

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 13
Volume

Número 1-2
Number

Enero-Agosto 2005
January-August

Artículo:

Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Trabajo de investigación

Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero

Lic. Enf. José Lauro De los Ríos Castillo MPS, PhD,* Lic. Enf. Teresa Luzeldy Ávila Rojas MESC,* Lic. Enf. Gloria Montes Banda**

* Profesor Investigador.

** Investigador Adjunto en Servicio Social.

Unidad de Postgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP

RESUMEN

Este estudio tiene el propósito de examinar la frecuencia de depresión en una muestra de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) por nefropatía diabética (ND). Se realizó una investigación Expost-Facto, de tipo transversal, donde se tipifican sus particularidades. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 100 pacientes que acuden al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Intermitente de un Hospital General del Sector Salud de la Capital del Estado de San Luis Potosí, diagnosticados por sus médicos tratantes con secuela de nefropatía diabética. La presencia de depresión se midió con el instrumento GHQ-28 (General Health Questionnaire) en su versión validada, confiable y estandarizada al español. La variable dependiente a considerar fue la evaluación del índice de depresión estimado a través de la escala GHQ-28; la variable independiente fueron aspectos sociodemográficos y la condición crónica degenerativa de las complicaciones por nefropatía diabética. Los resultados revelaron que un 86% de la muestra estudiada de los pacientes con nefropatía diabética cursa con algún grado de depresión; teniendo más riesgo de padecerla, aquellos pacientes con más de diez años de haberseles diagnosticado diabetes mellitus tipo 2. Se concluye que la depresión en pacientes por nefropatía diabética es alta y asociada a la evolución degenerativa del padecimiento.

Se resalta la importancia de la intervención de enfermería en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Diabetes, nefropatía diabética, depresión, Cuestionario General de Salud, enfermedad crónica, salud.

ABSTRACT

In order to test the frequency of depression in a sample group of patients with Chronic Renal Insufficiency (CRI) due to Diabetic Nephropathy (DN), an Expost-Facto study, of transversal type, was done. In this study it is typified every particularity about this problem. The subjects that participated in this study were 100 patients that attend to the continuous Intermittent Peritoneal Dialysis Program, in a public hospital from the health sector in San Luis Potosí. The diagnose of Diabetic Nephropathy was done by their own doctors. The presence of depression was measured with the GHQ-28 instrument (General Health Questionnaire), and the validated, trustful, and Spanish standardized version was used in this study. The dependant variable to consider was the evaluation of the index of depression estimated through the GHQ-28 scale; the independent variable was the socio-demographic aspects and chronic degenerative condition of the complications due to diabetic nephropathy. The results showed that 86% of the studied sample in patients with diabetic nephropathy deals with a level of depression; having more risk of suffering this problem those patients with more than ten years since they were diagnosed with Diabetes Mellitus Type 2. The conclusion is that depression in patients by Diabetic Nephropathy is high and it is associated to the degenerative evolution of this health problem. The importance of nursing intervention is stood out in this type of patients.

Key words: Diabetes, nephropathy diabetic, depression, General Questionnaire of Health, chronic illness, health.

Recibido para publicación: marzo 2005

Aceptado para publicación: junio 2005

Dirección para correspondencia:

Lic. Enf. José Lauro De los Ríos Castillo

Av. Niño Artillero Núm. 130, Zona Universitaria, 78240,

San Luis Potosí, SLP, México.

E-mail: lauroser@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica y degenerativa, que puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida y ser el resultado de un proceso auto-inmunitario, asociado a una predisposición genética por factores hereditarios y ambientales. La última Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud,¹ reportó que la diabetes mellitus afecta en nuestro país del 8 al 10% de la población mayor de 20 años, pero esta prevalencia aumenta sensiblemente en personas entre los 40 y 50 años de edad.²

Diversas investigaciones, han demostrado que dentro del ajuste al programa del tratamiento, los pacientes pasan por periodos de tensión emocional al igual que los que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados. Viéndose obligados a asumir restricciones físicas, emocionales y sociales, que tienen efectos psicológicos importantes. Adicionalmente este tipo de estudios manifiestan, que los pacientes de diabetes mellitus con secuela de nefropatía diabética no sólo se ven afectados físicamente, sino que existe un gran número de problemas de tipo emocional a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad al requerir diálisis periódicas.

