



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
HOSPITAL DE LA SOCIEDAD DE
BENEFICIENCIA ESPAÑOLA**

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y SU RELACIÓN
CON NIVELES DE UREA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA
PRESENTA:
PAMELA LÓPEZ GONZÁLEZ**

ASESOR:

DR. CARLOS SERRANO GOMEZ

Jefe de Servicio de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Español



HOSPITAL ESPAÑOL

MÉXICO, D.F.,

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. CARLOS SERRANO GOMEZ
Jefe de Servicio de la Unidad de Psiquiatría y Asesor de Tesis

DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

INDICE

CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN	
1.1 RESUMEN	1
1.2 INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO	
2.1 GENERALIDADES	6
2.2 ANTECEDENTES	8
2.3 JUSTIFICACIÓN	10
CAPITULO 3 METODOLOGÍA	
3.1 OBJETIVOS	
3.1.1 GENERALES	12
3.1.2 ESPECÍFICOS	12
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3.3 HIPOTESIS	12
3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
3.4.1 MUESTRA	13
3.5 INSTRUMENTO	14
CAPITULO 4 RESULTADOS	17
CAPITULO 5 DISCUSIÓN	23
CAPITULO 6 CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

CAPITULO 1

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psiquiátricos de cualquier tipo son más frecuentes en personas con enfermedades que en la población general. La depresión es el trastorno más común en este grupo de pacientes (50%). La implicación más importante de lo anterior son los efectos de la depresión en la evolución de la enfermedad, además de que muchas veces los médicos o los familiares no se dan cuenta o minimizan la sintomatología depresiva.

Hipótesis: Existe un elevado índice de trastorno depresivo mayor en pacientes con enfermedad renal terminal. Los pacientes con enfermedad renal terminal que cursan con trastorno depresivo mayor presentarán niveles más elevados de uremia en comparación con pacientes con enfermedad renal terminal sin trastorno depresivo mayor

Objetivo: El objetivo general de este trabajo es el de analizar la relación que existe entre pacientes con Enfermedad Renal Terminal en tratamiento a base de hemodiálisis y Trastorno Depresivo Mayor.

Material y Métodos: Se seleccionaron dos grupos de pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Español de México. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, para determinar el número de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Posterior a esto, se denominó grupo de casos a aquellos pacientes que cumplen con criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor con niveles elevados de urea (n=29) y el grupo control fue aquel que no presentó diagnóstico de trastorno depresivo mayor (n=14), con lo que se evaluó la correlación entre ambas variables.

Análisis Estadístico: El presente trabajo es un estudio transversal, observacional, descriptivo, comparativo, de casos y controles. El objetivo es el de conocer si existe una relación entre los niveles de uremia con la severidad de depresión, según la escala de BDI (Beck Depressive Inventory) para lo cual se realizó la prueba chi cuadrada considerando como valores significativos $p < 0.05$. Se llevó a cabo una razón de momios para identificar si existe un valor cuantitativo en la asociación entre los grupos y caso control. Se utilizó para todas las variables un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se encontró una mayor proporción de pacientes del género masculino (62.7%) con edad promedio de 65 años. En el grupo control se observó que el 50% de los pacientes presentaron niveles normales de urea, mientras que para la nuestra con trastorno depresivo mayor, el 79.31% de ellos presentó niveles elevados de la misma, con una $p = 0.049$. Lo anterior muestra una relación clara y significativa entre TDM y un peor control en el padecimiento renal. No se pudo determinar el tipo de asociación.

Discusión/Conclusiones: Se requieren de los instrumentos adecuados para establecer el diagnóstico, evaluar el riesgo, implementar lineamientos y continuar tratamiento en pacientes con enfermedad renal terminal. Será importante de terminar el nivel de afecto depresivo ante el cual se debe de iniciar tratamiento así como la seguridad y eficacia del tratamiento en pacientes con diferentes severidades de la depresión. Los pacientes con enfermedad renal terminal son tratados en un ambiente complejo, dentro del cual será importante incluir a todos aquellos que intervienen en el funcionamiento del paciente como son miembros de la familia, médicos y personal de la unidad de diálisis.

INTRODUCCIÓN

Generalidades de la Depresión en la Enfermedad Médica

Afrontar la enfermedad puede ser un problema difícil para el paciente y el médico. Pocas escuelas de medicina e incluso programas de residencia capacitan al médico en la manera de manejar el estrés interpersonal y el displacer que la enfermedad médica genera. La perspectiva del psiquiatra debería de estar basada en apreciar las emociones y mecanismos de defensa que rodean la cama de un paciente.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes. Constituye, después de los trastornos adaptativos, el motivo más frecuente de consulta psiquiátrica en asistencia primaria; representa de 8 a 10% de las visitas subsecuentes entre médicos generales (1). La depresión afecta alrededor de un 10% de la población general. La falla en la realización del diagnóstico e inicio de tratamiento lleva al paciente a importantes complicaciones así como a la muerte. La Organización Mundial de la Salud reconoce que en la próxima década, la depresión será la segunda enfermedad crónica más común y costosa económicamente en pacientes sin enfermedad médica.

En el caso en el que el paciente presente enfermedad médica, el riesgo de manifestar sintomatología depresiva aumenta en un 50%, por lo que la mitad sufren síntomas depresivos en su evolución. De un tercio a la mitad de aquellos que cumplen con el diagnóstico, no son reconocidos entre los médicos no psiquiatras, complicando el abordaje del problema médico. Los síntomas somáticos se agravan a la parecer los depresivos, y viceversa (2).

La depresión en pacientes con otra enfermedad médica o psiquiátrica, es típicamente de mayor intensidad y más difícil de tratar que en pacientes que no tienen alguna enfermedad que la acompañe (3). El trastorno depresivo mayor, requiere tratamiento, aún cuando el paciente se encuentra de cierta manera sano. Cuando un paciente seriamente enfermo se deprime, la falla en el reconocimiento y tratamiento del trastorno puede ser desafortunado.

Mucho se ha hablado de la manera en la que los síntomas depresivos se traslapan con los producidos por la enfermedad somática, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. Por ello es muy importante identificar aquellos síntomas en pacientes médicos que son candidatos a ser tratados con seguridad con los nuevos antidepressivos. También es importante no malinterpretar o ignorar manifestaciones propias de una patología orgánica más o menos grave, ya que en estos casos, no sólo no responderán al tratamiento antidepressivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad somática (4).

Los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) se deben aplicar de igual manera en el paciente con alguna condición médica preexistente que al paciente sin enfermedad médica. Por ello, se puede aplicar el apartado de “debido a” enfermedad médica general.

