

¿UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA FAVORECE LA DEPRESIÓN Y UNA POBRE CALIDAD DE VIDA?

Mtro. Isaías Vicente Lugo-González y Dr. Leonardo Reynoso-Erazo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

RESUMEN

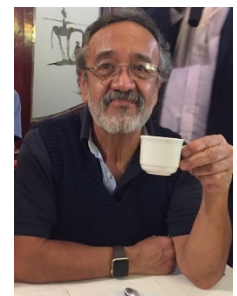
Las personas que viven con Enfermedad Renal Crónica (ERC) frecuentemente presentan diversas repercusiones emocionales y en la calidad de vida, dichas consecuencias se han asociado con una percepción negativa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre la percepción de la enfermedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con ERC. Se realizó un estudio correlacional en el que participaron 45 pacientes con ERC de la Ciudad de México. Los principales resultados indican que una percepción negativa de la enfermedad se asocia de manera importante con los síntomas de depresión y una pobre calidad de vida ($Rho = .310$ a $.647$, $p < .01$). Se discute la importancia de la percepción de la enfermedad como variable reguladora del impacto emocional y la pobre calidad de vida, se resalta la necesidad de incluirla en la evaluación y la atención clínica de los pacientes con esta enfermedad.

Palabras clave: Percepción de enfermedad, Depresión, Calidad de vida, Enfermedad Renal Crónica.

Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencia de la Salud y Educación (UIICSE).
Correo electrónico: isaiasvlg@comunidad.unam.mx



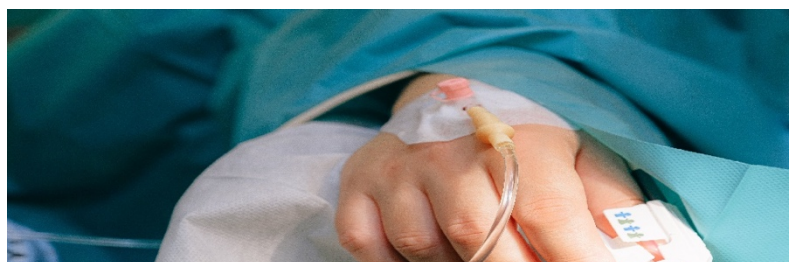
Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencia de la Salud y Educación (UIICSE).
Correo electrónico: leoreynoso@gmail.com



Recibido: 29 de octubre de 2020
Aceptado: 18 de noviembre de 2020

Cita recomendada:

Lugo-González, I. y Reynoso-Erazo, L. (2021). ¿Una percepción negativa de la enfermedad renal crónica favorece la depresión y una pobre calidad de vida? *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 14-18.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.340.14-18>



INVESTIGACIÓN

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.340.14-18>



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es uno de los padecimientos que tiene mayores consecuencias económicas y sanitarias en México, siendo una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias (Méndez et al., 2010). Su desarrollo se relaciona con secuelas de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y glomerulonefritis. La ERC es un padecimiento en el que progresivamente se pierde la función de los riñones por lo que se dependerá en forma permanente de un tratamiento sustitutivo como diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal (Méndez et al., 2010).

Los pacientes en Hemodiálisis (HD) se ven sometidos a estresores muy importantes como son: acudir a tres sesiones de HD semanalmente con una duración aproximada de tres horas, restringir el consumo de líquido y alimentos, y utilizar diversos medicamentos complementarios para el manejo de la enfermedad (Méndez et al., 2010).

Como consecuencia de vivir estos cambios en su vida, entre el 30 y el 80% de los pacientes experimentan consecuencias emocionales como depresión y afectaciones en su calidad de vida (Chilcot 2012; Goh & Griva, 2018). En este sentido, autores como

Rees et al. (2017) aseguran que estas repercusiones emocionales y de calidad de vida se pueden deber en gran medida a la forma en que se percibe o entiende la enfermedad.

