalidad de sustitución renal recibida por los adolescentes con padecimiento renal crónico fueron más evidentes en la modalidad de Hemodiálisis en donde se contó con un total de 12 pacientes, 7 de los cuales fueron mujeres y 5 hombres. De ellos llama la atención que el 100% de los pacientes del sexo masculino presentaron depresión.

En su contraparte los pacientes con trasplante renal quienes en su mayoría fueron del sexo masculino y solamente una participante del sexo femenino, la cual resulto con síntomas de depresión.

**TABLA 5. Niveles de depresión según el puntaje obtenido a través del Inventario de Depresión de Beck-II en los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica.**

CATEGORÍA	Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	Diálisis Peritoneal Intermitente	Hemodiálisis	Trasplante Renal	TOTAL
SIN DEPRESION (0-10 puntos)	8	5	4	5	22
DEPRESIÓN LEVE (11-18 puntos)	9	1	7	2	19
DEPRESIÓN MODERADA (19-29 puntos)	0	4	1	1	6
DEPRESIÓN GRAVE (> 30 puntos)	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	17	10	12	8	47

**FUENTE:** Inventario de Beck II aplicado a los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica de Junio a Octubre 2013. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Al relacionar los puntajes obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II con las respectivas categorías de depresión se obtuvo que 22 pacientes no presentan depresión, 19 se ubican en la categoría de depresión leve y 6 participantes en depresión moderada. Ningún paciente se localizó en la categoría de depresión grave.

Al relacionar las categorías de depresión con las distintas modalidades de sustitución renal se encontró que a pesar de que más de la mitad (53%) de los pacientes de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria presentaron depresión, los pacientes deprimidos se

ubicaron todos en depresión leve. Es la única modalidad que no presentó depresión moderada en comparación con las restantes.

A pesar de que la mitad de la población Diálisis Peritoneal Intermittente no presentó depresión, se tiene que del 50% (5 pacientes) que sí lo hizo, el 80% (4 pacientes) presentaron depresión moderada y 1 adolescente presentó depresión leve. Siendo así la modalidad con mayor frecuencia de pacientes con depresión moderada.

La modalidad de Hemodiálisis que fue la que mayor número de pacientes con depresión presentó (67%) en comparación con las otras terapias de sustitución renal, se caracterizó porque la mayoría de los pacientes deprimidos se categorizaron en depresión leve (88%) y tan sólo un paciente se ubicó en depresión moderada.

Los adolescentes que se han visto beneficiados con el trasplante renal fue el grupo de participantes que mostraron el menor porcentaje de depresión (37.5%), de los cuales 2 pacientes mostraron depresión leve y 1 presentó depresión moderada.



**-Cruce de variables:**

<b>Variable Independiente</b>	<b>Variable Dependiente</b>
Edad	Depresión
Sexo	Depresión
Insuficiencia renal crónica	Depresión
Adolescencia	Depresión

**-Análisis estadístico.**

La información obtenida fue procesada de la siguiente forma:

En el caso de las variables ordinales, se realizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como porcentajes en el caso de variables cualitativas.

## DISCUSION DE RESULTADOS.

Así como se mencionó en el marco teórico, la depresión en adolescentes es el trastorno psiquiátrico más común en este grupo, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, culpa, enojo, desprecio y sentimiento confuso. Así se tiene que si no se detecta de manera oportuna dicho trastorno el impacto potencial es considerable, pudiendo conducir al adolescente al fracaso escolar, aislamiento, disminución de la calidad de vida.

Gracias a los avances científicos se ha logrado el incremento de la supervivencia de niños con diferentes enfermedades crónicas. Subrayando que los niños con enfermedad crónica son más vulnerables que los adultos al impacto negativo del padecimiento, ya que aún se encuentran en el proceso de desarrollo e independencia.