El entrevistador al estar frente al paciente se debe de cuestionar las siguientes preguntas:

1. Durante la historia clínica ¿el paciente manifestó sintomatología depresiva?
2. De así hacerlo, ¿es debido a una lesión orgánica, tal como una condición médica, que pudiera ser eliminada, tratada o revertida?
3. ¿Se genera a partir de la enfermedad médica de forma que al tratarla esto alivie los síntomas (enfermedad de Cushing) o en una forma en la que debe de ser tratada por si sola (depresión post infarto)?

Generalidades sobre la Enfermedad Renal Terminal

La enfermedad renal terminal (ERT) es el resultado de un deterioro crónico, progresivo e irreversible de la función de los riñones, incompatible con la vida sin un tratamiento sustitutivo, sea la diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal) o el trasplante renal (11).

La medida de la función renal más fiable es el porcentaje de filtración glomerular, que sólo puede ser determinado por estudios complejos de aclaramiento renal (por ejemplo utilizando inulina). Existe insuficiencia renal crónica cuando el filtrado glomerular es inferior a 60 ml/minuto/1,73 m² o hay daño estructural o funcional del riñón (con o sin

descenso del filtrado glomerular) durante más de tres meses (11). Mientras que, la insuficiencia renal es terminal cuando la filtración glomerular es inferior a 15 ml/minuto/1,73 m² o es necesario iniciar un tratamiento renal sustitutivo por complicaciones secundarias al descenso del filtrado glomerular (11).

También, la determinación de los niveles plasmáticos de creatinina igual o superiores a 500 mol/l indican insuficiencia renal avanzada, aunque estos niveles están influidos por la edad, el sexo, el peso, la raza y la masa muscular del individuo. Por ello, es útil la fórmula de Cockroff y Gault que determina la función renal teniendo presente la edad, el sexo, el peso y los niveles de creatinina en sangre.

La incidencia de insuficiencia renal terminal ha aumentado a lo largo del tiempo, debido a una mayor detección de la enfermedad, mayor grado de derivación de los pacientes al especialista y mayor aceptación del paciente al tratamiento renal sustitutivo. También los criterios para incluir a los pacientes en un programa de diálisis han variado con los años, haciéndose más amplios (16). Además, el aumento de la incidencia de la insuficiencia renal terminal se debe a la mayor longevidad de la población y al aumento de la diabetes tipo 2, que son factores de riesgo para la insuficiencia renal (16).

La insuficiencia renal terminal es más frecuente en la edad avanzada (11) y en el sexo masculino, 1.5 veces más respecto al sexo femenino. También es más frecuente la insuficiencia renal terminal en personas de raza negra americana, en hindúes y en pacientes con bajo nivel socioeconómico, posiblemente debido a una mayor prevalencia de factores que aceleran el curso de la insuficiencia renal crónica a terminal, como son la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 (18). También se han descrito otros factores de riesgo como el tabaco, especialmente en pacientes con enfermedad renal, nefropatía diabética, glomerulonefritis y nefroangiosclerosis (11).

Diferentes factores influyen en la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica como son la causa que la origina, la edad, la comorbilidad, el estado nutricional del paciente y la calidad del tratamiento que recibe. Globalmente, la supervivencia a un año de

los pacientes que reciben tratamiento renal sustitutivo es del 77%, siendo a los 5 años del 40% (23).

La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canalizada. La hemodiálisis es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (11).

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la enfermedad renal crónica y al tratamiento de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la presencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con enfermedad renal terminal y niveles de uremia?

ANTECEDENTES

Los pacientes que presentan depresión asociada particularmente a una condición médica o psiquiátrica, tiene una presentación de mayor intensidad y de más difícil tratamiento que la presentada por pacientes sin otra patología de base. La depresión ha sido identificada como la patología psiquiátrica más común entre pacientes con enfermedad renal terminal, sin embargo no se ha logrado determinar la prevalencia por la variabilidad en torno a las diferencias entre la población y los métodos utilizados en los estudios realizados al respecto. Entre las dificultades que se han presentado para la determinación de la prevalencia está utilización de diferentes herramientas para evaluar y cuantificar el afecto depresivo así como para determinar el diagnóstico en pacientes con y sin enfermedad mental ⁽¹⁸⁾.

La depresión está caracterizada por síntomas cognitivos y somáticos. Los síntomas somáticos de la depresión tienen una particular similitud con sintomatología urémica, como son: anorexia, trastornos en el sueño, fatiga, trastornos gastrointestinales, aspectos relacionados con sobrecarga de volúmenes y dolor. Estas similitudes hacen que la relación dificulte el diagnóstico y aumente la mortalidad.

La depresión puede llevar a diferentes resultados en los pacientes con enfermedad médica crónica a través de provocar efectos sobre la enfermedad adyacente, apego terapéutico, nutrición, estado inmunológico, dinámica marital y familiar o a través del acceso a los diferentes centros de atención. La asociación entre depresión y los resultados en la enfermedad renal terminal en tratamiento a base de hemodiálisis, son controversiales. Muchos de los pacientes que tuvieron acceso a hemodiálisis en los Estados Unidos de América en 1993 fueron hospitalizados por Depresión ⁽¹⁰⁾. A pesar de que estudios recientes parecen demostrar una clara relación entre la depresión y el índice de mortalidad en pacientes tratados en unidades de hemodiálisis, algunos de los estudios contemporáneos no han logrado mostrar una relación definitiva entre estas entidades. Pocos estudios han logrado establecer la relación con depresión a lo largo de los diversos momentos por los que pasa el paciente con Enfermedad Renal Terminal, esto debido a que el investigador

suele determinar periodos convenientes para él y no así para el paciente, tampoco se han utilizado estudios longitudinales para esta determinación. Un grupo aún menor número de estudios ha logrado determinar la eficacia del uso de antidepresivos en pacientes con afecto severamente deprimido a través de estudios controlados y aleatorizados para definir el pronóstico del paciente (15-18).

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

Depresión y Enfermedad Renal Terminal

La depresión ha sido identificada como la enfermedad psiquiátrica más comúnmente presentada en pacientes con enfermedad renal terminal, sin embargo no se cuenta con estudios epidemiológicos con un adecuado diseño metodológico para determinar la prevalencia. Se piensa que la depresión es el padecimiento psiquiátrico mas observado entre los pacientes con enfermedad renal terminal tratados con hemodiálisis. (15).

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (14).

La depresión puede estar relacionada con una pérdida (15). El paciente con enfermedad renal terminal tiene perdidas múltiples y sostenidas, incluida la pérdida del rol dentro de la familia y trabajo, morbilidad y pérdida de la función renal, pérdida de la destreza física, habilidades cognitivas y función sexual.

En una revisión realizada en 1985 se encontró una prevalencia de depresión en pacientes que recibían tratamiento con diálisis de entre 0 y 100% durante las dos décadas previas al estudio, con lo que se determinó que la prevalencia era realmente incierta y que el diagnóstico de depresión estaba en íntima relación con que los instrumentos utilizados no estaban estandarizados para valorar y realizar el diagnóstico de depresión.