Para explicar este proceso Diefenbach y Leventhal (1996) proponen el Modelo de Sentido Común y Representación de la Enfermedad (MSCRE), mediante el cual se considera que cada persona construye una percepción cognitiva y emocional sobre su padecimiento. Dependiendo de ésta, cada persona experimentará diversas repercusiones emocionales y responderá a ellas de forma diferente. La percepción de la enfermedad se organiza en dos dimensiones generales: 1) percepción cognitiva, la que incluye subdimensiones como identidad (experiencia perceptual de la enfermedad, es decir, tipo, lugar y cantidad de síntomas o sensaciones somáticas que se consideren correspondientes a la enfermedad), causas (creencias sobre lo que causó la enfermedad), temporalidad (duración que se cree que tendrá la enfermedad),

consecuencias (efectos percibidos y experimentados en diferentes áreas de la vida, como resultado de la enfermedad), control personal (capacidad percibida de controlar la enfermedad) y coherencia (claridad con la que se entiende la enfermedad en términos del tipo de síntomas, duración de los mismos y temporalidad de la enfermedad); y 2) percepción emocional o consecuencias emocionales derivadas de los síntomas de la enfermedad, sensaciones somáticas experimentadas, o bien, del resultado de vivir con un padecimiento crónico (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Con base en estos elementos, el presente trabajo tuvo como propósito evaluar en qué manera se relaciona la percepción de la enfermedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con ERC.



¿Quiénes participaron?

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional en el que participaron voluntariamente 45 pacientes con ERC en HD que eran tratados en una clínica de atención al enfermo renal de la Ciudad de México, de los cuales 29 (64.4%) fueron mujeres y 16 (35.6%) hombres, con un promedio de edad de 39.80 años (DE=12.592).

¿Cómo se realizó el estudio?

Para el desarrollo del estudio, se acudió directamente con los pacientes durante su sesión de HD, se les explicó el objetivo de la investigación, solicitándoles su participación voluntaria para responder una batería de evaluación compuesta por los siguientes instrumentos:

Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (BIPQ; Broadbent et al., 2006): instrumento para la evaluación de la percepción de la enfermedad, en formato breve. Se emplearon seis ítems, de los nueve, que evalúan las subdimensiones de consecuencias, temporalidad, control personal, identidad, coherencia y percepción emocional de la enfermedad. Cada ítem, se responde con una escala continua de 11 puntos que van de 0-10. Los datos más cercanos a cero implican un nivel bajo en la variable y puntajes cercanos a 10 indican lo contrario.

Inventario de Depresión de Beck (IDB Jurado et al., 1998): instrumento para evaluar la severidad de la sintomatología de depresión. Para su uso en pacientes con ERC se recomienda usar solo 14 ítems, no considerando los de tipo fisiológico-somático. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de cero a cuatro puntos, por lo que su rango oscila entre cero y 42; considerando, un punto de corte de 16 puntos para afectaciones clínicamente significativas (Kellerman et al., 2010).

Escala del Estado Funcional y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (COOP-WONCA, van Weel et al., 1995). Cuestionario que comprende siete escalas (física, emocional, actividades cotidianas y sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor) sobre la percepción de calidad de vida en las dos últimas semanas. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, por lo que, a mayor puntuación, peor calidad de vida.

¿Qué resultados se obtuvieron?

Se realizaron análisis descriptivos de variables sociodemográficas, clínicas y de percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida. Además, se llevó a cabo un análisis de correlación Rho de Spearman para las variables de percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida.

En la tabla 1 se muestra el promedio y la desviación estándar de las respuestas dadas en cada uno de los ítems de percepción de enfermedad (BIPQ), puntuación en depresión (IDB) y en calidad de vida (COOP-WONCA).

Como se puede observar, en general, los pacientes perciben un impacto moderado de la ERC, así como síntomas y repercusiones emocionales. Por otro lado, consideran al padecimiento como crónico (temporalidad), se perciben capaces de controlar la enfermedad y

Tabla 1.
Distribución de respuestas en el BIPQ

VARIABLES	Ítems	X	DE
Consecuencias	¿Cuánto cree que la ERC afecta su vida?	4.62	3.400
Temporalidad	¿Cuánto tiempo cree que va a padecer la ERC?	8.27	2.980
Control personal	¿Cuánto control siente que tiene sobre la ERC?	7.42	2.472
Identidad	¿En qué medida tiene síntomas de la ERC?	4.98	2.718
Coherencia	¿Cuánto comprende en qué consiste la ERC?	8.69	2.054
Percepción emocional	¿Cuánto le afecta emocionalmente tener ERC?	5.00	3.444
Depresión		6.73	4.807
Calidad de vida		17.51	4.727

En relación con los síntomas de depresión se encontró que, en promedio los pacientes puntuaron en un nivel bajo (< 16) de depresión con un rango entre cero y 16 puntos, ubicándose con estos datos solo un paciente, y una calidad de vida que supera la media teórica del instrumento (< 21) en términos positivos, con un rango entre ocho y 29.