Este tipo de pacientes suelen presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica, que afectan notablemente su calidad de vida. Su forma de afrontamiento al inicio de la enfermedad y su habilidad para enfrentarse a situaciones tensas, son factores importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento, mediante diálisis peritoneal ambulatoria, hemodiálisis o trasplante renal.

El depender de una máquina y de los recambios del líquido de diálisis, al que se encuentra sometido durante un día o una noche, dos o tres veces a la semana, puede crear temores y resentimientos que se ven traducidos por la angustia que les genera dicha situación en la medida que interfiere con su capacidad para realizar sus actividades cotidianas, que antes desempeñaba sin problema.

Desde el punto de vista social, posiblemente el paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) por nefropatía diabética (ND), sometido a diálisis, no pueda conservar el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad; sus familiares y amigos probablemente empiecen a considerarlo una persona incapaz de funcionar por considerarlo débil y enfermo. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse a sí mismo, de la misma manera en que él piensa que los demás lo ven, perci-

be que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que empiece a sentirse como tal. Es tanta la tristeza y la infelicidad, que se sumen en la más profunda de las depresiones y llegan a pensar que es preferible la muerte a la vida que están condenados a llevar. El riesgo de suicidio en este tipo de pacientes es muy grande, y sus respuestas van desde negarse a dializarse, ignorar el régimen terapéutico, hasta ingerir dosis elevadas de barbitúricos para quitarse la vida; adicionalmente la literatura científica muestra, que existe una mayor prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades médicas que en la población general, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, gastroenterológicas, etc., y todas aquellas asociadas a diferentes tipos de cáncer. Sin embargo este tipo de pacientes están escasamente diagnosticados, sin tratamiento y cuidado por parte del personal médico y de enfermería. Concomitantemente, se observa que estudiantes, docentes y personal de servicio de enfermería tienen deficientes conocimientos sobre su sintomatología y diagnóstico para su valoración e intervención, aunado a que en la práctica clínica no se cuenta con instrumentos de detección (screening) psicopatológica, para enfermeras(os) no psiquiatras. Por otra parte, tomando en cuenta que en México existen pocos estudios sobre esta problemática, se plantea la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que puedan arrojar datos sobre el nivel de depresión que cursa este tipo de pacientes para la intervención de enfermería. La enfermera deberá utilizar estos datos en la valoración para formar la base de los diagnósticos enfermeros, los cuales guiarán el proceso de atención en sus etapas de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería. Para tal efecto, se puede utilizar el Cuestionario de Salud de Goldberg y William, que en su versión validada, confiable y estandarizada al español se comenta, que aproximadamente un 10% de los pacientes con IRC por ND tienen un trastorno psiquiátrico.³ Las conductas poco cooperativas pueden ser un problema para los pacientes y para el personal de enfermería. La disfunción sexual relacionada con: Diabetes mellitus, enfermedad vascular arteroesclerótica, problemas psicológicos, medicaciones o la uremia, pueden constituir un problema que preocupa a los pacientes aunque no sea evidente para las enfermeras(os) que tienen a su cargo el cuidado. La depresión es un problema psicológico importante, porque puede llevar al suicidio mediante la suspensión del tratamiento, si el personal de enfermería no lo reconoce a tiempo.

De lo anterior mencionado, el objetivo de este estudio fue determinar el grado de depresión que presenta este tipo de pacientes que acuden al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Intermitente por ND en un Hospital General del Sector Salud de la capital del Estado de San Luis Potosí. El conocimiento del grado de depresión, permitirá la generación y evaluación de recomendaciones aplicables por parte del equipo de salud y en específico el de los profesionales de la enfermería, dentro de la atención y cuidado que proporcionan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio Expost-facto (exploratorio) de tipo transversal, en el cual una condición estaba presente de antemano. En él se buscó identificar y tipificar sus posibles peculiaridades funcionales respecto de los valores escalares correspondientes.

Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes con padecimiento de IRC por ND. La muestra se obtuvo estadísticamente a través de la siguiente fórmula $N = n/1 + n/N$, $n = S^2/V^2$, donde $N = 348$, $n = 102.83$ y n ajustada = 100, tomando en consideración a la población que acude al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Intermitente, con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo II con secuela de ND por el médico especialista tratante, con un tiempo de evolución de más de seis meses con ND, pacientes que residen en el área conurbana de la capital del estado de San Luis Potosí, que tenían entre 18 y 70 años de edad, y que firmaron la carta de participación consentida. Se excluyeron pacientes con: diagnóstico de psicosis o retraso mental, en fase terminal, que no deseen participar, con IRC por otras causas ajenas a la ND y pacientes que no son derechohabientes.

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No. 2 "Dr. Francisco Padrón Poyou" del IMSS de la capital del estado de San Luis Potosí, en el Servicio de Diálisis Peritoneal.

VARIABLES

El grado de depresión fue la variable dependiente, estimado a través del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) de Goldberg y William. La variable independiente comprendió aspectos sociodemográficos tales como la edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y el tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 con secuela de ND.

METODOLOGÍA

El grado de depresión se evaluó mediante la escala del GHQ-28, instrumento diseñado para su uso en

las consultas médicas, centrándose en las alteraciones emocionales de los pacientes; detecta trastornos de menos de dos semanas de duración, la mayoría de los cuales requieren que los síntomas hayan estado presentes al menos durante éstas. Consta de cuatro áreas a medir: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. El GHQ-28, contiene 28 preguntas que indagan un síntoma en una escala que va de "menos que lo habitual" a "mucho más que lo habitual". Su puntuación, determina la posición de un paciente en un eje que va desde la normalidad hasta un claro trastorno de su funcionalidad psicológica. La probabilidad de que un paciente sea caso, se fundamenta al establecer el número de síntomas por arriba de 5, es decir, cualquier puntuación mayor a 5 puntos.

El grado de depresión está estimado en cuatro niveles ascendentes de acuerdo a la puntuación emitida (6-10 puntos = Leve, 11-15 puntos = Moderado y más de 16 puntos = Grave). La confiabilidad y validez de esta versión corta se realizó por la prueba Split-half (0.92), Test-retest (0.77), mostrando una especificidad de 87% y sensibilidad de 91.4%.⁴ Para las variables independientes que evalúan los aspectos sociodemográficos, así como el tiempo de evolución de la enfermedad se utilizó un instrumento tipo cuestionario.

Para el tratamiento estadístico se utilizó estadística descriptiva de acuerdo al nivel de medición de las variables. La significancia estadística de las asociaciones se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrada y la prueba exacta de Fisher. El nivel de significancia estadística se fijó en 0.05.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas que conforman el perfil del grupo de pacientes, en términos de frecuencia, son los siguientes:

El 50% de los sujetos de la muestra fueron hombres y el 50% mujeres, de los cuales un 30% tenían edad entre 56 y 60 años, 19% entre 51 y 55 años entre otros.

El estado civil de los pacientes fue de casados en un 88%. En la ocupación, el 44% se dedican a las labores del hogar y un 26% están pensionados.

En relación al nivel educativo, el 47% de los pacientes no terminaron la primaria, el 21% tienen primaria completa y el 11% son analfabetas.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus con secuela de ND, los más sobresalientes fueron: 35% para el

rango de 11 a 15 años de evolución, un 19% con un rango de 16 a 20 años, un 15% de 21 a 25 años y otro 13% de 6 a 10 años.

En la variable dependiente (**grado de depresión en los pacientes con ND**), los resultados muestran que los pacientes mantienen un avance continuo dentro del grado de depresión que va desde leve con un 24%, moderado 30% y severo o grave con un 46% (Figura 1). Concomitantemente, el resultado de la suma de los grados de depresión de los sujetos objeto de estudio, muestra que un 86% obtuvo puntajes superiores a 6, considerándose como casos y el 14% obtuvo puntajes entre 0-5, cayendo en la normalidad (Figura 2).