La asociación de la depresión en pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis se desconoce. En una revisión de pacientes hospitalizados que pasaron a diálisis en Estados Unidos de América en 1993, el 8.9% presentó algún diagnóstico psiquiátrico ⁽¹⁶⁾. En el 25% de estos pacientes, el diagnóstico psiquiátrico fue la principal razón del internamiento. Los diagnósticos más prevalentes fueron: depresión y trastornos afectivos (26%), síndromes cerebrales orgánicos (22%), demencia (26%), esquizofrenia y otras psicosis (22%) y abuso de sustancias y alcohol (15%).

Los pacientes en diálisis presentaron más hospitalizaciones por depresión que los pacientes con enfermedad renal no terminal, enfermedad isquémica cardíaca o enfermedad cerebrovascular. Estos pacientes tuvieron el mismo riesgo de hospitalización por depresión que los pacientes con enfermedad renal no terminal y diabetes mellitus. Así mismo, los pacientes en diálisis presentaron mayor riesgo de hospitalización en etapas avanzadas de la enfermedad comparado con otros enfermos renales, por lo que estos hallazgos sugieren que las complicaciones psiquiátricas no son simplemente una consecuencia de una reacción adaptativa al nuevo régimen de vida, en un corto plazo, si no que implica una presentación concomitante a largo plazo ante la necesidad de aprender a vivir con la enfermedad y su tratamiento ⁽¹⁶⁾.

Se ha demostrado que la discapacidad funcional es peor cuando existe comorbilidad entre enfermedad crónica y sintomatología depresiva. Cerca de un 5% de los pacientes con insuficiencia renal crónica que son tratados a través de hemodiálisis mueren por suicidio. Los pacientes que se trasladan hasta la unidad de diálisis tienen un riesgo mayor de suicidio con respecto a aquellos que reciben el tratamiento en casa ⁽²³⁾, siendo el riesgo de suicidio entre estos pacientes 400 veces mayor que en la población general.

Craven *et al* demostró a través del BDI (Beck Depression Inventory) que una puntuación de 14 representa una sensibilidad diagnóstica del 92% y una especificidad del 80% para realizar diagnóstico de trastorno depresivo mayor en pacientes con enfermedad renal terminal, en tratamiento a base de hemodiálisis o diálisis peritoneal ⁽⁹⁾. A pesar de que el valor positivo predictivo (39%) fue mucho menor que el valor predictivo negativo (99%), la

certeza para realizar el diagnóstico fue alta. Por lo tanto, los investigadores lograron separar síntomas depresivos de trastorno depresivo mayor ⁽¹⁶⁾.

El punto de corte utilizado en pacientes sin enfermedad renal estuvo asociado a más falsos negativos con un menor valor predictivo positivo. Se demostró que el 45.5% de los pacientes presentaban depresión cuando fueron evaluados con el BDI. Así mismo, se concluyó que los pacientes en diálisis (que habían sido tratados por más de 3 meses) alcanzaron un 8.1% para trastorno depresivo mayor y 6.1% para distimia ⁽⁹⁾.

Depresión y Urea

Smith, Hong, y Robson hicieron una observación dramática sobre como los síntomas depresivos y los síntomas de la uremia tienden a traslaparse ⁽¹⁵⁾. Estos hallazgos se han visto en otras enfermedades crónicas. La facilidad con la que los síntomas urémicos y depresivos se llegan a presentar, complica las investigaciones realizadas en este tipo de enfermedad crónica. No se ha logrado establecer si se traslapan los síntomas de uremia con pensamientos y limitaciones cognoscitivas que acompañan a la depresión, así como otros síntomas tales como la culpa, la desesperanza, preocupación, ideas de muerte y la ideación y planeación suicida. Los síntomas depresivos pueden tener características somáticas o cognoscitivas.

Autores como Kimmel y Peterson crearon un instrumento diagnóstico mediante el cual eliminaron los apartados sobre aspectos somáticos del Beck Depressive Inventory (BDI) con lo que lograron elaborar el Cognitive Depression Index (CDI) para determinar cual de las partes (somática o cognitiva) de la depresión predominaba en los pacientes con Enfermedad Renal Terminal. La escala mostró gran correlación con el BDI para la realización de diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, sin embargo, no logró demostrar fortaleza en predecir los resultados de esta sobre la Enfermedad Renal Terminal ⁽¹⁹⁾.

OBJETIVOS

Generales

El objetivo General de este trabajo es el de analizar la relación que existe entre pacientes con Enfermedad Renal Terminal en tratamiento a base de hemodiálisis y Trastorno Depresivo Mayor por medio de la medición de niveles de uremia en dos grupos (casos y controles) y a través del Inventario de Depresión de Beck en pacientes en la Unidad de Diálisis del Hospital Español de México.

Específicos

Describir la relación existente entre la severidad de trastorno depresivo mayor y el grado de uremia en los pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis.

Describir la relación entre un padecimiento crónico como la enfermedad renal terminal y trastorno depresivo mayor.

Determinar si los pacientes con niveles elevados de uremia presentan un mayor riesgo de presentar un episodio depresivo.

JUSTIFICACION

Se requiere determinar la diferencia en presentación de sintomatología depresiva primaria y la que esta relacionada a niveles elevados de uremia, para así lograr realizar diagnóstico oportuno de las dos entidades.

Al aplicar una escala validada, se hará objetiva la información, a través de comparar los síntomas somáticos auto reportados con niveles de uremia, para así establecer si estos son propios de la enfermedad renal terminal o del trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, se busca obtener datos certeros sobre la relación entre depresión y uremia.

Así que, la intención es determinar el momento adecuado para la intervención por parte del psiquiatra. La utilización de instrumentos validados para determinar depresión, como es el Beck Depressive Inventory (BDI) y el Hamilton Depression Scale (HAM –D) permitirá establecer un adecuado diagnóstico.

Muchos estudios han sugerido que el BDI tiene puntos de corte bien establecidos asociados al diagnóstico psiquiátrico de depresión en pacientes que se encuentran en tratamiento a base de hemodiálisis. Por lo tanto, el BDI puede ser utilizado para cuantificar afecto depresivo y establecer la presencia de un diagnóstico psiquiátrico en pacientes con enfermedad renal terminal.

En este estudio se decidió utilizar como método estadístico el de casos y controles. El grupo de controles está conformado por pacientes con Enfermedad Renal Terminal, sin trastornos afectivos y el de casos está conformado por pacientes con Enfermedad Renal Terminal con sintomatología depresiva. A ambos grupos se les determinaron los niveles de uremia al momento de la evaluación.

Se eligió la uremia por ser un parámetro que comparte síntomas que se pudieran presentar en la depresión. Se utilizaron los parámetros de uremia ya que esta representa una función renal crónicamente alterada, la cual produce una serie de anormalidades como el síndrome urémico caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal (11).