Y es debido a que sufren una alteración de su maduración y desarrollo, la mayoría no cumple con las expectativas que le corresponde en relación a la etapa de su niñez, son niños que no crecen y no juegan, púberes que presentan retraso en su maduración sexual y no coquetean, adolescentes con cuerpos de infantes sin fuerza física para trabajar, estudiar y realizar las actividades que otros adolescentes de su misma edad efectúan.

En el caso particular de la investigación se abordó a los pacientes adolescentes (13 años en adelante) con Insuficiencia Renal Crónica y se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II a 47 participantes, entre los 13 años a los 20 años, siendo una población con distribución homogénea.

Se obtuvo en concordancia con la literatura médica la presencia de pacientes con depresión, encontrándose un 53.2% de pacientes deprimidos, lo que corrobora la existencia de la depresión en los pacientes adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica.

De los 47 participantes, 25 eran varones y 22 eran mujeres. Se contó con pacientes pertenecientes a las diferentes modalidades de sustitución renal, siendo la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria la que mayor número de participantes aportó al estudio, lo cual influye ya que dicha modalidad representa un ambiente de comodidad para el paciente y su familia, ya que la diálisis se le realiza en casa a través de los cuidados de la madre o el encargado del paciente quien ha recibido adiestramiento previo, lo que implica menos contratiempos en comparación con el resto de modalidades, pese a ello se encontró que más de la mitad de los pacientes de esta modalidad cursan con depresión, y dentro de los pacientes deprimidos, todos sufren depresión leve.

En contraparte los pacientes con trasplante renal son los que menor número de participantes aportaron al estudio, 8 sujetos. Esta última modalidad es el tratamiento ideal de la insuficiencia renal crónica por lo tanto es la modalidad con una mejor calidad de vida de los pacientes, aun así se evidenciaron 3 pacientes (37.5%) con depresión; 2 pacientes con depresión leve y 1 con depresión moderada.

En cuanto a la Diálisis Peritoneal Intermitente, cabe mencionar que este grupo de pacientes son aquellos que acuden al hospital de 2 a 3 veces por semana para realizarse la diálisis peritoneal en días intermitentes. Lo que implica mayor esfuerzo e inversión de tiempo, dinero y energía en comparación con la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, lo cual influyó sobre los resultados obtenidos, ya que se determinó que el 50% de estos pacientes

presentaron depresión. Y lo que llama la atención es que es la modalidad con mayor número de participantes con depresión moderada.

Respecto a los adolescentes que reciben su terapia de sustitución renal a través de la Hemodiálisis se observó que fue el grupo con mayor frecuencia de pacientes deprimidos con un 67% de casos de depresión, resaltando que todos los pacientes del sexo masculino de la Hemodiálisis están con algún grado de depresión.

Al categorizar a los pacientes dependiendo del puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck-II, se determinó que 22 pacientes están sin depresión, en contraste con 25 pacientes con depresión, dentro de éste grupo de pacientes deprimidos, la categoría de Depresión Leve es la predominante, seguida de la depresión moderada. No se obtuvo pacientes con depresión grave en el presente estudio.

Es válido aclarar que el Inventario de Depresión de Beck-II es un instrumento de tamizaje que ayuda a detectar síntomas depresivos, a orientar al clínico si existe o no depresión. Por lo tanto NO es un instrumento que se aplica con fines de diagnóstico.

UES BIBLIOTECA DE MEDICINA



INVENTARIO: 11104568



"SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN"

## **IX. CONCLUSIONES.**

1. La mayoría de pacientes adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben su terapia de sustitución renal en las diferentes modalidades, en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, presentan depresión.
2. Los adolescentes, con Insuficiencia Renal Crónica, del sexo masculino son los que presentaron con mayor frecuencia depresión.
3. La depresión está presente en los pacientes de todas las modalidades de terapia de sustitución renal: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, Diálisis Peritoneal Intermitente, Trasplante Renal y Hemodiálisis; siendo esta última la que presentó mayor número de pacientes deprimidos.
4. Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II a los adolescentes en estudio, se obtuvo que dentro de los pacientes deprimidos, la categoría de depresión leve es la que se presentó con mayor frecuencia.
5. La categoría de depresión moderada es la que predomina en los pacientes de la Diálisis Peritoneal Intermitente.