En relación a los puntajes obtenidos en las diferentes áreas los resultados fueron: en el área de **síntomas somáticos** un 48% con afección moderada,

un 46% con afección leve y el resto, 6% con afección severa. En el área de **ansiedad e insomnio**, el 37% de los sujetos de la muestra tienen afección moderada, un 33% severa, el resto 30% con afección leve. En el área de **disfunción social**, la mayor frecuencia fue para moderada con un 40%, 37% para leve y 23% para grave. En la **depresión grave**, el mayor porcentaje fue 40% para afección severa, un 31% para afección moderada y 29% para depresión leve (Figura 3).

En lo referente a la **asociación de las variables sociodemográficas con relación a la presentación de algún grado de depresión**, se encontró que las diferencias fueron estadísticamente significativas al 0.05.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue medir el grado de depresión que presentan los pacientes con ND mediante la escala de GHQ-28. Los datos presentados anteriormente, muestran en los sujetos participantes de la investigación un alto porcentaje en el deterioro de su estado emocional (86%). Estas cifras son altas y la mayoría de los casos no son reportados para su intervención por el personal de salud. Concomitantemente, las áreas más afectadas dentro de la escala del GHQ-28 que sobresalen son: **síntomas somáticos**, donde la afección física tiene severas repercusiones para que este tipo de pacientes realicen sus actividades laborales, familiares o su adaptación a las demandas impuestas de su entorno inmediato; **disfunción social**, el deterioro de los pacientes, se ve traducido al depender de los miembros de la familia (esposa, hijos

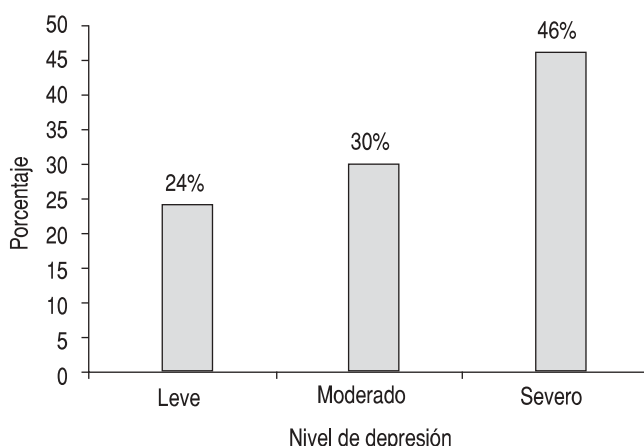


Figura 1. Grado de depresión de los pacientes con ND.

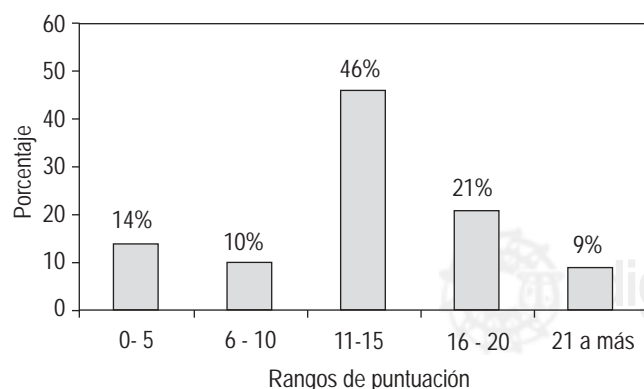


Figura 2. Puntuaciones de depresión emitidas por los pacientes con ND con la escala GHQ-28.