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la insuficiencia renal crónica; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intenta abordar esta problemática con el objetivo de brindar a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

A pesar de que se ha observado una fuerte correlación entre síntomas de uremia y síntomas depresivos, existen muy pocos estudios que lo correlacionen en Unidades de Diálisis. Además de que los resultados han sido poco concluyentes

HIPOTESIS

Las hipótesis formuladas para la presente investigación fueron las siguientes:

Existe un elevado índice de trastorno depresivo mayor en pacientes con enfermedad renal terminal.

Los pacientes con enfermedad renal terminal que cursan con trastorno depresivo mayor presentarán niveles más elevados de uremia en comparación con pacientes con enfermedad renal terminal sin trastorno depresivo mayor

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio transversal, observacional, descriptivo, comparativo, de casos y controles.

En el presente estudio es de interés conocer si existe una relación entre los niveles de uremia con la severidad de depresión, según la escala de BDI para lo cual se realizó la prueba χ^2 considerando como valores significativos $p < 0.05$.

Posteriormente se realizará una razón de momios para identificar si existe un valor cuantitativo en la asociación entre los grupos y caso control.

Se utilizó para todas las variables un intervalo de confianza del 95%.

3.4.1 Muestra

El universo de trabajo estuvo constituido por 50 pacientes en la Unidad de Diálisis del Hospital Español de México, con diagnóstico de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal terminal). Dichos pacientes se obtuvieron mediante la programación de pacientes en hemodiálisis del servicio de nefrología.

Se obtuvieron los datos generales del expediente, nombre, edad, sexo, estado civil, tiempo de duración de la enfermedad renal terminal, así como años en diálisis.

Se entrevistó a los pacientes, que se encontraban en tratamiento y se solicitó completaran la escala auto aplicable de Beck Depressive Inventory (BDI). Se aplicó la escala HAM-D (Hamilton Depressive Scale) a los pacientes, con principal énfasis en aquellos que puntuaron en el BDI arriba de 14 puntos, con la intención de corroborar sintomatología depresiva. Con lo que se obtuvo el diagnóstico de trastorno depresivo mayor basándose en los criterios del DSM-IV TR. Se excluyeron aquellos (3 pacientes) con otros trastornos en el Eje I y II.

Con los datos anteriores se seleccionó una muestra de 43 pacientes, 14 para el grupo control, pacientes con enfermedad renal terminal sin depresión y 29 para el grupo de casos, pacientes con ERT con trastorno depresivo mayor medido con la entrevista y las escalas de BDI y HAM-D.

A la par se revisaron en el expediente actual los niveles de uremia de los 43 pacientes seleccionados. Solo se tomaron en cuenta los niveles de uremia al momento de la entrevista y de aplicación de BDI.

INSTRUMENTO

Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck, fue creado por el psicólogo conductista Aaron T Beck para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que se puntúan sobre una escala Likert de 4 opciones (0 a 3); la puntuación total varía de 0 a 63.

Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad de los síntomas depresivos son los siguientes:

- 0-13 puntos: no depresión
- 14-19 puntos: depresión leve
- 20-28 puntos: depresión moderada
- 29-63 puntos: depresión severa.
-

Se han elaborado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Se debe de decir al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, se debe de volver a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cual de las afirmaciones ha elegido.

Es importante verificar que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que uno ha ya repetido. Se debe de lograr que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces se anota el mayor de los valores.

Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empieza a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, se puede permitir que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección.

Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión (HAM-D)

La HAM-D, creada por Hamilton en 1960, es una escala que evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Ha de ser administrado por un clínico. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista, excepto para algunos ítems, como los de sueño, en los que se exploran los 2 días previos. Se trata de un

cuestionario de 17 ítems que se puntúan sobre una escala Likert de 4 diéversas opciones algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad.

La puntuación total, obtenida sumando las cuestiones (de 0 - 52 puntos), expresa, más que la gravedad de la depresión, la significancia del cuadro clínico. Sin embargo, se empieza a considerar indicativa de depresión moderada una puntuación total igual a 18.

Esta escala a pesar de no ser cronológicamente la primera para evaluar la depresión se ha convertido rápidamente en el término de comparación para todas las demás escalas.

No es un instrumento diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se ha establecido el diagnóstico de depresión, para evitar que otras patologías puedan influir en la evaluación final. En la HAM-D los criterios de valoración se representan preferentemente por los temas, la integración tras una valoración objetiva y la exposición subjetiva de los síntomas.

Esta estructura y la distinta importancia concedida a algunos de los síntomas respecto a otros, hace a esta escala un instrumento idóneo para la evaluación de las formas graves de depresión.

Es también lo suficientemente sensible como para permitir apreciar el cambio de puntuación durante el tratamiento antidepresivo.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Resultados del Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles en pacientes con enfermedad renal terminal, en donde el grupo control no presenta trastorno depresivo mayor.

El valor de significancia se estableció en $p=0.05$ y el análisis se realizó en el programa SPSS v. 15.

Consideraciones éticas

Se siguieron los lineamientos de la Ley General de Salud en México ⁽¹⁷⁾, la cual considera como una investigación con riesgo mínimo debido a que el diseño del estudio es de carácter observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones que pongan en peligro la integridad de los participantes, pero implica la aplicación de los instrumentos que pueden generar ansiedad o incomodidad al participante por un breve tiempo, sin consecuencias a largo plazo.

A cada uno de los sujetos susceptibles de participar en el estudio se les explicó detalladamente el motivo del mismo, los procedimientos a los que fueron sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidieron libremente su participación.

Resultados

El tamaño de la muestra fue de 29 casos y 14 controles, las cuales se caracterizan por lo siguiente: (tabla1)

Tabla 1.-		Características Demográficas		
Características		Total n=43	Casos n=29	Controles n=14
Sexo, No (%)				
	M	27 (62.8)	19 (65.5)	8 (57.1)
	F	16 (37.2)	10 (34.5)	6 (42.9)
Edad, mediana (rango intercuartil), a		62.5 (24 a 94)	59.3 (27 a 87)	68.9 (24 a 94)
Actividad Laboral (%)				
	Hogar	8 (18.6)	4 (13.8)	4 (28.5)
	Profesionista	17 (39.5)	13 (44.8)	4 (28.5)
	Oficio	9 (20.9)	6 (20.7)	3 (21.5)
	Jubilado	6 (13.9)	3 (10.3)	3 (21.5)
	Estudiante	1 (2.3)	1 (3.4)	0 (0)
	Ninguna	2 (4.6)	2 (6.9)	0 (0)
Estado Civil				
	Soltero	12 (28)	6 (21)	6 (43)
	Casado	25 (58)	18 (62)	7 (50)
	Viudo	6 (14)	5 (17)	1 (7)
Motivo de Insuficiencia Renal				
	HAS	13 (30)	8 (28)	5 (36)
	DM	9 (19)	5 (17)	4 (28.5)
	HAS + DM	15 (35)	11 (38)	4 (28.5)
	Otras	6 (16)	5 (17)	1 (7)
Tiempo Dialítico, hr		3.4	3.4	3.2
Horas Semanales en Diálisis, hr		9.4	9.5	8.9
Puntuación Depresión				
	BDI	16	20.3	7.8
	HAM-D	17.2	21.45	8.5
Marcadores Biológicos				
	Creatinina	129.64	145.77	87.65
	Urea	9.03	9.38	8.32
	Hematocrito	29.75	29.33	30.61