## X. RECOMENDACIONES

- Es necesario e imperante brindar atención psicológica a todos los adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica que forman parte de las diferentes modalidades de terapias de sustitución renal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Se sugiere formar un Comité de Salud Mental Institucional, conformado por un psiquiatra, pediatras y/o residentes de pediatría, psicólogos, enfermería y trabajo social, que se encargue de brindar atención en salud mental (de manera continua) a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pacientes oncológicos, pacientes reumatológicos, pacientes con Hemofilia, Anemia de Células Falciformes, anemia aplásica; con el fin de mejorar la asistencia brindada al paciente, procurando la prevención de depresión lo que mejorará la calidad de vida de dichos pacientes, incentivando así una mejor adherencia al tratamiento.  
Además será responsabilidad de dicho Comité prestar orientación a los padres de los pacientes que se encuentran en las unidades de Cuidados Intensivos para tratar de hacer liviana la carga psicológica que el padre de familia posee al momento de la crisis que implica el ingreso del hijo a dicha unidad.
- Se debe de contar con un psicólogo de planta, dentro del personal de los servicios que brindan atención a los pacientes con enfermedades crónicas. Para brindarles asistencia de salud mental a los pacientes y sus padres para que éstos afronten la enfermedad con diligencia.
- A los médicos residentes de Pediatría, los exhorto a que realicen investigaciones similares o que le den seguimiento a la presente, con el fin de mejorar el abordaje integral del paciente con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.



## XI. REFERENCIAS.

1. Andrews G, Szabo M: Preventing major depression in young people. *Br J Psychiatry* 2002, 181:460-462.
2. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA: Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *J Abnorm Psychol* 1993, 102(1):133-144.
3. World Health Organization: Caring for children and adolescents with mental disorders. Geneva 2003.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593–602.
5. Koppelman J: Children with mental disorders: making sense of their needs and the systems that help them. *NHPF Issue Brief* 2004; 4:1–24
6. Lewinsohn P: Depression in adolescents. In *Handbook of Depression* Edited by: Gotlib IH, Hammen CL. New York: Guilford Press; 2002:541-553.
7. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D: Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002, 11:619-637.
8. Costello EJ, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006, 47:1263–1271.
9. Steinhausen HC, Meltzke CW: Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003, 418:20–23.
10. Ford T, Goodman R, Meltzer H: The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42(10):1203–1211.

11. McCauley E, Pavlidis K, Kendall K: Developmental precursors of depression: the child and the social environment. In *The depressed child and adolescent*. Edited by Goodyer I. United Kingdom: Cambridge University Press; 2001:46–78.
12. Peterson AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE: Depression in Adolescence. *Am Psychol* 1993, 48:155- 168.
13. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. En: *Psychiatric Aspects of Pediatric Disorders*. Second edition William and Wilkins, 1996; pp. 989-1003
14. Saarni S, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health related quality of life: general population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 2007; 190: 326-332.
15. Hamming JF, De Vries J. Measuring quality of life. *British Journal of Surgery*, 2007; 94: 923-924.
16. Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Schor N, Behrman R. *Nelson Tratado de Pediatría*. Volumen 2, 19ª Edición, España: Elsevier; 2013. pp1893.
17. Base de datos del Servicio de Nefrología. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, año 2012.
18. Dodson JL, Diener-West M, Gerson AC et al. An assessment of health related quality of life using the child illness profile-adolescent edition in adolescents with chronic kidney disease due to underlying urological disorders. *The Journal of Urology*, 2007;178: 660-665.
19. Vos PF, Zilch O, Jennekens-Schinkel A et al. Effect of short daily home hemodialysis on quality of life, cognitive functioning and the electroencephalogram. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2006;21(9):2529-2535.
20. Hyman M, Clary C, Fayyad, R et al. Quality of Life Impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162(6): 1171-1178.
21. Eiser C, Jeeney M. Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 2007; 92:348-350.
22. Palomar J. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*, 1998; 22(6): 13-21.
23. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T et al. Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics*, 2002; 43(1): 49-54.

24. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.
25. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica, 1991. Citado por: Comeche MI, Diaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; p 186-190.
26. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
27. Schotte CK, Maes M, Cluydts R et al. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord* 1997; 46: 115-125.
28. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT et al. Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.
29. Hedayati S, Grambow S, Szczech L, et al. Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 2005(46)4:642-649.
30. Drayer R, Piraino B, Reynolds C, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry* 2006; 28:306-312.
31. Annual Review del Colegio de Medicina Interna de México. Insuficiencia Renal Crónica. México: Intersistemas, 2005; p: 73-88.
32. Kimmel PL, Levi NB. Psicología y rehabilitación. En: Daurgidas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálisis. 2a ed. Barcelona: Masson, 2003:431-437.
33. Kimmel P. Just whose quality of life is it anyway? Controversies and consistencies in measurements of quality of life. *Kidney International* 2000(57)74:113-120.
34. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Ar Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.



## **XII. ANEXOS**

## ANEXO 1

### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo la letra que se encuentre escrita a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

#### 1. Tristeza

- a. No me siento triste habitualmente.
- b. Me siento triste gran parte del tiempo.
- c. Me siento triste continuamente.
- d. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- a. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- b. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- c. No espero que las cosas mejoren.
- d. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

#### 3. Sentimientos de fracaso

- a. No me siento fracasado.
- b. He fracasado más de lo que debería.
- c. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- d. Me siento una persona totalmente fracasada.

#### 4. Pérdida de placer

- a. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- b. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- c. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- d. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

#### 5. Sentimientos de culpa

- a. No me siento especialmente culpable.
- b. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- d. Me siento culpable constantemente.

#### 6. Sentimientos de castigo

- a. No siento que esté siendo castigado.
- b. Siento que puedo ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Insatisfacción con uno mismo

- a. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- b. He perdido confianza en mí mismo.
- c. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- d. No me gusta.

#### 8. Autocríticas

- a. No me critico o me culpo más que antes.
- b. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- c. Critico todos mis defectos.
- d. Me culpo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Pensamientos o deseos de suicidio

- a. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- b. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- c. Me gustaría suicidarme.
- d. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

#### 10. Llanto

- a. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- b. Lloro más de lo que solía hacerlo.
- c. Lloro por cualquier cosa.
- d. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.



**11. Agitación**

- a. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- b. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- c. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- d. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

**12. Pérdida de interés**

- a. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- b. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- c. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- d. Me resulta difícil interesarme en algo.

**13. Indecisión**

- a. Tomo decisiones más o menos como siempre.
- b. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- c. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- d. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Inutilidad**

- a. No me siento inútil.
- b. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- c. Me siento inútil en comparación con otras personas.
- d. Me siento completamente inútil.

**15. Pérdida de energía**

- a. Tengo tanta energía como siempre.
- b. Tengo menos energía de la que solía tener.
- c. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- d. No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el patrón de sueño**

- a. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- b 1. Duermo algo más de lo habitual.
- b 2. Duermo algo menos de lo habitual.
- c 1. Duermo mucho más de lo habitual.
- c 2. Duermo mucho menos de lo habitual.
- d 1. Duermo la mayor parte del día.
- d 2. Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- a. No estoy más irritable de lo habitual.
- b. Estoy más irritable de lo habitual.
- c. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- d. Estoy irritable continuamente.

**18. Cambios en el apetito**

- a. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- b 1. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- b 2. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- c 1. Mi apetito es mucho menor que antes.
- c 2. Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- d 1. He perdido completamente el apetito.
- d 2. Tengo ganas de comer continuamente.