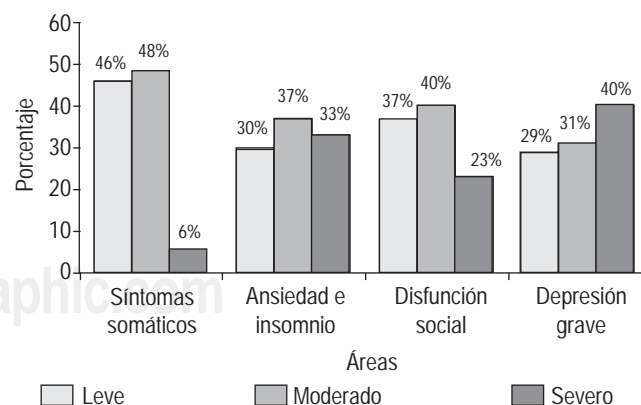


Figura 3. Puntuaciones emitidas por los pacientes en las diferentes áreas del GHQ-28.

mayores) y de los miembros del equipo de salud. El peso que representa su cuidado personal, el transportarlo, las diálisis periódicas, el manejo dietético, aunado a las restricciones físicas, repercuten en su funcionamiento social; los síntomas de **ansiedad e insomnio**, se presentan como consecuencia del deterioro paulatino de su salud al presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica, por otro lado, la afección por **depresión grave**, se ve traducida por la pérdida de la autoestima que presenta el paciente, cuando se ve a sí mismo, de la misma manera en que él piensa que los demás lo ven, es decir, siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que se sienta como tal. Es tanta la desesperación, que se sumen en la más profunda depresión y llegan a pensar que es preferible la muerte a la vida que están condenados a llevar.

Los datos en el presente estudio, revelan que los pacientes mostraban conductas suicidas dentro del área **depresión grave**, siendo un factor de riesgo de suicidio; que va desde negarse a dializarse, ignorar el régimen terapéutico, infringir su régimen alimenticio, la incapacidad o la insatisfacción que la enfermedad le produce, entre otros. Estos hallazgos, concuerdan con algunos estudios como los de Goldstein y Reznikoff,⁵ Kimell,⁶ en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC).

Con base a lo anterior, estas particularidades parecen indicar que, por un lado, los pacientes con ND presentan signos leves o agudos de importancia física y psicológica, por otro, las características sociodemográficas tales como el nivel educativo bajo, la edad predominante mayor de cincuenta años y el tiempo de evolución de la enfermedad con diabetes mellitus tipo II de más de diez años, son factores de riesgo asociados al deterioro físico y emocional en este tipo de pacientes. Los datos muestran sistemáticamente que el grado de depresión está relacionado con la evolución de la cronicidad de la diabetes y su repercusión para el control metabólico en la adherencia terapéutica.

Los resultados de este estudio, concuerdan con los de Guerrero y de los Ríos,⁷ Theodora,⁸ Phillips,⁹ Szabo,¹⁰ Kimel,¹¹⁻¹³ Merkus,¹⁴ Mingardy,¹⁵ Gokal,¹⁶ Singer,¹⁷ y Korevaar,¹⁸ en el sentido de que los pacientes con diabetes y concomitantemente secuela de ND, tienen efectos psicológicos importantes, afectando notablemente su calidad de vida.

Adicionalmente a la recolección de los datos, un número considerable de pacientes en la fase de la entrevista, las preguntas del instrumento GHQ-28 fue-

ron un medio para desarrollar catarsis, desahogando de esta forma sus sentimientos reprimidos en relación a su enfermedad.

Así, estos resultados aparecen como una opción más para enfatizar sobre la importancia que tiene la elaboración e implementación de medidas educativas y psicoterapéuticas por parte del equipo de salud. En el cual, tanto los médicos como las enfermeras profesionales pueden incidir en el manejo emocional y educativo de estos pacientes, proporcionando una atención cálida para mejorar la adaptación en un contexto más humanizado.¹⁹