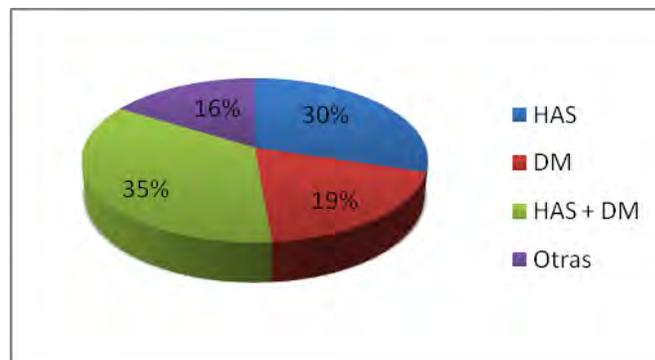
HAS Hipertensión Arterial Sistémica, DM Diabetes Mellitus, BDI Beck Depression Inventory, HAM-D Hamilton Depression Scale

Los pacientes sin trastorno depresivo mayor se encuentran dentro de una edad promedio de 69 años, en donde la máxima fue de 94 años y la mínima de 24 años. De manera *similar*, en los pacientes que presentan trastorno depresivo mayor la edad promedio es de 59.3 años, la máxima es de 87 años y la mínima de 27 años.

Para el grupo de casos se observó que eran pacientes principalmente profesionistas (con licenciatura en derecho, administración, contabilidad, ingeniería, piloto aviador, entre otros). Para el grupo de control se vio que fueron aquellos que desempeñan un oficio (chofer, cargador de cajas, enfermera, etc) los que menos presentaron depresión.

De acuerdo al estado civil, el 50% de los pacientes que no presentaron TDM es casado, el 43% es soltero y el restante 7% es viudo, para la muestra con TDM el 62% de los pacientes es casado, el 21% es soltero y el restante 17% es viudo.

Grafica 1. Causas de Enfermedad Renal Terminal entre la muestra.



*HAS (Hipertensión Arterial Sistémica), DM (Diabetes Mellitus)

Se logró documentar que las principales causas de enfermedad renal terminal fueron las secundarias a complicaciones de la Hipertensión Arterial Sistémica (30%), Diabetes Mellitus 1 y 2 (19%) y otras (16%), siendo estas glomerulonefritis fásica, nefritis, poliquistosis renal, entre otras. Sin embargo el riesgo de presentar enfermedad renal terminal incrementa notablemente cuando el paciente presenta las dos condiciones: Hipertensión Arterial sistémica y Diabetes Mellitus (35%) (Grafica 1).

En pacientes con insuficiencia renal crónica, la anemia está caracterizada por un hematocrito menor o igual a 30%; dado que la media encontrada de hematocrito es del 28%, la muestra estudiada posee anemia, la cual es común en hemodializados con enfermedad renal terminal. La media de uremia (129.64) obtenida está aumentada (valores de referencia entre 20-50 mg/dl) evidenciando una reabsorción nefronal disminuida propia

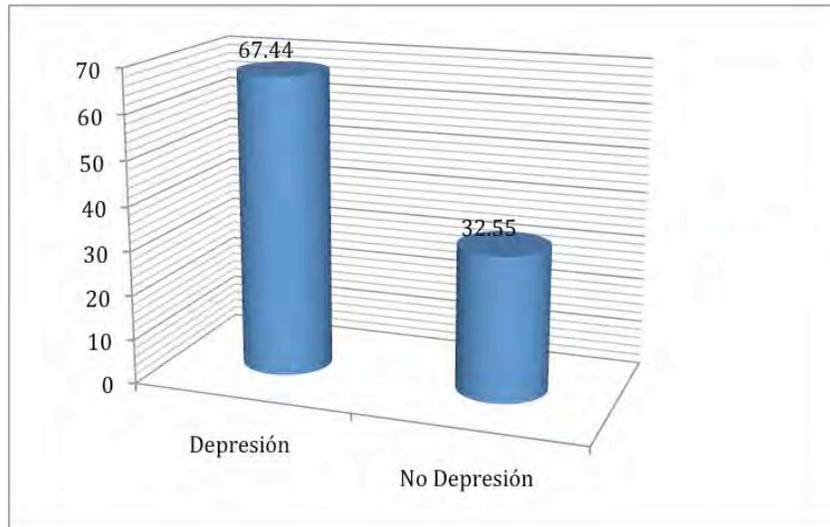
de la insuficiencia renal. La creatininemia encontrada, 7 veces superior (9.03) a los niveles normales (hasta 1.3 mg/dl), indica claramente la pérdida de la función renal en la población estudiada, confirmando la IRC. (Tabla2)

Tabla 2.-		Estadística descriptiva para edad, frecuencia de hemodiálisis y marcadores biológicos				
		N	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
Edad		43	24	94	62.5	18.6
Años en Hemodiálisis		43	0	8	2	1.87
Horas Semanales		43	3.5	13.5	9.6	2.05
Depresión	BDI	43	2	26	16	6.72
	HAM-D	43	6	28	17.25	6.58
Urea		43	30.9	475	126.2	74.841
Creatinina		43	2.56	24.22	9.03	3.90
Hematocrito		43	17.4	45.7	29.3	6.89

De acuerdo al BDI (Beck Depression Inventory) se observa que el 67.44% de la muestra presenta trastorno depresivo mayor y solo el 32.55% no presenta trastorno depresivo mayor. Por lo que como se ha comentado en otras poblaciones se observa una importante prevalencia de trastorno depresivo mayor entre pacientes con enfermedad renal terminal.

En una fase inicial se solicitó al paciente contestar el BDI, al obtenerse las puntuaciones, se verificaron los autoreportes con una entrevista por parte del investigador a través de aplicar el HAM-D. Con ello, se logró establecer un valor promedio de depresión por BDI de 16 (depresión leve) con un valor máximo de 26 y mínimo de 2. Tras obtener los resultados de HAM-D se observó que los pacientes reportan casi los mismos síntomas que con el BDI, con lo que se determinó un valor promedio en HAM-D de 17.25 (de presión leve) con un mínimo de 6 y máxima de 28. En particular el grupo control no presentó síntomas relevantes para trastorno depresivo mayor, pues de las quejas principales fueron aquellas dentro de los apartados de quejas somáticas, alteraciones en el sueño o síntomas de ansiedad. Para el grupo de casos se observó en valor promedio de BDI de 20.3 y HAM-D 21.45 con lo que se estableció el diagnóstico de depresión leve a moderada.