**19. Dificultad de concentración**

- a. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- b. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- c. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- d. No puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o fatiga**

- a. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- b. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- c. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- d. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

**21. Pérdida de interés en el sexo**

- a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- c. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- d. He perdido completamente el interés por el sexo.

**PUNTAJE TOTAL:** \_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.**

**Espacio reservado para el investigador. (NO ESCRIBIR)**

Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ HD \_\_\_\_ DPI \_\_\_\_ DPCA \_\_\_\_ TR \_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

**HD:** Hemodiálisis. **DPI:** Diálisis Peritoneal Intermitente

**DPCA:** Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria **TR:** Trasplante Renal.

## ANEXO 2

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom



### HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una carta de consentimiento informado en la que se les invita a participar de manera voluntaria en el estudio titulado:

#### NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN EL HOSPITAL BLOOM DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2013.

Para esta investigación, solicitamos a usted la autorización para que su hijo participe en un estudio para conocer la existencia de depresión en pacientes adolescentes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica. Esta investigación solo necesita la participación de los pacientes para contestar un cuestionario llamado Inventario de Depresión de Beck, acerca de cómo la enfermedad influye en el estado de ánimo del paciente, lo cual llevará aproximadamente de 20 a 30 minutos, no habrá intervención con medicamentos ni con exámenes de laboratorio. Sólo se necesita la opinión del paciente. Será confidencial y se protegerá la identidad del participante.

No hay pago por su participación en este estudio de investigación y su participación es voluntaria, por lo que usted puede no autorizar la participación de su hijo en el estudio en el entendido que aun cuando usted no autorice la inclusión de su hijo en la investigación esto no afectará la atención que el paciente recibe en este Hospital.

Con la información recabada se persigue en primer lugar documentar si la depresión está presente en la población en estudio, ya que al momento no existen estudios previos que lo confirmen o lo refuten, siendo una herramienta útil para brindar un manejo integral al paciente con padecimiento renal crónico del Hospital Bloom.

Expediente: \_\_\_\_\_

Encargado de paciente \_\_\_\_\_

Nombre y firma

Firma de Testigo \_\_\_\_\_

Nombre y firma

El Salvador, San Salvador, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013

## ANEXO 3

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom



### HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una carta de asentimiento informado para participar en el estudio titulado:

**NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA  
APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN EL HOSPITAL BLOOM DE  
JUNIO A SEPTIEMBRE 2013.**

Se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación para conocer la existencia de depresión en pacientes adolescentes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.

Esta investigación solo necesita que conteste un cuestionario acerca de cómo vive la enfermedad y de cómo se siente, lo cual llevará aproximadamente de 20 a 30 minutos, no habrá intervención con medicamentos ni con exámenes de laboratorio. Sólo se necesita su opinión.

No hay pago por su participación en este estudio de investigación y su participación es voluntaria, por lo que usted puede decidir no participar, en el entendido de que aun cuando no participe en la investigación esto no afectará la atención que recibe en este hospital.

La información es confidencial y su nombre no aparecerá en ningún documento.

Con la información recabada se persigue documentar si la depresión está presente en los adolescentes con insuficiencia renal crónica, y así brindarle un manejo integral a esta población.

Expediente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de asentimiento del paciente

Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

El Salvador, San Salvador, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013





## ANEXO 5

### PRESUPUESTO

La presente investigación fue financiada por parte del investigador.

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN		
Recurso	Cantidad	Costo
Procesador portátil (laptop)	uno	\$ 400.00
Impresora	uno	\$40.00
Papel bond	Una resma	\$5.00
Tinta para impresión	Dos cartuchos(b/n y color)	\$20.00
Internet	Seis meses	\$90.00
Lápices	una caja	\$5.00
Goma (borrador)	Una caja	\$5.00
Gastos imprevistos	imprevistos	\$20.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$585.00</b>