Existen muchas formas de prevenir los problemas emocionales que aparecen habitualmente en este tipo de pacientes, sin embargo, se considera que la principal tarea encomendada al personal de enfermería, deberá enfocarse a identificar en su valoración los diagnósticos enfermeros más frecuentes relacionados con la depresión, para estandarizar planes de cuidados que puedan desarrollar estrategias que potencien los cuidados de enfermería en los servicios de diálisis peritoneal y hemodiálisis; desarrollando un rol profesional de impacto, aunado a abrir nuevas líneas de investigación. No hay que olvidar, que sin un diagnóstico de enfermería, estaremos realizando una práctica poco profesional. Además de no contribuir en la resolución de problemas emocionales que aquejan a este tipo de pacientes. Por lo que el deterioro físico y emocional en este tipo de pacientes requiere de atención, ayuda y cuidados profesionales de enfermería para su incidencia e intervención ante el problema de depresión. La enfermera deberá utilizar estos datos en la valoración para formar la base de diagnósticos enfermeros, los cuales guiarán el proceso de atención de enfermería.

Los siguientes diagnósticos enfermeros NANDA-II, pueden aplicarse a pacientes con trastorno depresivo: Alteración de los procesos familiares, aflicción crónica, afrontamiento inefectivo, aislamiento social, ansiedad, baja autoestima crónica, déficit de actividades recreativas, deterioro de la adaptación, desempeño inefectivo del rol, desesperanza, fatiga, impotencia, riesgo de soledad, riesgo de suicidio, sufrimiento espiritual, trastorno de la imagen corporal y temor.

Tras identificar los diagnósticos, la enfermera debe elaborar los planes de atención para señalar las actuaciones de enfermería diseñadas para lograr los resultados esperados. Recordando que estos cambios son lentos, pero deben ser considerados como significativos.²⁰

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993*. México: 26-140.
2. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 2002*. México: 89-126.
3. Golberg DP, William P. *A user's guide to the general health questionnaire*. USA: Windsor, NFER- Nelson; 1998.
4. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo Serrano C, Mass CC, Ezban M, Caraveo J, Corona J. The structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine* 1983; 13: 355-362.
5. Goldstein AM, Reznokoff M. Suicide in chronic hemodialysis patients, from and external locus of control framework. *American Journal of Psychiatry* 1971; 11 (2): 124-127.
6. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal Medicine* 1998; 105: 214-221.
7. Guerrero SV, de los Ríos CJL. Depresión en pacientes con DM-2 y ND. *Desarrollo científico de enfermería*. 2003; 5: 136-140.
8. Theodora K, Christina D, Tania F, Anna P, Georgios V. Looking into the factors affecting renal patients' quality of life. *Edtna-Erca Journal* 1996; 22(3): 19-21.
9. Phillips L, Davies SJ, Russell GI. Functional status of CAPD patients and their mood state, dialysis dose, comorbidity and quality of life. *Edtna-Erca Journal* 1996; 22(3):15-18.
10. Szabo E, Moody H, Hamilton T, Ang C, Kovithavongs C, Kjellstrand C. Choice of treatment improves quality of life: A study on patients undergoing dialysis. *Archives of International Medicine* 1997; 157(12): 1352-1356.
11. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Veis JH. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International* 1998; 54(1): 245-254.
12. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Disease* 2000; 35(4 Suppl. 1): S1-S2-40.
13. Kimmel PL, et al. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal American Society Nephrology* 1995; 6: 1416-1419.
14. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, De Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life overtime in dialysis: The Netherlands cooperative study on the Adequacy of Dialysis. *Kidney International* 1999; 56(2): 720-728.
15. Mingardy G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 1999; 14(6): 1503-1510.
16. Gokal R, Figueras M, Olle A, Rovira J, Badia X. Outcomes in Peritoneal dialysis and hemodialysis a comparative assessment of survival and quality of life. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 1999; 14, (Suppl. 6): 24-30.
17. Singer PA, Martín DK, Kelner M. Quality end-of-life care: Patients perspectives. *JAMA* 1999; 28(2): 163-168.
18. Korevaar JC, Jansen MA, Merkus MP, Dekker FW, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life in predialysis end stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. *Peritoneal Dialysis International* 2000; 20(1): 69-75.
19. De los Ríos CJL, Sánchez SJJ. Well - Being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental* 2002; 25(2): 21-31.
20. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2003-2004*. España: Elsevier; 2003. 3-219.