Grafica 2.- Porcentaje de pacientes con trastorno depresivo mayor (n=43)



En la muestra control (sin TDM), se observó que el 50% de los pacientes presentaron niveles normales de uremia mientras que para la muestra con trastorno depresivo mayor el 79.3% de ellos presentó niveles elevados de la misma.

Los pacientes con TDM presentan valores promedio de urea de 148.08, máximo de 475 y mínimo de 54.1, superiores a los observados en pacientes sin dicho trastorno en donde el valor promedio fue de 87.65, máximo de 146 y mínimo de 30.9. Se obtuvieron las desviaciones estándar para cada valor y se reportaron en la tabla 2.

Se obtuvo el intervalo de confianza al 95% para los valores de urea para cada muestra, como se ilustra en la siguiente gráfica, observándose que existe evidencia estadística para afirmar la relación entre el TDM y altos valores de uremia.

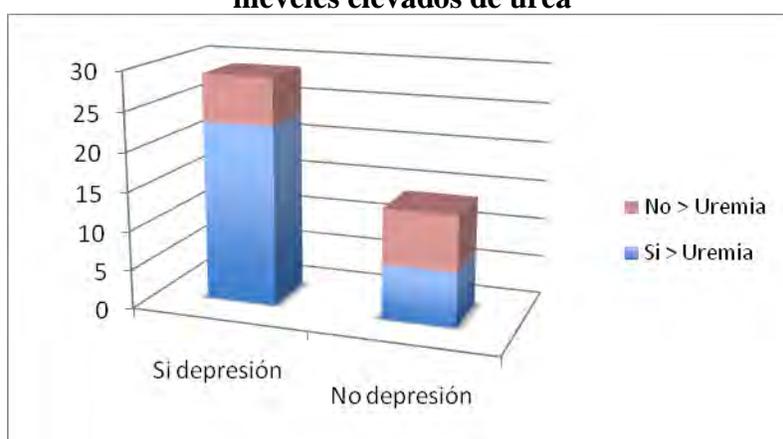
Se obtuvo un valor significativo para la chi cuadrada de $p=0.049$, con lo que se determina que existe una relación entre depresión y niveles de uremia. No se logra determinar si esto está asociado a la severidad del episodio depresivo, puesto que no fue el área de interés de este trabajo, aunque sería importante valorarlo en investigaciones posteriores. Para dar fortaleza al estudio se obtuvo una razón de momios para identificar si existe un valor cuantitativo en la asociación entre los grupos y caso control, ante lo cual se obtuvo un valor

de 3.83, lo que traduce que existe 3 veces más riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor cuando se presentan niveles elevados de urea. (Tabla3)

Tabla 3. Relación entre los niveles de uremia asociados a depresión						
	Depresión		Sin Depresión		Chi Cuadrada	Odds Ratio
	Real	Esperado	Real	Esperado		
Niveles Elevados Uremia	23	20.23	7	9.76	0.049	3.83
Niveles Normales Uremia	6	8.76	7	4.23		

En resumen, se observó que para los pacientes con algún grado de depresión según BDI y con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, el 79.31% reportó niveles elevados de urea. (Gráfica 3)

Gráfica 3.- Relación de casos y controles en cuanto a depresión y niveles elevados de urea



CAPITULO 5

DISCUSIÓN

En la presente investigación se fue cuidadoso en no sobre interpretar los resultados, puesto que si bien existe una asociación entre depresión y niveles de uremia en pacientes con enfermedad renal terminal, no se logra establecer la causalidad de la presentación de los síntomas. El episodio depresivo fue valorado en un momento puntual de la enfermedad, no así en eventos críticos del ciclo vital del paciente con insuficiencia renal terminal, como lo es una hospitalización, tras la valoración del acceso vascular o simplemente durante una crisis interpersonal.

En esta tesis se realizó un estudio de casos y controles para describir la relación que existe entre el trastorno depresivo mayor y los niveles de uremia en pacientes con enfermedad renal terminal. No se logró que los grupos fueran homogéneos puesto que se seleccionaron a todos los pacientes en hemodiálisis por lo que si existen diferencias entre las variables como edad, enfermedad que llevó a la insuficiencia renal terminal, la duración de la hemodiálisis, frecuencia semanal de hemodiálisis y duración de la enfermedad, por lo que no se puede determinar si esto influyó en los resultados y en los niveles de uremia.

Según la OMS, cerca del 60% de los pacientes con una enfermedad crónica sufren algún grado de depresión o ansiedad. La mayor parte de los pacientes con TDM en este estudio reportaron miedo a presentar algún grado de deterioro en la función y/o a necesitar un tratamiento y atención médica de manera continua.

La distribución por sexo en la población estudiada muestra un mayor número de pacientes del género masculino (62.7%) y la edad promedio fue de 65 años. En la mayoría de los pacientes que se incluyeron en el estudio encontraron niveles altos de urea y creatinina con hematocrito bajo. Esto podría deberse a diferentes factores, uno de ellos; que la depresión promueve un estilo de vida poco saludable, la mayoría son sedentarios y no llevan una dieta adecuada, aunque esto es un apartado que se insiste por parte del nefrólogo para evitar que

se eleven los niveles de urea.

El 67.4% de los pacientes presentaron algún grado de depresión. Algunos estudios han indicado que la depresión constituye un riesgo importante de morbimortalidad entre los pacientes con enfermedad renal terminal, además de que acelera las complicaciones de la misma. La dirección causal es difícil de determinar, como ya se ha observado en estudios previos. Es probable que la relación entre depresión y empeoramiento o severidad de la condición médica no sea simplemente unidireccional, sino que esté interrelacionado. En algunos casos la depresión puede llevar a un empeoramiento en la salud y mayor riesgo de mortalidad, mientras que en otros casos, el empeoramiento de salud puede llevar a incrementar sintomatología depresiva. El empeoramiento en la salud como el aumento en la severidad de la depresión son dos condiciones independientes asociadas a mortalidad. Esto es consistente con varios estudios en donde se señala que se pueden presentar diferentes grados de depresión, en pacientes en tratamiento sustitutivo a base de hemodiálisis. Evaluar de manera más frecuente sintomatología depresiva en un estudio longitudinal en el que se utilicen adecuados instrumentos puede proporcionar mejor información sobre la relación de depresión en enfermedad renal terminal.