Respecto de la relación entre la percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida, en la tabla 2 se muestran los datos.

Tabla 2.
Relación entre percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida

Instrumento	Variables	1	2	3	4	5	6	7
BIPQ	1. Consecuencias							
	2. Temporalidad	-.132						
	3. Control personal	-.323*	.343*					
	4. Identidad	.398**	-.289	-.031				
	5. Coherencia	-.090	.098	.415**	.008			
	6. Percepción emocional	.475**	-.297*	-.157	.569**	-.199		
IDB	7. Depresión	.466**	-.453**	-.377*	.518**	-.249	.647**	
COOP-WONCA	8. Calidad de vida	.362*	.017	-.027	.311*	.018	.341*	.310*

Nota: p= * < 0.05, ** < 0.01.

Como se puede observar, mayores consecuencias percibidas de la enfermedad, más síntomas experimentados, menor control personal y menos coherencia, así como más consecuencias emocionales reportadas se asocian de manera importante con la depresión. Con respecto al impacto en la calidad de vida, la percepción emocional se relacionó específicamente con mayores consecuencias percibidas, mayores síntomas de la enfermedad y mayor impacto emocional.

¿Qué se concluye con los hallazgos?

Las evidencias encontradas como resultados del presente estudio concuerdan con los datos de la literatura de investigación en el contexto de la relación entre una percepción negativa de la enfermedad, los síntomas de depresión y el impacto en la calidad de vida en pacientes con ERC (Chilcot, 2012; Rees et al., 2017).

En este contexto, se resalta la importancia de la percepción y su impacto en diferentes áreas vinculadas con la enfermedad (Chilcot, 2012). Cabe señalar que, la forma de percibir la enfermedad será diferente en cada persona, dicha percepción es individualizada y no necesariamente relacionada con la perspectiva médica (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Desde esta lógica, aquellas repercusiones emocionales y en la calidad de vida no dependen, exclusivamente, de la complejidad y severidad de la enfermedad, sino que, estarán mediadas y reguladas por la forma en que se perciba ésta. (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Tomar en cuenta la percepción que los pacientes tengan de su enfermedad tiene grandes aportes clínicos y teóricos dado que se parte de un modelo que sienta las bases para la comprensión de este fenómeno. Respecto del primer elemento, es importante reconocer que en el área de atención clínica-médica normalmente no se toma en cuenta las creencias, expectativas y percepciones de los pacientes (Kucukarslan, 2016). Esto plantea una forma de abordaje para entender y planear intervenciones sobre las repercusiones psicosociales de la enfermedad.

Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Muñoz Montes, A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Revista de Diálisis y Trasplante Renal*, 31 (1), 7-11. doi: 10.1016/S1886-2845(10)70004-7

Kucukarslan, S. N. (2016). Using the Common Sense Model in daily clinical practice for improving medication adherence. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(5), 227-230. www.jcomjournal.com

Rees, J., Chilcot, J., Donnellan, W., & Soulsby, L. (2018). Exploring the nature of illness perceptions in people with end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(1), 19-29. DOI: 10.1111/jorc.12225

Van Weel, C., König-Zahn, C., Touw-Otten, F. W. M. M., Van Duijn, N. P., & Meyboom-de Jong, B. (1995). *COOP/WONCA Charts. A Manual*. Groningen, The Netherlands: WONCA/ERGHO/NCH. https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_coopwonca2edruk.pdf

REFERENCIAS

Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. DOI:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59-64.

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. DOI: 10.1007/BF02090456

Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges-a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 11, 93-102. <http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. <http://biblat.unam.mx/es/revista/salud-mental/>

Kellerman, Q. D., Christensen, A. J., Baldwin, A. S., & Lawton, W. J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, 29(6), 594. DOI: 10.1037/a0021235