Los estudios longitudinales proveen un poder estadístico más significativo, ya que permiten hacer cuantificable valores de cambio y estabilidad, sin embargo representan un gran costo económico. Es ahora eminentemente claro que los pacientes con enfermedad renal terminal que presentan depresión, ésta pronto se convertirá en un problema persistente, más que una reacción de ajuste, ya que no mejorará a través del tiempo. Cuando la sintomatología depresiva severa persiste por un largo periodo de tiempo se asocia un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Sin olvidar que los estudios observacionales no implican causalidad.

La posible relación entre afecto depresivo y la intensidad con la que éste afecta en el apego al tratamiento en pacientes con enfermedad renal terminal no ha recibido suficiente atención, por lo que el vínculo entre estas dos entidades ha sido difícil de determinar. La depresión y otros factores psicológicos pueden influir en el apego y la percepción del

paciente sobre la enfermedad, incluyendo la forma con la que ellos ven su propia calidad de vida y con ello ven limitada su supervivencia. Everett y colaboradores demostraron que el estrés está directamente relacionado al incremento de peso interdialítico en pacientes que reciben tratamiento a base de hemodiálisis, sin embargo, al reconocer que presentaban depresión los pacientes terminan por perder peso en el momento interdialítico, sin lograr aclarar un motivo certero sobre la relación de este evento. (32)

El desarrollo de este trabajo busca que el personal que atiende a pacientes con enfermedad renal terminal se sensibilice y busque propositivamente alteraciones en el estado de ánimo para lograr un tratamiento integral y un mejor control de la enfermedad. Por lo que se debe de considerar los niveles de urea como un marcador biológico que condiciona que los síntomas somáticos se confundan con los de depresión.

Por lo tanto, es razonablemente justo pensar que se debe de iniciar tratamiento antidepresivo en aquellos pacientes que presenten trastorno de depresión mayor severo para así favorecer el pronóstico. No podemos olvidar sin embargo, que aún no se establecen adecuados lineamientos y guías que especifiquen como es que esta decisión debe de ser tomada.

Como limitaciones en este estudio, se encuentran el número de la muestra el cual fue pequeño, el tipo de población donde se realizaron las mediciones ya que son pacientes con variables sociodemográficas distintas, que llegan a la unidad de diálisis por diversos motivos, por lo que se puede extrapolar la aplicación de los resultados a la población general.

En los resultados se encontró que el 79.31% de los pacientes con TDM, presentaban niveles altos de urea, lo cual podría estar sesgado por el tamaño y la selección de la muestra. Se deberán realizar estudios con un número mayor de pacientes para evitar esta influencia sobre el resultado.

Algunas de estas limitaciones podrían ser compensadas al tener un grupo control, ya que esto le da mayor poder estadístico y nos permite observar más claramente la relación entre las variables que se analizan. En el caso particular de esta tesis se realizó el análisis estadístico de la chi cuadrada con lo que se obtuvo una $p=0.049$ lo cual habla de una asociación significativa entre de presión y niveles de uréa, sin embargo al realizar la t de student se obtiene un valor de $p=0.47$ la cual no es significativa, lo que hace pensar que se debe de ampliar la muestra intentando homogenizar la misma con la intención de obtener resultados aún más significativos.

Desde un punto de vista más personal, una de las más grandes limitaciones fue el enfrentar la enfermedad médica y acompañar al paciente en un momento en el que la situación parece ser crítica. Durante el proceso dialítico el paciente no se encuentra bajo las mejores circunstancias, es difícil realizar la entrevista y en muchas ocasiones parece que el paciente niega la sintomatología. La negación se manifiesta bien como una incapacidad para percibir emociones, como un fracaso para percibir la amenaza, o bien como una imposibilidad para reconocer el impacto de la enfermedad en la vida. La negación ante las noticias adversas es una estrategia de afrontamiento más. Los problemas aparecen cuando va acompañada de incumplimiento de las prescripciones médicas y es la única estrategia utilizada. Las respuestas emocionales más frecuentes de enfermo renal es tan relacionadas con la ansiedad y las alteraciones de estado de ánimo. La ansiedad suele ser una respuesta emocional normal de las primeras etapas de adaptación a la hemodiálisis. La ansiedad no sólo está relacionada con el tratamiento, sino que aparece relacionada con la incertidumbre respecto al futuro.

La de presión ha sido identificada como uno de los problemas clave de enfermo renal terminal. Los datos que aparecen en la literatura coinciden en situarla alrededor de un 30%. Existe una tendencia constante a considerarla el predictor más importante de la supervivencia, por lo que se ha convertido en tarea imprescindible detectar su aparición y tratarla cuanto antes. Normalmente, se ha relacionado la depresión con un descenso en el cuidado personal y, lo que supone un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento médico, dieta, alimentos y líquidos. Además, la ansiedad y la de presión del

paciente renal correlacionan con su incapacidad, así como con su percepción de salud y esta relación, fue mayor que con el diagnóstico real.

El impacto máximo de la ansiedad se observa durante el transcurso del primer año de diálisis, aunque es posible que su patrón no sea claramente reversible. Así como es de esperar que los evocadores situacionales de la ansiedad disminuyan con el tiempo, no ocurriría lo mismo con los de la depresión. Los cambios en el estilo de vida, en los roles sexuales y familiares y los sentimientos de pérdida, son problemas que tienden a intensificarse según avanza la enfermedad. Para investigar la relación entre dependencia forzada, percepción de falta de control y de presión, se ha recurrido con frecuencia al modelo de la indefensión aprendida de Seligman.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

Kurella, Kimmel, Young y Chertow (2005) concluyeron en su estudio que la depresión en pacientes renales aumenta en un 84% las probabilidades de suicidio en comparación con la población general de EE.UU. Según la American Psychiatric Association [APA], “Las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (...) como la insuficiencia renal terminal”.

A lo largo de este trabajo, se describió la relación que existe entre el trastorno depresivo mayor y los niveles de urea en pacientes con enfermedad renal terminal. La mayor parte de los pacientes con trastorno depresivo mayor en este estudio reportaron miedo a presentar algún grado de deterioro en la función y/o a necesitar un tratamiento y atención médica de manera continua.

Se muestra una mayor proporción de pacientes del género masculino (62.7%) y la edad promedio fue de 65 años. En el grupo control se observó que el 50% de los pacientes presentaron niveles normales de urea, mientras que para la muestra con trastorno depresivo mayor, el 79.31% de ellos presentó niveles elevados de la misma, con una $p=0.049$. Lo anterior muestra una relación clara y significativa entre TDM y un peor control en el padecimiento renal (Intervalos de confianza de 95%). No se pudo determinar el tipo de asociación.

La función renal crónicamente alterada produce una serie de anomalías como el síndrome urémico caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal.

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que

no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través de los cuales se intenta abordar esta problemática con el objetivo de brindar a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

Se requieren de los instrumentos adecuados para establecer el diagnóstico, evaluar el riesgo, implementar lineamientos y continuar el tratamiento en pacientes con enfermedad renal terminal. Será importante determinar el nivel de afecto depresivo ante el cual se debe de iniciar tratamiento así como la seguridad y eficacia del tratamiento en pacientes con diferentes severidades de la depresión. Otra determinante importante será la manera en la que el médico se acerque al paciente para plantearle el inicio de tratamiento farmacológico y /o terapéutico. La importancia será ahora la de tener estudios bien diseñados, apropiadamente fundamentados, aleatorizados, controlados para demostrar la causalidad, y no solo la asociación como lo fue en esta investigación. La depresión vista como un factor de riesgo de los enfermos renales terminales, puede ser una variable modificable que permita mejorar el pronóstico del paciente.

Los pacientes con enfermedad renal terminal son tratados en un ambiente complejo, dentro del cual será importante incluir a todos aquellos que intervienen en el funcionamiento del paciente como son miembros de la familia, médicos y personal de la unidad de diálisis. El reto más importante es el de identificar los múltiples factores que están relacionados para que el paciente se deprima, entre ellos esta la interacción con la enfermedad médica, tiempo de evolución, grado, tipo y resultado del afecto depresivo. Factores que cambien el apego del paciente al tratamiento como lo son: edad, género, grupo étnico, nivel socioeconómico, estado civil, interacciones familiares, la relación que se establece entre el paciente su médico y el personal de la unidad de diálisis y puntualidad en las citas, deben de ser investigados y tomados en cuenta en estudios más adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meakin JC, Depresión in the medically ill, an overview. *Am J Psychiatry* 143, 1995, 696-705
2. Creed FH, Assessing de pression i n t he c ontext of ph ysical i llness. In M. M. R obinson, *Depression and physical illness, ed.* (Chichester: John Wiley), 1998, pp 3-19
3. Shulberg HC, Scott CP, Mental disorders among internal medical inpatients; prevalence, detection, and treatment status, *J Psychosom. Res.*(2002) 199-204
4. Cukor D , Peterson R, Cohe n S , Kimmel P L. D epression i n e nd-stage r enal disease hemodialysis patients *Nature Reviews Nephrology* 2, 678-687, 2006
5. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al : Mood disorders i n the m edically i ll; s cientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 58: 175 – 189, 2005
6. Lauge N, Behnke K, Sogaard J et al. Responsiveness of observer rating scales by analysis of num ber of da ys unt il i mprovement i n pa tient w ith m ajor d epression. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 143-145.
7. MF. Rating de pression severity i n the e lderly ph ysicall i ll pa tient: r eliability and factor structure of t he H amilton and the M ontgomery-Asberg de pression ra ting scales. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998, 13: 257-261.
8. Vázquez C, Jiménez F. Depresión y m añía. E n: B ulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson S.A. 2000; p 265.
9. Maier W, Heuser I, Philipp M et al. Improving depression severity assessment. Content, concurrent and external validity of three observer depression scales. *J Psychiatri Res* 1988; 22: 13-19.

10. Drey Nicholas, Roderick Paul, Mullee Mark, Rogerson Mary. A population-based study of the incidence and outcomes of diagnosed chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2003 Oct; 42(4):677–684.
11. U.S. RENAL DATA SYSTEM, USRDS. *Annual Report 1999*; Bethesda, National Institutes of Health National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases April 1999.
12. Blazer DG, Landerman LR & Hays JC *et al*. Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-American and White older adults. *Psychol Med* 1998; 28: 1311–1320.
13. McEwen B. Protecting and damaging effects of mediators of stress: Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *NY Acad Sci* 1999; 896: 30–47.
14. Kimmel PL. Just whose quality of life is it anyway? Controversies and inconsistencies in measurements of quality of life. *Kidney Int* 2000; 57 Suppl 74: 113–120.
15. Kaveh K & Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis* 2001; 36: 244–266.
16. Kimmel PL, Weihs KL & Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993; 4: 12–27.
17. Ley General de Salud. Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987

18. Scott D, Cohen, Lorenzo Norris, Kimberly Acquaviva, Rolf A. Peterson, Paul L. Kimmel. Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression in Patients with End-Stage Renal Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2: 1332–1342, 2007
19. Craven JL, Rodin GM, Littlefield C: The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med* 18: 365–374, 1988
20. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L: Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 46: 919–924, 2005
21. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA: The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 69: 1662–1668, 2006
22. Lowry MR, Atcherson E: A short-term follow-up of patients with depressive disorder on entry into home hemodialysis training. *J Affect Disord* 2: 219–227, 1980
23. Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA: Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 4: 12–27, 1993
24. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF: Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 105: 214–221, 1998
25. Kimmel PL: Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 53: 951–956, 2002
26. Kimmel PL: Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 59: 1599–1613, 2001
27. Smith MD, Hong BA, Robson AM: Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: Comparative analysis. *Am J Med* 79: 160–166, 1985

28. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH: Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 57: 2093–2098, 2000
29. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D: Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 21: 343–354, 1991
30. Boulware LE, Liu Y, Fink NE, Coresh J, Ford DE, Klag MJ, Powe NR: The temporal relation between depression symptoms, cardiovascular disease events and mortality in ESRD: Contribution of reverse causality. *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 496–504, 2006
31. Kimmel PL, Peterson RA: Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 349–352, 2006
32. Kaveh K, Kimmel PL: Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis* 37: 244–266, 2001
33. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Verme D, Umana WO, Veis JH, Alleyne S, Cruz I: Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 5: 1826–1834, 1995
34. Licinio J, Wong ML: The role of inflammatory markers in the biology of major depression. *Mol Psychiatry* 4: 317–327, 1999
35. Kimmel PL, Phillips TM, Simmens SJ, Peterson RA, Weihs KL, Alleyne S, Cruz I, Yanovski JA, Veis JH: Immunologic function and survival in hemodialysis patients. *Kidney Int* 54: 236–244, 1998
36. Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H: Serum albumin and depression in end-stage renal disease. *Adv Perit Dial* 13: 155–157, 1997

37. Cohen SD, Kimmel P L: Nutritional status, psychosocial issues, and survival in hemodialysis patients. *Contrib Nephrol* 155: 1–17, 2007
38. Kimmel P L, Peterson RA, Weihs KL, Simmens S J, Alleyne S , Cruz I, Veis J H: Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 54: 245–254, 1998
39. Christensen A J, Wiebe JS, Smith T W, Turner CW : Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. *Health Psychol* 13: 521–525, 1994
40. Franco-Bronson K: The management of treatment-resistant depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am* 19 :329 –350,1996
41. Iosifescu D V, Nierenberg AA, Alpert JE, Smith M, Bitran S, Dording C, Fava M : The impact of medical comorbidity on acute treatment in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 160 :2122 –2127,2003
42. Smith MD, Hong BA, Robson AM: Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med* 79 :160 –166,1985